



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
NO. 32 MINATITLÁN, VERACRUZ**

**ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE
ASOCIACIÓN CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO
PREMATURO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA PATRACA RIVERA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE
ASOCIACION CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO
PREMATURO DE LA UNIDAD DE SALUD IMSS EN MINATITLAN”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MARIA PATRACA RIVERA

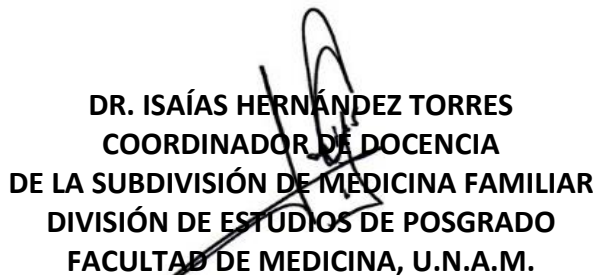
AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
NO. 32 MINATITLÁN, VERACRUZ**

**ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE
ASOCIACIÓN CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO
PREMATURO**

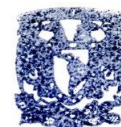
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA PATRACA RIVERA

**REGISTRO DE AUTORIZACIÓN
R-2012-3103-3**

**ASESOR DE TESIS
DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

MINATITLAN, VER

2016



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADEMICA



TITULO

ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE ASOCIACION
CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO PREMATURO.

MINATITLAN, VER.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA

MARIA PATRACA RIVERA

MINATITLAN, VER.

ENERO

2011



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION VERACRUZ SUR

ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE ASOCIACION
CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO PREMATURO.

MINATITLAN, VER.



HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 32 C/MF DE MINATITLAN, VER.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 32

MINATITLAN, VER.

TESIS DE INVESTIGACION

PRESENTA

MARIA PATRACA RIVERA

ASESOR: DR LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN

MINATITLAN, VER



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION VERACRUZ SUR

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 32.

MINATITLAN, VER.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA DE MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA DRA: MARIA PATRACA RIVERA

MINATITLAN, VER. ENERO 2011.



PRESENTA.

ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE ASOCIACION
CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO PREMATURO DE LA UNIDAD DE SALUD
IMSS EN MINATITLAN.



AUTORIZACION.

DR: HERIBERTO CHIÑAS ROJAS

PROFR. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA N° 32 C/MF MINATITLAN, VER.

DR: HERIBERTO CHIÑAS ROJAS

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN

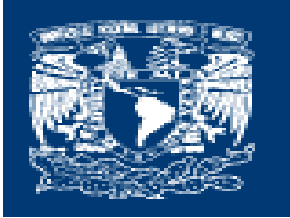
ASESOR DE TEMA DE TESIS

DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

MINATITLAN, VER.

2011



ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE ASOCIACION
CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO PREMATURO DE LA UNIDAD DE SALUD
IMSS EN MINATITLAN.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	8
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACION.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS.....	16
HIPOTESIS.....	17
MATERIAL Y METODO.....	18
CONSIDERACION ETICA.....	22
RESULTADO.....	24
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXOS.....	37

RESUMEN

Título: ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU POSIBLE ASOCIACIÓN CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO PREMATURO.

Introducción: El parto pretérmino se considera un problema que implica una alta morbimortalidad materno-infantil; se asocian diversos factores de riesgo como IVU, infecciones genitales, adolescencia y algunos autores asocian que la incidencia de orgasmos o coitos después de las semana 30 de gestación son un factor de riesgo de riesgo importante.

Objetivos: Describir características de la actividad sexual en mujeres embarazadas y su posible asociación con amenaza de aborto y parto prematuro.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, analítico y trasversal que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar IMSS N° 32 de Minatitlán Veracruz; se incluyeron a 200 mujeres embarazadas del tercer trimestre de gestación aleatorizadas que acuden al consultorio de medicina familiar en el periodo de diciembre del 2010 a de febrero del 2011; evaluadas con un instrumento que incluye las variables dependientes e independientes.

Resultados: Se obtuvo que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye proporcionalmente conforme avanza la edad gestacional; así como la frecuencia de amenaza de aborto con 25% y la amenaza de parto pretérmino con 8.5%; así como la leucorrea con 65% y la IVU con 4.5%; además se obtuvo que la posición sexual preferida durante el embarazo es la de misionero.

Conclusión: Se concluye que existe una posible abstinencia en las frecuencias de las relaciones sexuales en el embarazo debidas al temor de poder realizarle daño al producto.

ANTECEDENTES.

El parto prematuro se relaciona con alta mortalidad perinatal en Norteamérica y Europa, y se encuentra asociado a defectos al nacimiento. (1,2)

Se define al aborto como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional y menor de 500 gramos; se le considera una grave problema de salud en países subdesarrollados con una alta morbimortalidad materna. Se calcula que anualmente ocurren entre 50 a 60 millones de abortos inducido o provocado.

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (3). Al año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. (4)

Hay pocos estudios que analicen los distintos aspectos de la epidemiología de la amenaza de parto prematuro, pudieran existir una serie de factores que asociados unos con otros condicionan un incremento en la tasa de partos prematuros.

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual la menarquia, en edades cada vez precoces, percepción de invulnerabilidad, bajo autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso (5, 6,7). Usos de drogas, amistades permisivas en conducta sexual (8) y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos (7, 9,10). En la dimensión familiar, se describen como factor de riesgo, estilos violentos de resolución de conflictos,

permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas (6, 11, 12,13). En la dimensión social; uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. (5)

Existen diversos factores, varían de acuerdo a las zonas donde proceden, en las mujeres con antecedentes de abortos, luego de un segundo o tercero tienen cada vez más posibilidades. Actualmente, más del 60% de la población mundial se encuentra bajo el amparo legal para permitir el aborto (14).

Tietze informa tasas de abortos a nivel mundial de 260-450 abortos por cada 1000 nacidos vivos, pero en Japón hay 677 abortos por 1000 n.v. En países donde no está legalizado el aborto, las leyes existentes no logran disminuir el aborto provocado. Por el contrario aumentan los abortos criminales. Así en latinoamericana, por cada 100,000 mujeres en edad fértil mueren 320.

Múltiples son los factores de riesgo asociados al parto pretermino y amenaza de parto prematuro, entre los que destacan las de tipo infecciosos como lo es la infección de vías urinarias que ha demostrado suficiente asociación, así mismo la presencia de infecciones del canal vaginal y vulvar ya que se ha postulado la teoría de migración de bacterias a los componentes anatómicos de la madre y del producto, principalmente la membrana y líquido amniótico. Otros factores que se han establecido se encuentran asociados a los antecedentes ginecológicos y obstétricos de la mujer, como es la multigestacidad, antecedentes de abortos o de embarazo prematuro en el embarazo anterior. Un estudio realizado en los

Emiratos Árabes menciona que a menor intervalo intergenésico mayor es el riesgo de parto pretérmino. (5)

La actividad sexual entre los adolescentes de estados unidos se ha incrementado en grado importante durante los últimos 20 años. La edad promedio para el primer coito en varones y mujeres es de 16 años. Hacia los 19 años de edad, 66 a 75 % de las mujeres y 79 a 86 % de los varones habrán efectuado el coito.

