



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

**"GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE
RIESGO PARA CERVICOVAGINITIS EN MUJERES
EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA UMF No. 33"**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA
DRA. MARIA DEL CARMEN CORTES COLIN

ASESOR
DR. JORGE LUIS CABALLERO REYES

MEXICO, D.F. MARZO 2007.



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).

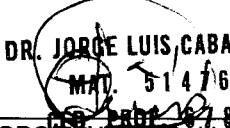
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


AUTORIZACIONES


DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD


DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UMF No. 33


DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UMF No. 33


DR. JORGE LUIS CABALLERO R.
MAT. 5147611
C.O. 278223
DR. JORGE LUIS CABALLERO REYES
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF No. 33
ASESOR DE TESIS.


DRA. MARIA DEL CARMEN CORTES COLIN
MEDICO RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UMF No. 33
INVESTIGADOR.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento sincero a las instituciones que contribuyeron en la realización del presente trabajo.

Al Dr. Jorge Luis Caballero Reyes por su aportación de conocimientos, sugerencias y apoyo incondicional.

Al Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias por su enseñanza y apoyo durante mi formación como Médico Familiar.

A la Dra. Mónica Enríquez Neri por su enseñanza, paciencia y atención en mi formación como Médico Familiar.

A la Dra. María del Carmen Cervantes Morelos por su tiempo, dirección y apoyo incondicional.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por mi formación académica y profesional.

Mi agradecimiento y gratitud a las siguientes personas:

A mi esposo Adelaido Hernández Paredes por su apoyo, paciencia y comprensión durante mi formación como Médico Familiar.

A mi madre, tíos y abuelos por su apoyo incondicional durante mi carrera profesional.

A mis hermanas (Silvia, Evelyn, Rocio y Mariana) por haber tomado mi lugar en los momentos difíciles.

A mi amiga Elvira Alvarez Antillón por su gran amistad, confianza y apoyo.

INDICE

I. INTRODUCCION	(6)
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	(14)
III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	(15)
IV. JUSTIFICACION	(16)
V. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS	(18)
VI. DISEÑO DEL ESTUDIO	(21)
VII. GRUPOS DE ESTUDIO	(22)
VIII. TAMAÑO DE LA MUESTRA	(23)
IX. DEFINICION DE VARIABLES	(24)
X. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	(33)
XI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS	(35)
XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	(36)
XIII. RESULTADOS	(37)
XIV. CUADROS Y GRAFICAS	(40)

XV. ANALISIS DE RESULTADOS	(64)
XVI. ANALISIS ESTADISTICO	(71)
XVII. CONCLUSIONES	(72)
XVIII. BIBLIOGRAFIA	(73)
XIX. ANEXOS	(76)

"GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA UMF No. 33"

I. INTRODUCCION

El embarazo se define como la etapa de la mujer en la cual se encuentra dando vida a otro ser humano dentro de su cuerpo. Durante este periodo se eleva el porcentaje de episodios de cervicovaginitis en un 30 a 40% con mayor frecuencia en el tercer trimestre. Durante el embarazo se incrementa la susceptibilidad vaginal debido a un elevado porcentaje de colonización, generalmente de la flora normal, niveles aumentados de estrógenos que elevan el glucógeno en el epitelio vaginal favoreciendo así la adhesión y el crecimiento acelerado de los microorganismos.

El embarazo afecta al organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a los órganos genitales y glándulas mamarias presentando importantes cambios anatomofisiológicos. A nivel de cérvix hay un reblandecimiento y cianosis a causa del aumento de la vascularización con edema, hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales, hay alteraciones a nivel de la mucosa cervical que dan lugar a la producción del tapón mucoso; a partir del cuarto mes de embarazo hay incorporación de fibras cervicales a la porción intermedia del útero, con lo cual se va formando progresivamente el segmento uterino; hay aumento en la frecuencia de "erosiones" por eversión de las glándulas cervicales. Entre los cambios fisiológicos de la vagina durante el embarazo se encuentran un aumento de la vascularización, con coloración violácea; secreción abundante (leucorrea blanquecina), con pH de 3.5 a 6, por alto contenido de ácido láctico, que sirve para proteger al cérvix de la invasión de bacterias patógenas; aumento del espesor de la mucosa; relajamiento de tejido conectivo; hipertrofia de fibras musculares lisas. Los tres últimos dan lugar a un aumento de grosor de las paredes vaginales y a mayor elasticidad de las mismas. Cuando se altera uno de los factores anteriores, el pH vaginal se modifica y tiende hacia la alcalinidad, lo cual facilita la proliferación de germen.

La cervicovaginitis en el embarazo se define como una inflamación aguda o crónica del cuello uterino, el endocervix, la vagina y en ocasiones la vulva en una mujer embarazada, cuya etiología se da por microorganismos como bacterias (*Escherichia coli*, *Chlamydia trachomatis* o *Gardnerella vaginalis*), hongos (*Cándida albicans* más frecuente en el embarazo), Parásitos (*Tricomonas vaginales*) y virus (Herpes simple tipo 2 y Virus del Papiloma humano). Clínicamente se manifiesta por la presencia de secreción mucopurulenta que puede o no acompañarse de sensación urente, prurito, dispareunia fetidez de la secreción y datos sistémicos o locales relacionados con un proceso inflamatorio pélvico, o incluso ser parte de un proceso sistémico.

Candidiasis en el embarazo

El embarazo eleva el porcentaje de colonización vaginal al 30 o 40% y los episodios de Cervicovaginitis. De aparición mayor en el 3er trimestre. Actualmente perdió vigencia el concepto de que era favorecido por los niveles hormonales del embarazo y por la mayor producción de glucógeno por el epitelio vaginal en la gestación. Se acepta en cambio que los estrógenos aumentan la adherencia de la *Cándida saprofitas* al epitelio vaginal y así su virulencia. Por ello, los índices de curación en el embarazo son más bajos.

La presencia de candidiasis en el 3er trimestre se relaciona con ruptura prematura de membranas e infección intraamniótica. Un 30% de los niños con candidiasis sistémica, la adquirieron in útero, relacionadas quizás con las siderofilinas saturadas con hierro en exceso, presentes en el neonato, siendo ellas un caldo de cultivo ideal para las *cándidas*. También las *cándidas* llegan al neonato por su pasaje a través del canal del parto, y así al tubo digestivo del neonato.

Cervicitis por chlamydias en el embarazo:

Es la enfermedad venérea más prevalente en Estados Unidos.

La *Chlamydia trachomatis* es un parásito intracelular obligado específico del humano. Hasta hoy se identificaron 15 serotipos de *Chlamydia trachomatis*, asociados a tres grupos principales de infección:

- a)- Linfogramuloma venéreo (serotipos L1, L2, L3);
- b)- Ceguera por tracoma endémica (serotipos A, B, Ba y C);
- c)- Infecciones perinatales y enfermedades de transmisión sexual (serotipos D a K).

La localización más común es en cuello uterino (endocervicitis). El síntoma principal es la secreción mucopurulenta o hemorrágica postcoital.

La prevalencia de la *Chlamydia* en el cuello uterino de las embarazadas, se calcula en un 2 a 37%. El riesgo de conjuntivitis de inclusión en el neonato, se calcula en un 18 a 50% y el de neumonía neonatal en un 11 a 18%.

En una evaluación a gestantes con cultivos de secreciones cervicales y determinaciones de IgM en sangre, en la primera consulta prenatal y a las 30 a 34 semanas, se observó que la IgM positiva se relacionaba más con parto prematuro y ruptura prematura de membranas que el cultivo positivo. La IgM positiva indicaría una infección más invasora. Debe tenerse en cuenta que más del 70% de estas infecciones se mantienen asintomáticas, quedando sin tratamiento, ocasionando daños no identificables precozmente.

Cervicitis y vulvovaginitis herpética en el embarazo:

Infección de transmisión sexual, por el herpes virus simple tipos I y II (HSV I y HSV II). En Estados Unidos es una enfermedad endémica, con 600.000 nuevos casos anuales y una prevalencia mayor a 20.000.000. En la mujer embarazada se presenta en forma de vesículas múltiples, dolorosas y Úlceras. Por lo general se inicia al quinto o sexto mes del embarazo o puede retardarse la aparición hasta el periodo posparto. Es de resolución espontánea, pero puede ser recurrente en los embarazos subsecuentes; las recrudescencias pueden desencadenarse por el uso de estrógenos y progesterona o por el inicio de las menstruaciones los riesgos para el feto y la madre incluyen un aumento de la prematuridad y lactantes pequeños para la edad gestacional.

Cervicovaginitis gonocócica en el embarazo.

Es una enfermedad de denuncia obligatoria, de mayor frecuencia en Estados Unidos.

En esta afección se infectan las células epiteliales cilíndricas y de transición. La invasión se relaciona con la presencia de la estructura vellosa o pili en la bacteria, importante para la fijación del microorganismo al epitelio. Es posible que esta infección altere el curso de una gestación, aunque la frecuencia de su detección es cada vez menor. Se estima que, en la primera consulta prenatal, la frecuencia de detección de gonocócica es de un 0,6%. En el recién nacido puede ocurrir infección ocular (oftalmía gonocócica neonatal). En las pacientes con riesgo obstétrico, se debe detectar la *Neisseria gonorrhoeae* en la primera consulta prenatal y, si hay riesgo de una enfermedad de transmisión sexual debe repetirse en el 3er trimestre.

Vaginitis tricomoniasica en el embarazo:

La *Trichomonas vaginalis* (TV) es un parásito flagelado descrito por primera vez en 1836. Se transmite por relaciones sexuales y con múltiples parejas, coexistiendo con otros organismos. Se le observa en secreciones vaginales, cervicales y seminales. Su reservorio puede ser mujer o varón. El hombre es habitualmente vector asintomático. Una de cada 5 mujeres desarrollará tricomoniasis en su vida. En su incidencia no influyen la edad, ni el día del ciclo menstrual, ni el tipo de anticonceptivo utilizado, ni medicación antibiótica reciente, ni la frecuencia de las relaciones sexuales. En el embarazo se le ha relacionado con ruptura prematura de membranas y partos prematuros.

La cervicovaginitis presenta múltiples complicaciones como son: salpingitis en un 10 a 40%, enfermedad pélvica inflamatoria en un 25%, infección de vías urinarias recurrentes en un 45%, endometritis; así mismo se ha relacionado a la cervicovaginitis en un 48% con cáncer cervicouterino, por lo que es muy importante diagnosticarla y tratarla oportunamente. Durante el embarazo se asocia con un incremento en la frecuencia de hasta 6 veces más el parto pretérmino secundario a ruptura prematura de membranas corioamnióticas, las cuales tienen

una influencia directa en la morbimortalidad materna y perinatal.

La principal complicación de la cervicovaginitis en el embarazo es el parto pretérmino que se define como la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación.

El parto pretérmino se divide en tres subgrupos:

1. Edad gestacional entre 32 y 36 semanas, 70 % de los casos.
2. Edad entre 28 y 32 semanas, 20 %.
3. Edad menor de 28 semanas (recién nacidos inmaduros), 10 %.

Esta complicación obstétrica ocurre en 5 a 10 % del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. A pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples investigaciones en la etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional.

El concepto de factores de riesgo para cervicovaginitis es un término epidemiológico que destaca aquellas circunstancias asociadas con la presencia o desarrollo de una infección cervicovaginal.

En su mayoría los factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificados durante la atención prenatal; muchos prevenibles o modificables por medio de la supresión del riesgo o por acciones diagnósticas o terapéuticas oportunas que favorecen resultados deseables en la salud materno-infantil. En el caso de la morbilidad y mortalidad infantil asociada al embarazo los peores resultados están representados por los productos prematuros y aquellos con retraso en el crecimiento intrauterino. La etiología de estos eventos es multifactorial, sin embargo, se reconocen algunos factores como la cervicovaginitis y la bacteriuria asintomática cuyo diagnóstico y tratamiento oportunos repercuten en la disminución de la frecuencia del parto prematuro y bajo peso.

Existen otros factores que pueden causar un desequilibrio del ecosistema vaginal entre ellos se encuentra la irritación mecánica de la vagina ocasionada por cuerpos extraños, el empleo de sustancias químicas utilizadas en lavados vaginales, desodorantes, disminución de los niveles hormonales. Las fuentes de contagio son múltiples, de ahí la frecuencia de este padecimiento que entre otras causas se adquiere por: relaciones sexuales, aseo anal inadecuado, contacto con sábanas y toallas contaminadas, falta de higiene íntima, coito con mucha frecuencia o distintos compañeros.

En Estados Unidos se calculan más de 13,000 los casos anuales de cervicovaginitis las cuales ocasionan 10, 000,000 de consultas anuales. En México afecta en un 30 a 45% de la población de mujeres en edad fértil.

La cervicovaginitis es el diagnóstico más frecuente en mujeres, sin embargo la tasa mas alta se encuentra en las mujeres en edad fértil que asisten a la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar encontrándose dentro de las 10 principales causas de demanda de atención en este grupo de edad.

En la facultad de farmacia de la Universidad de los Andes, en Mérida, Venezuela en el año 2001 se realizo un estudio acerca de las citologías de las infecciones cervicovaginales evaluando las citologías de 217 mujeres que acudieron a un programa de pesquisa de cáncer cervical para determinar la frecuencia de infecciones genitales concluyendo que las infecciones genitales ocurren con frecuencia en mujeres en edad reproductiva, que la etiología de la infección es mixta en un alto porcentaje y, que el microorganismo mas comúnmente involucrado es *Trichomonas vaginalis* en asociación con flora bacteriana.

