

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3



*“DETERMINACION DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO
PRETERMINO EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECOLOGA Y OBSTETRICA
NUMERO 3”*

**Tesis que para obtener el título de Médico especialista en
Ginecología y Obstetricia presenta:**

DR. JOSÉ VITE BAUTISTA

ASESORES

**DRA. MARIA GUDALUPE VELOZ
DRA. CLAUDIA GARCIA MAXINEZ**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2014-3504-23

México, DF

Julio del 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Alumno de tesis:

Dr. José Vite Bautista

Residente del tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia IMSS-UNAM. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3. Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS. México, DF.

Matricula IMSS 98161262.

Investigador responsable de la tesis:

Dra. María Guadalupe Veloz Martínez

Médico no familiar.

Médico de base adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS. México, DF. Coordinadora de Investigación en Salud

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Investigador asociado:

Dra. Claudia García Maxinez

Médico no familiar.

Médico de base adscrito al servicio de Perinatología.

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS. México, DF.

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Alumno: Dr. José Vite Bautista

Calle 309 No. 12, Colonia El Coyol. Delegación Gustavo A. Madero, México,
DF.CP 07400.

Teléfono celular 04455 42199170.

Correo electrónico: vite_joseesm@hotmail.com.

Dra. Claudia García Maxinez

Calzada Vallejo 266 y 270 Colonia "La Raza" Delegación Azcapotzalco México
Distrito Federal. CP 02990. Teléfono 57245900 Extensión 23667.

Teléfono Lada 01 (595) 95 499 44.

Correo electrónico: garcia67@hotmail.com

Dra. Guadalupe Veloz Martínez

Calzada Vallejo 266 y 270 Colonia "La Raza" Delegación Azcapotzalco México
Distrito Federal. CP 02990. Teléfono 57245900 Extensión 23667.

Correo electrónico: lupitaveloz_1@hotmail.com

Lugar de la investigación:

Servicio de Hospitalización de la Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital
Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza". Instituto
Mexicano del Seguro Social.

Calzada Vallejo 266 y 270 Colonia "La Raza" Delegación Azcapotzalco México
Distrito Federal. CP 02990. Teléfono 57245900 Ext. 2366

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

Dra. María Guadalupe Veloz Martínez
Investigador responsable de la tesis.
Médico de base adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS. México, DF. Coordinadora de Investigación en Salud

Dra. Claudia García Maxinez
Investigador asociado
Médico no familiar
Médico de base adscrito al servicio de Perinatología.

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Médico de base adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS. México, DF. Director de enseñanza e investigador en Salud.

Dr. Gilberto Tena Alavez
Director del la la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS. México, DF

DEDICATORIA

A mis padres Antonio Hernández y Guadalupe Bautista por darme la vida, apoyo incondicional por enseñarme el valor del trabajo. Gracias a su esfuerzo, amor y motivación siempre han proporcionado a sus hijos todo lo que han tenido a su alcance para cumplir nuestros objetivos.

A mis hermanos aliento fundamental para lograr esta meta.

A mis maestros por compartirme sus conocimientos, y fundamentalmente sus lecciones de vida, especial mención para los Doctores: Olga Lidia Villegas Canales por haberme introducido en el camino de la Ginecología y Obstetricia por su apoyo incondicional, Dra. Guadalupe Veloz, Dra. Guadalupe del Ángel, Dra. Claudia García Maxinez.

A mis verdaderos amigos por acompañarme en los momentos difíciles, y permanecer juntos hasta el final, sin duda nuestra amistad se ha fortalecido.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor. A mi padre que sus ejemplos nos ha demostrado que todo se puede lograr

A mis hermanos, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A la doctora Guadalupe del Ángel, por su apoyo incondicional en el transcurso de este camino, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ella.

A todos los médicos de base por la confianza y las enseñanzas, por la paciencia para formarnos y por darnos pautas para poder desarrollar nuestras habilidades.

Un agradecimiento singular debo a la doctora Guadalupe Veloz que como investigador responsable de esta tesis, me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con un interés y una entrega que han sobrepasado, con mucho, todas las expectativas que, como alumno, deposité en su persona.

ÍNDICE

APARTADOS	PÁGINA
Resumen	4
Introducción	6
Marco teórico	8
Planteamiento del problema	15
Justificación	15
Objetivo	16
Criterios de selección	17
Tipo y diseño del estudio	18
Población, muestra y método de muestreo	19
Variables de estudio, descripción operacional	20
Material y métodos	32
Análisis estadístico	33
Consideraciones éticas	33
Factibilidad	34
Soporte y servicios participantes	34
Recursos físicos y humanos	35
Apoyo financiero	35
Resultados	35
Discusión	57
Conclusión	63
Referencias bibliográficas	64
Anexos	66

DETERMINACION DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO

PRETERMINO EN LA UMAE NUMERO 3. Alumno de Tesis José Vite Bautista,

Dra. Claudia García Máxinez, Dra. María Guadalupe Veloz Mtz, servicio de

Perinatología de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN “La

Raza” IMSS.

RESUMEN

Introducción: El parto pretérmino se define como aquel que tiene lugar a partir de la 20.1 semanas y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor a 500g y que respira o manifiesta signos de vida. De acuerdo a la norma oficial mexicana (NOM-0007-SSA02-1993) se define como el parto que ocurre de las 28 a 37 semanas por amenorrea o recién nacidos con peso de 1000 a 2500g.

En el Centro Médico Nacional la Raza reportan que en el año 2012 hubo 4814 recién nacidos de los cuales 1569 fueron prematuros y 198 inmaduros, lo que representa el 30.95% de prematuros, con una mortalidad del 1.19% y morbilidad del 364.77%). la literatura internacional refiere que los principales factores de riesgo de parto prematuro son: un historial de problemas obstétricos como:

prematureo previo, nacimientos o abortos tardíos, otros factores tales como estatus socioeconómico desfavorable, tabaquismo, la mala nutrición o desnutrición, embarazo múltiple, la edad materna menor de 18 años (OR 1.70, IC del 95% 1.2 a o más de 35 años. La ruptura prematura de membranas afecta del 2 al 3% de todos los embarazos, se encuentra asociada con el 30%-40% de los partos pretermino.

Objetivo: Identificar y describir los factores de riesgo encontrados en paciente con parto pretermino.

Material y Métodos: Es un estudio de casos y controles en donde se incluye a pacientes hospitalizadas con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato y que de acuerdo a la norma oficial mexicana (NOM-0007-SSA02-1993) se tenga un producto de 27 a 36.6 semanas por amenorrea y/o ultrasonido o peso de 1000 a 2500g y valoración por Capurro menor de 37 semanas. Y un grupo control integrado por el mismo número de pacientes que para los casos, con parto a término (37 a 42 semanas) por fecha de última regla, Capurro y/o ultrasonido. A todas las pacientes se les aplicó una Historia clínica dirigida.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva: medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango y desviación estándar), determinación del OR y

Resultados: El riesgos relativo para los diferentes factores analizados fue; edad materna menor a 26 años (1.3), bajo nivel escolar (2.06), madre soltera (0.58), residencia rural (2.07), obesidad (1.12), polihidramnios (2.15), placenta previa (4.0), tabaquismo (0.99), cervicovaginitis (2.40), infección de vías urinarias (3.19), control prenatal insuficiente (23.34), multigestas (1.19), antecedente de parto pretermino (6.76), múltiples parejas sexuales (0.52), enfermedades de transmisión sexual (0.39), relaciones sexuales durante el embarazo (0.38), preeclampsia severa (12.82), embarazo múltiple (0.24), antecedente de aborto (0.85) y ruptura prematura de membranas (3.31) según la regresión logística estos factores explican el 53.8% de los partos pretermino con un valor de p de 0.001

Conclusiones: los factores de riesgo más importantes son: control prenatal insuficiente, preeclampsia severa, antecedentes de parto pretermino, placenta previa, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias expresados por una razón de momios mayor a 3.

I. INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino ha sido y continúa siendo un problema obstétrico y de salud pública importante, en relación a su contribución a la morbi-mortalidad perinatal.

Es responsable del 50 al 70% de todas las muertes perinatales en la mayoría de reportes. Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. (1) Estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas, dan cuenta que en el período 2000-2003 en todos los Estados Miembros de la OMS murieron anualmente; 3,91 millones de neonatos. La frecuencia con que se presenta el parto pretérmino varía según los estudios. A nivel mundial se reporta para países desarrollados entre el 7 al 9% en EE. UU, 4% en Nueva Zelanda; 4,8% en Suecia y 19,4% en Hungría (2,3). Sin embargo la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en vías de desarrollo y constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad. Hasta 60% de los sobrevivientes

tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades (4). El estudio *Pregnancy, Infection, and Nutrition* (PIN), diseñado para establecer los condicionantes del parto prematuro, identificó que su antecedente (RM: 2.6; IC 95%, 1.7-3.8), el informe materno de infección de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo (RM: 1.6; IC 95%, 1.0-2.3) y de vaginosis bacteriana (RM: 1.8; IC 95%, 1.3-2.6) se relacionaron significativamente con admisión por amenaza de parto prematuro en cualquier momento del embarazo (2). El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo. Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras (5).

II. MARCO TEÓRICO

El parto pretermino se define como aquel que tiene lugar a partir de la 20.1 semanas y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor a 500g y que respira o manifiesta signos de vida (6,7). De acuerdo a la norma oficial mexicana (NOM-0007-SSA02-1993) se define como el parto que ocurre de las 28 a 37 semanas por amenorrea o recién nacidos con peso de 1000 a 2500g (8).