Goodlin y cols. Observaron que la incidencia de orgasmos después de las 30 semanas de gestación era superior en las pacientes que parieron prematuramente en relación con las que hicieron a término. El mismo autor propuso a cinco pacientes a término que consiguieran un orgasmo con el fin de iniciar el parto. El 99% lo iniciaron a las 9 hrs. Naeeye utilizando los datos de un estudio colaborativo multicentrico (collaborative. Perinatal Project), observo que la incidencia de infección amniótica, en paciente con membranas integras, fue superior en las madres que tenían uno o más coitos por la semana el mes anterior al parto que las que no habían realizados coitos. Estudios (14, 15) coinciden en que si el embarazo se desarrolla con normalidad no hay ninguna razón fisiológica que impida a la pareja continuar su vida sexual. No obstante, los resultados de los estudios de Master and Johnson (16) encontraron una disminución en el interés sexual de la mujer durante el primer trimestre. Sus estudios revelaron que un 80% de las mujeres norteamericanas reportaron que su interés en el sexo y su habilidad de disfrutarlo incrementaba durante el segundo trimestre; pero la literatura sugiere que existe una baja en el interés sexual de la mujer durante el tercer trimestre; estos hallazgos fueron registrados por Barclay, Macdonald y O'Loughlin (1 Hart et alis, Masters and Johnson (17, 18,19). Sin embargo, parejas han

reportado que las relaciones sexuales continúan hasta las últimas semanas con la única diferencia que las posiciones coitales debe ser modificadas debido al incremento de la circunferencia del estómago.

Factores implicados con el parto pretermino se relacionan con la actividad sexual durante el embarazo, sin embargo los resultados de diferentes estudio parece coincidir en que no existe una asociación significativa y algunos estudios coinciden en marcar un gradiente biológico con un numero de eventos sexuales y la incidencia de parto pretérmino. (6) Otro estudio realizado por Romero y col reportan que al comparar a un grupo de mujeres con antecedentes de parto pretermino la actividad sexual fue de dos veces por semana en el primer trimestre; una vez por semana en el segundo trimestre y durante el tercer trimestre fue de cero. Por su parte en el grupo control la frecuencia de la actividad sexual fue de una vez por semana en el primero y segundo trimestre, y en el tercero de cero, sin representar una diferencia estadísticamente significativa. (20)

JUSTIFICACIÓN.

Por medio de este estudio trato de demostrar que la actividad sexual está asociado con problemas obstétricos como son; el aborto, la amenaza de parto pretermino, parto pretermino, las infecciones de vías urinarias y las cervicovaginitis, ya que en la actualidad la mayoría de la población continua con su actividad sexual durante el embarazo.

Este estudio nos ayudaría a prevenir el riesgo de amenaza de aborto, parto pretermino y las enfermedades que se puede presentar en las mujeres embarazadas.

La actividad sexual no constituye un riesgo significativo en amenaza de parto pretermino, pero asociado a infecciones del tracto genitourinario hasta un 68%. La prevalencia de abortos ocurre anualmente en mujeres Mexicoamericanas en edad fértil entre 50-60 millones de abortos provocados en el mundo.

En mujeres mexicoamericanas la prevalencia de abortos a nivel mundial de 260-450 abortos x 1000 nacidos vivos, comparado con Japón donde se reportan 677 abortos x 1000 nacido vivos. En países donde no han legalizado el aborto, no se logra disminuir el aborto provocado, aumentan los abortos criminales como en Latinoamérica, en Perú por cada 100,000 mujeres en edad fértil mueren 320. Reportándose en algunos estudios como la segunda causa de muerte materna.

Los partos prematuros representar el 75% de la mortalidad neonatal. En México la frecuencia de parto prematuro es 12.4%.

En América y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños, 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270 000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135 por prematurez.

Existen algunos estudios acerca de los hábitos sexuales durante la gestación, poco convincentes y contradictorios. Tal vez porque dicha actividad es muy variable y depende de distintos factores que interactúan entre sí, como el estado biológico, psicológico y social, variable para cada individuo, sobre todo en la gestación.

En México la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los últimos 20 años sin embargo existen regiones de países con elevada morbilidad y mortalidad materno-infantil, congruente con el perfil epidemiológico de marginación y el rezago en las condiciones de salud como muestra un estudio de casos controles realizado en el Hospital General de Comitán, Chiapas, el cual mostró una relación significativa entre la prematurez con bajo peso para la edad gestacional y la mortalidad perinatal. Lo que significa que los nacidos prematuros tienen 9.2 veces más riesgo de muerte perinatal en comparación con los nacidos de término.

Por lo anterior descrito y dada la prevalencia de morbi-mortalidad materna que afectan a nuestra región es de importancia planteamos la siguiente pregunta de investigación:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el grado de asociación entre la actividad sexual durante el embarazo con problemas obstétricos como amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro en los hospitales general zona 32 y general de zona No 36 de Minatitlán y Coatzacoalcos respectivamente?

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Determinar el grado de asociación entre la frecuencia y tipo de actividad sexual durante el embarazo con enfermedades de tipo obstétrico.

Objetivos específicos.

- Describir el patrón de actividad sexual que mantienen durante el embarazo las mujeres adscritas al Hospital General de zona N° 32 del IMSS en Minatitlán, Ver.
- Describir la frecuencia de eventos obstétricos de tipo patológico como amenaza de aborto, amenaza de parto pretermino y parto prematuro.

HIPÓTESIS.

A mayor actividad sexual, mayor es la probabilidad de que la mujer embarazada presente eventos de abortos y parto prematuro.

MATERIAL Y MÉTODOS.

- Diseño de estudio: Observacional, Transversal y analítico
- Lugar del estudio: Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 32 del IMSS Minatitlán, Ver. En los servicios de enfermería, materno infantil y enfermera prenatal hospitalaria.
- Periodo del estudio: Diciembre de 2010 a Febrero del 2011.
- Universo de estudio: Mujeres embarazadas.

Criterios de selección.

I. Inclusión

- Mujeres que acepten mediante consentimiento informado y por escrito participar en el estudio.
- Mujeres con 37 o más semanas de gestación
- Mujeres que sepan leer y escribir.

II. No inclusión.

- Mujeres con enfermedades crónicas o agudas relacionadas a aborto o amenaza de parto pretermino.
- Mujeres con diagnóstico de placenta previa o amenaza de aborto recurrente.

III. Eliminación.

- Mujeres que se pierdan durante el seguimiento.

Descripción de las variables.

Variables dependientes

- Amenaza de aborto. Se define como una expulsión espontánea de todos los tejidos fetales y placentarios desde la cavidad uterina antes de las 20 semanas de gestación y con peso menor a los 500 gr.

- Amenaza de parto pretermino. Se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas. Va desde las 20 a las 37 semanas de gestación.

- Parto pretermino. Según la Medicina Fetal de Londres, se considera desde las 22 hasta las 34 semanas y no las 36+6. Esto es debido a que la mortalidad neonatal de los fetos mayores de 2000 g es prácticamente cero.

Variables Independientes

- Actividad sexual: La relación sexual, es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos

- Intensidad de acto sexual: En la fase del orgasmo la intensidad, la duración y el placer global puede variar de un coito a otro, de una pareja a otra y de un momento de la vida a otro.

- Índice de masa corporal:
 - Definición conceptual: El IMC (índice de Masa Corporal) o BMI (Body Mass Index) estima el peso ideal de una persona en función de su estatura y peso. Se evalúa en una persona de 18 a 65 años.

 - Definición operacional: Relación del peso del paciente sobre la estatura del mismo al cuadrado.

 - Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa Ordinal.

