



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



Secretaría  
**de Salud**

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO  
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO

**PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LOS ARCOS,  
EDUARDO NERI, GUERRERO.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:  
**DRA. ANA MA. DEYANIRA VELÁZQUEZ ADAME**

ASESOR:  
**MSP. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ**

**SEMIS: 07160718**

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019



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.

**PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LOS ARCOS, EDUARDO NERI, GUERRERO.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ANA MA. DEYANIRA VELÁZQUEZ ADAME**

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARIA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ**  
PROFESORA TITULAR

ASESOR DE TESIS  
**MSP. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ**

**DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA**  
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

**DRA. RUBI ALVAREZ NAVA**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y  
FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA**  
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019.

**PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LOS ARCOS, EDUARDO NERI, GUERRERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ANA MA. DEYANIRA VELÁZQUEZ ADAME**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION EN MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

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

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

## Resumen

**Introducción:** El parto pretérmino es un problema de gran magnitud, tanto para la salud pública de nuestro país como a nivel mundial. La cuestión trasciende lo sanitario, con un gran impacto social y económico, e influencia sobre la familia y sobre la sociedad. Anualmente se producen en el mundo 15 millones de nacimientos pretérmino, que representan más del 10% del total de nacidos. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de la amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Arcos municipio de Eduardo Neri, Guerrero, durante el periodo de enero a marzo de 2018. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo. Se tomó un censo de 100 pacientes que acudieron al Centro de Salud Los Arcos del municipio de Eduardo Neri, con embarazo de 21 a 37 semanas por amenorrea y/o ultrasonido, durante el periodo de enero a marzo del 2018; del total de pacientes solo se estudiaron las 38 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el cuestionario "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" para recolectar datos de expedientes clínicos y el APGAR familiar. Se realizó la codificación y análisis de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences v.19 donde se estimaron las medidas de prevalencia, los resultados fueron representados en gráficos de barras e histogramas. **Resultados:** La edad media de las pacientes fue de 24 años, más de la mitad de las mujeres no contaban con pareja y predominaron las gestantes con secundaria a menos. Se mostró que la media de embarazos fue de 1.74. Los factores de riesgo más frecuentes de amenaza de parto pretérmino fueron infección de vías urinarias 84.2% (32), ruptura prematura membranas con 81.6% (31), anemia con 81.6% (31), antecedentes de parto pretérmino 78.9% (30) e infecciones vaginales 71.1% (27). Se observó que más de la mitad de las mujeres tenían disfuncionalidad familiar. **Conclusión:** Como médico familiar, el interés de estudiar la amenaza de parto pretérmino está centrado en prevenir la morbilidad materno infantil, para ello, es necesario mantener la salud materna, la cual se puede conservar por medio de un buen control prenatal y vigilancia de factores de riesgo, para poder dar un diagnóstico y tratamiento oportuno y evitar complicaciones. **Palabras claves:** Amenaza de parto pretérmino, funcionalidad familiar.

## **Abstract**

**Introduction:** Preterm birth is a problem of great magnitude, both for the public health of our country and worldwide. The issue transcends the health, with a great social and economic impact, and influence on the family and society. Annually 15 million preterm births occur in the world, representing more than 10% of all births. **Objective:** To estimate the prevalence of the threat of premature birth and family functionality in patients attended at the Los Arcos Health Center, municipality of Eduardo Neri, Guerrero, during the period from January to March 2018. **Material and methods:** An observational study was conducted, descriptive A census was taken of 100 patients who attended the Los Arcos Health Center of the municipality of Eduardo Neri, with a pregnancy of 21 to 37 weeks for amenorrhea and / or ultrasound, during the period from January to March 2018; Of the total number of patients, only 38 women who met the inclusion criteria were studied. The questionnaire "Prevalence of threat of preterm delivery" was used to collect data on clinical records and family APGAR. Data coding and analysis were carried out in the Statistical Package for the Social Sciences program v.19 where the prevalence measures were estimated, the results were represented in bar graphs and histograms. **Results:** The average age of the patients was 24 years, more than half of the women did not have a partner, and pregnant women with less than secondary predominated. It was shown that the average of pregnancies was 1.74. The most frequent risk factors for threatened preterm delivery were urinary tract infection 84.2% (32), premature rupture of membranes with 81.6% (31), anemia with 81.6% (31), antecedents of preterm labor 78.9% (30) and vaginal infections 71.1% (27). It was observed that more than half of the women had family dysfunctionality. **Conclusion:** As a family doctor, the interest in studying the threat of preterm delivery is focused on preventing maternal and infant morbidity and mortality, for this, it is necessary to maintain maternal health, which can be maintained through good prenatal control and surveillance of factors of risk, to be able to give a diagnosis and timely treatment and avoid complications. **Key words:** Threat of preterm delivery, family functionality.

## Índice

<b>1.</b>	Marco teórico .....	1
	Amenaza de Parto Pretérmino (APP) .....	4
	Parto prematuro .....	5
	Diagnóstico de la Amenaza de Parto Pretérmino .....	5
	Etiología .....	6
	Factores de riesgo .....	7
	Manejo antenatal de la amenaza de parto prematuro.....	12
	Prevención del parto pretérmino .....	13
	Funcionalidad familiar .....	14
	Apgar familiar .....	15
<b>2.</b>	Planteamiento del problema .....	17
<b>3.</b>	Justificación .....	18
<b>4.</b>	Objetivo.....	19
	Objetivo general.....	19
	Objetivos específicos .....	19
<b>5.</b>	Material y métodos .....	20
	Tipo y diseño de estudio .....	20
	Población .....	20
	Tipo y tamaño de la muestra .....	20
	Criterio de selección .....	20
	Variables .....	21
	Método e instrumento de recolección de datos .....	21
	Análisis de datos .....	23
	Aspectos éticos .....	24
<b>6.</b>	Resultados.....	25
<b>7.</b>	Discusión .....	37
<b>8.</b>	Conclusiones .....	39
<b>9.</b>	Recomendaciones .....	40
<b>10.</b>	Bibliografía .....	41
	Anexos	

## 1. MARCO TEÓRICO

En el mundo el parto pretérmino es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos pretérmino están aumentando.<sup>1</sup>

En México, estimaciones de la Secretaría de Salud realizadas por el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) indican que la tasa anual de nacimientos prematuros es en promedio del 6.7%; esto quiere decir que, si en el 2011 se registraron cerca de 2 millones 600 mil nacimientos, alrededor de 170 mil fueron casos de nacimientos prematuros en nuestro país; <sup>4</sup> además, padecen secuelas médicas como deficiencias pulmonares y cardíacas; parálisis cerebral, discapacidades motoras y sensoriales; problemas de aprendizaje, y trastornos de conducta.<sup>2</sup>

El nacimiento de un niño prematuro implica un gasto elevado para las familias y los sistemas de salud por las posibilidades de discapacidad visual, auditiva y problemas de aprendizaje.<sup>3</sup>

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones, las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, la edad de la madre y el tabaquismo.<sup>1</sup> Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pretérmino es tener el antecedente de parto pretérmino, el cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pretérmino. Este antecedente incrementa de 1.5 a 2 veces el riesgo.<sup>4</sup>

Además, factores externos como el nivel socioeconómico de los padres, la calidad y cantidad de servicios de salud a los que se tiene acceso, los cuidados a la salud de la madre y su patrón reproductivo, así como las características de la vivienda en la que se habita, tienen incidencia tanto en la prematuridad como en la mortalidad neonatal.<sup>5</sup> De ahí que los costes del nacimiento prematuro no se limitan a los gastos incurridos durante la estancia del recién nacido en la unidad hospitalaria de cuidados intensivos

neonatales debido a que algunos de los problemas de salud que surgen en este momento pueden persistir durante años e incluso de por vida, además de que se perturban todos los aspectos de la vida familiar.<sup>5</sup>

Presentamos a continuación una revisión de investigaciones similares a la nuestra:

Cabrera y colaboradores publicaron un artículo, que tenía por objetivo establecer los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo; donde se incluyó mujeres, que acudieron a la Fundación Humanitaria “Pablo Jaramillo” (FHPJC) (Cuenca, Ecuador) y al Hospital “San Juan de Dios” (HSJD) (Cauquenes, Chile) por presentar sintomatología compatible con amenaza de parto pretérmino (APP), donde se determinó y comparó los factores de riesgo, además del tratamiento establecido con datos recolectados a partir de enero 2009 hasta enero 2012. 46 Pacientes en el grupo FHPJC y 90 pacientes en el grupo HSJD. Estado civil casada 62% en el grupo FHPJC y de 60% en el grupo HSJD (P=ns). La edad materna estuvo entre 20 y 30 años de edad en ambas poblaciones. La infección de vías urinarias fue el desencadenante principal, con 17 casos en el grupo FHPJC (37%) frente a 19 casos (21.1%) en HSJD. Referente al tratamiento, el tocolítico más utilizado en HSJD fue el fenoterol en el 81% de las pacientes, mientras que en FPJC el uso de nifedipino fue en el 65% de pacientes. La edad gestacional promedio fue de 32.3 semanas gestacionales, frente a 32.6, en HSJD y FPJC respectivamente. La infección urinaria fue uno de los factores prevalentes desencadenantes de parto pretérmino en ambos grupos a las 32 semanas de gestación en ambos grupos estudiados.<sup>6</sup>

Rodríguez y colaboradores realizaron una investigación, que tenía como objetivo determinar los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino. Fue un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles, la población estuvo constituida por las gestantes cuyos partos a término fueron atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil el Milagro, ubicado en Lima, Perú. Se estudiaron los casos de partos pretérmino por aquellas gestantes referidas para su atención en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo y del Hospital Belén

de Trujillo, durante el periodo 1° de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2013. Los resultados obtenidos respecto al desarrollo de parto pretérmino con el antecedente de parto pretérmino fueron ( $p = 0,0048$ ;  $OR = 7,0345$ ), inadecuado control prenatal ( $p = 0,0038$ ;  $OR = 4,8889$ ), desprendimiento prematuro de placenta ( $p = 0,0014$ ;  $OR = 8,5$ ), vaginosis bacteriana ( $p = 0,0003$ ;  $OR = 4,0702$ ) e infección de vías urinarias ( $p = 0,0020$ ;  $OR = 2,9688$ ). Se estableció que el antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino.<sup>7</sup>

Murillo y colaboradores realizaron una investigación, con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital General Luis Gabriel Dávila de la provincia del Carchi en el período septiembre 2011 a febrero 2012. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, se revisaron 85 historias clínicas que correspondió a la muestra en estudio, la recolección de datos se efectuó en base de un formulario de las historias clínicas. De las mismas se obtuvieron los siguientes resultados de 85 eventos obstétricos atendidos durante dicho período, las madres con mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino fueron: primigesta 33%, instrucción primaria completa 32%, vive en unión libre 66%, nivel socio-económico medio- bajo, cuya edad gestacional oscila entre 34 - 36 semanas 61%. Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 33%, infecciones del tracto genital 19%, trauma abdominal 4%, colelitiasis 3% y pancreatitis 1%. Concluimos que la variedad de factores asociados a amenaza de parto pretérmino tienen una implicación socio- económica y cultural intrínseca.<sup>8</sup>

Ugalde y colaboradores realizaron una investigación titulada "Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes", publicada en la revista de ginecología y obstetricia de Chile. Fue un estudio de casos y controles realizada en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social Querétaro, México, periodo octubre 2010 a octubre 2011, donde se incluyeron 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, donde la

infección de vías urinarias fue diagnosticada mediante urocultivo y/o examen general de orina, con  $\geq 105$  UFC y  $>10$  leucocitos por campo, respectivamente. Se encontró que, de las adolescentes con parto pretérmino, el 54.3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33.8% de estas presentaron parto a término, se concluyó que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes.<sup>9</sup>

