
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE PRESENTARON
PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 2016**

PRESENTA: DR. GIORDANO BRUNO JIMÉNEZ FERMAN

ASESORES DE TESIS:

ASESOR METODOLOGICO: DR. RAYMUNDO CRUZ SEGURA.

ASESOR CONCEPTUAL: DR. VICENTE MANUEL MIRANDA SEVILLA

ACAPULCO GUERRERO. MAYO 2017



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TITULO

**FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE PRESENTARON
PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 2016**



DR. CARLOS DE LA PEÑA PINTOS

SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA

SUBDIRECTOR DE ENSEÑZA E INVESTIGACION

DE LA SECRETARIA DE SALUD



DR. FELIX EDMUNDO PONCE FAJARDO

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

DR. MARCO ANTONIO ADAME AGUILERA

JEFE DE ENSEÑANZA

HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

DR. MANUEL SAENZ CABRERA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBTETRICIA

HOSPITAL GENERAL ACAPULCO



AGRADECIMIENTOS

A mis profesores quienes me han guiado a lo largo de estos años con sus conocimientos, experiencia y capacidad de pedagogía, en especial a mi asesor metodológico de tesis.

A mis padres de quienes tengo el más grande agradecimiento, con su interés y sacrificios por tratar de tener hijos profesionistas, con su apoyo incondicional.

A mis nueve hermanos

A mi hijo Manuel que desde su llegada ha sido mi razón de ser, mi motor, mi motivación de vida.

A la universidad nacional autónoma de México de la cuál pertenezco desde bachillerato, Gran universidad formadora de profesionales.

¡GRACIAS!



DEDICATORIAS

En especial a mi madre Julia Ferman Ruiz que desgraciadamente ya no se encuentra entre nosotros; por sus enseñanzas, su cariño, su confianza, su paciencia; todo eso resumido en **AMOR** para con todos nosotros.



INDICE

1. RESUMEN O INTRODUCCIÓN
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. JUSTIFICACIÓN
4. HIPÓTESIS
5. FUNDAMENTO TEÓRICO (Antecedentes)
6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN (General y específicos)
7. METODOLOGÍA
 - a) Definiciones operacionales (Operacionalización)
 - b) Tipo y diseño general del estudio
 - c) Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis de observación.
 - d) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- e) Intervención propuesta (Sólo para este tipo de estudios)
 - f) Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.
 - g) Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.
8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS
 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.
 10. CRONOGRAMA
 11. PRESUPUESTO
 12. ANEXOS (Instrumentos de recolección de información, ampliación de métodos y procedimientos a utilizar, etc.)

1. RESUMEN O INTRODUCCIÓN

RESUMEN	SUMMARY
<p>Antecedentes: La conceptualización del parto pretérmino es multifactorial, en la que la epidemiología tiene un papel importante, para que en nivel primario se eliminen o disminuyan los factores de riesgo en la población; y en el nivel secundario se tenga un diagnóstico oportuno para reducir la morbilidad y mortalidad en las pacientes con parto pretérmino y el neonato.</p> <p>Objetivo: Determinar la prevalencia de partos prematuros asociados a factores de riesgo en el Hospital General de Acapulco de la Secretaria de Salud en el Estado de Guerrero. Hipótesis: Los factores de riesgo son la principal causa de partos prematuros de acuerdo a la prevalencia, en el Hospital General de Acapulco Gro. Metodología: variable dependiente: prevalencia del parto pretérmino; variables independientes: sociodemográficas, factores gestacionales obstétricas, enfermedades maternas, factores de útero placentarios, factores fetales. Estudio retrospectivo, porque se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados y Transversal porque se</p>	<p>Background: The conceptualization of preterm delivery is multifactorial, in which epidemiology plays an important role, so that at the primary level the risk factors in the population are eliminated or diminished; and at the secondary level, there is a timely diagnosis to reduce morbidity and mortality in patients with preterm delivery and the neonate.</p> <p>Objective: To determine the prevalence of premature births associated with risk factors in the General Hospital of Acapulco of the Ministry of Health in the State of Guerrero. Hypothesis: The risk factors are the main cause of premature births according to the prevalence, in the General Hospital of Acapulco Gro. Methodology: dependent variable: prevalence of preterm delivery; independent variables: sociodemographic, obstetric gestational factors, maternal diseases, factors of placental uterus, fetal factors. Retrospective study, because it is analyzed in the present, but with data from the past. Its beginning is after the facts studied</p>

<p>realiza con datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia. Diseño de Investigación: Estudio serie de Casos. Instrumentos: Cuestionario semiestructurado, historia clínica, nota de evolución. Pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia existente del parto prematuro en un año en el hospital general de Acapulco?, ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados en los casos de parto prematuro, en un año en el Hospital General de Acapulco Gro. De la Secretaría de Salud en el Estado de Guerrero. ? Palabras claves: Embarazo. Parto pretérmino. Factores de riesgo. Gestante de 22 y 37 semanas. Enfermedad materna. Fetales. Ovulares.</p>	<p>and Transversal because it is done with data obtained at a specific time such as the prevalence study. Research Design: Case Studies and Controls. Instruments: Semi-structured questionnaire, clinical history, evolution note. Research question: What is the prevalence of preterm birth in one year in the general hospital of Acapulco? What are the associated risk factors in cases of premature birth, in a year in the General Hospital of Acapulco Gro. From the Ministry of Health in the State of Guerrero. ? Keywords: Pregnancy. Preterm delivery. Risk factor's. Pregnant woman of 22 and 37 weeks. Maternal disease Fetal Ovular</p>
---	---

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. En América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños; 400 mil mueren antes de cumplir los cinco años, 270 mil en el primer año de vida, 180 mil durante el primer mes de vida y 135 mil por prematuridad. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema menos de 32 semanas de embarazo, entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta el 60% de los supervivientes tienen discapacidades neurológicas. (1)

Algunas evidencias muestran que la incidencia se incrementó ligeramente en los últimos años, pero la tasa de nacimientos antes de las 32 semanas de gestación ha estado casi sin cambios, en 1-2%.

En México, en el año 2011, según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática se registraron 2, 586,287 nacidos vivo. De acuerdo con la OMS, la tasa de

parto pretérmino en México es de 8,6% de los nacidos vivos. Tomando en cuenta el número de nacimientos y la tasa de parto pretérmino, en el 2011 hubo aproximadamente 222,421 nacidos vivos antes de las 37 semanas.

Romero M.R. et al, muestra una tabla de los Estados de la República Mexicana, donde describe la frecuencias de nacidos vivos y proporción de nacidos prematuros en el año 2012. El estado de Guerrero presenta 441 nacidos vivos pretérmino y un porcentaje de 5.4% recién nacidos vivos pretérmino, siendo para el total de la Republica Mexicana de 3.4%.

Barrera S.L. et al. Refiere que se identificaron, asociadas al parto pretérmino, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3%. En conclusión, el parto pretérmino ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el parto pretérmino son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia y bajo nivel de escolaridad.

García F.P. et al, mencionan: Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p<0,02) fue asociado con parto prematuro. Conclusiones: El parto prematuro en el Departamento de Lempira está asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad.

Dejar de fumar, controlar su peso, corregir la anemia, son algunas recomendaciones de cuidado prenatal para evitar el parto prematuro, el tabaco y el consumo de tóxicos (alcohol o drogas) son los principales factores de riesgo evitables del parto pretérmino.

Está demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer , así que lo primero que se recomienda a una embarazada es dejar de fumar. Corregir el bajo peso materno, la extrema delgadez, así como mantener niveles



correctos de hierro son otros de los factores a tener en cuenta. Si se detecta una anemia de forma precoz, se recomienda tomar un suplemento de hierro.

La alimentación y la higiene dental también juegan un papel clave en la prevención de la prematuridad. Es saludable llevar una dieta baja en grasas y rica en ácidos grasos omega 3, así como el consumo de frutas y verduras. Otra infección que debe descartarse es la infección de vías urinarias. Para detectarla, en el primer trimestre del embarazo se debe practicar un cultivo de orina, aunque no dé síntomas, tratarla con antibióticos ya que reduciremos no sólo el riesgo de pielonefritis o infección de riñón sino también de parto prematuro.

Más allá de los cuidados prenatales que puede hacer, es esencial una buena evaluación inicial por parte del ginecólogo en la primera visita médica del embarazo. Identificar los factores de riesgo propios de cada paciente a través de su historia clínica, permite detectar riesgo de parto prematuro que requerirán de un control del embarazo más exhaustivo.

Ante esta situación surge el siguiente reactivo:

¿Cuál es la relación de los factores asociados y el parto pretérmino entre las embarazadas atendidas en el Hospital General Acapulco en el año 2016?

3. JUSTIFICACION

El 98% de las muertes neonatales ocurren en países en desarrollo. La prematuridad, las complicaciones asociadas al parto y las infecciones son las principales causas de morbilidad neonatal. En conjunto, estas tres causas representan el 71% de todas las muertes en el periodo neonatal y el 28.7% de toda las muertes en menores de cinco años. En estos países las infecciones son responsables entre el 8% y 80% de todas las causas de muerte neonatal y hasta del 42% de las causas de muerte en la primera semana de vida (2)

De acuerdo a estadísticas, en México, La incidencia de prematurez se incrementó de 6.5% en 2011 a 7.4% en 2012, esos fueron los resultados de un estudio realizado en México, en el año 2013, titulado “Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato” Se registraron 10,532 nacimientos. De estos, 6.9% (736) fueron prematuros. En 2012 se observó un incremento en los ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (n =266) en relación con 2011 (n =206). Las principales causas de ingreso fueron la enfermedad de membrana hialina con 248 casos (52.5%), septicemia con 12 casos (12.7%) y asfixia con 43 casos (9.1%). Las principales causas de muerte neonatal fueron septicemia (n =12, 32.4%), enfermedad de membrana hialina (n =8, 21.6%) y cardiopatía congénita (n =4, 10.8%). La tasa de mortalidad neonatal fue 3.5. La incidencia de prematurez incrementó de 6.5% en 2011 a 7.4% en 2012. Se requiere identificar los factores de riesgo para establecer medidas de prevención. (3)



Esto representa un problema de salud importante con implicaciones sociales y económicas. En el Hospital General Acapulco, se reportaron en el año 2016, 3 650 nacidos vivos de los cuales 197 fueron prematuros ocupando 5.4% del total de nacimientos cifra mayor a la reportada en la literatura la cual es de 3.4%. De los cuales 95 contaron con el antecedente de ruptura prematura de membranas, ocupando el 48% de los recién nacidos pretérmino, los cuales fueron ingresados a la sala de neonatología y cuidados intensivos neonatales.

Todas estas alteraciones, requieren asistencia médica inmediata interdisciplinaria por las diferentes especialidades involucradas como obstetricia y neonatología, además de la estancia en salas de neonatología y cuidados intensivos neonatales. Esto representa un problema social además del gasto que representa en asistencia médica.

Es importante conocer la frecuencia de los factores asociados en recién nacidos pretérmino. Lo cual permitirá establecer la magnitud real en esta unidad hospitalaria y sus complicaciones para determinar acciones predictivas y preventivas durante la etapa del embarazo dichos datos servirán de antecedente para futuras investigaciones.



4. HIPÓTESIS

H1: El factor asociado más frecuente al parto pretérmino será el antecedente de un parto pretérmino previo.

H0: El factor asociado más frecuente al parto pretérmino no será el antecedente de un parto pretérmino previo.

5. FUNDAMENTO TEÓRICO (Antecedentes)

El parto pretérmino es el problema clínico patológico más importante que enfrenta la reproducción contemporánea. Se ha constituido en un verdadero reto para la medicina moderna, obstetricia, pediatría y medicina perinatal.

Se define el parto pretérmino como aquel que sucede antes de las 37 semanas completas o 259 días de gestación, es un determinante importante de mortalidad y morbilidad neonatal, además tiene consecuencias adversas a largo plazo para la salud.

(4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- prematuros extremos (<28 semanas)
- muy prematuros (28 a <32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas) (5)

Couto N.D. et al, realizo un estudio en Cuba, en el año 2014, titulado “Impact of preterm childbirth in perinatal morbidity and mortality” con el objetivo de determinar su incidencia, las principales causas que lo ocasionan, así como la morbilidad y mortalidad neonatales. Utilizo un estudio descriptivo, transversal de todos los nacimientos pretérmino que tuvieron lugar durante el 2013 en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, con vistas a determinar su incidencia. Da una clasificación a los partos prematuros como sigue:

Según edad gestacional



- Extrema: 23 – 27 semanas.
- Moderada: 28 – 31 semanas
- Leve: 32 – 36 semanas.

Según evolución clínica

- pretérmino espontáneo o idiopático
- pretérmino por rotura de membranas
- pretérmino por intervención médica.

La clasificación del peso al nacer (en gramos) se dividió como sigue:

- Bajo peso extremo: menos de 1 000
- Muy bajo peso: entre 1 000 y 1 499
- Bajo peso: entre 1 500 y 2 499
- Normo peso: 2 500 o más. (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en noviembre del año 2016.

‘Estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos’.

(7)

Bethzabe G.C. et al, en **Perú**, en el año 2015, realizó un estudio al que título “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé durante enero a febrero del año 2015”, con el objetivo de determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.