 - Categorías: IMC (peso/ estatura en cms al cuadrado)
 - 1.-Normal 20-25
 - 2.-Sobrepeso 25-27
 - 3.-Obesidad I 27-30
 - 4.-Obesidad II 30-35
 - 5.-Obesidad III 35-40
 - 6.-Obesidad mórbida 40 y mas

- Infecciones Genitourinarias. Se define como las infecciones ocasionadas por microorganismos bien identificados, cada uno de las cuales causa una enfermedad, clínicamente única que lleva a reacciones patológicas tisulares y peculiares.

- Infección en la pareja. Se define como una infección vaginal causada comúnmente por el hongo *Cándida Albicans*.

- Posición sexual: Las diferentes formas de activar el placer y erotismo con tu pareja durante el coito.
 - Posición del misionero (cara a cara) con el hombre arriba, con sus variantes la postura de Bagnères Es la más común de las posiciones en el mundo occidental. Fue llamada del “misionero” no porque la practicaran esos santos varones, como algunos malévolos han intentado propagar, sino porque los misioneros creían que era la más natural y la única autorizada por su fe.

 - Postura cara a cara con la mujer encima con sus variantes postura de La Voulte (las piernas de la mujer fuera de las del hombre) o la de Carcassonne (las piernas de la mujer dentro de las del hombre).

 - Postura de sentado o también llamada de asociación deportiva en dónde el hombre está sentado en una silla o sillón con la mujer encima, pudieron existir variantes como sentado en la cama.

 - Postura con penetración vaginal desde atrás, se puede confundir con el coito anal, con sus variantes postura de Montauban en una de sus variantes se realiza en la cama, postura de Bayonne.

CONSIDERACIONES ETICAS

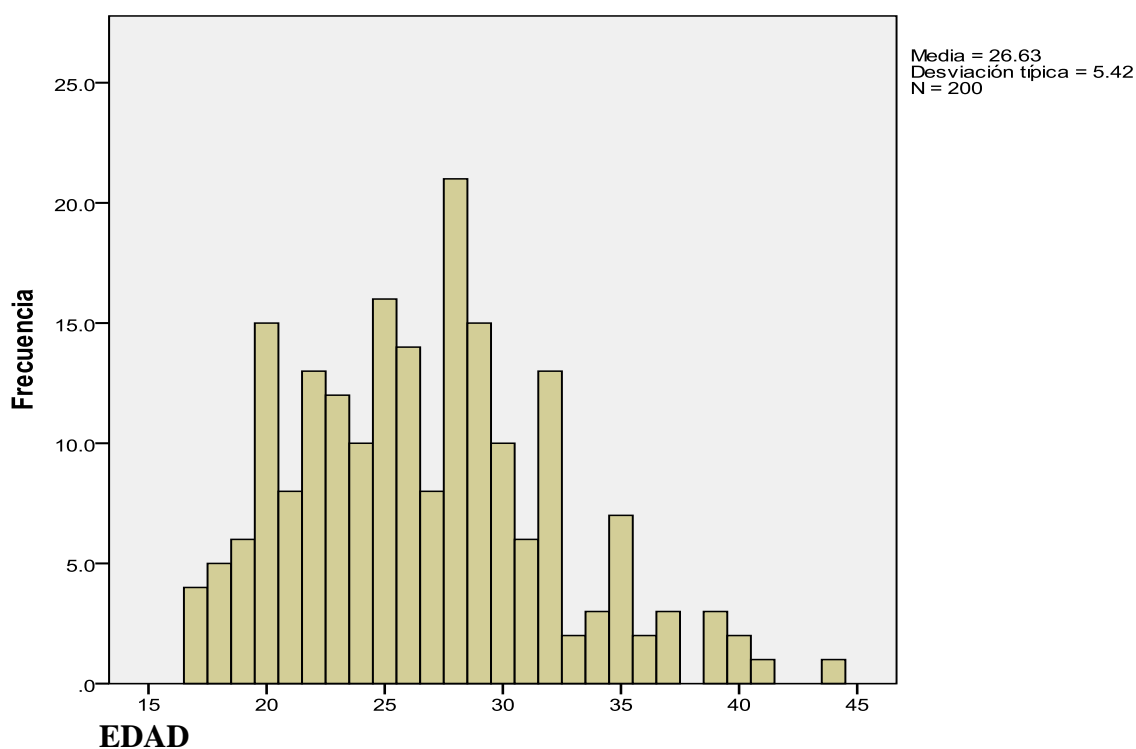
Esta investigación también está supeditada a las normas de IMSS en material de investigación científica. Así mismo el protocolo estuvo sujeto a las normas planteadas para la investigación en humanos descritos en la ley general de salud en la república mexicana y los criterios de Helsinki.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

MESES	Dic 2010	Ene.	Feb. 2011	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Investigación documental	X						
Elaboración del protocolo	X						
Presentación del protocolo	X						
Evaluación del proyecto por el comité	X						
Recolección de la información	X						
Análisis de resultados		X					
Presentación de tesis preliminar			X				

RESULTADOS

Se obtuvo que del total de la muestra la edad más frecuente fue la de 28 años con 21 encuestas (10.5%), con una media de 26.63, con una desviación estándar de 5.42, con un mínimo de 17 y un máximo de 44. En relación con el estado civil se obtuvo que 149 encuestas (74.5%) son casadas; y en relación con la escolaridad la mayoría de mujeres encuestadas curso hasta el nivel secundaria siendo estas 68 encuestas (34%). Además se obtuvo que la religión más frecuente fue la católica con 125 encuestas (62.5%).

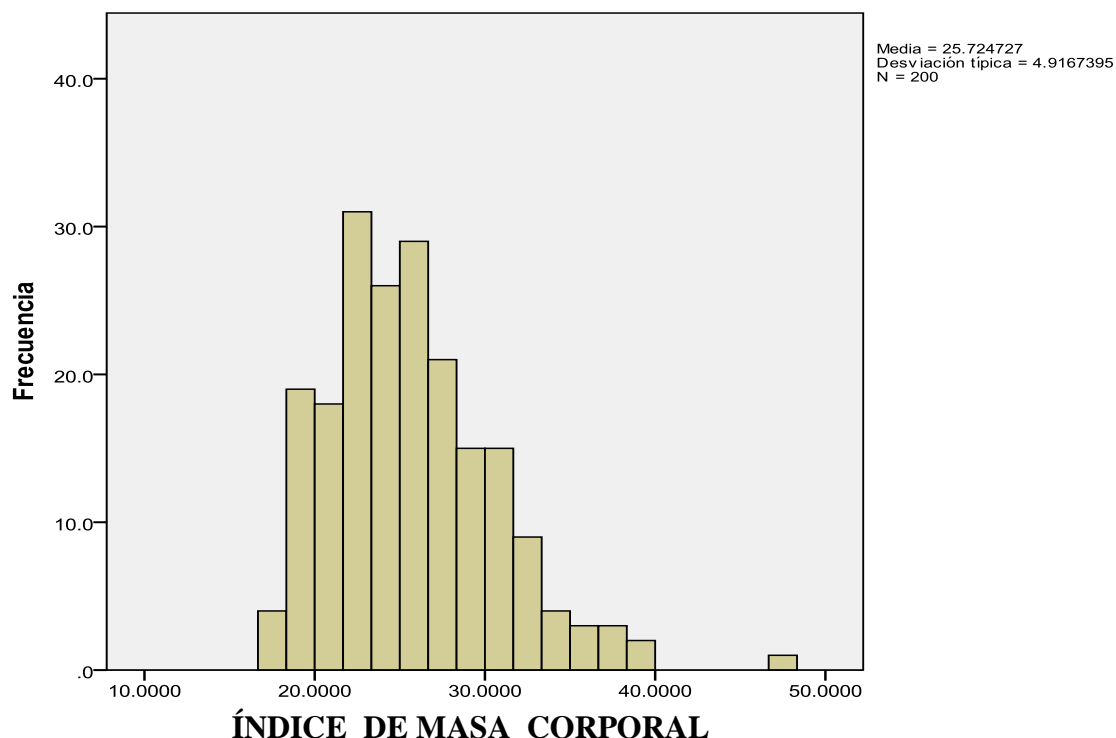


GRAFICA 1.