Fierro y colaboradores realizaron una investigación, con el objetivo de conocer la prevalencia de amenaza de parto pretérmino y los factores de riesgo asociados en pacientes del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Isidro Ayora" durante el periodo noviembre 2008 a mayo 2009. Para la recolección de la información se aplicó una ficha de recolección de datos de historias clínicas que se encuentran en el Departamento de estadística del Hospital "Isidro Ayora". Se determinó que de 2711 pacientes el 3,65% correspondieron a amenaza de parto pretérmino. Además se comprobó que los factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en la APP fueron: Infecciones del tracto urinario (61,6%), Infecciones genitales (57,5%), madres con bajo nivel educacional (44%), primigestas (36,6%), gestantes con anemia (32%). La prevalencia de amenaza de parto pretérmino y los factores de riesgo asociados son similares a las cifras revisadas a la fecha en poblaciones con iguales características demográficas y socioeconómicas.<sup>10</sup>

### **Amenaza de Parto Pretérmino**

Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. A los fines de posibilidad de manejo clínico neonatal, se considera después de las 23 a 24 semanas en centros perinatales de alta complejidad.<sup>11</sup>

## **Parto prematuro**

Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación. (Definición de la OMS).<sup>12</sup>

Las definiciones de amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino suelen ser relacionadas e incluso generan confusión para un diagnóstico correcto, por lo que es imperativo precisar que el trabajo de parto pretérmino posee una dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro, pero con modificaciones cervicales tales como: borramiento del cérvix mayor al 50%, y dilatación  $\geq 4$  cm, que lo diferencian claramente de la amenaza de parto pretérmino.<sup>13</sup>

## **Diagnóstico de la Amenaza de Parto Pretérmino**

Deberá basarse en una adecuada anamnesis, en el examen clínico-obstétrico y en el examen vaginal. Se evaluarán los antecedentes de prematuridad o de nacidos de bajo peso, la confiabilidad de la fecha de la última menstruación (FUM) y la edad gestacional, el momento del inicio y las características de las contracciones uterinas y la presencia de sintomatología asociada (por ejemplo, las pérdidas de líquido amniótico o hemáticas por los genitales externos, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, etc.).

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones:

- Presencia de contracciones uterinas: Con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantengan durante un período de 60 minutos.
- Modificaciones cervicales: Borramiento del cuello uterino del 50% o menor, dilatación cervical igual o menor a 3 cm.
- Todo ello en una edad gestacional comprendida entre las 22 y 36,6 semanas.

Es recomendable completar información para el diagnóstico mediante la evaluación del cérvix uterino por medio de una ecografía transvaginal (Eco TV), especialmente

cuando la contractilidad no es franca o los cambios cervicales no sean categóricos. Si existen dudas, se aconseja reevaluar clínicamente a la paciente después de una o dos horas en reposo. Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y en ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio con la recomendación de limitar la actividad física y de consultar nuevamente ante el reinicio de la sintomatología. Se citará dentro de los siguientes 7 días para control por consultorios externos. Si, por el contrario, el cuadro persiste, se procederá a internarla para su observación y manejo.<sup>14</sup>

### **Etiología**

Se conoce que la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:<sup>14</sup>

- Latrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)
- Idiopático: sin causa aparente o conocida. Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérminos secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:<sup>14</sup>
  - a) Activación del eje hipotálamo-pituitariaadrenal materno o fetal.
  - b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
  - c) Hemorragia decidual.
  - d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos mencionados generalmente ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica única bioquímica. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento

de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin RPM, y finalmente se desencadena el parto prematuro.<sup>15</sup>

### **Factores de riesgo**

Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino. No obstante, realizar esta identificación temprana es difícil debido a que un número importante de nacimientos pretérminos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo.<sup>16</sup>

Además, algunas complicaciones obstétricas que terminan en parto pretérmino requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar.

Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pretérmino es tener el antecedente de parto pretérmino <sup>17</sup>, el cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pretérmino. Este antecedente incrementa de 1.5 a 2 veces el riesgo.<sup>18</sup>

Algunos factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino se pueden clasificar de la siguiente forma:

Antecedentes socioculturales y biológicos:

#### **Edad materna**

La edad comprendida entre 20-35 años es la ideal para la reproducción. Por debajo o por encima de estos límites la frecuencia de partos prematuro aumenta. La embarazada adolescente es de alto riesgo materno y perinatal por la conjunción de problemas sociales y biológicos.

### Estado civil

La embarazada soltera condiciona un alto riesgo materno de amenaza de parto pretérmino, ya que con frecuencia estas mujeres se encuentran aisladas en cuanto a la integración familiar y social con poco acceso a la información y protección, generando un nivel de estrés más elevado el cual desencadena niveles altos de cortisol el cual se ha relacionado con parto pretérmino espontáneo.<sup>19</sup>

### Escolaridad materna inadecuada

Existe evidencia que las madres con poco nivel educativo son las que tienen menos posibilidades de un buen control prenatal y así poder detectar factores de riesgo que puedan ser modificados de forma apropiada e impartir nociones adecuadas de un buen control prenatal, además existe evidencia que en estas poblaciones el pronóstico en cuanto a una buena evolución del parto es más desfavorable y que en los niños existe un mayor déficit neurosensorial aunque la causa no ha sido determinada.<sup>20, 21</sup>

### Estado nutricional bajo

La desnutrición materna (IMC < 18.5) por hipoalimentación a un medio distante de ser el óptimo, suele llevar a una alteración del crecimiento fetal que perpetúa el círculo pobreza-desnutrición-pobreza a través de generaciones. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal.<sup>22</sup>

### Hábito de fumar, uso de alcohol y drogas

Se ha postulado al alcoholismo tanto agudo como crónico tiene acción nefasta en los diferentes estadios de la gestación, pero más especialmente cuando es crónico.

Han propuesto dos mecanismos generales de interferencia del cigarrillo con el crecimiento fetal; por una parte, el efecto del monóxido de carbono sobre la ecuación de equilibrio entre el oxígeno y la hemoglobina, de manera que menor cantidad de oxígeno es captado por la hemoglobina; por otra parte, la nicotina actuaría como inhibidor de apetito, todo esto pudiendo desencadenar o precipitar un trabajo de parto prematuro.<sup>23</sup>

Complicaciones médicas y patologías concomitantes con el embarazo:

#### Antecedente de parto prematuro

Es el de mayor trascendencia ya que tiene una recidiva de un 17 a un 40%. El riesgo de un nuevo parto prematuro aumenta progresivamente con cada nuevo parto de pretérmino. El riesgo de parto pretérmino para mujeres cuyo primer parto fue pretérmino estuvo aumentado tres veces en comparación con mujeres cuyo primer neonato nació al término. Más de un tercio de las mujeres cuyo primeros dos recién nacidos fueron pretérmino después dieron a nacido pretérmino.<sup>24</sup>

#### Paridad

La amenaza de parto pretérmino es más frecuente en mujeres que han tenido 4 o más partos; aunque también se menciona el embarazo en primigrávidas. Estudios por Mercel, Goldenberg y otros autores han descritos como factor de riesgo la multiparidad incrementando 2,5 veces el riesgo de parto pretérmino.<sup>24</sup>

#### Anemia

En mujeres anémicas, muchas muertes maternas han ocurrido en el puerperio inmediato las cuales están relacionadas con la baja capacidad de soportar una pérdida de sangre en el parto; también hay suficiente evidencia que muestra que la anemia por deficiencia de hierro en la embarazada aumenta el riesgo de nacimientos prematuros y bajo peso al nacer.<sup>24</sup>

#### Infecciones del tracto urinario

Es probable que la bacterias produzcan un estímulo de la síntesis de prostaglandinas ya sea en forma directa por medio de la fosfolipasa o a través de ciertos mediadores inflamatorios como las interleuquinas, el factor de agregación plaquetaria y el factor de necrosis tumoral, el aumento de las prostaglandinas circulantes incrementa la actividad uterina y desencadena una mayor contractibilidad que puede llevar a parto prematuro. Algunos estudios recientes sugieren que la detección temprana de la infección genitourinaria y un tratamiento adecuado de esta pueden reducir la tasa de prematurez.<sup>25</sup>

Complicaciones obstétricas:

Preeclampsia-eclampsia

Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal, numerosas evidencias clínicas y experimentales apoyan la teoría de que la reducción de la perfusión trofoblástica ósea, la isquemia tisular sería el hecho desencadenante de la hipertensión, esta es una verdadera enfermedad endotelial y dentro de las múltiples funciones que le competen al endotelio, está la secreción de sustancias tales como la prostaglandina, la endotelina, el óxido nítrico y la proteína c, juegan un papel importante en el desarrollo de parto prematuro.<sup>26</sup>

Rotura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas tiene lugar antes de que el producto llegue a término y el inicio del trabajo de parto, si este no se inició pronto puede sobrevenir una infección ascendente de la cavidad ovular teniéndose que culminar el embarazo independientemente de la viabilidad del producto. Se consideran un síndrome iniciado por mecanismos múltiples, incluyendo la infección/inflamación, isquemia/hemorragia útero-placentaria, sobre-distensión uterina, el estrés y otros procesos mediados inmunológicamente. Sin embargo, un mecanismo preciso no se puede establecer en la mayoría de los casos.<sup>26</sup>

Hemorragias

La hemorragia transvaginal en etapas tempranas del embarazo se relaciona con aumento de resultados adversos, la hemorragia tanto leve como copiosa se relacionó con pérdida subsiguiente del embarazo, trabajo de parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta. La metrorragia de la segunda mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta marginal o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino.<sup>26</sup>

## Placenta Previa

Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, ésta al actuar como un impedimento para el descenso dificulta el encajamiento y produce presentaciones viciosas; además expone a romperse la membrana por su fragilidad y al parto prematuro.<sup>26</sup>

## Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

En ésta la compresión de los vasos que se produce reduce el flujo sanguíneo causando anoxia a nivel del útero produciendo aumento de la permeabilidad de las paredes de los capilares origen de los edemas y hemorragias, factores que colaboran en el desarrollo del hematoma retro-placentario, el cual al producirse en el espesor del miometrio, sería la causa del infarto miometrial y anoxia fetal desencadenando un parto prematuro.<sup>26</sup>

## Embarazo múltiple y polihidramnios

En el embarazo múltiple se produce sobre-distensión del útero que excede su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro, el estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas activarían los receptores de oxitocina y las síntesis de prostaglandinas de origen amniótico decidual y cervical.<sup>26</sup>

El embarazo múltiple constituye uno de los riesgos más altos de prematurez. Casi el 50 % de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen in útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples).<sup>26</sup>

Algunos de los factores de riesgo identificados son:

- Antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta.<sup>27</sup>

- En el anteparto: embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragia anteparto, cirugía intraabdominal, infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico emocional.<sup>28</sup>
- Factores y condiciones maternas: infección bacteriana ascendente, enfermedades maternas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, entre otras, infecciones transplacentarias como sífilis, enfermedad periodontal, edad materna  $\leq 18$  a  $\geq 40$  años.<sup>29</sup>
- Factores epidemiológicos y ambientales, factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico) y psicosociales, etnia afroamericana (18,4%), tabaquismo, factores nutricionales como bajo peso materno, índice de masa corporal menor de 19,8 y periodo intergenésico corto.<sup>30</sup>

### **Manejo prenatal de la amenaza de parto prematuro**

1.- Tratamiento etiológico: Cuando se conozca la causa de la amenaza de parto prematuro (infección urinaria, corioamnionitis, rotura prematura de membranas.

2.- Reposo e hidratación: Su eficacia real parece dudosa y su uso rutinario, incluso para la diferenciación de la verdadera amenaza de parto prematuro no se recomienda. Algunos autores basados en observaciones no controladas, han sugerido que la hidratación intravenosa podría disminuir las contracciones o demorar el parto en mujeres que presentan contracciones antes del término. Estudios sobre volumen plasmático reportaron que las mujeres con trabajo de parto prematuro tenían menor volumen plasmático que las mujeres control con un embarazo normal. La expansión del volumen plasmático podría reducir el riesgo de nacimiento prematuro. Un posible mecanismo es que la expansión de volumen inhiba las contracciones al incrementar el flujo sanguíneo uterino, de este modo se estabilizan los lisosomas deciduales y disminuye la producción de prostaglandinas. La expansión de volumen, a través de la distensión de la aurícula izquierda, disminuye la secreción de hormona antidiurética a

partir de la hipófisis posterior mediante el reflejo de Henry-Gauer La hipótesis es que la secreción de oxitocina disminuirá simultáneamente; sin embargo, este mecanismo se ha descrito solamente en modelos animales.