400 'Menciona que en América Latina nacen cada año unos 12 millones de niños: 000 mueren antes de cumplir 5 años; 270 000 en el primer año de vida; 180 000 durante el primer mes y 135 000 por parto pretérmino. La situación es aún más grave en los prematuros extremos, entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60 % de los supervivientes 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 todo lo anterior, además de la pérdida de vidas, el parto pretérmino representa costos económicos y emocionales considerables para las familias'. (8)

Ovalle A. et al, realizaron un estudio en Chile en el año 2012, titulado "Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a el parto pretérmino, se diseñó un estudio retrospectivo de los partos prematuros entre las 22 y 34 semanas de gestación con recién nacidos únicos, vivos o muertos, que tuvieron estudio histopatológico placentario y atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán con los resultados siguientes:

'En el período en estudio se atendieron 14.459 nacimientos únicos, vivos o muertos. Los partos prematuros entre 22,0 y 34,0 semanas de gestación fueron 642 (4,44%). Se incluyeron 407 partos prematuros (63,4%), con nacidos vivos 84,3% (343/407) y con muertes fetales 15,7% (64/407), que tuvieron estudio histológico placentario. Se excluyeron 235 casos sin biopsia placentaria. Según los precursores obstétricos de los nacimientos prematuros, éstos fueron espontáneos 68,8% (280/407) [con RPM 27,0% (110/407), con membranas intactas 41,8% (170/407)] e indicados médicamente 31,2% (127/407). Contribuyeron con el parto prematuro: 17,2% (70/407) las adolescentes (< 20 años), 60,2% (245/407) las mujeres entre 20 y 34 años, y 22,6% (92/407) las gestantes tardías (35 años y más). Los nacimientos menores de 30 semanas fueron 38,6% (157/407) y los mayores de 30 semanas 61,4% (250/407)'. (9)



Barrera S.L. et al, realizaron un estudio en Colombia en el año 2016, al que titularon Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá, con el objetivo de describir factores posiblemente asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, utilizaron un diseño de estudio Se diseñó un estudio de corte transversal, observacional analítico. La muestra obtenida fue de 494 registros de partos atendidos en el Hospital San Rafael de Tunja, los resultados arrojan:

‘Una prevalencia de PP 6,1%; media de edad 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% asistió de 7 a 9 controles. En conclusión, el PP ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el PP son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad’. (10)

García F.P. et al, publicaron un estudio en el año 2012, realizado en Honduras, con el objetivo de Identificar factores asociados al parto prematuro, diseñaron un estudio de cohorte prospectivo siendo la población objeto de estudio las mujeres embarazadas del departamento de Lempira, El universo estaba constituido por todas las embarazadas identificadas en los 87 centros de salud del departamento de Lempira, dato recopilado de los reportes en los listados de embarazadas (LISEM) y que sumaban 8,148, obtuvimos una muestra de 367 embarazadas que se distribuyeron proporcionalmente en los 28 municipios del departamento con los resultados siguientes:

‘Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p<0,02) fue asociado con parto prematuro. Conclusiones: El parto prematuro en el

Departamento de Lempira está asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad, observando variaciones entre municipios.’ (11)

Ramón M.R. et al, realizaron un estudio en **México**, en el año 2014, titulado “Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012)”, con el objetivo de conocer el comportamiento de la incidencia de parto pretérmino en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 2007-2012 en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención ginecobstetricia. Utilizaron un diseño de estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizó la información de los casos reportados de nacimiento pretérmino en el IMSS (2007-2012). Con los siguientes resultados:

‘En el periodo de estudio hubo 3, 135,755 nacimientos en todos los estados de la República, de estos 7.7% fueron pretérmino, que al diferenciar con el segundo nivel de atención hubo 188,715 (6.8%) nacidos pretérmino y el tercer nivel de atención (Unidades Médicas de Alta Especialidad, UMAES) 51,635 (13.7%) ($p < 0.05$)’. (12)

Cornejo G.K. et al, realizaron un estudio en México, en el año 2014, titulado Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel, con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico del parto pretérmino y sus factores asociados en un hospital de segundo nivel, utilizaron un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de 4 058 nacimientos, de los cuales 260 fueron nacimientos pretermino, con 20.1 a 36.6 semanas de gestación con los resultados de que:

‘La proporción de nacimientos prematuros en un hospital de segundo nivel fue de 6.4%, de los cuales 34% presentaron rotura de membranas y 66% membranas intactas. Independientemente del estado de las membranas 150 casos (62%) no presentaron morbilidad alguna. Entre las madres nulíparas y con paridad de uno a 2 partos y sin riesgo etario se encontró el mayor porcentaje, de 19 y 46%, respectivamente, de este grupo de partos prematuros haciendo un total de 68%, lo que se confirmó cuando se compararon aquellas sin antecedentes de parto prematuro con frecuencia de 82%. El 54% de la muestra fue representada por recién nacidos con peso mayor o igual a 2 500 g, los cuales reportaron 52%

de los casos con Apagar mayor de 7. Nosotros encontramos que la cervicovaginitis y la anemia fueron las enfermedades maternas que con mayor frecuencia se asociaron con el parto pretérmino, con 105 casos para 44% y 100 casos para 42%, respectivamente. La principal enfermedad infecciosa del recién nacido prematuro fue la bronconeumonía en 7% de los casos, seguida de la sepsis generalizada en 5%. (13)

Reséndiz M.J. et al, publicaron un artículo en el año 2012 en México, titulado “Prevalencia de infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas sintomáticas o asintomáticas con amenaza de parto pretérmino” con el objetivo de determinar la prevalencia de Infección de vías urinarias sintomática y asintomática embarazadas con amenaza de parto pretérmino, diseñaron un estudio Este es un estudio descriptivo. Serie de casos: se evaluó un total de 69 pacientes que acudieron al servicio de urgencias y consulta externa con embarazo de 21 a 37 semanas, con los resultados:

‘Aproximadamente del 3 al 12% de las embarazadas sufren de infección del tracto urinario, de las que 3 al 10% se presentan como bacteriuria asintomática, teniendo mayor riesgo (20 a 30% de los casos) de evolucionar hasta una infección urinaria sintomática en caso de no ser tratada adecuadamente

La mayoría de las bacterias que causan infección del tracto urinario se derivan de la flora normal intestinal. Siendo la bacteria más frecuente la Escherichia Coli (85- 90%) seguido del Proteus Mirabilis, Klebsiella, Enterobacter, Estreptococos Agalactiae y Pseudomonas

La infección de vías urinarias sintomática, es causa de un incremento de la frecuencia de: amenaza de aborto, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer, anemia materna e hipertensión arterial.’ (14)

Escobar P.B. et al, realizaron un estudio en México en el año 2017, al que titularon “Risk factors associated with preterm birth in a second level hospital, con el objetivo de determinar los factores de riesgo del parto pretérmino, diseñaron un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Los casos estuvieron constituidos por nacimientos prematuros y los controles por los partos a término. Se calculó un tamaño de muestra de 344 pacientes con un control por cada caso. El total



de pacientes estudiados fue de 688. El análisis estadístico fue descriptivo, univariante y bivariante mediante la prueba chi cuadrada de Pearson, con una $p < 0.05$, razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Los resultados indican que:

‘Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino fueron la placenta previa: RM = 10.2 ($p = 0.005$); el antecedente de parto pretérmino: RM = 10.2 ($p = 0.005$); la preeclampsia: RM = 6.38 ($p = 0.00$); el embarazo gemelar: RM = 5.8 ($p = 0.000$), el oligohidramnios: RM = 5.8 ($p = 0.000$); el tabaquismo = RM = 4.6 ($p = 0.002$), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 ($p = 0.000$); la cervicovaginitis: RM = 3 ($p = 0.000$); la infección del tracto urinario: RM = 1.5 ($p = 0.010$). Los antecedentes maternos, como el control prenatal, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo gemelar, la placenta previa, la cervicovaginitis, el parto pretérmino previo y la infección del tracto urinario son los factores de riesgo con mayor significación estadística’. (15)

Romero M.R. et al, realizaron un estudio en México, en el año 2014, titulado “Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012)”, el autor muestra una tabla donde describe la frecuencias de nacidos vivos y proporción de nacidos prematuros en la República mexicana desde el año 2007 al año 2012. El estado de Guerrero presenta los siguientes datos. (Ver tabla 1)

Tabla 1

Estado	Año						Total pretérmino	Total nacidos vivos	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012			
Guerrero	411	415	444	414	389	441	2 514	46 462	5.4

Porcentaje de 5.4 recién nacidos vivos pretérmino. (12).

6. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN (general y específicos)

Objetivo General

Identificar cuáles es la relación de los factores asociados y el parto pretérmino entre las embarazadas atendidas en el Hospital General Acapulco en el año 2016?

Objetivos específicos

- a) Identificar el antecedente de un parto pretérmino previo
- b) Identificar la ruptura prematura de membranas
- c) Identificar las infecciones cervico-vaginales
- d) Identificar infección de vías urinarias
- e) Identificar edad materna avanzada
- f) Identificar el nivel socioeconómico bajo (precario)
- g) Identificar bajo nivel educativo
- h) Identificar el tabaquismo
- i) Identificar alcoholismo
- j) Identificar farmacodependencia

7. METODOLOGÍA

- Variable independiente: Factores asociados al parto pretérmino.
- Definición conceptual: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.
- Definición operacional: Se medirá dividiendo el número total de partos pretérmino entre el factor de riesgo.
- Indicador: Porcentaje.
- Escala de medición: Cuantitativa discreta.

Variable dependiente: Parto pretérmino

- Definición conceptual: Se define el parto pretérmino como aquel que sucede antes de las 37 semanas completas o 259 días de gestación.
- Definición operacional: Se medirá por semanas de gestación por fecha de última regla o por ultrasonido.
- Indicador: Semanas.
- Escala de medición: Cuantitativa discreta

a) Definiciones operacionales (Operacionalización)

Se elaborará una tabla para describir las características siguientes.

Variable: En este punto se identificó el ¿qué? conceptos básicos evaluaron la investigación,



Definición conceptual: para cada variable, se expresó el concepto o idea que define la variable en cuestión. Esta definición será obtenida de diccionarios o de artículos publicados recientemente.

Definición Operacional: para cada variable se definió el procedimiento que llevo a cabo la medición.

Indicador: En esta columna se determinó el cómo se midió en términos numéricos el comportamiento de las variables.

Escala de medición: Aquí se especificó las características del indicador (Cualitativa o cuantitativa).

Fuente: En esta columna se definió a quién se le aplico el cuestionario o de dónde se obtuvieron los datos. (Ver anexo 1)

b) Tipo y diseño general del estudio

Serie de casos: porque se obtuvo información individual detallada de cada uno de los expedientes como edad de la paciente, diagnóstico y descripción de los factores de riesgo.

Retrospectivo: es retrospectivo por que la información se inició a recabar a partir del mes de diciembre hasta el mes de enero del año 2016.

c) Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis observación.

El universo de estudio estuvo representado por 1500 pacientes embarazadas que se presentaron en el año 2016 en el servicio de ginecología del Hospital General Acapulco, El tipo de muestra fue no probabilística, se realizó por conveniencia. El tamaño de la muestra fue el 10% de la población que represento 150 embarazadas. La unidad de análisis fue la paciente que presento parto pretérmino.

d) Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Expedientes de pacientes con factores de riesgo para parto pretérmino, adscritas al seguro popular, residentes del estado de Guerrero.

Criterios de exclusión: Expediente con antecedentes legales.

e) Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.

Se solicitó autorización por escrito al Director Hospital General Acapulco, Dr. Feliz Edmundo Pone Fajardo, con atención de jefe de enseñanza e investigación Dr. Marco Antonio Adame Aguilera, para el acceso a los datos estadísticos y expedientes clínicos del año 2016.

Para la selección de la muestra se tomaron los datos de la hoja de registro de partos, productos y abortos, que se maneja en el Servicio de Tococirugía y se identificaron los números de expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión, se seleccionaron realizando un sistema aleatorio sistematizado tomando de 5 en 5 hasta completar el tamaño de la muestra que fue de 150. Finalmente se acudió al archivo clínico y se solicitaron los expedientes clínicos para analizar la historia clínica, hoja de parto, hoja de evolución y tratamiento. Encontrándose 66 expedientes con embarazo pretérmino. Luego se verificó si los datos se estaban completos y legibles. Se obtuvo la información que sirvió para el llenado de los instrumentos de recolección de datos.

f) Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Los aspectos éticos de la presente investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII) del TÍTULO SEGUNDO correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una INVESTIGACIÓN CON RIESGO MENOR AL MÍNIMO por lo que no se requiere la firma del consentimiento bajo

información. Se mantendrá discreción en el manejo de la información y el anonimato de los pacientes.

Las maniobras a realizar en este estudio no representan riesgos serios adicionales para el paciente.

Se respetarán los principios éticos de autonomía (ya que el paciente decidirá de forma libre si quiere participar), de beneficencia no maleficencia (se evitará dañar al paciente en todo momento) y de justicia (se tratará a cada paciente que participe en la investigación de forma similar en circunstancias similares).

El presente proyecto se presentará al comité de Investigación correspondiente.

No se aplicara consentimiento informado, ya que la realización del estudio no representa riesgo hacia la salud del paciente. Sin embargo se realizara formato.

8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con el total de los cuestionarios revisados que no contenían errores se procedió a elaborar una base de datos en el programa SPSS de donde se obtuvieron los gráficos de las medidas de frecuencia y porcentajes de las variables de estudio.

Problemas que se presentaron con este programa: Ninguno.

