



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADEMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15, MONTERREY, N. L.

MUERTE PERINATAL Y HEBDOMADAL ASOCIADA A INFECCION DE VIAS

URINARIAS Y CERVICOVAGINITIS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA

FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SILVIA CAMACHO VASQUEZ



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.

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 2005

MUERTE PERINATAL Y HEBDOMADAL ASOCIADA A INFECCION DE VIAS
URINARIAS Y_CERVICOVAGINITIS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

DRA. SILVIA CAMACHO VASQUEZ

AUTORIZACIONES

DRA. MA. ZENAIDA VAZQUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS EN UMF No. 15,
MONTERREY, N. L.

MMC. SARA SILVIA AYALA ATRIAN

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS

DIRECTORA DE PROGRAMAS DE ENFERMERÍA EN LA UDEM

DR. JOSE LUIS SANCHEZ ESPINOSA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DIRECTOR DE UMF No. 30

DRA. JUANITA GONZALEZ
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF No. 32

MUERTE PERINATAL Y HEBDOMADAL ASOCIADA A INFECCION DE VIAS
URINARIAS Y_CERVICOVAGINITIS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

DRA. SILVIA CAMACHO VASQUEZ

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

3.- AGRADECIMIENTOS

Gracias a quien me ha permitido llegar hasta aquí, a quien hizo el camino, me puso en él y me ha ayudado a recorrerlo. Las maneras en que me demostrado su presencia han sido muchas; hoy comprendo que las formas en que yo le demuestro mi gratitud nunca serán suficientes. Gracias Dios.

Gracias a mis hijos: Juan, Pedro y Angel por lo que son y por lo que me han dado, porque gracias a ustedes insisto, persisto y resisto.

Gracias a mi esposo Juan Roberto por soportar mi locura con el fin de cumplir una ilusión, gracias porque este no era tu sueño, pero caminaste y soñaste junto a mí.

Gracias a mis padres por sus desvelos, su amor, su dedicación por darme todo sin recibir nada a cambio, solo la satisfacción que les dejó el saber que habían cumplido con su misión para conmigo. Tal vez no fui su mejor hija, pero sé que tuve a los mejores padres.

A mis hermanos Alfredo, Nora, Jaime, Nena y Lupita, quienes han tenido siempre una palabra de aliento y un buen consejo que ofrecer. Gracias por creer en mí y por sentir mis triunfos como propios por esa confianza brindada a mis conocimientos de médico que ha hecho que no duden en llamarme cuando me necesitan procuraré no defraudarlos y seguiré unida a ustedes compartiendo todo lo que haya que compartir, tristezas y alegrías, triunfos y caídas, porque así nos lo enseñaron nuestros padres.

A mis amigos y compadres Lila y Marlon, Mirthala y Martín, quienes no vacilaron en mostrarme su amistad, ayuda e impulso para terminar mi proyecto, demostrándome así su incondicionalidad.

Gracias a mi gran maestra y tutora Lic. Sara Silvia Ayala por brindarme una cálida bienvenida, por tenderme una mano amiga compartiendo sus conocimientos y su valioso tiempo, gracias maestra por corregir mis errores y alentarme con una paciencia infinita. Gracias Sarita por su confianza.

2.- INDICE GENERAL

1.- Título del proyecto de Investigación	1
2.- Índice general	4
3.- Agradecimientos	5
4.- Marco Teórico (Antecedentes bibliográficos)	6
5.- Planteamiento del problema	9
6.- Justificación	11
7.- Objetivos	12
7.1.- General	12
7.2.- Específicos	12
8.- Hipótesis	13
9.- Metodología	14
9.1.- Tipo de estudio	14
9.2.- Población, lugar y tiempo de estudio.	14
9.3.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	15
9.4.- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	16
9.5.- Información a recolectar (variables a recolectar)	17
9.6.- Método o procedimiento para captar la información	18
9.7.- Consideraciones éticas	19
10.- Resultados	20
10.1.- Descripción (Análisis estadístico) de los resultados	20
10.2.- Tablas (cuadros)	22
y gráficas.	23
11.- Discusión de los resultados encontrados	24
12.- Conclusiones	26
13.- Referencias bibliográficas	27
14.- Anexos	28

4.- MARCO TEORICO (ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS).