En septiembre a diciembre del 2002 se realizó un estudio de casos y controles en 158 prematuros y 158 recién nacidos de término sobre los factores de riesgo materno y nacimientos pretérmino en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca concluyendo que los factores de riesgo materno más relacionados con la frecuencia de prematurez fueron: nacimiento múltiple, deficiente control prenatal, bajo nivel socioeconómico, edad materna menor de 15 y mayor de 35 años, exposición a enfermedad durante el embarazo, rotura prematura de la membrana amniótica, cervicovaginitis e infección en las vías urinarias. Las toxicomanías fueron más comunes en el grupo de prematuros. Refiere el autor que para conocer mejor la relación entre los factores de riesgo materno y el nacimiento pretérmino, se requieren más estudios, diseñados de tal forma que permitan profundizar en el conocimiento de la fuerza que vincula los factores de riesgo y el nacimiento prematuro.

Se realizó un estudio entre enero del 2002 y junio del 2003 en el Centro de Salud Comunitario en Atención Primaria a la Salud Dr. José Castro Villagrana en Tlalpan, México D.F. Artículo original cuyo objetivo fue reconocer los factores del huésped, ya sea ginecobstétricos, de conducta sexual, de hábitos higiénicos y otros que condicionen la aparición del síndrome de vaginosis bacteriana. Estudio transversal y observacional en el que se incluyeron 968 pacientes con vida sexual activa que no habían tomado antibiótico al menos 15 días antes del estudio y que no estuvieron en el periodo menstrual en el momento de la toma de la muestra, de las 859 tenían un diagnóstico de cervicovaginitis y 109 estaban asintomáticas. Se concluyó que la vaginosis bacteriana es la causa principal asociada a procesos infecciosos en la vagina y su aparición parece estar relacionada con factores afines a la transmisión sexual. Por ello, se sugiere intervenir en los pacientes para disminuir su prevalencia y complicaciones. Con respecto al embarazo, la vaginosis bacteriana se presentó en el 26.7% de las mujeres embarazadas frente al 34.3% de las no embarazadas, diferencia que fue estadísticamente significativa.

En cuanto al número de parejas sexuales de por vida y el número de relaciones sexuales por semana, aunados al inicio de la vida sexual en edad temprana, el uso de preservativo y el embarazo, nos hacen pensar que la vaginosis bacteriana es una infección asociada a transmisión sexual, ya sea por la transmisión de bacterias como *Gardnerella vaginalis* a través de los fluidos corporales o porque estos mismos fluidos, por sus características fisicoquímicas, alteran el nicho ecológico vaginal favoreciendo el desarrollo del síndrome.

Este trabajo se realizó con el apoyo del Departamento de Medicina Familiar, UNAM, con agradecimiento a la C. Erika Oropeza por la elaboración del manuscrito.

En la Unidad de Medicina Familiar número 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio durante los meses de agosto a noviembre de 1984 acerca de la prevalencia de la leucorrea en mujeres en edad fértil, concluyendo que de 1814 mujeres estudiadas, 760 mujeres presentaron leucorrea en el periodo de tiempo preestablecido, la distribución de la leucorrea por grupos etáreos, fue más frecuente entre los 20 y 24 años, disminuyendo según aumentaba la edad de la mujer, como consecuencia de la disminución de la actividad sexual.

Según la ocupación se encontró que la leucorrea es más frecuente en las obreras con poca diferencia sobre las mujeres que se dedicaban a labores del hogar, fue más frecuente en casadas seguidas del grupo de mujeres que viven en unión libre y en menor porcentaje en las mujeres solteras., La leucorrea fue más frecuente en mujeres con educación primaria, mas de la mitad de las mujeres estudiadas con leucorrea tuvieron de 0-1 año de evolución. Menos de la mitad de las mujeres que presentaron leucorrea recibieron tratamiento, el grupo de edad en que mayor porcentaje de mujeres recibieron tratamiento fue en el de los 30 a 34 años.

Se realizó un estudio en la Unidad de Medicina Familiar número 33 del 1 de septiembre del 2000 al 31 de agosto del 2001. Fue un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo para determinar los factores de riesgo para cervicovaginitis en adolescentes, se determinó que a la edad de 17 años hubo un aumento en la prevalencia, destacando entre los factores de riesgo: el nivel socioeconómico de regular o malo, el estado civil que predominó en las mujeres solteras, la educación deficiente, el inicio de vida sexual activa a temprana edad, la frecuencia de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de preservativo que disminuye la frecuencia de cervicovaginitis, la automedicación, las medidas higiénicas y el uso de productos químicos como desodorantes y papel higiénico perfumado que aumentaron la frecuencia de la enfermedad.

GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL*:

Se hace referencia al Tratamiento de cervicovaginitis por Tricomonas, Cándida y bacterias durante el embarazo.

- **Bacterias:** 500 mg de metronidazol vía vaginal, cada 24 horas durante siete días. A partir del segundo trimestre del embarazo, 500 mg de metronidazol vía oral, cada 12 horas durante siete días.
- **Cándida*:** 200 mg de miconazol vía vaginal, un óvulo al acostarse, durante tres noches ó 100 mil unidades de nistatina vía vaginal, cada 24 horas durante 14 días.
- **Trichomonas*:** 500 mg de metronidazol vía vaginal, cada 24 horas durante siete días ó a partir del segundo trimestre del embarazo, 500 mg de metronidazol vía oral, cada 12 horas durante siete días.

* Tratar simultáneamente a la pareja

Entre las medidas generales para la prevención y control de cervicovaginitis se mencionan:

PREVENCIÓN	RUTINA GENERAL DE CONTROL
1. Baño diario.	1. Baño diario.
2. Cambio de ropa interior después del baño diario.	2. Enjuague anogenital al medio día.
3. Uso de ropa interior de algodón.	3. Cambio de ropa interior después del aseo anogenital.
4. Evitar el uso diario de pantiprotectores y tampones.	4. Evitar relaciones sexuales durante el tratamiento en caso de vaginitis por candida o tricomonas.
5. No realizar duchas vaginales.	5. Baño o aseo genital después de tener relaciones sexuales.
6. Enjuague anogenital después de defecar.	
7. Uso de preservativos durante la actividad sexual riesgosa (pareja bisexual, existencia de lesiones genitales en la pareja, sexo anal).	
8. Evitar actividad sexual con múltiples parejas.	
9. Prevenir y detectar infecciones antes de un embarazo aprovechando la toma de papanicolaou y la revisión del dispositivo intrauterino.	

Cuadro 1. Medidas de Prevención y Rutina general de control de cervicovaginitis de acuerdo a la guía clínica de cervicovaginitis.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas que acuden a la Unidad de Medicina Familiar número 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimientos de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas que acuden a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)?.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar cómo es el grado de conocimientos para cervicovaginitis en mujeres embarazadas que acude a la UMF 33 del IMSS.
2. Determinar cuáles son los principales factores de riesgo para cervicovaginitis que afectan a la población de mujeres embarazadas que acuden a la UMF 33 del IMSS.
3. Determinar cuáles son los factores demográficos de las mujeres embarazadas que acuden a la UMF 33 del IMSS.

IV. JUSTIFICACION

La cervicovaginitis en el embarazo se define como una inflamación aguda o crónica del cuello uterino, el endocérnix, la vagina y en ocasiones la vulva en una mujer embarazada, cuya etiología se da por microorganismos como bacterias (*Escherichia coli*, *Chlamydia trachomatis* o *Gardnerella vaginalis*), hongos (*Cándida albicans* más frecuente en el embarazo), Parásitos (*Trichomonas* vaginales) y virus (Herpes simple tipo 2 y Virus del Papiloma humano), La cervicovaginitis tiene grandes complicaciones durante el embarazo como en el caso de una candidiasis en el 3er trimestre de embarazo se relaciona con una Ruptura Prematura de Membranas e Infección Intraamniótica, un 30% de los niños con candidiasis sistémica, la adquirieron in útero, relacionadas con las siderofilinas saturadas con hierro en exceso, presentes en el neonato, siendo ellas un caldo de cultivo ideal para las cándidas; también las cándidas llegan al neonato por su pasaje a través del canal del parto albergándose al tubo digestivo del neonato. En el caso de una cervicitis por chlamydias en el embarazo: el riesgo de conjuntivitis de inclusión en el neonato, se calcula en un 18 a 50% y el de neumonía neonatal en un 11 a 18%; relacionada más con parto prematuro y ruptura prematura de membranas, más del 70% de estas infecciones se mantienen asintomáticas, quedando sin tratamiento, ocasionando daños no identificables precozmente.

En una cervicitis y vulvovaginitis herpética en el embarazo: los riesgos para el feto y la madre incluyen un aumento de la prematurez y lactantes pequeños para la edad gestacional. La cervicovaginitis gonocócica en el embarazo ocasiona oftalmía gonocócica neonatal y en las pacientes con riesgo obstétrico, se debe detectar la *Neisseria gonorrhoeae* en la primera consulta prenatal.

La cervicovaginitis presenta múltiples complicaciones como son: salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria, infección de vías urinarias recurrentes, endometritis; así mismo se ha relacionado a la cervicovaginitis con cáncer cervicouterino, por lo que es muy importante diagnosticarla y tratarla oportunamente. Durante el embarazo se asocia con un incremento en la frecuencia de hasta 6 veces más el parto pretermino secundario a ruptura prematura de membranas corioamnióticas, las cuales tienen una influencia directa en la morbimortalidad materna y perinatal.

El problema de la prematurez además de ser un desafío científico para los profesionales representa una gran carga económica para la sociedad. En su mayoría los factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificables durante la atención prenatal. Cae dentro de la responsabilidad del médico familiar dar una atención prenatal adecuada que tiene como principal propósito prevenir las complicaciones maternas durante el curso del embarazo, dar un diagnóstico oportuno y una atención adecuada de los mismos así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la

prevención y la educación en la mujer embarazada. Es por este motivo que se realiza la presente investigación.

V. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

1. Características del lugar donde se realizará el estudio

El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 33 "El Rosario" ubicada en la Avenida Renacimiento Y Avenida de Las Culturas s/n, Unidad El Rosario, Azcapotzalco, D.F., que pertenece a la Delegación 1 y 2 Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta unidad, tiene 4 áreas de influencia, con diferentes características socioeconómicas cada una de ellas:

Sector 1, Naucalpan, constituido por las colonias: La Florida, los Pastores, Diez de Abril, Echegaray, Rincón del Bosque de Echegaray, Hacienda de Cristo, Jardines de la Florida, Satélite, zona poniente: Santa Maria Nativitas.

Sector 2, Tlalnepantla, constituida por las colonias: Puente de Vigas, San Pedro Xalpa, Bella Vista, Rancho San José, Vista Hermosa, Industrial las Armas, Plazas de la Colonia, Residencial del Parque, Unidad Habitacional CROC. II-V-VII, El Rosario Infonavit, Xocoyahualco.

Sector 3, Distrito Federal, constituido por las colonias: Tierra Nueva, Prados del Rosario, Hacienda del Rosario, Unidad PEMEX Azcapotzalco, Rosario C.T.M., San Martín Xochinahuac, Unidad Francisco Villa, Rosario Infonavit, Unidad Habitacional C.R.O.C. I y II, Unidad Habitacional Manuel Rivera.

Sector 4, Distrito Federal, constituido por las colonias: Ahuizotla D.F., Providencia, San Pedro Xalpa, Ejido San Pedro Xalpa y pueblo Santiago Ahuizotla.

La Unidad de Medicina Familiar número 33 cuenta con una población adscrita constituida de la siguiente manera:

Niños	Adolescentes	Hombres			Mujeres			A M*	Total
0-9	10-19	20-59	20-44	60-65	20-59	20-44	60-69	60+	
18372	12014	27433	20150	3694	2059	2044	5847	20796	113816

Cuadro 2. Población adscrita la Unidad de Medicina Familiar número 33 (UMF 33) del instituto Mexicano del Seguro Social.

* Adultos Mayores (AM)

Los pacientes llegan a esta UMF por medio del sistema de cita concertada o en su defecto a consulta de forma espontánea.

2. Material:

Recursos Físicos: Áreas física en la Unidad de Medicina Familiar No. 33.

Recursos Humanos: Investigador

Recursos Materiales: Hoja de captación de datos, Lápiz o pluma, computadora, impresora, tinta, hojas bond.

Recursos Financieros: Todos a cargo del investigador.

3. Métodos:

El presente estudio está constituido por pacientes femeninas embarazadas derechohabientes usuarias de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 33 “El Rosario” de ambos turnos.

La captación de la población se realizó de acuerdo al porcentaje de pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional que acudieron a consulta de atención prenatal de turno mixto y en todos los consultorios, durante el periodo que comprende del 01 de mayo del 2006 al 30 de junio del 2006 captado por trabajo social.

En este período se incluyen 4 grupos de 30 mujeres embarazadas captadas por trabajo social de ambos turnos, con un total de 120 pacientes que acudirán a pláticas de atención prenatal en el auditorio de la UMF 33 en el periodo correspondiente

Una vez aprobado el protocolo de Investigación por el Comité Local de Investigación se procedió a solicitar a través de un memorandum la autorización y apoyo con los jefes del área del departamento clínico, sistema de información de la unidad, asistentes médicas y médicos familiares con la finalidad de tener acceso a la información.

Se identificaron las mujeres captadas por trabajo social que acudan a atención prenatal en los consultorios y durante las pláticas de atención prenatal que se realizaron en el auditorio considerando el turno matutino. Se les invitó a participar previa explicación del objetivo de estudio y consentimiento informado, aquellas mujeres que aceptaron se les dio la hoja de consentimiento informado correspondiente (anexo 1), posterior a ello se les entregó la hoja de encuesta que fungió como instrumento de recolección de los datos (anexo 2) la cual fue recogida inmediatamente al terminar el llenado, si el paciente tuvo algún impedimento visual se le aplicó la encuesta por parte del investigador. Con los datos de afiliación y consultorio se corroboró en expediente únicamente el antecedente de edad gestacional (para ser incluido en el grupo de estudio).