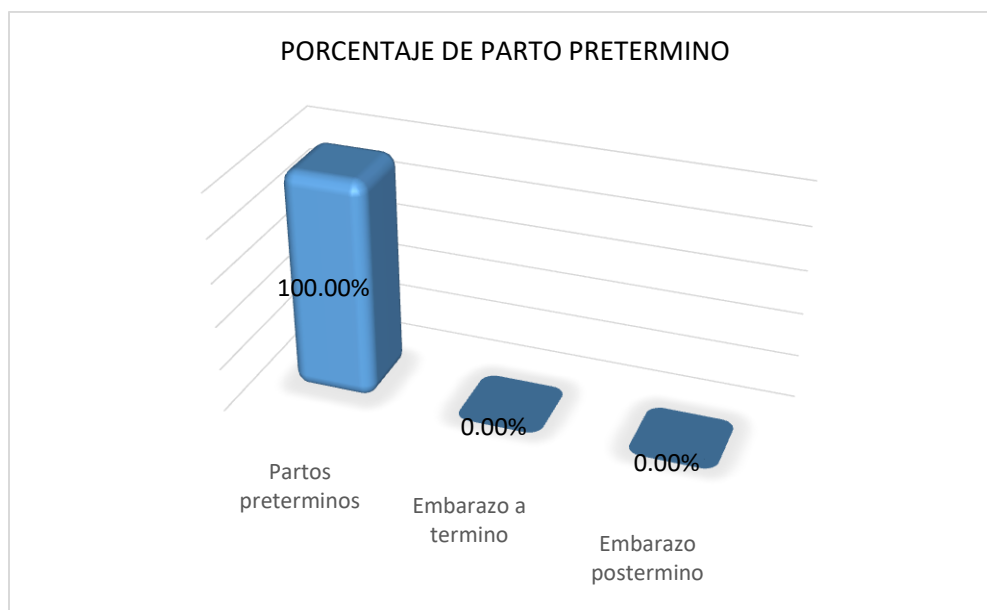
RESULTADOS

Se aplicaron un total de 66 formatos de recolección de datos en este estudio, los datos fueron obtenidos directamente del expediente personal de cada paciente que cumplió con los criterios de selección. En este trabajo de investigación no se eliminó a ningún expediente, ya que todos cumplieron con los criterios antes mencionados. Se identificaron a 66 expedientes con diagnóstico de parto pretérmino que constituyó el 100%. (Ver gráfico n°1)

Parto pretermino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Parto pretermino	66	100.0	100.0	100.0

Gráfico 1



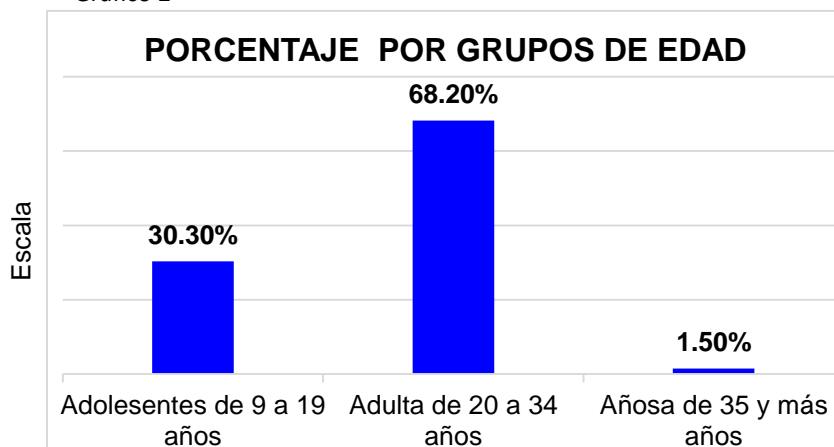
Fuente: Instrumento de medición

El segundo reactivo fue el conocer la edad del paciente, la que para su análisis se dividió en tres grupos: El grupo de adolescentes de 9 a 19 años de edad, el segundo grupo de mujeres adultas de 20 a 34 años de edad y el tercer grupo de mujeres añosas de 35 años y más. El grupo que más participo fue el de las mujeres adultas con un 68.2% seguido del grupo de adolescentes con el 30.3% y el grupo de mujeres añosas con el 1.5% (Ver gráfico 2).

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Adolescente 9 a 19 años	20	30.3	30.3	30.3
	Adulta de 20 a 34 años	45	68.2	68.2	98.5
	Añosa de 35 y más años	1	1.5	1.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 2



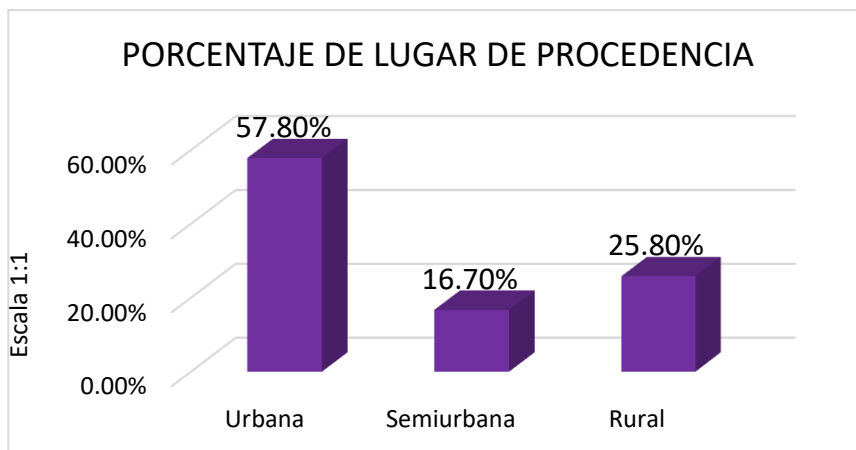
Fuente: Instrumento de medición

El tercer reactivo fue conocer el lugar de procedencia, para la que se plantearon tres áreas: “Área urbana”, “área semiurbana” y “área rural”. Los datos fueron en el siguiente orden: área rural obtuvo el 25.8%, el área urbana 57.6%, y el área semiurbana 16.7% (Grafico 3).

Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Urbana	38	57.6	57.6	57.6
Semiurbana	11	16.7	16.7	74.2
Rural	17	25.8	25.8	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Grafico 3



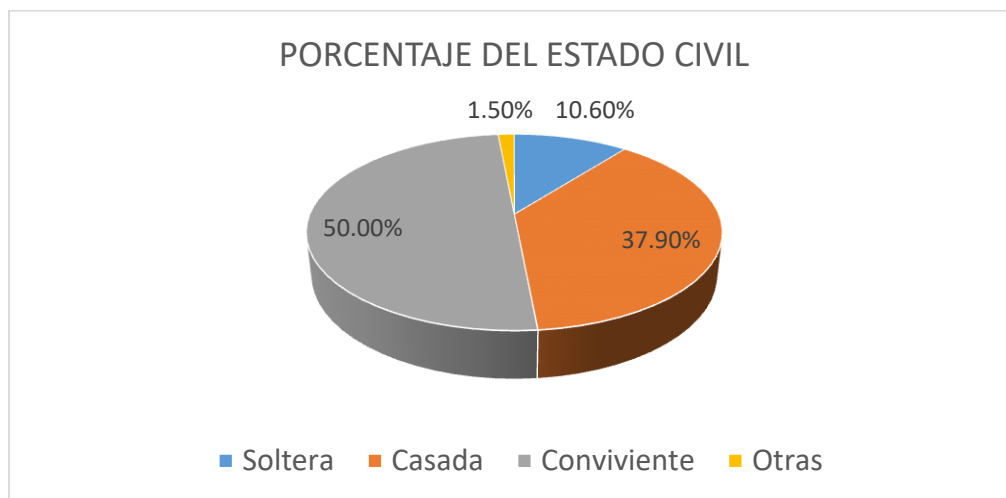
Fuente: Instrumento de medición.

Para conocer el estado civil de las integrantes a este estudio se formaron cuatro grupos: el de Solteras, el grupo de casadas, grupo de convivientes y grupo de otras, quedando en el siguiente orden: Grupo de Convivientes 50.0%, grupo de casadas 37.9%, en el grupo de solteras 10.6% y otras con el 1.5% (Grafico 4).

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	7	10.6	10.6	10.6
	Casada	25	37.9	37.9	48.5
	Conviviente	33	50.0	50.0	98.5
	Otras	1	1.5	1.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 4



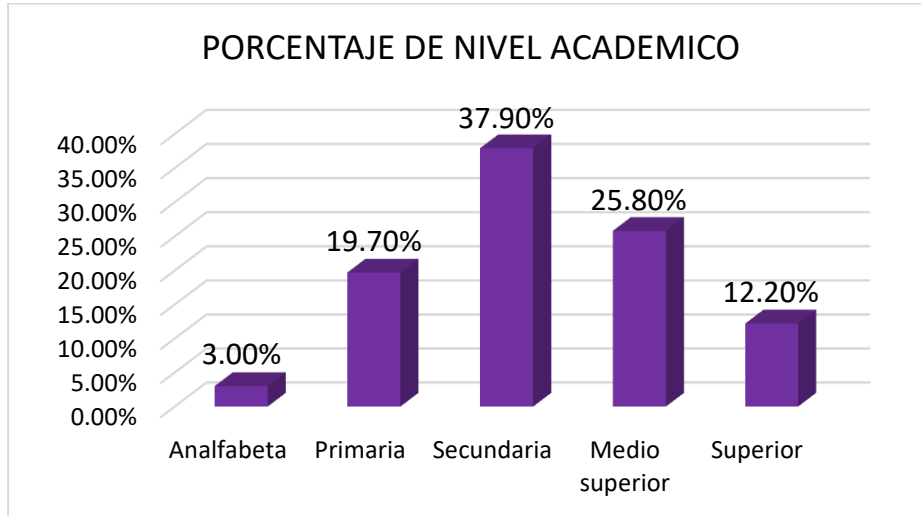
Fuente: Instrumento de medición

Se recabo la información de cuarto reactivo que fue conocer el nivel académico de las participantes, para ello se formaron los grupos de: analfabetas, nivel primario, nivel secundario, nivel medio superior y nivel superior. Quedando en el siguiente orden: el grupo que más participo fue el del nivel secundaria con el 37.9%, seguido por el nivel secundaria con el 25.8%, continuando el nivel primaria con el 19.7% seguido por el nivel superior con el 12.1% y finalmente el grupo de analfabetas con el 3.0% (Grafico 5).

Nivel academico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	2	3.0	3.0	3.0
	Primaria	13	19.7	19.7	22.7
	Secundaria	25	37.9	37.9	60.6
	Medio superior	17	25.8	25.8	86.4
	Nivel superior	8	12.1	12.1	98.5
	33	1	1.5	1.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 5



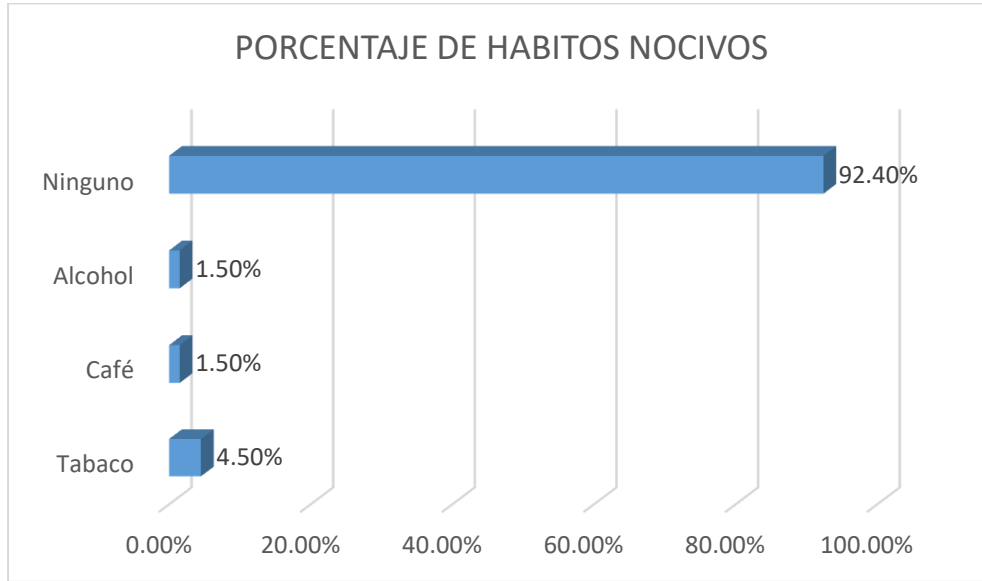
Fuente: Instrumento de medición

El reactivo seis estuvo formado por los hábitos nocivos de las integrantes de este estudio, se dividieron en: Adicciones al tabaco, adicciones al café, adicciones al alcohol, y adicciones a drogas. Orden de adicciones ninguna adicción con el 92.4%, adicciones al tabaco 4.5% y adicciones al café y alcohol con el 1.5% cada uno (Grafico 6).

