



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA"

TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Que para obtener el título de posgrado en la especialidad de Medicina Familiar

PRESENTA:

DRA. RODRÍGUEZ REYES MARÍA DE LOURDES  
Médico Residente del 3er año de la especialidad de Medicina Familiar

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. MARTÍNEZ PEÑA ARMANDO  
Médico Especialista en Medicina Familiar  
Centro de Investigación Educativa y Formación Docente

ASESOR CLÍNICO

DRA. AYALA CORDERO ELENA LIZETH  
Médico Especialista en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar N° 28

Ciudad de México, junio 2018

No. DE REGISTRO: R-2018-3701014



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 3 SUR  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS  
N° DE REGISTRO R-2018-3701014

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

---

Dra. Susana Trejo Ruiz  
Directora de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

---

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

---

Dr. Nazario Uriel Arrellano Romero  
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF N° 28

---

Dr. Armando Martínez Peña  
Médico Especialista En Medicina Familiar  
Centro De Investigación Educativa y Formación Docente

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 “GABRIEL MANCERA”

ASESOR DE TESIS

---

Dr. Armando Martínez Peña  
Médico Especialista en Medicina Familiar  
Centro De Investigación Educativa y Formación Docente

---

Dra. Elena Lizeth Ayala Cordero  
Médico Especialista en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar N° 28

# DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 3701 con número de registro 17 CI 09 014 056 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA H GRAL ZONA NUM 1-A

FECHA Jueves, 25 de octubre de 2018.

M.E. ELENA LIZETH AYALA CORDERO  
PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro  
R-2018-3701-014

ATENTAMENTE

  
SERGIO LOZADA ANDRADE  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

IMSS  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

La presente tesis está dedicada:

### **A Dios**

Por darme salud y bendición para alcanzar mis metas como persona y profesional.

### **A mi madre**

Por brindarme su cariño, amor y apoyo incondicional.

### **A mis hermanos**

Enrique Sandoval, Paola Rodríguez y Alejo Rodríguez por ser mi sustento a lo largo de mi carrera profesional.

A mi ángel JORGE RODRÍGUEZ que aunque ya no estás conmigo fuiste un gran ejemplo a seguir.

### **Al Dr. Armando Martínez Peña**

Por su esfuerzo y dedicación para la realización de este estudio.

### **A mis amigos**

Mayra Luna, Areli Peña, Sandy Remez, Oscar Cabrera e Iván García por ser mis amigos y apoyarnos mutuamente en nuestra formación profesional.

## ÍNDICE

<b>Autorizaciones</b>	
<b>Dictamen de autorización</b>	
<b>Agradecimientos</b>	
1. Resumen	8
2. Introducción	9
3. Marco Teórico	11
3.1 Definición	11
3.2 Epidemiología	11
3.3 Clasificación	11
3.4 Factores de riesgo asociados a parto pretérmino	11
3.4.1 Factores sociodemográficos	12
3.4.2 Factores ginecoobstétricos	12
3.4.3 Factores patológicos	12
3.5 Diagnóstico de parto pretérmino	13
3.6 Resultados de estudios de investigación a nivel mundial	14
4. Justificación	16
5. Planteamiento del problema	17
6. Pregunta de investigación	17
7. Objetivo general	17
7.1 Objetivos específicos	17
8. Hipótesis de trabajo	18
9. Material y métodos	18
9.1 Tipo de estudio	18
9.2 Tipo de Muestreo	18
9.3 Población en estudio	18
9.4 Criterios de inclusión	18
9.4.1 Criterios de exclusión	18
9.4.2 Criterios de eliminación	18
9.5 Definición operacional de variables	19
9.5.1 Definición conceptual y operacional de indicadores	19
9.6 Método de recolección de datos	19
9.6.1 Recolección de datos	22
9.7 Recursos para la recolección de datos	22
9.7.1 Recursos humanos	22
9.7.2 Recursos materiales	22
9.7.3 Recursos físicos	22
10. Consideraciones éticas	23
11. Resultados	24
12. Discusión	29
13. Conclusión y recomendaciones	30
14. Anexos	31
Cronograma de actividades	31
Diseño de estudio	32
Instrumento de recolección de muestra	33
Consentimiento informado	36
15. Referencia Bibliográfica	37

## **ABREVIATURAS**

APP: Antecedente de parto pretérmino

PP: Parto pretérmino

UMF: Unidad de medicina familiar

IC: Intervalo de confianza

FUR: Fecha de última menstruación

CPN: Control prenatal



## 1. RESUMEN

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL PRIMER DE ATENCION.

<sup>1</sup> Ayala Codero/<sup>2</sup> Martínez Peña/<sup>3</sup> Rodríguez Reyes

<sup>1</sup> Médico especialista en Medicina Familiar/<sup>2</sup> Médico especialista en Medicina Familiar /<sup>3</sup> Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar

**Introducción:** El Parto pretérmino representa uno de los principales problemas de morbimortalidad en hospitales de segundo nivel de atención con un impacto económico y social tanto para las familias como para los gobiernos. A nivel mundial tiene una incidencia de 9,6 %, alcanzando una incidencia del 40% en países subdesarrollados. En el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL se reporta una incidencia de parto pretérmino en un periodo comprendido del 2007 a 2012 de 7.7%.

El parto pretérmino puede desencadenar complicaciones como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, septicemia, enterocolitis necrotizante, taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, lo cual incrementa la posibilidad de hospitalizaciones, admisión a unidades de cuidados intensivos y secuelas del neurodesarrollo.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino en el primer nivel de atención.

**Pregunta de Investigación:** ¿Cuáles fueron los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino?

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo. Se incluyó un total de 109 pacientes con diagnóstico de parto pretérmino adscritos a la UMF 28. Se utilizó una lista de cotejo para determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino; se analizaron las historias clínicas completas de las pacientes seleccionadas de donde se obtuvo la información necesaria para la realización del presente trabajo de investigación.

**Resultados y conclusiones:** En la población en estudio se corroboró la existencia de múltiples factores de riesgo asociado a parto pretérmino, dentro de los cuales la mayoría es de carácter prevenible o modificable. Entre los factores sociodemográficos se observa que las edades extremas de la vida y el no tener ningún tipo de relación establecida con la pareja son factores de riesgo para presentar parto pretérmino. Entre los antecedentes obstétricos observamos que el tener un control prenatal inadecuado y enfermedades maternas asociadas tales como antecedente de parto pretérmino, de infección de vías urinarias y cervicovaginitis son factores de riesgo para presentar parto pretérmino.

**Palabras clave:** Parto pretérmino, factores de riesgo

## 2. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1970-1977) define al parto pretérmino como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación, independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muerte, debido al bajo peso neonatal (peso al nacer por debajo de 2500g).

Según la edad gestacional a la que se produce el parto pretérmino se clasifica en: prematuro extremo (menor a las 28-32 semana); prematuro moderado (32-34 semanas); y prematuro tardío (34-37 semanas).