Los recién nacidos que nacen antes de las 37 semanas tienen un mayor riesgo de mortalidad, morbilidad, deterioro motor y cognitivo en la infancia que los nacidos a término. En los países de altos ingresos, entre dos tercios y tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en el 6-11% de los niños nacidos vivos antes de las 37 semanas de gestación. Los bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación están particularmente en alto riesgo de resultados adversos, con tasas de mortalidad infantil en un 10-15% y de la parálisis cerebral en el 5 - 10%, pero el nacimiento prematuro moderado (en 32-36 semanas de gestación) también se asocia con pobres resultados en el nacimiento y en la infancia (1,9). 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. En Estados Unidos, en 1981, representó 9.4% de los embarazos y, en 2005, 12.7%, lo que significa un aumento de más de 30% en el periodo. Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores, como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza 21.3%. En un centro perinatal de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Yucatán, México, se calculó que entre los años 1995 a 2004 la frecuencia de neonatos prematuros fue de 12.4% (2). Los síntomas y signos de parto pretérmino no son específicos y la exploración física del cérvix es subjetiva e inexacta para el diagnóstico temprano de esta entidad nosológica, se considera amenaza de parto pretermino cuando se presenta: contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 minutos, 4/20 minutos, 6/60 minutos o más), dilatación cervical igual ó mayor a 2 cm, borramiento cervical igual o mayor ala 80%(6,9). La evaluación ultrasonográfica de la longitud cervical y la prueba de fibronectina fetal tienen un elevado valor predictivo negativo; por lo tanto, el uso único o de ambas, permite determinar que tipo de pacientes no requieren tocólisis,

En pacientes de riesgo la medición de la longitud cervical se realizará entre la semana 20.1 a 34 de gestación y la fibronectina fetal, entre la semana 24 a 34, La amniocentesis puede ser usada para valorar la madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica (1,6). Los principales factores de riesgo de parto prematuro son: un historial de problemas obstétricos (prematuro previo nacimientos o abortos tardíos) (odds ratio [OR] 3,412, intervalo de confianza del 95% [IC] 1,342-8,676), estatus socioeconómico desfavorable (baja educación: OR 1,75, IC del 95% 1,65 a 1,86), madre soltera (OR 1.61, IC 95% 1.26 a 2.7), estilo de vida poco saludables (tabaquismo [OR 1,7, IC 95% 1.3-2.2], la mala nutrición o desnutrición), embarazo múltiple (10% de todos los nacimientos prematuros), la edad materna menor de 18 años (OR 1.70, IC del 95% 1.2 a 3.8) o más de 35 años (7,10). La ruptura prematura de membranas afecta del 2 al 3% de todos los embarazos se encuentra asociada con el 30%-40% de los partos pretermino (11,12). Es bien sabido que el tabaquismo materno durante el embarazo afecta al crecimiento fetal y acorta la gestación. Un meta-análisis sobre el tabaquismo pasivo durante el embarazo y la salud del feto estima que la exposición de las mujeres embarazadas no fumadoras

al humo del tabaco reduce el peso medio al nacer de 33 gramos o más, y aumenta el riesgo de un peso al nacer inferior a 2500 g en 22%. Se encontró una reducción significativa en la tasa de nacimientos prematuros después de la aplicación de diferentes tipos de reglas que prohibían fumar en algunos lugares. Como se aplica la legislación libre de humo en Bélgica, en diferentes fases, se ha demostrado un patrón consistente de los cambios en el parto prematuro con reducciones graduales (13). Un estudio de casos y controles que se llevó a cabo en el 2012 en Beijin, China; en 1.391 mujeres con parto prematuro (grupo de casos) y 1.391 mujeres con parto a término (grupo control), que fueron entrevistados en las 48 horas posteriores al parto. Dieciséis posibles factores fueron investigados. El análisis univariado mostró que 14 de los 16 factores estudiados, se asociaron con el parto prematuro. Intervalo entre embarazos y enfermedades hereditarias no fueron factores de riesgo. El análisis de regresión logística mostró que la obesidad, los eventos estresantes de la vida, la actividad sexual, diabetes mellitus gestacional, trastorno hipertensivo que complica el embarazo, antecedentes de parto prematuro y alteraciones reproductivas fueron factores de riesgo. Las

mujeres que viven en pueblos y ciudades con una dieta equilibrada y un registro de la atención prenatal fueron menos propensas a tener partos prematuros (14).

El parto prematuro es resultado de un trabajo de parto espontáneo en casi 50% de los casos, ocurre después de la rotura prematura de membranas en 30%, y es iatrogénico (por complicaciones maternas o fetales) en el 20% restante. El estado que precede al parto prematuro es la amenaza de trabajo de parto prematuro, que en Estados Unidos representa el diagnóstico que más a menudo conduce a hospitalización durante el embarazo (2). Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con aumento en la morbilidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, la anemia hipocrómica y la prematurez. En un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California entre 1997 y 1998, las infecciones cervicovaginal y de vías urinarias estuvieron asociadas al parto pretérmino en 47.9 y 30.2 %, respectivamente. El polihidramnios se presenta entre 0.4 y 2.3 % de todos los embarazos y es también una de las principales causas de parto pretérmino; el origen puede ser materno,

fetal o idiopático. El tratamiento más común para corregir el polihidramnios sintomático es la amniocentesis (5). Una revisión bibliográfica sobre el manejo del parto pretérmino hace hincapié sobre los beneficios de la aplicación prenatal de corticosteroides; otra revisión analiza la respuesta a esteroides antenatales en relación con la incidencia del síndrome en neonatos prematuros hijos de madre con preeclampsia. En este estudio se detectaron los factores de riesgo maternofetales más frecuentes en las pacientes embarazadas, lo cual permite un mejor diagnóstico, tratamiento oportuno de las amenazas de parto pretérmino, proporcionar un mejor control prenatal, una mejor atención médica y disminuir este evento en la población de alto riesgo (15). El empleo de corticoides antenatales reduce el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, y no incrementa el riesgo de infección materna o fetal. El efecto óptimo del tratamiento con esteroides se presenta cuando el nacimiento ocurre después de 24 horas y antes de 7 días de haberse iniciado el tratamiento. Todas las mujeres con embarazo entre las 24 y 34 semanas, con riesgo de parto pretermino dentro de los siguientes 7 días deben ser consideradas candidatas a

tratamiento, con un curso único de corticoesteroides. El tratamiento consiste en dos dosis de 12 mg de betametasona intramuscular con un intervalo de 24 horas, ó 4 dosis de 6 mg de dexametasona intramuscular con un intervalo de 12 horas (10, 12,15).

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas más importantes en la perinatología actual es la patología inherente a la prematuridad, puesto que constituye un porcentaje alto de nuestra población con diferencias ostensibles entre países y entre poblaciones estudiadas y con un impacto sobre la morbi-mortalidad perinatal muy destacado, mayor cuanto más prematuro es el recién nacido. Si a ello añadimos las connotaciones socioeconómicas, se delimita en su conjunto una de las problemáticas más serias de los sistemas sanitarios. En la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 del IMSS, se tiene una alta incidencia de parto pretermino lo que lleva a una larga duración de estancia intrahospitalaria para los recién nacidos así como también un mayor gasto para el instituto. Se supone la presencia de muchos de los factores de riesgo considerados para el parto pretermino; sin embargo no se

han realizado estudios para establecer la frecuencia de estos en nuestra población.

IV JUSTIFICACIÓN

El parto pretermino representa no sólo un problema obstétrico, si no un problema de salud pública, ya que contribuye hasta un 70% de mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo que repercuten en la vida futura del neonato de la madre, de las familias y la sociedad. Datos estadísticos proporcionados por el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 en el Centro Médico Nacional la Raza reportan que en el año 2012 hubo 4814 recién nacidos de los cuales 1569 fueron prematuros y 198 inmaduros, lo que representa el 30.95% de prematuros, con una mortalidad del 1.19% y morbilidad del 364.77%. La Sala de prematuros cuenta con 140 incubadoras/cuna, en el año 2012 se ingreso el 36.35 % del total de prematuros y se egreso al 35.85% con un porcentaje de ocupación del 85.6% y días de estancia en promedio de 12.64, con una mortalidad del 19% lo que representa altos costos para el instituto por lo que

es importante conocer cuáles son las principales causas que propician esto y qué medidas tomar para poder prevenir el incremento de morbilidad y mortalidad neonatal y con ello contribuir a disminuir los costos de estancia intrahospitalaria.

V OBJETIVO GENERAL

Identificar y describir los factores de riesgo encontrados en paciente con parto pretérmino en el Hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 del Centro médico Nacional la Raza.

VI OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características demográficas de la población en estudio.
2. Identificar las patologías de riesgo de parto pretérmino.
3. Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes.
- 4.-Calcular el riesgo relativo de los factores de riesgo en estudio para pacientes con parto pretermino.
- 5.-Conocer la vía de interrupción del embarazo en pacientes con parto pretermino.

VII CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

1.-Pacientes que ingresen al hospital con puerperio inmediato con producto de embarazo igual o mayor a 27 semanas y menor de 37 semanas por amenorrea y/o ultrasonido.

2.-Sin antecedente de cualquier tipo de traumatismo físico.

3.- Pacientes que firmen hoja de autorización de tratamiento e ingreso a protocolo de estudio.

Criterios de Exclusión

1.-Pacientes con puerperio inmediato y con producto de embarazo igual o menor a 27 semanas de gestación por amenorrea y/o ultrasonido.

2.- Pacientes que hayan ingerido medicamentos o sustancias ya sean químicas o naturales para provocar actividad uterina.