Habitos nocivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Tabaco	3	4.5	4.5	4.5
Café	1	1.5	1.5	6.1
Alcohol	1	1.5	1.5	7.6
Ninguno	61	92.4	92.4	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Grafico 6



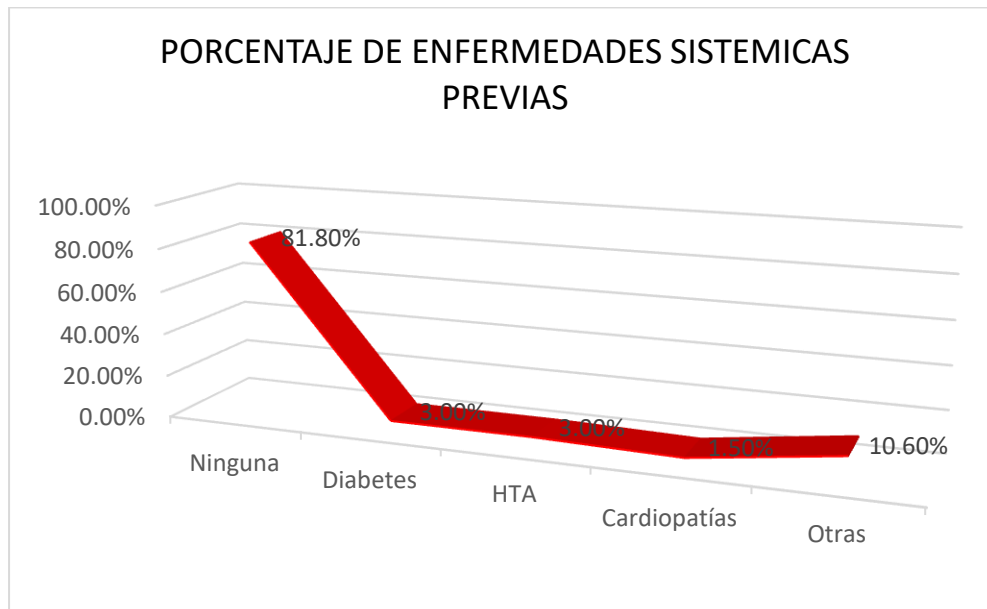
Fuente: Instrumento de medición

El reactivo siete fue conocer las enfermedades sistémicas previas, aquí se formaron los grupos de: Diabéticas, grupo de HTA, grupo de cardiópatas, grupo de nefropatías y grupo de otras enfermedades, quedando en el orden siguiente: El grupo que más participo en este estudio fue el de ninguna enfermedad con el 81.8%, seguido del grupo de otras enfermedades con el 10.6%, siguiendo los grupos de diabéticas e hipertensas con el 3.0% cada uno y finalmente el grupo de cardiópatas con el 1.5% (Grafico 7).

Enfermedades sistemicas previas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	54	81.8	81.8	81.8
	Diabetes	2	3.0	3.0	84.8
	HTA	2	3.0	3.0	87.9
	Cardiopatía	1	1.5	1.5	89.4
	Otras	7	10.6	10.6	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 7



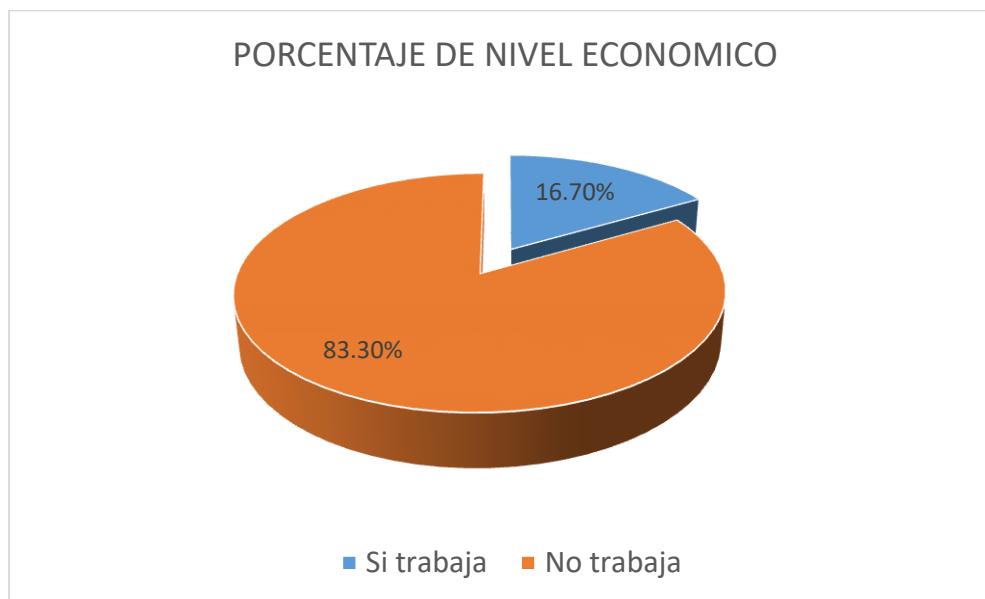
Fuente: Instrumento de medición

La pregunta número ocho estuvo dirigida a identificar el nivel económico de las participantes, para lo que solo se formaron dos grupos uno de "si trabaja" y grupo de "otro de no trabaja", quedando de la siguiente forma: el grupo de no trabaja fue el que más integrantes presento con el 83.3%, el de no trabaja con el 16.7%. (Grafico 8)

Nivel economico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si trabaja	11	16.7	16.7	16.7
	No trabaja	55	83.3	83.3	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 8



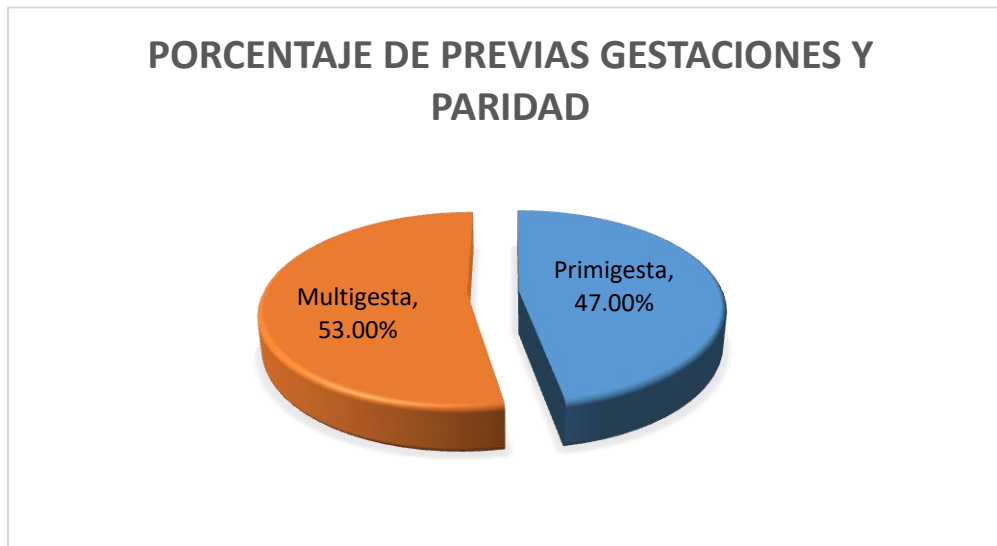
Fuente: Instrumento de medición

Para conocer la previas gestaciones y paridad se creó el reactivo número nueve donde se formaron solo dos grupos uno de “Primigestas” y otro de “Multigesta”, se recabaron los datos quedando en el orden siguiente: Multigesta con el 53.0% y el de Primigesta con el 47.0% (Grafico 9).

Previas gestaciones y paridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primigesta	31	47.0	47.0	47.0
	Multigesta	35	53.0	53.0	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 9



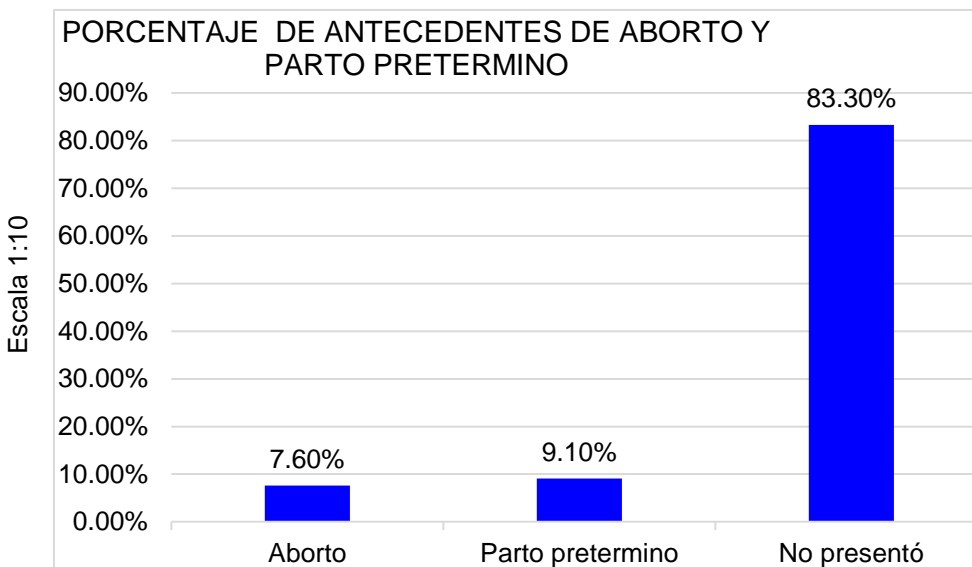
Fuente: Instrumento de medición

Con el reactivo nueve se buscó conocer los antecedentes de aborto y parto pretérmino, se diseñaron los grupos: el grupo de abortos, el grupo de partos pretérmino y el grupo de no presentó, se integraron de la manera como se ordena: Grupo de parto pretérmino

con el 9.1%, grupo de no presento 83.3% y el grupo de abortos con el 7.6% (Grafico 10).

Antecedentes de aborto y parto pretermino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Aborto	5	7.6	7.6	7.6
	Parto pretermino	6	9.1	9.1	16.7
	No presentó	55	83.3	83.3	100.0
	Total	66	100.0	100.0	



Fuente: Instrumento de medición.

Grafico 10

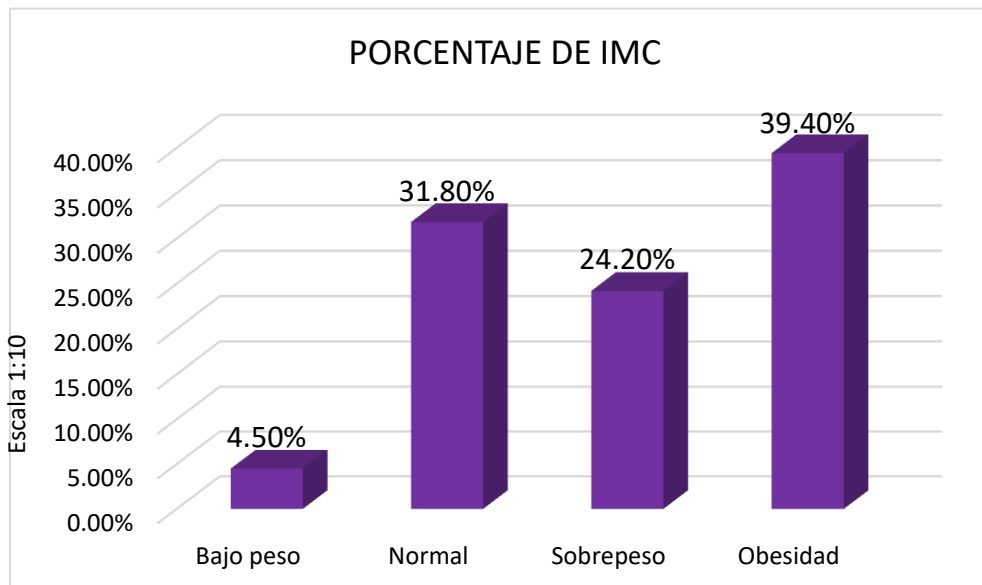
El reactivo once se diseñó para conocer el índice de masa corporal, para lo que se formaron grupos que fueron los de: Bajo peso, Normal, Sobrepeso y Obesidad, los resultados se muestran como fueron obtenidos: El grupo de obesidad participo con el

39.4%, seguido de los grupo normal con el 31.8%, continuando el grupo de sobrepeso con el 24.2% y finalmente el grupo de bajo peso con el 4.5% (Grafico 11)

IMC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo peso	3	4.5	4.5	4.5
	Normal	21	31.8	31.8	36.4
	Sobrepeso	16	24.2	24.2	60.6
	Obesidad	26	39.4	39.4	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 11



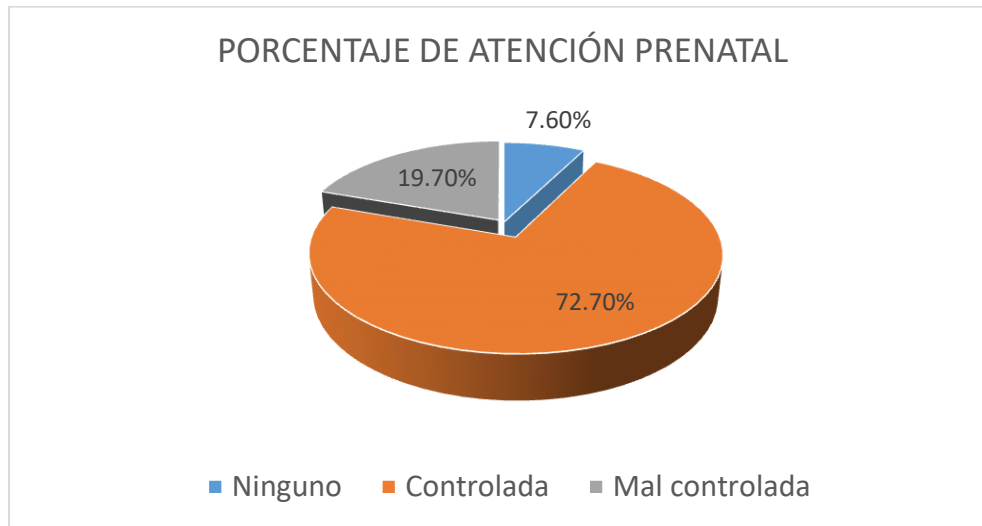
Fuente: Instrumento de medición.