La mortalidad perinatal es un indicador epidemiológico mundial, evalúa directamente la calidad de atención materno infantil que se brinda y refleja el nivel de salud de una población¹.

En México, este indicador de evaluación tiene por objetivo dar seguimiento a los resultados de las actividades de la Secretaría de Salud (SS) y del Sistema Nacional de Salud; así como el de conocer cada vez más las variables que participan indirectamente en la mortalidad perinatal², siendo una de ellas: la infección de vías urinarias, la cual es una enfermedad que complica el embarazo generando un alto riesgo obstétrico y mortalidad perinatal. Esta entidad con sus diferentes presentaciones clínicas que van desde la bacteriuria hasta la pielonefritis, se presentan entre el 2% al 7% de los embarazos.³ Si bien el embarazo no afecta el índice de bacteriuria asintomática, la progresión hacia una cistitis o una pielonefritis francas se observa en 25 a 40% de las mujeres embarazadas infectadas.⁴ Su importancia radica en que si no es tratada de manera apropiada, conlleva un alto riesgo para la madre y el feto, es por ello que es esencial identificarla tempranamente y erradicarla para que la gestación llegue a su fin sin problemas. No sólo la infección de vías urinarias repercute en un mal pronóstico para el producto, sino también la cervicovaginitis, de la cual existen estudios bien documentados, en los que se le relaciona a ruptura prematura de membranas, prematuridad, y muerte perinatal.⁵ Como las infecciones asociadas por clamidias del cuello uterino materno no tratadas.⁶

La infección intramniótica es causa de aborto, parto prematuro, ruptura prematura de membranas e infección, tanto materna como neonatal. Desde 1958 Bernischke y Raphael reportaron por primera vez la Corioamnionitis por *Cándida* sp y posteriormente, muchos reportes la señalan como agente etiológico de infección intramniótica.⁷

Desde 1962 Kass descubre la asociación en mujeres durante su embarazo, con la infección del tracto urinario no tratada y la muerte perinatal. En 1988, en la Escuela de Medicina de Chicago, Illinois se estudiaron 25,746 registros de embarazo, y se encontró un riesgo elevado de prematuridad, niños de bajo peso, anemia, hipertensión y muerte perinatal asociada a infección del tracto urinario en mujeres cuya edad oscilaba entre los 20 y 29 años de edad con una Razón de Momios (RM) = de 1.6 a 2.6 con un índice de confiabilidad (IC) > 1.⁸ En el departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Alabama, se encontró, que la bacteria *E. Coli*, *Streptococo* del grupo B y la *Ureaplasma Urealticum*, estuvieron presentes en la infección de vías urinarias ascendentes y fueron las causantes más comunes de la mortalidad perinatal.⁹

Los esfuerzos por reducir el aborto, el parto pretérmino y la mortalidad perinatal causada por la infección genitourinaria, motivaron al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Paula Jaraquemada de Chile a realizar un estudio de casos y controles para tratar de identificar los factores de riesgo durante el periodo de gestación, lo que permitió la detección y la predicción de la infección genitourinaria. Los registros de morbilidad sugirieron alteraciones en la respuesta inmunitaria en 165 mujeres embarazadas que presentaron infección genitourinaria y fueron comparadas con 86 mujeres sin esta infección. Se

encontraron varios antecedentes de riesgo como la vaginitis de repetición en un 31.5% con una RM=19.3 con IC > 1; la infección del tracto urinario en un 29.7% con una RM=5.6 y un IC > 1; los partos prematuros se presentaron en el 17.6% con una RM = 17.6% IC > 1.¹⁰

En otro estudio de mortalidad perinatal hospitalaria realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 1998-2000 se encontró que dos terceras partes de la mortalidad fetal estuvieron ligadas a complicaciones maternas durante el embarazo y el trabajo de parto.¹¹