3.-Pacientes que no acepten ingresar al protocolo de estudio.

4.-Pacientes con antecedentes de traumatismos.

Criterios de Eliminación

1.-No existen para este estudio.

VIII TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Transversal, analítico.

IX POBLACION, MUESTRA Y METODO DE MUESTREO

Población:

Pacientes puérperas en la UMAE HGO 3

Población muestreada:

Pacientes puérperas con parto pretermino y pacientes puérperas con parto a término.

Muestra:

Mismas pacientes que acepten participar en el estudio y cumplan criterios de inclusión.

Método de muestreo:

No probabilístico, serie de casos consecutivos de pacientes que cumplan criterios de selección.

Cálculo del tamaño de muestra:

Considerando una proporción esperada de presentación de uno o más factores de riesgo en 50% de las pacientes, con un nivel de confianza del 90% y amplitud del intervalo de confianza de 0.10 se tiene una muestra de 271 pacientes, para el grupo de casos y 271 para el grupo control.

IX VARIABLES

1.-Edad materna

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

Definición operacional: se agrupará a las pacientes en rangos que van de 15 a 42 años de edad

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: discreta

Unidades de medición: años

2.-Escolaridad

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente

Definición operacional: Analfabeta. Primaria incompleta. Primaria completa.

Secundaria incompleta. Secundaria completa, preparatorio completa, preparatoria

incompleta, Universidad, posgrado.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidades de medición: Analfabeta. Primaria incompleta. Primaria completa.

Secundaria incompleta. Secundaria completa, preparatorio completa, preparatoria incompleta, Universidad, posgrado.

3.-Residencia:

Definición conceptual: Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.

Definición operacional: Para la definición de las áreas se adoptó el criterio demográfico-cuantitativo basado en la agrupación de las localidades o centros poblados de acuerdo a su tamaño poblacional. El área urbana comprende las localidades o centros poblados con una población de 2.500 y más habitantes y la rural las de menos de 2.5000 habitantes.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidades de medición: medio, urbano o rural

4.-Estado Civil

Definición conceptual: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente: Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a Viudo/a, Separado/a, unión libre.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidades de medición: Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a Viudo/a, Separado/a, unión libre.

5.-Patologías Asociadas:

Definición conceptual: padecimientos que complican la gestación, y que como resultado dan algún grado de insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto.

Definición operacional: se consideraran las patologías registradas en los expedientes clínicos.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Escala de medición: Hemorragias obstétricas. Ruptura prematura de membranas.

Placenta previa/ implantación baja. Desprendimiento prematuro de Placenta.

Polihidramnios. Preeclampsia/Eclampsia. Diabetes Mellitus. Hipotiroidismo,

Hígado graso, Enfermedades reumáticas, Hipertensión Crónica, Infección de vías urinarias, cervicovaginitis., otras.

6.-Gestaciones

Definición conceptual: El número de embarazos que ha tenido la mujer

Definición operacional: número de embarazos que la paciente han tenido. (1,2, 3 o más)

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: numérica discreta.

Unidades de medición: números enteros

7.-Paridad

Definición conceptual: El número de partos que ha tenido la mujer

Definición operacional: dependiendo del número de partos que se han tenido

pueden ser: (0, 1,2, 3 o más)

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: numérica, discreta.

Unidades de medición: números enteros

8.- Abortos

Definición conceptual: Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo

antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

Definición operacional: número de interrupciones espontaneas o provocadas del

embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500

gramos.

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: numérica, discreta

Unidades de medición: números enteros

9.-Periodo intergenesico:

Definición conceptual: se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo

Definición operacional: es el espacio de tiempo en meses que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: numérica, discreta

Unidades de medición: meses

10.-Edad Gestacional

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas.

Definición operacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: numérica discreta

Unidades de medición: semanas

11.-Control Prenatal:

Definición conceptual: Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a

Definición operacional: La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

Se considera como control. Insuficiente (1-4 controles). Mínimo eficiente (5 controles). Seis o más controles

Tipo de variable: independiente, cuantitativa

Escala de medición: numérica, discreta

Unidades de medición: números enteros

12.-Antecedentes de parto pretérmino

Definición conceptual: Presencia de por lo menos un embarazo que culminó antes de cumplidas las 37 semanas de gestación

Definición operacional: pacientes con uno o más embarazos que culminaron antes

de las 37 semanas de gestación.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Unidades de medición: con antecedente de parto pretérmino o sin antecedente de parto pretérmino.

13.-Ruptura prematura de membranas

Definición Conceptual: es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del parto. Existen dos categorías generales

A término: aquella que ocurre después de las 37 semanas de gestación

Pretermino: la que se presenta antes de las 37 semanas; previable (menor o igual a 23 semanas), remota del término (24-32 semanas), cercana al término (33 a 36 semanas).

Definición Operacional: pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con signos clínicos positivos (Valsalva y Tarnier), cristalografía o prueba de nitrazina positivos.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de Medición: nominal dicotómica

Unidades de Medición: con antecedente de ruptura de membranas y sin antecedentes de ruptura de membranas.

14.-Tabaquismo.

Definición Conceptual: es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes muy activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Fumador pasivo son aquellas personas que no fuman, pero que están en contacto constante con los fumadores e inhalan el humo del cigarro.

Definición Operacional: es el consumo de cigarrillos o la exposición a humo de tabaco durante el embarazo.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de Medición: nominal dicotómica

Unidades de Medición: con antecedente de tabaquismo activo o pasivo sin antecedente de tabaquismo activo o pasivo.

15.-Eventos estresantes de la vida

Definición Conceptual: acontecimientos en la vida de una persona que pueden contribuir a desarrollar una enfermedad.

Definición Operacional: la escala de estrés de Holmes y Rahe es una lista de 43 acontecimientos estresantes en la vida que pueden contribuir a que las personas desarrollen una enfermedad. (La muerte de un cónyuge, prisión, muerte de un familiar, Cambio en la salud de un familiar, etc.).

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de Medición: nominal, dicotómica

Unidades de Medición: con antecedente de evento estresante y sin antecedente de evento estresante.

16.-Relaciones Sexuales

Definición Conceptual: es el antecedente de coito durante el embarazo

Definición Operacional: número promedio de coitos que la paciente tuvo desde el inicio de su embarazo, y determinando la fecha de su última relación sexual antes del parto.

Tipo de variable: independiente, cuantitativa.

Escala de Medición: numérica, discreta.

Unidades de Medición: números enteros.

17.-Obesidad

Definición Conceptual: acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Definición Operacional: La Obesidad se mide según el índice de masa corporal (IMC) peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2).

La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Tipo de variable: independiente cualitativa

Escala de Medición: nominal dicotómica

Unidades de Medición: con antecedente de obesidad y sin antecedente de obesidad.

18.-Polihidramnios

Definición Conceptual: se refiere a la acumulación excesiva de líquido amniótico,

el cual se asocia a un riesgo perinatal adverso aumentado.

Definición Operacional: se considera un índice de líquido amniótico normal el que se encuentra entre 5 y 18 cm según Phelan y de 3 a 8 cm según Chamberlain, por lo tanto todo valor encontrado por arriba de 18 por Phelan o de 8 por Chamberlain se considera polihidramnios.

Tipo de variable: independiente, cualitativa

Escala de Medición: nominal dicotómica

Unidades de Medición: con antecedente de polihidramnios y sin antecedente de polihidramnios.

19.-Embarazo Múltiple

Definición conceptual: es la presencia de 2 o mas embriones en un solo embarazo.

Definición Operacional: dependiendo del número de embriones puede ser gemelar, triples, cuádruples, quíntuples.

Tipo de variable: independiente nominal

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: gemelos, triples, cuádruples, quíntuples.

X MATERIAL Y METODOS

Es un estudio de casos y controles en donde se incluyó a pacientes que fueron hospitalizadas con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato y parto prematuro de acuerdo a la norma oficial mexicana (NOM-0007-SSA02-1993), esto es: un producto de 27 a 36.6 semanas por amenorrea y/o ultrasonido o peso de 1000 a 2500g y valoración por Capurro menor de 37 semanas. Se integró un grupo control con el mismo número de pacientes y parto a término. A todas las pacientes se les aplicó una Historia clínica dirigida (Anexo 2) donde se cuestionó factores relacionados con el parto pretermino con el fin de identificar cuáles son las principales causas asociadas en la población de la UMAE hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la información fue registrada en un formato elaborado ex profeso.

XI ANALISIS ESTADISTICO

Estadística descriptiva: medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango y desviación estándar), determinación del OR y regresión logística.

XII CONSIDERACIONES ETICAS

La investigación se apega a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964, enmendada en Tokio, Japón en 1975 y ratificada en la 52ª asamblea general realizada en Edimburgo, Escocia en octubre del año 2000. Corresponde al apartado II, investigación biomédica no terapéutica con humanos (investigación biomédica no clínica). También se apega a la Ley general de salud en materia de investigación para la salud.

XIII FACTIBILIDAD

Fue factible ya que las pacientes, expedientes, los recursos humanos y materiales se encuentran disponibles en el servicio de hospitalización de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMN "La Raza" IMSS.

No representó costos adicionales para la institución ya que solo se aplicaran encuestas a pacientes.

XIV SOPORE Y SERVICIOS PARTICIPANTE

Servicio de hospitalización UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3

CMN “La Raza” IMSS. México, D.F.

XV RECURSOS FISICOS Y HUMANOS

El equipo de investigación se encuentra integrado por dos médicos de base y un médico residente de tercer año los cuales pertenecen a la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” IMSS. México, DF.