Con la pregunta número doce se realizó para obtener los datos de la atención prenatal, para esta información se elaboraron tres respuestas: Controlada, mal controlada y ninguno, quedando en el orden siguiente: controlada con el 72.7%, mal controlada con el 19.7% en grupo de ninguno con el 7.6%. (Grafico 12)

Atención prenatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	5	7.6	7.6	7.6
	Controlada > de 4	48	72.7	72.7	80.3
	Mal controlada < de 4	13	19.7	19.7	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 12



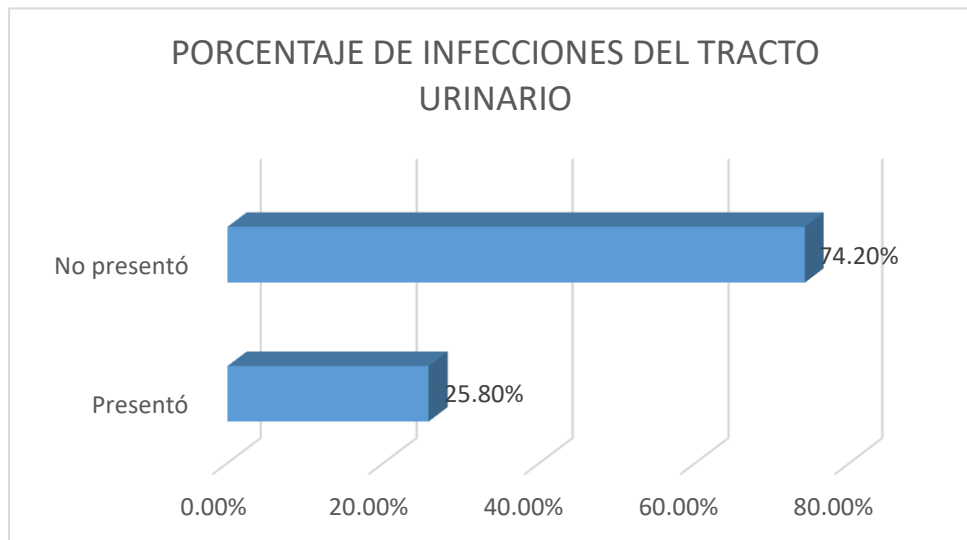
Fuente: Instrumento de medición

Se indagó también sobre las infecciones del tracto urinario formándose solo dos grupos: el de “Si presento” y el de “No presento”, los resultados se muestran a continuación: No presento 74.2%, si presento 25.8% (grafico 13).

Infecciones del tracto urinario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	17	25.8	25.8	25.8
	No presentó	49	74.2	74.2	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 13



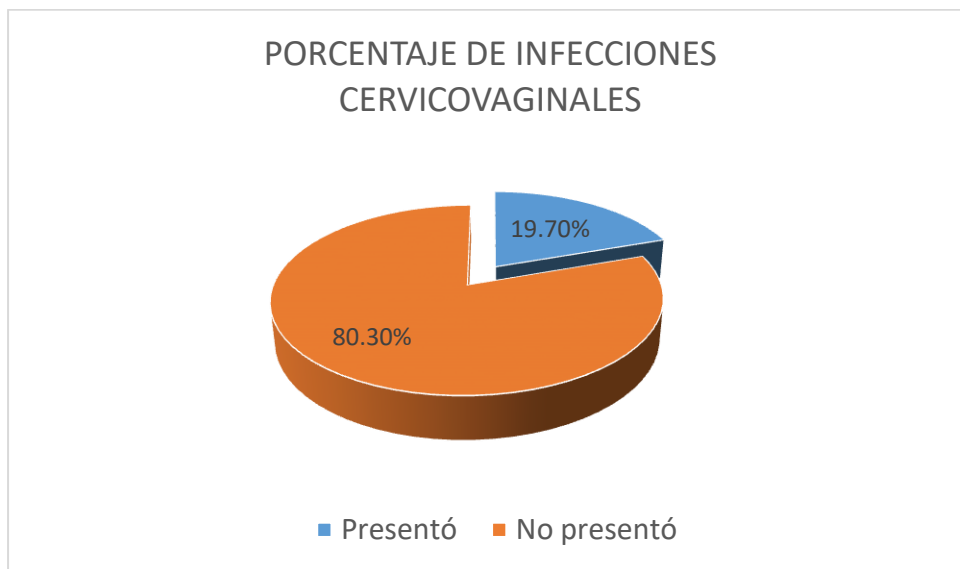
Fuente: Instrumento de medición

Las afecciones cérvicovaginal fueron investigadas, realizando dos grupos nominándoseles: “Presento” y el otro grupo “No presentó, los resultados fueron: para el grupo no presento fue del 80.3% y para el grupo “presento el 19.7%. (Grafico 14).

Infecciones cervicovaginales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	13	19.7	19.7	19.7
	No presentó	53	80.3	80.3	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 14



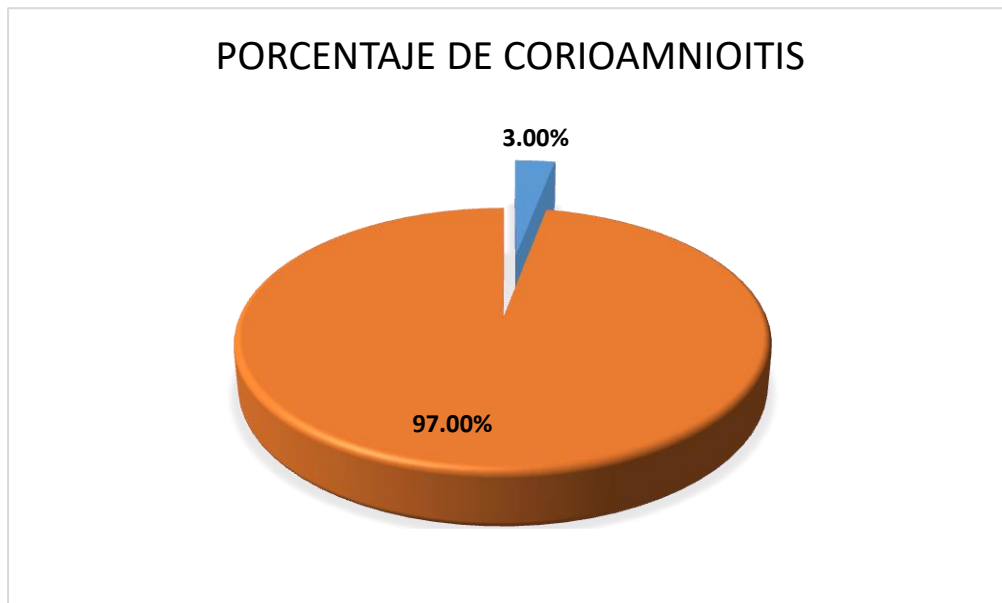
Fuente: Instrumento de medición

El reactivo quince estuvo dirigido a recabar información sobre Corioamnionitis, para ello se formaron dos grupos el de "Presento" y el otro grupo "No presentó, la información fue la siguiente: para el grupo no presento el 97.0% y para el grupo presente 3.0%.(Grafico 15).

Corioamnionitis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	2	3.0	3.0	3.0
	No presentó	64	97.0	97.0	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 15



Fuente: Instrumento de medición

Con la pregunta dieciséis recabamos la información sobre las afecciones periodontal formando los siguientes grupos: Infecciones centrales, Caninos, premolares molares y no presento, la información que el grupo no presentó fue del 100% (Grafico 16)

Infección periodontal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No presento	66	100.0	100.0	100.0

Grafico 16



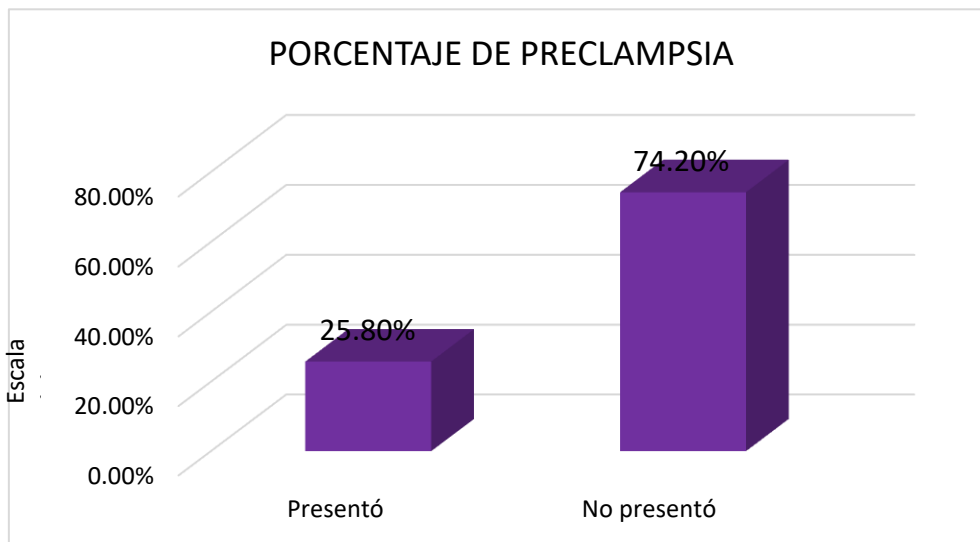
Fuente: Instrumento de medición

La preeclampsia fue otro de los factores que consideramos importantes de investigar, formamos solo dos grupos el grupo de “Presento” y el otro grupo “No presentó, los resultados fueron los siguientes: el grupo no presento con el 74.2% y el grupo presento con el 25.82%. (Grafico 17).

Preclampsia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	17	25.8	25.8	25.8
	No presentó	49	74.2	74.2	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 17



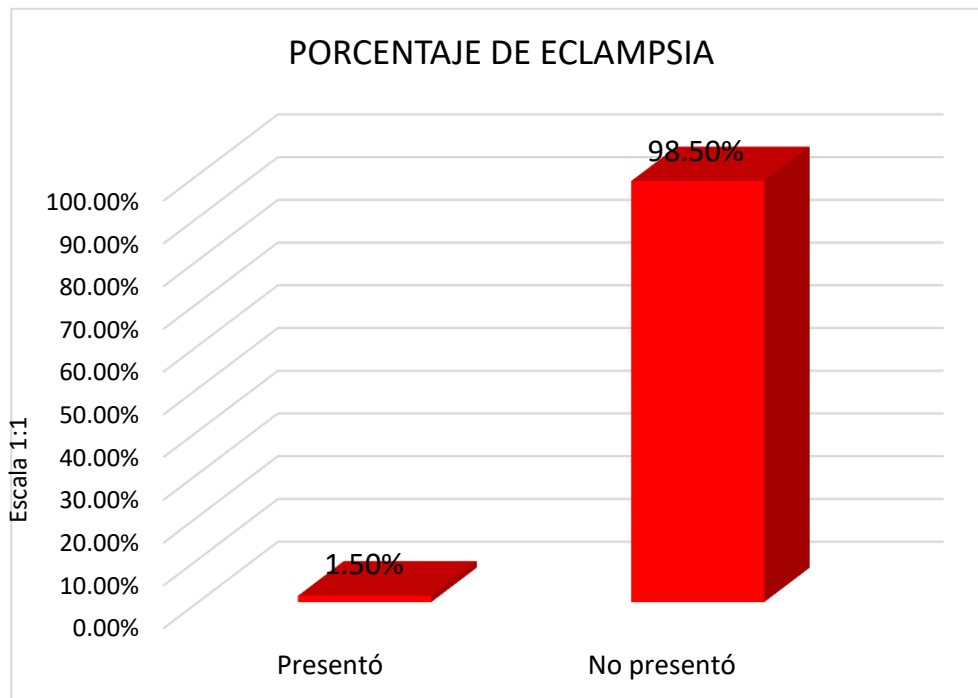
Fuente: Instrumento de medición.

La eclampsia fue otro factor que consideramos de mucho interés por ello formamos los dos comunes el grupo de "Presento" y el otro grupo "No presentó, los resultados fueron que el grupo no presento participo con el 98.5% y el grupo de presentó con el 1.5%. (Grafico 18)

Eclampsia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	1	1.5	1.5	1.5
	No presentó	65	98.5	98.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 18



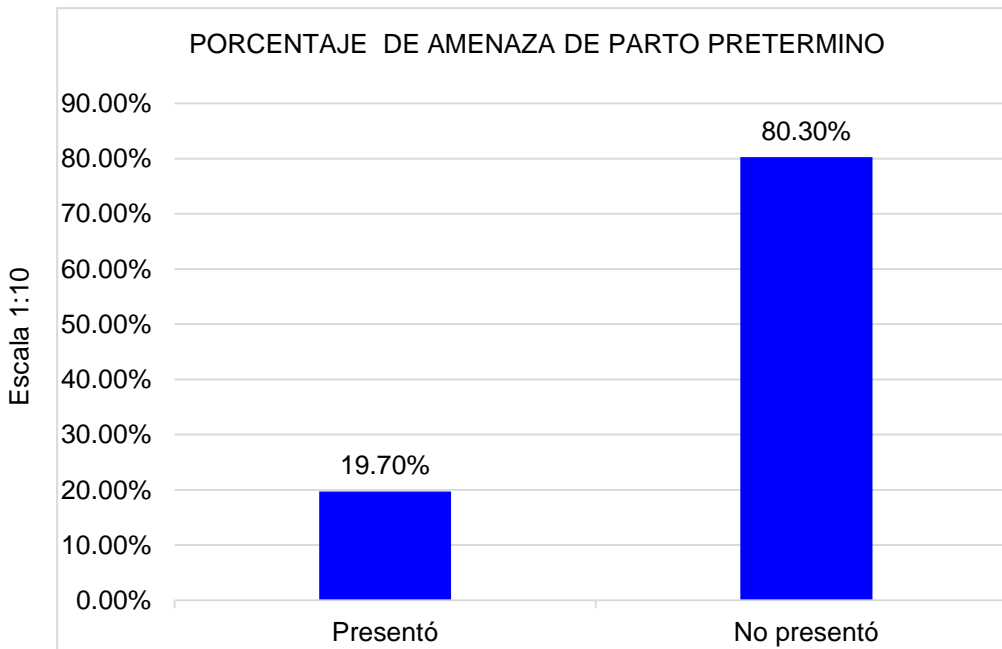
Fuente: Instrumento de medición.