Durante el año 2004 en la Delegación de Nuevo León del IMSS se presentaron 452 muertes hebdomadales y perinatales de un total de 36,231 nacimientos registrados lo que corresponde a un 11.6 muertes X 1000 nacidos vivos. Sin establecer aún la relación causa-efecto.¹²

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha encontrado que la brecha en la mortalidad perinatal entre los países desarrollados y en desarrollo está aumentando, y la mortalidad perinatal en América Latina y el Caribe es más alta en un 39.4% con respecto a la mortalidad infantil, la cual es de un 31.5%. En éstas estadísticas sobre tendencia a la mortalidad, se compara a los países más desarrollados (Estados Unidos y Canadá) con 8 países seleccionados de América Latina (Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico, y Uruguay) en un periodo de 25 años en los que se observó que en los países más desarrollados la tasa de mortalidad perinatal descendió de un 19.9% a un 11.7%, en los periodos comprendidos de 1970 a 1980 y de 1980 a 1995 vuelve a descender hasta un 7.8%. Mientras que en los países de América Latina se observó que la tasa de mortalidad perinatal descendió de un 30% a un 22.1% en el periodo comprendido de 1970 a 1980, pero para 1995 se observa una elevación de la curva a 23.9%.¹³

Según datos obtenidos de la Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), refiere que el IMSS en la Republica Mexicana se encuentra dividido en cuatro Regiones Delegacionales de las cuales la Región Norte tiene la tasa de mortalidad perinatal más alta, siendo ésta de 12.4 por 1,000 nacidos vivos y la Región Occidente tiene la tasa más baja de 10.5; si la traspolamos a Entidades Específica encontramos que el Estado de Sinaloa tiene la tasa más baja de 7.7 y el Estado de Zacatecas tiene la tasa más alta en 15.7. Con respecto a la mortalidad hebdomadal, muestra que la Región Centro y la Región Occidente presentan una tasa baja de 5.8 y la Región

Norte sobresale por tener la más alta 7.0 siendo nuevamente el Estado de Zacatecas el que reporta la tasa más alta que es de 9.8 a nivel nacional.¹⁴

Desde 1999 hasta Diciembre del 2004 se ha observado que la tasa de mortalidad perinatal en el estado de Nuevo León, ha tenido una tendencia a la disminución, para 1999 la tasa se mostraba en 15.3% descendiendo a un 10.9% en el 2003, sin embargo en el 2004 se registra un aplanamiento de la curva, con una tasa de 11.86 x 1000 nacimientos.¹⁵ Por ser la mortalidad perinatal un indicador epidemiológico mundial que evalúa directamente la calidad de atención materno infantil y refleja el nivel de salud de una población; se requiere conocer que factores están asociados con el incremento de la tasa de mortalidad perinatal y hebdomadal en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación de Nuevo León.

6.- JUSTIFICACIÓN.

Este estudio permitirá al Sistema de Salud identificar áreas de oportunidad en capacitación y estrategias que eleven la calidad de atención durante el Control Prenatal.

Además pretende sensibilizar al prestador de servicios en la importancia que tendría el identificar oportunamente las infecciones que presenten las pacientes durante su periodo de gestación, para así proporcionar el tratamiento adecuado y evitar con ello en un futuro muertes hebdomadales y perinatales.

De no realizarse este proyecto, no se identificará la asociación de los factores causantes de muerte perinatal y hebdomadal de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social en esta Delegación, permaneciendo los indicadores y la atención sin modificación.

7.- OBJETIVOS.

7.1.- Objetivo general:

Determinar la asociación de infección de vías urinarias y cervicovaginitis con la muerte hebdomadal y perinatal en el IMSS de Nuevo León.

7.2.- Objetivos específicos:

1. Determinar la asociación entre cervicovaginitis y muerte hebdomadal en el IMSS de Nuevo León.

2. Determinar la asociación entre cervicovaginitis y muerte perinatal en el IMSS de Nuevo León.

3. Determinar la asociación entre infección de vías urinarias y muerte hebdomadal en el IMSS de Nuevo León.

4. Determinar la asociación entre infección de vías urinarias y muerte perinatal en el IMSS de Nuevo León.

8.- HIPÓTESIS.