Representa las diferentes edades de la muestra en relación con su frecuencia.

En relación con la antropometría de las mujeres, el peso en kilogramos tiene una media de 61.39, una mediana de 59, una moda de 52, con una desviación estándar de 12.23, con un mínimo de 42 y un máximo de 108; hecho que no guarda mucha relevancia debido al

estado gravídico de las mujeres encuestadas. En relación con la estatura se obtuvo una media de 1.54cm. En cuanto al índice de masa corporal se obtuvo que el 49% se encuentran dentro de los límites normales y que el 51% tiene un grado de sobrepeso u obesidad debido al embarazo que tienen actualmente, con una media de 25.72.



ÍNDICE DE MASA CORPORAL

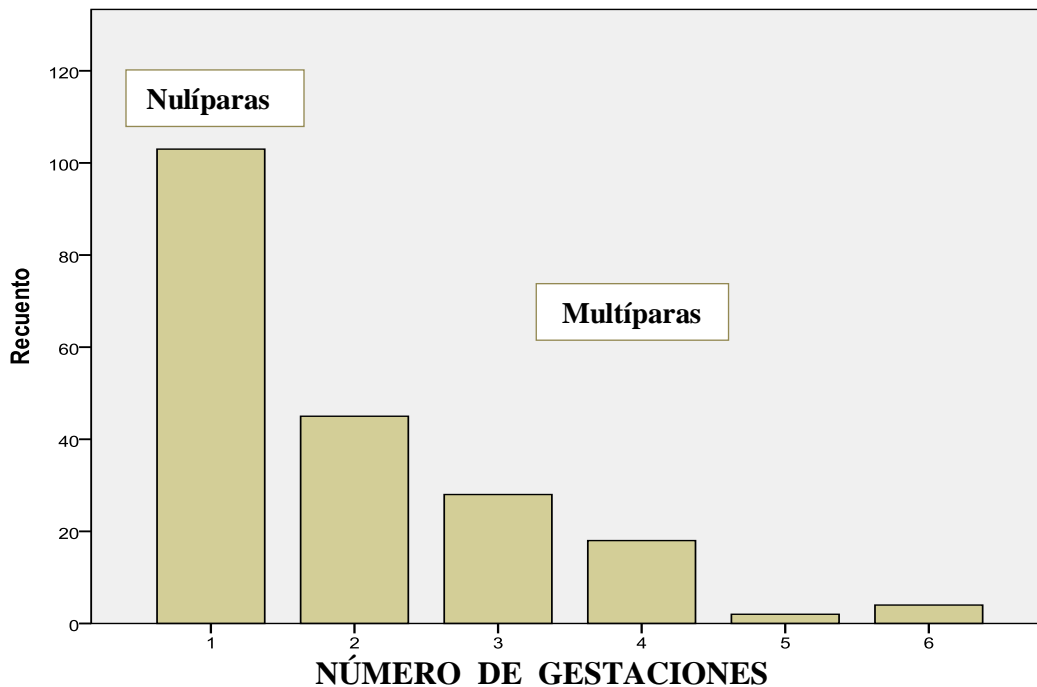
GRAFICA 2.

Representa el IMC y su frecuencia.

El ingreso económico en el que las embarazadas cubren sus necesidades se encuentran es de \$1000.00 a \$2999.00 con una frecuencia del 57.5%. En cuanto a la convivencia con el cónyuge se obtuvo que 189 (91.5%) mujeres conviven diariamente con su pareja y sólo el 0.5% sus esposos es emigrante por lo cual la convivencia es casi nula.

En cuanto a sus antecedentes ginecoobstétricos, se obtuvo que la mayoría de las gestantes es nulípara con 103 encuestas (51.5%) siendo este su primer embarazo; pero que de las

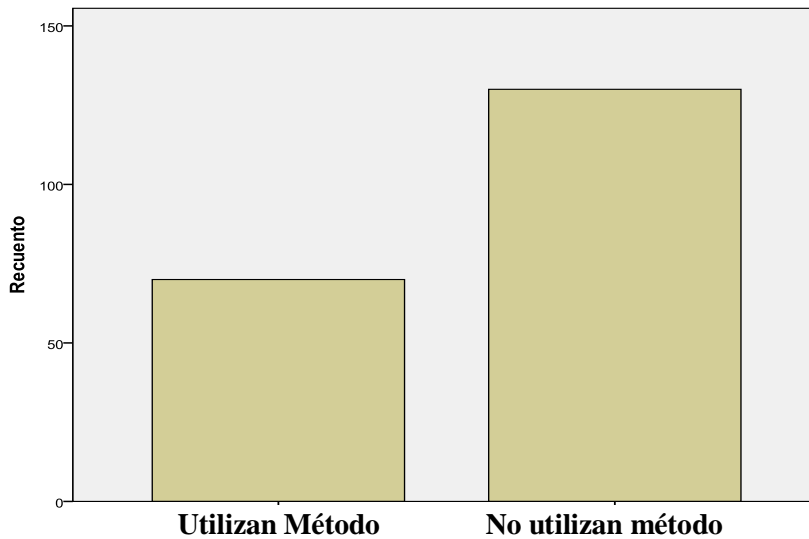
que ya tienen hijos la frecuencia máxima de gestas fue de 2 con 45 encuestas (22.5%), con una media de 1.92 y una desviación estándar de 1.19. Debido a lo anterior sólo 42 (21%) mujeres han tenido un hijo siendo estas la mayor frecuencia de la muestra, con un máximo de 5 partos (0.5%) para una gestante. En relación con las cesáreas la mayor frecuencia fue de 33 mujeres (16.5%) que han tenido un hijo, correspondiendo a la mayoría de esta variable. Los abortos fueron reportados por 162 mujeres como nullos en su vida (81%), y sólo 38 gestantes (19%) refieren haber presentado al menos uno en su vida.



GRAFICA 3.
Número de gestaciones en relación con la frecuencia de encuestas.

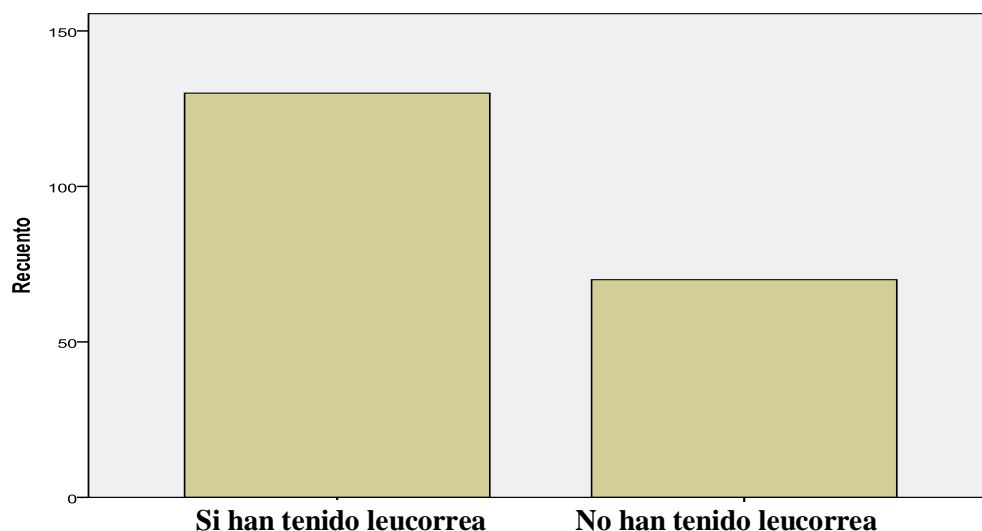
En cuanto a las semanas de gestación la mayoría se encuentra en el tercer trimestre siendo estas 192 gestantes (96%). En cuanto a aquellas mujeres que ya han tenido hijos se establece que la edad media de los hijos es de 2.17 años. En relación con la planificación

