

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**ACTIVIDAD SEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE PARTO PRETÉRMINO**

LORENA MARICEL ALAY CHINCHILLA

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Agosto 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.282.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Lorena Maricel Alay Chinchilla

Registro Académico No.: 100021386

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **ACTIVIDAD SEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PRETÉRMINO**

Que fue asesorado: Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez MSc.

Y revisado por: Dra. Carolina Eugenia Duran Díaz MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para agosto 2017

Guatemala, 04 de agosto de 2017

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc^R

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Cuilapa, Santa Rosa 03 de julio de 2017

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la **Doctora** Lorena Maricel Alay Chinchilla DPI- 1953020360114, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el cual se titula **“ACTIVIDAD SEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO NDE PARTO PRETERMINO”**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Alay Chinchilla, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. Sofia Vela Q.
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 13,314

Sofia Vela

Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez MSc.
Asesor de Tesis y Docente de Ginecoobstetricia

Cuilapa, Santa Rosa 03 de julio de 2017

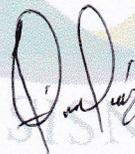
Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la **Doctora** Lorena Maricel Alay Chinchilla DPI- 1953020360114, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el cual se titula "**ACTIVIDAD SEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO NDE PARTO PRETERMINO**".

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Alay Chinchilla, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dra. Carolina Duran Díaz MSc.
Revisor de Tesis y Docente de Investigación

RESUMEN:

Se estudió actividad sexual como factor de riesgo en pacientes con diagnóstico de parto pretermino, en el Hospital Regional de Cuilapa, durante el periodo de enero a diciembre de 2012.

Diseño metodológico: se realizó estudio descriptivo prospectivo, tomando un universo de 82 pacientes, la muestra estuvo representada por (47) pacientes con diagnóstico de Parto pretermino que tuvieron actividad sexual como único factor de riesgo. Para la recolección de la información se realizó un cuestionario tipo encuesta para buscar pacientes con actividad sexual en el tercer trimestre. Resultados: de los casos estudiados el 57.31 % de las pacientes tuvieron relaciones sexuales como único factor de riesgo, de estas pacientes 76.5% tuvieron relaciones sexuales durante la última semana. La posición más frecuente fue la mujer en decúbito dorsal con un 39.03%; En cuanto a la multiparidad el 19.52% eran multíparas y el 80.48% no lo eran. Concluyendo así que la multiparidad no es un factor de riesgo para parto pretermino en este estudio.

78% de las entrevistadas considero que la actividad sexual durante el embarazo puede provocar parto pretermino.

Por lo que se confirma que la actividad sexual es un factor de riesgo para parto pretermino porque todas las pacientes tuvieron relaciones sexuales independientemente si estaba o no asociado a otra patología.

INDICE:

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	19
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	20
V. RESULTADOS	25
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	30
6.1.1 CONCLUSIONES	32
6.1.2 RECOMENDACIONES	33
VII. BIBLIOGRAFIA	34
VIII. ANEXOS	36

ÍNDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1	25
GRAFICA No. 2	26
GRAFICA No. 3	27
GRAFICA No. 4	28
GRAFICA No. 5	29

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto pretérmino como aquel que acontece antes de las 37 completas o 259 días desde la fecha de última regla.

En el mundo ocurren aproximadamente 13 millones de partos pretérmino al año, con una incidencia del 5 al 11% en las regiones desarrolladas y del 40% en regiones subdesarrolladas, en Estados Unidos la frecuencia de parto pretermino es entre 12 a 13%; representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y 60% de morbilidad neurológica a largo plazo. (1)

En Estados Unidos la frecuencia de parto pretermino es de entre 12 y 13% mientras que en países europeos la frecuencia es de 5 a 9%. (2)

Debe destacarse además que la atención a los recién nacidos producto de parto pretérmino es sumamente costosa debido a los cuidados especiales que requieren teniendo un impacto grande en la economía; En Estados Unidos los costos anuales por nacimiento pretérmino representan 57% del costo total por atención Neonatal y 35% del costo total de atención a todos los infantes.

El trabajo de parto pretérmino es un problema grave en países como el nuestro en el que existe una alta mortalidad materno infantil; a esto debe de agregarse los problemas socioculturales como el analfabetismo que permite que se acrecienten los factores de riesgo, dentro de esto debemos resaltar la pobre disposición de nuestra población a informarse y menos aún en tópicos como la actividad sexual que se consideran un tabú.

Existe evidencia que comportamiento estresante con la actividad sexual puede ser un factor predictor de parto pretermino. (3)

De acuerdo a un estudio realizado por Máster y Johnson la actividad sexual aumenta en el 80% de los casos durante el segundo trimestre, lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario y por consiguiente de riesgo de parto pretérmino. Otros investigadores coinciden en que la actividad sexual detecta un declive gradual pero sostenido a medida que avanza la gestación. Si se considera que existen prostaglandinas en

el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca el parto pretérmino, y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante. (4)

El Parto Pretermino es un problema de salud importante porque involucra a la madre y al producto, no existen antecedentes de investigaciones sobre la relación entre actividad sexual y Parto Pretermino, por lo que resulta de interés determinar su frecuencia y causas desencadenantes para promover planes educacionales y de prevención.

II. ANTECEDENTES

2.1 Parto pretermino:

El parto pretérmino es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazo; Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas. El parto prematuro espontáneo sin causa clínica evidente o "idiopático " es responsable de por lo menos un tercio de los nacimientos de pretérmino. (5,6)

2.2 Definición:

Parto Pretérmino se define como nacimiento espontaneo o provocado que se presenta entre las 27 a 37 semanas de gestación con membranas ovulares integras. Es un síndrome clínico que se caracteriza por: contracciones prematuras, activación de la interface deciduomembranas fetales y de la maduración cervical, como resultado de factores preconcepcionales y gestacionales. (7,8).

El trabajo de parto pretermino se considera un síndrome caracterizado por el borramiento cervical y aumento de contracciones uterinas a causa de múltiples factores que varían según la edad gestacional, distensión del útero y las respuestas inmunológicas anómalas del feto o la madre. (9)

De una manera más extensa el Parto Pretérmino implica que la gestación ha concluido antes de que el producto haya alcanzado la madurez necesaria para adaptarse a la vida extrauterina por lo que debe considerarse el hecho de que la Organización Mundial de la Salud considere Pretérmino a todo recién nacido con un peso inferior a 2,500 gramos; Esta consideración se hace debido a las múltiples complicaciones que tiene un Recién Nacido producto de un Parto Pretérmino. (10)

2.3 Epidemiología:

En el mundo ocurren aproximadamente 13, 000,000 de Partos Prematuros al año, con una incidencia del 5 al 11% en las regiones desarrolladas y del 40% en regiones subdesarrolladas; representan cerca del 75% de la mortalidad Neonatal y 60% de morbilidad Neurológica a largo plazo.