Aunque no se ha demostrado científicamente la eficacia de la hidratación en el manejo del parto prematuro, en el hospital se la utiliza como una práctica habitual en este tratamiento y aparentemente ha dado buenos resultados.<sup>31</sup>

3.- Tratamiento tocolítico Su función básica es prolongar el embarazo para permitir el uso de corticoides prenatales, además disminuir la morbimortalidad asociada a prematuridad al permitir al producto estar más tiempo en el útero. Históricamente los betas agonistas han sido los más ampliamente usados, pero se han detectado en ellos efectos adversos. Atosiban y beta agonistas, actualmente ya no son utilizados en el Ecuador como uteroinhibidores, solamente se ha utilizado con gran éxito la nifedipina por que causa menos efectos adversos sobre la mujer gestante.

Fármacos en la utilidad terapéutica.

Beta miméticos, Anti prostaglandinas, Bloqueantes del calcio, Antagonistas de la oxitocina.<sup>32</sup>

### **Prevención del parto pretérmino**

-Acciones a nivel primario: deben basarse en prevenir y reducir el riesgo en la población <sup>33</sup>, así como evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco. Asegurarse una correcta salud bucodental, así como una pesquisa adecuada de infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática, ha demostrado la prolongación del embarazo de hasta una semana en poblaciones que consumen alimentos ricos en omega 3, en comparación de aquellas que no la consumen.<sup>34</sup>

- Acciones a nivel secundario: se recomienda a las pacientes evitar jornadas laborales muy extensas y con horario nocturno. Además se debe realizar US

transvaginal en aquellas mujeres con factores de riesgo y de esta forma diagnosticar quiénes se verían beneficiadas del uso de progesterona.

- Acciones a nivel terciario: realizar el test de fibronectina en pacientes de alto de riesgo de parto pretérmino o aquellas sintomáticas.<sup>35</sup>

### **Funcionalidad familiar**

Según Álvarez D. existen diversos factores que intervienen en la amenaza a un parto pretérmino, además de los factores de riesgo, existen las causas sociales y culturales, se destacan el nivel socioeconómico, el acceso educativo, los servicios de salud, las relaciones familiares, el entorno afectivo y la estabilidad emocional, las cuales son diferentes entre gestantes adolescentes y adultas. De acuerdo con Vásquez et al., es importante, para el equipo de salud, “valorar su vivencia e impacto emocional a futuro para un conocimiento y comprensión de la experiencia frente a esta situación”.<sup>36</sup>

Los niveles de estrés psicosocial cuyo rango suele estar entre el 25% y el 60% influyen sobre el riesgo de prematuridad en las gestantes a causa de factores como acontecimientos vitales negativos, eventos catastróficos, situaciones crónicas agobiantes, depresión, ansiedad, percepción de seguridad, discriminación y pobre apoyo social, agentes presentes en diferentes grupos étnicos. En cuanto a los factores sociales que se relacionan con esta situación clínica, se encuentran estrés crónico, estatus socioeconómico, raza, consumo de drogas y las infecciones que pueden afectar el embarazo. En definitiva, las condiciones psicosociales predisponen el parto pretérmino espontáneo como resultado del desequilibrio de los factores mencionados.<sup>36</sup>

Para ello existe un marco de estímulos que constituyen la forma, la composición y la estructura de los estímulos que percibe un paciente. De un estudio realizado sobre, amenaza de parto pretérmino una mirada desde el modelo de Mishel, la gestante experimentó dolor a nivel pélvico a pesar del tratamiento, dolor que se asoció con el parto. La gestante manifestó sentir miedo, tristeza, preocupación, inseguridad y angustia.

El apoyo social influye en la incertidumbre cuando se interpreta el significado de los hechos. Factores como la procedencia del área rural y la distancia dificultan el contacto y la compañía con los familiares, aumentando la sensación de incertidumbre. El profesional de enfermería debe abarcar el apoyo psicosocial de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, de manera que es fundamental emprender acciones responsables para cuidar la salud de la gestante.

### **El APGAR familiar**

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.<sup>37</sup>

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias.<sup>37</sup>

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se miden para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:<sup>37</sup>

- Adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- Participación: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

- Afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. La mayoría de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos.

El parto prematuro tiene consecuencias muy serias sobre la morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo. En México, doce por ciento del total de embarazos terminan en parto pretérmino, la mortalidad neonatal, se relaciona en un 43 % con prematurez.

La Amenaza de Parto Pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación que puede desencadenar un parto pretérmino. Ante esta amenaza, es crucial que el obstetra realice la mejor evaluación posible de la edad gestacional, para desplegar acciones específicas recomendadas para estos casos.

En el Centro de Salud Los Arcos del Municipio de Eduardo Neri, Guerrero, se ha observado un aumento en la morbi-mortalidad neonatal debido a partos prematuros, la cual representan un problema de salud importante para la madre, familia e institución de salud. Por esta razón consideramos necesaria la presente investigación y nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la prevalencia de amenaza de parto pretérmino y funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Arcos del municipio de Eduardo Neri, Guerrero?**

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación estudiará la salud materno-infantil, una de las XII líneas prioritarias de investigación de la Secretaría de Salud. La cual constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

La presencia de amenaza de parto pretérmino, implica en algunas ocasiones una repercusión importante en las familias, ya que enfrentan cambios y no saben cómo adaptarse a ellos, por eso es importante tener funcionalidad familiar y afrontar de la mejor manera este padecimiento.

En el Centro de Salud Los Arcos del municipio de Eduardo Neri, hasta el momento no se ha realizado ningún estudio para conocer cuál es la magnitud y caracterización de la amenaza de parto pretérmino, asimismo no se sabe cuáles son los factores más frecuentes, ni la funcionalidad de las pacientes.

Este estudio tiene el objetivo de estimar la prevalencia de amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Arcos municipio de Eduardo Neri, Guerrero, durante el periodo de enero a marzo de 2018. Se proyecta que al obtener datos duros sobre la amenaza de parto pretérmino se manifiesten recomendaciones para prevenir y/o disminuir el parto pretérmino. Esta investigación pretende beneficiar a la población materna infantil, la familia y a la institución de salud.

## **4. OBJETIVO**

### **Objetivo General**

Estimar la prevalencia de la amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Arcos municipio de Eduardo Neri, Guerrero, durante el periodo de enero a marzo de 2018.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Describir las características gineco-obstétricas de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Estimar la frecuencia de los factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino.
- Medir la prevalencia de la funcionalidad familiar de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.

## **5. METODOLOGÍA**

### **Tipo y diseño de estudio:**

Observacional, descriptivo.

### **Población:**

Pacientes que acudieron al Centro de Salud Los Arcos del municipio Eduardo Neri, con embarazo de 21 a 37 semanas por amenorrea y/o ultrasonido, durante el periodo de enero a marzo del 2018.

### **Tipo y tamaño de la muestra:**

Se tomó un censo de 100 pacientes que acudieron al Centro de Salud Los Arcos del municipio de Eduardo Neri, con embarazo de 21 a 37 semanas por amenorrea y/o ultrasonido, durante el periodo de enero a marzo del 2018; del total de pacientes solo se estudiaron las 38 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Criterios de selección:**

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con embarazo de 21 a 37 semanas por amenorrea y/o ultrasonido.
- Que sean atendidas en el periodo enero a marzo 2018 en el Centro de Salud Los Arcos del municipio de Eduardo Neri
- Que tengan expediente clínico y contrareferencia de segundo nivel, con diagnóstico confirmado de amenaza de parto pretérmino
- Que acepten participar en la investigación y firmen consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión
- Pacientes que hayan ingerido medicamentos o sustancias ya sean químicas o naturales para provocar actividad uterina.

- Que tengan antecedente de cualquier tipo de traumatismo físico.

### Criterios de eliminación:

Pacientes con información incompleta.

### Variables:

Variable dependiente: amenaza de parto prematuro, funcionalidad familiar.

Variable independiente: edad, semanas de gestación, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes de parto pretérmino, toxicomanías, relaciones sexuales durante el embarazo, Infección de vías urinarias, infección vaginal, preeclamsia, diabetes, anemia, funcionalidad familiar, gestas, partos, abortos, cesáreas, embarazos múltiples, cirugía intraabdominal, ruptura prematura de membranas, consultas prenatales.

### Tabla de variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ALCANCE OPERACIONAL	ESCALA	ITEM
Amenaza de parto pretérmino	Cualitativa nominal	Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.	Afirmación de amenaza de parto pretérmino según la contrareferencia de la unidad de segundo nivel.	1. Si 2. No	P1
Funcionalidad familiar	Cualitativa Ordinal	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Resultado obtenido del cuestionario APGAR familiar.	1.Funcionalidad familiar 2.Disfuncionalidad familiar moderada 3.Disfuncionalidad familiar severa	
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo que ha vivido una persona	Edad en años que tiene la mujer al momento del estudio.	Edad en años cumplidos	P2
Semanas de gestación	Cuantitativa continua	Duración en semanas del embarazo.	Periodo semana a semana del embarazo referido en el expediente	Número de semanas	P19

Escolaridad	Cualitativa ordinal	Período de tiempo que las persona asistió a la escuela para estudiar y aprender.	Nivel de preparación académico alcanzado por la gestante.	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad	P3
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad o trabajo	Actividad, remunerada o no, a la que se dedica la gestante al momento del estudio.	1. Con ocupación 2. Sin ocupación	P4
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Estado civil referido en el expediente clínico.	1. Casada 2. Unión libre 3. Soltera 4. Otro	P5
Antecedentes de parto pretérmino	Cualitativa dicotómica	Es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación.	Afirmación de antecedentes del parto pretérmino en el expediente clínico.	1. Si 2. No	P12
Toxicomanías	Cualitativa nominal	Sustancia que tiene un efecto sobre la actividad cerebral a nivel del sistema nervioso central.	Consumo de alcohol, tabaco, cafeína o cannabis, de las gestantes.	1. Si 2. No	P7
Relaciones sexuales	Cualitativa nominal	La relación sexual es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual.	Afirmación de relaciones sexuales durante el embarazo según el expediente clínico.	1. Si 2. No	P23
Infección de vías urinarias	Cualitativa dicotómica	Presencia de sintomatología o asintomática más examen general de orina positivo	Afirmación de infección de vías urinarias según el expediente clínico.	1. Si 2. No	P15
Infecciones vaginales	Cualitativa nominal	Invasión y multiplicación de agentes patógenos en el órgano sexual de la mujer.	Afirmación de infecciones vaginales según el expediente clínico.	1. Si 2. No	P16
Preeclamsia	Cualitativa nominal	La aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo.	Afirmación de preeclamsia según el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P21
Diabetes	Cualitativa nominal	Trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre.	Afirmación de diabetes según el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P20
Anemia	Cualitativa nominal	Es una afección que se caracteriza por la falta de suficientes glóbulos rojos sanos.	Presencia de anemia según el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P22
Embarazos múltiples	Cualitativa nominal	Embarazo en el que se desarrolla más de un feto.	Embarazos múltiples referidos en el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P14
Cirugía intraabdominal	Cualitativa nominal	Cirugía en la zona del abdomen.	Cirugía intraabdominal referida en el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P24
Ruptura prematura de membranas	Cualitativa nominal	Se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto.	Salida de líquido por la vagina antes de iniciar trabajo de parto referida en el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P17
Consultas prenatales	Cualitativa nominal	Es el conjunto de acciones destinadas a la prevención de la morbilidad materna y perinatal.	Acudir a consultas prenatales referidas en el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P13

Antecedentes obstétricos embarazos	Cuantitativa discreta	Es el proceso en el que la mujer gesta a su futuro hijo en el útero hasta el nacimiento, lo cual hace que sufra cambios y síntomas en su cuerpo.	Afirmación de embarazos según el expediente clínico.	Número de embarazos	P8
Antecedentes obstétricos partos	Cualitativa nominal	También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.	Afirmación de partos según el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P9
Antecedentes obstétricos abortos	Cualitativa nominal	Extracción intencional o no intencional del feto, antes de la vigésima semana con un peso menor de 500 g y no viable.	Abortos inducidos o espontáneos según el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P10
Antecedentes obstétricos cesáreas	Cualitativa nominal	Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.	Afirmación de cesáreas según el expediente clínico.	1. Sí 2. No	P11

### **Método e instrumento de recolección de datos:**

Como primer paso el protocolo fue enviado al Comité de Investigación de los Servicios Estatales de Salud para su evaluación, una vez aprobado se solicitó permiso al director del Centro de Salud Los Arcos para recabar la información de expedientes clínicos de embarazadas de 21 a 36.6 semanas, durante el periodo de enero a marzo de 2018, se utilizó el cuestionario “Prevalencia de amenaza de parto pretérmino”, posteriormente se acudió al domicilio de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se procedió a invitar e informar sobre la investigación, las mujeres que aceptaron participar firmaron el acta de consentimiento informado e inmediatamente se aplicó el APGAR familiar. Esta información se capturó en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013, para su posterior análisis de datos en SPSS.