Ha₁. La cervicovaginitis se asocia 2 veces o más a muerte hebdomadal en el IMSS de Nuevo León.

Ho₁. No hay asociación entre cervicovaginitis y muerte hebdomadal en el IMSS de Nuevo León.

Ha₂. La cervicovaginitis se asocia 2 veces o más a muerte perinatal en el IMSS de Nuevo León.

Ho₂. No hay asociación entre cervicovaginitis y muerte perinatal en el IMSS de Nuevo León.

Ha₃. La infección de vías urinarias se asocia 2 veces o más a muerte hebdomadal en el IMSS de Nuevo León.

Ho₃. No hay asociación entre infección de vías urinarias y muerte hebdomadal en el IMSS de Nuevo León.

Ha₄. La infección de vías urinarias se asocia 2 veces o más a muerte perinatal en el IMSS de Nuevo León.

Ho₄. No hay asociación entre infección de vías urinarias y muerte perinatal en el IMSS de Nuevo León.

9.- METODOLOGIA .

9 .1 Tipo de estudio.

Casos y controles.

9.2 Población ,lugar y tiempo de estudio

Caso: Expedientes de pacientes que estuvieron embarazadas y presentaron mortalidad hebdomadal y perinatal en el año 2004 en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Nuevo León.

Control: Expedientes de mujeres embarazadas con hijos nacidos vivos y que continuaron con vida, pareada por unidad de adscripción, edad materna y fecha de nacimiento, en el año 2004, en el IMSS en Nuevo León.

9.3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

8.3.1.- Técnica muestral:

Se seleccionó de manera aleatoria una clínica por cada zona médica. La selección de expedientes fué por cuota, de los expedientes que se localizaron y que cumplieron los criterios de inclusión: 172 para el grupo caso y 344 para el grupo control.

Cálculo del tamaño de muestra. **n = 172 G. Caso**

344 G. Control

En base a población finita y parámetro de proporciones

$$n = \frac{\{Z_{\alpha} (RM + 1) + Z_{\beta} \sqrt{(RM + 1)^2 - (RM - 1)^2 P_{disc}^2}\}^2}{(RM - 1)^2 P_{disc}}$$

N= **452** muertes hebdomadales y perinatales

RM = Razón de momios que se desea encontrar. 2

p_{disc} = Proporción o porcentaje de discordancia entre los casos y controles y corresponde al cálculo de B+C/ n pares

Z_{α} = Distancia en relación a la media que tendrán los valores de probabilidad de α . = 1.96

Z_{β} = Distancia en relación a la media que tendrán los valores de probabilidad asignados a β . =0.84

9.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

9.4.1.-Criterios de inclusión :

- Pacientes en control prenatal en su unidad de medicina familiar.
- Pacientes con atención de parto en el período de estudio.

9.4.2.- Criterios de exclusión:

- Pacientes que pertenecen a otros estados de la república.

9.4.3.-Criterios de eliminación:

- Expedientes clínicos incompletos.
- Pacientes sin control prenatal registrado.
- Expedientes clínicos no localizados.

9.5.- INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE ESTUDIO)

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Dependiente	Muerte hebdomadal	Cese de la actividad integrada del organismo, desde que el feto alcanza los 1000 grs. de peso, ubicado en la semana 28 de gestación hasta el séptimo día de vida extrauterina.	Diagnóstico consignado en el acta de defunción y el expediente de la madre.	Nominal Sí No	Expediente Clínico
Dependiente	Muerte Perinatal	Cese de la actividad integrada del organismo, desde que el feto alcanza 500 grs. de peso o la semana 20 de gestación hasta los 28 días de vida extrauterina.	Diagnóstico consignado en el acta de defunción y en el expediente de la madre.	Nominal Sí No	Expediente Clínico
Independiente	Infección vías urinarias	Colonización y multiplicación de cualquier microorganismo, habitualmente bacterias en el aparato urinario.	Dx de acuerdo a resultados de laboratorio o consignado por el Médico Familiar por Clínica.	Nominal Sí No	Expediente Clínico
Independiente	Cervicovaginitis a)Cervicitis: b)Vaginitis: vaginosis	Colonización de cualquier microorganismo en cervix o vagina.	Por nota médica, examen de laboratorio, exploración física y tratamiento consignado por el médico.	Nominal Sí No	Expediente Clínico
Control	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el día referido.	Número de años cumplidos hasta el nacimiento del hijo en estudio.	Numérica Discreta	Expediente Clínico