XVI APOYO FINANCIERO

No representa gastos adicionales a la institución.

Los recursos económicos que se necesiten estarán a cargo del alumno de tesis y del investigador responsable.

XVII RESULTADOS

Se realizó una historia clínica a 542 pacientes puérperas las cuales se dividieron en grupo A (n=271) pacientes con parto pretermino y grupo B (n=271) pacientes

con parto a término, con la información obtenida se realizó una base de datos en Excel y a través del software SPSS Statistics 22 se realizó el análisis estadístico.

La edad promedio para los grupos se puede ver en la **tabla 1**

Tabla 1: Rango de edad, promedio y desviación estándar de las pacientes con parto a término y pretérmino

Rango de edad en años	Pacientes con parto a término		Paciente con parto pretérmino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
14-18	9	3.3	11	4.1
19-23	37	13.7	43	15.9
24-28	66	24.4	68	25.1
29-33	80	29.5	65	24.0
34-38	53	19.6	48	17.7
39-43	22	8.1	31	11.4
44-48	4	1.5	5	1.8
Promedio	29.95		29.77	
Máximo	46		47	
Mínimo	15		14	
Desviación estándar	6.20		7.06	

El 86.7% de las pacientes del grupo A y 94.7% de las del grupo B viven en una zona urbana. En cuanto al grado de estudios esté lo podemos observar en la tabla

2.

Tabla 2. Grado de Estudios en paciente con parto pretérmino y parto a término

Grado de Estudios	Frecuencia pacientes parto pretérmino	Porcentaje	Frecuencia pacientes con parto a término	Porcentaje
analfabeta	4	1.5	1	.4
posgrado	4	1.5	7	2.6
preparatoria	98	36.2	122	45.0
preparatoria trunca	38	14.0	11	4.1
primaria	6	2.2	20	7.4
primaria trunca	4	1.5	0	0
secundaria	69	25.5	47	17.3
secundaria trunca	6	2.2	2	.7
superior	42	15.5	61	22.5
Total	271	100.0	271	100.0

El estado civil para las pacientes del grupo A 52.4% son casadas el resto 29.9% viven en unión libre, 17% son solteras, 0.7% es viuda, para las pacientes del grupo B 65.3% son casadas, 21.0% vive en unión libre, 12.2% son solteras, 1.1% viudas y 0.4% divorciadas.

El hospital de Ginecología y Obstetricia número 3 es una institución de tercer nivel

donde se brinda atención médica a una serie de pacientes que son referidas de sus hospitales generales de zona con alguna patología asociada o pacientes con embarazos lejanos al término que requieran unidad de cuidados intensivos para su manejo integral, sin embargo, en el servicio de urgencias también se ingresan pacientes sin enfermedad asociada que requieren atención inmediata, en este estudio para las pacientes del grupo A la enfermedad asociada al embarazo con mayor porcentaje corresponde a la preeclampsia severa con 15.9%, preeclampsia sobreagregada 3.7%, Diabetes mellitus gestacional 3.7%, Hipertensión arterial crónica 2.6%, Diabetes mellitus tipo 2 2.2%, síndrome de HELLP con preeclampsia severa 2.2% son las más representativas, mientras que el 43.9% no tienen comorbilidad, como se observa la mayoría tienen bajo porcentaje esto debido a que se identificaron más de 30 patologías las cuales se agruparon y se describen en las siguientes tablas

Tabla 3. Enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Enfermedades Hipertensivas asociadas en pacientes con parto pretérmino		
Trastornos Hipertensivos asociados al embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial crónica	7	2.6
Hipertensión gestacional	5	1.8
Preeclampsia leve	1	.4
Preeclampsia severa	43	15.9
Preeclampsia sobreagregada	10	3.7
HELLP	1	.4
HELLP, Preeclampsia severa	6	2.2

Tabla 4. Enfermedades metabólicas asociadas al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Enfermedades metabólicas asociadas en pacientes con parto pretérmino		
Enfermedades metabólicas	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus tipo 1	1	.4
Diabetes mellitus tipo 2	6	2.2
Diabetes mellitus gestacional	10	3.7
Diabetes mellitus tipo 2, preeclampsia severa	1	.4
Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial crónica	4	1.5

Tabla 5. Enfermedades renales asociadas al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Enfermedades renales asociadas en pacientes con parto pretérmino		
Enfermedades Renales	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia renal crónica	1	.4
Insuficiencia renal crónica, trasplante renal	1	.4
Insuficiencia renal crónica, preeclampsia severa	1	.4
Insuficiencia renal crónica, Hipertensión arterial crónica	4	1.5

Tabla 6. Trastornos de la fertilidad asociados al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Trastornos de la fertilidad asociadas en pacientes con parto pretérmino		
Trastornos asociados a la fertilidad	Frecuencia	Porcentaje
Perdida gestacional recurrente	6	2.2
infertilidad primaria	1	.4
Incompetencia ístmico cervical	3	1.1
Edad materna de riesgo	1	.4
Edad materna de riesgo, Hipertensión arterial crónica	1	.4
Miomatosis uterina	7	2.6

Tabla 7. Enfermedades endócrinas asociadas al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Enfermedades endócrinas asociadas en pacientes con parto pretérmino		
Enfermedades del sistema endócrino	Frecuencia	Porcentaje
Hipotiroidismo	4	1.5
Microadenoma hipofisiario	1	.4
Síndrome de Cushing	1	.4

Tabla 8. Enfermedades del aparato circulatorio asociadas al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Enfermedades del aparato circulatorio asociadas en pacientes con parto pretérmino		
Enfermedades del aparato circulatorio	Frecuencia	Porcentaje
IVP, Trombocitopenia	1	.4
Vasculitis cerebral	1	.4
Cardiopatía	3	1.1
Cardiopatía , Hipertensión gestacional	1	.4
Trombocitopenia	3	1.1
Fiebre reumática	1	.4

Tabla 9 Otros trastornos asociadas al embarazo en pacientes con parto pretérmino

Otros trastornos asociados en pacientes con parto pretérmino		
Otras/ninguna	Frecuencia	Porcentaje
Lupus Eritematoso Sistémico	4	1.5
Artritis reumatoide	1	.4
Asma	3	1.1
Epilepsia	1	.4
Colestasis Intrahepática	2	.7
Hepatopatía	1	.4
Fibromialgia	1	.4
Hipoacusia	1	.4
Virus del papiloma humano	1	.4
ninguna	119	43.9

Para las paciente con parto a término (grupo B) la patología que se asocia al embarazo con mayor frecuencia corresponde a la diabetes mellitus gestacional con 13.7%; hipotiroidismo 8.9%, diabetes mellitus tipo 2 4.8%, Hipotensión arterial crónica 4.1%, miomatosis uterina 3.7%, epilepsia 3%, cardiopatía 3%, hipertensión gestacional 2.6%, trombocitopenia 2.2%, 29.5 % no tiene enfermedad asociada y el resto tienen muy baja prevalencia o se encuentran en combinación, a continuación se describen en las siguientes tablas.

Tabla 10 Enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo en pacientes con parto a término

Enfermedades Hipertensivas asociadas en pacientes con parto a término		
Trastornos Hipertensivos asociados al embarazo	Frecuencias	Porcentaje
Hipertensión arterial crónica	11	4.1
Hipertensión gestacional	7	2.6
Preeclampsia severa	5	1.8
Preeclampsia sobreagregada	1	.4
Hipertensión arterial crónica, accidente cerebral vascular	1	.4

Tabla 11 Enfermedades metabólicas asociadas al embarazo en pacientes con parto a término

Enfermedades metabólicas asociadas en pacientes con parto a término		
Enfermedades metabólicas	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus tipo 1	3	1.1
Diabetes mellitus tipo 2	13	4.8
Diabetes mellitus gestacional	37	13.7
Diabetes mellitus gestacional, Cardiopatía	1	.4
Diabetes mellitus gestacional, Hipotiroidismo	2	.7

Tabla 12 Enfermedades renales asociadas al embarazo en pacientes con parto a término

Enfermedades renales asociadas en pacientes con parto a término		
Enfermedades Renales	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia renal crónica leve	6	2.2
litiasis renal	1	.4

Tabla 13. Trastornos de la fertilidad asociados al embarazo en pacientes con parto a término

Trastornos de la fertilidad asociadas en pacientes con parto a término		
Trastornos asociados a la fertilidad	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida gestacional recurrente	2	.7
Incompetencia ístmico cervical	2	.7
Infertilidad primaria	1	.4
Edad materna de riesgo	5	1.8
Miomatosis uterina	10	3.7
Anomalía mulleriana	4	1.5

Tabla 14. Trastornos del aparato circulatorio asociados al embarazo en pacientes con parto a término

Enfermedades del aparato circulatorio asociadas en pacientes con parto a término		
Enfermedades del aparato circulatorio	Frecuencia	Porcentaje
Cardiopatía	8	3.0
Insuficiencia venosa periférica	1	.4
linfaedema	1	.4
Trombosis venosa profunda	1	.4
Tromboastenia de glazman	1	.4
Trombocitopenia	6	2.2
Cardiopatía, hipotiroidismo	1	.4
Purpura trombocitopenica idiopática, Lupus Eritematoso sistémico	1	.4

Tabla 15. Enfermedades endócrinas asociados al embarazo en pacientes con parto a término

Enfermedades endócrinas asociadas en pacientes con parto a termino		
Enfermedades del sistema endócrino	Frecuencia	Porcentaje
Adenoma hipofisiario	1	.4
Hipertiroidismo	2	.7
Hipotiroidismo	24	8.9
Hipotiroidismo , infertilidad	1	.4
Nódulo Tiroideo	1	.4
Quiste tiroglóso	1	.4

Tabla 16 Otros trastornos asociadas al embarazo en pacientes con parto a término

Otros trastornos asociados en pacientes con parto a término		
Otras/ninguna	Frecuencia	Porcentaje
Epilepsia	8	3.0
Mielitis transversa	1	.4
Fractura de cráneo	1	.4
Enfermedad mental	3	1.1
Lupus Eritematoso sistémico	1	.4
Lupus Eritematoso, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, Microadenoma	1	.4
Artritis reumatoide	3	1.1
Asma	3	1.1
Broquiectasias	1	.4
Colestasis intrahepática	1	.4
Hepatitis Autoinmune	1	.4
Carcinoma cervicouterino in situ	1	.4
Condilomatosis	1	.4
Disfunción pélvica	1	.4
Fractura de cadera	1	.4
Tumor abdominopélvico	1	.4
Ninguna	80	29.5

Las patologías analizadas se agruparon en grupos de acuerdo al órgano afectado tabla 17, se observa que los estados hipertensivos del embarazo son los que mas prevalecen en pacientes con parto pretermino (grupo A) y las endocrinopatías en pacientes con parto a término.