### **Análisis estadístico:**

Se realizó una base de datos en Microsoft Office Excel, posteriormente la codificación y análisis de datos se realizó en el programa Statistical Package for the Social Sciences v.19 donde se estimaron las medidas de prevalencia, los resultados fueron representados en gráficos de barras e histogramas.

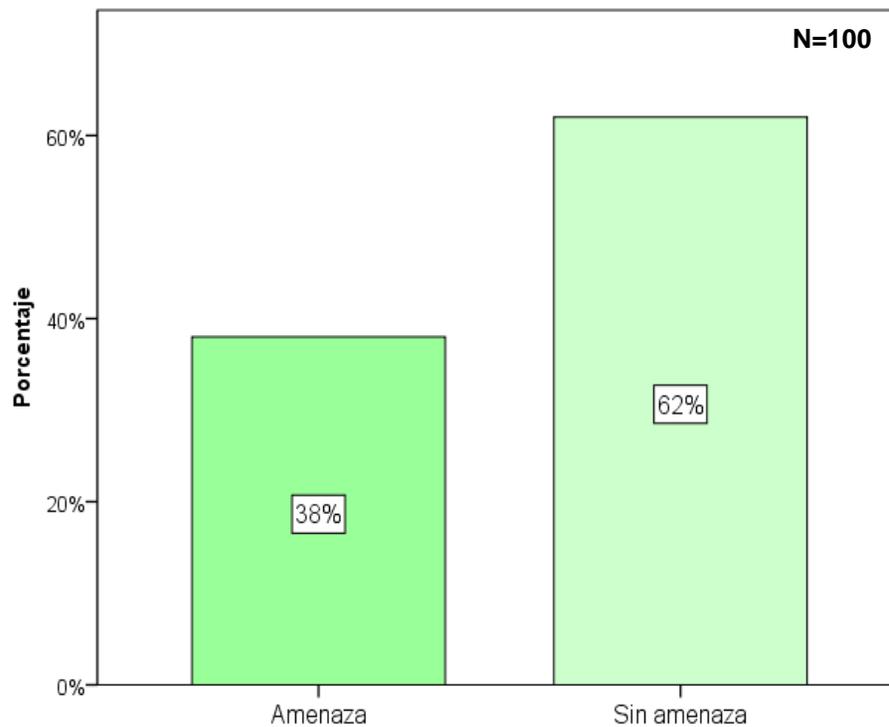
**Aspectos éticos:**

Para la realización del proyecto se siguieron las recomendaciones internacionales dispuestas en la Declaración de Helsinki, que tiene como principio básico que la investigación que involucre seres humanos debe ser conducida sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico, teniendo en cuenta la publicación, el médico está obligado a preservar su veracidad, manteniendo en todo momento el anonimato de las pacientes investigadas. La presente investigación, es considerada sin riesgo y se realizó posterior a la autorización del Comité de Investigación de los Servicios Estatales de Salud, como del investigado mediante la firma en la Carta de Consentimiento Informado.

## 6. RESULTADOS

En el periodo enero a marzo del 2018, se atendió en el Centro de Salud Los Arcos, un total de 100 mujeres con embarazo de 21 a 37 semanas, de las cuales 38 (38%) presentaron Amenaza de Parto Pretérmino (APP).

**Gráfica 1. Prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino (APP)**



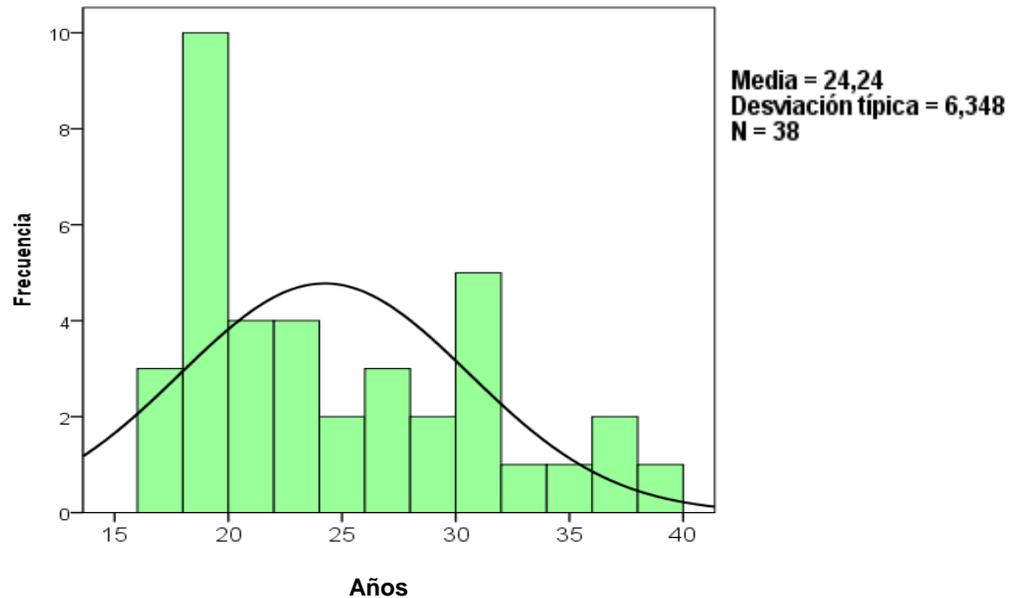
Fuente: cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Una vez detectadas las 38 mujeres con amenaza de parto pretérmino por medio de la confirmación del diagnóstico de segundo nivel, se incluyeron al estudio y se midieron sus características sociodemográficas, gineco-obstétricas, factores de riesgo y funcionalidad familiar. Las cuales presentamos a continuación:

## Características sociodemográficas de mujeres con amenaza de parto pretérmino.

De acuerdo a la variable edad, se obtuvo una media de 24 años.

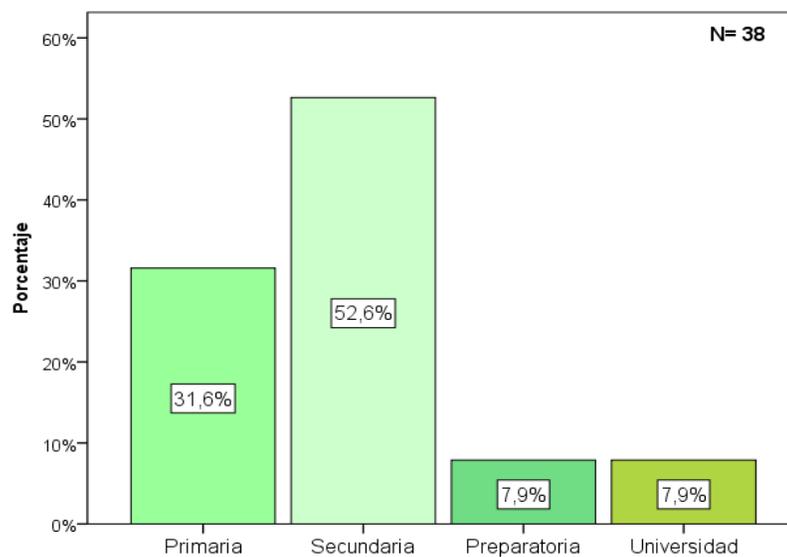
**Gráfica 2. Edad.**



Fuente: 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se encontró que la mayoría de las pacientes tenían una escolaridad de secundaria o menos en un 84.2% (32).

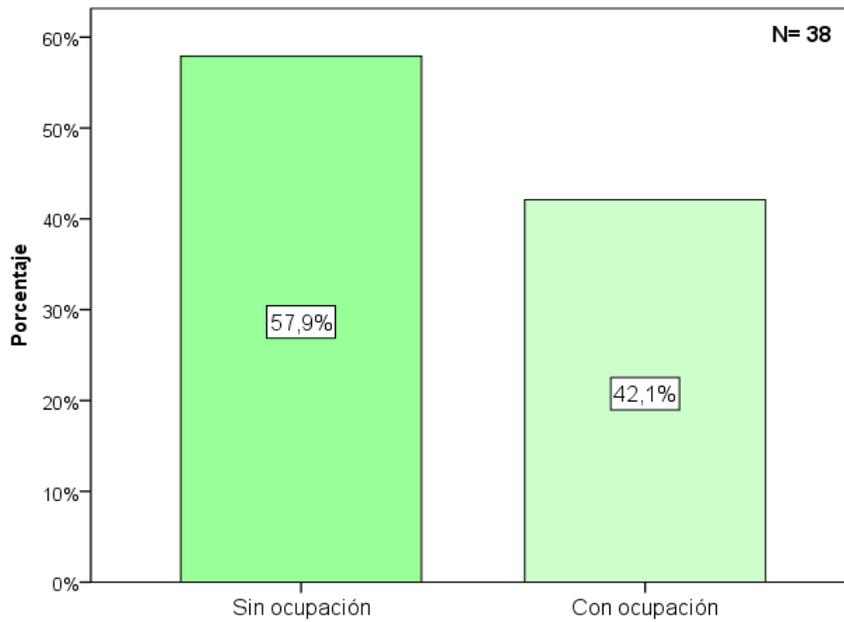
**Gráfica 3. Escolaridad.**



Fuente: 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó mayor prevalencia de mujeres sin ocupación con un 57.9% (22).

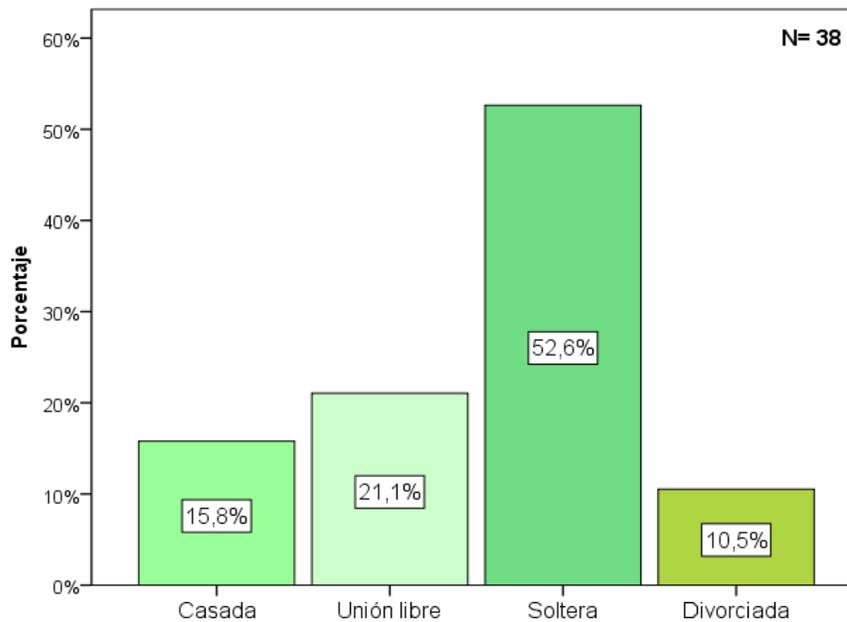
**Gráfica 4. Ocupación.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó que predominaron las mujeres sin pareja en un 63.1%.