9.6.- PROCEDIMIENTOS.

Se seleccionó aleatoriamente una unidad de Medicina Familiar por cada Zona Médica del área metropolitana del 3 al 30 de Mayo del 2005.

Se visitó a cada unidad, acudiendo al departamento de Afiliación y Vigencia o al archivo clínico para la identificación del expediente y consultorio respectivo para el grupo caso y al departamento de Enfermera Materno Infantil (E.M.I.) para el grupo control, seleccionando dos controles por cada caso, ubicando las mismas fechas de nacimiento en ambos grupos.

Se recolectaron los datos, eliminando los expedientes que no reunían los criterios de inclusión, con reemplazo de otro expediente hasta completar la cuota.

Los datos se registraron en una hoja colectora.

Al concluir la visita de clínicas, la información obtenida fue vaciada a una base de datos para su análisis correspondiente en el paquete SPSS/PC y EPIINFO.

9.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo a los principios éticos de investigación médica, por ser una investigación de no intervención y trabajar con expedientes clínicos; no se solicitó consentimiento informado, los datos recabados serán utilizados únicamente para fines de esta investigación, pero se respetará la dignidad de las pacientes con apego a la confidencialidad de sus datos.

9.8.- PLAN DE ANÁLISIS.

Se utilizó estadística descriptiva:

De proporciones para las características descriptivas de la muestra estudiada. También se usó χ^2 para identificar la probabilidad que representó el cursar con infección urinaria y la presencia de mortalidad hebdomadal y perinatal.

Se estudió con razón de momios con intervalo de confianza mayor a 1 para estimar la asociación al riesgo de mortalidad de las mujeres embarazadas que cursaron con infección urinaria en relación con las que no la padecieron.

	Con inf +	Sin inf -
Con infecc +		
Sin infecc -		

10.- RESULTADOS

10.1.- DESCRIPCION

Las Unidades de Medicina Familiar con mayor número de casos reportados fueron la U. M. F. 28 (18.9%), la U. M. F. 7 (18.4%), la U. M. F. 32 (14.4%) las U. M. F. 31 y 43 (9.7 %) respectivamente.

De acuerdo a la distribución por sexo, la mortalidad del grupo caso fue del 47.12% femenino y 52.88% masculino con una RM=1.04 IC<1.

Con respecto a las semanas de gestación el grupo caso presentó un promedio de 32.9 semanas D E de 5.6 semanas y el grupo control de 36.4 semanas con una D E de 2.8 F=133 p = 0.00.

El peso promedio del grupo caso fue de 2,100 grs con una D E de 1,141 grs y en el grupo control fue de 3,023 grs con una D E de 529 grs F = 246.2 p= 0.000.

El promedio de edad en las madres del grupo caso fue de 27.9 años con una D E de 5.9 años y en el grupo control fue de 25.6 años con una D E de 5.2 años t = 4.4 p = 0.009.

De acuerdo a los resultados de cervicovaginitis se observaron 37.3% de casos positivos y 16.3% de controles positivos con una RM=3.06 IC>1.

De las infecciones de vías urinarias entre ambos grupos se encontraron 66.7% de casos y 33.3 de controles con infección con una RM=3.87 IC>1.

Con respecto a otro tipo de infecciones como salmonelosis reportaron 4.02% casos y 1.47% controles con una RM=2.89 IC>1.