El Parto Pretérmino es el resultado de un Trabajo de Parto espontaneo en un 50% de los casos, en un 30% ocurre después de Rotura Prematura de Membranas, y en un 20% es iatrogénico tanto por causas maternas o fetales. (5)

Debe destacarse además que la atención a los Recién Nacidos producto de Partos Pretérmino es sumamente costosa debido a los cuidados especiales que requieren tienen un impacto grande en la economía; en Estados Unidos los costos anuales por nacimientos Pretérmino representan 57% del costo total por atención neonatal y 35% del costo Total de atención a todos los infantes. (5)

La epidemiología del Parto Pretérmino revela distintas tendencias para lo que es preciso dividir el parto pretérmino en precoz que es el que ocurre antes de las 32 semanas y tardío que es el que ocurre después de las 32 semanas significando este hasta un 75% del total de partos pretérmino. El parto pretérmino precoz recurre con más frecuencia, se asocia con más intensidad con el acortamiento cervical y con la presencia de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales, y se acompaña más frecuentemente de evidencia clínica o subclínica de infección y morbilidad a largo plazo para el recién nacido. Por otro lado, el parto pretérmino tardío se asocia con más frecuencia con un aumento de la contractilidad uterina y con un aumento en la excreción materna de estriol de forma similar a lo que ocurren en el parto a término.

2.3.1 Morbimortalidad en recién nacidos producto de parto pretérmino:

En países desarrollados, las complicaciones de la prematuridad son los responsables de la mayoría de la morbimortalidad perinatal en recién nacidos sin anomalías. En los Estados Unidos los trastornos provocados por prematuridad provocan más del 70% de las muertes fetales y neonatales. Las secuelas a largo plazo de prematuridad contribuyen de forma desproporcionada a las alteraciones del desarrollo, discapacidades visuales y auditivas, enfermedad pulmonar crónica y parálisis cerebral. (11)

Los principales problemas de recién nacido pretérmino son: mecanismo termostático pobre, dificultad para su alimentación, disminución de surfactante, apnea, persistencia de ductus arterioso, hipotensión arterial relativa, anemia insuficiencia hepática e inmunológica entre otras. (12)

2.4 Etiología de Parto Pretérmino:

Hay cuatro causas directas principales de Parto Pretérmino

1. Parto Pretérmino por indicaciones maternas o fetales en las cuales se induce el trabajo de parto o el lactante nace por cesárea. Entre las indicaciones maternas encontramos Preeclampsia, desprendimiento prematuro placenta normoincerta, placenta previa; Entre las fetales se encuentran sufrimiento fetal, isoinmunización Rh y malformaciones congénitas.
2. Trabajo de parto pretérmino espontaneo inexplicable con membranas ovulares intactas.
3. Ruptura prematura de membranas ovulares.
4. Partos gemelares y múltiples.

Existen otras entidades que no se agrupan tales como: corioamnioitis, infecciones extrauterinas y anomalías anatómicas del útero. La etiología se desconoce hasta en un 50% de los casos.

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador predictor de riesgo. Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial.

2.5 Factores de Riesgo:

Su etiología aún está poco establecida, tras el trabajo parto pretérmino se encuentra un amplio conjunto de factores estrechamente relacionados entre ellos; y cada vez se tiende más a una explicación multicausal de este problema. A continuación, se mencionan los factores de riesgo más relacionados a trabajo de parto Pretérmino

2.5.1 Edad Materna:

Es uno de los factores asociados a Parto Pretérmino entre las menores de 17 años y mayores de 35 años siendo un factor no removible pero controlable durante el embarazo.
(13)

2.5.2 Factores Relacionados con el Estilo de Vida:

Tales como el tabaquismo, alcoholismo uso de drogas ilícitas como marihuana y cocaína. Peso bajo de la madre, talla baja, pobreza factores laborales como caminar o estar de pie por periodos prolongados además de condiciones extenuantes de trabajo; destaca también factores psicológicos como depresión, ansiedad y estrés crónico debe mencionarse también que existe relación entre parto pretermino y mujeres que sufren maltrato físico. El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción de flujo uteroplacentario pudiendo activar prematuramente el mecanismo fetal del eje Hipotalamo-Hipofisis-Suprarrenal. Pareciera que el principal mediador inductor de prematuridad por estrés es el factor liberador de corticotrofina; La corticotrofina produce prostaglandinas que a su vez producen contracciones uterinas madurando el cuello; A su vez las prostaglandinas estimulan el factor liberador de la hormona corticotrofica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose una retroalimentación positiva que desencadena el parto prematuro. (13)

2.5.3 Raza Materna:

Las mujeres de raza negra, estadounidenses de raza negra y afrocaribeñas tienen un alto riesgo de parto pretérmino. Asociado a condición socioeconómica baja y nivel educacional bajo. (14)

2.5.4 Factores Genéticos:

Se ha llegado a esta conclusión debido a la índole recurrente, familiar y racial del Parto Prematuro. Debe mencionarse el Parto Pretérmino recurrente que es aquel que se relaciona con Partos Pretérmino previos, de forma especial antes de las 32 semanas de gestación y en mujeres de raza negra además de infección del tracto urinario. (11, 14)

2.5.5 Periodontitis

La periodontitis es una inflamación crónica por anaerobios que afecta hasta el 50% de las embarazadas guardando una significativa relación con el trabajo de parto al parecer por el rol que desempeñan las prostaglandinas y otros mediadores de inflamación. (14)

2.5.6 Periodo Intergenesico Corto

Por algún tiempo se ha sabido que los intervalos breves entre los embarazos conllevan desenlaces perinatales adversos, hay estudiado que en periodos menos de 18 meses y más

de 59 meses se acompañaban de un incremento en los riesgos de Parto Pretérmino lo mismo que de lactantes pequeños para la edad gestacional.

2.5.7 Infecciones

Se ha planteado la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto pretérmino al activar al sistema inmunitario innato, conforme a esta hipótesis los microorganismos propician la liberación de citosinas inflamatorias como las interleucinas y factor de necrosis tumoral que a la vez estimula la producción de prostaglandinas , las prostaglandinas estimulan la contracción uterina , en tanto que la degradación de la matriz extracelular produce ruptura de membranas ovulares, se calcula que un 25% de los partos Pretérminos de debe a infecciones intrauterinas, dos microorganismos se han sugerido como patógenos perinatales de importancia Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis.

2.5.8 Vaginosis Bacteriana

En este trastornó de la microflora vaginal con predominio de lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno es remplazado por anaerobios que comprenden gardnerella vaginalis. anaerobios, mobiluncus Mycoplasma. Entre los factores de riesgo encontramos: raza negra, actividad sexual, el uso de duchas vaginales.

La Vaginosis bacteriana se ha relacionado con abortos espontáneos, Trabajo Parto Pretérmino, rotura prematura de membranas y corioamniotitis. (14)

2.5.9 Actividad Sexual

La conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo y sus consecuencias ha estado sujeta durante largo tiempos a especulación. La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias, encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo.

Sin embargo, la sexualidad como expresión de la personalidad, única personalizada e irrepetible, llegando a ser un sello personal de cada pareja, y por tanto cuando se enfrenta el proceso reproductivo (gestación) debe existir una etapa de aceptación y adaptación a él. Alrededor de este tema que ha sido controvertido durante la gestación se conocen varias creencias según culturas de las cuales se harán mención.