**Gráfica 5. Estado civil.**

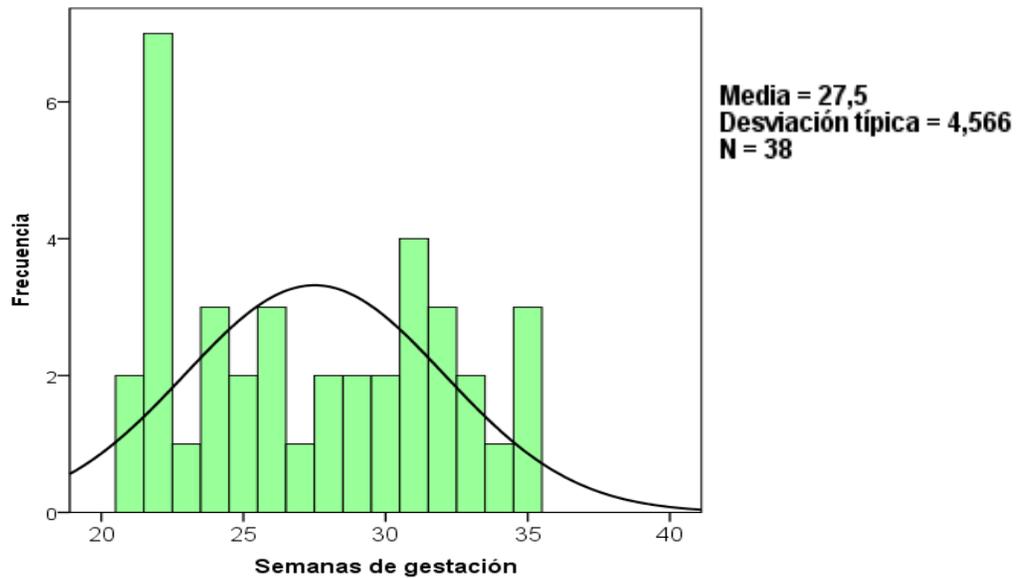


**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

## Características gineco- obstétricas de mujeres con amenaza de parto pretérmino.

Midiendo el total de las semanas de gestación (SDG), se obtuvo una media de 27 SDG.

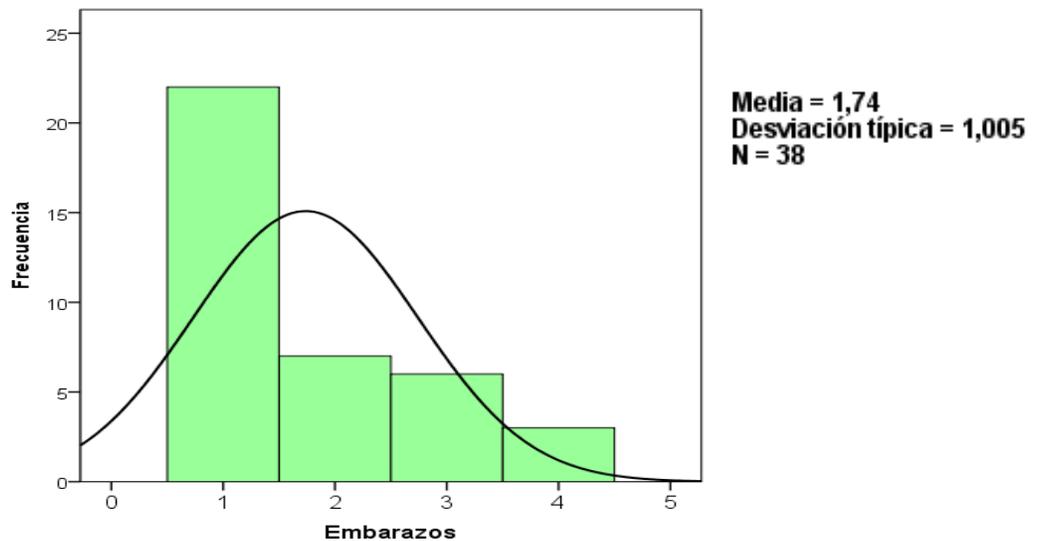
**Gráfica 6. Semanas de gestación.**



Fuente: 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Midiendo el número de embarazos, se obtuvo una media de 1.74.

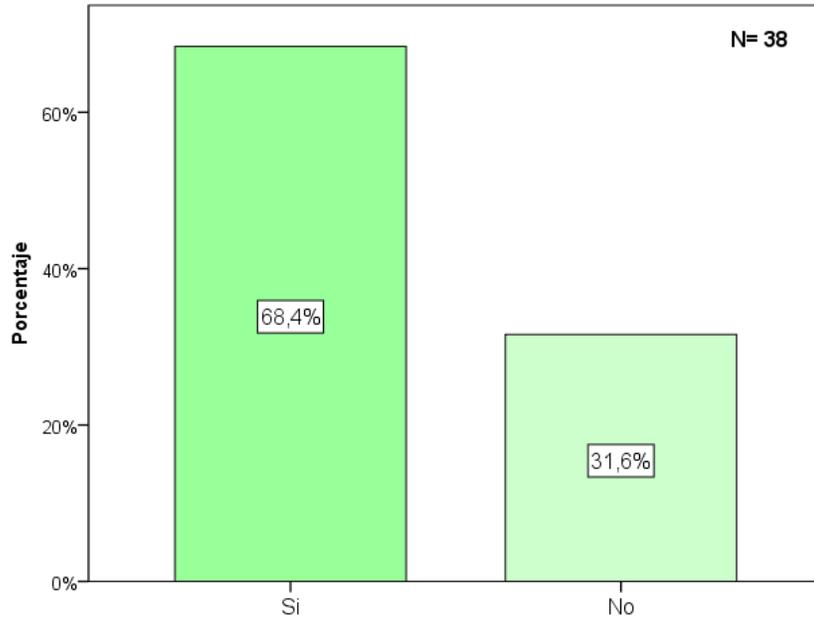
**Gráfica 7. Número de embarazos.**



Fuente: 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó que un 68.4% (26) de las mujeres presentaron partos y el resto no 31.6% (12).

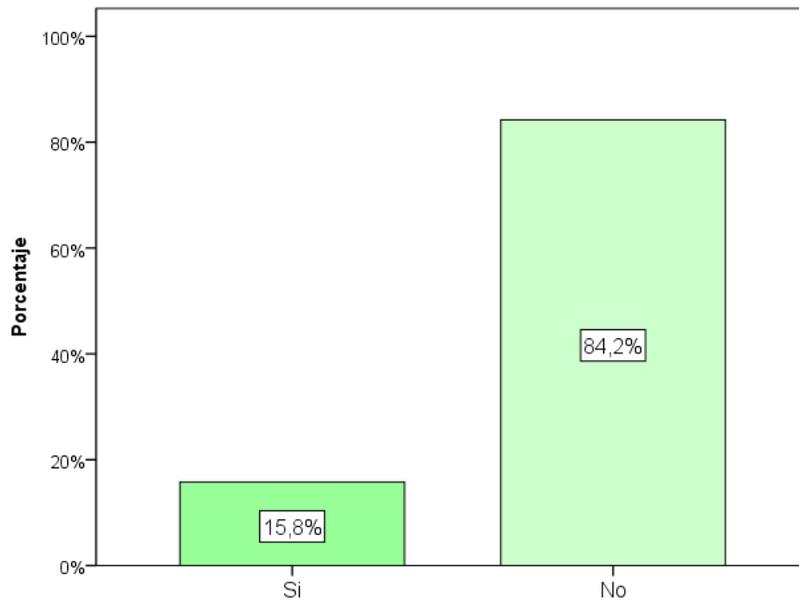
**Gráfica 8. Partos.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó que un 15.8% (6) de las mujeres presentaron abortos.

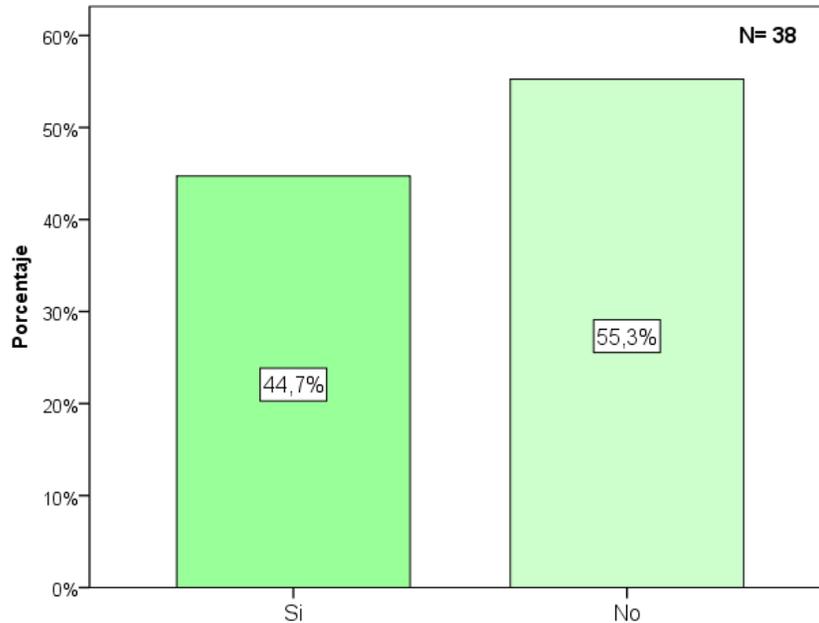
**Gráfica 9. Abortos.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se mostró que un 44.7% (17) de las mujeres afirmaron cesáreas.

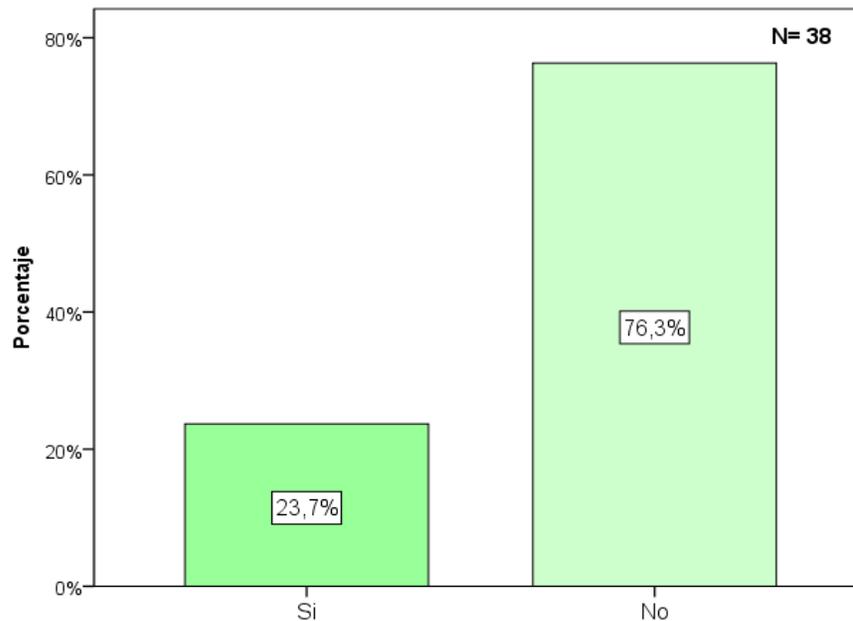
**Gráfica 10. Cesáreas.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

En cuanto a la variable embarazos múltiples, se observó que un 23.7% (9) de las mujeres los presentaron.