familiar 130 embarazadas contestaron que no llevaban algún método anticonceptivo (65%), mientras que sólo 70 (35%) si tenían un método de planificación familiar. De todos los métodos anticonceptivos utilizados el más frecuentemente fue el DIU con el 12.5%, seguido de los anticonceptivos hormonales como pastillas e inyecciones con el 7.5% respectivamente.



GRAFICA 4.
Utilización de método de planificación familiar.

En cuanto a los datos personales patológicos se obtuvo que sólo 50 embarazadas (25%) tuvieron amenaza de aborto, 17 gestantes (8.5%) tuvieron amenaza de parto pretérmino; y sólo el 2.5% tubo un parto pretérmino como antecedentes de importancia. En cuanto a las enfermedades cervicovaginales, el 65% refirió haber tenido leucorrea en su embarazo actual; mientras que sólo el 4.5% afirmó tener el virus del papiloma humanos y sólo el 2.5% refirió tener verrugas. En relación con otras enfermedades asociadas al embarazo la entidad más frecuente fueron las infecciones de vías urinarias con el 4.5% de los casos, mientras que el 91% de pacientes refirió mantenerse sana sin ninguna patología.



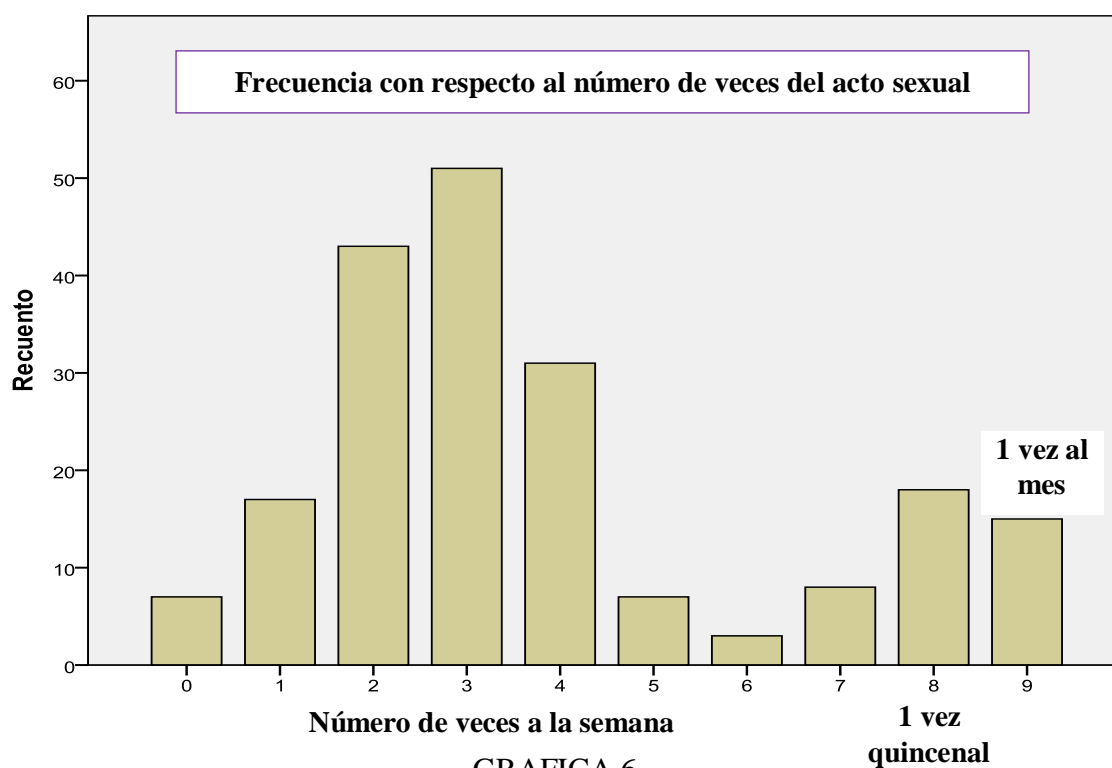
GRAFICA 5.
Leucorrea en embarazo actual.

En relación al deseo sexual y la influencia del embarazo, la percepción de la pareja más frecuentemente es que al tener relaciones sexuales hay que tener cuidado manifestado esto por el 53.5% de las encuestadas, mientras que el 35% refiere que su pareja se ha apartado de ella por cuestiones de la gestación. En cuanto al tener en pareja sexo oral y anal, el 88% y el 99.5% respectivamente refieren no practicarlo.

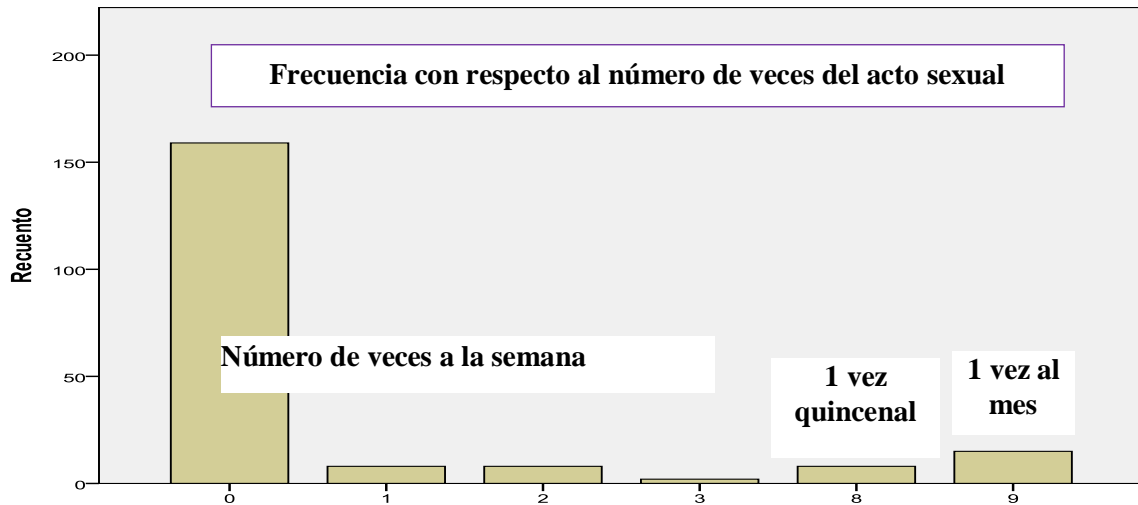
En cuanto a los antecedentes sexuales antes del embarazo el 25.5% refiere haber mantenido relaciones sexuales 3 veces por semana, seguidos de 2 veces por semana con el 21.5%; pero en comparación con los 9 meses de gestación, se obtuvo que proporcionalmente conforme avanza la edad gestacional disminuye la frecuencia del coito entre las parejas.