En las zonas tropicales de América del Sur en grupos primitivos, existe lo que los antropólogos denominan couvade; es decir, a lo largo del embarazo el hombre comparte con la esposa las restricciones y ritos que imponen sus culturas, su religión, se abstienen de comer determinados alimentos.

Otros pueblos primitivos creían que el coito continuado después de la concepción era esencial para mantener el embrión, creían que el semen servía para nutrir al feto en desarrollo; sin embargo, la mayoría de ellos prohibía al acto sexual durante el último mes de gestación sobre la base de que podría matar al niño o causar Parto Pretérmino, esta última interesante pues esta preocupación aún subsiste en sociedades modernas (15).

Es importante tener en cuenta que son muchos los factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, que se ponen juego para determinar tipos de conducta sexual durante el embarazo. La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influyen en el comportamiento sexual de la mujer.

No es de extrañar tal controversia puesto que aun en la comunidad científica persiste aun el debate de si la actividad sexual pueden ser un factor predisponente para Parto Pretérmino o incluso un factor protector.

2.5.9.1 Actividad sexual como Factor Protector

Existen estudios que apoyan que la actividad sexual durante el embarazo es un factor protector para Parto Pretérmino.

Los cuales evidencian que las mujeres que no presentaban ningún otro factor de riesgo para Parto Pretérmino como Vaginosis, la actividad sexual durante el embarazo fue un factor protector. Y que la frecuencia de la actividad sexual no constituye un riesgo representativo para Parto Pretérmino (4,16)

No hay evidencia de que la actividad sexual en la última etapa del embarazo aumente el riesgo de parto pretérmino en mujeres embarazadas, también se determinó que Los

orgasmos durante la última etapa del embarazo fueron asociados con reducción del riesgo de parto pretérmino. (7)

Se revisó algunos estudios en los cuales se estudió la frecuencia de actividad sexual según los trimestres del embarazo y la relación con el parto pretérmino, el cual concluyo que La actividad sexual media durante el primer trimestre, en mujeres con Parto Pretérmino es de 2 veces por semana, para el segundo trimestre 1 vez por semana. En el tercer trimestre la actividad sexual media es de cero. Específicamente se piensa que, en el último trimestre del embarazo, se pierde el interés sexual en las féminas por su apariencia física o por temor a dañarlas lo que hace que disminuya la libido. (15).

La frecuencia de actividad sexual no constituye un riesgo representativo para Parto Pretérmino, pero asociado a otros factores de riesgo tal como infecciones de tracto urinario y Vaginosis podría serlo. Informaciones más recientes referente a que el estado gravídico afecta la sexualidad de las parejas, ya que presenta un impacto negativo en la libido, frecuencia y actividad orgásmica sexual, presentan un asidero científico avalado por una serie de investigaciones que demostraron que la respuesta sexual era afectada drásticamente durante la gestación independientemente de la edad y la paridad, siendo mucho más marcado en el último trimestre de la gestación (4,14)

2.5.9.2 Actividad Sexual como Factor de Riesgo

A un continua siendo incierto para algunos autores que la actividad sexual sea un factor de riesgo para Parto Pretermino como tal pero existen estudios que lo afirman ya que se ha estudiado el mecanismo por el cual la actividad sexual puede ser capaz de desencadenar el Parto Pretermino Basado en la evidencia acumulada en estudios fisiopatológicos realizados en décadas pasadas, donde se encontró que la relación sexual podría jugar algún rol en la génesis de parto Pretérmino y en la maduración cervical previa al inicio del trabajo de parto debido a la alta concentración de prostaglandinas presentes en el fluido seminal la liberación oxitócica producida ya sea por la estimulación del pezón o por la ocurrencia del orgasmo. La relevancia de esto radica en que los principales desencadenantes de trabajo de parto son la liberación de prostaglandinas y el aumento de receptores de oxitocina. Por lo que se ha observado que aquellas mujeres que tuvieron actividad sexual horas previas al trabajo de parto disminuyeron el tiempo de labor; Lo que sugiere que dicha aceleración se debe a las prostaglandinas liberadas por la presencia de líquido seminal (4, 14,16)

Se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, el aspecto mecánico del coito y las contracciones uterinas producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca el parto Pretérmino, y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta (4)

Hay autores que plantean como causa de parto Pretermino el exceso de relaciones sexuales durante la gestación. Estudios realizados sugieren que durante el orgasmo femenino se libera oxitocina (sustancia química que se libera en la hipófisis materna en las últimas semanas del embarazo), y se dice que los efectos combinados de la oxitocina y las contracciones uterinas de orgasmos intensos y prolongados pueden ser lo suficientemente poderosas como para empezar al parto en forma prematura. (17)

Un coito en el que el hombre mantenga una posición superior, produce cambios de presión que se transmiten al útero, y dado que al final del embarazo el útero aumenta el número de receptores de oxitocina, es lógico pensar que es más irritable; Esto supondría una estimulación mecánica de trabajo de parto. Sin desestimar que si tenemos una mayor cantidad de receptores de oxitocina y sumamos que el orgasmo hace que el hipotálamo libere oxitocina esto al menos desde el punto de vista fisiológico justificaría por dos diferentes mecanismos el inicio de trabajo de parto pretermino. Y debido al aumento de la actividad miometrial producida por el coito parece razonable aconsejar evitar las relaciones sexuales tras un episodio de parto pretermino. (7,18, 19)

En torno a este tema tan polémico, podemos concluir diciendo que tanto el embarazo como la sexualidad han sido considerados como tabúes, e incluso la profesión médica ha dudado de su investigación. Hasta hace poco los ginecoobstetras guardaban silencio al respecto y la pareja se sentía intimidada para abordar el tema con el médico, inclusive entre ellos mismos. Estamos empezando a aprender cómo las parejas normales y sanas responden en sus vidas personales a este hecho, al irse superando los tabúes existentes se han ido esclareciendo temores ancestrales. El embarazo, como también la sexualidad, puede convertirse en una parte de la vida llena de gozo y satisfacción (15).

2.6 Diagnostico

La diferenciación oportuna entre trabajo parto pretérmino verdadero y falso es difícil antes de que haya un borramiento y una dilatación demostrable del cuello uterino. La actividad uterina por si sola puede ser engañosa debido a las contracciones de Braxton Hicks estas contracciones irregulares no rítmicas indoloras pueden causar confusión en el diagnóstico de trabajo parto pretérmino verdadero, además de las contracciones uterinas, dolorosas o indoloras los síntomas como presión pélvica, cólicos parecidos a los menstruales, secreción vaginal líquida y lumbalgia se han relacionado con el diagnóstico empírico de trabajo parto pretermino.

