



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
(UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47
SAN LUIS POTOSÍ, SLP)

CERVICOVAGINITIS COMO CAUSA DE PARTO PREMATURO, EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF 1 IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ
DURANTE ENERO A DICIEMBRE DE 2006.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BEATRIZ ISABEL ROJAS HERNANDEZ

San Luis Potosí SLP

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CERVICOVAGINITIS COMO CAUSA DE PARTO PREMATURO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF 1 IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ DURANTE ENERO A DICIEMBRE DE 2006.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BEATRIZ ISABEL ROJAS HERNANDEZ

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

DR. HIPOLITO JIMENEZ RUIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
(SEDE UMF 47)

DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRIGUEZ

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
(MAESTRÍA EN CIENCIAS)
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

DR CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
(MEDICO FAMILIAR)

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45

SAN LUIS POTOSI SLP

2008

CERVICOVAGINITIS COMO CAUSA DE PARTO PREMATURO, EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF 1 IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ
DURANTE ENERO A DICIEMBRE DE 2006

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BEATRIZ ISABEL ROJAS HERNANDEZ

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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE	PAGINA
Título	1
Índice general	4
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	5
Planteamiento del problema	20
Justificación	21
Objetivos	23
General	23
Específicos	23
Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)	23
Metodología	23
- Tipo de estudio	23
- Población, lugar y tiempo de estudio	23
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	23
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	24
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	26
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	29
Resultados	31
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	32
Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados	45
Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)	47
Referencias bibliográficas	49
Anexos	56

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud define como pretérmino a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37. La tasa de prematuridad en los EEUU es de 11 %, mientras que en Europa varía entre 5 a 7 %. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años (1)

En países como el nuestro, la frecuencia de nacimientos pretérmino se calcula entre 10 a 12% de todos los embarazos. (2)

En el caso de México, en el que la frecuencia informada oscila entre 8.9% y 13.7% en centros hospitalarios La frecuencia de nacimientos pretérmino es alta en países en desarrollo como el de tercer nivel. (3).

Una mujer que haya tenido cualquiera de los siguientes eventos y afecciones está en mayor riesgo, en la madre pueden contribuir a un parto prematuro: Preeclampsia, Nefropatía, Diabetes, Infección, Cardiopatía, Falta de cuidados prenatales, Mala nutrición, Edad joven (una madre menor de 18 años), Drogadicción (4)

Entre los factores predisponentes para una cervicovaginitis figuran: El embarazo: eleva el porcentaje de colonización vaginal al 30 o 40% y los episodios de Cervicovaginitis. De aparición mayor en el 3er trimestre.

La vaginitis gonocócica en la embarazada esta infección es posible que altere el curso de la gestación, aunque la frecuencia de su detección es cada vez menor. Se estima que, en la primera consulta prenatal, la frecuencia de detección gonocócica es de 0,6 %. (5)

Las infecciones del tracto genital bajo son más comunes entre mujeres sexualmente activas y mujeres embarazadas (6)

Los tres tipos más comunes de vaginitis de vaginitis durante el embarazo son la candidiasis, la tricomoniasis y las vaginitis inespecíficas (7)

La tricomoniasis es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, afecta principalmente a la población de 20 a 50 años de edad, en especial a mujeres con múltiples parejas sexuales (8)

Las gestantes con tricomoniasis vaginal tienen un 30% más de riesgo de prematuridad. Se estima que la tricomoniasis vaginal tratada es causa de un 14% de prematuridad y la no tratada de un 16%. Si se asocia a vaginosis bacteriana y Chlamydia, pueden llegar al 40% de prematuridad.

En la gestante con riesgo y asintomática, se aconseja determinar el diagnóstico en el 1er trimestre.

En la gestante sintomática, en cualquier momento (9)

El metronidazol es efectivo contra la tricomoniasis durante el embarazo, pero puede aumentar el riesgo de parto prematuro. La intervención es claramente factible en ámbitos de escasos recursos dado que el metronidazol es relativamente económico y se encuentra disponible como un producto genérico (10)

La candidiasis vaginal o moniliasis, es una de las infecciones del tracto urinario que más afecta a las mujeres. Cada año, millones de mujeres padecen esta enfermedad a lo largo y ancho de nuestro planeta. Se estima, que 3 de cada 4 mujeres padecerán al menos de un episodio de candidiasis vaginal durante el transcurso de sus vidas. Afortunadamente, esta enfermedad es de fácil y rápido diagnóstico, y su adecuado tratamiento cura la enfermedad de forma rápida y segura.4 La repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido. Hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Candida albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros (11)

La candidiasis vaginales una frecuente infección en las mujeres, produciendo un flujo irritante y pruriginoso. ES mucho más frecuente (dos a diez veces) en mujeres embarazadas, y es más difícil de erradicar durante el embarazo. (12)

CERVICOVAGINITIS.

Vulvovaginitis: un exudado vaginal fisiológico consiste en secreciones cervicales y vaginales, células epiteliales y flora bacteriana. El h normal de la vagina es de 3.8 a 4.2 Un exudado vaginal fisiológico no suele tener olor ni causar prurito, ardor o alguna otra molestia. Las bacterias más comunes son especies de *Lactobacillus* (bacilo de Doderlein). Otras bacterias incluyen estreptococos, estafilococos, difteroides, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli* y varios microorganismos anaerobios. También es común encontrar especies de *Candida* y *Mycoplasma*. Vulvovaginitis es la inflamación e irritación de la vagina, causada con mayor frecuencia por agentes microbiológicos. Por lo general, la infección se origina en la vagina. Los síntomas más comunes son prurito, ardor o ambos, vulvovaginales, olor anormal y aumento del exudado. No todos los trastornos inflamatorios de la vagina (vaginitis) ocasionan necesariamente irritación vulvar.

Las 3 causas comunes de vaginitis son: Especies de Candida (levadura, Monilia), Trichomonas vaginalis e infección bacteriana sinérgica (vaginosis bacteriana). (13).

Tricomoniasis

Es una infección vaginal causada por Trichomonas vaginalis, parásito protozoario unicelular de cola tipo látigo que utiliza para impulsarse a través del moco de la vagina y la uretra. Esta enfermedad transmitida sexualmente se presenta a nivel mundial.

En los Estados Unidos, la mayor incidencia ocurre en mujeres entre los 16 y 35 años de edad. Este protozoario causante de la enfermedad no puede sobrevivir en la boca ni en el recto y, por lo tanto, se transmite durante las relaciones sexuales del pene a la vagina o por medio del contacto de vulva a vulva de la pareja infectada (14).

Síntomas

a) En la mujer: Molestia durante la relación sexual, prurito vaginal, secreción vaginal amarillenta, verdosa, espumosa con olor fuerte o fétido; hinchazón de los labios o prurito vulvar ; prurito o picazón en el interior de los muslos.

b) En los hombres: Ardor después de orinar o eyacular, prurito o picazón en la uretra, ligera secreción de la uretra (26)

Diagnóstico: Criterios diagnósticos: flujo maloliente, amarillo grisáceo o verdoso. A veces es espumoso y fétido y empeora post-menstruación. PH marcadamente elevado > 4.5

Presencia de tricomonas y de polimorfos nucleares en el fresco (de la mezcla de flujo con 1 ml de solución fisiológica, se coloca una gota en un portaobjetos y luego se cubre con un cubreobjetos. Normalmente para ver un fresco se utilizan dos portas, en uno se coloca la mezcla con KOH para ver hifas, y en el otro la mezcla sola para ver tricomonas, o clue cells de las vaginosis)

Test del olor positivo

Se observa colpitis con micro hemorragias se ve en el 25% de los casos. Se solicita cultivo sólo ante la sospecha resistencia al metronidazol.

Tratamiento de la tricomoniasis Debe tratarse a ambos miembros de la pareja, y no pueden mantener relaciones sexuales hasta haber concluido el tratamiento.

Elección: metronidazol 2 gr. Mono dosis. No tomar alcohol hasta 24 hs luego de haber finalizado el tratamiento.

Alternativa: metronidazol 500 MG cada 12 horas por 7 días.

No emplear tratamientos tópicos.

Si se sospecha resistencia, dar altas dosis de metronidazol, 2 gr. Mono dosis durante 3-5 días.

Rastrear ETS (enfermedades de transmisión sexual) y EDUCAR para prevenir ETS

Tricomoniasis y embarazo Metronidazol, 2gr v.o. No es recomendable en el primer trimestre de embarazo.

El metronidazol oral no debería utilizarse durante el primer trimestre de gestación. Sin embargo, el fármaco puede administrarse durante el segundo y tercer trimestre. En el primer trimestre de embarazo, se puede utilizar el clotrimazol óvulos (100 mg. 12 h. durante 7 días) como antitrichomoniásico tópico, si bien su eficacia es limitada (15).

El diagnóstico se efectúa por el cultivo es el método más exacto para detectar Trichomonas. 86 al 95 % de los casos se detectan por este método. Basados en el cultivo, 25 - 50 % de las mujeres con infección por Trichomonas vaginalis en un trabajo son asintomáticas. Medio de cultivo Diamond o Roiron. (16).

Vaginitis por Candida

La candidiasis vaginal es una vaginitis infecciosa producida por una levadura del género cándida, siendo el más común de ellos la cándida albicans (85%), seguido por la cándida glabatra y la cándida tropicalis. se puede presentar bajo dos formas.

En su forma como levadura (no patógena, blastoporo) y en su forma micelar donde desarrolla una especie de raíces, pseudohifas (forma patógena) que se entrelazan entre sí y con las que perforan y se fijan a las células de la mucosa vaginal (formaciones micelares). Esta forma patógena se da cuando existe un sobrecrecimiento originado básicamente por una deficiencia inmunológica o por una carencia de los bacilos de Döderlein (anteriormente mencionados). La inflamación se produce entonces por la fijación de las hifas al epitelio y por la producción de numerosas sustancias tóxicas que la cándida genera, especialmente de tipo proteasa celular (que destruyen el tejido epitelial) y fosfolipasas (que destruyen fosfolípidos) propias del metabolismo de la cándida. En ocasiones también se puede agravar el cuadro por reacciones alérgicas al hongo, cosa que puede ser común en mujeres con un terreno alérgico previo o predispuesto. (17)

Candida albicans es responsable para el 80 % al 92 % de los casos. C. albicans forma parte de la flora de la vagina en 15-20 % de mujeres sanas y 30- 40 % de mujeres embarazadas. La distinción

entre candidiasis vulvovaginal y colonización asintomática es difícil porque los signos y síntomas indicativos de candidiasis se solapan con otras patologías vaginales. En muchos laboratorios se usa la tinción de Gram. y parece que proporciona el método más exacto de identificación de la enfermedad, de manera similar a la candidiasis muco-oral.

Del 10 - 55% de mujeres sanas asintomática se logra el aislamiento de Candida del exudado vaginal, dando lugar a diagnósticos que se pueden etiquetar como falso positivo. (18).

Síntomas de candidiasis vaginal: Picor o irritación vulvar: Es el síntoma más frecuente y molesto.

- Dolor: La vagina y la vulva están inflamadas, lo que produce enrojecimiento y dolor. El rascado puede empeorarlo. Pueden aparecer úlceras en la vagina y en la vulva.