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define al trabajo de parto pretérmino como aquellas contracciones regulares del útero que dan lugar a cambios en el cuello uterino y que comienzan antes de la semana 37 de embarazo. Estos cambios incluyen borramiento (cuando se adelgaza el cuello uterino) y dilatación (cuando el cuello uterino se abre para que el feto pueda entrar en el canal de parto).

En el mundo el parto prematuro tiene una incidencia de 9,6%, con un comportamiento diferente para cada país, en dependencia del desarrollo tecnológico: en los más desarrollados se ha producido un incremento gracias a las técnicas de reproducción asistida y su relación con el embarazo múltiple; en los países más pobres el índice de parto prematuro ha llegado a alcanzar hasta un 40%. Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados no explican más del 40% de los nacimientos pretérmino.

Los factores de riesgo son aquellos rasgos, características o la exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o situación.

Dentro de los factores asociados al desarrollo de parto prematuro se encuentran: factores sociodemográficos como el nivel educativo, estado civil, ocupación, edad materna (mujeres menores de 15 y mayores de 35 años), condiciones asociadas con el estilo de vida, como bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, desnutrición crónica, así como la falta de atención prenatal. Y dentro de los factores ginecoobstétricos identificados se encuentran: la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el aborto previo, la paridad, la historia de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple, periodo intergenésico corto, entre otros.

Dentro de los factores de riesgo patológicos asociados al parto prematuro se encuentran aquellas enfermedades patológicas asociadas al embarazo como la diabetes mellitus gestacional, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia,

la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, la anemia, las infecciones vaginales e infecciones del tracto urinario.

El parto pretérmino puede desencadenar complicaciones como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, septicemia, enterocolitis necrotizante, taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, mayor requerimiento de asistencia respiratoria, hipoglicemia, inestabilidad térmica, apnea, ictericia, dificultades de alimentación y signos clínicos transicionales difíciles de distinguir de una sepsis, lo cual incrementa la posibilidad de hospitalizaciones, admisión a unidades de cuidados intensivos y secuelas del neurodesarrollo.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 Definición:**

El parto prematuro se define como el nacimiento que se produce entre las 22 y 37 semanas de gestación, independientemente del peso del recién nacido. <sup>1</sup>

#### **3.2 Epidemiología:**

El Parto pretérmino representa uno de los principales problemas de morbimortalidad en hospitales de segundo nivel de atención con un impacto económico y social tanto para las familias como para los gobiernos. A nivel mundial tiene una incidencia de 9,6 %, con un comportamiento diferente para cada país, en relación al desarrollo tecnológico, alcanzando una incidencia del 40% en países subdesarrollados, estimándose que cada año nacen 15 millones de niños prematuros en el mundo.<sup>2</sup>

En México se estima que nacen más de 120 mil prematuros moderados anualmente. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se reporta una incidencia de parto pretérmino en un período comprendido del 2007 a 2012 de 7.7%.<sup>3</sup>

En mayo del 2012 la OMS dio a conocer el Informe de acción social, “Nacido Demasiado Pronto”, donde se reportan las estimaciones sobre tasas de nacimientos prematuros por país, reportando un incremento de PP en el último año, considerándose como la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal.<sup>4</sup>

Se considera que aproximadamente el 40%-50% de los nacimientos pretérmino son idiopáticos o espontáneos.<sup>5</sup>

#### **3.3 Clasificación:**

Se subdivide en:

-Extremadamente prematuros <28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1%-5,3%)

-Muy prematuros 28-31 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3%-10,5%)

-Moderadamente prematuros 32-36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1%-84,5%)<sup>6, 7</sup>

### 3.4 Factores de riesgo asociados al parto pretérmino.

Dentro de los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de PP se encuentran:<sup>8</sup>

#### 3.4.1 Factores sociodemográficos:

- Edad materna entre 20-34 años (OR 1,85; IC 95%: 1,44-2,39), teniendo en cuenta que los extremos de la vida reproductiva se consideran factores de riesgo en el incremento de la incidencia de parto pretérmino<sup>9, 10</sup>
- Escolaridad: madre analfabeta (OR 1,54 IC 95% 1,2 a 1,94)<sup>11</sup>
- Toxicomanía: la ingesta de tabaco antes o durante el embarazo duplica el riesgo de parto prematuro <sup>12</sup>
- El estrés psicosocial materno puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, participando como principal mediador inductor de prematuridad la liberación de corticotropina, estimulando la producción de prostaglandinas y desencadenando tempranamente el trabajo de parto.<sup>13</sup>

#### 3.4.2 Factores ginecoobstétricos:

- Historia de parto pretérmino previo: (OR 2,21 IC 95% 1,54 a 3,16). Uno de los factores que más se asocian con la prematuridad es el antecedente de otra gestación finalizada prematuramente, siendo uno de los factores más significativos debido al incremento de recurrencia.<sup>14</sup>
- Embarazo múltiple. El porcentaje alto de parto pretérmino en gestaciones múltiples es probablemente en parte por la sobredistensión uterina que se presenta excediendo la capacidad de compensación. Presentándose un incremento del 50% en embarazos gemelares.
- El polihidramnios (OR 4,48 CI 95% 3,04 a 6,6) se presenta entre 0.4 y 2.3% de todos los embarazos y es también una de las principales causas de parto pretérmino<sup>15</sup>

#### 3.4.3 Factores patológicos asociados al embarazo:

- Diabetes Mellitus gestacional (OR 2,3 IC 95% 1,75 a 2,92) Se asocia principalmente con alteraciones a nivel placentario: edema e inmadurez vellositaria, hematoma retroplacentario.
- Ruptura prematura de membranas (OR 4,48 CI 95% 3,04 a 6,6) Produce el riesgo de infección amniótica y/o fetal el cual se asocia con el riesgo de prematuridad.<sup>16</sup>

- Preeclampsia (OR 7,9 IC 95% 6,6 a 9,4) Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal.
- Anemia: La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a todas las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por falta de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor.<sup>17 18</sup>
- Infecciones vaginales (OR 4,48 CI 95% 3,04 a 6,6) Se relaciona con el 40% de partos prematuros. La vaginosis bacteriana es la alteración más común de la flora vaginal normal, representado entre el 10-25%, relacionada con microorganismos tales como anaerobios, gardnerella vaginalis entre otros<sup>19.20</sup>
- Infecciones del tracto urinario (OR 1,8 IC95% 1,56 a 1,96) El factor de riesgo más común fue una historia previa de pielonefritis y bacteriuria asintomática. Encontrándose dentro de los principales microorganismos E. coli, Klebsiella, Enterobacter.<sup>21.22</sup>

### 3.5 Diagnóstico de Parto pretérmino:

-Determinación de la edad gestacional:

La determinación de la edad gestacional es un aspecto central para la evaluación de la situación clínica en el momento de toma de decisiones, especialmente en los límites de la viabilidad.<sup>23</sup>

La estimación de la edad gestacional se basa habitualmente en la fecha de última menstruación. Sin embargo, ese parámetro puede estar sujeto a desviaciones significativas. La certeza de la edad gestacional por ecografía es máxima en el primer trimestre y va disminuyendo conforme a la edad gestacional.