Existe otra consideración que aquí debemos plantear. El criterio combinado de contracciones uterinas y modificaciones cervicales puede parecer claro, pero existen, sin embargo, dos situaciones que no lo son: a) contracciones uterinas persistentes sin modificaciones cervicales concomitantes. Esta situación obliga a considerar como opción diagnóstica la presencia de una infección intraamniótica, coito reciente, uso de drogas ilícitas y/o stress materno; b) presencia de modificaciones cervicales en ausencia de actividad uterina detectable. Este hallazgo obliga a consideraciones especiales en su manejo, dado que aumentaría el riesgo de una infección intraamniótica y trabajo parto prematuro consiguiente, debido a la exposición de las membranas ovulares a la flora vaginal. (14)

La ecografía cervical es útil para excluir el trabajo de parto pretérmino en algunas pacientes y puede contribuir a aumentar la sensibilidad del diagnóstico en otros casos en una revisión realizada sobre la ecografía cervical como marcador de trabajo de parto pretérmino la longitud cervical de 18 mm tuvo mejor valor predictivo positivo mientras que el valor de 30mm el mejor valor predictivo negativo para trabajo de parto pretérmino en mujeres sintomáticas.

Fibronectina fetal es una glucoproteína presente en concentraciones altas en la sangre materna y en el líquido amniótico se piensa que interviene en la adhesión intercelular durante la implantación y en el mantenimiento de la adhesión de la placenta a la decidua uterina. En

la primera mitad del embarazo aparece de forma normal en el exudado cervicovaginal. la presencia de Fibronectina fetal en el cérvix o en la vagina después de la semana 22 de gestación no es habitual e indica disrupción de la unión de las membranas a la decidua.

Una prueba de Fibronectina positivo entre la semana 22 y 37 se asocia con un riesgo aumentado de parto pretérmino especialmente en pacientes asintomáticas. (11,14)

2.7 Tratamiento

El manejo del parto Pretérmino, basado en las evidencias, haciendo énfasis en la importancia de un buen diagnóstico clínico, ecográfico y de laboratorio. A pesar que la terapia tocolítica para disminuir la actividad contráctil y las modificaciones de cuello uterino no parece disminuir la tasa de parto pretérmino, permitiría prolongar la gestación de manera de administrar glucocorticoides y transportar in útero al feto a una unidad de atención especializada. Si se va a emplear un agente tocolítico, los agonistas beta ya no son de elección, sino el atosiban o el nifedipino, con menos efectos maternos adversos. Una sola dosis de glucocorticoides entre las 24 y 34 semanas de gestación reduce el riesgo de muerte, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular en él recién nacido pretérmino. El parto pretérmino es un problema social de mayor importancia y, como tal, se debe poner más énfasis en su prevención primaria y el tratamiento de parto pretermino. (8)

Parte inicial del manejo del parto Pretérmino es catalogar estrictamente el caso, estableciendo para ello la edad gestacional, determinada tanto por la clínica como por los estudios ecográficos realizados durante la gestación, si los hubiera.

El examen clínico abarcará el estado general y clínico de la madre y el bienestar fetal, de manera de tomar las medidas necesarias. En este lapso, y mientras se corrobora el diagnóstico y se dicta las primeras medidas terapéuticas, se debe infundir confianza a la madre, quien ya se encuentra afectada por el estrés de la situación, así como a la pareja y/o familiares.

El examen genital incluirá la evaluación con espéculo, para visualizar el cuello uterino y observa la presencia o no de líquido amniótico. Se indicará reposo, en decúbito lateral, en ambiente aislado tranquilo y se colocará solución salina endovenosa, a razón de 100 ml/hora, ya que la rápida expansión intravascular pudiera disminuir las contracciones de un

útero irritable. Sin embargo, no existe evidencia de beneficio del reposo o del uso de la hidratación para ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro, aunque la hidratación puede ser útil para las mujeres que estén deshidratadas. (11)

El empleo de agentes tocolíticos en el trabajo de parto es frecuentemente innecesario, a menudo inefectivo y ocasionalmente dañino. En muchas mujeres, los tocolíticos parecen detener las contracciones temporalmente, pero, raramente evitan el parto pretérmino. Además, existe una morbilidad potencial, por lo que antes de su uso se debe descartar eventuales contraindicaciones médicas u obstétricas, principalmente cardiovasculares.

Los agentes tocolíticos serán usados raramente en embarazos pretérmino, porque la eventual prolongación del embarazo es limitada y el neonato tiene una mínima oportunidad de sobrevivir con menos de 23 semanas, más aún si hay infección intraamniótica. Por otro lado, el riesgo de morbilidad neonatal es baja después de completar las 34 semanas, por lo que no se recomienda la tocolisis a esta edad gestacional, por las complicaciones potenciales en la madre. Aunque puede haber éxito en el empleo de agentes tocolíticos por 48 horas cuando las membranas están íntegras, muchos estudios clínicos sugieren que la efectividad de los tocolíticos apenas es mejor que el reposo en cama y la hidratación.

Debido a las contraindicaciones de algunos tocolíticos es indispensable determinar si el feto está en distrés, y debe valorarse resolver el embarazo. Por otro lado, la tocolisis pudiera demorar el nacimiento como para permitir administrar corticosteroides para maduración pulmonar. (8)

Los beta-miméticos son eficaces para retardar el parto por 48 horas en mujeres con trabajo de parto prematuro, pero aumentan los efectos secundarios en las madres, incluidos dolor torácico, dificultad para respirar, irregularidad en la frecuencia cardíaca, cefalea y agitación, no reduciendo la morbilidad perinatal; Los fármacos tocolíticos denominados antagonistas de receptores de oxitocina inhiben la hormona oxitocina, que estimula el trabajo de parto. Aunque el atosiban, antagonista de receptores de oxitocina, resulta en menos efectos secundarios maternos que otros fármacos. (14, 20)

La ritodrina es tan efectiva como el nifedipino, pero con muy pobre tolerabilidad; Los agentes inhibidores de la contracción uterina más usados en el parto pretérmino son el sulfato de

magnesio (SO₄Mg), y el nifedipino. En el pasado, se prefería los agentes betamiméticos tales como terbutalina o ritodrina, pero su uso hoy es infrecuente, por los efectos colaterales en la madre (taquicardia, hiperglicemia, palpitaciones) y el feto. Además, se informa sobre edema pulmonar, isquemia del miocardio y arritmia. El SO₄Mg ha sido asociadas con toxicidad materna. (11,14)

El nifedipino es un bloqueador de los canales de calcio empleado para tratar la hipertensión y la enfermedad cardiovascular, debido a que inhibe la contractilidad de las células musculares lisas, al reducir el flujo del calcio hacia las células. También pueden relajar las contracciones uterinas, por lo que el nifedipino ha surgido como un agente tocolítico efectivo y seguro para el manejo del parto pretérmino. Las evidencias hallan que los bloqueadores de los canales de calcio parecen ser al menos tan efectivos como los beta-miméticos, y quizás mejores, para posponer el trabajo de parto pretermino.