El vaciado de los datos se realizó en una hoja de cálculo elaborada ex profeso para ello se contemplaron los siguientes datos : Número progresivo,

Nombre de la paciente, Número de filiación, Edad en rangos de 5 a partir de los 15 años, Escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria, profesional, técnico, postgrado), Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda), Ocupación (ama de casa, obrera, profesional), Paridad (si, no), parejas sexuales(si, no), Método anticonceptivo (si, no) antes del embarazo, Ropa interior de lycra, (si, no), Baño diario (si, no), Aseo de genitales(si, no), Duchas vaginales(si, no), Diabetes mellitus (si, no), Antibióticos (si, no). Cervicovaginitis (si, no).

VI. DISEÑO DEL ESTUDIO:

TIPO DE ESTUDIO:

A) Es un estudio Observacional:

Porque se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

B) Por la captación de la información es un estudio Retrospectivo o Retrolectivo.

Porque la recolección de datos se hace a partir de información previamente recolectada para otros fines.

C) Por la medición del fenómeno en el tiempo es Transversal.

Porque no se hace seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.

D) Por la presencia de un grupo control es un estudio descriptivo.

Se estudia solo un grupo, no se hacen comparaciones.

E) Por la dirección del análisis:

Es un estudio transversal o encuesta ya que no se toma en cuenta la dirección del análisis, sólo se trata de establecer asociación. Se hace una sola medición en el tiempo de las variables en estudio.

F) Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras:

Es un estudio abierto ya que el investigador conoce las condiciones de aplicación de la maniobra y resultado de las variables.

VII. GRUPOS DE ESTUDIO:

A) CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

Esta constituido por pacientes femeninas embarazadas derechohabientes usuarias de la U.M.F. #33 "El Rosario" , en ambos turnos.

La captación de la población se realizó de acuerdo al porcentaje de pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional que acudieron a su consulta de atención prenatal de turno mixto durante el periodo que comprende del 01 de mayo al 30 de junio del 2006 captado por trabajo social.

En este periodo se incluyeron 4 grupos de 30 mujeres embarazadas captadas por trabajo social de ambos turnos, con un total de 120 pacientes que acudieron a pláticas de atención prenatal en el auditorio de la UMF 33 en el periodo correspondiente.

B) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Derechohabientes embarazadas de la U.M.F. #33 del I.M.S.S.
2. De cualquier edad gestacional.
3. Cualquier ocupación.
4. Que pertenecieron al grupo de trabajo social en el mes de mayo y junio de la UMF 33.
5. Que aceptaron participar en el estudio.
6. Que contestaron en su totalidad el instrumento aplicado.
7. De ambos turnos.

C) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. No derechohabientes de la U.M.F. #33 del I.M.S.S.
2. Que no estuvieron embarazadas.
3. Que no acudieron al auditorio a sus pláticas de orientación sobre atención prenatal los días correspondientes a su plática.
4. Pacientes con retraso psicomotriz aparente.

D) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Aquellas personas que cumplieron con los criterios de inclusión pero que sin embargo:

1. No quisieron participar en el estudio
2. No contestaron a todas las preguntas del cuestionario.
3. No se tuvieron todos sus datos completos.
4. No entregaron el cuestionario.

VIII. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En este periodo se incluyeron 4 grupos de 30 mujeres embarazadas captadas por trabajo social de ambos turnos, con un total de 120 pacientes que acudieron a pláticas de atención prenatal en el auditorio de la UMF 33 en el periodo correspondiente.

IX. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

1. VARIABLES DE ESTUDIO

A. GRADO DE CONOCIMIENTO

a) Definición conceptual:

Corresponde al grado en el que el entendimiento, la razón, la sabiduría, la percepción y la cultura nos permitan averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales; la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

b) Definición operacional:

El grado de conocimientos se obtuvo en base a la aplicación de un cuestionario de 15 preguntas a las mujeres embarazadas de la UMF 33 sobre los conocimientos de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

c) Tipo de variable:

Cuantitativa ordinal.

d) Escala de medición:

Esta se midió de acuerdo al número de aciertos obtenidos en el cuestionario en: Excelente, bueno, regular o malo. En el cuestionario se contestó con: SI o NO. Por casa Si, se dio un punto y equivale a un factor de riesgo. La respuesta No equivale a cero puntos.

e) Categorización:

GRADO DE CONOCIMIENTO	PUNTOS
EXCELENTE	7 o menos
BUENO	8 - 12
REGULAR	13 - 17
MALO	18 - 22

Cuadro 3. Valores obtenidos de acuerdo al Grado de Conocimiento de Cervicovaginitis de los Factores de Riesgo para Cervicovaginitis en mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar número 33 (UMF 33)

B. EMBARAZO

a) Definición conceptual

Etapa de la mujer en la cual se encuentra dando vida a otro ser humano dentro de su cuerpo. Se mide de acuerdo a la fecha de su última menstruación, la cual se define, como el primer día del último periodo menstrual.

b) Definición operacional

Se expresó en semanas completas transpolando la fecha de la última regla a la fecha actual determinando así la edad gestacional actual del paciente.

c) Tipo de variable:

Cuantitativa

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización:

Primer trimestre
Segundo trimestre
Tercer trimestre

C. FACTORES DE RIESGO PARA CERVICOVAGINITIS

a) Definición conceptual

Todas las condiciones que presenta el individuo y su entorno que aumentan la presencia o el desarrollo de un proceso inflamatorio y/o infeccioso agudo o crónico de la región cervicovaginal.

b) Definición operacional

Se preguntó a las mujeres embarazadas los factores de riesgo para cervicovaginitis: embarazos previos, parejas sexuales, duchas vaginales, tipo de ropa interior, higiene genital, tipo de relaciones sexuales.

c) Tipo de variable

Cualitativas para cada uno de los factores estudiados.

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización:

Si
No.

D. PAREJAS SEXUALES

a) Definición conceptual

Se refiere a las parejas que tengan contacto sexual con la paciente

b) Definición operacional

Se preguntó si el paciente ha tenido contacto sexual con varias parejas.

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Escala de Medición:

Nominal

e) Categorización

SI
NO

E. DUCHAS VAGINALES

a) Definición conceptual

Utilización de alguna sustancia para realizar el aseo vaginal ya sea química o biológica en los últimos 6 meses previos al estudio.

b) Definición operacional

Sustancia que usa la paciente para la realización del aseo genital al momento del estudio.

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Escala de Medición:

Nominal.

e) Categorización

Si
No

F. ROPA INTERIOR

a) Definición Conceptual

Tipo de ropa que se encuentra en contacto con los genitales de la mujer.

b) Definición operacional

Ropa interior de lycra, algodón o nylon que menciona el paciente al momento del estudio.

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Escala de Medición:

Nominal

e) Categorización

Lycra
Algodón
Nylon

G. PANTIPROTECTORES:

a) Definición conceptual

Utilización de toallas que se utilizan para protección de las prendas de vestir, cuando no se encuentra en periodo menstrual

b) Definición operacional

Uso cotidiano de pantiprotectores.

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización

Si
No

H. ASEO GENERAL

a) Definición conceptual

Hábitos higiénicos que el paciente practique.

b) Definición operacional

Hábitos higiénicos que el paciente practique cotidianamente hasta el momento del estudio.

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Tipo de medición:

Nominal

e) Escala de medición:

Si
NO

I. HÁBITOS HIGIÉNICOS DE GENITALES POS COITO:

a) Definición conceptual

Hábitos higiénicos que la paciente practique post coito

b) Definición operacional

Realización de aseo de sus genitales posterior a la actividad sexual

c) Tipo de medición:

Cualitativa

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización

Si
No

J. ANTIBIÓTICOS:

a) Definición Conceptual

Utilización de sustancias químicas producidas por microorganismos que tienen la capacidad de inhibir el crecimiento o de matar a otros microorganismos, como tratamiento para alguna enfermedad.

b) Definición operacional

Administración de antibióticos durante el embarazo.

c) Tipo de medición:

Cualitativa

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización

Si

No

K. PARIDAD

a) Definición conceptual

Embarazos que la paciente haya tenido

b) Definición operacional

Se preguntó al paciente si ha tenido embarazos previos.

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Escala de medición:

Nominal.

e) Categorización:

SI

NO

L. DIABETES MELLITUS

a) Definición Conceptual

Enfermedad crónica degenerativa que afecta todo el organismo.

b) Definición Operacional

Se tomó en cuenta si la paciente es portadora de Diabetes mellitas.

c) Tipo de variable:

Cualitativa.

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización:

SI
NO

M. CERVICOVAGINITIS EN EL EMBARAZO:

a) Definición Conceptual

La cervicovaginitis en el embarazo se define como una inflamación aguda o crónica del cuello uterino, el endocervix, la vagina y en ocasiones la vulva en una mujer embarazada caracterizada por secreción de flujo anómalo irritante, maloliente o no, que produce malestar local (picor o quemazón) y que se puede acompañar de disuria o dispareunia

b) Definición Operacional

Se preguntó al paciente si ha presentado escozor, picor, cambios de flujo vaginal (aspecto, color, cantidad, olor).

c) Tipo de variable:

Cualitativa

d) Escala de medición:

Nominal

e) Categorización:

SI
NO

2. VARIABLES UNIVERSALES

A. EDAD

a) Definición conceptual

Tiempo que ha vivido una persona medida en años.

b) Definición operacional

Tiempo de vida transcurrida desde el nacimiento al momento del estudio.

c) Tipo de variable

Cuantitativa

d) Escala de medición:

Intervalo

B. ESTADO CIVIL

a) Definición conceptual

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles

b) Definición operacional

Condición civil de la persona en la actualidad

c) Tipo de variable

Cualitativa

d) Escala de medición

Categoría

e) Categorización:

Soltera

Casada

Divorciada

Viuda

C. ESCOLARIDAD:

a) Definición conceptual

Grado de estudios

b) Definición operacional

Numero de grados que ha estudiado el paciente al momento del estudio.

c) Tipo de variable

Cualitativa

d) Escala de medición

Categorica

e) Categorización

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Técnico

Licenciatura

D. OCUPACIÓN:

a) Definición conceptual

Oficio en el que la paciente invierte más de 8 horas de su tiempo, ya sea remunerado o no.

b) Definición operacional

Actividad que realiza el paciente

c) Tipo de variable

Cualitativa

d) Escala de medición

Categorica

e) Categorización

Ama de casa

Obrera

Técnica

Profesionista

X. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

A las mujeres embarazadas de la UMF 33 que acudieron a consulta de atención prenatal en el turno matutino, captadas por trabajo social, se les informó sobre el objetivo del estudio y con que motivo se realizó.

Se elaboró como instrumento una encuesta estructurada, de auto aplicación la cual consta de dos apartados; el primero constituido por los datos generales de la participante que comprende: Nombre, número de filiación, número de consultorio, turno, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, fecha de encuesta, fecha de la última menstruación..

El segundo apartado comprendió 22 preguntas estructuradas con respuestas dicotómicas que corresponde al resto de factores de riesgo buscados, de acuerdo a los parámetros las preguntas que los exploran son:

Paridad: Pregunta 1.

Utiliza Tampones: Pregunta 2.

Tratamiento con Antibióticos: Pregunta 3

Diabetes Mellitus: 4, 5

Medidas Higiénicas: Preguntas: 6, 7, 8, 10, 12

Duchas Vaginales: Pregunta 11

Utiliza Pantiprotectores: Pregunta 9

Método Anticonceptivo: Pregunta 13,16

Actividad Sexual: Pregunta 14

Cervicovaginitis: Pregunta 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22,

A. PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez aprobado el protocolo de Investigación por el Comité Local de Investigación se procedió a solicitar a través de un memorandum la autorización y apoyo con los jefes del área del departamento clínico, sistema de información de la unidad, asistentes médicas y médicos familiares con la finalidad de tener acceso a la información.

Durante el periodo que corresponde el 25 de marzo al 20 de abril del 2006 se identificaron las mujeres captadas por trabajo social que acudieron a su atención prenatal ya sea en los consultorios o durante las pláticas de atención prenatal que se realizó en el auditorio considerando turno mixto. Se les invitó a participar previa explicación del objetivo de estudio, aquellas mujeres que aceptaron se les dio la hoja de consentimiento informado correspondiente (anexo 1), posterior a ello se les entregó la hoja de encuesta que fungió como instrumento de recolección de los datos (anexo 2) la cual fue recogida inmediatamente al terminar el llenado, si el paciente tuvo algún impedimento visual se le aplicó la encuesta por parte del investigador.

El vaciado de los datos se realizó en una hoja de cálculo la cual contempla los siguientes datos : Número progresivo, Nombre de la paciente, Número de filiación, Edad en rangos de 5 a partir de los 15 años, Escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria, profesional, técnico, postgrado), Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda), Ocupación (ama de casa, obrera, profesional), Paridad (si, no), parejas sexuales(si, no), Método anticonceptivo (si, no) antes del embarazo, Ropa interior de lycra, (si, no), Baño diario (si, no), Aseo de genitales(si, no), Duchas vaginales(si, no), Diabetes mellitus (si, no), Antibióticos (si, no). Cervicovaginitis (si, no).

B. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Se propuso la utilización de estadística descriptiva para cada uno de los indicadores y, una distribución de frecuencias de acuerdo a las categorías excelente, bueno, regular o mal grado de conocimiento de los factores de riesgo, obteniendo la frecuencia relativa (porcentajes) y la frecuencia acumulada, determinando la media, mediana y moda, así como la desviación estándar, varianza, asimetría y curtosis de acuerdo al polígono de frecuencias.

C. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

XI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS:

CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético apegado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

El reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, Art.17 frac. 1 (referido a los estudios considerados sin riesgo, ya que se empleas técnicas y métodos de investigación retrospectiva en los que no se aplica ninguna intervención p modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes y otros); el artículo 41 y 46 (refiere que las investigaciones en embarazadas que impliquen intervención experimental no relacionado al embarazo, pero con beneficio terapéutico para la mujer, no deberán exponer al feto a un riesgo mayor al mínimo).

La Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1° de Enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización. El manual de la organización de Fomento de la Investigación Médica (FOFOI) en 1999.

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2005	2005	2005	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Actividad	octubre	nov	dic	enero	feb	marzo	abril	mayo	junio	julio
Selección del tema	xxx R*									
Recuperación, revisión y selección de Bibliografía		Xxx R*								
Elaboración del protocolo			xxx R*	Xxx R*	xxx R*					
Planeación operativa: estudios piloto y estandarización de técnicas						Xxx R*	xxx R*	Xxx R*		
Recolección de la información								Xxx R*	Xxx R*	
Análisis de resultados.										Xxx R*
Elaboración de conclusiones.										Xxx R*
Elaboración final del informe.										Xxx R*
Revisión conjunta con el asesor										Xxx R*

Cuadro 4. Cronograma de Actividades.

Financieros: Los del investigador.

R*: Realizado

XIII. RESULTADOS

A los 120 pacientes que participaron se les aplicó una encuesta de 22 preguntas para identificar el grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en el embarazo con respuestas de si y no, calificando cada si como factor de riesgo. Los pacientes se eligieron dentro del periodo que corresponde del primero de mayo del 2006 al 30 de junio del 2006 y se captaron con ayuda de trabajo social al momento de acudir a su cita de evaluación prenatal en todos los consultorios (figura 2, Cuadro 6) y de turno matutino y vespertino, formando cuatro grupos que acudieron a pláticas de atención prenatal y aplicación del cuestionario.

El grado de conocimientos para cervicovaginitis en mujeres embarazadas se clasificó como *excelente* cuando presentaron 7 o menos puntos, *bueno* de 8 a 12 puntos, *regular* de 13 a 17 puntos, *malo* de 18 a 22 puntos, cada punto equivale a un factor de riesgo.

De acuerdo al interrogatorio se identificó como excelente el 51.6% es decir, más de la mitad de los pacientes conocía los factores de riesgo para cervicovaginitis, el 38.3% presentó un buen grado de conocimiento de los factores de riesgo, el 10% regular y de las 120 mujeres entrevistada ninguna se calificó con un mal conocimiento (Figura 7, Cuadro 10.2).

De acuerdo al interrogatorio sobre el grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas encontramos los siguientes resultados:

Embarazos previos en 60%; uso de tampones el 1.6%; antibióticos 40%; Diabetes mellitas (D.M.) 4.16%; detecciones de D.M. 4.16%; medidas higiénicas (falta de aseo: 1.6%, cambio de ropa interior: 5%, tipo de ropa interior: 10%, hiperlimpieza: 11.6%, aseo de genitales: 26.6%); duchas vaginales: 30%; uso de pantiprotectores: 13.3%; Anticonceptivos: (uso de dispositivo intrauterino (DIU): 31.6%, desconoce prevención por medio de preservativos: 21.6%); trata de evitar la actividad sexual en el embarazo: 40%; cervicovaginitis: (presencia de infecciones vaginales previas: 40%, ha presentado prurito: 48%, ha presentado ardor en los genitales: 23.3%, ha observado cambios en la cantidad de flujo vaginal: 70%, ha cambiado el aspecto de flujo vaginal: 63%. ha cambiado de color: 55%, el flujo presenta olor desagradable: 23.3%) (Figura 1, Cuadro 5)).

De estos factores los que más frecuentemente se presentaron fueron: Embarazos previos, duchas vaginales, uso de DIU, actividad sexual en el embarazo, infecciones vaginales previas y posibles infecciones cervicovaginales actuales (Figura 4, Cuadro 8).

De los 120 pacientes entrevistados se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo al interrogatorio sociodemográfico, presentando en rangos de edad de 16 a 20 años el 21.6%, de 21 a 25 años el 25%, de 26 a 30 años el 30%, de 31 a 35 años el 15% y, de 36 a 40 años el 8.3%, por lo que rango más frecuente fue de 26 a 30 años (Figura 3, Cuadro 7). De acuerdo al estado civil se reportaron: solteras el 11.6%, casadas el 73.3%, divorciadas el 1.6%, unión libre el 13%; lo que demuestra que el grupo que se presentó con más frecuencia fue el de mujeres casadas (Figura 3.4, Cuadro 7.4). Por escolaridad a nivel primaria se reportaron el 11.6% de las personas entrevistadas, a nivel secundaria el 38.3%, preparatoria el 23.3%, a nivel técnico el 13.3% y profesionistas el 13.3%; predominando el nivel de preparatoria (Figura 3.1, Cuadro 7.1). En lo que se refiere a ocupación el 51.6% se dedica al hogar, el 26.6% son obreras, el 20% técnicos y el 1.6% son profesionistas; por lo que más de la mitad de los pacientes entrevistados se dedican al hogar (Figura 3.2, Cuadro 7.2). De acuerdo a la edad gestacional el 5% se encuentra en el primer trimestre, el 30% en el segundo trimestre y el 65 % en el tercer trimestre (Figura 3.3, Cuadro 7.3)

De acuerdo a la presencia de signos y síntomas (preguntas 17, 18, 19, 20, 21 y 22 del cuestionario) para diagnosticar una probable cervicovaginitis, de las 120 pacientes interrogadas, el 6.6% no tuvo signos y síntomas, el 20% presentó uno, el 15% presentó dos, el 21.6% presentó tres, el 20% cuatro, el 11.6% cinco y el 5% de los pacientes presentaron todos los signos y síntomas interrogados. Por lo que se concluye que en su mayoría (93.4%) los pacientes tuvieron signos y síntomas de una probable cervicovaginitis (Figura 5.7, Figura 9.7).

De los signos y síntomas que más se repitieron en orden de frecuencia fueron: ardor vulvar (66 pacientes), cambios en el aspecto del flujo vaginal (42 pacientes), cambios en la cantidad de flujo vaginal (38 pacientes), mal olor del flujo vaginal (28), prurito vulvar (28) y cambios en la coloración del flujo vaginal (14 pacientes) (Figura 5.1, Cuadro 9.1).

Las edades de los pacientes interrogados que presentaron mayor cantidad de signos y síntomas de cervicovaginitis estuvieron en el rango de 20 a 29 años (Figura 5, Cuadro 9).

Con respecto al estado civil fueron las mujeres casadas seguidas de las que se encuentran en unión libre y soltera las que más signos y síntomas de cervicovaginitis presentaron (Figura 5.2, Cuadro 9.2).

De acuerdo a la escolaridad la presencia de signos y síntomas para cervicovaginitis que más frecuentes se presentaron fue a nivel secundaria y bachillerato (Figura 5.3, Cuadro 9.3).

Los signos y síntomas para diagnosticar cervicovaginitis en mujeres embarazadas que se presentaron con mayor frecuencia de acuerdo a la ocupación fueron las que se dedican al Hogar seguidas de las empleadas u obreras (Figura 5.4, Cuadro 9.4)

En relación a la edad gestacional los signos y síntomas se presentaron más frecuentemente en mujeres que cursaban su tercer trimestre de embarazo (Figura 5.5, Cuadro 9.5).

XIV. CUADROS Y GRAFICAS

FACTORES DE RIESGO		SI	NO
1	Embarazos previos	60	40
2	Uso de tampones	13.3	86.3
3	Antibióticos	40	60
4	Uso de D.M	63.3	36.3
5	Resultado de detección	4.16	95.8
6	Uso de ropa interior	13.3	86.3
7	Ropa interior	5	95
8	Uso de ropa interior	13.3	86.3
9	Uso diario de pantiprotectores	13.3	86.6
10	Compleja	13.3	86.3
11	Duchas vaginales	30	70
12	Uso de dentales	26.6	73
13	Uso de preservativos	21.6	78.3
14	Coito sexual en el embarazo	40	60
15	Infecciones vaginales previas	40	60
16	Uso de P.II antes del embarazo	31.6	68.3
17	Comezón	48.3	51.6
18	Comezón	23.3	76.6
19	Cambios en la cantidad de flujo vaginal	70	30
20	Aspecto del flujo	63.3	36.36
21	Color del flujo	55	45
22	Olor del flujo	23.3	76.6

Cuadro 5. Porcentaje de los Factores de Riesgo para Cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

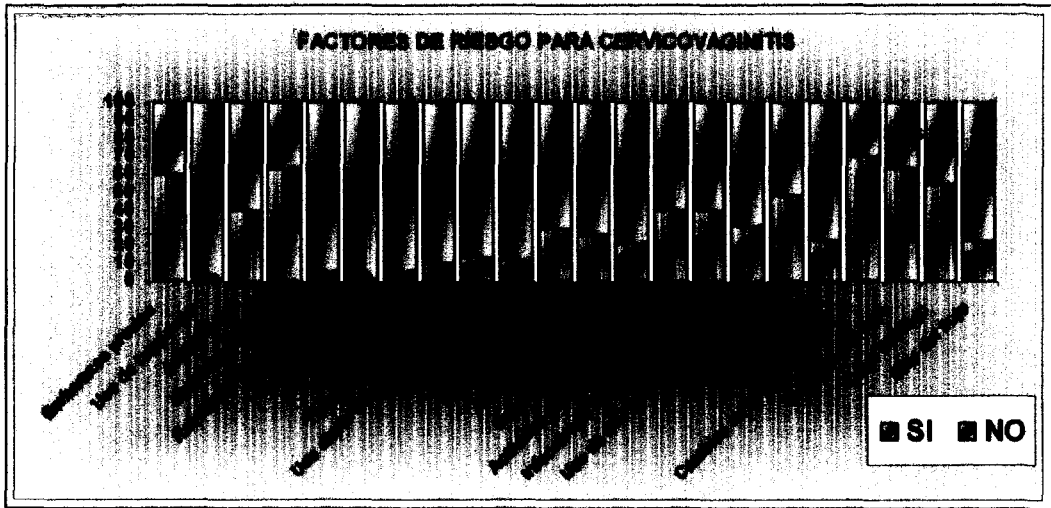


Figura 1. Factores de riesgo para cervicovaginitis de los pacientes participantes.

Personas	Consultorio
2	1
4	2
4	3
18	4
2	5
4	6
2	7
6	8
2	9
12	10
2	11
2	12
6	13
4	14
4	15
2	16
8	17
2	18
4	19
6	20
4	21
2	22
6	23
6	24
6	25
Total	120

Cuadro 6. Mujeres embarazadas participantes con factores de riesgo para cervicovaginitis (CV) por consultorio.

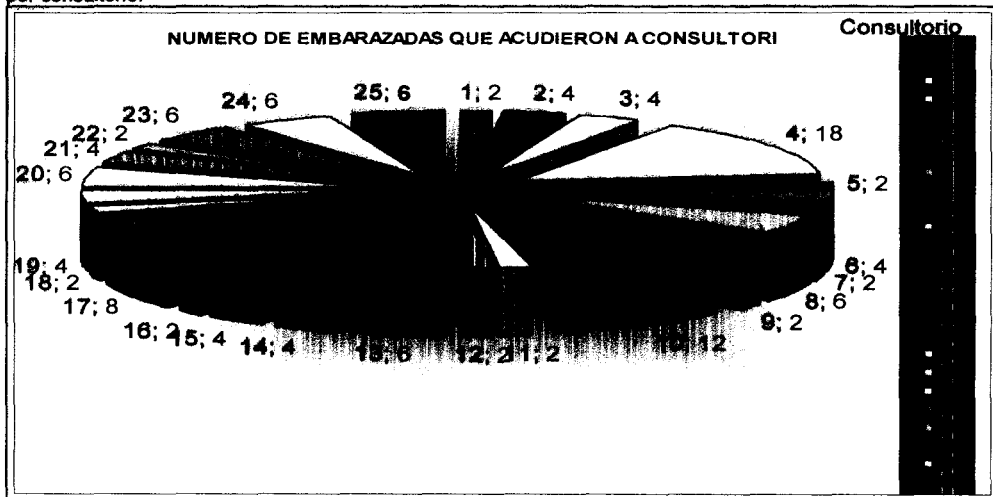


Figura 2. Porcentaje de mujeres embarazadas que presentaron factores de riesgo por consultorio.

Rango de edad	Cantidad
16 - 20	26
21-25	30
26-30	36
31-35	18
36-40	10

Cuadro 7. Pacientes participantes en el estudio de acuerdo a la edad.

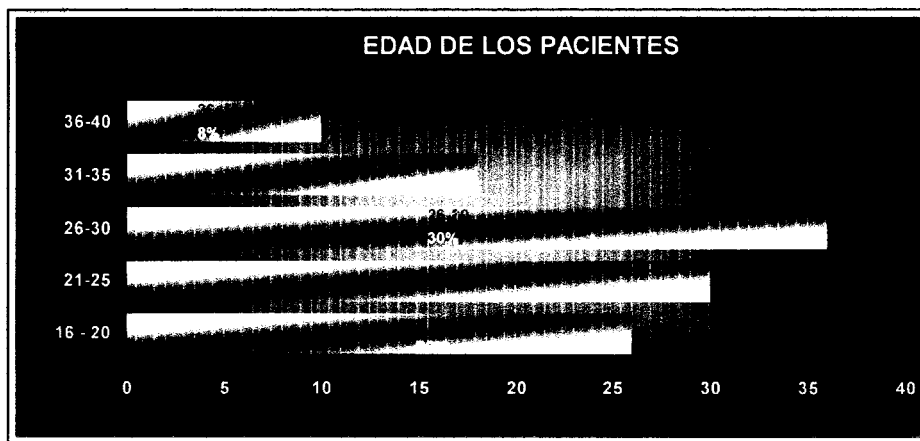


Figura 3. Factores sociodemográficos de acuerdo a la edad de los pacientes participantes.

ESCOLARIDAD	PACIENTES
Primaria	14
Secundaria	45
Preparatoria	28
Técnicos	16
Profesionistas	16

Cuadro 7.1. Pacientes participantes en el estudio de acuerdo a la escolaridad.