El reactivo diecinueve estuvo dirigido a conocer la amenaza de parto pretérmino, para lo que se formaron dos grupos uno de “Presento y otro grupo de “No presento” los resultados se describen a continuación: el grupo que más tuvo presencia de amenaza de parto pretérmino fue el grupo de no presentó con el 80.3%, mientras que el grupo presentó obtuvo el 19.7% (Grafico 19).

Amenaza de parto pretermino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	13	19.7	19.7	19.7
	No presentó	53	80.3	80.3	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 19



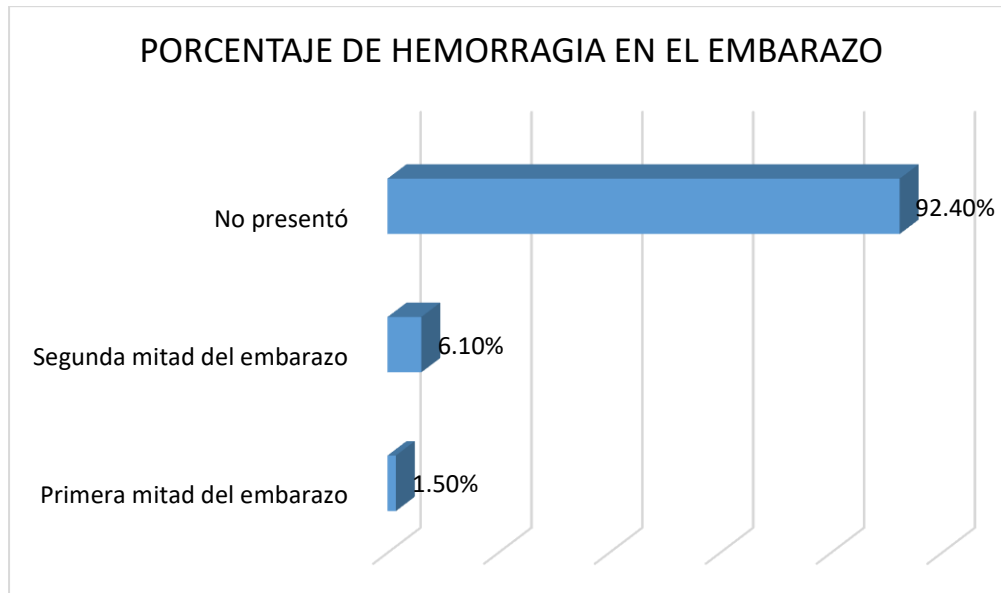
Fuente: Instrumento de medición.

Se investigó la presencia de hemorragia en el embarazo, para su análisis se crearon tres grupos, el grupo de primera mitad del embarazo, el grupo de segunda mitad del embarazo y el grupo de no presente, los resultados fueron los siguientes: El grupo no presente obtuvo el 92.4%, el grupo de segunda mitad de embarazo con el 6.1%, el grupo de primera mitad del embarazo obtuvo 1.5%. (Grafico 20)

Hemorragía en el embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primera mitad del embarazo	1	1.5	1.5	1.5
	Segunda mitad del embarazo	4	6.1	6.1	7.6
	No presento	61	92.4	92.4	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 20



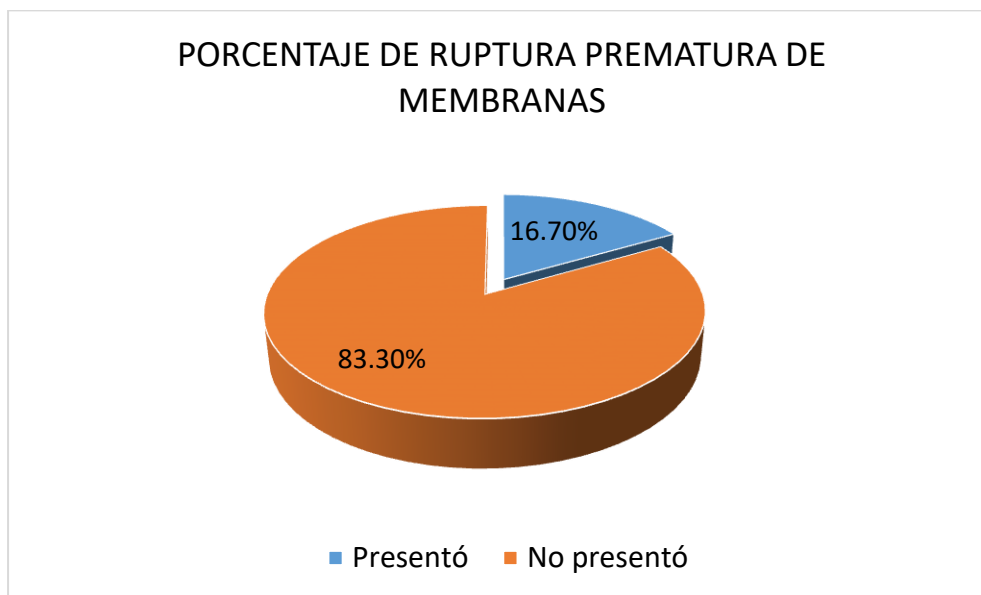
Fuente: Instrumento de medición

El factor de riesgo de ruptura prematura de membranas fue analizado en dos grupos uno de “Presento” y otro grupo de “No presento” los resultados se describen a continuación: el grupo no presento obtuvo el 83.3% y el grupo presente el 16.7%.(Grafico 21).

Ruptura prematura de membranas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	11	16.7	16.7	16.7
	No presentó	55	83.3	83.3	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 21



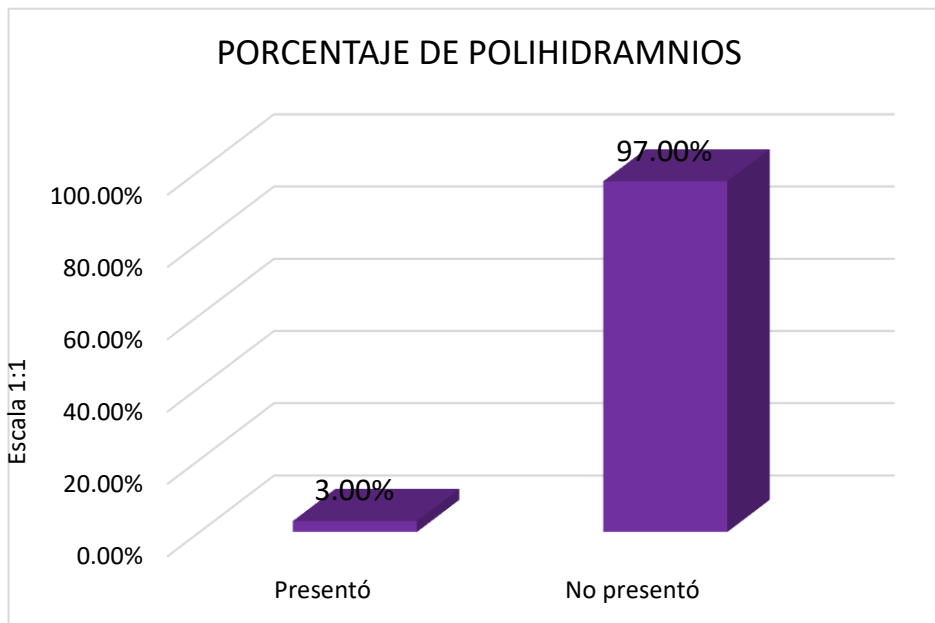
Fuente: Instrumento de medición

El reactivo veintidós fue el cocer la presencia de polihidramnios, por lo que para su recopilación de información se formaron dos grupos el grupo de “Presentó” y el grupo de “no presentó”, los resultados fueron: para el grupo no presentó obtuvo el 97.0% y para el grupo presentó el 3.0% (Grafico 21).

Polihidramnios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentó	2	3.0	3.0	3.0
	No presentó	64	97.0	97.0	100.0
Total		66	100.0	100.0	

Grafico 21



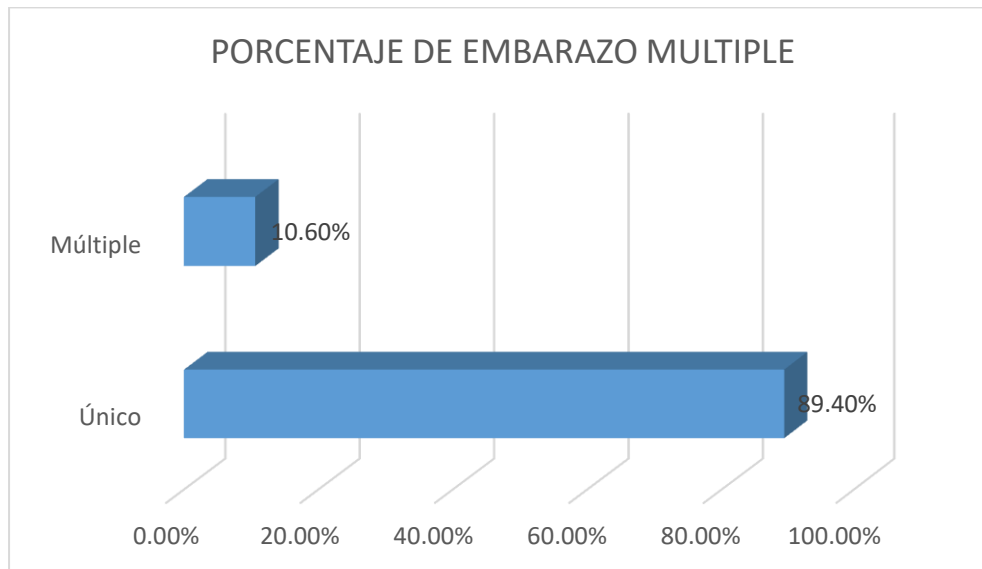
Fuente: Instrumento de medición.

La presencia de embarazos múltiples fue recabada por el reactivo veintitrés, se formaron dos grupos el grupo de “Único” y el grupo de “Múltiples”, los resultados fueron: que el grupo único obtuvo el 89.4%, y el grupo múltiples con el 10.6% (Grafico 23).

Embarazo múltiple

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Único	59	89.4	89.4	89.4
	Múltiple	7	10.6	10.6	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 23



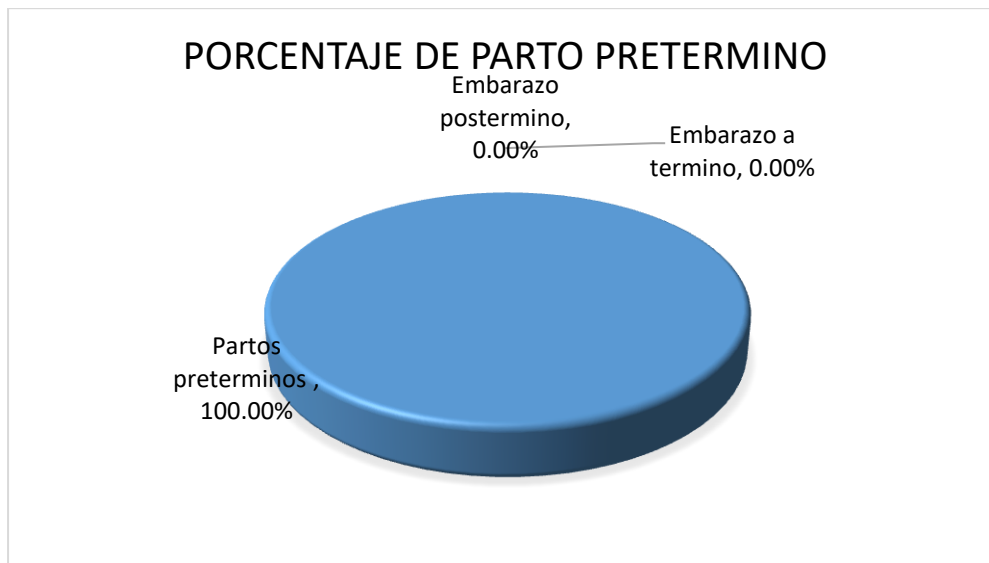
Fuente: Instrumento de medición

El reactivo veinticuatro tuvo el objetivo de identificar a los partos pretérmino, se formaron los grupos de embarazo pretérmino, grupo de embarazo a término y el grupo de embarazo postérmino. Recabando los resultados de que el 100% fueron embarazos pretérmino (Grafico 24)

Parto pretermino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Parto pretermino	66	100.0	100.0	100.0

Grafico 24



Fuente: Instrumento de medición

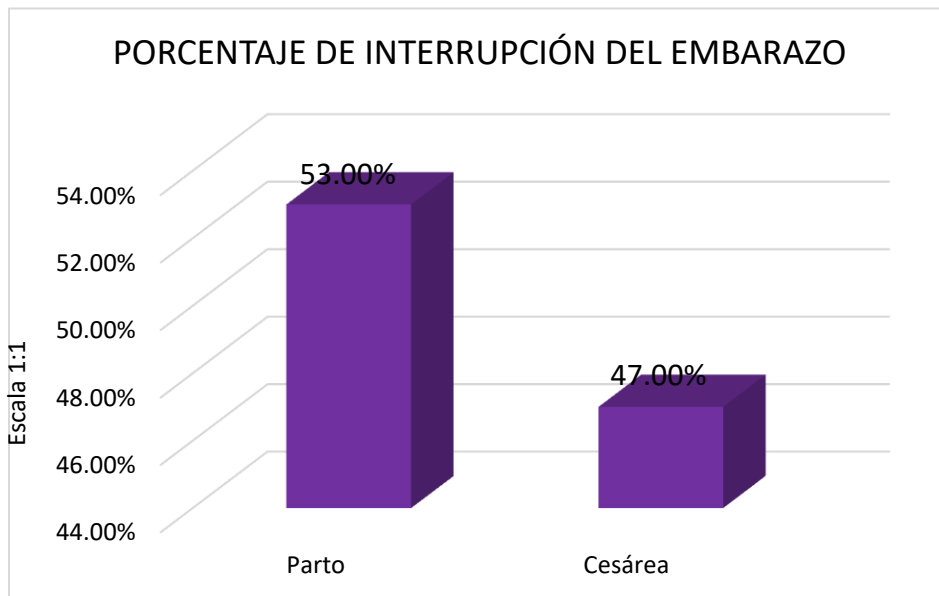
Con la pregunta veinticinco recabamos la información de la interrupción del embarazo, formándose para ella dos grupos el grupo de “Partos” y el grupo de “Cesáreas” con los

siguientes resultados: El grupos de partos ocupo el 53.0%” y el grupo de cesáreas el 47.0% (Grafico 25).