Los bloqueadores de los canales de calcio presentan muchos menos efectos adversos en la madre hay menos necesidad de utilizar la unidad de cuidados intensivos para el recién nacido y se asocia con menor incidencia de síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular; La dosis inicial recomendada es 20 mg de nifedipino vía oral, seguida de 20 mg PO después de 30 minutos. Otro esquema emplea 10 mg cada 20 minutos, en 4 dosis, seguida de 20 mg vía oral cada 4 a 8 horas. La concentración plasmática máxima ocurre entre los 15 y 90 minutos después de su administración, la vida media es de 81 minutos y la duración de su acción, alrededor de 6 horas. Si las contracciones persisten, se puede continuar la terapia con 20 mg PO cada 3 a 8 horas, por 48 a 72 horas, con dosis máxima de 160 mg/día. Después de 72 horas, si se requiere. (14)

Dosis de mantenimiento, se emplea nifedipino de acción prolongada, 30 a 60 mg diario. Las contraindicaciones al nifedipino son alergia al nifedipino, hipotensión, disfunción hepática, uso recurrente de beta-miméticos o SO₄Mg, nitratos vía transdérmica u otra medicación antihipertensiva. Otros efectos colaterales del nifedipino son taquicardia materna, palpitaciones, rubor, cefalea, mareos y náusea. Se recomienda monitoreo continuo de los latidos fetales y del pulso y presión arterial de la madre. No administrar nifedipino en casos de enfermedad hepática. (8,11)

2.7.1 Maduración pulmonar fetal

La terapia antenatal con corticoides para la inducción de la maduración pulmonar fetal disminuye la mortalidad, el síndrome de distrés respiratorio y la hemorragia intraventricular en recién nacidos prematuros entre las 24 y 34 semanas de edad gestacional de evidencia respalda el uso de cursos únicos y no múltiples de glucocorticoides ante parto, entre las 24 y 34 semanas. Los estudios refieren ciertos efectos negativos de la dexametasona por otra parte, se observó un mayor efecto protector de la betametasona sobre la leucomalacia periventricular en los recién nacidos de peso muy bajo.

El uso de dosis múltiples de glucocorticoides ante parto ha sido asociado a sepsis neonatal de inicio temprano y muerte. No existen pruebas que refuercen el criterio de aplicar dosis repetidas, aunque pudiera reducir la ocurrencia y severidad de enfermedad pulmonar neonatal y el riesgo de problemas de salud serios en las primeras semanas de vida se ha encontrado que estos beneficios se asocian con menos peso y circunferencia craneana al nacimiento, aunque todavía no hay evidencia suficiente sobre beneficios y riesgos a largo plazo. El empleo de un solo curso antenatal de corticosteroides parece ser una medida eficaz y segura para mejorar el resultado neonatal en pacientes con trabajo de parto pretérmino, entre las 24 y 34 semanas.

Se recomienda la administración de corticosteroides antenatales a todas las gestantes con riesgo de parto pretermino entre las 24 y 34 semanas de gestación, tanto en gestantes únicas como múltiples. (21)

Los esteroides comúnmente empleados para mejorar la madurez fetal son la betametasona 12 mg, intramuscular, cada 24 horas, dos dosis) y la dexametasona (6 mg, intravenosa, cada 6 horas, cuatro dosis). En gestaciones menores de 35 semanas, se puede administrar betametasona, 12 mg, IM, en una dosis, y repetir la misma dosis en 24 horas. En pacientes con hiperglicemia o diabetes, se debe determinar la glicemia antes y después de la aplicación del corticoide, actuando en colaboración con un Médico internista. (8,10,12).

La utilización de progesterona en el tratamiento de parto pretermino es aun polémico pero algunos artículos recientes recomiendan su utilización desde la semana 16 de gestación y continuar su utilización intramuscular hasta la semana 37. El tratamiento de inyecciones intramuscular 250 mg semanalmente demostraron la reducción de parto pretermino (22,23).

2.8 Prevención

La prevención de parto pretérmino ha sido un objeto esquivo sin embargo, los estudios indican que puede lograrse la prevención en algunos grupos de pacientes en los cuales puedan detectarse y modificarse algunos factores de riesgo que sean modificables e informando a las pacientes de signos y síntomas de alarma entre los factores de riesgo modificables se encuentra la actividad sexual , no contraindicándola si no modificar algunas actitudes tales como el uso de condón y no utilizar las posiciones sexuales que aumenten la presión abdominal de la gestante. (14)

2.9 SEXUALIDAD Y EMBARAZO

La conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo y sus consecuencias ha estado sujeta durante largo tiempo a especulación. La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio; Oscurecida por razones varias y encarcelada en la ignorancia. Por lo que diferentes culturas tienen creencias de acuerdo a su interpretación de la sexualidad (24).

En las zonas tropicales de América del Sur en grupos primitivos, existe lo que los antropólogos denominan couvade; es decir, a lo largo de la gestación el hombre comparte con la esposa las restricciones y ritos que imponen sus culturas y su religión; También se abstienen de comer determinados alimentos.

Otros pueblos primitivos creían que el coito continuado después de la concepción era esencial para mantener el embrión, creían que el semen servía para nutrir al feto en desarrollo; sin embargo, la mayoría de ellos prohibía al acto sexual durante el último mes de gestación sobre la base de que podría matar al niño o causar Parto Pretermino, esta última observación es interesante pues esta preocupación aún subsiste en sociedades modernas. (15)

Es importante tener en cuenta que son muchos los factores que intervienen en la interpretación que cada cultura tiene ante la sexualidad en el embarazo; intervienen factores tales como: los factores biológicos propios de la gestación que determinan tipos de

conducta sexual durante el embarazo. La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales que ejercen considerable presión sobre la conducta sexual. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influyen en el comportamiento sexual de la mujer. No es de extrañar tal controversia puesto que aun en la comunidad científica persiste aun el debate de si la actividad sexual pueden ser un factor predisponente de Parto Pretermino o incluso un factor protector.

Existen diferencias de comportamiento y actividad sexual en cada trimestre del embarazo.

La actividad sexual media durante el primer trimestre, en mujeres con parto pretérmino es de 2 veces por semana, para el segundo trimestre 1 vez por semana. En el tercer trimestre la actividad sexual media es de cero. Y que la frecuencia de actividad sexual no constituye un riesgo representativo para Parto Pretermino, pero asociado a otros factores de riesgo tal como infecciones de tracto urinario, infecciones vaginales podría serlo. Informaciones más recientes indican que el estado gravídico afecta la sexualidad de las parejas, en términos que presenta un impacto negativo en la libido, frecuencia y actividad orgásmica sexual; Múltiples investigaciones evidencian que la respuesta sexual es afectada drásticamente durante la gestación independientemente de la edad y la paridad, siendo mucho más marcado en el último trimestre de la gestación. (5,14).

Los cambios en el deseo y el comportamiento sexual se producen precozmente, en cuanto la pareja tiene conocimiento de la gravidez (25).

En una encuesta realizada en Estados Unidos a 1,100 mujeres embarazadas comprendidas entre 21 y 43 años y sus respectivas parejas, se plantearon las siguientes preguntas, ¿Cómo vive la sexualidad una pareja que espera un hijo? Y se obtuvieron los siguientes resultados: En el primer trimestre del embarazo el 60% se encontró cansada, tensión erótica disminuida, un 20% con deseo erótico igual que antes del embarazo y un 10% en abstinencia por temor de daño al feto. Y un 10% presento aumento de deseo sexual. En el segundo trimestre un 75% presentaron aumento de deseo sexual solo un 15 % presento temor de dañar al feto y un 10 % presento deseo sexual igual que antes del embarazo.