Los siguientes parámetros integran información para estimar la edad gestacional:

1. Fecha de última menstruación (FUM), si coincide con primera ecografía.
2. Primera ecografía. Idealmente durante el primer trimestre (10 - 13 semanas) o, en su defecto, en el segundo trimestre, antes de las 20 semanas.
3. Examen físico del recién nacido.<sup>24</sup>

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones:

- 4 Presencia de contracciones uterinas: Con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración
- 5 Modificaciones cervicales: Borramiento del cuello uterino del 50% o menor, dilatación cervical igual o menor a 3 cm
- 6 Todo ello en una edad gestacional comprendida entre las 22 y 37 semanas<sup>25</sup>

### **3.6 Resultados de estudios de investigación a nivel mundial**

Las acciones de prevención del parto pretérmino deben implementarse en 2 niveles:

Prevención primaria: La cual se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir factores de riesgo en la población general, realizando intervenciones en la etapa preconcepcional o durante el embarazo.

Prevención secundaria: Acciones tempranas de diagnóstico y prevención de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Por ejemplo, en aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con uno o más nacimientos prematuros, o que presentan otros factores de riesgo. <sup>26</sup>

Las intervenciones implementadas a nivel mundial para la prevención del parto prematuro se agrupan en el periodo preconcepcional y en la atención prenatal. Dichas intervenciones son muy importantes debido a que varios factores de riesgo son difíciles de modificar una vez que se ha logrado el embarazo.

Dentro de las intervenciones prioritarias a nivel mundial para la prevención de parto pretérmino destacan:

- Un control prenatal (CPN) adecuado el cual se ha identificado como medida protectora contra el parto prematuro. Las últimas recomendaciones de organismos internacionales, como la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence, dan más importancia a otros indicadores de calidad de la atención prenatal, tales como primera consulta antes de las 12 semanas de gestación e ingesta de ácido fólico y hierro antes de las 8 SDG, que al número de visitas durante este, considerándose al menos seis visitas como óptimo para la detección de condiciones de salud general.
- Optimizar el peso antes del embarazo y durante el mismo para la prevención de desnutrición y obesidad.
- Promover nutrición saludable, incluyendo la administración de suplemento tales como ácido fólico y hierro.<sup>27</sup>

- Cuidado odontológico: el riesgo de parto prematuro se asocia con enfermedades periodontales.
- Promover el abandono del consumo del tabaco
- Tamización para diagnosticar y tratar enfermedades crónicas.
- Tamización y tratamiento de enfermedades infecciosas particularmente enfermedades de transmisión sexual, infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales.
- Identificación y tratamiento de anomalías estructurales como insuficiencia cervical. <sup>28</sup>



## 4. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que se ha logrado disminuir su frecuencia, debido a las mejoras existentes en prácticas en el segundo nivel de atención y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; representa hasta el día de hoy la principal causa de mortalidad y morbilidad infantil, siendo responsable a nivel mundial de más de un millón de muertes al año. En América Latina, 35,000 niños y niñas mueren cada año por complicaciones del nacimiento prematuro, representando México el segundo país con un total de 6.000 muertes por año.

El Parto pretérmino a nivel mundial tiene una incidencia de 9,6 %, alcanzando una incidencia del 40% en países subdesarrollados. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se reporta una incidencia de parto pretérmino en un periodo comprendido del 2007 a 2012 de 7.7%, por lo que se convierte en un importante problema de salud pública

Existen diversos factores de riesgos asociados a parto pretérmino por lo cual es importante saber cuáles son los más frecuentes para poder prevenir o disminuir la frecuencias de estos y así evitar o aminorar la prematuridad en el recién nacido, por las consecuencias que esto trae como morbilidad o mortalidad neonatal, problemas familiares tanto sociales como emocionales además de los gastos económicos que implica el cuidado de un recién nacido prematuro tanto para la familia como para el estado.

Debido a esto es trascendental que los profesionales de la salud de primer nivel encargados del control prenatal tengan un conocimiento amplio sobre la frecuencia de los principales factores de riesgo relaciones a parto pretérmino, ya que se considera una entidad compleja con etiología multifactorial.

La clave para reducir la incidencia de partos pretérminos es la identificación oportuna de dichos factores de riesgo desde primer nivel de atención para dar un abordaje integral que permita llevar a término los embarazos y con esto disminuir la morbi-mortalidad asociada.

La realización de intervenciones optimas en el primer nivel de atención tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a PP, así como aquellas mujeres en riesgo para proporcionar tratamiento oportuno y seguimiento estrecho.

En nuestro medio (primer nivel de atención) hasta el momento no se ha realizado ningún estudio para tratar de establecer cuál es la magnitud y caracterización de la problemática a la que nos estamos enfrentando para así poder incidir en los principales factores de riesgo existentes en nuestra población, y adquirir un mejor conocimiento del comportamiento de los mismos, lo cual justifica la realización de este estudio.

## **5. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Parto Pretérmino es un desafío para la Salud Pública debido a que los prematuros son causa de mortalidad y de la morbilidad neonatal además de presentar preocupación para los servicios de salud y sus familias por los daños y secuelas que podrían presentar en el futuro.

Dentro de los países de recursos bajos, una media del 12% de los niños nace proveniente de parto pretérmino comparado al 9% en los países de recursos más altos. Lo cual está relacionado a factores de riesgo asociados a parto pretérmino; como los factores sociales, factores demográficos, antecedentes obstétricos, patologías asociadas al embarazo y hábitos nocivos.

En la Unidad de medicina familiar N. 28 la incidencia de parto pretérmino ha presentado un incremento debido al aumento en la presencia de factores de riesgo, por lo cual el estudio de los mismos desde el primer nivel de atención nos permitirá conocer con exactitud la frecuencia de los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino, ya que un mayor conocimiento de los mismos desde el primer contacto con las pacientes nos ayudaría a realizar intervenciones que permitan identificar, disminuir, tratar oportunamente y proporcionar un seguimiento estrecho. Lo que nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta.

## **6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles fueron los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino?

## **7. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino en el primer nivel de atención.

1. Identificar la frecuencia de preeclampsia en parto pretérmino
2. Identificar la frecuencia de diabetes mellitus gestacional en parto pretérmino
3. Identificar la frecuencia de anemia en parto pretérmino
4. Identificar la frecuencia de polihidramnios en parto pretérmino
5. Identificar a frecuencia de infecciones vaginales en parto pretérmino
6. Identificar la frecuencia de infecciones del tracto urinario en parto pretérmino

7. 1 Específicos:

- Identificar la frecuencia de pacientes embarazadas que desarrollan parto pretérmino
- Conocer la frecuencia de riesgo obstétrico elevado en pacientes que desarrollaron parto pretérmino

## **8. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El antecedente de parto prematuro, infección de vías urinarias de repetición y cervicovaginitis son los factores de riesgo encontrados con mayor frecuencia en pacientes con APP.