EDAD GESTACIONAL	MÁXIMO NÚMERO DE VECES QUE SE MANTIENE UN ACTO SEXUAL	MINIMO NÚMERO DE VECES QUE SE MANTIENE UN ACTO SEXUAL
1° mes de gestación	3 veces por semana (40%)	6 veces por semana (2%)
2° mes de gestación	1 vez a la quincena (19%)	6 veces por semana (1.5%)
3° mes de gestación	Ninguna (21%)	6 por semana (0.5%)
4° mes de gestación	Ninguna (30.5%)	1 vez al mes (11%)

5° mes de gestación	Ninguna (32%)	1 vez al mes (11%)
6° mes de gestación	Ninguna (41%)	1 vez a la semana (10%)
7° mes de gestación	Ninguna (50%)	1 vez a la semana (5%)
8° mes de gestación	Ninguna (58.5%)	1 vez a la quincena (10%)
9° mes de gestación	Ninguna (79.5%)	1 vez al mes (7.5%)



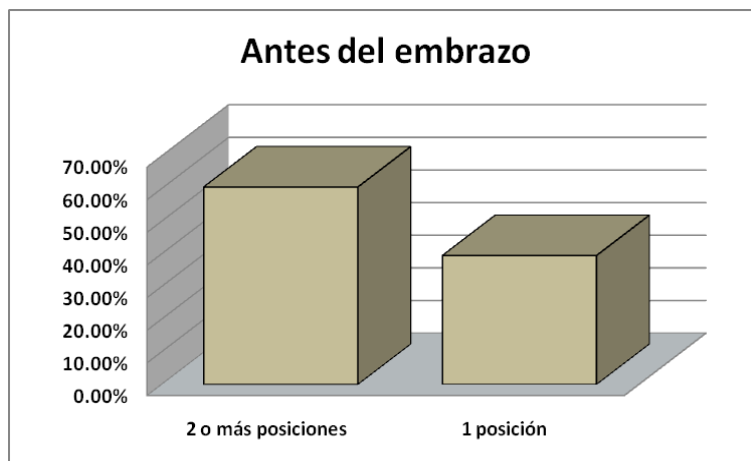
GRAFICA 6.
Frecuencia del acto sexual antes del embarazo.



GRAFICA 7.

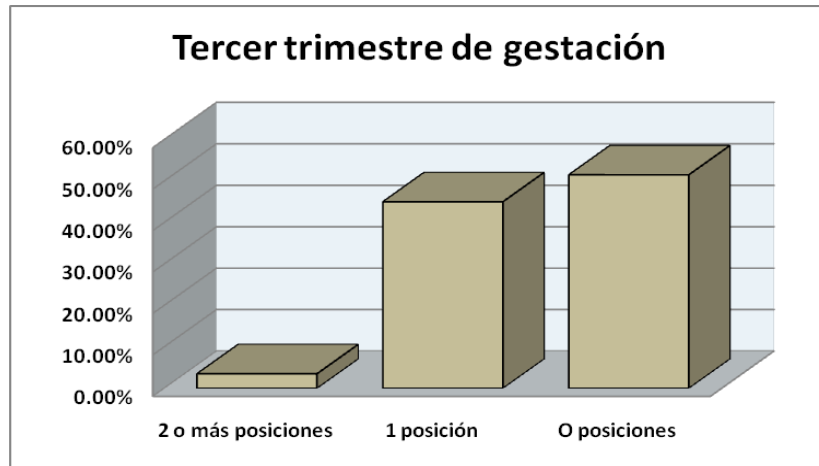
Frecuencia del acto sexual en el noveno mes de gestación

En cuanto al número de posiciones sexuales practicadas antes del embarazo la mayoría de las mujeres practicaban dos o más posiciones sexuales con el 60.5%, mientras que en contraste, en el primero, segundo y tercer trimestre solamente realizaban una posición sexual con el 47.5%, 49.5% y el 45% respectivamente para cada trimestre.



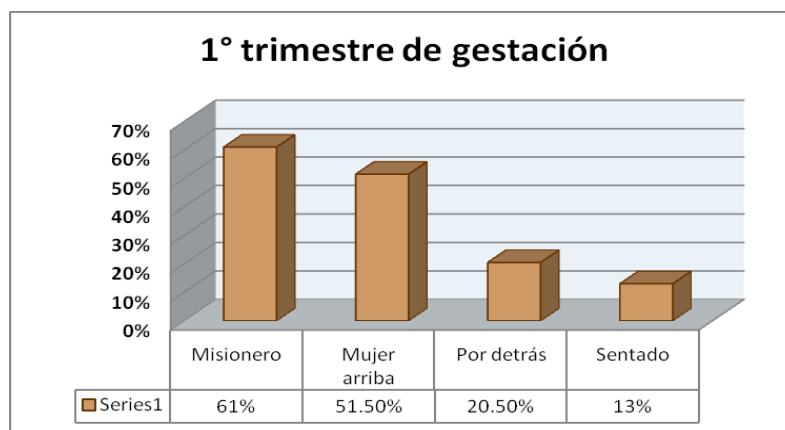
GRAFICA 8.

Número de posiciones sexuales antes del embarazo.

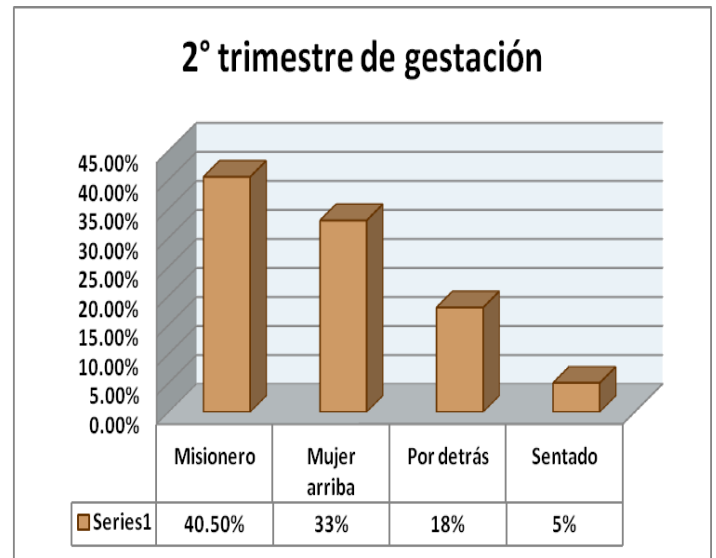
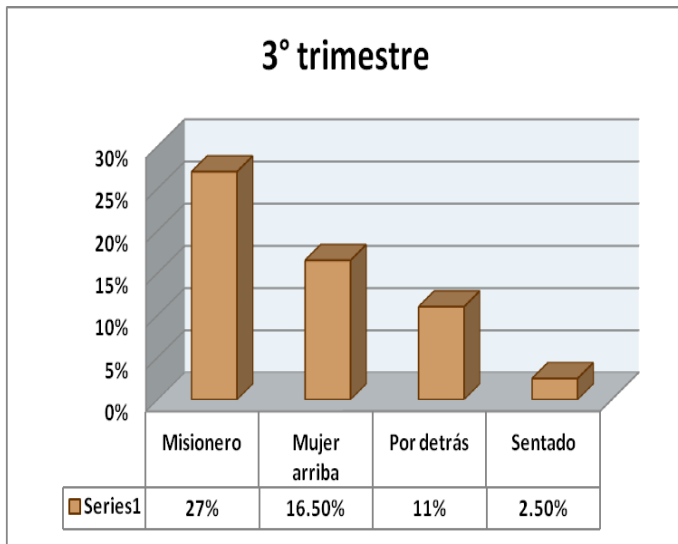


GRAFICA 9.
Número de posiciones sexuales en el tercer trimestre de gestación.