Tabla 17 Principales patologías maternas asociadas agrupadas

PATOLOGIAS MATERNAS ASOCIADAS			
PATOLOGIA	EMBARAZO PRETERMINO	EMBARAZO A TERMINO	TOTAL
NINGUNA	119	80	199
ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	76	25	101
ENDOCRINOPATIAS	27	85	112
NEFROPATIAS	6	7	13
TRASTORNOS DE LA FERTILIDAD	18	24	42
ENFERMEDADES AUTOINMUNES	5	7	12
NEUROPATIAS	2	13	15
CARDIOPATIAS	5	10	15
TROMBOCITOPENIAS	4	7	11
OTROS	9	13	22
TOTAL	271	271	542

De las enfermedades fetales analizadas, tabla 18; la que tiene una mayor incidencia en pacientes con parto pretermino fue la restricción del crecimiento intrauterino mientras que las cardiopatías fueron las que más prevalecieron en pacientes con parto a término.

Tabla 18 Principales patologías fetales asociadas

PATOLOGIAS FETALES ASOCIADAS			
PATOLOGIA	EMBARAZO PRETERMINO	EMBARAZO A TERMINO	TOTAL
NINGUNA	245	245	490
CARDIOPATIAS	1	5	6
RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	5	4	9
NEUROPATIAS	4	6	10
NEFROPATIAS	2	4	6
ALTERACIONES DEL TUBO DIGESTIVO	4	2	6
ARTERIA UMBILICAL ÚNICA	0	2	2
SINDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETO	3	0	3
MACROSOMIA	3	0	3
OTROS	4	3	7
TOTAL	271	271	542

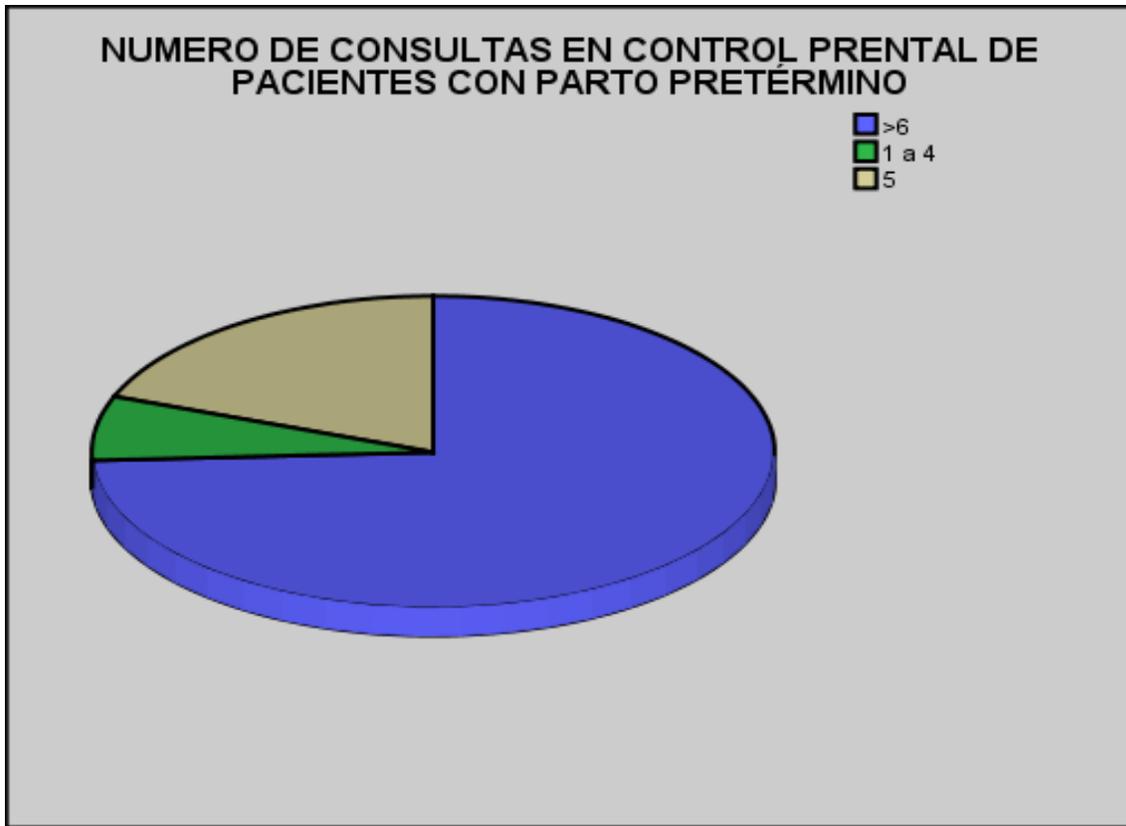
En cuanto a los antecedentes ginecoobstetricos para el grupo A 36.5% son primigestas, 26.2 secundigestas, y 37.3 multigestas; 12.9 primíparas, 6.3% ha

tenido dos partos, y 1.8 % 3 Y 4 partos respectivamente, 17% tienen 1 aborto, 4.1% dos y 1.8% tres abortos. Las pacientes del grupo B 32.5% son primigestas, 34.3% secundigestas y 33.2% multigestas; 15.9% son primíparas, 7.7% tienen dos partos y 3.7% múltiparas; 18% tienen un aborto, 5.2% dos abortos, 2.2% tres y 0.4% 4 abortos.

Las pacientes del grupo A únicamente 5 pacientes (1.85) tiene un periodo intergenesico corto de 1 año, 33.9% tiene dos años entre un evento obstétrico y otro, el resto mayor a dos años.

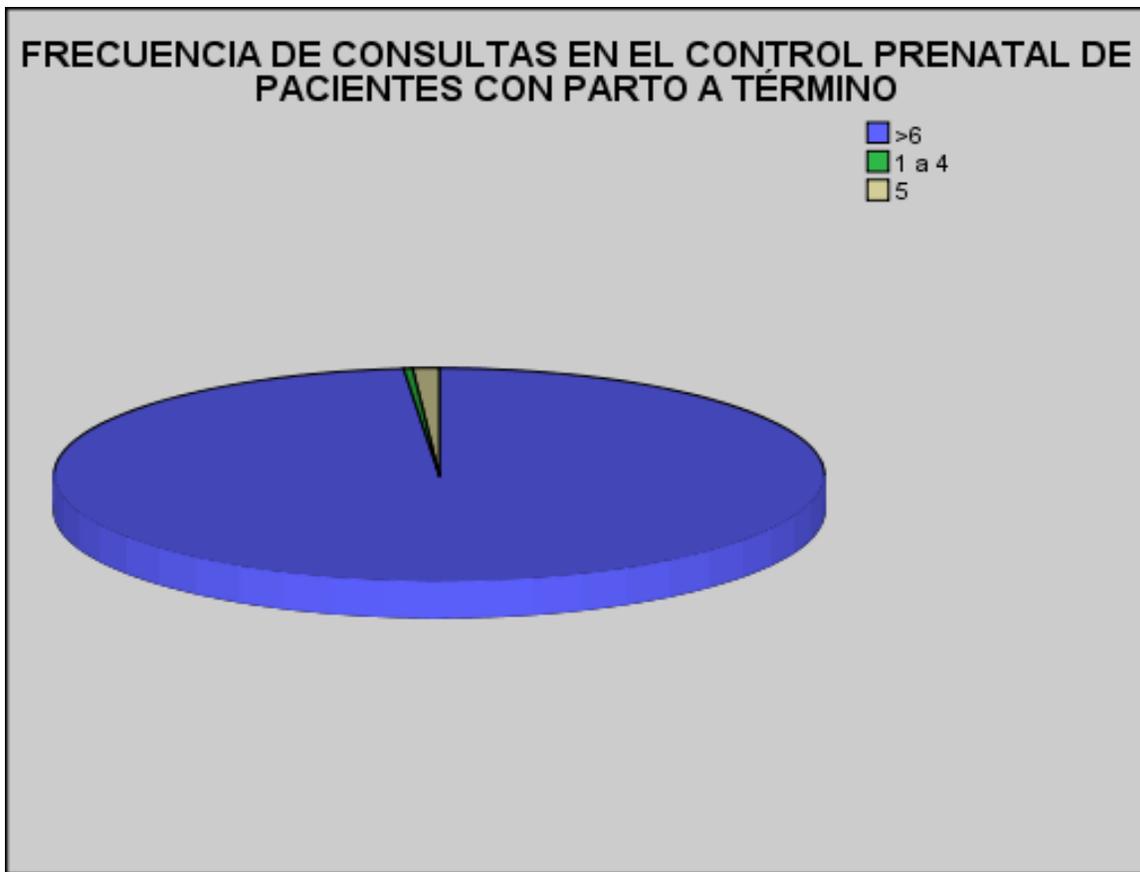
Las pacientes del grupo B 2.2% tiene un periodo intergenesico de 1 año, 36.5 % dos años, 32.5% son primigestas y el resto un periodo de tres años o mayor.