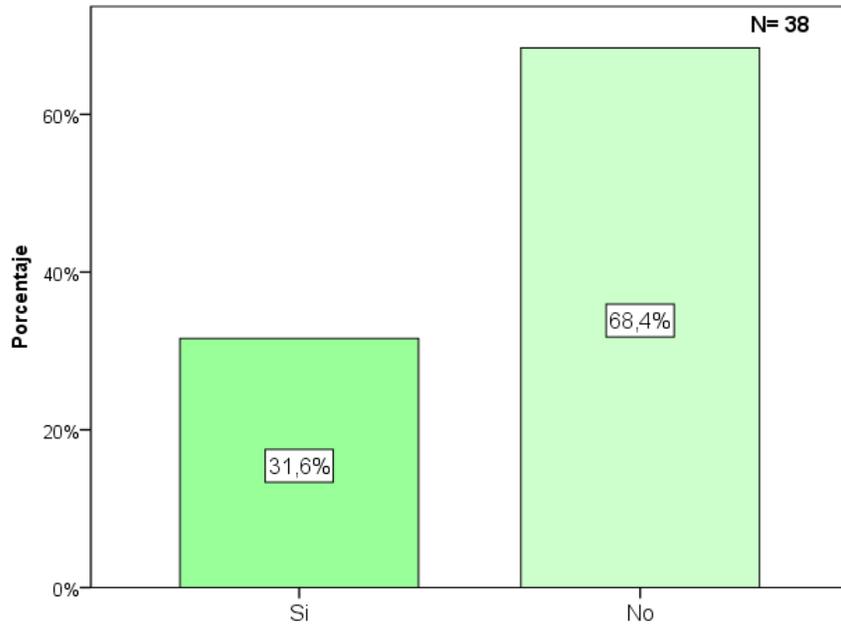
**Gráfica 11. Embarazos múltiples.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se mostró que solo el 31.6% (12) acudieron a consulta prenatal.

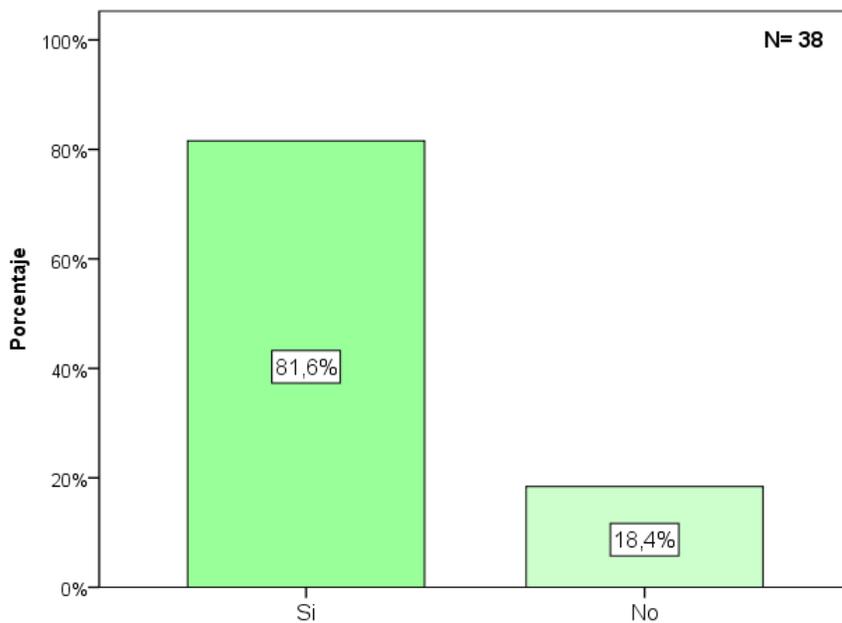
**Gráfica 12. Consultas prenatales.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

El 81.6% (31) de las mujeres presentaron ruptura prematura de membrana.

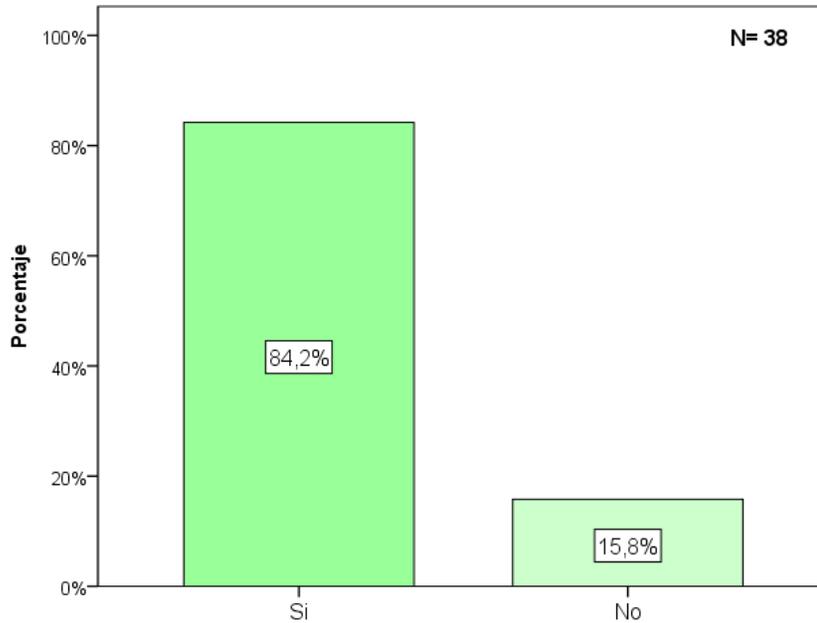
**Gráfica 13. Ruptura prematura de membrana.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se mostró que el 84.2% (32) de las mujeres presentaron infecciones de vías urinarias.

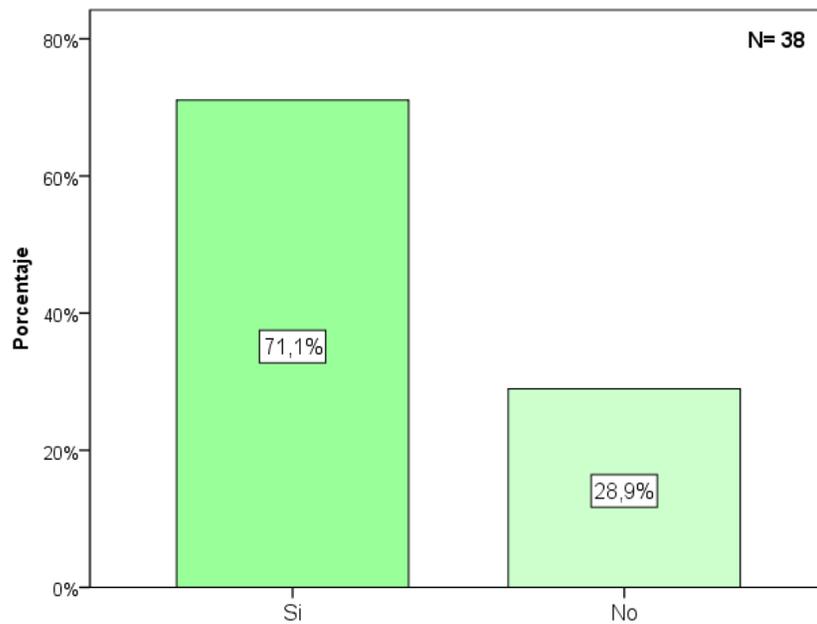
**Gráfica 14. Infección de vías urinarias.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se obtuvo una prevalencia de 71.1% (27) de mujeres con infecciones vaginales.

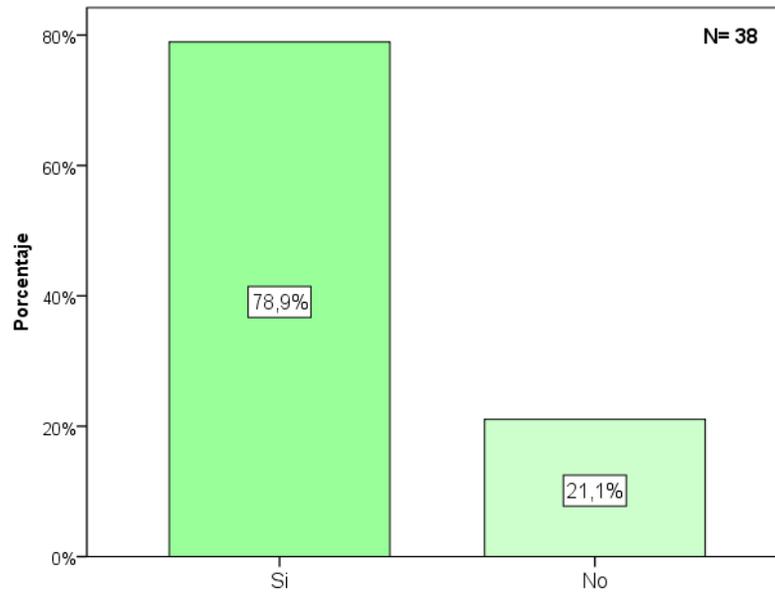
**Gráfica 15. Infecciones vaginales.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se mostró que el 78.9% (30) de las pacientes presentaron antecedentes de parto prematuro y el resto no.

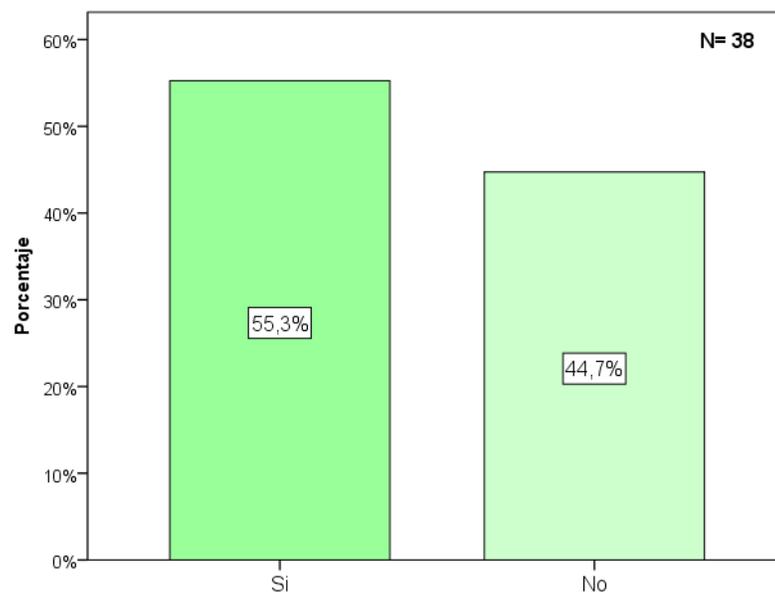
**Gráfica 16. Antecedentes de parto prematuro.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Los mujeres con cirugía intraabdominal presentaban mayor porcentaje en un 55.3% (21).

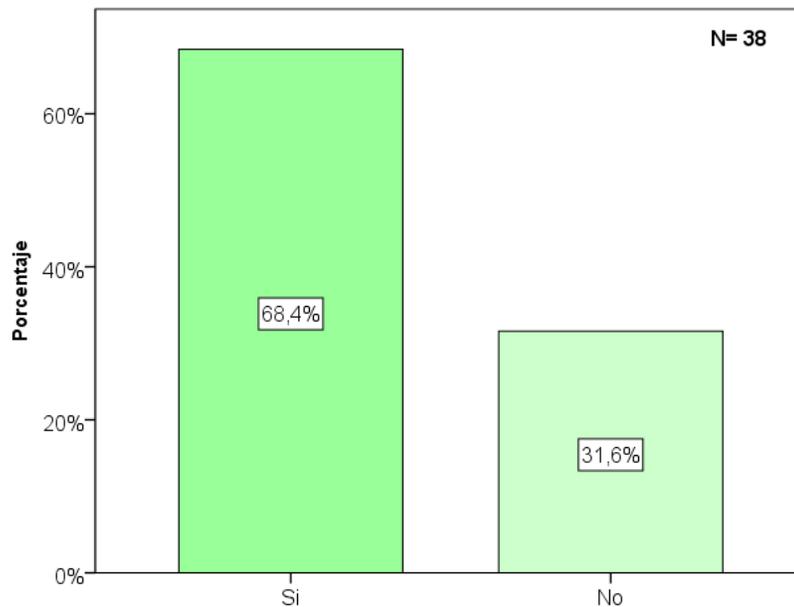
**Gráfica 17. Cirugía intraabdominal.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se obtuvo que el 68.4% (26) de las mujeres presentaron toxicomanías y el 31.6% (12) no presentaron.