## **9. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### 9.1 Tipo de Estudio:

Transversal descriptivo, Retrospectivo

### 9.2 Muestreo:

El muestreo en la presente investigación fue un muestreo No Probabilístico, de tipo por conveniencia, debido a que por la factibilidad del estudio se utilizó el 100% de los expedientes del año previo (2017), de la base de datos de ARIMAC de la unidad de medicina familiar N° 28.

### 9.3 Población de estudio

9.3.1 Tiempo: La presente investigación se llevó a cabo del 01 de enero al 24 diciembre del 2017.

9.3.2 Lugar: Consulta externa de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México D.F.

9.3.4 Fuente de datos: Expediente clínico electrónico de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino.

### 9.4 Criterios de inclusión

- Expediente clínico electrónico de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino comprendido del 1 de enero al 24 de diciembre del 2017
- Expediente clínico electrónico de pacientes con historia clínica completa en el primer nivel de atención.

### 9.4.1 Criterios de exclusión

- Expediente clínico electrónico de pacientes con antecedente de traumatismo físico y/o accidente
- Expediente clínico electrónico de pacientes con alguna condición que amerite el traslado a tercer nivel de atención

#### 9.4.2 Criterios de eliminación

- Expediente clínico electrónico de pacientes con diagnóstico de óbito
- Expedientes incompletos

#### 9.5 Definición operacional de variables

	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Indicador</b>
<b>Parto pretérmino</b>				
<b>Factores de riesgo</b>	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad</li> <li>2. Escolaridad</li> <li>3. Toxicomanías</li> <li>4. Historia de parto pretérmino previo</li> <li>5. Polihidramnios</li> <li>6. Embarazo Múltiple</li> <li>7. Preeclampsia</li> <li>8. Diabetes Gestacional</li> <li>9. Anemia</li> <li>10. Infecciones vaginales</li> <li>11. Infección del tracto urinario</li> </ol>

### 9.5.1 Definición conceptual y operacional de indicadores (factores de riesgo)

- Edad: años cumplidos hasta la fecha/Años referidos por el paciente obtenido del expediente clínico electrónico. (variable Cuantitativa Nominal)
- Escolaridad: Período de tiempo que asisten a la escuela para estudiar y aprender/ Nivel de estudios referido por el paciente obtenido del expediente clínico electrónico. (variable Cuantitativa Nominal)
  - Enseñanza básica
  - Media
  - Superior
- Toxicomanías: Estado derivado del consumo habitual y excesivo de ciertas sustancias tóxicas/ Tipo y cantidad referido por el paciente obtenido del expediente clínico electrónico. (Variable Cualitativa nominal dicotómica, si y NO)
  - Nicotina
  - Alcohol
  - Cocaína
- Historia de parto pretérmino previo: Gestación previa finalizada prematuramente/Antecedente referido por el paciente obtenido del expediente clínico electrónico (Variable Cuantitativa Nominal dicotómica)
- Polihidramnios: Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico/Reporte de USG con Índice de líquido amniótico mayor a 18 mm obtenido del expediente clínico electrónico (Variable Cuantitativa Nominal dicotómica)
- Embarazo múltiple: Presencia de dos o más fetos dentro del útero/Reporte de Ultrasonido con 2 o más fetos obtenido del expediente clínico electrónico (Variable Cuantitativa Nominal dicotómica)
- Diabetes Mellitus Gestacional: Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste/ Reporte de curva de tolerancia a la glucosa positivo para Diabetes gestacional obtenido del expediente clínico electrónico. (Variable Cuantitativa Nominal dicotómica)

- Preeclampsia: Estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio/Registro de presión arterial mayor o igual a 140/90 con perfil toxémico positivo obtenido del expediente clínico electrónico. (Variable Cuantitativa Nominal dicotómica)
  
- Anemia: Evento fisiológico que ocurre durante el embarazo normal, donde se observan niveles de hemoglobina con valores menores a 11 g/dl en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina con valores menores < 10.5 g/dl en el segundo trimestre de embarazo/ Reporte de biometría Hemática completa con Hb menor de 11 g/dl obtenido del expediente clínico electrónico. (Variable Cuantitativa Nominal dicotómica)
  - Leve 10,1- 10,9 g/dL
  - Moderada 7,1 –10,0 g/Dl
  - Severa < 7,0 g/dL
  
- Infecciones vaginales: Trastorno caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez, secundario a la presencia de microorganismos patógenos. SI: si existe uno o más de los signos y síntomas anteriores. NO ausencia de signos y síntomas o uno solo de ellos/ Signos y síntomas referidos por la paciente o exudado vaginal positivo obtenido del expediente clínico electrónico (Variable Cualitativa Nominal dicotómica)
  
- Infecciones del tracto urinario: Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Determinado por:
  - Examen general de orina: Nitritos positivos, leucocitos mayor a 5 xc, Bacterias ++.
  - Urocultivo: más de 100,000 UFC/ml.

Signos y síntomas referidos por la paciente, examen general de orina positivo o Urocultivo positivo obtenido del expediente clínico electrónico. (Variable Cualitativa nominal dicotómica, si y NO)

## 9.6 Método de recolección de datos.

Para el presente estudio se utilizó una lista de cotejo con los factores de interés para el estudio. Que sirvió para determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino; se analizaron las historias clínicas completas de las pacientes seleccionadas en el primer nivel de atención, de donde se obtuvo la información necesaria para la realización del presente trabajo de investigación.

### 9.6.1 Recolección de datos

1. Se buscaron pacientes a través del expediente clínico que cumplieran con los criterios de inclusión.
2. Se capturo la información de datos a través de la historia clínica (formato MF5)
3. Se construyó la base de datos en Excel para manejo de la información.
4. Se redactó la discusión y conclusiones del trabajo de investigación para poder plantear sugerencias en la atención a la población de estudio.
5. Se realizará la presentación del trabajo de investigación en foro.

## 9.7 Recursos para la recolección de datos

### 9.7.1 Recursos Humanos:

- Investigador responsable: Dra. María de Lourdes Rodríguez Reyes, Médico Residente adscrita a la UMF N°28 del IMSS, alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
- Asesores de tesis: Dra. Elena Lizeth Ayala Cordero, Médico especialista en Medicina Familiar, adscrita a la UMF 28. Dr. Armando Martínez Peña, Médico especialista en Medicina familiar, adscrito al Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI

### 9.7.2 Recursos Materiales

- Hoja de Registro de datos personales.
- Expediente clínico del paciente.
- Computadora, programa Microsoft Word.
- Internet explorer.