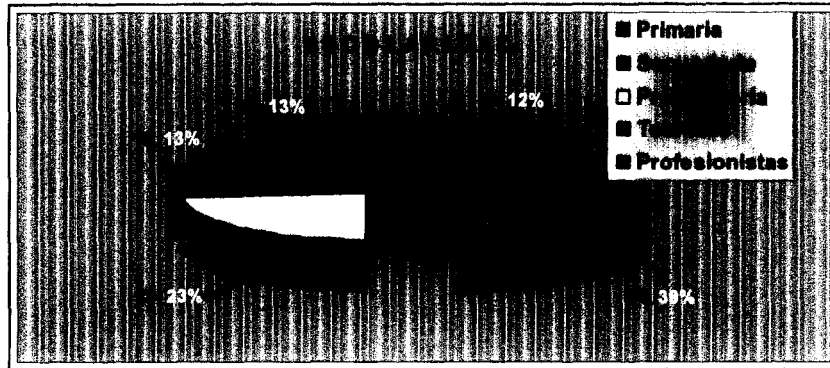


Figura 3.1. Factores sociodemográficos de acuerdo a la escolaridad de los pacientes participantes.

OCUPACIÓN	PACIENTES
Hogar	62
Obrero	32
Técnico	24
Profesionista	2

Cuadro 7.2. Pacientes participantes en el estudio de acuerdo a la ocupación.

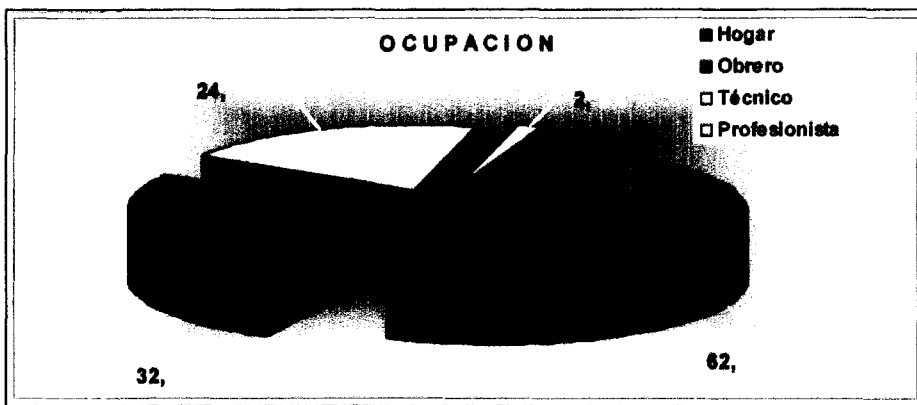


Figura 3.2 Factores sociodemográficos de acuerdo a la ocupación de los pacientes participantes.

EDAD GESTACIONAL	PACIENTES
Primer Trimestre	6
Segundo Trimestre	36
Tercer Trimestre	78

Cuadro 7.3. Pacientes participantes en el estudio de acuerdo a la edad gestacional.

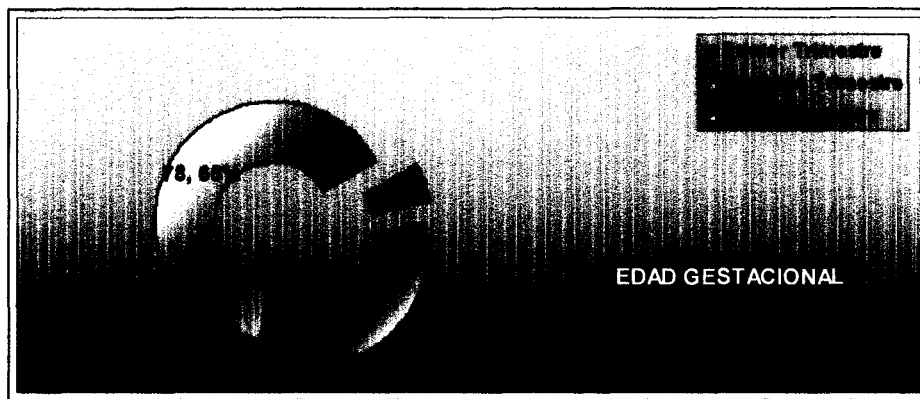


Figura 3.3. Factores sociodemográficos de acuerdo a la edad gestacional de los pacientes participantes.

Estado Civil	Porcentaje de Pacientes (%)
Casadas	73.3
Unión Libre	13
Solteras	11.6
Divorciadas	1.6
Viudas	0

Quadro 7.4. Pacientes participantes en el estudio de acuerdo al Estado Civil.

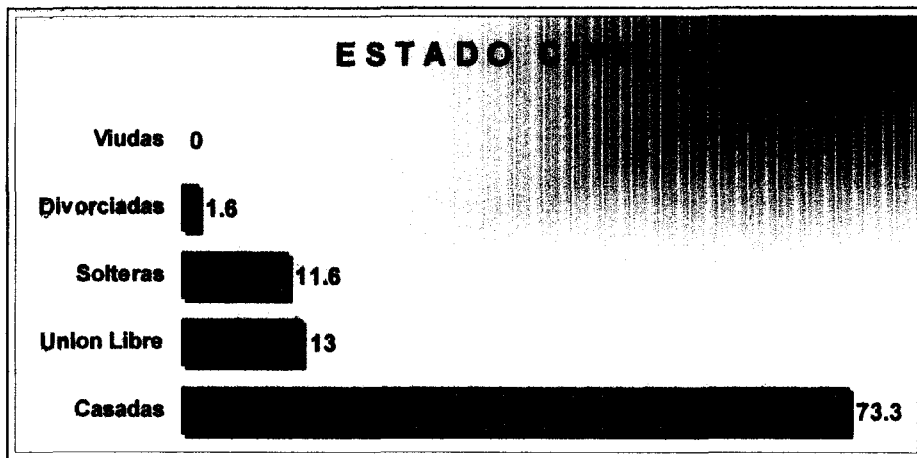


Figura 3.4. Factores sociodemográficos de acuerdo al estado civil de los pacientes participantes.

}

FACTORES DE RIESGO	PORCENTAJE DE PACIENTES (%)
Embarazos previos	60
Uso de tampones	1.60
Uso de antibióticos	40
Probable Diabetes Mellitus gestacional	4.16
Detecciones de Diabetes Mellitus	30
Duchas vaginales	30
Uso de pantiprotectores	13.30

Cuadro 8. Porcentaje de pacientes que presentaron Factores de Riesgo para cervicovaginitis.

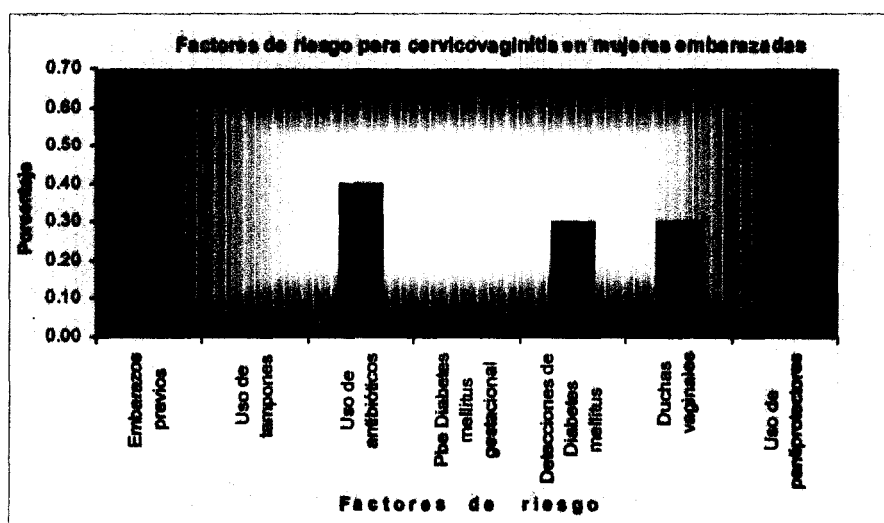


Figura 4. Factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

FACTORES DE RIESGO	PACIENTES (%)
Falta de aseo	1.60
Cambio de ropa interior	5
Tipo de ropa interior	10
Hiperlimpieza	11.60
Deficiente aseo de genitales	26.60

Cuadro 8.1. Porcentaje de pacientes de acuerdo al grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a las medidas higiénicas.

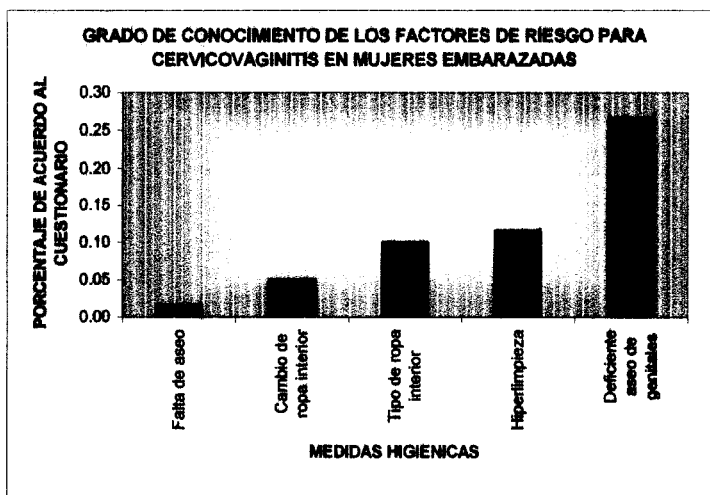


Figura 4.1. Grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a las medidas higiénicas.

FACTORES DE RIESGO (ANTICONCEPTIVOS)	PORCENTAJE DE PACIENTES (%)
Uso de DIU antes del embarazo	31.80
Sin uso de preservativos	21.80
Exposición a enfermedades venéreas	40

Cuadro 8.2. Porcentaje de pacientes de acuerdo al grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a anticonceptivos.

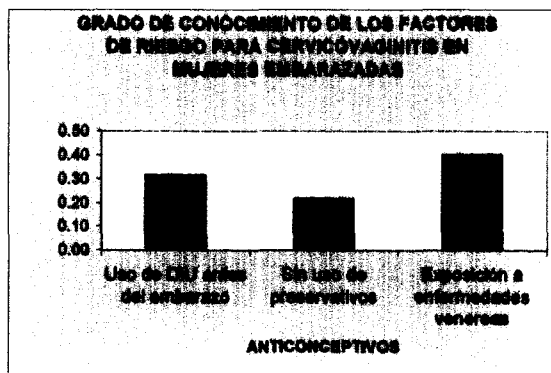


Figura 4.2. Grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a los anticonceptivos.

Edad	Prurito Vulvar	Dolor Vulvar	Cambios en la cantidad de flujo vaginal	Cambios en el aspecto del flujo vaginal	Cambios en el color del flujo vaginal	Mal olor del flujo vaginal
16	1					
17			1	1		
18			2	2	2	
19	1		5	4	4	2
20	2	1	3	1	1	1
21	1		2	2	2	1
22	1		3	4	3	3
23	3	2	3	4	3	2
24	1	2	3	1	1	
25	2	1	2	3	2	
26	2	1	5	6	2	
27	3	1	2	3	2	3
28	2	2	2	3	2	
29	2	1	1	1	1	
30	2	1	2	1	1	1
31	1	1	2		1	
32	1		1	1	1	
33	1		3	3	6	1
34	1	1	2	1		
35	1	1	1	1	1	
36	1	1	1			
37	1		1			
38	1		1			
TOTAL	28	14	44	39	33	14

Cuadro 9. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a la edad.

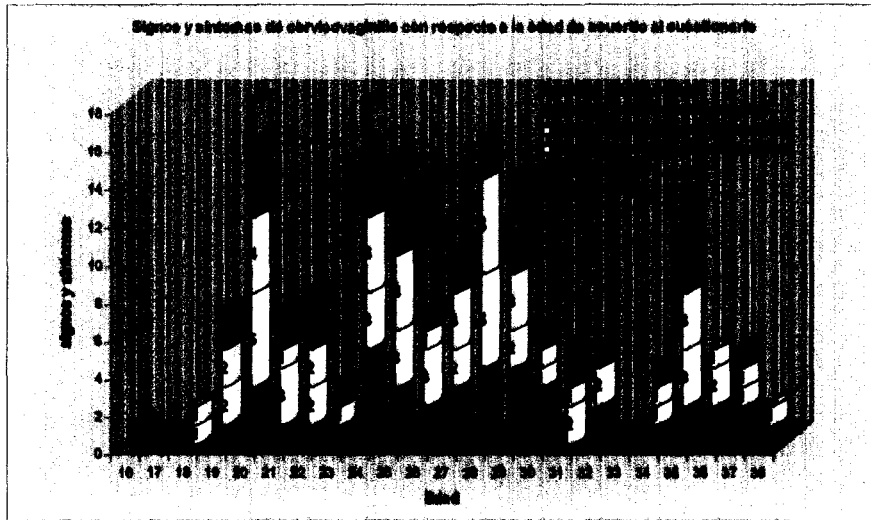


Figura 5. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a la edad.

SIGNOS Y SINTOMAS	PACIENTES (%)
Ha presentado prurito vaginal en el embarazo	48
Ha presentado ardor en los genitales durante el embarazo	23.30
Ha presentado cambios en la cantidad de flujo vaginal durante el embarazo	70
Ha cambiado el aspecto del flujo vaginal durante el embarazo	63
Ha cambiado el color del flujo vaginal durante el embarazo	56
Ha presentado olor desagradable del flujo vaginal durante el embarazo	23.30

Cuadro 9.1. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas que más se repitieron.