Interrupción del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Parto	35	53.0	53.0	53.0
	Cesarea	31	47.0	47.0	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Grafico 25



Fuente: Instrumento de medición.

Tabla n°1

Variable de estudio	Categoría	Resultado
Edad	Adultas	68.2%
Lugar de procedencia	Urbana	52.6%
Estado civil	Conviviente	50%
Nivel académico	Secundaria	37.9%
Hábitos nocivos	Tabaco	4.5%
Enfermedades sistémicas previas	Diabetes e hipertensión	3.0%
Nivel económico	No trabaja	83.3%
Previas gestaciones y paridad	Multigesta	53.0%
Antecedentes de aborto y parto pretérmino	No presento	83.3%
IMC	Obesidad	39.4%
Atención prenatal < 4 consultas	Mal controlada	19.7%
Infecciones del tracto urinario	Presentó	25.8%
Infecciones cérvicovaginal	Presentó	19.7%
Corioamnionitis	Presentó	3.0%
Infección periodontal	Presentó	0.0%
preeclampsia	Presentó	25.8 %
Eclampsia	Presentó	1.5 %
Amenaza de parto pretérmino	Presentó	19.7 %
Hemorragia en el embarazo	Presentó	7.6 %
Ruptura prematura membranas	Presentó	16.7 %
Polihidramnios	Presentó	3.0 %
Embarazo múltiple	Único	89.4%
Interrupción del embarazo	Parto	53.0%

DISCUSION

Ovalle A. et al, realizaron un estudio en Chile en el año 2012, titulado “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas de gestación en un hospital público de Santiago.” Refieren que el parto prematuro se presentó en su estudio con el 17,2% en las adolescentes, 60,2% en las mujeres entre 20 y 34 años y el 22.6% las gestantes tardías. En nuestro estudio se presentó de la manera siguiente: en grupo de adolescentes con el 30.3%, mujeres adultas con un 68.2%, seguido del grupo de mujeres añosas con el 1.5%. Existe similitudes en ambos estudios cuando se comparan los grupos ya que las mujeres de adultas tienen los porcentajes más altos en ambos estudios, de igual forma la comparación de las adolescentes, no así cuando se comparan los grupos de mujeres añosas donde los rangos son muy significativos el 22.6% para el estudio de Ovalle y del 1.5% en nuestros datos.

Barrera S.L. et al, realizaron un estudio en Colombia en el año 2016, al que titularon Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá, con el objetivo de describir factores asociados al parto, los resultados arrojaron que se identificaron, asociadas al parto pretérmino la infección de vías urinarias con el 30.5%.

Reséndiz M.J. et al, publicaron un artículo en el año 2012 en México, titulado “Prevalencia de infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas sintomáticas o asintomáticas con amenaza de parto pretérmino” con el objetivo de determinar la prevalencia de Infección de vías urinarias sintomática y asintomática embarazadas con amenaza de parto pretérmino. Los autores refieren haber obtenido un 30.0 % de embarazadas que sufren infección del tracto urinario. En nuestro estudio las infección del tracto urinario correspondió al 74.2%. Cantidad muy significativa comparada con otros estudios.

Barrera S.L. et, también menciona que en su estudio encontró a la preeclampsia con el 20%. Mientras que en nuestra investigación fue del 1.6%. Barrera S.L. et al, menciona en su estudio que encontró el 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. Y en nuestro estudio el alcoholismo durante el embarazo fue del 1.5%.



Cornejo G.K. et al, realizaron un estudio en México, en el año 2014, titulado Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel, con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico del parto pretérmino y sus factores asociados en un hospital de segundo nivel, encontró que entre las madres nulíparas y con paridad de uno a 2 partos el porcentaje de 19% para las nulíparas y del 46% para las multíparas. En nuestro estudio los porcentajes correspondieron a: Multigesta con el 53.0% y el de Primigesta con el 47.0%.

Se analizaron otras variables que presentaron porcentajes significativos, (ver tabla n°1). Donde dentro de las cinco primeras causas asociadas al parto pretérmino están: la edad de la paciente con el 68.2%. El lugar de procedencia con el 52.6%. El nivel económico con el 83.3%. Las gestas y paridad con el 53.3%. y estado civil con el 50.0% para convivientes.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación podemos concluir que de los casos estudiados de la amenaza de parto pretérmino como diagnóstico de ingreso en el área de Ginecología y obstetricia del Hospital General Acapulco, durante el año 2016, ocupan una alta incidencia, que está relacionada con factores de riesgo: como la edad con el 68.2% que se presentó en madres adultas de 20 a 34 años de edad o Multigesta con el 53.0% y el de Primigesta con el 47.0%. De acuerdo a la ocupación que desempeña corresponde a si trabaja con el 16.7 %. En lo referente a planificación familiar el 39.4% estuvo mal controlada con menos de 4 consultas médicas. La infección de vías urinarias es un factor predominante con un 25.8 % en las pacientes con amenaza de parto pretérmino. Las pacientes cuyo ingreso fue por amenaza de parto pretérmino el mejoro sus condiciones y el 53.0% concluyo en parto.

A pesar de que la prematuridad se considera una de las principales causas de morbimortalidad neonatal. En los últimos años ha disminuido los decesos por esta causa. El principal factor de riesgo para sufrir un parto pretérmino es el antecedente de parto prematuro. Aunque en nuestros resultados solo obtuvo el 19.7% como factor asociado al parto pretérmino.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luis A. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Gineco Obstet. 2012 Enero 15; 1(2): p. 542.
2. Alonso Z. Unificando los criterios de sepsis neonatal tardía: propuesta de un algoritmo de vigilancia diagnóstica. RevPeruMed Exp Salud Publica. 2014 Abril; 31(2): p. 358-363.
3. Pérez Z. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2013 Julio; 70(4): p. 2-5.
4. Foneite.P.. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012 Diciembre; 72(4).
5. OMS. Nacimientos prematuros. 2016 Noviembre; 1(1): p. 1.
6. Couto.N.. Impact of preterm childbirth in perinatal morbidity and mortality. Medisan. 2014; 18(6): p. 852.
7. OMS. Nacimientos prematuros. Centro de prensa. 2016 Noviembre; 1(1).
8. Bethzabe G. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para el parto pretermino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño San Bartolome durante enero a febrero del año 2015. E.A.P. DE OBSTETRICIA. 2015 Febrero; 1(1): p. 1-10.
9. Ovalle A. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de



Santiago. Rev Med Chile. 2012 Febrero; 140(2): p. 19-29.

10. Barrera S. Factors Associated to the Preterm Birth in Adolescents of the City of Tunja, Boyacá (Colombia). Revista virtual. 2016 Agosto; 48(3): p. 2015-227.
11. García F. FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN EL DEPARTAMENTO DE LEMPIRA, HONDURAS. REV MED HONDUR. 2012 Diciembre; 80(4): p. 153-156.
12. Romero RM. Incidencia de nacimientos pretermino en el IMSS (2007-2012). Ginecol Obstet Mex. 2014 Enero; 82(1): p. 465-471.
13. Cornejo GK. Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. Rev Esp Méd Quir. 2014 Enero; 19(1): p. 308-315.
14. Resendiz MJ. Prevalencia de infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas sintomaticas o asintomaticas con amenaza de parto pretermino. Ginecologia y Obstetricia. 2012 Marzo; 1(1): p. 1-6.
15. Escobar PB. Risk factors associated with preterm birth in a second level hospital. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017 Julio; 55(4): p. 424-428.
16. Oxford living dictionaries. 2016 Agosto; 13; 1(1).
17. Anonimo. Definición de Procedencia. Diccionario ABC. 2016 Julio; 1(1): p. 225.
18. A.Z V. Estado civil. Wikipedia. 2017 Julio; 1(1): p. 1.
19. Anonimo. El nivel educativo de los padres es un factor clave en el éxito escolar de los hijos. Eroski consumer. 2017 Febrero; 1(1): p. 215.
20. Nivel económico. Wikipedia. 2017 Abril; 1(2): p. 23.
21. SSA. Diagnóstico y manejo del embarazo multiple. Guía de practuca clinica. 2013 Julio; 1(1): p. 13-18.
22. SSA. Parto pretermino. Guia de Práctica Clínica. 2015 Junio; 1(1).
23. Autor. Definición de Índice de masa corporal. Definicion ABC. 2016 Febrero; 1(1): p. 124.
24. Anonimo. Control prenatal. EcuRed. 2016 Mayo; 1(171): p. 1.
25. Diccionario. Anemia. Wikipedia. 2016 Julio; 1(2): p. 123-133.
26. Pigrau C. Infeccion del tracto urinario. Salvat. 2013 Abril; 12(1): p. 12-14.
27. Marcela p. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25(6): p. 28-481.
28. Koch M. CORIOAMNIONITIS. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2012 Abril; 128(1): p. 180.

29. Anonimo. Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal: Causas, síntomas y tratamientos. NIH Publicación. 2013 Agosto; 13(11): p. 1142.
30. Antomiette T. Preeclampsia y eclampsia. Department of Obstetrics and Gynecology, The Ohio State University College of Medicine. 2016 Marzo 25;: p. 12.
31. Atineo P. Medilineplus. 2017 Julio; 1(2): p. 12.
32. Gonzalez C. Hemorragia obtetrica. SildeShare. 2013 Julio; 1(2): p. 1-6.
33. Julie S. Rotura prematura de membranas (RPM). Manual merck. 2017 Julio; 1(1): p. 2-6.
34. Anonimo. Polihidramnios. Wikipedia. 2017 Mayo; 2(1): p. 1-4.
35. OMS. Parto prematuro: definción, causas y síntomas. Reproduccion asistida ORG. 2017 Enero; 1(1): p. 1-6.

10. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE LA TESIS “FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE PRESENTARON PARTO RETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO” 2016												
ACTIVIDAD	AÑO 2016											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Elección del tema de investigación												
Recopilación de la información bibliográfica.												
Elaboración de la tesis												
Presentación de la tesis al comité de Ética del H.G.A.												
Aplicación del formato de captura.												

Procesamiento y análisis, gráficas e interpretación.													
Presentación de los resultados.													

11. PRESUPUESTO

Recursos materiales "Factores asociados en pacientes que presentaron parto pretermino en el hospital general de Acapulco año 2016"			
Recursos materiales	unidad	costo por unidad	costo total
Computadora	1	\$8,000.	\$8,000
Impresora	1	\$1,400	\$1,400
Escritorio	1	\$3,500	\$3,500
Sillas	6	\$450,00	\$2.700
Archivero	1	\$1,500	\$1,500
Cámara fotográfica	1	\$800	\$800
Hojas t/c paq. 100	5	\$150	\$750
Caja de lápices	1	\$45	\$45
total:		\$18,695,00	

12. ANEXOS

Anexo 1 Tabla de variables (Operacionalización de variables).