El control prenatal para el grupo A, 74.2% acudieron a mas de 6 consultas durante el embarazo, 19.2 % mínimo eficiente o 5 consultas y 6.6% menos de 4 consultas lo que traduce un deficiente control prenatal. **Grafica1**



Grafica 1. Control prenatal en pacientes con parto pretermino (n=271), 74.2% mayor a 6 consultas, 19.2% tienen 5 consultas y 6.6% de 1 a 4 consultas.

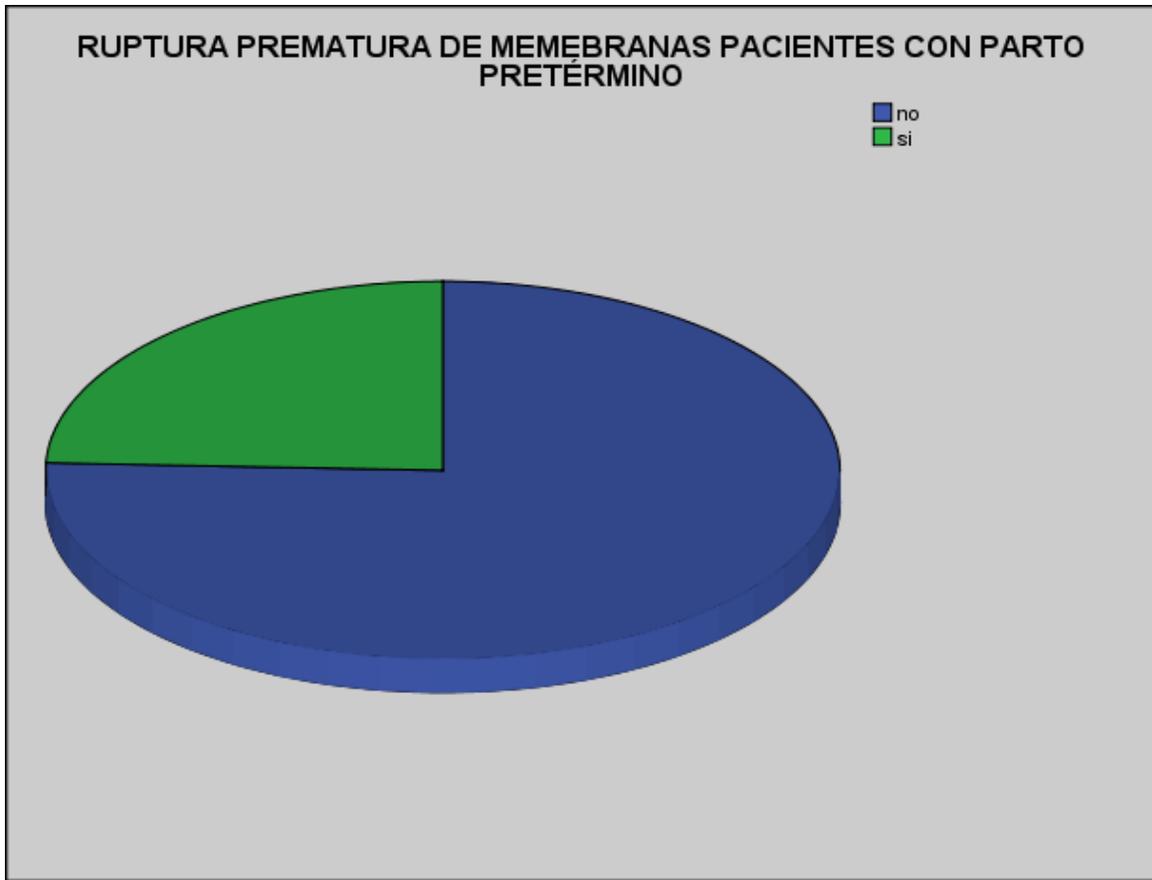
El 98.5% de las pacientes del grupo B acudieron a mas de 6 consultas durante el embarazo, 1.1% 5 consultas y 0.4% de 1 a 4 consultas. **Grafica 2**



Grafica 2. Control prenatal en paciente con parto a término (n=271), 98:5% acudió a mas de 6 consultas, 1.1% 5 consultas y solo 0.4% de 1 a 4 consultas.

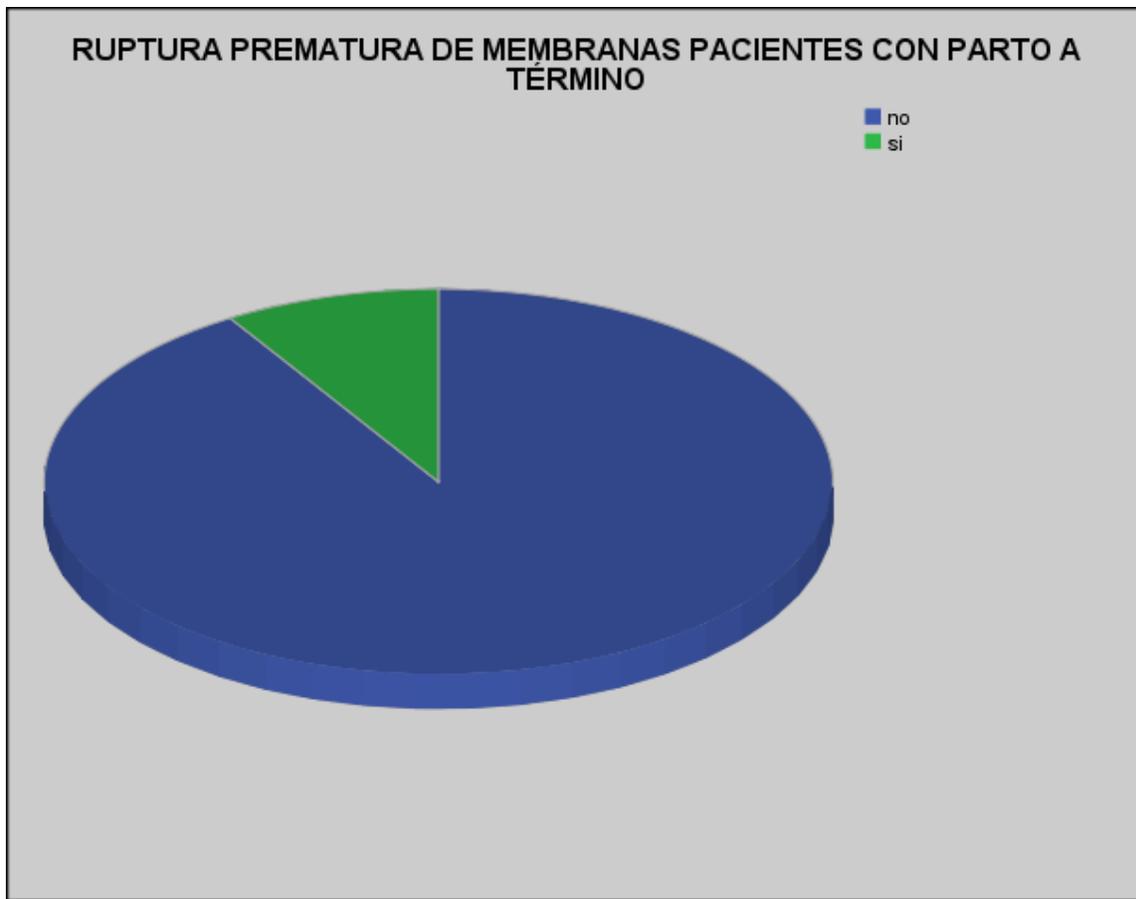
Un antecedente de los más importantes es el historial de partos pretermino para el grupo A 36 pacientes de 271 han tenido partos pretermino (13.3%) para el grupo B solo 6 pacientes (2.2%).

La ruptura prematura de membranas se diagnostico en el 24.7% en el grupo A en total 67 pacientes. **Grafica 3**



Grafica 3. Ruptura prematura de membranas en pacientes con parto pretermino, (n=271) 24.7%

En el grupo B a 24 pacientes se les diagnostico ruptura prematura de membranas lo que representa el 8.9%. **Grafica 4**



Grafica 4. Ruptura prematura de membranas en paciente con embarazo a término (n=271) 8.9%.

Únicamente 2 pacientes del grupo A fumaron durante el embarazo (2,2%) en el grupo B el 100% de las pacientes no tienen antecedente de tabaquismo.

El 10.4% de las pacientes del grupo A (28 pacientes) refieren haber tenido un evento estresante en las últimas 72 horas antes del parto, el 100% del grupo B respondieron que no a esta pregunta. En el grupo A 58.7% refieren relaciones sexuales de 1 a 5 veces durante el embarazo, 7% de 5 a 10 veces, 5.9% mayor a

10 veces, 28.4% (77 pacientes) refieren no haber tenido actividad sexual durante la gestación, en el grupo B 13.3% (36 pacientes) no tuvieron relaciones sexuales durante el embarazo, 69.5% de 1 a 5 veces, 10% de 5 a 10 veces, y 7.7% mayor a 10 veces.