En cuanto a la posición sexual preferentemente realizada antes del embarazo se obtuvo que fue la posición del misionero (hombre arriba cara a cara) con el 82%, y la posición menos practicada por las mujeres fue la posición de sentado (mujer sentada arriba del hombre) con el 28% de casos. En los trimestres de gestación la posición sexual más realizada fue la del misionero (hombre arriba cara a cara), mientras que la posición menos realizada fue la posición de sentado, seguida de la posición de penetración vaginal desde atrás, y por último con la posición cara a cara mujer arriba.



GRAFICA 10.
Posición sexual preferida.



GRAFICA 11 y 12.
Posición sexual preferida.

DISCUSIÓN

En cuanto a la edad materna la edad frecuente fue de 28 años, edad en la que según diversa literatura no es una edad crítica para que pudiera desencadenar algún factor de riesgo para parto pretérmino; en relación con el ingreso económico la tasa se mantuvo dentro de \$1000.00 a \$2999.00 que refiere que al menos se pudiera mantener un ingreso promedio para cubrir las necesidades básicas.

En cuanto al número de gestaciones se obtuvo que la mayoría de las mujeres de la muestra era nulípara, razón que nos pudiera dar un punto a favor para la prevención del parto pretérmino, ya que se asocia más frecuentemente a multíparas. En relación con los métodos de planificación familiar el 65% no utiliza ninguno, razón que da pie para poder implementar campañas para la promoción en cuanto a la utilización de los mismos, para poder prevenir embarazos no deseados o de alto riesgo.

En cuanto a las patologías propias del embarazo la tasa de amenazas de abortos se mantuvo en 25% y la de amenaza de partos pretérmino fue de 8.5%, de los cuales podría ser factores predisponentes las infecciones cervicovaginales, ejemplo de ello sería nuestra frecuencia de mujeres con esta patologías durante el embarazo que fue del 65% y de las infecciones de vías urinarias de 4.5%, que pudieran en algún momento desencadenarnos un parto pretérmino, que correspondería a lo reportado en la literatura.

En cuanto a la percepción de la pareja se obtuvo que la pareja, por lo general al momento de tener una relación sexual se encuentra temerosa y por lo cual prefiere tener cuidado al realizar el acto sexual, situación que conforme pasa la gestación pudiera volverse más influyente para la frecuencia de las relaciones, ya que como se observo disminuyen

proporcionalmente conforme avanzan las semanas de gestación, situación similar a la reportada por Romero y col. Misma situación que se observó al evaluar el número de posiciones sexuales practicadas en el acto sexual, ya que antes del embarazo el 60.5% realizaba dos o más posiciones sexuales, mientras que durante los tres trimestres del embarazo se obtuvo que la mayoría de las mujeres practica solamente una posición sexual. Concerniente con las posiciones sexuales la del misionero fue la más practicada antes y durante el embarazo, posiblemente porque se puede tener el control de la penetración y cuidado de no realizar alguna maniobra o fuerza que exceda a la permitida subjetivamente por la pareja. Y la posición sexual menos practicada tanto antes como durante el embarazo fue la de sentados, debido tal vez a propios gustos de la pareja o a cuestiones con respecto a tener cuidado durante el acto sexual con respecto al embarazo o debido posiblemente a comodidad en el acto.

CONCLUSIÓN

La edad más frecuente fue de 28 años, la religión más practicada fue la católica, el estado civil predominante fue casado y la convivencia diaria con la pareja fue la mayormente contestada; en cuanto al nivel estudiantil la mayoría se ubico en nivel secundaria; y el ingreso económico las ubica en un nivel medio. El 51.3% de las mujeres es nulípara, y sólo el 35% lleva un método de planificación familiar, siendo el DIU y los anticonceptivos orales e inyectables los más frecuentemente utilizados.

En relación con las amenazas de aborto y de parto pretérmino oscilaron con una frecuencia de 25% y 8.5% respectivamente. Hay que mencionar que las infecciones cervicouterinas tuvieron gran importancia estando en el 65% de las encuestadas, y las infecciones de vías urinarias con el 4.5%.

En cuanto a la frecuencia se obtuvo que antes del embarazo se tenían relaciones sexuales 3 veces por semana, mientras que a finales de la gestación se abstenían de tener actos sexuales con un 79.5%; es decir la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye proporcionalmente conforme avanzan las semanas de gestación. En cuanto a las preferencias de la posición sexual la preferida por las mujeres antes y durante el embarazo fue la de misionero, y la menos practicada fue la posición de sentados.

Bibliografía:

1. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiologic Reviews* 1993;15:414-443.
2. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *New Eng J Med* 1998;339:313-320.
3. Villanueva ELA, Contreras GAK, Pichardo CM, Rosales LJ. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(9):542-8.
4. Institute of Medicine. Behrman RE, Stith BA, editors. *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*. Washington, DC: The National Academies Press, 2006
5. Al-Jasmi F, Al-Mansoor F, Alsheiba A, Carter A, Carter T, Moshaddeque M. Effect of interpregnancy interval on risk of spontaneous preterm birth in Emirati women, United Arab Emirates. *Bull WHO* 2002;80:871-875.
6. Instituto Nacional de la juventud. *Orientaciones y Estrategias para el trabajo en Salud Adolescente*. Santiago, Chile 1997.
7. Silber T. Giurgigiovich A. Monist M. el embarazo en la adolescencia. La salud del adolescente y el joven. Washington, EUA: Publicaciones OPS. 1992:252-61. Reeder S. Martin L, Koniak D.
8. Franklin C. Grant D. Corcoran J. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. *J. Marriage Family* 1997;59: 551-67.
9. Millan T. Valenzuela S. Vargas N. Salud reproductiva en adolescente escolares: Conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. *REV. med Chile* 1995; 123(3):368-75.
10. Ministerio de planificación comite intergubernamental en juventud. Instituto Nacional de la juventud. Chile se compromete con los jóvenes, plan de acción en juventud 2004. hallado en : <http://www.mideplan.cl/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc-3pdf>.
11. Papalia D, Wendkos S: *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. 5° ed. México: Editorial McGraw-Hill, 2001: 568-90.
12. Bower D. What works? Research on effective programming in adolescent sexuality. *Pregnancy and parenting in adolescent pregnancy and parenting in adolescent pregnancy. Parenting program planning and evaluation conference*. Atlanta Georgia EUA 1998; 5-6.
13. Corcoran J. Franklin C. Benneth P. Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting *Social Works Research* 2000;24(1):29-39.

14. Adolescencia; sexualidad, embarazo y crianza de los hijos. En : Reeder S Martin L. Koniak D (eds). *Enfermería Materno- Infantil* 17^o edición, EUA: Interamericana McGraw-Hill, 1995; 923-48.
15. Moore K. Miller B Sugland B, Morrison D . Gleit D. Blumenthal C. Beginning too soon: adolescent sexual behavior. Pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. Publicaciones electrónicas de PAHO. Marzo del 2000 Hallado en :<http://www.nnh.org/products/whatworks2.htm>.
16. Suerio E, Gayoso P. Sexuality and pregnancy. *Aten Primaria* 1998;22:340-346.
17. De la Cuesta C. Tomarse en serio en el embarazo: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia, *J Transcultural Nursing* 2001;12(3):180-92.
18. Barclay, LM., McDonald, P. & O'Loughlin, J.A.: Sexuality and pregnancy. An interview study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 34: 1-7.
19. Beck, D.M.: *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York, Basic Books, 1994.
20. Byrd, J, Hyde, J.S., DeLamater, J.D. & Plant, E.A.: Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice* 1998; 47:305-308.
21. Romero-Ortiz C, Chávez-Merlos A. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretermino. *Rev Fac Med UNAM* 2004.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DEE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: H.G.Z No 32 C/MF Minatitlán, Ver.y H. G. Z. No 32 Coatzacoalcos

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
Actividad sexual durante el embarazo y su posible asociación con amenaza de aborto y parto prematuro.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número 3103 con sede en el HGZ con MF No. 32 de Minatitlán, Ver.