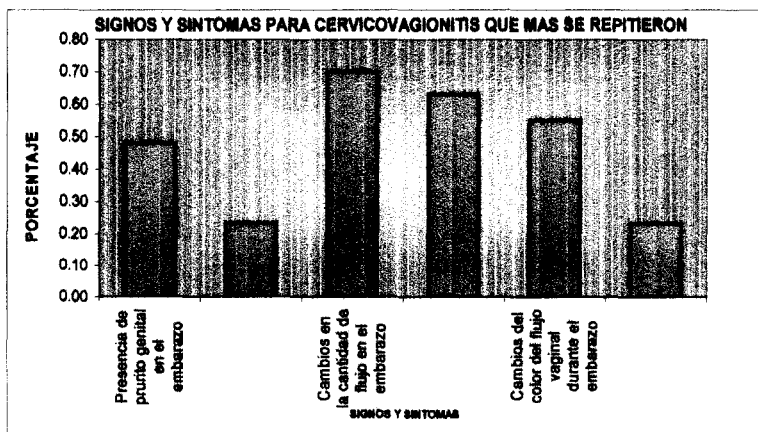


Figura 5.1. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas que más se repitieron.

Estado civil	Prurito Vulvar	Dolor Vulvar	Cambios en la cantidad e flujo vaginal	Cambios en el aspecto del flujo vaginal	Cambios en el color del flujo vaginal	Mal olor del flujo vaginal
Casada	22	11	25	26	22	9
Soltera	3	2	5	3	2	3
Divorciada		1	2	1	1	
Unión libre	3		10	9	8	

Cuadro 9.2. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo al estado civil.

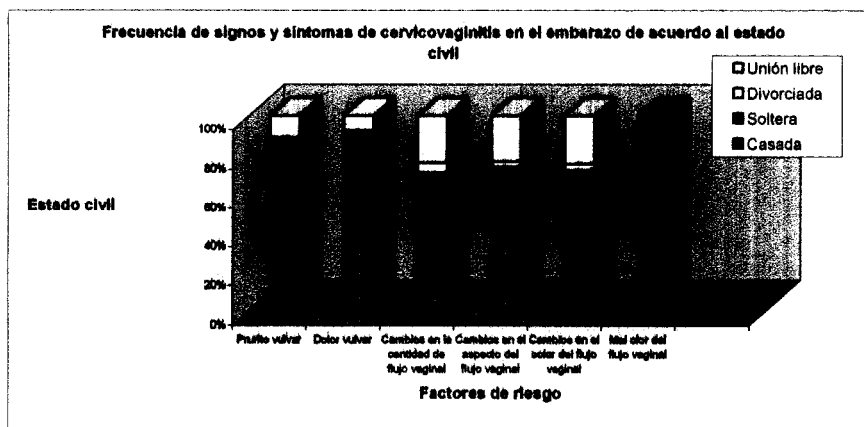


Figura 5.2. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo al estado civil.

Escolaridad	Prurito Vulvar	Dolor Vulvar	Cambios en la cantidad e flujo vaginal	Cambios en el aspecto del flujo vaginal	Cambios en el color del flujo vaginal	Mal olor del flujo vaginal
Primaria	5	3	5	4	6	2
Secundaria	9	5	16	15	11	3
Bachillerato	7	5	10	12	7	6
Profesionista	2		8	5	6	2
Tecnico	5	1	3	3	3	1

Cuadro 9.3. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo a la escolaridad.

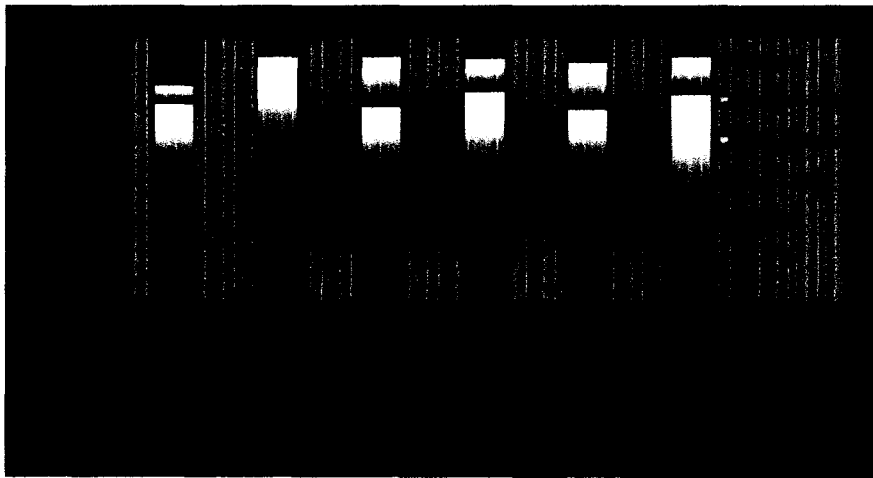


Figura 5.3. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo a la escolaridad.

Ocupación	Prurito Vulvar	Dolor Vulvar	Cambios en la cantidad e flujo vaginal	Cambios en el aspecto del flujo vaginal	Cambios en el color del flujo vaginal	Mal olor del flujo vaginal
Hogar	14	7	22	20	18	7
Obreras	5	5	10	10	6	4
Técnicos	6	1	6	8	7	2
Profesionistas	2	1	2	1	1	1
Estudiantes	1		2		1	

Cuadro 9.4. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con relación a la ocupación.

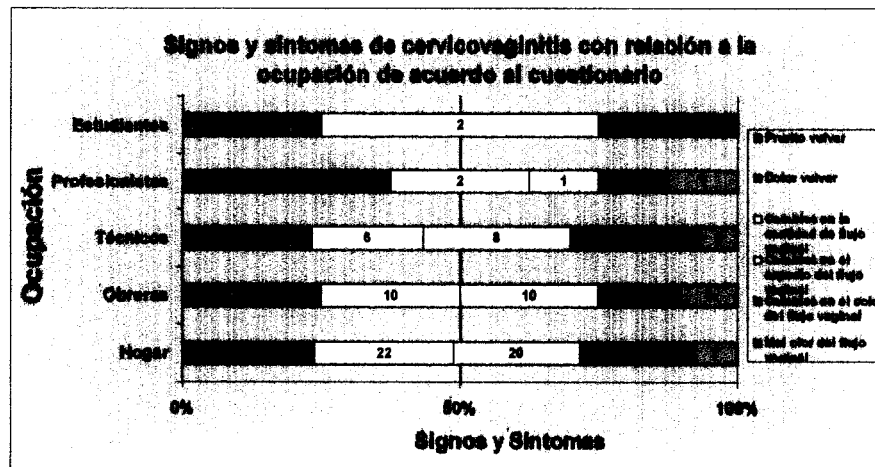


Figura 5.4. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con relación a la ocupación.

Ocupación	Prurito Vulvar	Dolor Vulvar	Cambios en la cantidad e flujo vaginal	Cambios en el aspecto del flujo vaginal	Cambios en el color del flujo vaginal	Mal olor del flujo vaginal
Primer trimestre	1	0	6	4	1	2
Segundo trimestre	5	4	15	9	8	6
tercer trimestre	22	10	21	26	24	6

Cuadro 9.5. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a la fecha de la última menstruación.

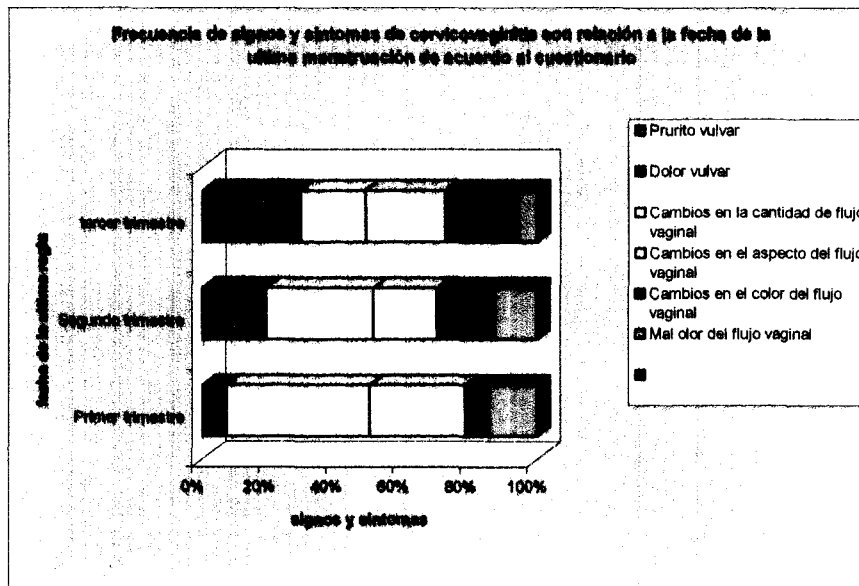


Figura 5.5. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a la fecha de la última menstruación.

Edad	Prurito Vulvar	Dolor Vulvar	Cambios en la cantidad e flujo vaginal	Cambios en el aspecto del flujo vaginal	Cambios en el color del flujo vaginal	Mal olor del flujo vaginal	TOTAL
16	1						1
17							
18			1	1			2
19	1		2	2	2		7
20	2	1	5	4	4	2	18
21	1		3	1	1	2	8
22	1		2	2	2	2	9
23	1			1	1		3
24	3	2	3	4	3	3	18
25	1	2	3	4	3	2	15
26	2		3	1	1		5
27	2	1	2	3	2		10
28	3	1	5	5	2		16
29	2	2	2	3	2	3	14
30	2	1	1	1	1		6
31			2	1	1	1	5
32	1	1	2		1		5
33							
34	1		1	1	1		4
35	1	1	3	3	5	1	14
36	1	1	2	1			6
37	1	1	1	1	1		5
38	1		1				1

Cuadro 9.6. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas de acuerdo a la edad

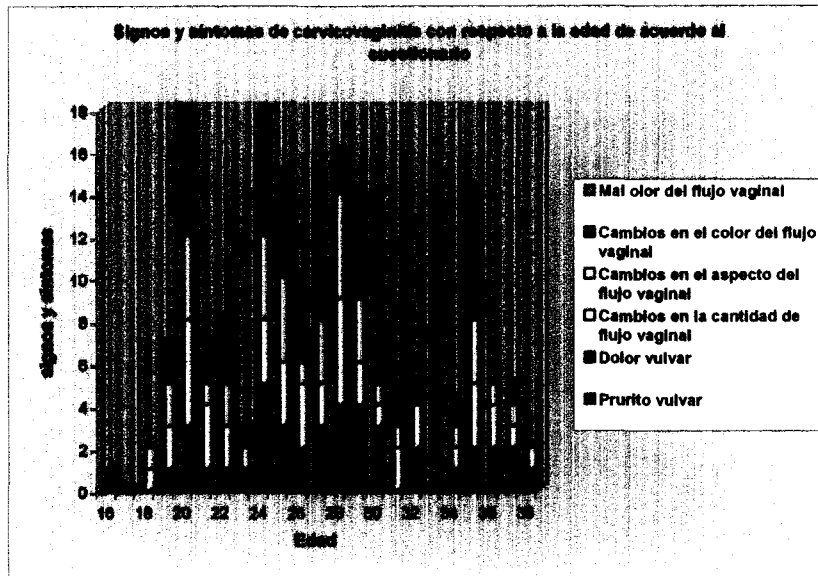


Figura 5.6. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas de acuerdo a la edad

Número de signos y síntomas	Porcentaje de pacientes (%)
0	6.60
1	20
2	15
3	21.60
4	20
5	11.60
6	5

Cuadro 9.7. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas de acuerdo al cuestionario.

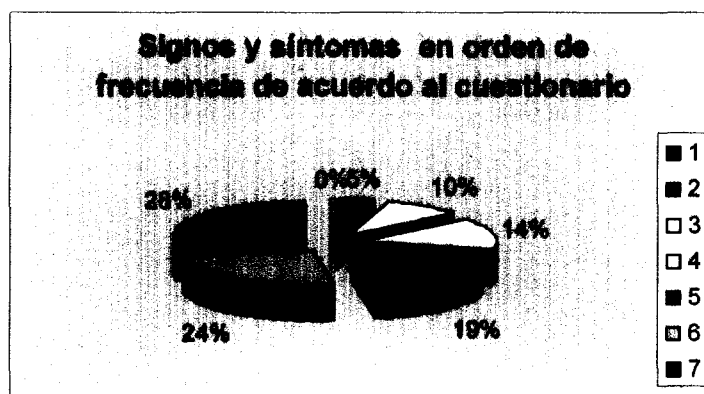


Figura 5.7. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas de acuerdo al cuestionario.