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Edad	Tiempo que una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. (16)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la gestante hasta el momento del estudio. Se medirá en años, de acuerdo a la historia clínica.	Numérico/ Independiente	Adolescente (9 – 19) Adulta (20 -34) Añosa (>35)

Lugar de procedencia	Se define como el lugar o zona de donde proviene una persona. (17)	Se definirá de acuerdo al lugar o zona de donde proviene la madre gestante (Lugar de nacimiento) que se medirá en forma urbana, semiurbana y rural.	Nominal/ Independiente	1) Urbana 2) Semiurbana 3) Rural
Estado civil	El estado civil es la situación de las físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. (18)	La unión de personas de diferente sexo y se medirá: soltera, casada, y conviviente de acuerdo a la historia clínica.	Nominal / Independiente	1) Soltera 2) Casada 3) Conviviente
Nivel instruccional	Nivel educacional Recibido por parte de la madre. (19)	Se definirá por la historia clínica en: analfabeto, primaria, secundaria y Superior.	Ordinal / Independiente	0) Analfabeto 1) Primaria 2) Secundaria 3) Medio superior 4) Nivel superior
Hábitos nocivos	Práctica frecuente, o tendencia de adquirir por repetición actos perniciosos o perjudiciales para la Salud.	Actos de repetición que son perjudiciales para la salud de la madre y	Nominal / Independiente	1) Tabaco 2) Café 3) Alcohol 4) Drogas

		más aún para el feto en Formación. Se medirá en cuatro parámetros.		
Enfermedades sistémicas previas	Aquella o aquellas enfermedades que se presentan con anterioridad de una patología actual	Aquella o aquellas enfermedades que Presenta la gestante con anterioridad. Se procesara como: 1) Presento, o 2) No presente.	Nominal /Independiente	1) Ninguno 2) Diabetes 3) HTA 4) Neuropatía 5) Cardiopatía 6) Nefropatía 7) Otros: _____ —
Nivel económico	Estatus de los recursos económicos en relación a ganancias y salidas para la satisfacción de los recursos en el ámbito social. (20)	Se definirá si trabaja, no trabaja y/o dependencia económica de algún familiar	Nominal/Independiente	1.Si Trabaja 2. No trabaja 3. Dependencia _____
Previas Gestaciones y Paridad	Numero de gestaciones y de partos previos (mayor de 20 semanas de gestación) (21)	Gestaciones y partos que ha presentado la gestante hasta el momento de Estudio registrados en la historia clínica.	Numérico /Independiente	1) Primigesta 2) Multigesta

<p>Antecedentes de aborto y parto pretérmino</p>	<p>Historia de aborto en gestaciones anteriores e historia de parto pretérmino en gestaciones anteriores (22)</p>	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica en forma numérica y se procesara: 1) Presento, o 2) No Presento.</p>	<p>Numérico / Independiente</p>	<p>1) Aborto 2) Parto pretérmino</p>
<p>IMC</p>	<p>Relación entre el peso (kg) y talla (m) al cuadrado que presenta un Individuo en relación a su masa corporal. (23)</p>	<p>Relación entre el peso (kg) y talla (m) al cuadrado que presentó la gestante durante el embarazo, se procesara Como: Bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad.</p>	<p>Ordinal / Independiente</p>	<p>1) Bajo peso 2) Normal 3) Sobrepeso 4) Obesidad</p>
<p>Atención prenatal</p>	<p>El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal. (24)</p>	<p>Se definirá como gestante CONTROLADA aquella Que tenga más de 3 controles y como MAL CONTROLADA aquella que tenga</p>	<p>Numérico/ Independiente</p>	<p>1) Ninguno 2) Controlada ≥ 4 3) Mal controlada < 4</p>

		menor de 4, y NINGUNO aquellas que no tienen ningún control.		
Anemia	Se define como la disminución de la masa de la hemoglobina de Manera fisiológica y patológica. (25)	Se consignara en la ficha de datos a toda gestante con hemoglobina menor De 11 gr/ml, se procesara: Presento y no presento.	Numérico /Independiente	Número de (Hb)
Infección de tracto urinario	Presencia de patógeno bacteriano que causa una infección en el sistema urinario. (26)	Se definirá según lo expresado en la historia clínica prenatal. Se procesara según el sedimento urinario: Presento y no presento.	Nominal / independiente	1. Presentó 2. No presentó
Infecciones cervicovaginales	Infección microbiana del aparato reproductor de la mujer. Las conocidas infecciones vaginales o vaginitis o vaginosis bacteriana, es una respuesta del cuerpo humano a un agente	Se define de acuerdo a la respuesta de la paciente expresado	Nominal/ Independiente	1. Presentó 2. No presento

	desconocido como un hongo, bacteria, virus o parasito que ha invadido. (27)	en la historia clínica y manifestada, en la exploración ginecológica. Se procesara según las infecciones vaginales o vaginosis bacteriana: Presento y no presento.		
Corioamnionitis	Definimos corioamnionitis clínica como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico. (28)	Se define de acuerdo a la respuesta de la paciente expresado en la historia clínica y manifestada, en la exploración ginecológica. Si presento corioamnionitis y No si no presento.	Nominal/Independiente	1) Presentó 2) No presento
Infección periodontal	La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria, que de acuerdo al grado de compromiso puede	Relación de infección periodontal de la gestante durante el	Ordinal /Independiente	1)centrales 2) caninos 3) premolares 4)Molares

	llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente. Considerando que la etiología de la enfermedad es principalmente infecciosa (placa bacteriana). (29)	embarazo, se procesara como: infección en los dientes centrales, dientes caninos, premolares y molares.		
Preeclampsia leve/severa y Eclampsia	Preeclampsia leve Normotensa con TA hasta 140/90 mmHg Preeclampsia severa con uno o más de los siguientes criterios • TA > 160/110 mmHg • Proteinuria ≥2g/24h • Plaquetas < 100.000/L • Transaminasas elevadas • Hemolisis y <i>Eclampsia</i> todos los signos anteriores más Convulsiones o coma. (30)	Se definirá según lo expresado en la historia clínica con Preeclampsia: Ninguno, leve o severa. Eclampsia: Presentó o no presentó.	Nominal /Independiente	1. Preeclampsia: a. Presento b. No presento 2. Eclampsia: a. Presento b. No presento
Amenaza de parto pretérmino	El inicio de un trabajo de Parto antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto prematuro. (31)	El inicio de un trabajo de parto antes de la semana 37 en nuestras gestantes y que está consignado en la Historia clínica. Se procesara como: Presento	Nominal /Independiente	1. Presentó 2. No presentó

		y no presento.		
Hemorragia en el embarazo	Se define como el sangrado de origen Obstétrico. (32)	Se consignara en la ficha de datos como: Ninguno, hemorragia del 2° trimestre y hemorragia del 3° trimestre.	Numérico / Independiente	1. 1ra mitad embarazo 2. 2da mitad embarazo
Ruptura prematura de membrana	Es la solución de continuidad de la Membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. (33)	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: SI: historia positiva de RPM. NO: sin historia de RPM.	Nominal / Independiente	1. Presentó 2. No presentó
Poli hidramnios	Aumento excesivo de líquido amniótico dentro de las membranas ovulares. El Polihidramnios se produce por un desequilibrio entre las entradas y las salidas de líquido amniótico a favor de las entradas. (34)	Se definirá según lo expresado en la historia clínica. Si se reportó con Polihidramnios y No si no lo presentó,	Nominal / Independiente	1. Presentó 2. No presentó
Embarazo múltiple	Se define así cuando en el vientre materno aloja mayor o igual de dos fetos de manera simultánea. (21)	Lo definiremos en la ficha de recolección	Numérica / independiente	1. Único 2. Múltiple

		<p>n de datos como: embarazo de 1 feto = 1; embarazo de 2 fetos = 2; embarazo De 3 fetos = 3.</p>		
Parto pretérmino	<p>Aquel que ocurre después de las 28 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento. (35)</p>	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la edad Gestacion al por F.U.R. y aquellos confirmado por el método de Capurro. Criterios que siguen para documentar el trabajo de parto pretérmino :</p> <p>1. Cuatro contracciones en 20 minutos, u ocho en 60 minutos, más cambio progresivo del cuello uterino.</p>	Numérico /Dependiente	Número

		<p>2. Dilatación cervicouterina de más de 1 centímetro.</p> <p>3. Borramiento del cuello uterino de 80% o más</p>		
Parto a término	Aquel que ocurre después de 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento. (35)	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la edad gestacional por F.U.R. y aquellos confirmado por el método de Capurro Expresado en números.</p>	Numérico /Dependiente	Número

Anexo 2

Hospital General Acapulco

Protocolo “Factores asociados en pacientes que presentaron parto pretérmino en el Hospital General de Acapulco año 2016”

Lea con cuidado las preguntas y tache las respuestas correctas.

Formato de captura de datos

Folio: _____

1. ¿Cuál es su edad? 1) Adolescente de 9 a 19 años, 2) adulta de 20 a 34 años, c) añosa de 35 y más años.
2. Lugar de procedencia 1) Urbana, 2) Semiurbana, 3) Rural.
2. Estado civil 1) Soltera, 2) Casada, 3) Conviviente.
3. Nivel académico 1) Analfabeta, 2) Primaria, 3) Secundaria, 4) Medio superior, 5) Nivel superior.
4. Hábitos nocivos 1) tabaco, 2) Café, 3) alcohol, 4) drogas.
5. Enfermedades sistémicas previas 1) Ninguna, 2) Diabetes, 3) HTA, 4) Cardiopatía, 5) Nefropatía, 6) Otros.
7. Nivel económico 1) Si trabaja, 2) No trabaja.
8. Previas gestaciones y paridad 1) Primigesta, 2) Multigesta.
9. Antecedentes de aborto y parto pretérmino 1) Aborto, 2) Parto pretérmino.
10. IMC 1) Bajo peso, 2) Normal, 3) Sobrepeso, 4) Obesidad.
11. Atención prenatal 1) Ninguno, 2) Controlada > de 4, 3) Mal controlada < de 4.
12. Infecciones de tracto urinario 1) Presentó, 2) No presentó.
13. Infecciones cérvicovaginal 1) Presentó, 2) No presentó.
14. Corioamnionitis 1) Presentó, 2) No presentó.



15. Infección periodontal 1) Centrales, 2) Caninos, 3) Premolares, 4) Molares.
16. Preeclampsia 1) Presentó, 2) No presentó.
17. Eclampsia 1) Presentó, 2) No presentó.
18. Amenaza de parto pretérmino 1) Presentó, 2) No presentó.
19. Hemorragia en el embarazo 1) Primera mitad del embarazo, 2) segunda mitad del embarazo.
20. Ruptura prematura de membranas 1) Presentó, 2) No presentó.
21. Polihidramnios 1) Presentó, 2) No presentó.
22. Embarazo múltiple 1) Único, 2) Múltiple.
33. Parto pretérmino 1) Uno, 2) más de Uno

Nombre de quien lleno el formato: _____ Fecha: _____

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio “Factores asociados en pacientes que presentaron parto pretérmino en el Hospital General Acapulco 2016” El objetivo del estudio es Identificar cuáles son los factores asociados al embarazo pretérmino en el hospital General Acapulco en el año 2016.

El representante del estudio es el Dr. Giordano Bruno Jiménez Ferman, de la especialidad de ginecología y obstetricia con sede en el Hospital General Acapulco, se puede comunicar con él en el domicilio. Av. Ruiz Cortines n° 128, Col Alta progreso, Acapulco Guerrero.

Usted ha sido invitado (a) a participar en el estudio debido a una selección al azar que se realizó.

Su participación incluye una entrevista con duración aproximada de 15 a 30 minutos y el llenado de un formato de recolección de datos

Durante la entrevista se incluirán detalles de la historia médica. Se pedirá su dirección, teléfono propio y de un familiar con el fin de localizarla para la próxima evaluación. Usted no debe participar en el estudio si planea mudarse a otra ciudad en donde no será posible localizarla.

Los exámenes no tendrán costo para usted, se cuidará la confidencialidad de los resultados de todos los participantes de este estudio y estos serán utilizados únicamente para fines de Investigación. Los resultados le serán entregados; usted



podrá discutirlos con su médico y hacer las modificaciones que él le sugiera. Su participación en el estudio no le limita a seguir tratamiento alguno.

La participación en este estudio es voluntaria. Si usted rechaza participar no tendrá implicaciones en la atención que usted y sus familiares reciben en el hospital.

Yo (escribir el nombre completo) _____,
declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio llamado: Identificar cuáles son los factores asociados al embarazo pretérmino en el hospital General Acapulco en el año 2016, es de mi conocimiento que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en el estudio.

Puede contactar al investigador Dr. Giordano Bruno Jiménez Ferman. Sé que la información que yo proporcione será completamente confidencial para fines exclusivos de investigación. Los datos serán manejados exclusivamente por los investigadores de este estudio.

Recibiré, si así lo solicito, los resultados obtenidos por mi participación y podré retirarme del estudio con previo aviso al investigador, si así lo decido.

Anexo 4

Carta de consentimiento informado

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO
“FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE PRESENTARON PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO 20162**

Lugar y fecha _____

Usted ha sido invitado a participar en este estudio de investigación que se realizará en el Hospital general Acapulco, atendido por el médico investigador Dr. Giordano Bruno Jiménez Ferman. Antes de aceptar participar en este estudio, es importante que usted lea y entienda la siguiente información. Este documento describe los propósitos, procedimientos, beneficios, riesgos, molestias y precauciones del estudio. El objetivo de este estudio es: Identificar cuáles son los factores asociados al embarazo pretérmino en el hospital General Acapulco en el año 2016.

Procedimientos:

Si mi médico descubre algún padecimiento diferente y no sospechado durante la revisión del mí expediente le autorizo que realice el tratamiento que considere necesario para este. Así como los necesarios para la atención de complicaciones y urgencias derivadas de algún acto quirúrgico, atendiendo al principio de libertad prescriptiva los procedimientos pueden ser.

Beneficios:

El beneficio potencial de su participación en este estudio es que contribuirá al conocimiento médico que redundará en una mejor comprensión y tratamiento de los pacientes con este problema.

Riesgos:

Es importante que proporcione la información más completa y verdadera sobre su historia médica y su estado de salud. Por ser un proyecto descriptivo no se considera riesgoso.

Remuneración por su participación en el estudio:

Usted recibirá el tratamiento sin costo alguno. No existe ninguna remuneración económica por su participación en este estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Yo _____, he leído y entendido la información contenida en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas a mi entera satisfacción. Al firmar voluntariamente este documento, estoy consintiendo participar en el estudio hasta que yo decida lo contrario.

Testigo 1 (nombre, dirección, teléfono y
parentesco) _____



Testigo 2 (nombre, dirección, teléfono y parentesco) _____

Nombre y firma del paciente
firma del testigo2

Nombre y firma del testigo1

Nombre y

Dr. Giordano Bruno Jiménez Ferman
Responsable



Anexo 5

Presupuesto

recursos materiales "Factores asociados en pacientes que presentaron parto pretérmino en el Hospital General Acapulco 2016"			
Recursos materiales	unidad	costo por unidad	costo total
Computadora	1	\$8,000.	\$8,000
Impresora	1	\$1,400	\$1,400
Escritorio	1	\$3,500	\$3,500
Sillas	6	\$450,00	\$2.700
Archivero	1	\$1,500	\$1,500
Cámara fotográfica	1	\$800	\$800
Hojas t/c paq. 100	5	\$150	\$750
Caja de lápices	1	\$45	\$45
total:		\$18,695,00	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