- Flujo vaginal: Es más denso de lo normal, habitualmente blanco y con un aspecto similar al queso.

- Escozor al orinar: Producido porque la orina irrita el tejido inflamado de la vulva.

- Dolor al tener relaciones sexuales: Algunas mujeres que tienen candidiasis vaginal de repetición pueden notar dolor en las relaciones sexuales e intenso picor sin mucho flujo vaginal (19). Entre los síntomas más característicos están: picazón vulvar y vaginal que puede llegar a ser muy intensa e inclusive originar lesiones por rascado. Sensación de quemazón, dolor, hinchazón, ardor al orinar y dolor con el coito. Secreción escasa, color blanco, que pueden formar acumulo de tipo algodonoso.

Reaparición de los síntomas uno a tres meses después de concluir exitosamente un tratamiento.

La paciente puede presentar cuadros sintomáticos esporádicos con molestias temporales. En el examen físico se puede encontrar enrojecimiento vulvar, puede haber lesiones por rascado, puede haber manchas tipo requesón en la vagina (20).

Factores internos: Hay muchas causas que provocan la infección, por lo que una mujer puede contraer la micosis vaginal en cualquier momento de su vida. Las más significativas son: Ingesta de algunos antibióticos, consumo de anticonceptivos, diabetes, falta de defensa del organismo, por enfermedad, por una dieta inadecuada y por fatiga excesiva; embarazo, Ciclo menstrual.

Factores externos: Otra de las causas es la higiene exagerada. La piel tiene mecanismos propios de defensa que, a nivel de la vagina, se ven amenazados por un exceso de lavados y baños con jabones perfumados, esencias de baño y el uso de sprays íntimos. La ropa interior y pantys de fibra artificial o los jeans demasiado ajustados son también factores externos a tener en cuenta. Estas prendas crean un clima cálido y pobre en oxígeno, favoreciendo el crecimiento y la reproducción de los hongos (21).

Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal (muguet) del embarazo

Los imidazoles son los mejores, pero las mujeres embarazadas pueden requerir tratamientos más prolongados (por siete días en lugar de cuatro días). El muguet es una infección vaginal frecuente en el embarazo que causa prurito y dolor. No existen pruebas de que esta infección por levadura dañe al recién nacido. Las cremas antimicóticas son efectivas. Los imidazoles (como el clotrimazol) son más eficaces que los tratamientos más antiguos como la nistatina y el hidrargafeno. Los tratamientos más prolongados (siete días) curaron a más del 90% de las mujeres mientras que los tratamientos estándar (cuatro días) sólo curaron aproximadamente a la mitad de los casos (22).

Tanto en el control prenatal, la atención del embarazo de riesgo y la atención primaria de mujeres sintomáticas con secreción genital evidente o no, el apoyo del laboratorio microbiológico, contribuye a mejorar la calidad de atención con un costo beneficio positivo, perfectamente demostrado(23).

La atención a la salud materno–infantil es una prioridad para los servicios de salud. La atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, 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 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. (24)

En esta guía se realizó un cuadro de tratamiento de cervicovaginitis:

ETIOLOGIA	MEDICAMENTO	VIA	DURACION	
Bacterias	metronidazol	vaginal	500mgs,cada 24hrs Durante siete días	A partir del segundo trimestre del embarazo, admón., 500mgs de metronidazol Vía oral, cada 12 hrs. durante siete días
Candida	miconazol	vaginal	Un óvulo al acostarse, durante tres noches	100mil unidades de nistatina vía vaginal, cada 24 horas durante 14 días.
Tricomoniasis	Metronidazol	vaginal	Cada 24 horas durante siete días.	A partir del segundo trimestre del embarazo, 500mg de metronidazol vía oral cada 12 horas durante siete días.

Tratar simultáneamente a la pareja. (24).

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

El trabajo de parto ocurre cuando se presentan mecanismos que cambian el útero de un estado de pasividad a otro en el que se intenta expulsar al feto. El periodo gestacional promedio en seres humanos es de 280 + 14 días.

Por tanto, el trabajo de parto a término se define como el que ocurre entre las semanas 37 y 42 de la gestación y el trabajo de parto pretérmino como el que ocurre entre las semanas 20 y 37 de la gestación. En teoría, la activación patológica del proceso normal del parto conduce al trabajo de parto y parto pretérmino. (25)

Parto Pretérmino: Se define como el parto que se produce entre las 28 y las 37 semanas de embarazo.

Parto Inmaduro: Es el parto que ocurre entre las 20 semanas y las 28 semanas de embarazo. Antes de las 20 semanas hablamos de aborto y no de parto. **Amenaza de Parto Pretérmino:** Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28 y las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino (26).

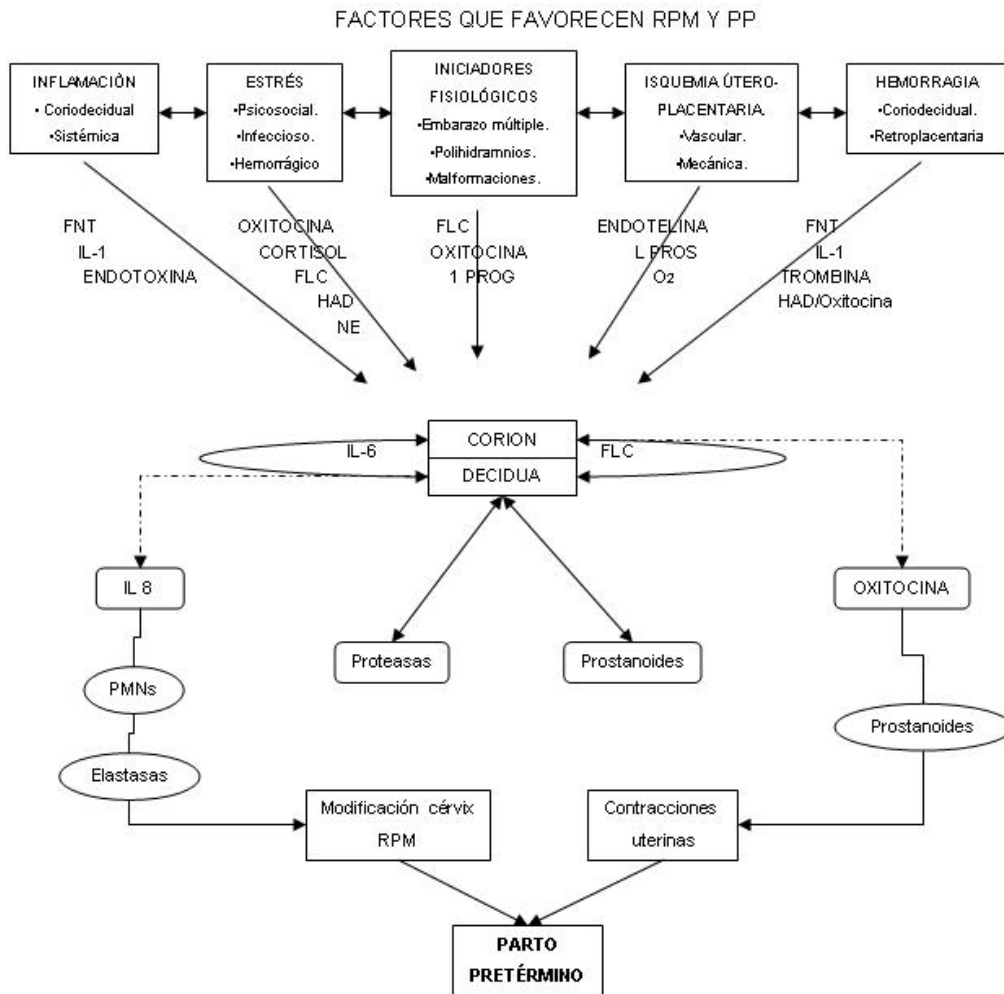
ETIOLOGIA: En la mayor parte de los casos es desconocida, existen factores de riesgo:

Antes del embarazo: Antecedente de parto pretérmino, Malformaciones del útero (bicorne, miomas), Operaciones en el cervix (conización), Incompetencia cervical, legrados uterinos, estado socioeconómico bajo, hipertensión, diabetes, síndrome anticuerpos antifosfolipídico, baja estatura.

Durante el embarazo: infecciones vaginales, tabaquismo, alcohol, cocaína, DPPNI, placenta previa, embarazo múltiple, polihidramnios, rotura prematura de membranas, pobre control prenatal, anomalías congénitas del feto, poco incremento del peso de la gestante, edad menor a 18 años y mayor a 40 años, stress de la gestante, iatrogénicas: error en el cálculo edad fetal, incremento de fibronectina, Incremento estriol en saliva. (27)

FISIOPATOLOGIA: En 1993, Lockwood conceptualiza la etiopatogenia del parto pretérmino en forma de cascada, integrando una serie de eventos fisiopatológicos a partir de diferentes etiologías. Estos eventos inciden sobre la unión coriódécidual produciendo cambios bioquímicos y hormonales que culminan en parto pretérmino o en ruptura prematura de membranas. Se ha demostrado que en la unión coriódécidual también se produce el factor liberador de corticotropina (FLC), el cual puede inducir la síntesis de receptores de oxitocina y prostanoídes, y desencadenar actividad uterina. Por

otro lado, mediante la liberación de interleucinas, se activa la respuesta de polimorfo nucleares, los cuales inducen la producción de enzimas elastasas que tienen la propiedad de modificar y degradar la colágena de las membranas corioamnióticas y del cerviz favoreciendo así la ruptura prematura de membrana y el parto prematuro. (28)



FIBRONECTINA FETAL:

La fibronectina es una proteína adhesiva, que se encuentra libre en el plasma y constituye uno de los principales componentes de la matriz extracelular. Los niveles de fibronectina en plasma son aproximadamente de $300 \pm 100 \mu\text{g/mL}$. (36). La concentración sérica de fibronectina fetal en el primer trimestre es de 1.3 más, menos 0.7 $\mu\text{g/ml}$, en el segundo trimestre es de 2.0 más, menos 2.3 $\mu\text{g/ml}$, en el tercer trimestre es de 3.5 más, menos 2.2 $\mu\text{g/ml}$ (29).

La fibronectina presenta una variedad de tipos celulares como los hepatocitos, células malignas, los fibroblastos, las células endoteliales y el amnios fetal, en 20 formas moleculares distintas. Se encuentra en altas concentraciones en la sangre materna y en el líquido amniótico y se cree que ejerce un papel en la adherencia intercelular relacionada con la implantación, así como con el mantenimiento de la adherencia de la placenta en la decidua (Leeson y col; 1996). La fibronectina fetal puede detectarse en las secreciones Cerviño vaginales, en los embarazos normales con membranas intactas al término y parece que refleja la remodelación del estroma del cerviz antes del trabajo de parto. Lockwood y col (1991) comunicaron que la detección de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales antes de la ruptura de membranas puede ser un marcador del trabajo de parto pretérmino inminente. La fibronectina fetal se mide por medio de una prueba de inmunoabsorción ligada a enzimas y los valores por encima de 50 ng/ml se consideran positivos (30).