### 9.7.3 Recursos Físicos:

- Consulta Externa en Unidad de Medicina Familiar N°28 del IMSS

## 10. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud se considera que la presente investigación es sin riesgo ya que de acuerdo a lo mencionado en dicho artículo indica que la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. 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.



## 11. RESULTADOS

### FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO

La tabla 1 muestra los grupos de edad de las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia de pacientes con parto pretérmino se da en edades de 30 a 34 años, que corresponde al 35.8%. (Ver tabla n°1)

TABLA N°1

		Frecuencia	Porcentaje
GRUPOS DE EDAD	15-19	4	3.7
	20-24	14	12.8
	25-29	30	27.5
	30-34	39	35.8
	35-39	17	15.6
	40-44	5	4.6
	Total	109	100.0

La tabla 2 muestra el estado civil de las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos se concluyó que el 52.2% de las pacientes se encontraban casadas. (Ver tabla n°2)

TABLA N°2

		Frecuencia	Porcentaje
ESTADO CIVIL	Soltera	19	17.4
	Unión libre	33	30.3
	Casada	57	52.3
	Total	109	100.0

La tabla 3 muestra la escolaridad de las pacientes con pretérmino, donde de los resultados obtenidos se concluyó que el 50.5% (55) de las pacientes cursaban con estudios de nivel medio superior. (Ver tabla n°3)

TABLA N°3

		Frecuencia	Porcentaje
ESCOLARIDAD	Secundaria	9	8.3
	Bachillerato	55	50.5
	Licenciatura	35	32.1
	Técnica	7	6.4
	Maestría	3	2.8
	Total	109	100.0

La tabla 4 muestra las enfermedades maternas asociadas de las pacientes con parto pretérmino donde de los resultados se concluyó que las enfermedades maternas asociadas más frecuentes fueron la Infección de Vías Urinarias con el 45.9 % y antecedente de parto pretérmino con el 27.5% de los casos. (Ver tabla n°4)

TABLA N°4

		Frecuencia	Porcentaje
ENFERMEDAD MATERNA ASOCIADA	Antecedente de diabetes mellitus	6	5.5
	Antecedente de cervicovaginitis	23	21.1
	Antecedente de Infección de vías urinarias	50	45.9
	Antecedente de parto pretermino	30	27.5
	TOTAL	109	100

La tabla 5 muestra el antecedente de preeclampsia en las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos el 9.2% (10) presentaron preeclampsia. (Ver tabla n°5)

TABLA N° 5

		Frecuencia	Porcentaje
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA	Si	10	9.2
	No	99	90.8
	Total	109	100.0

La tabla 6 muestra la edad de inicio de vida sexual activa de las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos llama la atención que el 64.2 % tenían entre 15-19 años de edad. (Ver tabla n° 6)

TABLA N° 6

		Frecuencia	Porcentaje
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	15-19	70	64.2
	20-24	27	24.8
	25-29	12	11.0
	Total	109	100.0

La tabla 7 muestra el número de parejas sexuales en relación a las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos llama la atención que 80.7 % (88) han tenido de 1-2 parejas sexuales. (Ver tabla n°7)

TABLA N°7

		Frecuencia	Porcentaje
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	1-2	88	80.7
	3-4	20	18.3
	5 o más	1	1
	Total	109	100.0

La tabla 8 muestra el número de gestas en relación a las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos con respecto a la paridad, el 72.5% fueron primíparas y el 27.5% multíparas. (Ver tabla n°8)

TABLA N° 8

		Frecuencia	Porcentaje
GESTA	1-2	79	72.5
	3-4	28	25.7
	5 o más	2	1.8
	Total	109	100.0

La tabla 9 muestra las semanas de gestación con las que cursaban las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos se concluyó que el 73.4% (80) de las pacientes cursaban entre las semanas 34-36 en el momento del estudio. (Ver tabla n°9)

TABLA N° 9

		Frecuencia	Porcentaje
SEMANAS DE GESTACIÓN	24-27	8	7.3
	28-33	21	19.3
	34-36	80	73.4
	Total	109	100.0

La tabla 10 muestra el control prenatal llevado por las pacientes con parto pretérmino, donde de los resultados obtenidos se concluyó que no todas las pacientes acuden a un control prenatal adecuado durante su embarazo. Esto demuestra el desconocimiento por parte de nuestra población sobre el tema de cuidados prenatales. (Ver tabla n°10)

TABLA N° 10

		Frecuencia	Porcentaje
CONTROL PRENATAL	1-5	66	60.6
	6-10	41	37.6
	11-15	2	1.8
	Total	109	100.0

## 12. DISCUSIÓN

En cuanto a los Factores sociodemográficos estudiados en el presente estudio observamos que:

El grupo de edad donde el parto pretérmino fue más frecuente fue de 30-34 años de edad con un 35.8 % de los casos. En las pacientes añosas, la edad influye en las estructuras anatómicas vasculares como mayor riesgo de aterosclerosis, un probable inicio de la disminución hormonal y otros factores propios de la edad.

El nivel de instrucción en la que con mayor frecuencia se encontraban las gestantes con parto pretérmino es el nivel de educación media con un 50.5 %. Se propuso el nivel de instrucción porque dependerá del grado de instrucción que la gestante tenga para el reconocimiento de los signos de alarma a presentarse en un parto pretérmino.

El estado civil en el que se encontraba la mayor parte de pacientes es casado con un 52.3%. La estabilidad de la pareja ya sea casada o no, no influye en la presencia de la prematuridad, sino que influye en los estados de estabilidad emocional y socioeconómica de la madre lo cual la predispone a presentar parto prematuro.

Antecedentes Obstétricos:

En relación al Número de Control Prenatal se encontró en el estudio, que el 37.6 % presentaron entre 6-10 consultas durante su embarazo. El control prenatal influye en el reconocimiento oportuno de signos de alarma de varias morbilidades que se presentan durante el embarazo y afectan la morbilidad materna y perinatal lo cual nos ayudaría a prevenir la presencia de parto pretérmino con el debido seguimiento de las patologías encontradas.

Con respecto al número de paridad observamos que las gestantes que presentaron parto pretérmino en su mayoría son primíparas con un 80.7 %.

En relación a la preeclampsia fue la patología obstétrica más común con un 9.2 %. La preeclampsia se ha asociado a parto pretérmino y esto se debe a la dificultad de la placenta en el transporte de oxígeno al feto, en esta entidad la disminución aguda y crónica de oxígeno al feto produce consecuentemente parto pretérmino.

En relación a la Infección del Tracto Urinario en la gestante se observa que se presenta en un 45.9 % y el antecedente de parto pretérmino en un 27.5% siendo las patologías más frecuentemente asociadas con el desarrollo de parto pretérmino. La captación de las pacientes con amenaza de parto pretérmino dentro de los controles de alto riesgo obstétrico nos ayuda a minimizar los factores de riesgo modificables que puedan estar presentes.