El objetivo del estudio es: Describir características de la actividad sexual en mujeres embarazadas y su posible asociación con amenaza de aborto y parto prematuro.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una cuestionario, el cual sera confidencial

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: Como riesgo e inconvenientes, posible impacto psicológico con relación a mis actividades sexuales realizadas durante mi embarazo, pero con el beneficio de modificarlas acorde a mi situación de gravidez.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

DRA.MARIA PATRACA RIVERA.
Nombre, firma y matrícula de investigador resp.

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

Cuestionario de factores de riesgo asociados a aborto y parto prematuro

Señora, las siguientes preguntas se encuentran relacionadas a una investigación que trata de determinar los factores asociados a aborto y parto prematuro (parto siete mesinos)

Le recordamos que la información es confidencial, por tal motivo le solicitamos que sus respuestas sean lo más confiable posible.

FECHA DE REGISTRO DÍA |__|__| Mes |__|__| Año |__|__|

IDENTIFICACIÓN	
Apellidos y nombre (S) _____	
Número de afiliación __	
Edad __ __ , Sexo: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>	
Estado civil: casada _____ unión libre _____ divorciada: _____ viuda _____ soltera: _____	
Localidad de residencia actual _____	
Unidad de adscripción: _____	
Domicilio actual _____	

ANTECEDENTES GENERALES	
Anote hasta que año estudio: _____	
Que religión profesa: _____	
Cuanto pesaba mas o menos antes del embarazo _____ kilos	
Cuanto media _____	
Cuál es el ingreso económico promedio en su casa a la quincena	
\$ _____	
Convive con su pareja diario: _____ una o 2 veces x semana _____ 1-o 2 veces al mes _____ emigrante externo: _____	

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS	
Cuantos embarazos ha tenido _____ (incluya hasta los abortos)	
Cuantos han sido partos normales _____	
Cuantos han sido cesáreas _____ Fecha de última cesárea _____	
Cuantos han sido abortos _____ Fecha de último aborto _____	
Fecha de su última menstruación: día _____ mes _____ año _____	
Edad en años y meses de su hijo más pequeño _____ años _____ mes	
Antes de este embarazo utilizo métodos de planificación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso de respuesta positiva que método _____ 1	
Semanas _____ de gestación _____	

ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL	
Presentó amenaza de aborto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso de respuesta positiva anote fecha o en que mes _____	
Presento amenaza de parto prematuro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso de respuesta positiva anote fecha o en que mes _____	
Presento parto prematuro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

En caso de respuesta positiva anote fecha o en que mes |_____|
"En su embarazo ha tenido leucorrea o flujo vaginal. SI____NO____ Si la respuesta fue positiva de que color es su flujo: Blanco_____ Amarillo_____ Verde_____

Alguna vez le han detectado virus del papiloma : SI_____ NO_____

Alguna vez en su vida ha tenido verrugas en su parte vaginal. SI_____NO_____

Actualmente tiene alguna lesión como verrugas o granitos en su parte vaginal.

SI_____NO_____

Cual es la percepción que usted tiene sobre su pareja con relación a tener contacto sexual. Continuamente quiere _____ me dice que hay que tener cuidado _____ se ha apartado _____.

Actualmente practica el sexo oral : SI_____NO_____

Actualmente practica el sexo rectal:SI_____ NO_____

Otras enfermedades

1. _____

2. _____

ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

Señora por favor conteste los días a la semana que en promedio o mas o menos tuvo relaciones sexuales a la semana en las diferentes etapas que se le solicitan.

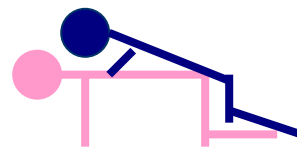
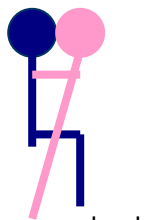
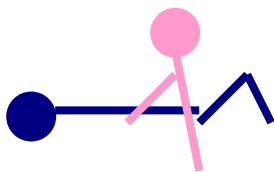
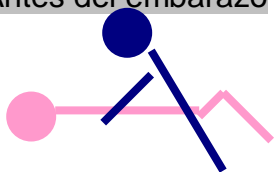
Antes del embarazo y durante los primeros tres meses del embarazo

Situación	Semanal							Quincenal	men sual
	1	2	3	4	5	6	7	Una vez	Una vez
Alrededor de un mes antes de saber que estaba embarazada									
Primer mes de embarazo									
Segundo mes del embarazo									
Tercer mes del embarazo									
Cuarto mes del embarazo									
Quinto mes del embarazo									
Sexto mes del embarazo									
Séptimo mes del embarazo									
Octavo mes del embarazo									
Noveno mes del embarazo									

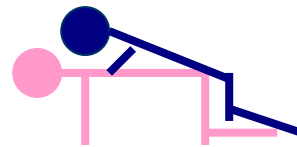
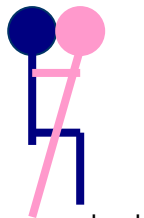
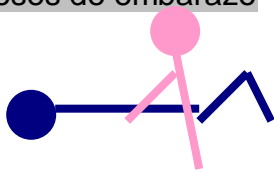
Por favor coloque las posiciones que usted y su pareja han utilizado en sus relaciones sexuales antes y durante el embarazo

Marque con una cruz una o las que ustedes practiquen

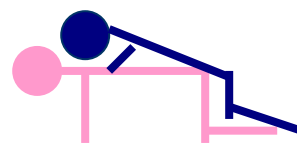
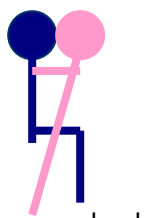
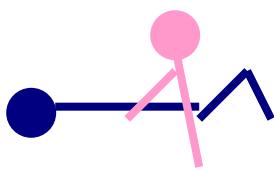
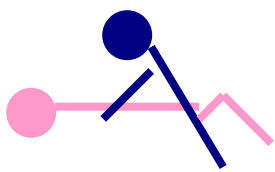
Antes del embarazo



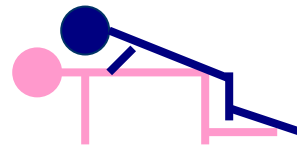
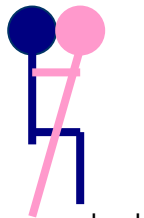
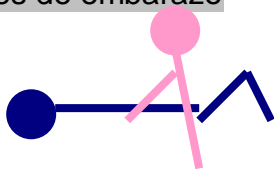
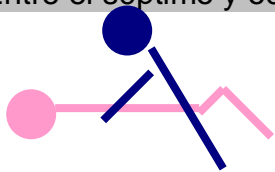
Durante los primeros tres meses de embarazo



Entre el cuarto y sexto mes de embarazo



Entre el séptimo y octavo mes de embarazo



Dolor o manifestaciones durante el embarazo