Fibronectina oncofetal

La fibronectina oncofetal es parte de una clase de glucoproteínas que se encuentran en el plasma y la matriz extracelular. Se encuentra en la placenta y los tejidos fetales y su presencia en el líquido cervicouterino y vaginal la hace un marcador potencialmente importante en el trabajo de parto pretérmino. Es producida en el corion y se localiza en la decidua basal junto al espacio ínter vellosos, columnas de células del citotrofoblasto y la membrana coriónica. Aparentemente participa en la implantación y unión útero placentaria.

Cuando se pierde la continuidad en la interfase coriodecidual, esta sustancia pasa a las secreciones cervicouterina y vaginal. La frecuencia de aparición de esta proteína antes de la semana 20 es frecuente, pero después sólo aparece en 10% de los embarazos, esto fue evidenciado por Lockwood y Feinberg en 1991. El anticuerpo monoclonal FDC-6 se une a un epítipo en la región oncofetal de la fibronectina, lo que permite la identificación específica de esta proteína en secreciones cervicovaginales. Un valor mayor de 50 ng/ml parece ser el límite para distinguir el riesgo de parto pretérmino. Entre las semanas 24 y 36, en secreciones vaginales, antecede al parto en 3 o más semanas con una sensibilidad de 82%, especificidad de 83%, VPP: 83%, VPN: 81% (Lockwood y cols). (31).

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL PARTO PRETERMINO

Hay tres tipos de Parto Pretermino Idiopático: la mujer que llega al hospital con trabajo de parto que culmina en el nacimiento de un niño pretérmino. Parto Pretermino secundario a rotura prematura de membranas: corresponde a 2% de los casos Este fenómeno desencadena el trabajo de parto. Parto Pretermino iatrogénico: ocurre por indicación médica frente a una alteración materna o fetal (32).

Diagnostico se realiza cuando aparecen alguno o varios de estos síntomas:

- Dolor abdominal intermitente, irradiado a la espalda
- Percepción subjetiva de contracciones uterinas en aumento
- Descarga vaginal mucoide o sanguínea
- Sensación de pesantez en hipogastrio (33).

Síntomas que pueden determinar un diagnóstico de parto pretérmino:

- Dilatación del cuello del útero (que el médico detecta por tacto vaginal y/o ecografía transvaginal).
- Contracciones uterinas frecuentes.
- Detección de fibronectina en el flujo vaginal: esta sustancia proviene del cuello uterino en casos de amenaza de parto prematuro (no se usa esta técnica porque es cara y ofrece igual resultado que una cecografía).
- Valoración de ciertas bacterias en el flujo vaginal (34).
-

TRATAMIENTO

Todas las intervenciones consideradas tienen los siguientes objetivos:

- 1) inhibir o reducir la fuerza y la frecuencia de las contracciones, retrasando el momento del parto, y
- 2) mejorar el estado fetal antes del parto pretérmino. (35).

El objetivo principal del tratamiento en este problema de salud es ganar tiempo. Esta ganancia de tiempo permite:

– El traslado intraútero del feto hasta un centro sanitario que cuente con recursos sanitarios suficientes para garantizar una atención adecuada.

Aumentar el grado de madurez fetal prolongando la gestación o mediante la administración de fármacos.

Dependiendo de las semanas de gestación, la supervivencia de un recién nacido puede aumentar un 10-15% cada semana que se prolonga la gestación

En general, se permite la evolución del parto a partir de la semana 34 de gestación, ya que los beneficios que supondría el tratamiento son limitados y no lo justifican.

En la actualidad, se recomienda no iniciar el tratamiento en las siguientes situaciones:

- Corioamnionitis en presencia de RPM.
- Abruption placentae.
- Malformaciones fetales incompatibles con la vida.
- Muerte fetal.
- Madurez fetal.
- Eclampsia o preeclampsia grave.
- Dilatación cervical mayor de 3 cm.
- Situaciones de riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Y, en general, cualquier patología materna. (36)

a). Hidratación. Se basa en pruebas fisiológicas de que la hipovolemia puede vincularse con aumento de la actividad uterina. Sin embargo, no hay pruebas de que la hidratación sea eficaz como factor independiente, y siempre se debe tener en cuenta que la hidratación no es inocua, en especial con la utilización de sustancias tocolíticas que puede suponer riesgo de edema pulmonar para la paciente (37).

b) Tocolíticos:

1. Betaadrenérgicos. Producen relajación miometrial por la unión del receptor β_2 a fibras de músculo liso uterino que produce aumento de concentración de AMPc intracelular. Este incremento activa proteína cinasa con disminución de Ca intracelular que fosforila la cinasa de la cadena ligera de miosina, esto disminuye la contractilidad miometrial. (38)

el Incluyen: ritodrina, terbutalina, albuterol, fenoterol, hexoprenalina, isoxsuprina, metaproterenol, nilidrina, orciprenalina y salbutamol.

Puede disminuir casi hasta la mitad riesgo de parto en 48 horas. (39).

2. Calcio antagonistas: bloquea de los canales del calcio en el proceso de contracción de la fibra muscular, por lo que pueden tener un efecto hipotensor que debe ser

Vigilado. El agente más utilizado es nifedipino (40). El uso de la nifedipina en el embarazo está clasificado en la categoría C de la FDA, por lo que no debe emplearse salvo en aquellas circunstancias en que sea previsible que su empleo aporte beneficios que superen sus posibles riesgos. En este sentido, cabe mencionar que diferentes recomendaciones de sociedades científicas sugieren que el uso de nifedipina en esta indicación conlleva un riesgo bajo, tanto para la madre como para el feto (41).

3. Antagonistas de Oxitocina: compiten con ésta por los receptores en el miometrio. Al bloquear los receptores de la oxitocina, impide el flujo de calcio necesario para la contracción. Esto implica una inhibición dosis-dependiente de la contractilidad uterina y por tanto un retraso del parto. El fármaco representativo es atosibán, un fármaco nuevo e innovador considerado el primer antagonista de la oxitocina útero-específico utilizado en la práctica clínica, siendo el primer y único fármaco desarrollado específicamente para la indicación de APP, sin efectos sistémicos y que puede alcanzar un estado de reposo uterino estable durante 12 horas. La introducción en el arsenal terapéutico de atosiban DCI ha supuesto claras mejoras en el manejo de esta patología que se han traducido en un mejor perfil de seguridad materno-fetal y en una reducción tangible de la morbilidad materna. Desde el año 2004 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) lo recomienda como fármaco de primera elección en la APP (Protocolo actuación nº10 SEGO). (42)

4. Inhibidores de ciclooxigenasa: La indometacina es uno de los más potentes inhibidores de la síntesis de PGs al inhibir a la enzima ciclooxigenasa que, usando de sustrato al ácido araquidónico, produce la cascada de PGs: E2, F2, I2, tromboxano A2 y D2. Es un potente analgésico, antipirético y antiinflamatorio no esteroide que se utiliza como alternativa en APP como agente tocolítico en la amenaza de parto prematuro. Puede ocasionar en el feto constricción del CA y aumenta la frecuencia de aparición de hipertensión pulmonar en el RN. El efecto sobre el CA es más manifiesto cuanto más próxima al término es la gestación, aparentemente a partir de las 32 semanas, por lo cual se recomienda su uso hasta la semana 31 de gestación

COMPLICACIONES EN UN RECIÉN NACIDO PREMATURO

Las complicaciones: más frecuentes que se presentan en un Recién Nacido Prematuro son: - Depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, Hemorragia intracraneana, sepsis, Trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, Ductus arterioso persistente, displasia. (43).

COSTO DEL PARTO PRETERMINO: El costo del nacimiento prematuro: En promedio, el costo hospitalario para los recién nacidos sin complicaciones es de alrededor \$1.500. Los costos hospitalarios para los bebés que nacen prematuros ascienden a un promedio de \$79.000.

En 2002, los costos hospitalarios para todos los bebés fue de \$33.8 billones. En casi la mitad de estos costos - \$15.5 billones - fue para aquellos bebés que nacieron muy temprano o muy pequeños.

(44)

El Comité estima que la carga económica anual para la sociedad asociada con nacimiento prematuro en Estados Unidos era como mínimo \$ 26.2 billones en 2005 ó \$ 51, 600 por niño nacido prematuro. Cerca de dos tercios de este costo fue por cuidado médico. Los servicios de cuidado médico contribuyeron con \$ 16.9 mil millones (\$ 33,200 por niño prematuro) del costo total, con sobre 85 por ciento de esos servicios de cuidado médico entregados en la temprana infancia.

Los costos de parto materno contribuyeron con otros \$ 1.9 billones (1.9 mil millones) (\$3,800 por cada niño prematuro) y los costos de servicios de intervención precoz un estimado de \$ 611 millones (\$ 1,200 por niño). Los servicios de educación especial asociados con la prevalencia más alta de cuatro condiciones discapacitantes importantes entre los niños prematuros (parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición) agregaron otros \$1.1 billones (1.1 mil millones) (\$ 2,200 por niño prematuro) (45).

Una serie de estudios sugiere que existe una relación entre los niveles elevados de estrés y el parto prematuro o el nacimiento de bebés de bajo peso.

En el estudio de la Universidad de California, las mujeres de clase media que experimentaron altos niveles de ansiedad relacionados con el embarazo (como las preocupaciones acerca de la salud de su bebé o el temor al parto y el alumbramiento) eran mucho más proclives a tener un parto prematuro. En un estudio apoyado por March of Dimes publicado en 1992 por Marci Lobel, doctor de la Universidad del Estado de Nueva York en Stony Brook, la doctora Christine Dunkel-Schetter, y Susan Scrimshaw, doctora de la Universidad de California en Los Angeles, se descubrió que las mujeres de ingresos bajos que sufrían de altos niveles de estrés y ansiedad durante sus embarazos tenían más probabilidades tener un parto prematuro o un bebé de bajo peso. (46)

ROL DEL MEDICO FAMILIAR:

Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables, por lo tanto las fuentes de tensión y desintegración familiar se han multiplicado.

La ruptura de los vínculos familiares ha tenido consecuencias desde una perspectiva no solamente sociológica, sino clínica: vivir en condiciones muy desfavorables, mayor riesgo de drogadicción, embarazos en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual. (47).

Saitzyk (1997) define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un período corto, mientras dura una crisis, o cambios de vida o los estresares a largo plazo. Para Cohen y Willis existen cuatro tipos de apoyo que se brinda a la pareja. El apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral. Los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que necesita o solicita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible.

El de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita apoyo.

El médico familiar debe brindar el apoyo positivo que es la ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando tiene problemas, mediante el proporcionarle seguridad a la pareja, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua. (48)

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: Asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo satisfacción sexual a la pareja.

Los eventos críticos incrementan la tensión del grupo familiar y pueden conducir al deterioro de la salud familiar, entre los eventos críticos mencionamos al de las crisis paranormativas, específicamente el de las enfermedades o accidentes: Abortos provocados o espontáneos complicaciones del embarazo y parto, enfermedades venéreas etcétera. Este tipo de crisis paranormativas incluyen eventos provenientes del exterior (ínter sistémico),

Que aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia.

Ante la presencia de estos eventos críticos, la enfermedad que sufre un individuo, puede afectar, dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar.