### **13. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

En la población en estudio se corroboró la existencia de múltiples factores de riesgo asociado a parto pretérmino, dentro de los cuales la mayoría es de carácter prevenible o modificable.

Entre los factores sociodemográficos se observa que las edades extremas de la vida y el no tener ningún tipo de relación establecida con la pareja son factores de riesgo para presentar parto pretérmino.

Entre los antecedentes obstétricos observamos que el tener un control prenatal inadecuado y enfermedades maternas asociadas tales como antecedente de parto pretérmino, de infección de vías urinarias y cervicovaginitis son factores de riesgo para presentar parto pretérmino.

La presentación del parto pretérmino continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia a pesar de los grandes avances de la medicina, por lo tanto, es importante hacer énfasis en medidas encaminadas a la prevención y detección oportuna tales como:

- Capacitación continua al personal de salud sobre los factores de riesgo asociados a parto pretérmino con el objetivo de detectar y actuar oportunamente sobre factores modificables.
- Fomentar y brindar información adecuada acerca del parto pretérmino en los servicios de atención primaria de salud con el objetivo de que las gestantes sepan identificar los factores asociados y puedan prevenir la aparición de parto pretérmino.
- Explicar la importancia de la realización de los respectivos controles y exámenes complementarios prenatales con el fin de detectar los factores asociados a la génesis del parto pretérmino y así evitarlos o tratarlos oportunamente.

## 14. ANEXOS: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

*Autores: Rodríguez Reyes María de Lourdes<sup>1</sup> / Dr. Peña Martínez Armando / <sup>3</sup> Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth*

1. Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familia, Unidad de Medicina Familiar No. 28

2. Profesor Titular, Médico especialista en Medicina Familiar

3. Profesora Titular, Médico especialista en Medicina Familiar

Actividad	Mes																																							
	2017												2018												2019															
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D						
Planeación de Proyecto																																								
Marco Teórico																																								
Material y Métodos																																								
Registro y autorización del proyecto																																								
Prueba Piloto																																								
Etapas de ejecución																																								
Recolección de datos																																								
Análisis de datos																																								
Descripción de los resultados																																								
Discusión de los resultados																																								
Conclusiones																																								
Integración y revisión final																																								
Reporte final																																								
Autorizaciones																																								
Impresión del trabajo final																																								



## DISEÑO DE ESTUDIO:

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

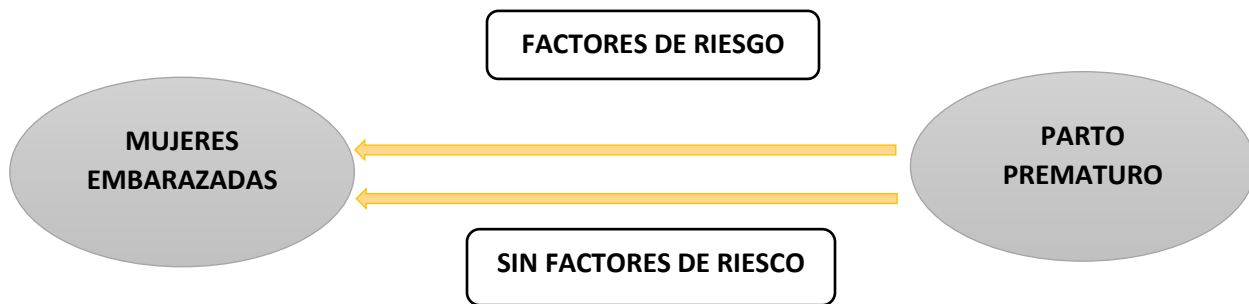
#### DISEÑO ARQUITECTÓNICO

P: Mujeres Embarazadas

I: Analizar los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de parto pretérmino

C: Desarrollo de parto pretérmino en mujeres sin factores de riesgo

O: Disminuir la frecuencia de los principales factores de riesgo



#### DEMARCACIÓN DIAGNÓSTICA

- Mujeres embarazadas con diagnóstico de parto pretérmino

#### ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA

- Edad, Ocupación, Estado Nutricional
- IMC
- Comorbilidades (Endocrinológicos, Cardiovasculares, Neumológicos, Urológicos, Gastroenterológicos, etc.)
- Uso de fármacos
- Toxicomanías

**INSTRUMENTOS DE EVALUACION: FICHA PARA LA OBTENCION DE DATOS A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO ELECTRONICO**

-Edad:                      Teléfono:                      Estado civil:                      Escolaridad:

<b>Antecedentes personales patológicos:</b>	<b><u>SI / NO</u></b>	<b><u>Trimestre</u></b>
<b>-Antecedente de preeclampsia</b>		
<b>-Antecedente de Diabetes</b>		
<b>-Antecedente de Cervicovaginitis</b>		
<b>-Antecedente de infección de vías urinarias</b>		
<b>-Antecedente de partos pretérminos</b>		

<b><u>Toxicomanías</u></b>	<b><u>SI / NO</u></b>	<b><u>Cantidad</u></b>
<b>Ingesta de bebidas alcohólicas</b>		
<b>Tabaquismo</b>		
<b>Drogas</b>		

**Antecedentes gineco-obstétricos:**

-Menarca: \_\_\_\_\_

-Ritmo menstrual: \_\_\_\_\_                      Dismenorrea: \_\_\_\_\_

-Inicio de vida sexual activa: \_\_\_\_\_                      No. Parejas sexuales \_\_\_\_\_

ETS: si \_\_\_ no \_\_\_                      Cuales: \_\_\_\_\_

-Gesta: Parto:    Aborto:    Cesárea:

-FUM: \_\_\_\_\_                      Método de planificación familiar: \_\_\_\_\_                      SDG: \_\_\_\_\_

-Control prenatal: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_                      Trimestre en el que se inició: \_\_\_\_\_

Número de consultas durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Ingesta de hemáticos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_                      Hemoglobina: \_\_\_\_\_