En el tercer trimestre el 55 % presentaron temor a las relaciones sexuales, somnolencia irritabilidad, un 20 % relaciones satisfactorias y orgasmo, el 15 % solo tuvieron relaciones

para satisfacer a su pareja y un 10 % solo tuvieron relaciones manuales u orales solo para satisfacer a la pareja. (18,26)

Un factor muy importante a considerar durante la realización del coito durante la gestación es la posición de la mujer en decúbito dorsal y el hombre encima no es muy recomendable ya que su peso sobre el abdomen gestante es muy incómodo, la mujer encima suele ser una de las posiciones más cómodas ya que ella controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual, otra alternativa favorable para la realización del coito durante la gestación es la posición que ambos adoptan decúbito lateral ya que logra una buena distribución del peso corporal y la penetración no es muy profunda. (27)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

3.1.1 Determinar la relación entre actividad sexual y parto pretérmino en el Hospital Regional de Cuilapa, durante el periodo de enero a diciembre de 2012.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1. Determinar cuál de las tres principales posiciones sexuales es la que más practicaba la gestante

3.2.3. Describir si la multiparidad tiene mayor relación con parto pretérmino.

3.2.4. Describir cual es la apreciación de las gestantes con respecto a la actividad sexual como factor de riesgo de parto pretérmino.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo y diseño del Estudio

Estudio descriptivo y prospectivo.

4.2 Población

- UNIVERSO:
Pacientes ingresadas con diagnóstico de parto pretérmino en el Hospital Regional de Cuilapa.
- UNIDAD DE ESTUDIO
Pacientes ingresadas con diagnóstico de parto pretérmino en el departamento de ginecoobstetria; Durante el periodo de enero a diciembre de 2012.

4.3 Muestra

No se calcula muestra porque se tomó en cuenta el 100% de las pacientes que llenaron los criterios de inclusión. Durante el periodo de enero a diciembre de 2012.

4.4 Criterios de Inclusión

- Todos aquellos pacientes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino (27 a la 36 semana de gestación).
- Pacientes sin ninguna otra patología asociada que justifique el parto pretérmino
- Pacientes que tuvieron relaciones sexuales los 15 días previos a la consulta
- Pacientes que desearon participar en el estudio y firmaron la hoja de consentimiento informado.

4.5 Criterios de Exclusión

- Pacientes con embarazo menor de 27 semanas de gestación.
- Pacientes con otros factores de riesgo para parto pretérmino.
- Pacientes que niegan haber tenido relaciones sexuales en el último trimestre de gestación
- Pacientes que se negaron a participar en dicho estudio.

4.6 Variables

- Parto pretérmino
- Actividad Sexual
- Número de embarazos
- Edad

No probabilístico, voluntario, de todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de parto pretérmino del departamento de ginecología y obstetricia durante el año 2012.

4.7 Cuadro de Operacionabilidad de Variables

VARIABLE	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Método de medición
parto pretérmino	Inicio de trabajo de parto antes de las 37 semanas con membranas ovulares integras.	Pacientes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino por FUR / USG	cualitativa	Nominal	Semanas de gestación.
Actividad sexual	La relación sexual, es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que	Todas las pacientes que refieren haber realizado actividad sexual en los últimos 15 días previos	cualitativa	Nominal	Si / No

	generalmente suele incluir uno o varios coitos	al trabajo de parto pretermino			
Paridad	Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto	Todas las pacientes con parto pretérmino independient e de número de embarazo	cuantitativa	Nominal	Nuliparidad (ningún parto) Primigesta Secundigesta Trigesta Múltipara
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Pacientes femeninas en edad fértil.	cuantitativa	nominal	15 a 44 años
Posición Sexual	Actitud o modo de colocarse que la pareja adopta durante el coito	La posición que eligió la pareja durante el coito se estudiaron las 3 posiciones principales, la mujer en	Cualitativa	Nominal	Basado en el instrumento de recolección de datos las pacientes señalaron las gráficas de posiciones sexuales.

		decúbito dorsal y el hombre encima, mujer encima y el hombre en decúbito dorsal y la que la mujer se coloca de rodillas y el hombre se coloca para penetrar por detrás.			
--	--	---	--	--	--

4.7 Procedimiento para recolección de la información

La recolección de datos se obtuvo mediante interrogatorio del investigador y al mismo tiempo se llenó las hojas de recolección de datos como constancia de trabajo de campo.

Se entrevistó a las pacientes ingresadas al Hospital Regional de Cuilapa a través de servicios de emergencia y consulta externa con diagnóstico de parto pretérmino y previamente firmaron la hoja de consentimiento informado.

Se realizó una encuesta a las pacientes ingresadas al servicio de ginecoobstetricia con diagnóstico de parto pretérmino para determinar que pacientes habían tenido actividad sexual antes de presentar trabajo de parto pretérmino en los 15 días previos a la consulta.

4.8 Presentación de Resultados:

De acuerdo a los datos obtenidos, dicho estudio fue tabulado, los datos se presentaron mediante estadísticas descriptivas, porcentajes y frecuencias.

4.9 Aspectos éticos:

Se garantiza el correcto uso de la información, de manera que se guardo la confidencialidad de la persona a quien se entrevistó, aplicando durante todo el proceso de investigación.

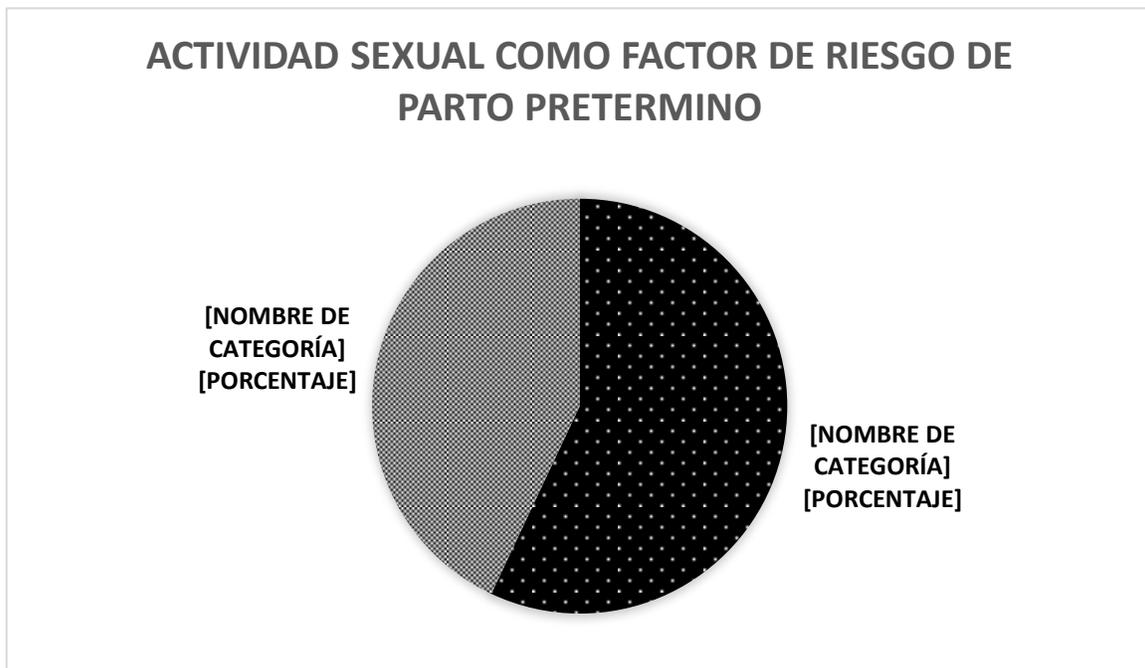
Se informó pertinentemente a la persona sobre el estudio a realizar, dejando claro que su participación era voluntaria con la opción de negarse a responder o de participar en cualquier momento del proceso.