Por lo que el médico familiar que tiene generalmente una adscripción fija de familias y que conoce las circunstancias de cada una de ellas, se encuentra en una posición privilegiada para otorgarles una atención integral de alta calidad que no esté en función del tiempo destinado a atenderlos, sino de su capacidad, su conocimiento sobre la población que atiende, de la periodicidad de las consultas y de la relación especial que va estableciendo con sus pacientes a lo largo del tiempo. (49).

El primer contacto visual con el bebé y el alta de la clínica u hospital son dos de los momentos más esperados por los futuros padres cuando se acerca el parto, pues la llegada a casa con el bebé simboliza el comienzo de una serie de cambios fundamentales para la vida familiar. Sin embargo cuando los padres salen solos del sanatorio, sabiendo que el bebé debe permanecer internado, se genera una situación de mucha angustia. Inclusive, por algunos hombres y mujeres, esta acción es percibida como un abandono. Para evitar esos sentimientos es fundamental que los padres permanezcan en contacto con el bebé (50)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Datos Estadísticos del año 2006, en el IMSS, en el sistema de información nacional de familia (SINF) arroja 216 embarazadas con cervicovaginitis en las unidades de medicina familiar del IMSS en el área metropolitana como se describe:

HGZ C MF NUM 1	HGZ C MF NUM 2	UMF 5	UMF 7	UMF 45	UMF 47	UMF 49
28	31	26	4	50	74	3

Durante el año 2006 se presentaron 8231 nacidos vivos en el HGZ núm. 1 de los cuales 606 fueron prematuros, dato del sistema único de información (SIMO).

Como es bien sabido la cervicovaginitis puede ser causa de asociación con incremento en la frecuencia de parto prematuro. Por lo que se requiere conocer si hubo asociación de cervicovaginitis con parto prematuro, si en estas pacientes existió tratamiento durante su embarazo. La cervicovaginitis es fácilmente detectable y curable en etapas tempranas del embarazo, por lo que puede considerarse que todos aquellos partos prematuros por esta posible causa asociada a parto prematuro pudieron haberse prevenido exitosamente.

Por lo que es imprescindible una investigación conociendo, cuantas mujeres embarazadas con cervicovaginitis hay y su repercusión en el producto en mujeres en edad reproductiva del área metropolitana del IMSS en San Luis Potosí, conociendo la pregunta:

¿ES LA CERVICOVAGINITIS CAUSA DE PARTO PREMATURO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF 1 IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ DURANTE ENERO A DICIEMBRE DE 2006?

JUSTIFICACION:

El propósito de este protocolo es tener conocimiento de la asociación de la cervicovaginitis con la prematuridad, el tratamiento para los tipos más frecuentes de cervicovaginitis otorgados por el médico familiar, ya que el tema es poco difundido, por México.

Su relevancia social radica en obtener el incremento del conocimiento de la asociación de la cervicovaginitis con el parto prematuro, obteniendo los elementos necesarios para un buen diagnóstico y tratamiento, en la atención de las mujeres embarazadas, contribuyendo a erradicarla y conocer que tanto influye en la funcionalidad de la familia.

Su valor Teórico y su utilidad metodológica inicia con la investigación del tema frecuencia de cervicovaginitis asociada a parto prematuro, teniendo en cuenta que es relevancia ya que por datos arrojados por INEGI la tricomoniasis urogenital en el IMSS tuvo un total de 174 casos, SSA 1129 casos, ISSSTE 133 casos, IMSS OPORTUNIDADES 2889 casos, en Candidiasis urogenital IMSS 1055 casos, ISSSTE 255 casos, PEMEX 2 casos, IMSS Oportunidades 4241 casos, SSA 2521 casos., para que en lo futuro el médico familiar, utilice estrategias , o técnicas educativas apropiadas para las guías de atención a la embarazada en las unidades médicas de medicina familiar, las utilicé, las difunda y las aplique revisando adecuadamente a la mujer embarazada, involucrando a la familia para evitar un parto prétermino y en el peor de los casos una muerte materna.

Se requiere conocer las causas de la baja cobertura de detección oportuna del programa de cervicovaginitis por parte del médico familiar, de esta manera se podrán corroborar, si se esta utilizando la guía clínica para la atención prenatal, el empleo de esta guía facilita la atención de la mujer embarazada, ayudando a los problemas de salud originados por la cervicovaginitis. Identificando los eventos de la vida de la paciente embarazada que podrían afectar el diagnóstico, como tratamiento oportuno. Los médicos familiares pueden observar Rápidamente la problemática de salud en la paciente embarazada, lo cual se refleja en una paciente mas abierta y cooperadora, aceptando las indicaciones médicas, evitando con este buen trato llegar a un parto prematuro. Por lo tanto la atención del contacto primario hablando del médico familiar se construye en una base de conocimientos derivados de otras disciplinas entre ellas la ginecoobstetricia, el médico familiar se encuentra preparado para el manejo de las pacientes embarazadas con cervicovaginitis, la solución

de esta, el consejo oportuno para llevar a cabo un tratamiento, en el cual la paciente sea apoyada en el núcleo más importante su familia, guiada en coordinación total con su médico familiar en quien deposita toda su confianza y el cuidado familiar, entonces porque este no aplica la guía en beneficio de la paciente embarazada puede ser por desconocimiento, dejadez , flojera aunado a otras causas, como no atender a las pacientes con calidad , calidez como lo exige su ética profesional.

Si el médico familiar no encuentra las ventajas de contar con esta herramienta en su práctica diaria profesional, tan valiosa , se le hará reconocer la importancia de la misma, ya que las consecuencias de la no aplicación por parte de él han llevado a la paciente embarazada a la alta posibilidad de tener un parto prematuro, de esta manera el médico familiar con su actitud va conduciendo a la mujer embarazada a llevarla a los peores resultados representados por la asociación de cervicovaginitis asociado a productos prematuros, pudiéndose evitar oportunamente con la satisfacción de mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la frecuencia de cervicovaginitis en embarazadas y parto prematuro en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS S.L.P

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Evaluar tratamiento medico.
- Evaluar edad gestacional y parto prematuro
- Evaluar el grupo de edad mas frecuente de cervicovaginitis y parto prematuro

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional: No se intervendrá al grupo en estudio solo se observara el fenómeno en cuestión

Descriptivo: Se describe los fenómenos en un determinado tiempo

Retrospectivo: Se analizan expedientes de Enero a diciembre del 2006

DISEÑO DE ESTUDIO:

Transversal: Se realiza el estudio en un solo momento en el tiempo

MUESTREO: Probabilístico.

LUGAR DE ESTUDIO: HGZ C/MF NUM. 1 DEL IMSS. S. L. P.

POBLACION DE ESTUDIO

216 expedientes de embarazadas que asistieron a la consulta de medicina familiar durante el año 2006.

En la delegación, San Luís Potosí, en el área metropolitana durante el año 2006, se encontraron 216 mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis durante la gestación, esto diagnosticado por médico familiar.

PERIODO DE ESTUDIO:

Enero a diciembre del 2006

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Hospital General de Zona con Medicina familiar 1 de la ciudad de San Luis Potosí SLP

SUJETO DE INVESTIGACIÓN:

Mujeres embarazadas con diagnóstico de cervicovaginitis

ANALISIS ESTADISTICO:

Se efectuó un análisis de la información a través de estadística descriptiva, con medidas de tendencia central (media, mediana, moda, frecuencias).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Expedientes de mujeres embarazadas en el último trimestre de embarazo
- Expedientes con diagnóstico de cervicovaginitis
- Expedientes derechohabientes del IMSS
- Expedientes con parto prematuro en el año 2006
- Expedientes del Hospital general de Zona con Medicina Familiar 1 de la ciudad de San Luis Potosí, SLP
- Expedientes que se encuentren vigentes de Enero a Diciembre del 2006

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Expedientes que no tuvieron documentado el diagnóstico de cervicovaginitis

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Aquellos expedientes que no tenían documentados dos consultas consecutivas

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
CERVICOVAGINITIS	Secreción anormalmente excesiva o escasa acompañada de prurito, ardor, malestar, en la que pueden encontrarse diversos gérmenes como candida, tricomoniasis • bacterias, clamidia Gonocócica	Secreción excesiva o escasa acompañada de prurito, ardor, malestar ocasionada por diferentes gérmenes	DICOTOMICA SI O NO Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • EXPEDIENTE • RESULTADOS DE LABORATORIO • OBSERVACION DIAGNOSTICO MEDICO 	DEPENDIENTE
TRATAMIENTO MEDICO	concibe la actividad médica como «conjunto de actos, operaciones o tareas propias, desarrolladas por los médicos y demás profesiones sanitarias, que normalmente tienen lugar sobre el cuerpo humano y que tienden, directa o indirectamente, a la conservación, mejora y, en general, promoción a la salud	Tratamiento Médico. conjunto de prescripciones que el médico ordena que siga el enfermo para su mejoría y curación	DICOTOMICA SI O NO	EXPEDIENTE	NOMINAL
EDAD GESTACIONAL	Duración de la gestación desde la fecha del inicio del último periodo menstrual antes de la concepción	Duración de la gestación desde la fecha de concepción	TRIMESTRES DE EMBARAZO	EXPEDIENTE MF/7 RAZON	ORDINAL
PREMATURO	definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días	definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días SEM DE GESTACION El primer trimestre del gestación inicia desde el embarazo hasta las 12 semanas de gestación o alrededor de 14 semanas. 2 Trimestre de gestación el período abarca de 3 a 6 meses de gestación. Tercer periodo de la gestación comprende desde los 6 meses a 9 meses de edad gestacional.	ORDINAL 1) 22 SDG -30 SDG 2) 31 SDG -36.6 SDG	EXPEDIENTE HOJA DE RECIBO NACIDO	INDEPENDIENTE
EDAD	Tiempo en años	Tiempo en años	15 ó menos	Expediente.	Variable

MATERNA	Cumplidos en Una mujer puérpera	cumplidos desde el nacimiento de la Mujer puérpera, al momento de la entrevista	16 a 35 años 36 años y más		cuantitativa discreta
NUMERO DE GESTAS	Es la cantidad De embarazos	Es la cantidad de gestaciones al momento de La entrevista	Hijos: Si, No, Núm. Abortos: Si, No, Núm. Óbitos: Si, No, Núm. PRIMIGESTA: Mujer embarazada por primera vez Y MULTIGESTA: Mujer que ha dado a luz varias veces	Expediente	Variable cuantitativa ordinal
ESTADO CIVIL ANTECEDENTES	Condición de la Puérpera Relacionado con El código civil	Convivencia con Pareja o no Según datos Encontrados En el expediente De la propia puérpera	Con pareja Casada Unión libre Sin pareja Soltera Divorciada Viuda	Expediente Clínico	Variable cualitativa Nominal

Escolaridad	Nivel de instrucción o Escolaridad De la usuaria	Último año aprobado	Primaria Secundaria Otros	Expediente	Variable Cualitativa Ordinal
Ocupación	Empleo, oficio, Actividades Diarias de la Embarazada	Tareas, Desempeño de Actividades Diarias de la Embarazada Según su realización.	Trabaja No Trabaja Estudia No estudia	Expediente	Variable Cualitativa nominal

PLAN DE ANALISIS

Mediante análisis uní variado se caracterizo a la población de estudio empleando estadística descriptiva, a si mismo se determino frecuencias simples en números absolutos y relativos. El instrumento de recolección de datos se implementa ex profeso para recabar los datos para el estudio.