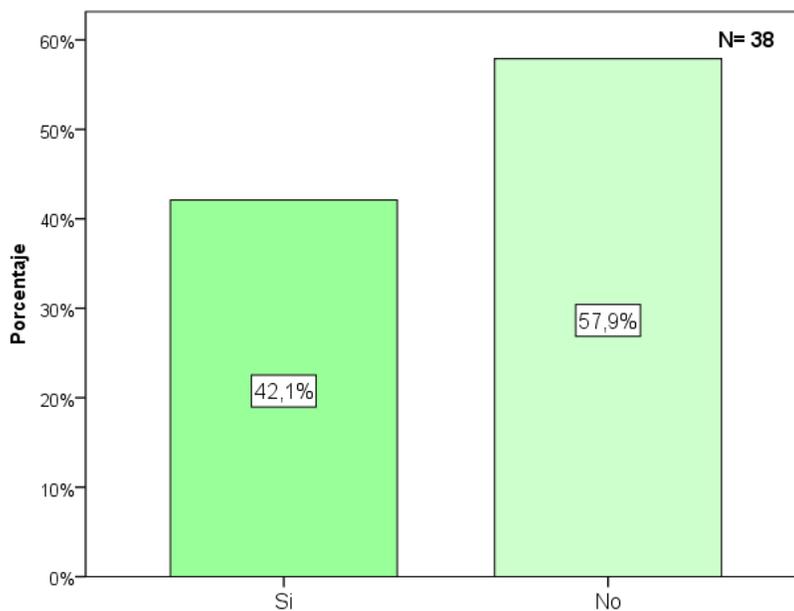
**Gráfica 18. Toxicomanías.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó que el 42.1% (16) de las mujeres refirieron tener relaciones sexuales durante el embarazo.

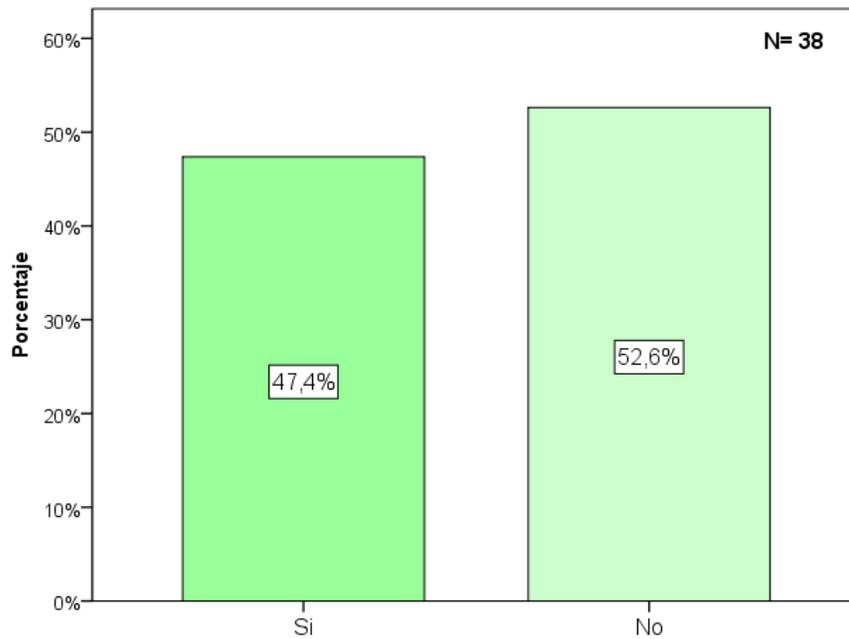
**Gráfica 19. Relaciones sexuales durante el embarazo.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

En cuanto a la variable preeclampsia, se observó que un 47.4% (18) la presentó.

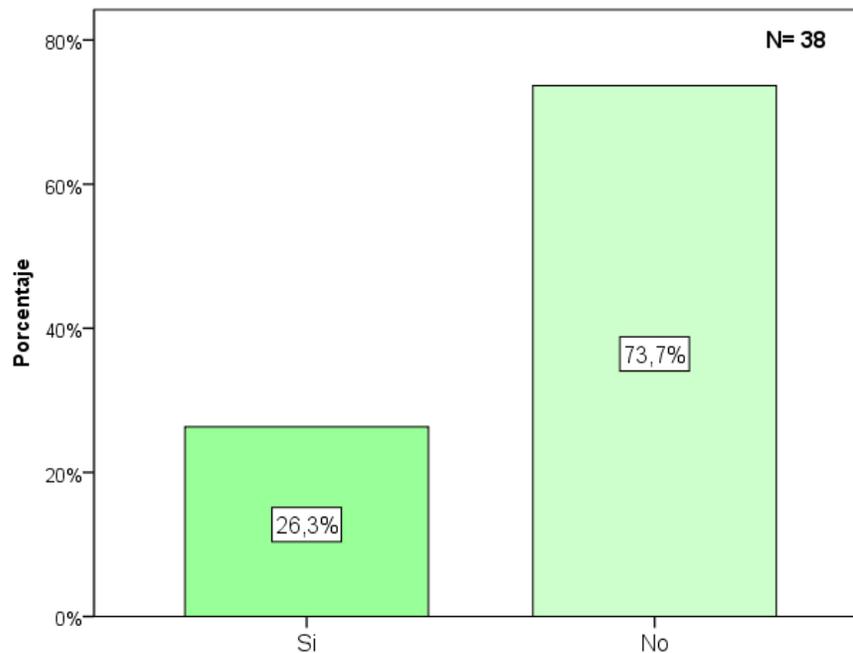
**Gráfica 20. Preeclampsia.**



Fuente: 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó que un 26.3% (10) de las mujeres presentaron diabetes.

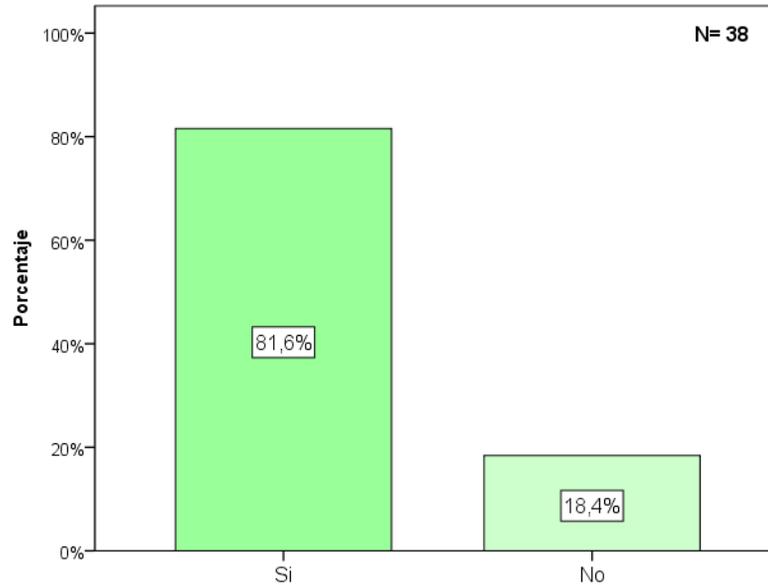
**Gráfica 21. Diabetes.**



Fuente: 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se mostró que el 81.6% (31) de las mujeres presentaron anemia.

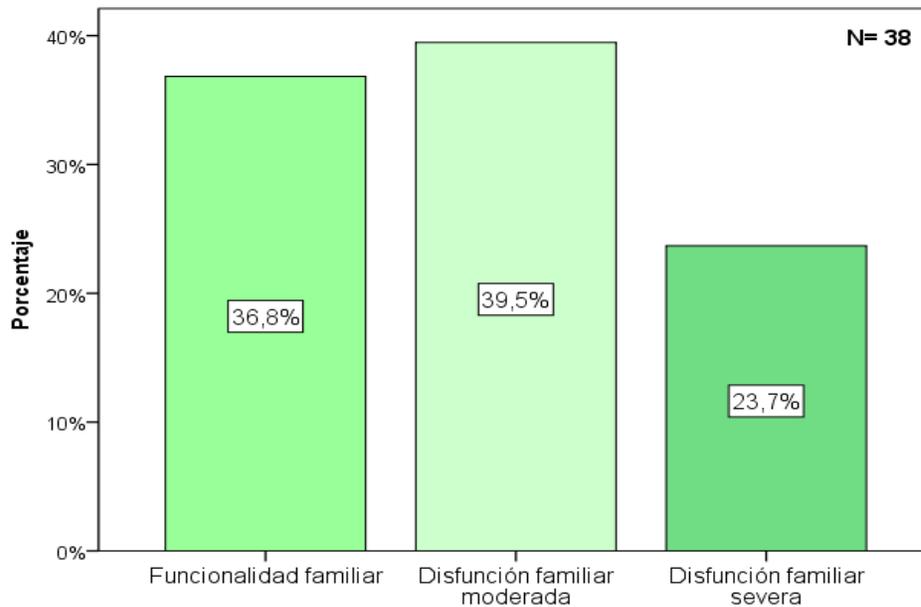
**Gráfica 22. Anemia.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

Se observó que el 36.8% (14) de las mujeres presentaron funcionalidad familiar, en un 39.5% (15) disfuncionalidad familiar moderada y el restante 23.7% (9) disfuncionalidad severa.

**Gráfica 23. Disfuncionalidad familiar.**



**Fuente:** 38 cuestionarios "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino" en embarazadas del C.S. Los Arcos.

## 7. DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura mundial, se estima que la prevalencia de amenaza de parto pretérmino se halla entre 5 y 12%; en el Hospital General de México, la frecuencia de APP fue de 4,1%; estos datos son diferentes a nuestro ya que encontramos una prevalencia de la amenaza de parto pretérmino del 38%.

En un estudio realizado por Núñez en la ciudad de México la mayor prevalencia de amenaza de parto pretérmino se presentó en menores de 20 años y mayores de 35 años; en cambio en nuestro estudio la edad media encontrada fue de 24 años. Respecto a la escolaridad, Ugaldes en la ciudad de Querétaro encontró que un 65,7% cursaban en educación secundaria; concordando con nuestros resultados ya que más de la mitad de las pacientes cursaban de secundaria a menos, cabe destacar que la literatura menciona que en las pacientes de baja escolaridad, es más frecuente el parto pretérmino.

De acuerdo a lo reportado por Torres la mayoría de las mujeres con APP tenían una edad gestacional de 35 y 36 semanas de gestación; diferente a nuestro estudio ya que se obtuvo una media de 27 SDG.

La idea del control prenatal regular es la más factible forma de prevenir y tratar las patologías adyacentes en los embarazos patológicos, por ello es de vital importancia tener un control del mismo; en estudios realizados en el Hospital Subzonal de Argentina se reportó que el número de controles prenatales realizados por las pacientes con amenaza de parto pretérmino es bajo en relación a los que debía tener según la edad gestacional; en nuestro estudio encontramos que el 68.4% de las mujeres con APP no acudieron a su consulta prenatal.

En la presente investigación se observó que los factores de riesgo más frecuentes de amenaza de parto pretérmino fueron infección de vías urinarias 84.2% (32), ruptura prematura membranas con 81.6% (31), anemia con 81.6% (31), antecedentes de parto pretérmino 78.9% (30) e infecciones vaginales 71.1% (27); los resultados de diversos estudios concuerdan con los nuestros. Respecto a la infección de vías urinaria la

literatura menciona que la infección de vías urinarias es responsable del 30 al 52% de los partos pretérminos; también menciona que la ruptura prematura de membranas se encuentra asociada al parto pretérmino en el 30 a 40%; en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil fueron evaluadas gestantes con amenaza de parto pretérmino comprobándose que el 73% presentaron anemia; asimismo la literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo; de la misma forma la literatura menciona que las infecciones vaginales son responsables del 31 al 47% de los partos pretérminos.