# FORMATO MF5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

## VIGILANCIA PRENATAL RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL										AGREGADO																			
NOMBRE DEL PACIENTE																													
PATERNO										MATERNO										NOMBRE(S)									
CURP																													
UNIDAD DE ADSCRIPCION																													
No. CONSULTORIO										TURNO																			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	1. EDAD (EN AÑOS)	_ _	7. GESTA	_ _	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
	20 A 29	_0_	2 A 4	_0_	NINGUNO	_0_
	15 A 19	_1_	PRIMIGESTA	_1_	PREECLAMP SIA - ECLAMP SIA	_4_
	30 A 34	_1_	MAS DE 4	_4_	POLIHDRAMNIOS	_4_
	MENOS 15 ó MAS DE 34	_4_	8. PARA	_ _	SANGRADO 3er. TRIMESTRE	_4_
	2. PESO HABITUAL (KILOS)	_ _ _	9. ABORTOS	_ _	PARTO PRE - TERMINO	_4_
	50 ó MAS	_0_	0 A 1	_0_	BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g	_4_
	MENOS DE 50	_1_	2	_2_	MALFORMACION CONGENITA	_4_
	3. TALLA (CENTIMETROS)	_ _ _	3 ó MAS	_4_	MUERTE FETAL TARDIA	_4_
	150 ó MAS	_0_	10. CESAREA No.  _ _		MACROSOMIA MAS DE 4,000 g	_4_
	MENOS DE 150	_1_	NO	_0_	CIRUGIA PELVICO UTERINA	_4_
	4. ESCOLARIDAD MATERNA		SI	_4_	OTROS _____	_
	SECUNDARIA ó MAS	_0_	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL	_ _ _	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
	PRIMARIA ó MENOS	_5_	25 A 60 MESES	_0_	NINGUNO	_0_
	5. F.U.M.		MENOS DE 25 MESES	_5_	HIPERTENSION ARTERIAL	_4_
I DIA II MES III AÑO		MAS DE 60 MESES	_5_	DIABETES MELLITUS	_4_	
6. F.P.P.		EL ULTIMO EMBARAZO:		CARDIOPATIA	_4_	
I DIA II MES III AÑO		¿FUE DE TERMINO?	SI   NO   ABORTO	OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE	_4_	
VIDA SEXUAL ACTIVA	SI   NO	¿EL PARTO FUE NORMAL?	SI   NO   CESAREA	TABAQUISMO:		
NUMERO DE HIJOS VIVOS	_ _	¿ HUBO MORTALIDAD PERINATAL	SI   NO	NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARROS	_0_	
		VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO	_ _	10 ó MAS CIGARRILLOS	_1_	
		FECHA DE LA VALORACION	_ _ _	ALCOHOLISMO	SI   NO	
				OTRA TOXICOMANIA	SI   NO	

E V O L U C I O N  D E L  E M B A R A Z O	FECHA CONSULTA PRENATAL			SEMANAS DE GESTACION	PESO (KILOS)	T. A. SISTOLICA Y DIASTOLICA	T. A. MEDIA	EDEMA	A.F.U.	SIND. VASCULO ESPASMODICO		FRECUENCIA CARDIACA FETAL
	DIA	MES	AÑO							NO	SI	
1	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
2	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
3	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
4	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
5	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
6	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
7	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
8	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
9	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_
10	_	_	_	_	_	_ / _	_	_	_	_	_	_

Mayor = 4 ó Menor = 4    Mas de 140 = 4 / Mas de 90 = 4    105 ó más = 4    ++ ó más = 4    Mayor = 4 ó Menor = 4    Presente = 4    Menos 120 = 4    Más de 160 = 4

LABORATORIO	FECHA DE INTERPRETACION			B. H. HEMOGLOBINA EN GRAMOS	GENERAL DE ORINA			UROCULTIVO POSITIVO	GLUCEMIA mg / dl%	
	DIA	MES	AÑO		PROTEINURIA GRAMOS / L	ERITROCITURIA No. POR CAMPO	LEUCOCITURIA No. POR CAMPO	BACTERIURIA No. POR CAMPO	SI NO	
VDRL			Positivo = 4	9.5 ó menos = 2 después de la semana 34 de la gestación = 4	300 mg o más = 4	2 ó más = 2 Dos veces consecutivas = 4	10 ó más = 2 Dos veces consecutivas = 4	10 ó más = 2 Dos veces consecutivas = 4	Positivo = 4	Mayor a 110 = 4 Negativo = 0
FACTOR RH INCOMPATIBLE			SI = 4 NO = 0							

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ENVIADO	No. CONS	DIAGNOSTICO	RIESGO OBSTETRICO	TRATAMIENTO	MATRICULA MEDICO						
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
ENVIADO A:											
E.M.L.	DIA	MES	AÑO	TRABAJO SOCIAL	DIA	MES	AÑO	TOXOIDE TETANICO	DIA	MES	AÑO

**INTERCONSULTA AL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ DELEGACION: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE ENVIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

FECHA DE ENVIO: DIA | MES | AÑO

INCAPACIDAD: RAMO: ( ) FOLIO | DIA | DIA | MES | AÑO

FIRMA \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_ MATRICULA \_\_\_\_\_

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA \_\_\_\_\_

**CONTESTACION DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL**

DIAGNOSTICO AL ALTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO: DIA | MES | AÑO

RECOMENDACIONES AL MED. FAM. \_\_\_\_\_

INCAPACIDAD: RAMO: ( ) FOLIO | DIA | DIA | MES | AÑO

FIRMA \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_ MATRICULA \_\_\_\_\_

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA \_\_\_\_\_

**ATENCION DEL PARTO ( ) ENFERMERA PRENATAL HOSPITAL ( )**

RESUMEN DE ENVIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

FECHA DE ENVIO: DIA | MES | AÑO

INCAPACIDAD: PRENATAL FOLIO | DIA | DIA | MES | AÑO

FIRMA \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_ MATRICULA \_\_\_\_\_

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA \_\_\_\_\_

**CONTESTACION DEL HOSPITAL DE SPUES DEL PARTO**

PARTO: VAGINAL | CESAREA | FECHA: DIA | MES | AÑO

COMPLICACIONES: \_\_\_\_\_

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR OTORGADO \_\_\_\_\_

CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER: VIVO | APGAR A 5' | PESO | TALLA | SEM. GEST. | MUERTO |

PATOLOGIA EN EL RECIEN NACIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA: DIA | MES | AÑO

INCAPACIDAD: POSNATAL FOLIO | DIA | DIA | MES | AÑO

FIRMA \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_ MATRICULA \_\_\_\_\_

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER DE ATENCION.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.28 IMSS. Cd. De México
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio será desarrollado para evaluar la frecuencia de factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el primer de atención. De esta manera se buscara conocer con exactitud cuáles son los principales factores de riesgo para realizar intervenciones que permitan disminuir la incidencia de los mismos.
Procedimientos:	Se solicitará autorización del director de la UMF N.28 y personal encargado de ARIMAC para la obtención de datos a través del expediente clínico electrónico.
Posibles riesgos y molestias:	No aplica (Estudio Observacional)
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino
Privacidad y confidencialidad:	Según los principios éticos y lineamientos de investigación en materia de salud, la información proporcionada se destinara exclusivamente para fines estadísticos, será manejada y resguardada por el investigador responsable del estudio
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica ( Estudio Observacional)
Beneficios al término del estudio:	Los resultados que se obtengan se utilizaran para realizar intervenciones encaminas a disminuir la frecuencia de los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>Elena Lizeth Ayala Cordero</u> Tel: 5523411435 Correo: <a href="mailto:elena.ayala@imss.gob.mx">elena.ayala@imss.gob.mx</a>
Colaboradores:	<u>Armando Martínez Peña</u> Tel. 5543446813 Correo: <a href="mailto:armando.martinezpen@imss.gob.mx">armando.martinezpen@imss.gob.mx</a> <u>María de Lourdes Rodríguez Reyes</u> Tel: 5530182553 Correo: <a href="mailto:Jorge.409@hotmail.com">Jorge.409@hotmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Elena Lizeth Ayala Cordero**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave:2810-009-01**