Realizando análisis, cuadro y graficas así como conclusiones y áreas de oportunidad.

PROCEDIMIENTOS

Una vez aprobado el proyecto por el comité local de investigación se pidio autorización de manera verbal al director del hospital general de Zona Con Medicina Familiar 1 de la ciudad de San Luis Potosí SLP; para la realización del estudio, manifestando la importancia de mejorar la atención a embarazadas por el primer nivel de atención.

Se realizará el protocolo de investigación, se vaciarán datos en hoja Excel y se someterán a manejo estadístico, los resultados obtenidos se graficarán.

PRODUCTOS ESPERADOS

- Tesis de grado para la especialidad en medicina familiar
- Fortalecer las actividades medico preventivas en el HGZ cMF 1 en las embarazadas
- Presentación en foros y congresos nacionales y
- Publicación en revistas indexadas

RECURSOS:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: BEATRIZ ISABEL ROJAS HERNÁNDEZ

MATERIAL	CANTIDAD	TOTAL
HOJAS BLANCAS	100	\$100.00
LÁPICES	20	\$ 60.00
GOMAS	10	\$ 20.00
PLUMAS	5	\$15.00
COMPUTADORA LAPTOP	1	\$14.000
CALCULADORA	1	\$ 30.0
SACAPUNTAS	2	\$ 6.0
FOTOCOPIAS	50	\$15.0
T O T A L		\$ 14.246.00

\$ 14.246.00

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio por su naturaleza no pone en peligro la vida y la función de las pacientes embarazadas, ni al producto, dado que es un estudio de tipo retrospectivo y se apega a la Ley General de Salud, con respecto a la investigación en humanos (Helsinki).

Por lo tanto no existe ninguna contraindicación con los derechos humanos que marca la OMS, así como la Ley General, con riesgo cero , aunque se conoce el formato no se utilizará en este estudio, ya que se trabajara solo con datos del expediente clínico.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones

institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

RESULTADOS

De la muestra integrada de 216 expedientes clínicos, se encontró 90 expedientes(42%) con los criterios de inclusión, 85 (39%)con criterios de exclusión, y 41(9%) criterios de eliminación, Estos se seleccionaron de las unidades médicas familiares del área metropolitana en San Luís Potosí. Titulándose frecuencia de cervicovaginitis en embarazadas y relación con el producto prematuro en el Hospital General de Zona C MF 1 IMSS, en San Luís Potosí en el año 2006.

90 mujeres (69%) cursaron con cervicovaginitis, sin evidencia de .recibieron tratamiento 41 (31%) De acuerdo a su edad gestacional es el tercer trimestre 74 pacientes (82%). Donde ocurre.

En cuanto a la relación de cervicovaginitis y prematurez, y semanas de edad gestacional, la muestra es de 90 casos, de las cuales de 22 a 30 semanas, se encontraron 40 mujeres, y de 31 a 36 semanas. 50 mujeres; que tuvieron productos prematuros respectivamente.

Entre las variables demográficas se encontró:

En la edad materna de 36 años y más fue de 12 mujeres (13.0%). Al número de embarazo: las multigestas son 74(74%), como se puede valorar ocupan un mayor incremento en esta patología de estas pacientes 6 tenían antecedente de aborto y 9 de cesárea.

El estado civil la gran mayoría casadas 59 (66%), La ocupación de las pacientes 70 de ellas no trabaja (78%),

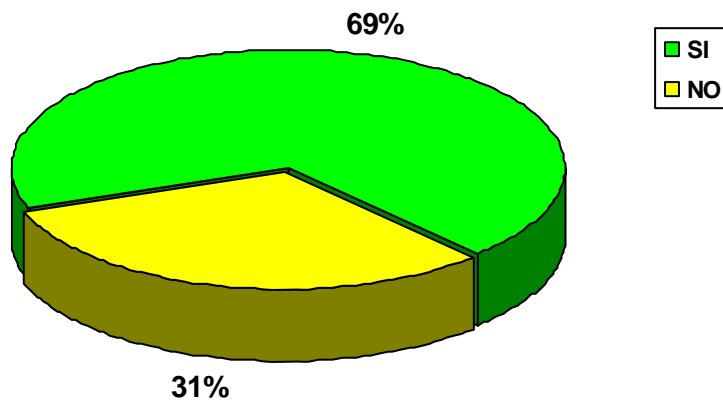
Cabe hacer mención que de los expedientes clínicos estudiados el 39% sin evidencia escrita de la atención de medico familiar.

La cervicovaginitis más frecuente asociada a parto prétermino fue tricomoniasis en un 67%, y la de menor frecuencia fue la candidiasis con 33%.

Como a continuación se observa en las siguientes gráficas:

Cervicovaginitis como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

**CUADRO No. 1
CERVICOVAGINITIS**



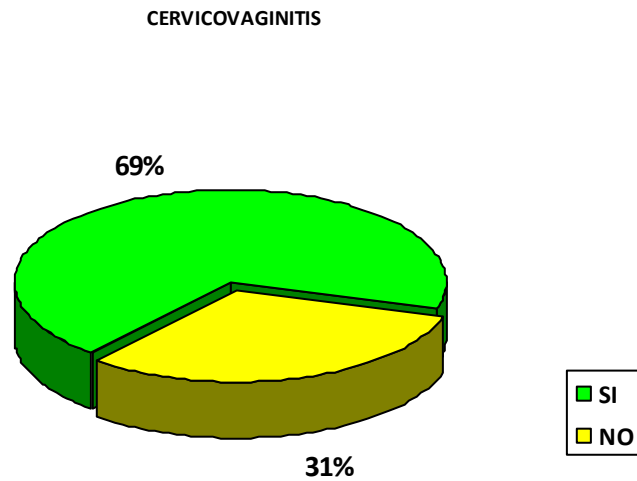
Fuente: Expediente clínico

N: 131

En la grafica se observo que el 69% de las mujeres curso con cervicovaginitis y el 31% no tenían cervicovaginitis (gráfico I).

**Tratamiento como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona
c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.**

**CUADRO No.2
TRATAMIENTO MÉDICO**



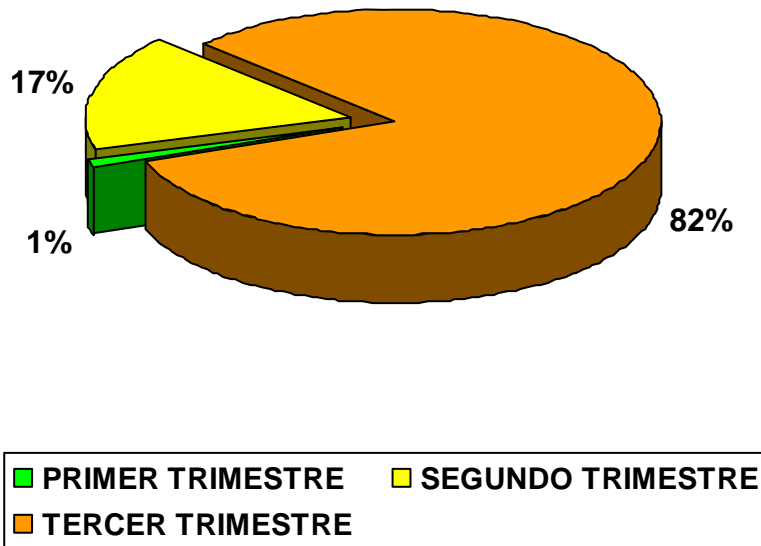
Fuente: Expediente clínico

N: 131

En el grafico se observa que el 69% de las mujeres recibieron tratamiento y 31% de ellas no recibió tratamiento (Cuadro 2).

Edad Gestacional como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

CUADRO No.3



Fuente: Archivo Clínico

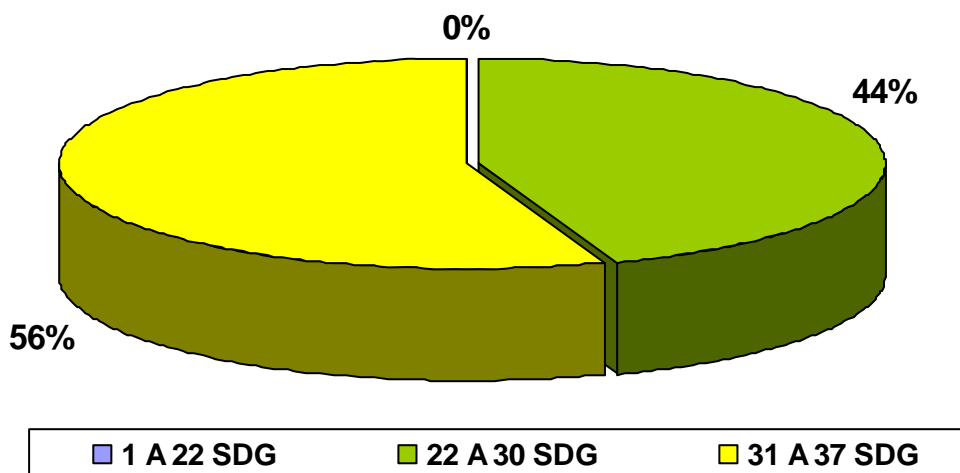
N: 90

En el grafico se muestra de acuerdo a la edad gestacional, que en el primer trimestre solo hubo un caso 1%, en el segundo trimestre 15, que corresponde al m17% y en el tercer trimestre 74 casos lo que corresponde al 90%, como se muestra en el grafico 3.

**Prematurez como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona
c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.**

CUADRO No 4

PREMATUREZ



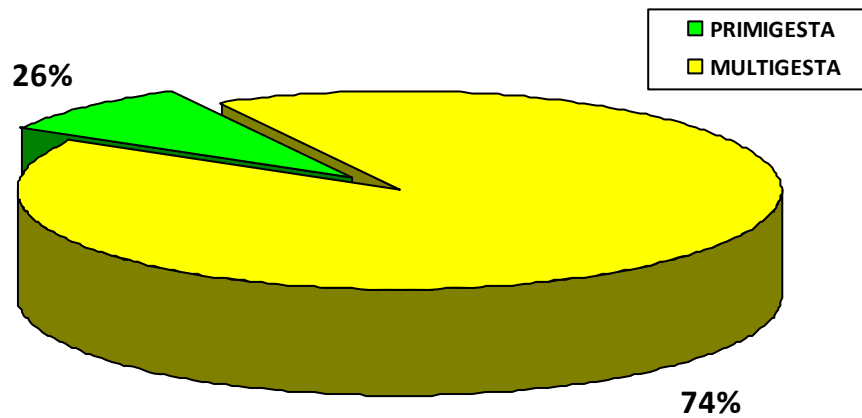
Fuente: Archivo Clínico

N: 100

En relación a la prematurez se encontró que de 1 a 22 seg. no hubo ningún caso, de 22 a 30 40 casos lo que corresponde al 44%, de 31 a 37 seg. 50 casos lo que constituye el 56% como se muestra en el grafico número 4.