Grado de conocimiento	Pacientes
Malo	0
Regular	12
Bueno	46
Excelente	62

Cuadro 10. Frecuencias del grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

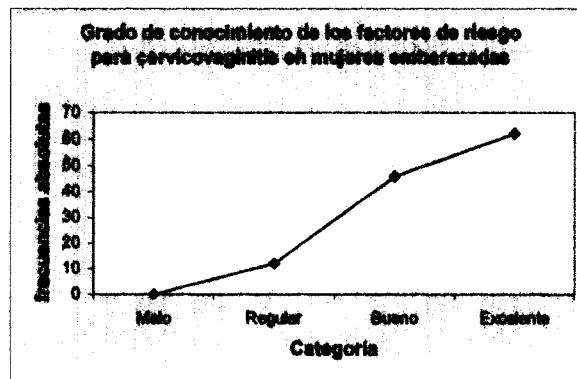


Figura 6. Polígono de Frecuencias del grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

Categoría	Códigos	Frecuencias absolutas	Frecuencias relativas (porcentaje)	Frecuencias acumuladas
Excelente 7 – menos	1	62	51.6%	62
Bueno 8 - 12	2	46	38.3%	108
Regular 13-17	3	12	10%	120
Malo	4	0	0	0

Cuadro 10.1. Grado de conocimiento e los factores de riesgo para cervicovaginitis en el embarazo

GRADO DE CONOCIMIENTO	PORCENTAJE DE PACIENTES (%)
Excelente	52
Bueno	38
Regular	10
Malo	0

Cuadro 10.2. Grado de conocimientos de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

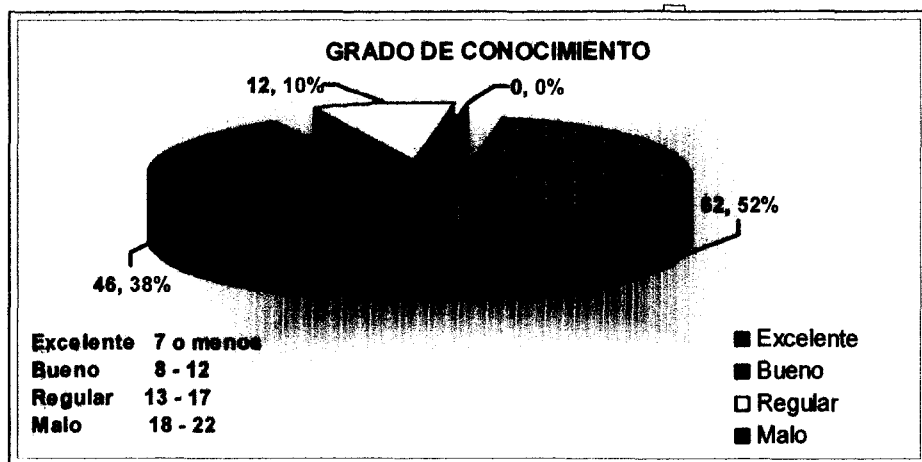


Figura 7 Grado de conocimientos de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

XV. ANALISIS DE RESULTADOS:

En la bibliografía se menciona que los episodios de cervicovaginitis durante el tercer trimestre de embarazo se elevan en un 30 a 40% debido a un elevado porcentaje de colonización generalmente de la flora normal y a niveles elevados de estrógenos que elevan el glucógeno en el epitelio vaginal favoreciendo así la adhesión y el crecimiento acelerado de los microorganismos, en este estudio se observa que efectivamente los pacientes que se encuentra en su tercer trimestre de embarazo presentan más frecuentemente signos y síntomas de cervicovaginitis.

Los resultados obtenidos en el estudio realizado en la Unidad de medicina Familiar número 20 acerca de la presencia de leucorrea en mujeres en edad fértil muestran que las mujeres de 20 a 24 años presentaron mayor frecuencia de leucorrea y en comparación con los signos y síntomas interrogados en el presente estudio fue de 20 a 29 años encontrando que las primeras caen dentro del margen de frecuencia de nuestro estudio. De acuerdo a la ocupación la presencia de leucorrea fue más frecuente en obreras a diferencia de nuestro estudio en el que se registraron mayor cantidad de signos y síntomas en mujeres embarazadas dedicadas al hogar. Se menciona además que la leucorrea se presentó con mayor frecuencia en mujeres casadas presentando similitud con el presente estudio.

En la UMF 33 se realizó un estudio acerca de los factores de riesgo para cervicovaginitis en adolescentes (2000-2001) encontrando los siguientes resultados:

- a) Edad. Presentando un aumento de la prevalencia a los 17 años, en nuestro estudio se observa que el rango de edades que con mayor frecuencia presenta signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas fue de 20 a 29 años.

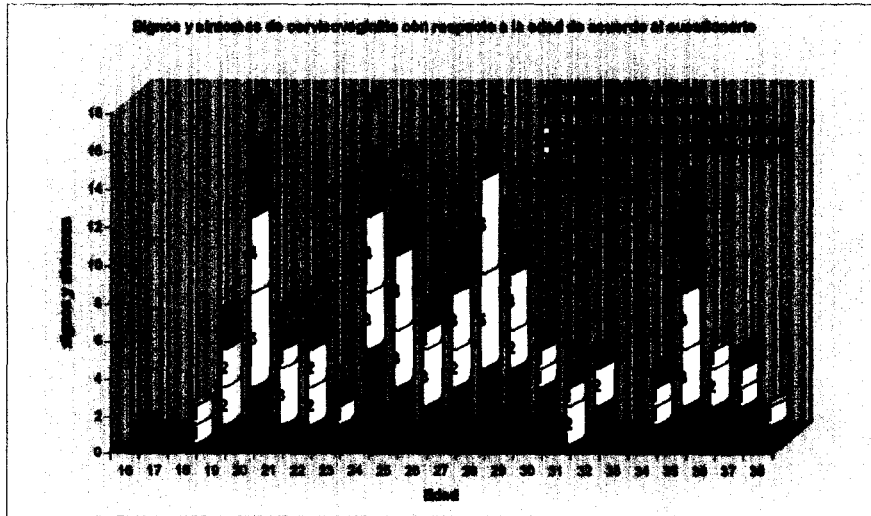


Figura 5. Signos y síntomas de cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a la edad.

- b) Nivel socioeconómico bajo en nuestro estudio no lo interrogamos.

c) En el estudio se menciona que un factor de riesgo para cervicovaginitis son las mujeres solteras, en nuestro estudio lo presentaron en mayor proporción las mujeres casadas.

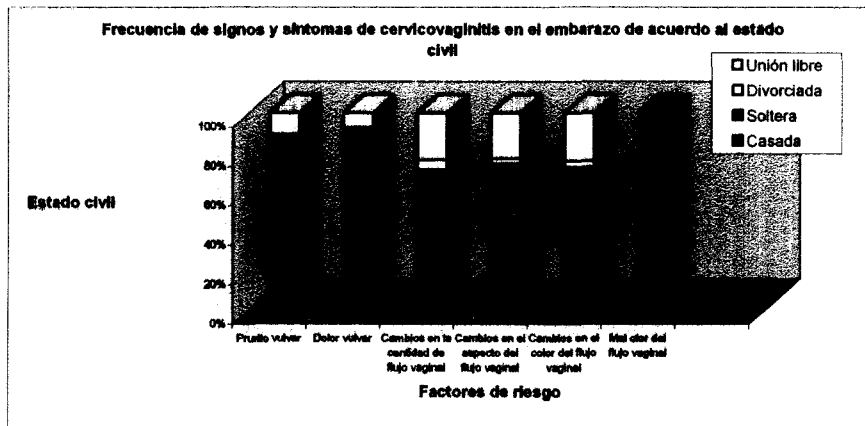


Figura 5.2. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo al estado civil.

- d) En el estudio menciona como factor de riesgo una educación deficiente, en este estudio se reporta más frecuentemente a nivel secundario y bachillerato.

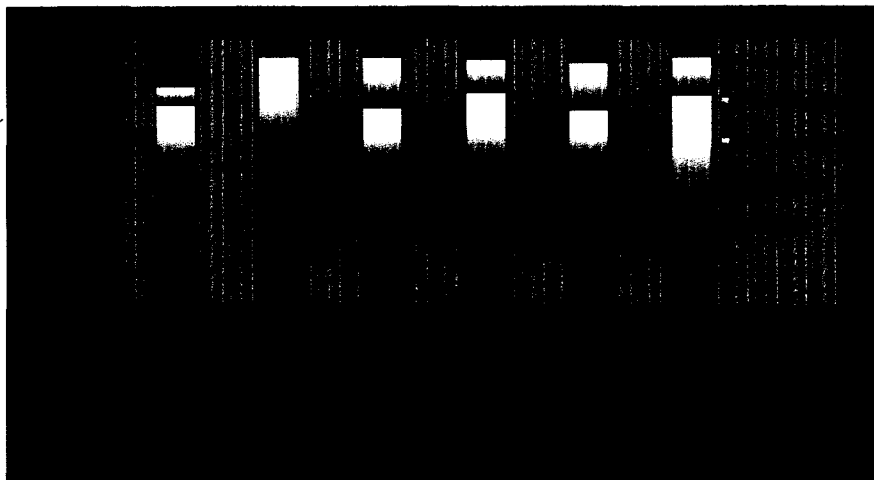


Figura 5.3. Frecuencia de signos y síntomas de cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo a la escolaridad.

- e) Se menciona que un factor de riesgo importante es el aumento de la frecuencia de relaciones sexuales, en el presente estudio encontramos que el 40% de las mujeres embarazadas evita la actividad sexual en el embarazo.
- f) El 40% de nuestros pacientes registro infecciones vaginales previas.

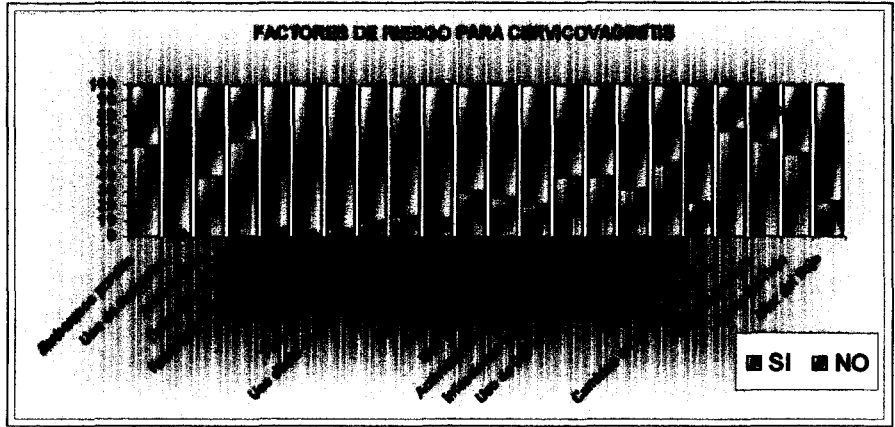


Figura 1. Factores de riesgo para cervicovaginitis de los pacientes participantes.

- h) Los productos químicos utilizados en los genitales se reporto como factor de riesgo encontrando en nuestro estudio que el 10% de los pacientes usa ropa de lycra, el 11.6% tiende a la hiperlimpieza de genitales, el 30% se aplica duchas vaginales, el 13.3% usa pantiprotectores, el 31.6% uso DIU previo a su embarazo y el 1.6% usa tampones.

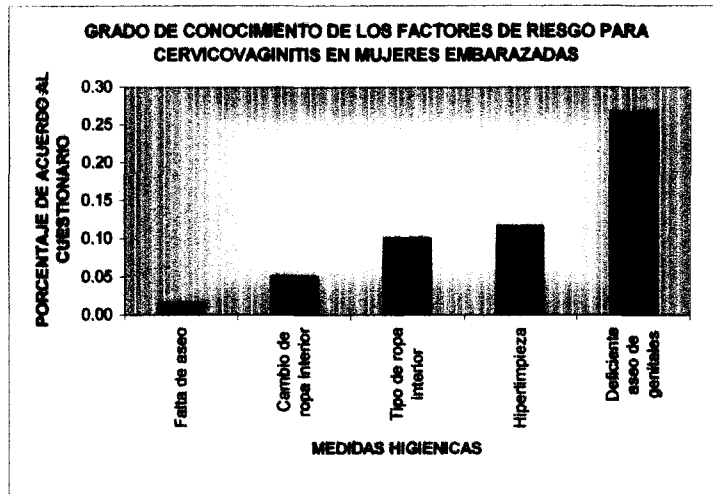


Figura 4.1. Grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas con respecto a las medidas higiénicas.

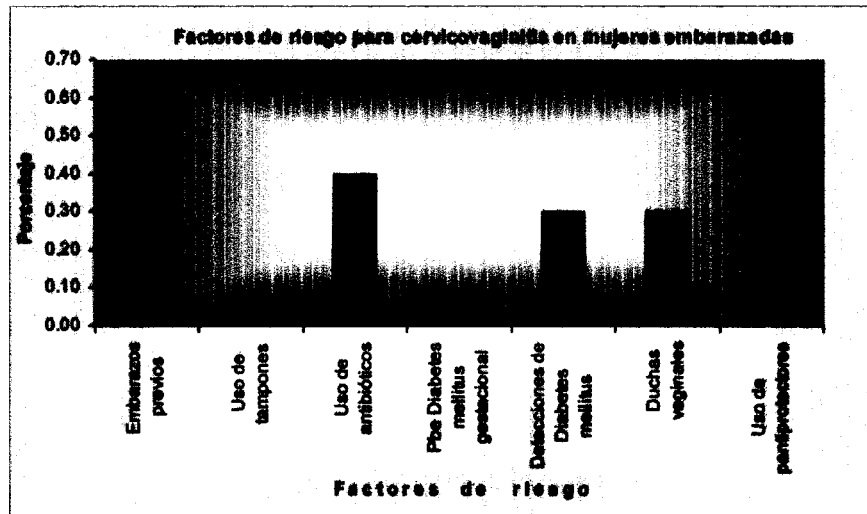


Figura 4. Factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas.

Con respecto a las medidas generales para la prevención y control de cervicovaginitis en el embarazo obtenidas de la Guía Clínica para la Atención prenatal se usó como referencia para la elaboración del cuestionario obteniendo los resultados ya mencionados.

XVI. ANALISIS ESTADISTICO:

Se realizó una distribución de frecuencias de acuerdo a la categoría excelente, bueno, regular y mal grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en mujeres embarazadas, se obtuvo la frecuencia relativa que son los porcentajes de casos en cada categoría y la frecuencia acumulada, encontrando que más de la mitad de las pacientes entrevistadas presentó un grado de conocimientos excelente con un 51.6%, poco menos de la mitad de la población presentó un buen grado de conocimientos es decir, 38.3% y uno de cada 10 pacientes es decir 10% presentó un regular grado de conocimientos, mientras que ningún paciente entrevistada obtuvo un mal grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en el embarazo de acuerdo al cuestionario aplicado (Figura 7, Cuadro 10.1, Cuadro 10.2).

El grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en el embarazo fue excelente. La categoría que más se repitió fue excelente. Se encontró una mediana de 2.5 y una media de 7.4, es decir que en promedio los sujetos se ubican en 7.4 (Excelente), desviándose 3.8 unidades de la escala, es decir una desviación estándar de 3.8 y una varianza de 14.44, con un máximo de 62 pacientes (Excelente) y un mínimo de 12 pacientes (Regular). Ninguna persona presentó un mal conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores medios o elevados.