Llama la atención que 40.6% de las pacientes del grupo A 110 pacientes tiene obesidad grado I (IMC 30-34.9), 5.5%, 15 pacientes obesidad grado II (IMC 35-39.9) y 2.2%, 7 pacientes obesidad grado III o mórbida (IMC >40). 103 pacientes 38.3% tienen sobrepeso IMC entre 25 y 30. En el grupo B únicamente 9.6% tiene peso ideal (IMC 18-24.9%) el resto 38.4% 104 pacientes tienen sobrepeso (IMC 25-29.9), 36.9%, 100 pacientes tienen obesidad grado I (IMC 30-34.9); 11.1% 30 pacientes obesidad grado II (IMC 35-39.9) y 4.1% obesidad mórbida (IMC mayor a 40).

Aunque en el hospital se tiene una población grande de mujeres con diabetes tipo 2, 1 y gestacional únicamente 4 pacientes 1.5% de las pacientes del grupo A tuvieron polihidramnios y solamente en 2 pacientes 0.7% del grupo B se diagnosticó esta complicación.

En cuanto el embarazo de alto orden fetal, únicamente se reportaron para el grupo A 3 casos de tres productos esto represento el 1.1%, 8.9% 24 pacientes con embarazo gemelar y 90% 244 pacientes un producto. En el grupo B solo 7 embarazos gemelares (2.6%) el resto solo un producto.

Se reportaron 26 casos de placenta previa 9.6%, para el grupo A; para el grupo B solo 7 casos 2.6%. Por último se interrogo acerca de las infecciones del tracto genital para el grupo A 35.8 % tiene antecedente de cervicovaginitis (97 pacientes) para el grupo B solo el 17.7% 48 pacientes, en cuanto infección de vías urinarias en el grupo A 58.7% 157 padecieron esta enfermedad durante la gestación en comparación con 28.8% 78 pacientes en el grupo B. Todos los antecedentes antes mencionados fueron analizados y se calculo el riesgo relativo.

Tabla 19

De acuerdo a la regresión logística se encontró que, la edad materna menor a 26 años, bajo nivel escolar, madre soltera, residencia rural, obesidad, polihidramnios, placenta previa, tabaquismo, cervicovaginitis, infección de vías urinarias, control prenatal insuficiente, multigestas, antecedente de parto pretermino, múltiples

parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, relaciones sexuales durante el embarazo, preeclampsia severa, embarazo múltiple, antecedente de aborto y ruptura prematura de membranas explican el 53.8% de los partos pretermino con un valor de p de 0.001.

Factor de riesgo	RM	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Edad < 26 años	1.3	0.92-1.977	0.132
Madre soltera	0.58	0.41-0.82	0.157
Bajo nivel escolar	2.06	1.45-2.94	0.008
Residencia	2.07	0.18-22.27	0.547
Obesidad	1.12	0.80-1.57	0.765
Polihidramnios	2.15	0.36-11.39	0.329
Placenta previa	4.00	1.79-9.38	0.000
Tabaquismo	0.99	0.98-1.00	0.002
Cervicovaginitis	2.40	1.61-3.58	0.155
Infección de vías urinarias	3.19	2.23-4.55	0.001
Control prenatal insuficiente	23.24	8.34-64.73	0.000
Multigestas	1.19	0.84-1.70	0.850
Antecedente de partos pretermino	6.76	2.80-16.34	0.005
Antecedente de aborto	0.852	0.57-1.26	0.308
Múltiples parejas sexuales	0.52	0.37-0.75	0.025
Enfermedades de transmisión sexual	0.39	0.07-2.05	0.012
Relaciones sexuales en el embarazo	0.38	0.24-0.60	0.013
Evento estresante	0.89	0.86-0.96	0.002
Ruptura prematura de membranas	3.31	2.00-5.47	0.000
Preeclampsia severa	12.82	5.44-30.22	0.000
Embarazo múltiple	0.24	0.20-0.56	0.000

Tabla 19. Estimación del riesgo para los diferentes factores para parto pretermino

De las 271 pacientes con parto pretermino la edad gestacional promedio fue de 33.13 semanas con un máximo de 36 y mínimo de 27 semanas, con un peso promedio de 1.9 kg, talla promedio de 44 centímetros con un mínimo de 26 centímetros y máximo de 53 centímetros, en 266 casos se realizo una cesárea como medio de interrupción del embarazo lo que representa el 98.15% y solo 5 partos vaginales 1.8%

XVIII DISCUSIÓN

En la literatura esta descrito que los factores de riesgo en cuanto a la edad es frecuente en menores de 18 años y mayores de 35 años (7,10), se encontró que para el grupo A las edad donde se presentan mas partos pretermino fueron 25 y 26 años, por lo que se realizo el corte en este rango de edad, encontrando 83 pacientes lo que representa solo el 30% en comparación con el 25% del grupo control ya que solo 68 pacientes tuvieron parto pretermino, el mayor porcentaje se presentó en pacientes con edad mayor a 26 años, esto probablemente debido a que en las zonas urbanas la mujer trabaja para contribuir con el ingreso económico familiar lo que las ha orillado a posponer la maternidad, sin embargo se

requiere de un estudio más detallado para corroborar esto, el odds ratio para la edad menor a 26 años fue de 1.350 intervalo de confianza del 95% (0.921-1.977) con un valor de $p=0.132$, lo que lo convierte en un factor de riesgo sin embargo no es significativamente estadístico. Se describe también que el estatus socioeconómico desfavorable (baja educación: OR 1,75, IC del 95% 1,65 a 1,86), madre soltera (OR 1.61, IC 95% 1.26 a 2.7), estilo de vida poco saludables (tabaquismo [OR 1,7, IC 95% 1.3-2.2], la mala nutrición o desnutrición) son factores de riesgo (7.10) en nuestro resultado, para pacientes con estado civil soltero se encontró un odds ratio de 0.585 intervalo de confianza del 95% (0.140-0.826) por lo que no se considera factor de riesgo, para el nivel escolar observamos que las pacientes en su mayoría cursaron la preparatoria, en el grupo A 53% tienen preparatoria, para el grupo B 70%, sin embargo en el grupo de parto pretermino encontramos 4 pacientes analfabetas, el odds ratio fue de 2.069 con intervalo de confianza 95% (1.454-2.944) $p=0.008$, lo que nos indica que es un factor de riesgo, en zonas urbanas se tiene más acceso a escuelas, a la información y la tecnología razón por la cual se encontró un alto porcentaje de

paciente que tienen un nivel básico y superior para paciente con parto pretermino se encontró que 14% tienen preparatorio trunca en comparación de 4.4% del grupo control, esto por el abandono de estudios debido al embarazo, para el grupo A solo 15.5% son de nivel superior en comparación con el grupo control donde fue de 22.5%. En el hospital se atienden a pacientes de la zona sur y centro de la República Mexicana, únicamente una paciente del grupo A vive en zona rural y dos del grupo control, por lo que el riesgo encontrado no es estadísticamente significativo. En su estudio Yun-Ping Zhang y Xiao-Hong Liu reportan a la obesidad como un factor de riesgo importante, México es el segundo lugar en obesidad después de Estados Unidos y son alarmantes las cifras encontradas, para el grupo A el 48.7% son obesas, 38% tienen sobrepeso y solo 13.3 tienen un índice de masa corporal normal para el grupo B 52.1% son obesas, 38.4% tienen sobrepeso y solo 9.6% son normales, por estas cifras se tradujo un riesgo de 1.125 intervalo de confianza del 95% (0.803-1.576) que no es significativamente estadístico sin embargo por lo que esta descrito en la literatura esta patología que es parte del síndrome metabólico, tiene gran repercusión a

nivel cardiovascular y aumenta al riesgo de padecer enfermedades propias del embarazo como preeclampsia y diabetes gestacional. Cox B y Martens E en sus estudios encontraron una reducción significativa en la tasa de nacimientos prematuros después de la aplicación de diferentes tipos de reglas que prohibían fumar en algunos lugares, de nuestras 542 pacientes estudiadas solo 2 del grupo A respondieron haber fumado durante el embarazo por lo que no se considero factor de riesgo.

Según las referencias las pacientes con partos prematuros previos nacimientos o abortos tardíos, son factores de riesgo estadísticamente significativos (odds ratio [OR] 3,412, intervalo de confianza del 95% [IC] 1,342-8,676) (7,10); de nuestros grupos estudiados en cuanto a sus antecedentes ginecoobstétricos analizados se observó que, antecedente de aborto, número de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, relaciones sexuales durante el embarazo, evento estresante en las últimas 72 horas antes del parto o embarazo múltiple no son factores de riesgo, no así el antecedente de parto pretermino en el que se reporta un odds ratio de 6.766 intervalo de confianza del 95% (2.801-16.342) p 0.001. y

control prenatal el cual se dividió de acuerdo a la norma oficial mexicana, se encontró un odds ratio de 23.246 intervalo de confianza del 95% (8.348-64.730) p 0.000, es el más relevante de todo el estudio esto quiere decir que 23 de cada 100 pacientes tienen un control prenatal deficiente, cabe señalar que esto fue solo en base al número de consultas se requiere de un estudio más detallado para corroborar dicho hallazgo.