Tipo de Gesta como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

CUADRO No. 5



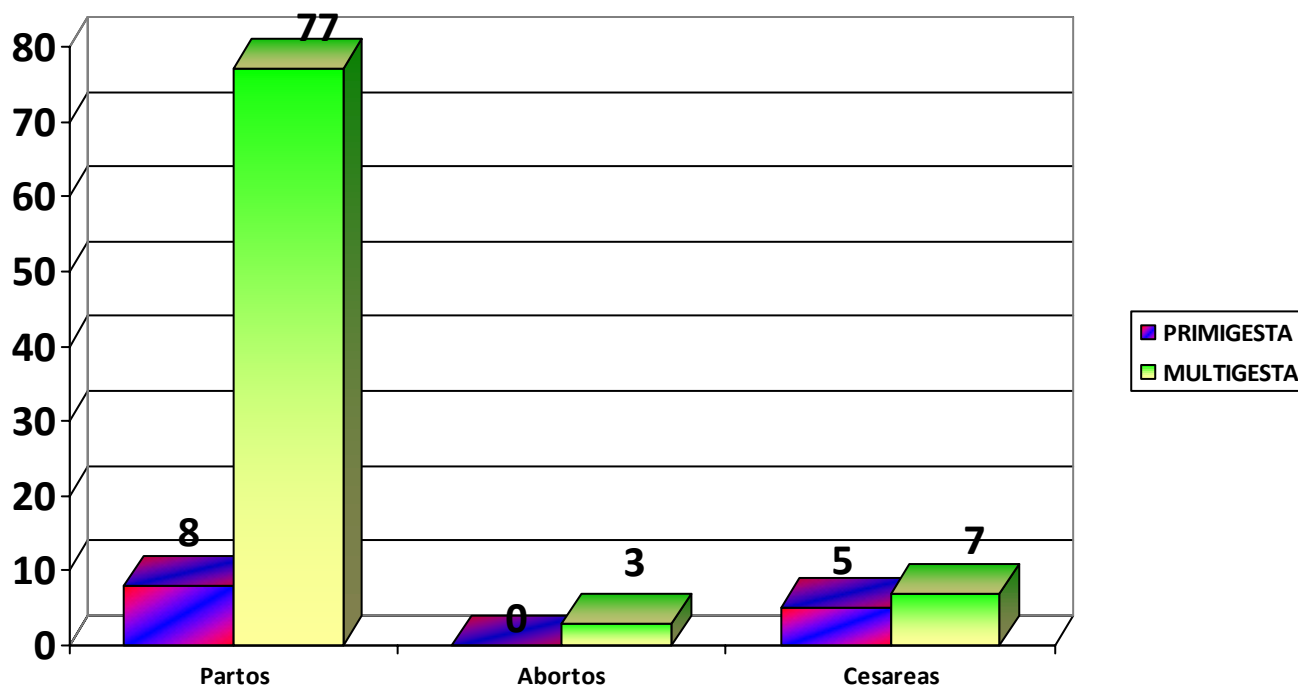
Fuente: Archivo Clínico

N: 90

La grafica nos muestra que el número de primigestas fue de 8 que corresponde al 9% y las multigestas 82 , que corresponde al 91% como lo muestra el gráfico número 5.

Tipo de gesta, Frecuencia, Abortos previos, Cesáreas previas como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

CUADRO No. 6



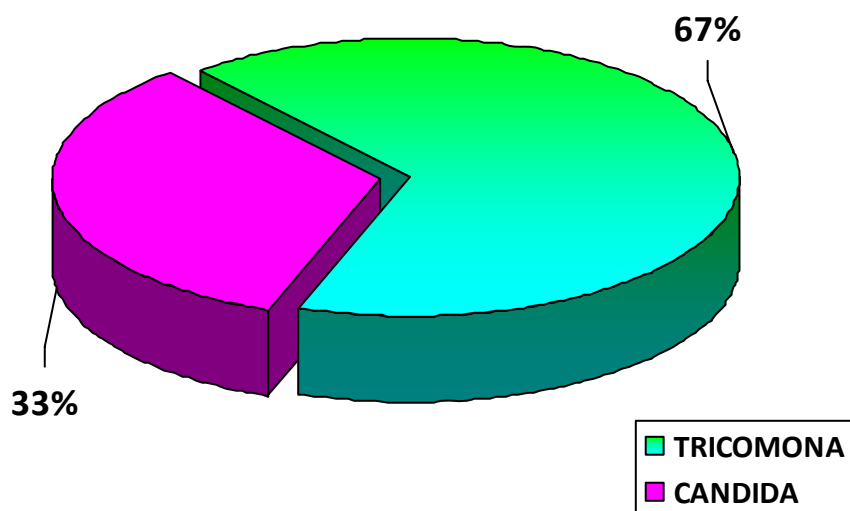
Fuente: Archivo Clínico

N: 100

Al analizar el número de gestas 8 mujeres fue primigesta, lo que corresponde al 9%, de las cuales ninguna tuvo un aborto 0, pero 5 de ellas si contaba con cesárea lo que corresponde al 36%, 77 mujeres son multigestas con un porcentaje del 82%, en ellas se encontró que 3 tuvieron un aborto es decir el 6%, y 7 de estas mujeres una cesárea con un 64 %. (Grafico 6).

Cervicovaginitis como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

CUADRO No. 7



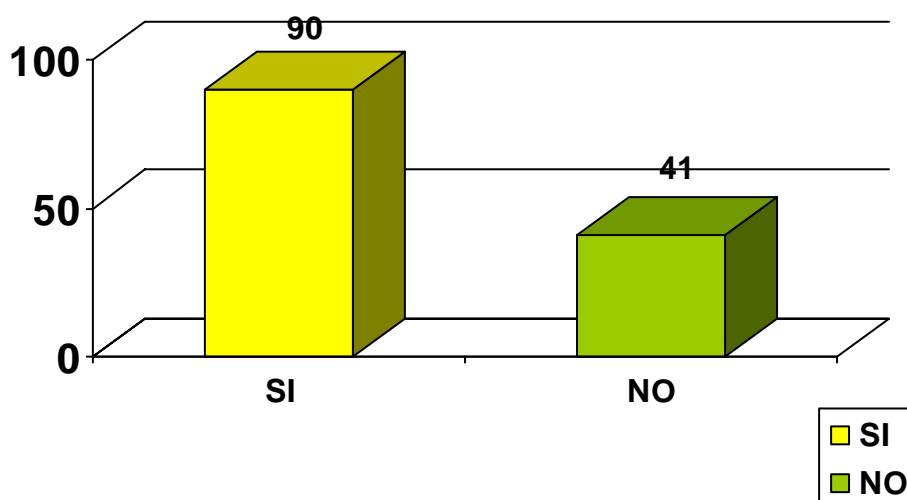
Fuente: Archivo Clínico

N: 100

Con respecto a la cervicovaginitis como una causa de parto prematuro se encontró que 60 casos cursaron con tricomonas que corresponde al 67% y 30 de los casos estudiado tenían candida lo que corresponde al 33% como se muestra en el grafico número 7

Cervicovaginitis y tratamiento medico como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

CUADRO No. 8



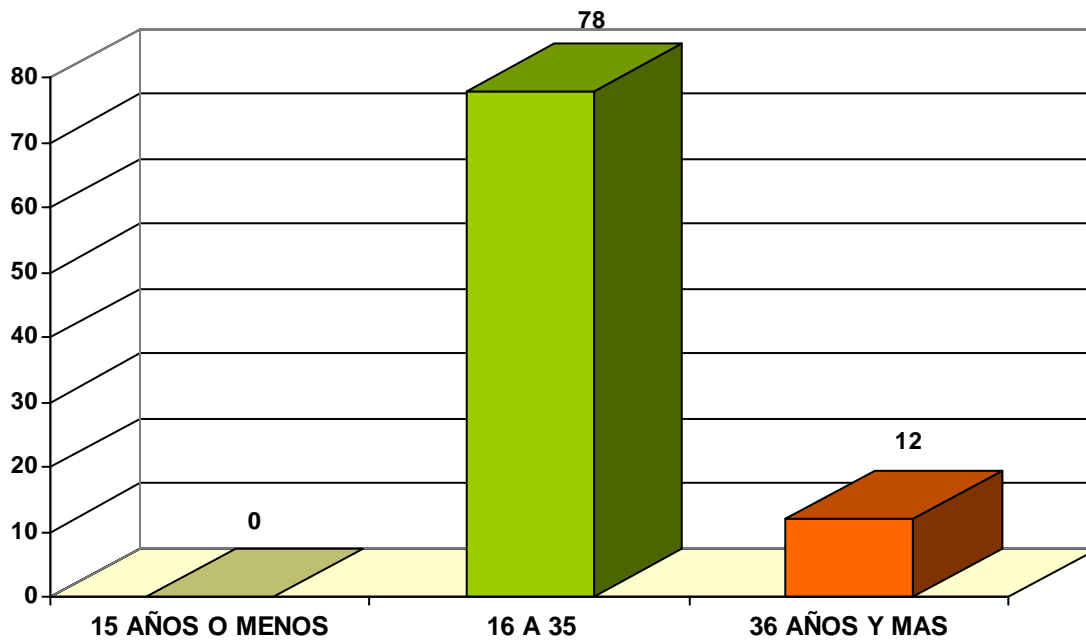
Fuente: Archivo Clínico

N: 131

El gráfico número 8 , nos muestra la relación de cervicovaginitis y tratamiento medico, 90 pacientes si recibieron tratamiento y 40 de los casos no recibieron tratamiento.

Edad y frecuencia como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006.

CUADRO No. 9



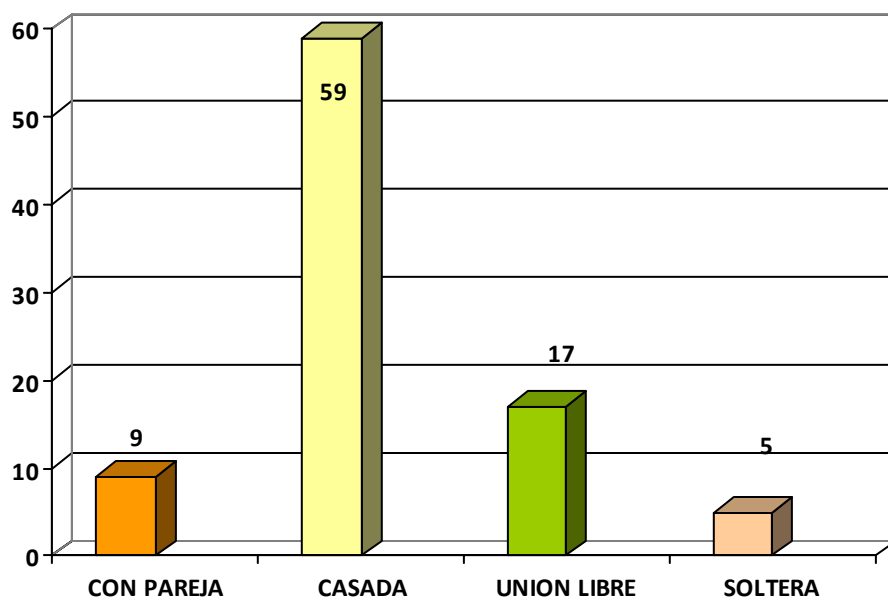
Fuente: Archivo Clínico

N: 90

Con respecto a variables demográficas, la edad de la madre, no hubo mujeres de 15 años o menos, de 16 años a 35 años 78 mujeres con un porcentaje del 87% y de 36 años y mas solo 12 mujeres lo que corresponde al 13.0 %.(Grafica número 9).

ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006

CUADRO No. 10



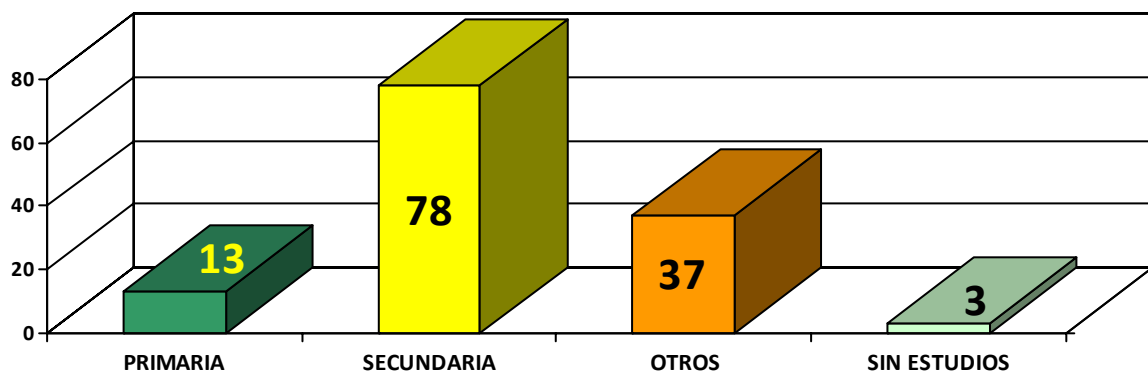
Fuente: Archivo Clínico

N: 90

Con respecto al estado civil con pareja 9 mujeres que es el 10%, casadas el 59 con un 66%, en unión libre 17 mujeres, el 19%, solteras solo hubo 5 que corresponde al 6% (<grafico número 10).

Nivel de estudio en mujeres como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 20

Cuadro No. 11



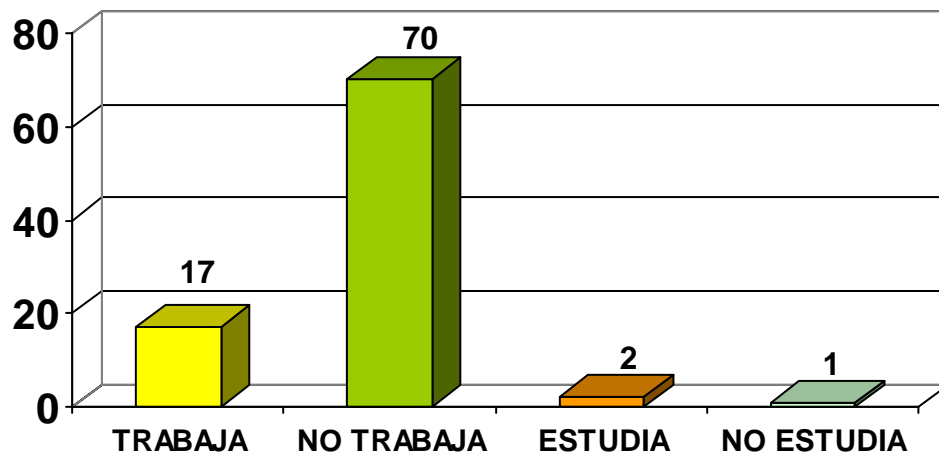
Fuente: Archivo Clínico

N: 90

En las mujeres estudiadas el nivel educativo en educación primaria 13, mujeres, en secundaria 78 mujeres, otros estudios 37 mujeres el, la mujeres que no tuvieron estudios son 3, el 3% (Grafico número 11).

Ocupación de las mujeres como causa de parto prematuro, en el Hospital General de Zona c/ MF 1 IMSS en San Luís Potosí durante enero a diciembre de 2006

Cuadro No. 12



Fuente: Archivo Clínico

N: 90

La ocupación mas frecuente en la población estudiada fue la de ama de casa, no trabaja 70 Mujeres 78%, madres trabajadoras 17 de ellas 19%, estudiantes 2 un 1%, no estudia 1 madre, tampoco trabaja 1% (tabla 12).

DISCUSIÓN

Las 3 causas comunes de vaginitis son: Especies de Candida (levadura, Monilia), Tricomonas vaginalis e infección bacteriana sinérgica (vaginosis bacteriana). (24). Obteniéndose una frecuencia de cervicovaginitis en 60 embarazadas, lo que corresponde al 67%, Las gestantes con trichomoniasis vaginal, tienen un 30% más de riesgo de prematurez. Se estima que la trichomoniasis vaginal tratada es causa de un 14% de prematurez y la no tratada de un 16%. Si se asocia a vaginosis bacteriana y Chlamydia, pueden llegar al 40% de prematurez. (9).

De las pacientes estudiadas 30 de ellas cursaron con candidiasis, lo que corresponde al 33%, la repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido en día hay estudios que demuestran que la infección por candida albicans puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros (11). Es mucho más frecuente (2 a 10 veces) en mujeres embarazadas, y es más difícil de erradicar durante el embarazo (12).

De referencia solo recibieron tratamiento 90 pacientes, lo que corresponde al 69%, de acuerdo a la edad gestacional en el primer trimestre no se encontró mujeres con cervicovaginitis más no así en el segundo y tercero que corresponde al 69%.

Es importante mencionar el número de embarazos (74%), siendo el más importante en multíparas, ya que hay 6 abortos y 9 cesáreas.

Las mujeres multigestas son 82 lo que corresponde al 91% de los expedientes estudiados, El estado civil de estas mujeres 9 con pareja (10%), la gran mayoría casadas 59 (66%), en unión libre 17(19%), y solteras 5 (6%).

Ocupación: 17 de las pacientes estudiadas trabaja (19%), no trabaja 70 (78%), estudian 2 (2%), y no estudia 1 (1%). la causa del parto prematuro En la mayor parte de los casos es desconocida, existen factores de riesgo:

Antes del embarazo: Antecedente de parto pretérmino, Malformaciones del útero (bicorne, miomas), Operaciones en el cervix (conización), Incompetencia cervical, legrados uterinos, estado socioeconómico bajo, hipertensión, diabetes, síndrome anticuerpos antifosfolipídico, baja estatura.

Durante el embarazo: infecciones vaginales, tabaquismo, alcohol, cocaína, DPPNI, placenta previa, embarazo múltiple, polihidramnios, rotura prematura de membranas, pobre control prenatal, anomalías congénitas del feto, poco incremento del peso de la gestante, edad menor a 18 años y mayor a 40 años. (21)

En el estudio de la Universidad de California, las mujeres de clase media que experimentaron altos niveles de ansiedad relacionados con el embarazo (como las preocupaciones acerca de la salud de su bebé o el temor al parto y el alumbramiento) eran mucho más proclives a tener un parto prematuro. (46).

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos determinar que la cervicovaginitis esta relacionada con el parto prematuro (9).

Los eventos críticos incrementan la tensión del grupo familiar y pueden conducir al deterioro de la salud familiar, entre los eventos críticos Abortos provocados o espontáneos complicaciones del embarazo y parto. (16). La Atención del parto prematuro continúa siendo uno de los cuadros obstétricos más frecuentes y que más gasto sanitario generan. (47) por lo que el médico familiar debe contribuir a evitarlo con la atención a la salud materno infantil que es una prioridad para los servicios de salud. (14).

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se identificó que la cervicovaginitis se asocio a parto prematuro, que aún sigue siendo la población de mujeres en edad fértil, nivel socioeconómico bajo la más vulnerable de padecer trabajo de parto prematuro.

El grupo de edad mas frecuente donde se asocio la cervicovaginitis con el parto prematuro fue de 16 a 35 años (87%), lo que confirma que una madre menor de 18 años también y mayor de 40 años se encuentra en riesgo de cursar con parto pretermino, y que dicho rango se encuentra con mayor frecuencia en mujeres de edad fértil, las mujeres en las cuales debemos tener más cuidado en su manejo.

En 76 pacientes no se encontró evidencia en expediente clínico, ni electrónico de recibir tratamiento médico por médico familiar

Solo se encontró que 14 (10.7%) recibieron tratamiento evidenciado. el resto de las pacientes no tenían alguna nota de evidencia de que se les hubiera brindado una atención de calidad y con ello se hubiera tal vez podido evitar de tener riesgo de parto prematuro, además de ser costoso a nuestra noble institución, evitaríamos situaciones de angustia, estrés, etc. en la familia que tiene un parto prematuro.

SUGERENCIAS

- De acuerdo a los resultados obtenidos se apoyará con sesiones académicas, haciendo énfasis de asentar toda la patología encontrada en el expediente clínico.
- Se otorgara sesiones de apoyo a la consulta prenatal, dando a conocer la norma oficial mexicana y su alto valor para evitar en lo futuro dicha patología.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Goldenberg RL.The management of preterm labor. Obstet Gynecol (en línea) 2002; 100: 1020 - 37. Disponible en:
Geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm-99K.

- 2.-Felipe VO, Jorge BI, Verónica ZC. Infección intrauterina y nacimiento Pretérmino. Rev. Invest. Clín. (En línea)V.56 n.1 México feb. 2004. 93-102 . Disponible en:
scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000100013&lng=es&nrm=iso&t... - 63k -

3. - VG Alejandro, CM José Luís, TG Luís Guillermo. Nacimiento prétermino por indicación médica. Ginecol Obstet Méx. 2002; Vol. 70(3): 153-60. . Disponible en:
scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S0300-90412002000300007&script=sci_arttext - 37k.

- 4.-MedlinePlus Enciclopedia Médica: Bebé prematuro.
Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001562.htm - 29k - .

- 5.- R:I Juan Infecciones del tracto genital inferior. Revista de Postgrado de la Cátedra Vla Medicina (En línea) N° 102 – Marzo 2001. Página. 21 – 38. Disponible en:
med.unne.edu.ar/revista/revista102/infec_trac_genit.html - 126k -

- 6.-López M. Toro M, Guillén, M.Citología de las Infecciones Cervicovaginales. Rev. Facultad de la Farmacia. Vol. 42,2001n. .
Adobe Acrobat Document.

- 7.-Felicitas C.Vaginitis Durante el Embarazo.
www.feoc.ugto.mx/superla/fpower/C0014.ppt.

- 8.- O.V Claudia, B:I Jorge, B.M Maria Inés. Frecuencia de Tricomonas Vaginalis detectadas Mediante Papanicolaou en Cuatro servicios de Salud, 1997- 2002. Rev. Chil Obstet. Ginecol 2005, 70(1): 3-7.

- 9.-Norma P.Tricomoniasis. .
verdaderahomeopatia.com.ar/tricomoniasis.htm - 27k.

10.-BSR. Tricomoniasis Durante el Embarazo. Godfrey Walker. Intervenciones para la tricomoniasis durante el embarazo: Comentario de la BSR (última revisión: 27 de Agosto de 2004). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006.

Disponible en:

www.rhlibrary.com/BSR/Commentaries/htm-print/gwacom.htm - 5k.