De acuerdo al polígono de frecuencia se presenta una curva con asimetría negativa, es decir, que se encuentran más valores agrupados hacia la derecha (por arriba de la media) y una curtosis negativa (figura 6).

XVII. CONCLUSIONES:

De las 120 pacientes entrevistadas se encontró que más de la mitad presentó un grado de conocimientos excelente con un 51.6%, poco menos de la mitad de la población presentó un buen grado de conocimientos es decir, 38.3% y uno de cada 10 pacientes es decir 10% presentó un regular grado de conocimientos, mientras que ningún paciente entrevistada obtuvo un mal grado de conocimiento de los factores de riesgo para cervicovaginitis en el embarazo.

Los principales factores de riesgo para cervicovaginitis que afectan a la población de mujeres embarazadas que acuden a la UMF 33 son: Embarazos previos, duchas vaginales, uso de DIU, actividad sexual en el embarazo, infecciones vaginales previas y posibles infecciones cervicovaginales actuales.

De acuerdo a las características sociodemográficas la edad más frecuente de los pacientes entrevistados fue de 26 a 30 años en un 30%, predominando la escolaridad secundaria en un 39%, casadas 73.3%, dedicadas en su mayoría al hogar (51%), y una edad gestacional del tercer trimestre en su mayoría (78.65%).

De los pacientes que participaron el 93.4% presentó algún signo y síntoma de una probable cervicovaginitis. Los signos y síntomas que más frecuentemente se presentaron fueron ardor vulvar seguidos de cambios en el aspecto, olor y cantidad del flujo vaginal.

Las mujeres que más frecuentemente presentaron signos y síntomas fueron las de edad de 20 a 29 años, las casadas seguidas de las de unión libre, de escolaridad secundaria, las que se dedican al hogar y las que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo.

XVIII. BIBLIOGRAFIA

1. *Guía clínica para la atención PRENATAL*: Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S59-S69 Blanca Hernández Leyva et al. Guía clínica en atención prenatal.

- 1.- Gori J., Larouso Ay col. Infecciones ginecológicas En: El Ateneo editor Ginecología de Gori 2ª edición El Ateneo, 2001: pp195-196

- 2.- Lepargeneur J, Rousseau V, “ protective role of de durdelain flora”. Journal de Gynecologie obstetrique et biologic de la producción 31(5)2002, pp 485 – 294

- 3.- Esehenbach M. “Cervicovaginitis” En: Ginecología General Enfermedades de transmisión sexual. Séptima edición Editorial Mc Millán Heineman 1998; pp 117 - 143

- 4.- Cutie ML, Almaguer JA, Álvarez M.” Vaginosis bacteriana en edades tempranas”; Rev cubana Obstet Ginecol 25 (3); 2000: pp174 –80

- 5.- Coco A., Vandebosche, “Infectious Vaginitis”: Rev Postgraduate Medicine, vol. 107 N4 abril 2000: pag. 63-74.

- 6.- Trejo J. “Guia clinica para el diagnostico, tratamiento, y prevención de cervicovaginitis por bacterias, tricomonas y candida” Rev. Med IMSS 41 sup. 2003 pp S71-S73

- 7.- Mota Vázquez R. “Factores de Riesgo para cervicovaginitis en adolescentes de la UMF 33 el Rosario Turno Vespertino” Tesis, UNAM México D. F.,2000

- 8.- Ferrer J. “ vaginal candidosis: epidemiological and etiological factors” International Journal of Ginecology of Obstetrics 71 (1) dec 2000: pp21-27

- 9.- González E, Lara G, Granados MG, “Cervicovaginitis y embarazo”. Salud Publica y nutrición; (1) 2000:pp12 –16

- 10.- Smarth S., Singal A., Mindel A., “ Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis” Sexually transmittedd infections 80 (1): 2004: pp 58-62

- 11.- Sorvillo F , Kovacks A,Kerndt P y cols “Risk factors for trichomonaiass among women with human inmunodeficiency virus infection at a public clinic in Los Angeles county, California: Implications for HIV preventiòn”, American Journal Tropical Med;58 (4), 1998: pp 495-500

XVIII. BIBLIOGRAFIA

1. *Guía clínica para la atención PRENATAL*: Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S59-S69 Blanca Hernández Leyva et al. Guía clínica en atención prenatal.

- 1.- Gori J., Larouso Ay col. Infecciones ginecológicas En: El Ateneo editor Ginecología de Gori 2ª edición El Ateneo, 2001: pp195-196

- 2.- Lepargeneur J, Rousseau V, “ protective role of de durdelain flora”. Journal de Gynecologie obstetrique et biologic de la producción 31(5)2002, pp 485 – 294

- 3.- Esehenbach M. “Cervicovaginitis” En: Ginecología General Enfermedades de transmisión sexual. Séptima edición Editorial Mc Millán Heineman 1998; pp 117 - 143

- 4.- Cutie ML, Almaguer JA, Álvarez M.” Vaginosis bacteriana en edades tempranas”; Rev cubana Obstet Ginecol 25 (3); 2000: pp174 –80

- 5.- Coco A., Vandebosche, “Infectious Vaginitis”: Rev Postgraduate Medicine, vol. 107 N4 abril 2000: pag. 63-74.

- 6.- Trejo J. “Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento, y prevención de cervicovaginitis por bacterias, tricomonas y candida” Rev. Med IMSS 41 sup. 2003 pp S71-S73

- 7.- Mota Vázquez R. “Factores de Riesgo para cervicovaginitis en adolescentes de la UMF 33 el Rosario Turno Vespertino” Tesis, UNAM México D. F.,2000

- 8.- Ferrer J. “ vaginal candidosis: epidemiological and etiological factors” International Journal of Gynecology of Obstetrics 71 (1) dec 2000: pp21-27

- 9.- González E, Lara G, Granados MG, “Cervicovaginitis y embarazo”. Salud Pública y nutrición; (1) 2000:pp12 –16

- 10.- Smarth S., Singal A., Mindel A., “ Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis” Sexually transmitted infections 80 (1): 2004: pp 58-62

- 11.- Sorvillo F , Kovacks A,Kerndt P y cols “Risk factors for trichomoniasis among women with human immunodeficiency virus infection at a public clinic in Los Angeles county, California: Implications for HIV prevention”, American Journal Tropical Med;58 (4), 1998: pp 495-500

12.- Velasco M, Pozos C, Cardona P "Enfermedades infecciosas del cervix uterino, vagina, vulva: Prevención diagnóstico y tratamiento". Rev. Med.IMSS 37 (3)1999: pp185 –191

13.- Holzman C., Leventhal J., Qiu MD " Factors linked to bacterial vaginosis in nonpregnant women" American public health association. Vol (91) 2001:pp1664 – 1670

14.- Cullins V, Domínguez L, Guberski T " Treating vaginitis" Nurse pract. 24 (10); pp46 -58

15.- Rajamanohara S., Low N., Pozniak J., " Bacterial vaginosis, ethnicity, and the use of genital clearing agents: a cse control study"American sexually transmitted disease asociation (26) 1999: pp 404 – 409

16.- Iannacchione M" The vagina Dialogues do you Douch" American journal 104 (1) 2004; pp40 -44

17.- Canto T, Polanco LE, Fernández V, y cols " Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar"; Gaceta Medica de México 138 (1) 2002: pp25 – 29

18.-Harmanl OH, Cheny GY, " Urinary tract, infections in women with bacterial vaginosis ". Obstet Gynecol;(95) 2000: pp 710 – 712

19.- Castro E, Domínguez M, Navarrete P. "Necesidad de optimizar los recursos de diagnostico y tratamiento de la cervicovaginitis en los centros de atención primaria de la salud". Revista colombiana maternidad ; 1998; 3: 4 – 7

20.- Guerra F, Flores S, Arteaga G, Zamora A, " Factores de riesgo y secuelas reproductivas asociadas a la infección por chlamydia en mujeres infértiles" . Salud Publica de México 45 (S5) 2003; ppS672- S680

21.- Pavonen J. Teisala K, Heinonen PK. Microbiological and histopatological findings in acute pelvis inflammatory disease. Am. J. Obstet Gynecol (94)1987: pp 454- 460ç

22.- Population Council "Las Enfermedades de Transmisión Sexual como problema de Salud Publica: Situación Actual y Prioridades de Investigación, en Lanyer y Tobert eds. Resumed 13(2) 2000: pp. 63-65

23- Weström L., evaldsón G, Holmes K. "Taxonomi of vaginosis;bacterial a definición",In MardhP. A; Taylor – Robinson D;eds. Bacterial Vaginosis Uppala, Stockolm,Sweden: Almaquivist and Wisskell, Internacional 1984: pp250- 260

24.- Fasio T. " Factores asociados a vaginosis bacteriana Revista Salud publica y nutrición Monterrey nuevo León 2002

25.- Issler j, " Infecciones del tracto Genital Inferior" Revista de Postgrado de la Cátedra Vía medicina N.102 mzo 2001: pp 21- 38

26.- Colding H. "Bacterial vaginosis" Gynecology: clinical update: Kalamazzo Mich: The Upjohn Company 1990 Cullins V, Domínguez L., Gurski T. "Treating vaginitis": Nurse Pract 24 (10) oct 1999: pp 46-58

27- Egan ME. "Vaginosis Problem – oriented – diagnosis"; American family physician (62) 2000: 1095 – 1104

28.- Mendoza A, Sánchez T "Frecuencia de vaginosis producida por Gardnerella y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital": Ginecología y obstetricia de México 2001: 69 pp272 – 275.

XIX. ANEXOS

**ANEXO 1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD**



Anexo 4

"Carta de consentimiento informado (adultos)"



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	
Lugar y Fecha	1
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado	2
Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC	3
El objetivo del estudio es	4
Se me ha explicado que mi participación consistirá en	5
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
6	
<p>El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiere con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>	
7	
Nombre y firma del paciente	
8	
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:	
Testigos	9
	9

Clave: 2816 - 008 - 013



INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Lugar y Fecha	Lugar y fecha del día en que se esta llenando el formato de consentimiento informado.
2	Proyecto de investigación titulado	Nombre del proyecto como fue registrado ante el CLIS o la CNIC.
3	Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC	El número de registro ante el Comité de Investigación en Salud o la CNIC.
4	El objetivo del estudio	La razón que justifica la realización del estudio que se llevará a cabo.
5	Se me ha explicado que mi participación consistirá en	La participación del paciente en el proyecto de investigación, mencionando el número de consultas propias del proyecto, estudios, análisis, punciones, intervenciones, medicamentos, volumen de sangre u otros líquidos corporales o tejidos que se extraerán, llenado de bitácoras y otros.
6	Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes	Las inseguridades y beneficios a los que esta expuesto el paciente.
7	Nombre y firma del paciente	Nombre completo y firma del paciente que participará en el proyecto de investigación.
8	Nombre matrícula y firma del investigador principal	Nombre completo, matrícula y firma del investigador principal.
9	Testigos	Nombre completo y firma de dos testigos del paciente.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
JEFATURA DE INVESTIGACION EN SALUD
HOJA DE CAPTACION DE DATOS ANEXO "2"

Estimado derechohabiente, el siguiente es un cuestionario derivado de un proyecto de investigación que analiza los factores de riesgo para infección vaginal en mujeres embarazadas, entendiendo a estos como situaciones o hábitos que pueden desencadenar esta enfermedad, este cuestionario es confidencial, sus respuestas son útiles para poder ofrecer una mejor calidad en su atención. Le pedimos conteste este cuestionario con la mayor veracidad posible responda todas las preguntas encontrara preguntas que explora su intimidad sin embargo es importante que las conteste debido a que estas respuestas son importantes para identificar factores que pueden ser perjudiciales para la salud.

GRACIAS

Lea por favor, cada una de las siguientes preguntas y marque con una X la opción que considere correcta.

Fecha de la encuesta
Número de filiación

Número de consultorio
Turno

Edad
Estado civil

Escolaridad
Ocupación

Fecha de la última menstruación.

CUESTIONARIO

1. ¿Ha tenido embarazos previos?

SI () NO ()

2. Antes de este embarazo ¿acostumbra el uso de tampones durante sus menstruaciones?

SI () NO ()

3. ¿Ha usado algún antibiótico para infección vaginal durante su embarazo?

SI () NO ()

4. ¿Se ha realizado la prueba de azúcar en la sangre en los últimos 6 meses?

SI () NO ()

5. ¿Su resultado fue normal o anormal?

NORMAL () ANORMAL ()

6. ¿Se baña diariamente?

SI () NO ()

7. ¿Se cambia de ropa interior después del baño diario?

SI () NO ()

8. ¿Qué tipo de ropa interior acostumbra usualmente?

LYCRA () ALGODÓN () NYLON ()

9. ¿Acostumbra el uso diario de pantiprotectores?

SI () NO ()

10. ¿Acostumbra la limpieza de sus genitales por medio de jabones repetidas veces durante el día?

SI () NO ()

11. ¿Se realiza duchas vaginales?

SI () NO ()

12. ¿Enjuaga sus genitales y ano después de ir al baño?

SI () NO ()

13. ¿Usa preservativos durante la actividad sexual?

SI () NO ()

14. ¿Evita la actividad sexual durante su embarazo?

SI () NO ()

15. ¿Antes de embarazarse cursó con alguna infección vaginal?

SI () NO ()

16. ¿Antes de embarazarse se controlaba con dispositivo intrauterino?

SI () NO ()

¿Ha presentado algunas de las siguientes molestias en sus genitales durante su embarazo?

17. Comezón

SI () NO ()

18. Picor o ardor

SI () NO ()

19. Cambios cantidad de flujo vaginal

SI () NO ()

20. Aspecto del flujo

SI () NO ()

21. Color del flujo SI () NO ()

22. Mal olor del flujo SI () NO ()