Dicho consentimiento informado se realizó en el instrumento de recolección de datos en donde la paciente firmo.

No se dio ningún tipo de remuneración al participar en la investigación, pero se hizo ver la importancia que tenía y lo útil de su colaboración

V. RESULTADOS

Grafica 1 Porcentaje de pacientes con relaciones sexuales como único factor de riesgo y el porcentaje de pacientes que presentaron actividad sexual y otro factor de riesgo



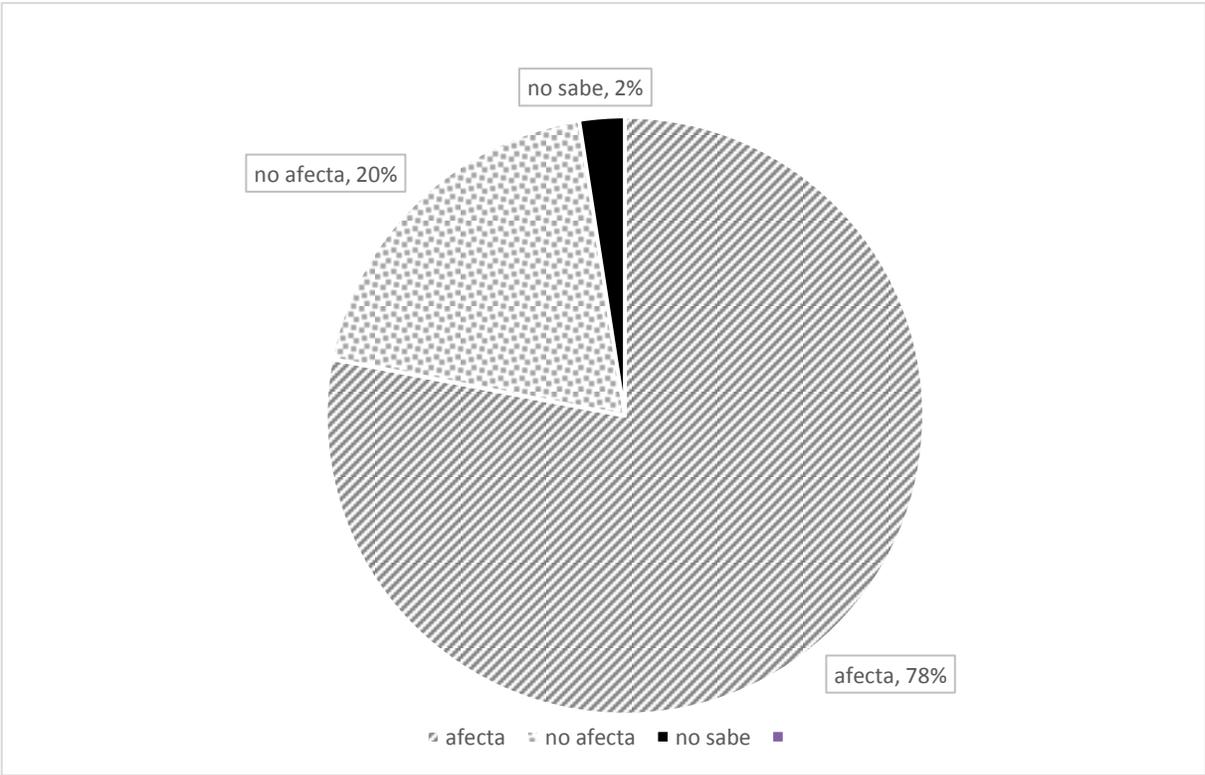
Gráfica 2. Se describe cual fue la posición sexual más frecuente que practicaron las pacientes con su pareja.



Gráfica 3. Pacientes múltiparas que se incluyeron en el estudio



Gráfica 4. creencia de la gente respecto a si las relaciones sexuales aumentan el riesgo de parto pretermino.



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

6.1 Discusión

Se procede a discutir los resultados obtenidos sobre la actividad sexual como factor de riesgo en parto pretermino el cual se realizó en el Hospital Regional de Cuilapa, en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2012.

Se considera el parto pretermino un problema grave de salud puesto que puede presentarse hasta en un 40% de las gestantes con serio impacto sobre el binomio materno fetal. Según los estudios realizados por Máster y Johnson la actividad sexual aumenta durante el embarazo lo que hace que las relaciones sexuales sean un factor de riesgo para parto pretermino; De las 82 pacientes incluidas en el estudio, 47 pacientes no tenían ningún otro factor de riesgo excepto haber tenido relaciones sexuales, en los últimos 15 días. Concluyéndose entonces que el 57% de las pacientes tuvieron relaciones sexuales considerándose esta la causa de parto pretérmino. De estas pacientes un 76.5% tuvieron relaciones durante la última semana.

Las posiciones sexuales más frecuentes que practicaron las parejas fueron: la posición con la mujer en decúbito dorsal con el hombre arriba fue la más frecuente con un 39.03%, seguido de mujer de rodillas con hombre penetrando detrás fue de 32.92% y hombre en decúbito dorsal con mujer arriba fue de 28.05%; se tomaron en cuenta solo estas posiciones debido a que en Guatemala existe una resistencia por parte de la población a hablar de sexualidad principalmente en mujeres; dado el bajo nivel académico de la población el instrumento de recolección de datos presento dibujos de las posiciones sexuales más frecuentes para que la entrevistada señalara.

Se evidencio que solo 16 del total de pacientes eran multíparas lo que equivalía a 19.51%, con lo que se considera que la multiparidad no es un factor de riesgo para parto pretérmino en este estudio; Aunque un porcentaje de las pacientes tenían entre dos y tres gestas.

Se observó que el 78% de las entrevistadas considero que las relaciones sexuales durante el embarazo pueden provocar parto pretérmino, el 19% considero que no afecta y solo un 3% no opino. La mayoría de gestantes opino que en general el tener relaciones sexuales durante

el embarazo no es recomendable, porque puede dañar al feto sin embargo a pesar de su opinión si tuvieron relaciones sexuales en el último trimestre del embarazo.

Se confirma que la actividad sexual es un factor de riesgo; pero no se pudo realizar riesgo relativo porque el 100% tuvieron actividad sexual reciente.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1. se determinó que el 100% de las gestantes tuvieron relaciones sexuales durante el embarazo.

6.1.2. Se determinó que el 57.31% de las gestantes tuvo actividad sexual como único factor de riesgo, por lo que se considera que las relaciones sexuales si son un factor determinante para parto pretérmino.

6.1.3. Se determinó que la posición sexual más frecuente fue la de mujer en decúbito dorsal y hombre encima con un 39.02%.