Los estudios a través del tiempo han demostrado que la familia es un componente vital en la formación de los individuos, que puede influir positiva o negativamente en los pacientes; en nuestro estudio se observó un predominio de disfuncionalidad familiar, consideramos que se debe fortalecer esta situación, ya que se ha demostrado que la familia es una parte fundamental para la resolución de diversos padecimientos.

## 8. CONCLUSIONES

Se obtuvo una alta prevalencia de amenaza de parto pretérmino en el Centro de Salud Los Arcos municipio de Eduardo Neri, en comparación a otros estudios.

Respecto a las características sociodemográficas, se observó que la edad media de las pacientes fue de 24 años, más de la mitad de las mujeres no contaban con pareja, en relación a la escolaridad predominaron las gestantes con secundaria a menos.

De acuerdo a las características gineco-obstétricas, se mostró que la media de embarazos fue de 1.74. Se observó que solo un 15.8% (6) de las mujeres habían presentado abortos y el 44.7% (17) de las mujeres afirmaron cesáreas.

En la presente investigación se observó que los factores de riesgo más frecuentes de amenaza de parto pretérmino fueron infección de vías urinarias 84.2% (32), ruptura prematura membranas con 81.6% (31), anemia con 81.6% (31), antecedentes de parto pretérmino 78.9% (30) e infecciones vaginales 71.1% (27). Así mismo observamos que las pacientes presentaban más de un factor de riesgo.

Se observó que más de la mitad de las mujeres que presentaron amenaza de parto pretérmino tenían disfuncionalidad familiar, probablemente por el desequilibrio familiar que causan las patologías dentro de un hogar.

Como médico familiar, el interés de estudiar la amenaza de parto pretérmino está centrado en prevenir la morbimortalidad materno infantil, para ello, es necesario mantener la salud materna, la cual se puede conservar por medio de un buen control prenatal y vigilancia de factores de riesgo, para poder dar un diagnóstico y tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

## 9. RECOMENDACIONES

- Educar a las mujeres embarazadas a llevar un embarazo sano llevando a cabo un estilo de vida saludable.
- Capacitar a las embarazadas sobre los factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino, en especial las infecciones urinarias y vaginales.
- Enseñar a las usuarias del Centro de Salud Los Arcos, a reconocer los signos y síntomas de la amenaza de parto pretérmino.
- Realizar ferias de salud dirigidas a las embarazadas, para motivar a las mujeres a llevar un buen control prenatal y así prevenir y/o disminuir la morbimortalidad.
- Realizar jornadas preventivas sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo.
- Impartir pláticas a los usuarios del CS. Los Arcos, con el objetivo de fortalecer la funcionalidad familiar en presencia de la amenaza de parto pretérmino.

## 1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2. OMS. Partos prematuros. 2015 [consultado el 12 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
3. Cámara de diputados. LXIII Legislatura. 2014 [consultado el 17 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2014/Diciembre/03/4749-Reducir-50-por-ciento-nacimientos-prematuros-desafio-del-Sistema-de-Salud-Pública-en-Mexico-Diputados>.
4. Minguet R, Cruz P, Ruíz RA, Hernández M. Incidencia de parto pretérmino en el IMSS 2007-2012. *Ginecol Obst Mex*. 2014; 82: p. 465-471.
5. González G, Piedra RA, Porras MB, Tenorio NS. Amenaza de Parto Pretérmino. *Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*. 2016; 1(1).
6. Pantoja, Dávila MA. *Gaceta Parlamentaria*, Número 4150-VI. 2014 [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/nov/20141106-VI/Proposicion-2.html>.
7. Cabrera Palacios, Espinoza C. Amenaza de Parto Pretérmino en la Fundación Humanitaria "Pablo Jaramillo" (Cuenca, Ecuador) y el Hospital "San Juan de Dios" (Cauquenes, Chile) *Revista Médica HJCA Vol.6 Núm.2* 2014.
8. Rodríguez R, Morales VF, Escudero RB, Arévalo García DJ, Cabrera Rojas LAJ. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. *UCV - Scientia*. 2014; 6(2).
9. Lara Murillo M, Quishpe Sulca A, Ramírez Alulema R. Prevalencia de amenaza de parto prematuro en pacientes que acuden al servicio de emergencia entre las edades 15-25 años del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período septiembre 2011– Febrero 2012.
10. Ugalde D, Hernández MG, Ruiz MA, Villarreal Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012; 77(5): p. 338 - 341.
11. Fierro M, Robles R, González. Prevalencia y factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el hospital regional "Isidro Ayora" en el periodo 2008 -2009. [consultado el 8 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4809?mode=full>
12. Creasy RK, Herron MA. Prevention of preterm birth. *Semin Perinatol* 1981; 5:295-302 (51)
13. Goldenberg R. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1020-37
14. Di Marco, Asprea, I. Amenaza de parto pretérmino, atención de parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Argentina. 2015 [consultado el 16 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
15. OMS. La alianza para la salud de la madre el recién nacido y el niño; 2 de mayo de 2012.
16. Zeballos, Villar S, Ramos C, Zeballos G, Sánchez L. Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal intraparto en recién nacidos pretérmino. *An Pediatr (Barc)*. 2016; 2(109).
17. Robert J Leiva J Germain A. Protocolo de Manejo en pacientes con amenaza de parto pretermino en clínica Las Condes. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25 (6): 953-957
18. Cunningham G MD, Sorrento F et al. *Obstetricia de William*. 22a edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 2006;855-873
19. Institutos Nacionales de Salud de EEUU. Alcoholismo. Texto publicado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. [consultado el 3 de junio del 2017] Disponible en: (MedlinePlus).<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm>

20. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19: 773-82. Review.
21. Institutos Nacionales de Salud de EEUU. Alcoholismo. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. [consultado el 14 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm>
22. Glavinovich N. Taller Integrado de Salud Pública II. "Tabaquismo" [En Línea] 2001. [consultado el 27 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/tabac/tabac.shtml>
23. Aguilar T. "Factores de riesgo del parto prematuro en el heodra- León, del 1º de junio al 31 de diciembre 2011.". Trabajo de Tesis. León, Abril de 2012. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas Unan León.
24. Torrent M, Sunyerb J, Cullinand P, Basagañab X, Harrisd J, Garcíaac O, et al. Smoking cessation and associated factors during pregnancy. *Gac Sanit.* 2004;18(3):184-9.
25. Arias F, Victoria A, Cho K, Kraus F. Placental histology and clinical characteristics of patients with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 265-71.
26. Auchter MB, Mirtha GH. El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en la Ciudad de Corrientes. *Corrientes Argentina. Revista Médica Argentina*, 2000; 5:45-52.
27. Al-Adnani M, Sebire NJ. The role of perinatal pathological examination in subclinical infection in obstetrics. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21: 505-21.
28. García A Rosales S Jiménez G. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. *COMEGO*. 2008: 129-149.
29. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 75-84. Review
30. Franco P García J Ochoa M Sánchez O Bernardo H. Segura J. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de Parto Pretérmino. Secretaría de Salud de México.2009.
31. Ovalle A Kakarieka E Rencoret G et al. Factores Asociados con el Parto Prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 19-29
32. Stan C, Boulvain M, Hirsbrunner-Amagbaly P, Pfister R. Hidratación para el tratamiento del parto premature. 2002; *Ene*; p.2-5
33. ACOG. Committee Opinion Number 475. February 2011. Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. *Obstet Gynecol* 2011; 117, No. 2 (1): 422-424
34. OMS. Organización Mundial de la Salud: Partos prematuros. 2015 [consultado el 20 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
35. Pantoja Hernández, Dávila Delgado MA. *Gaceta Parlamentaria*, Número 4150-VI. 2014 [consultado el 20 de junio del 2017]. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/nov/20141106-VI/Proposicion-2.html>.
36. Ortiz-Gómez M, Padilla-Torres M, Padilla-Ortiz E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Psicol. Am. Lat.* 2005; 3: 0-0.
37. Suarez MA. El Médico Familiar y la atención a la familia. *Rev. Papeña de Medicina Familiar* 2006;3(4):95-100.

# ANEXOS



<b>EMBARAZO ACTUAL:</b>			
	<b>15. Infección de vías urinarias:</b> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		<b>16. Urocultivo</b> Sí: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
	<b>17. Ruptura prematura de membranas</b> Sí___ No___	<b>18. Fecha posible de parto</b> _____	<b>19. Semana de gestación</b> _____
<b>20</b>	<b>Presencia de diabetes</b>	1.Si 2.No	
<b>21</b>	<b>Presencia de preeclamsia</b>	1.Si 2.No	
<b>22</b>	<b>Presencia de anemia</b>	1.Si 2.No	
<b>23</b>	<b>Relaciones sexuales en el embarazo</b>	1.Si 2.No	
<b>24</b>	<b>Cirugía de intraabdominal</b>		

## ANEXO 2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR FAMILIAR).

De acuerdo a la respuesta a cada ítem del cuestionario ubique el número correspondiente en la casilla de respuesta:

0) Nunca    1) Algunas veces    2) Casi siempre

Por cada pregunta coloque el número que corresponda.

	Preguntas	VALOR
1	¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando pasa por alguna situación crítica o tiene algún problema?	
2	¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?	
3	¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?	
4	¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa su afecto y responde a sus sentimientos, tales como tristeza, rabia, amor?	
5	¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasa juntos?	
	<b>Total</b>	

### INTERPRETACION DEL PUNTAJE

1	Normal	7-10 puntos
2	Disfunción moderada	4-6 puntos
3	Disfunción grave	0-3 puntos

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:	Prevalencia de amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud Los Arcos, Eduardo Neri, Guerrero
Lugar y fecha:	Eduardo Neri, Guerrero de enero a marzo del 2018.
Número de registro:	
Objetivo del estudio:	Estimar la prevalencia de amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Arcos Municipio de Eduardo Neri, Guerrero, durante el periodo de enero a marzo del 2018.
Procedimientos:	Revisión de expedientes
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Proponer recomendaciones para disminuir la amenaza de parto pretérmino.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Según el art. 100 de la Ley General de Salud, describe que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.
Privacidad y confidencialidad:	Según el art. 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador responsable: Ana Ma. Deyanira Velázquez Adame

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse: Ana Ma. Deyanira Velázquez Adame al teléfono [74 71 30 05 06](tel:7471300506) o al Departamento de Investigación de la Secretaria de Salud a los teléfonos [01 \(747\) 47 25 200](tel:017474725200) o al [49 43 100 Ext. 1237](tel:49431001237) y/o al correo [martha.teliz@outlook.com](mailto:martha.teliz@outlook.com) con la Dra. Martha H. Teliz Sánchez.

## ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación "Prevalencia de amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud Los Arcos, Eduardo Neri, Guerrero Eduardo Neri, guerrero de enero a marzo del 2018". Me han informado que no habrá riesgos.

Mi médico me dio una explicación clara y leí la información sobre la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este centro de salud.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha (Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha (Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha (Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien solicito el Consentimiento \_\_\_\_\_

## **ANEXO 5. DICTAMEN DE ACEPTACIÓN**

Acepto la realización del trabajo de investigación titulado: "Prevalencia de amenaza de parto prematuro y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud Los Arcos, Eduardo Neri, Guerrero Eduardo Neri, guerrero de enero a marzo del 2018"

Manifiesto que tras haber leído el documento de consentimiento informado, me considero adecuadamente informado y haber aclarado todas mis dudas con el personal del equipo investigador.

Por lo tanto doy mi consentimiento para la realización de la recolección de datos de expedientes clínicos.

Nombre y firma del aceptante

---

Nombre y firma del testigo

---