## 15. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

- 
- <sup>1</sup> PARTO PRETERMINO, MEDWAVE 2012 SEP;12(8): E5477 DOI: 10.5867/MEDWAVE.2012.08.5477
- <sup>2</sup> SITUACIÓN DE PARTO PRETÉRMINO EN MÉXICO, FERRING, S.A. DE C.V. AV. NEMESIO DIEZ RIEGA NO. 15 MZ. 2 LOTE 15 PARQUE INDUSTRIAL CERRILLO II LERMA, ESTADO DE MÉXICO
- <sup>3</sup> INCIDENCIA DE NACIMIENTOS PRETÉRMINO EN EL IMSS (2007-2012), GINECOL OBSTET MEX 2014;82:465-471. ARTICULO ORIGINAL, DIVISIÓN DE ATENCIÓN GINECOOBSTÉTRICA Y PERINATAL, DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS Y UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MÉXICO, DF. RAMÓN MINGUET-ROMERO POLITA DEL ROCÍO CRUZ-CRUZ
- <sup>4</sup> EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREMATURIDAD, SUS DETERMINANTES Y PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO, REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. VOL.81 NO.4 SANTIAGO AGO. 2016, LUIS ALFONSO MENDOZA TASCÓN, DIANA ISABEL CLAROS BENÍTEZ
- <sup>5</sup> EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREMATURIDAD, SUS DETERMINANTES Y PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO, REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. VOL.81 NO.4 SANTIAGO AGO. 2016, LUIS ALFONSO MENDOZA TASCÓN, DIANA ISABEL CLAROS BENÍTEZ<sup>2</sup>
- <sup>6</sup> TRABAJO DE PARTO PREMATURO Y PARTO PREMATURO. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
- <sup>7</sup> CLASIFICACIÓN DE LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS (CLASSIFICATION OF THE NEWBORNS) MANUEL GÓMEZ-GÓMEZ, \* CECILIA DANGLOT-BANCK, \* MANUEL ACEVES-GÓMEZ\*, VOL. 79, NÚM. 1 • ENERO-FEBRERO 2012 PP 32-39, REVISTA MEXICANA DE PEDIATRÍA.
- <sup>8</sup> FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, BEATRIZ ESCOBAR-PADILLA, A LIMBERG DARINEL GORDILLO-LARA, B HORACIO MARTÍNEZPUONC, REV MED INST MEX SEGURO SOC. 2017
- <sup>9</sup> MATERNAL AGE AS RISK FACTOR OF PREMATURITY IN SPAIN; MEDITERRANEAN AREA, NUTR. HOSP. VOL.28 NO.5 MADRID SEP./OCT. 2013
- <sup>10</sup> MATERNAL AGE AS AN OBSTETRIC RISK FACTOR. PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN OF ADVANCED AGE, PROG OBSTET GINECOL 2011;54:575-80.
- <sup>11</sup> RISK FACTOR ASSOCIATED WITH PRETERM DELIVERY VIVIANA BEATRIZ GENES BARRIOS<sup>1</sup>, CÁTEDRA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, SAN LORENZO, PARAGUAY
- <sup>12</sup> CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO EFECTOS SOBRE EL BINOMIO MATERNO-FETAL, RECIÉN NACIDO Y PRIMERA INFANCIA., DR. ANTONIO PASCALE MÉDICO TOXICÓLOGO.
- <sup>13</sup> RISK FACTORS ASSOCIATED TO DELIVERY PRETERM: A MULTICENTER STUDY. METROPOLITAN TRUJILLO, 2011-2013. RODRÍGUEZ DIAZ, DAVID RENÉ<sup>1,2</sup> ; MORALES CASTAÑEDA, VÍCTOR DE FRANCISCO.
- <sup>14</sup> FACTORES ASOCIADOS CON EL PARTO PREMATURO ENTRE 22 Y 34 SEMANAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, ALFREDO OVALLE<sup>1</sup> , ELENA KAKARIEKA<sup>2</sup> , GUSTAVO RENCORET<sup>1</sup> , ARIEL FUENTES<sup>1</sup> REV MED CHILE 2012; 140:
- <sup>15</sup> RISK FACTOR ASSOCIATED WITH PRETERM DELIVERY VIVIANA BEATRIZ GENES BARRIOS<sup>1</sup>, CÁTEDRA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, SAN LORENZO, PARAGUAY
- <sup>16</sup> RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA(GPC) 2015
- <sup>17</sup> DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO GUIA DE PRACTICA CLÍNICA 2014, ALFREDO OVALLE<sup>1</sup> , ELENA KAKARIEKA<sup>2</sup> , GUSTAVO RENCORET<sup>1</sup> , ARIEL FUENTES<sup>1</sup>, GUIA DE PRACTICA CLINICA.
- <sup>18</sup> ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE COMO FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, JUNIO- DICIEMBRE 2015 FLORES ESCOBAR, JIMENA NIEVES

---

<sup>19</sup> DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN VAGINAL EN OBSTETRICIA 2014 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
16

<sup>20</sup> REVISIÓN SISTEMÁTICA: INFECCIONES VAGINALES COMO RIESGO DE PARTO PREMATURO, 2000-2016, ERAZO BARRAGÁN, NILO RIVELINO; GUEVARA ARMIJOS, JORGE WASHINGTON

<sup>21</sup> INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL Y URINARIO COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES, REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. VOL.77 NO.5 SANTIAGO 2012

<sup>22</sup> INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA MUJER EMBARAZADA. IMPORTANCIA DEL ESCRUTINIO DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DURANTE LA GESTACIÓN, ARIEL ESTRADA-ALTAMIRANO, \* RICARDO FIGUEROA-DAMIÁN, ‡ ROBERTO VILLAGRANA-ZESATI, INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES.

<sup>23</sup> DIAGNOSTICO Y MANEJO DE PARTO PRETERMINO, EVIENCIAS Y RECOMENDACIONES, GUIA DE PRACTICA CLINICA, IMSS,063-08

<sup>24</sup> EDAD GESTACIONAL, REV. AXEL PAREDES V<sup>1</sup>, JOSÉ LATTUS OOBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. 2013; 8(2): 88-93

<sup>25</sup> DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO, DR. JOSÉ ANTONIO AYALA MÉNDEZ, COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

<sup>26</sup> INTERVENCIONES PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DEL PARTO PREMATURO, RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DEL PARTO PREMATURO

<sup>27</sup> RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, ATENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO ESPONTÁNEO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA, EDICION 2015