Las pacientes que son referidas a este hospital de tercer nivel es por las patologías que estas tienen asociadas, en el caso de embarazos lejanos al termino es por el grado de prematuridad y porque solo aquí se cuenta con unidad de cuidados intensivos neonatales de alta especialidad y terapia intensiva para madres que así lo requieran, 49.3% de las pacientes del grupo A no tienen patología asociada lo cual se explica con lo antes mencionado, la preeclampsia severa fue la más representativa con un odds ratio de 12.829 intervalo de confianza del 95% (5.440-30.255) p 0.001 estadísticamente significativo. La ruptura prematura de membranas es otro de los factores más importantes esta descrito que afecta de 2 a 3% de todos los embarazos según Camarero J y

García J, nosotros lo encontramos como en el 24.7% para el grupo A y solo 8.9% para el grupo control un porcentaje alto en comparación a lo mencionado en la literatura, el odds ratio fue de 3.313 intervalo de confianza del 95% (2.005-5.477) $p < 0.001$ significativamente estadístico. El estudio *Pregnancy, Infection, and Nutrition* refiere que la infección de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo (RM: 1.6; IC 95%, 1.0-2.3) y de vaginosis bacteriana (RM: 1.8; IC 95%, 1.3-2.6) se relacionaron significativamente con admisión por amenaza de parto prematuro en cualquier momento del embarazo (2), en nuestro estudio se reporta, para el grupo A un odds ratio de 3.190 intervalo de confianza del 95% (2.237-4.550) con valor de $p < 0.001$ para la infección de la vía urinaria lo cual también es estadísticamente significativo y para infecciones vaginales un riesgo de riesgo de 2.406 intervalo de confianza del 95% (1.616-3.582) $p < 0.155$ esto se traduce en factor de riesgo para la patología estudiada pero no es estadísticamente significativo en comparación con la infección de vías urinarias. Actualmente se tiene al alcance muchas herramientas para integrar diagnósticos lo cual ha contribuido a un abuso en la operación cesárea esto a su vez se ha traducido en

un mayor porcentaje de placentas previas y acretismo, esta patología complico al 9.6% de las pacientes del grupo A y 2.6 para el grupo B con un odds ratio de 4.002 intervalo de confianza del 95% (1.706-9.387) p 0.001 estadísticamente significativo lo cual no se refiere en ningún artículo, la mayoría de la pacientes con acretismo se programan a las 35-36 semanas de gestación. En el grupo A 3.7% tienen diabetes gestacional, 2.2 diabetes mellitus tipo 2 en el grupo B 13.7% son diabéticas gestacionales, 4.8% diabéticas tipo 2, y 1.1 diabéticas tipo 1 a pesar de esto solo 4 y 2 pacientes respectivamente tuvieron diagnostico de polihidramnios esto se tradujo en un odds ratio de 0.674 que no se considera factor de riesgo.

XIX CONCLUSIÓN

En la literatura hay una gran diversidad de factores de riesgo para parto pretermino, pero en nuestro estudio podemos concluir que los factores de riesgo más importantes son: control prenatal insuficiente, preeclampsia severa, antecedentes de parto pretermino, placenta previa, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias expresados por una razón de momios mayor a 3.

La detección temprana de algunos factores de riesgo aquí identificados no requiere de tecnología sofisticada y puede realizarse a partir de la primera consulta y desde el primer nivel de atención donde el médico general se desempeña un papel importante.

Por esto es indispensable el acceso y cabal cumplimiento del control prenatal y establecer un sistema de referencia prenatal eficaz.

XX BIBLIOGRAFIA

1. J Zeitlin, K Szamotulska, N Drewniak, AD Mohangoo, J Chalmers. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *Epid.* 2013; 120:1356–1365.
2. Villanueva L, Contreras A, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2008; 76(9):542-8
- 3.- Karchmer S, Dr. Fernández C. *Obstetricia y Medicina Perinatal Temas Selectos. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Tomo I* pp. 202-206 México, D.F. 2006.
4. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol.* 2012; 119(6):1308-17
5. Calderón J, Malagón G, Velásquez J, Morales R. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev. Med. IMSS* 2005; 43 (4): 339-342
6. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. Guía de Referencia Rápida 060 Parto Prematuro. *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. IMSS 060-08* México, D.F: 2006. www.cenetec.salud.gob.mx

7. Pawelec M, Pałczyński B, Krzemieniewska J, Karmowski, Koryś J, Initiation of Preterm Labor. Clin. Exp. Med. 2013, 22 (2), 283–288.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. <http://www.sideso.df.gob.mx/>
9. Namavar B, Shiravan S. Maternal Risk Factors and Neonatal Outcome of the Admitted Patients for Preterm Spontaneous Uterine Contractions. Cret. Med. Jr. 2011; 13(12):877-883
10. Ekkehard S. The Prevention, Diagnosis and Treatment of Premature Labor. Obstet. Gynecol. 2013; 110(13): 227–36.
11. David P. van der Ham, Sylvia M. C. Vijgen, Jan G. Nijhuis, Johannes J. van Beek. Induction of Labor versus Expectant Management in Women with Preterm Prelabor Rupture of Membranes between 34 and 37 Weeks: A Randomized Controlled Trial. Plos. Med. 2012; 9(4), 1-16
12. Camarero J, García J, M.C. Villagomez C. Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas en Pretérmino. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. SEDENA 446-09 México, D.F: 2010. www.cenetec.salud.gob.mx
13. Cox B, Martens E, Nemery B, Vangronsveld J. Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: analysis of routinely collected birth data. BMJ 2013; 346-351
14. Yun-Ping Zhang, Xiao-Hong Liu, Su-Hong Gao, Jia-Mei Wang. Risk Factors for Preterm Birth in Five Maternal and Child Health Hospitals in Beijing. Plos One 2012; 7 (12) 1-7.
15. Althabe F, Belizán J, Mazzoni A, Berrueta M. Antenatal corticosteroids trial in preterm births to increase neonatal survival in developing countries: study protocol. Reprod. Healt. 2012, 9 (22) 1-12.

XXI ANEXOS

Anexo 1. - CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

México, DF a _____ de _____ del año 2013

Con el objetivo de conocer el **“Factores de Riesgo asociados a parto pretermino”** se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en **permitir o no** la aplicación de una historia clínica a cargo de los médicos residentes del servicio de perinatología la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS en la ciudad de México.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Los investigadores responsables se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les 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.

Entiendo que conservo todo 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. Los investigadores me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del 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 en algún momento pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de la paciente o de quien autoriza

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del tes

Anexo 2. – INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

No de Afiliación _____

Nombre _____

Edad _____ Teléfono _____

Estado civil soltera () casa () viuda () unión libre () divorciada ()

Escolaridad: analfabeta () primaria completa () primaria trunca () secundaria completa () secundaria trunca () preparatoria completa () preparatoria trunca () superior ()

Residencia: urbana () medio () rural ()

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Fecha de ingreso _____

Diagnostico de ingreso _____

Polihidramnios si () no ()

Antecedentes personales

(comorbilidad) _____

Ingesta de bebidas alcohólicas si ___ no ___ frecuencia _____ cantidad _____

Tabaquismo activo si ___ no ___ frecuencia _____

cantidad _____ Tiempo _____

Tabaquismo pasivo si ___ no ___ frecuencia _____ cantidad _____

tiempo _____

Drogas si ___ no ___ Cuales _____

Medicamentos _____

Grupo y RH _____

Historia de cervicovaginitis si ___ número de veces 1-4 veces () 5-10 () >10 ()

Tratamientos: _____

No ()

Historia de infección de vías urinarias si ___ número de veces 1-4 veces () 5-10 veces () >10 veces ()

Tratamientos: _____

No ()

Consultas Previas por amenaza de parto pretérmino si ___

1 vez () 2 veces () 3 o más veces ()

Tratamiento _____

No ()

Hospitalizaciones Previas por amenaza de parto pretérmino si ___

1 vez () 2 veces () 3 o más ()

Tratamiento _____

No ()

Historia de partos pretérminos si ___

1 () semanas _____ 2 () semanas _____ 3 () semanas _____ 4 o más () semanas _____

no _____

Embarazo gemelar ()

trillizos ()

cuatrillizos ()

Vía de nacimiento /peso/Capurro/edad gestacional/talla

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Antecedentes ginecoobstetricos

Menarca _____ G _____

P _____ A _____ C _____ OBITO _____

Ritmo menstrual _____ FUM _____

Dismenorrea _____

Inicio de vida sexual activa _____

No. Parejas sexuales _____ ETS si ___ no ___ Cuales _____

Relaciones sexuales durante el embarazo si _____ 1-5 veces () 5-10 veces ()

>10 veces ()

no _____

Método de planificación Familiar hormonal () barrera () natural ()

Control prenatal 1-4 consultas () 5 consultas () más de 6 consultas ()

Evento estresante en las últimas 72 horas si () no ()

Anexo 3. – ABREVIATURAS

RPM: Ruptura prematura de membranas.

APP: Amenaza de parto pretermino.

PP: Parto pretermino.

VB: Vaginosis bacteriana.

FR: Factores de riesgo.

SDR: Síndrome de dificultad respiratoria.

SDG: Semanas de gestación.

BPD: Bloqueo peridural

STV: Sangrado transvaginal

E Coli: Escherichia coli

CRH: Hormona liberadora de corticotropina

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro social

UMAE: Unidad Médica de alta Especialidad

RM: razón de Momios

OR: Odds ratio

R: riesgo

Anexo 4. – CRONOGRAMA DE TRABAJO

Año 2014

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Investigación bibliográfica	xxx							
Elaboración del proyecto de tesis		xxx						
Presentación al comité local		xxx						
Recolección de resultados			xxx	xxx	xxx			
Análisis de los resultados					xxx	xxx		
Elaboración del reporte escrito						xxx		
Presentación de la tesis							xxx	
Envío para su publicación								xxx