6.1.4. Se describió que la multiparidad no es un factor de riesgo para parto pretérmino pues solo un 19.51% de las gestantes eran múltiparas.

6.1.5. Se describió que el 78% de las pacientes opinaron que las relaciones sexuales durante el embarazo pueden provocar parto pretérmino.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1. Incrementar las acciones de salud reproductiva haciendo labor preventiva sobre parto pretérmino, sus factores de riesgo y complicaciones.

6.2.2. Buscar la forma de incentivar a los obstetras, personal médico y paramédico que atiende control prenatal; para dar un adecuado plan educacional a las pacientes para que puedan prevenir parto pretérmino sin dejar de gozar de su sexualidad durante el embarazo.

6.2.3. realizar nuevas investigaciones sobre la actividad sexual y parto pretermino.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nuñez DC, Méndez DN, Montes P. Recuperación del parto pretermino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *Medisan* 2014;18(6):852.
2. Ovalle A, Kakeriecke E, Rencoret G. Factores asociados con el parto publico prematuro entre 22 y 34 Ssemanas en un Hospital de Santiago. *Rev.med.chile* vol.140 No. 1 Santiago.ene .2012.
3. Ifeoma O, O,donoghue K. Clinical risk factors for preterm birth. University Maternity Hoapital Irland 2012.
- 4.Romero Ortiz C, Chavez Merlos A. La actividad sexual como Factor de Riesgo en la amenaza de Parto Pretermino. *Rev. Fac Med UNAM* vol 44 No. 5 septiembre- octubre 2001.
5. Villanueva LA, Contreras AK, Pichardo M, Rosales J.: Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76 (9): 59.
6. Ovalle AS, Martínez MA, Gómez RM, Parto prematuro con membranas intactas (Santiago-Chile) *Revista Médica de Chile SciElo*, 2000. V.128 n.9.
- 7.Romo LP. Factores de Riesgo en Pacientes que presentaron Amenaza de Parto Pretermino” Universidad de Colima, Facultad de Medicina. Colima Col. marzo 2007.
8. Pacheco J. Parto Pretermino Tratamiento y E videncias, Universidad Nacional Mayor de San Marcos *Rev. Per Ginecol Obstet* 2008; 54:24-32.
9. Morales R, Vega AJ, Factores de riesgo materno asociados al parto pretermino. *Rev. Med imss* 2005;43(4): 339-342.medigrafhic.com.
- 10.Botella JL, Clavero J. *Tratado de Ginecología* 14 edición, Madrid 1,993 Pag.433.
11. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpsom JL. *Obstetricia* 4 edición en español Madrid España 2006 Cap. 23 ISBN: 0-443-06572-1-2002.
- 12.Pediatría tomo 1 editorial ciencias médicas habana cuba 2006 autores cubanos pág. 348,359.
13. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia* 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2008.
- 14.Cunningham, *Obstetricia de Williams* 23a. ed, McGraw-Hill Cap. 36.
- 15 Gonzales I, Pieigas EM, Sexualidad Femenina Durante la Gestación. *Rev. Cubana Med Gen Inteer* 2001:17 (5) 497-501.
- 16.Valdez E. Conceptos de Sexualidad en Perinatologia *Rev Chil Obstet Ginecol* v. 68 n.64 Santiago 2003.

17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana. Editorial Ciencias Medicas 1997:14,9.
18. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiología Medica 12ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
- 19 Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD003093.
20. Cabero L, Saldívar D, Cabrilo E. Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Buenos Aires: editorial medica Panamericana 2007.
- 21 sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia. Amenaza de parto pretermino (actualizado junio 2012). accesible en <http://www.prosego.com/index.php>.
22. Napoles Mendez C, Los tocolíticos en el parto pretermino un dilema actual. Medisan. 2013; 17 (9): 5063.
23. Pacheco J. parto pretermino: tratamiento y evidencias. Rev.per.ginecol obstet. 2008; 54:24-32.
24. Tejerizo LC, Teijelo A, Moro J, Sánchez MM. Sexualidad y parto pretermino. Toko Gin Pract 1999.58.197.
25. Garcia Mazon M. El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. Matronas prof.2016;17(3):90-97.
26. Tole MG, Pardo MP. El significado de la sexualidad durante la gestación. Av enferm., XXIX (2): 294-306,2011.
27. Bartellas E, Crane J, Daley M, Bennet KA, Hutchens Donna. Sexuality and sexual activity in pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynecology. Aug 2000, Vol 107, pp 964-968.

VIII ANEXOS

ANEXO 8.1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Boleta No.:

Fecha:

Edad:

Sexo:

FUM:

Gestas:

Partos:

Abortos:

Cesáreas:

Relaciones Sexuales Actualmente: Si: No:

Tuvo relaciones sexuales durante los últimos 15 días: Si No:

Frecuencia de Relaciones Sexuales en el último trimestre:

1 vez por semana: 2 veces por semana: más de 3 veces por semana:

Posiciones sexuales utilizadas:



Enfermedad asociada durante el Embarazo: _____

Cree usted que las relaciones sexuales durante el embarazo aumentan el riesgo de parto pretermino:

si: no: no sabe:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se invita a participar en este estudio a toda paciente que consulte o esté ingresada en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, que se encuentre embarazada y que tenga un cuadro clínico compatible con parto pretermino.

Por este medio me permito presentarme como Médico Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa. Me encuentro realizando el trabajo de tesis sobre la Relación entre la Actividad Sexual y parto pretérmino, el Parto pretérmino es el Parto que se da antes del momento adecuado, afectando al Recién Nacido por no encontrarse preparado para la vida fuera del Útero, se pretende saber si la Actividad Sexual durante el Embarazo influye sobre esta entidad clínica. A continuación, le invito a participar en este estudio por lo que le proporcionare información con respecto al tema. Antes de decidirse puede hablar sobre la investigación con alguien con quien se sienta cómodo. Siéntase en la libertad de interrumpirme mientras le informo sobre el tema para manifestarme sus dudas según lo crea conveniente.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, sin ningún costo ni remuneración; usted puede elegir participar o no. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que recibe en esta institución y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Una vez que usted acepte participar en el estudio se procederá a:

- Realizar una entrevista donde se interrogará acerca de datos de interés para el estudio, enfatizando en sus embarazos previos, datos personales como fecha de última regla, y se solicitará información con respecto a Actividad Sexual.

He sido invitado (a) a participar en la investigación titulada: “Actividad Sexual como Factor de Riesgo en Pacientes con Diagnostico de Trabajo de parto pretérmino” Entiendo que se me hará una entrevista con respecto a mi embarazo actual y a mi Actividad Sexual. Se me ha proporcionado el nombre y dirección del investigador para que pueda ser fácilmente contactado.

Nombre del participante _____

Firma del participante_____

Si es analfabeto

Nombre del testigo_____

Huella Dactilar del Participante_____

Firma del Testigo_____

Fecha_____

PERMISO DEL AUTOR PARA EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:

“Actividad sexual como factor de riesgo de parto pretermino” Estudio longitudinal en el Hospital Regional de Cuilapa durante el periodo de enero a diciembre de 2012. Para propósitos de consulta académica.

Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.