11.-Denis BC, Ana Teresa F:r, Isidoro R.V. Las enfermedades de Transmisión Sexual en Embarazadas un Problema de Salud a Nivel Mundial. Rev Cubana Med Gen Integr (en línea) V. 17 n. 2 Ciudad de la Habana mar-abr. 2001. Disponible en:

scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000200013&script=sci_arttext&tlng=es - 28k.

12.-Young GL, Jewell D. Resúmenes por Tema-Embarazo-Infecciones. Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2,2002.Oxford: Update Software

Disponible en:

perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/temas/embarazo/infecciones.htm - 43k –

13.-. Helen L.Frederickson, MD, Louise Wilkins-Haug, MD, PhD. Secretos de la ginecología 2a edición México 1999 editorial McGraw-Hill interamericana Cáp. I Pág.1.

14. - . Daniel Levy, M.D., Ph.D.Tricomoniasis. , Infectious Diseases, Greater Baltimore Medical Center, Baltimore, MD. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Disponible en:

www.healthbasis.com/Spanish%20Health%20Illustrated%20Encyclopedia/5/001331.htm - 19k

15.- Documentos de consenso S.E.G.O. Grupo ETS. Vulvovaginitis: candidiasis, trichomoniasis. Vaginosis disponible en: www.schering.es/varios/publicaciones/documentos_de_consenso_SEGO/html/consenso96/sec22_96.htm - 31k.

16.-.Domain. Microbiología Clínica en la WWW. Exudado vaginal

APUNTES PARA EL MANEJO DEL EXUDADO VAGINAL. (En línea), volumen, 2007 . Disponible en:

www.microbiologiaclinica.com/vaginal.htm - 15k

17.-Vicente.Saavedra. TRATAMIENTO NATURAL DE LA CANDIDIASIS VAGINAL RECURRENTE. Revista. (en línea)Volumen, número, año . Disponible en: vicentesaavedra.blogia.com/temas/candidiasis-vaginal.php - 139k

18.- Autor. APUNTES PARA EL MANEJO DEL EXUDADO VAGINAL, nombre revista(en línea), volumen, no, año . Disponible en: www.microbiologiaclinica.com/vaginal.htm - 15k

- 19.-**Vallejo Ramos. Candidiasis Vaginal. Revista (en línea), volumen, numero, año, disponible en:
saludalia.com/starmedia/temas_de_salud/doc/ginecologia_obstetricia/doc/candidiasis_vaginal.htm - 41k -
- 20.-** Calderón Costales Bernardo. candidiasis vaginal recurrente. . Disponible en:
www.medicosecuador.com/bernardocalderon/articu/nuevos/0137.htm - 22k
- 21.-.** Bayer, Candidiasis Vaginal - Canestén
. Disponible en: www.canesten.cl/especiales_candidiasis.asp - 15k -
- 22.-.** Young GL, Jewell D. Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal (muguet) del embarazo (Revisión Cochrane traducida). Revista . Disponible en:
www.cochrane.org/reviews/es/ab000225.html - 17k
- 23. -** American Journal of Obstetrics and Gynecology. Bacova. Balance del Contenido Vaginal.
www.fba.org.ar/proeco/bacova04.html - 68k -.
- 24.-.-**Blanca H.L. Guía de Atención Prenatal.Vol 41, suplemento 2003. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social Pp. 59, 63
- 25. -** Scott, J.R. Gibbs R. S; cols. Danforth. Tratado De Obstetricia y Ginecología. 9ª edición. Mc Graw Hill. México DF, 2006. Cáp. 10. pp. 181
- 26.-.** Embarazo Multipld y parto prematuro . . Disponible en:
www.microcaos.net/salud/embarazo-multiple-y-parto-prematuro/ - 40k
- 27.** Roberto Cassís Martinez. AMENAZA PARTO PRETÉRMINO. Guayaquil, Ecuador. Disponible en: www.drrobertocassis.com/protocolos/amenazas.html - 96k -
- 28.-.** Ahued, J. Roberto. Del Castillo C.F. cols. 2 edición. México D.F: Editorial El Manual Moderno, 2003 pp. 343-347.
- 29.-.**Dr. Enrique Gómez Bravo Topete, Dr. Claudia castillo lechuga, Dr Álvaro Villegas, Dr. Jesús Carlos Briones .Valor predictivo de la fibronectina fetal, en amenaza de parto prétermino.Cirugía y cirujanos.Volumen 72, número 6, año 2004. Pp 492.
- 30. -** F. Gary Cunningham, F Gant Kenneth. Cols. Williams obstetricia. 21 edición. Buenos Aires, 2005. Médica Panamerica. Cáp. 27. pp. 603.
- 31.-.** McCubbin, James A., Fenster, L Wadhwa, P.D., Lobel, M., Nordentoft, M., y col. El Estrés Durante el Embarazo. embarazo estrés stress.
geosalud.com/embarazo/embarazo_estr%E9s.htm - 35k.
- 32.-.** MEDWAVE - Edición Octubre 2003
Módulo 1: Crecimiento Clasificación clínica del Parto Pretérmino. Revista. 2003. Vol. (Consultado día

Disponible en: www.medwave.cl/atencion/infantil/FUDOC2003/1FUDOC2003/2.act - 27k

33.- Dr.German Ochoa.Dr. David Eli Romero. Guía para la atención de la paciente con síntomas de amenaza de parto pretérmino. 2007. Disponible en:
www.consultorsalud.com/biblioteca/Guias/Amenaza%20Parto%20Prematuro%20007.pdf

34 .Martínez Marcelo, Parto pretérmino. Halitus Instituto Médico , Disponible en:
www.bebesenlaweb.com.ar/elembrazoyvos/parto/partopretermino.html - 38k.

35. - Goldenberg RL.Parto Pretermino. The management of preterm labor. Obstet Gynecol 2002; 100:1020-37 . Disponible en.
geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm - 104k –

36. LUCENA, Sara, AROCHA PINANGO, Carmen Luisa y GUERRERO, Beltsy. Fibronectina: Estructura y funciones asociadas a la hemostasia. Revisión. Invest. clín. [Online]. jun. 2007, vol.48, no.2, p.249-262. Disponible en la World Wide Web: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332007000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0535-5133.

37. F. Gary Cunningham, F Gant Kenneth. Cols. William obstetricia. 21 edición. Buena Aires, 2005. Médica Panamerica. Pág. 27. Pp 603.

38. Dr. Enrique Gómez Bravo Topete, Dr. Claudia castillo lechuga,Dr Álvaro Villegas, Dr. Jesús Carlos Briones .Valor predictivo de la fibronectina fetal, en amenaza de parto pretérmino.Cirugía y cirujanos.Volumen 72, número 6,año 2004. Pp 492

39. Dr.German Ochoa.Dr. David Eli Romero. Guía para la atención de la paciente con síntomas de amenaza de parto pretérmino. 2007. Disponible en:
www.consultorsalud.com/biblioteca/Guias/Amenaza%20Parto%20Prematuro%202007.pdf

40. Parto pretérmino , Disponible en:
www.bebesenlaweb.com.ar/elembrazoyvos/parto/partopretermino.html - 38k -

41. Parto Pretérmino. . Disponible en.
geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm - 99k –

42. Enfermería: Enfermería en neonatología/ Parto Prematuro: factores...-Disponible en. www.enfermeriaconexion.com/%20neonatologia1.htm - 23k

43.- Arias, Enfermería: Enfermería en neonatología/ Parto Prematuro: Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Revista Cubana Pediatría 2001. .Disponible en. www.enfermeriaconexion.com/%20neonatologia1.htm - 23k

44.- American Academy of Pediatrics (AAP) ,American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG),Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)Alianzas March of dimes. El costo del.nacimiento Prematuro. Disponible en: www.nacersano.org/prematuro/9322_10306.asp - 36k

45.-Parto prematuro: Causas, consecuencias y prevención.Institute of Medicine of the National Academies.Reporte breve • Julio 2006 Advising the Nation. Improving Health. . Disponible en: www.prematuros.cl/webseptiembre06/partoprematuro/partoprematuro.htm - 31k -

46.- Irigorri, MD. Rodríguez Donado Perdomo Suárez. Guía de manejo de parto pretérmino. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (ASBOG); (en línea). Bogotá, Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/noticias/GUIA%205.%20%20MANEJO%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20PRETERMINO.pdf>

47.-Irigoyen. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 2 da Edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana. P.p. 38.

48.-Maria Luisa. V.C, Maria del Roció L.P. Instrumentos de Evaluación en Terapia familiar y de Pareja.Ed. Pax México pp. 185,187. .

49.-José Luís HG. La Familia en el proceso Salud Enfermedad. ED. Tangamanga, S.A de CV Pp.: 41, 42, 77, 75, 102,103.

50.-.Prosalud News | Noticias | Teléfono +54 11.4826.1125. Disponible en: www.pro-salud.com.ar/cables-antiores/7-09-07-bebes-prematuros.html - 51k -

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luís Potosí a _____ de 2006

Nombre: _____

Edad _____ años

Identificado con: Credencial de elector: si ____ No ____
Cartilla de citas IMSS: si ____ No ____

Nombre del Familiar responsable: _____ -
Parentesco con el niño: _____

Por medio de la presente, manifiesto haber sido informada sobre el tipo de cuestionario que se aplicará a mi persona, además de que la información que se obtenga de este cuestionario es de carácter confidencial, se me explico de sus beneficios y de sus mas mínimos riesgos, al participar en el proyecto de investigación titulado "CERVICOVAGINITIS COMO CAUSA DE PARTO PREMATURO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF 1 IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ DURANTE ENERO A DICIEMBRE DE 2006 ."; Autorizando al investigador a realizar el procedimiento.

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del Investigador

Nombre y Firma del 1er testigo

Nombre y Firma del 2. Testigo

Que se identifica con:
Credencial de elector: si ____ No____
Credencial de citas IMSS: Si____No____

Que se identifica con
Credencial de elector. Si____No____-
Credencial de citas IMSS: Si____No

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2007

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DESARROLLO DEL PROTOCOLO												
PRESENTACION AL COMITE												
ESTUDIO PILOTO												
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO												
RESULTADOS												
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO ENVIO A UNAM												

ANEXO 2
 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**CERVICOVAGINITIOS COMO CAUSA DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL GENERAL
 DE ZONA CON MEDICINA FAMILIA 1 DE SAN LUIS POTOSI. ENERO-DICIEMBRE 2006**

INSTRUMENTO DE BUSQUEDA PARA EXPEDIENTES MEDICOS

NUMERO
 AFILIACION

TRATAMIENTO MÉDICO					
	SI	NO			
EDAD GESTACIONAL					
	POR TRIMESTRE				
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO		
PREMATURO	22-30 SDG*		31-37 SDG*		
EDAD MATERNA	15 años o menos		16- 35 años	36 y mas	
NÚMERO DE GESTAS					
	GESTA	PARA	ABORTOS	OBITO	
ESTADO CIVIL					
	CON PAREJA	CASADA	UNION LIBRE	SOLTERA	DIVORCIADA VIUDA
NIVEL EDUCATIVO					
	PRIMARIA	SECUNDARIA	OTROS		
OCUPACION					
	TRABAJA	NO TRABAJA	ESTUDIA	NO ESTUDIA	
BEATRIZ ISABEL ROJAS HERNANDEZ INVESTIGADOR PRINCIPAL					