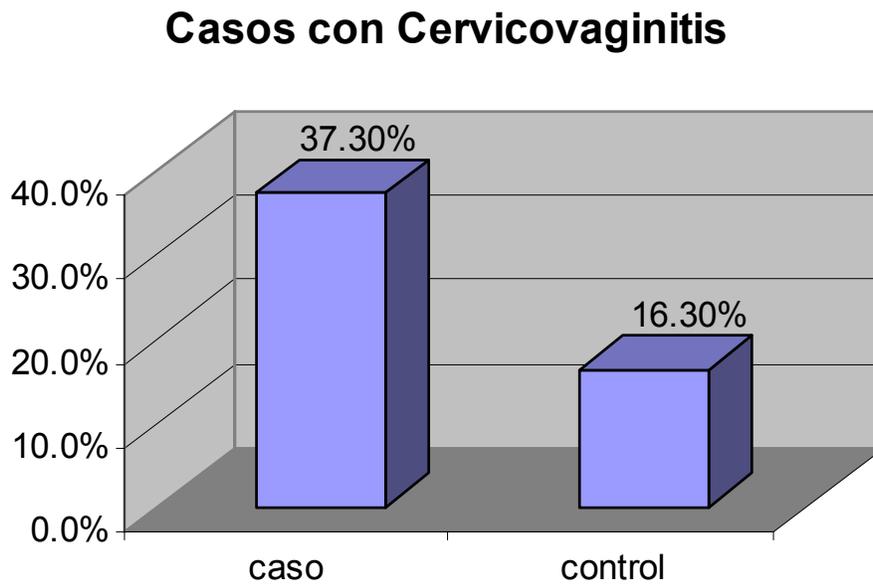
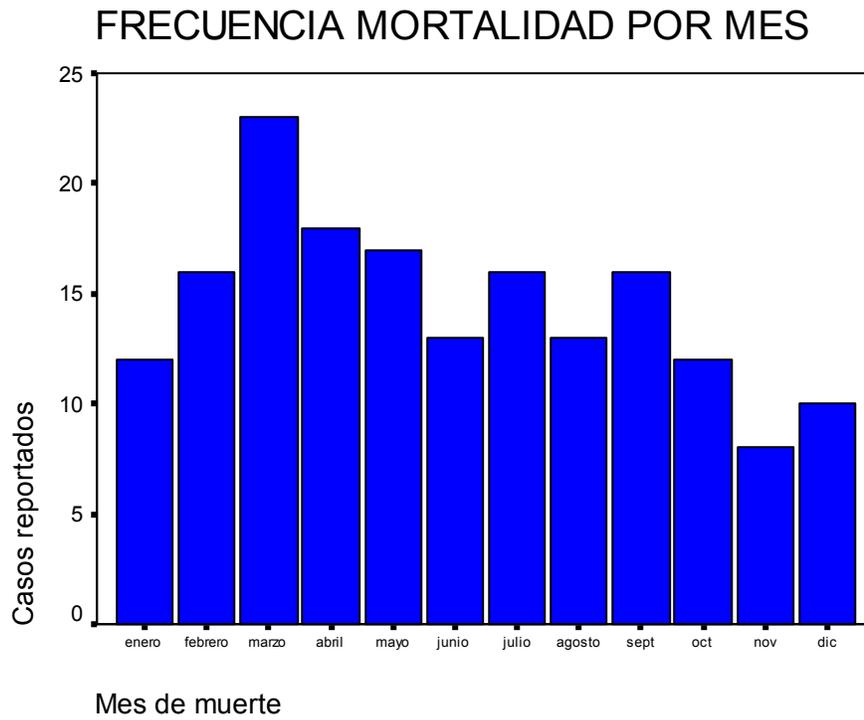
En toxicomanías solo se reportaron casos de tabaquismo en ambos con el 6.9% de casos y 2.7% de controles con una RM=2.75 IC>1.

En hipertensión gestacional se presentaron en el 19.5% de casos y 14.3% de cotroles con una RM=1.45 IC<1.

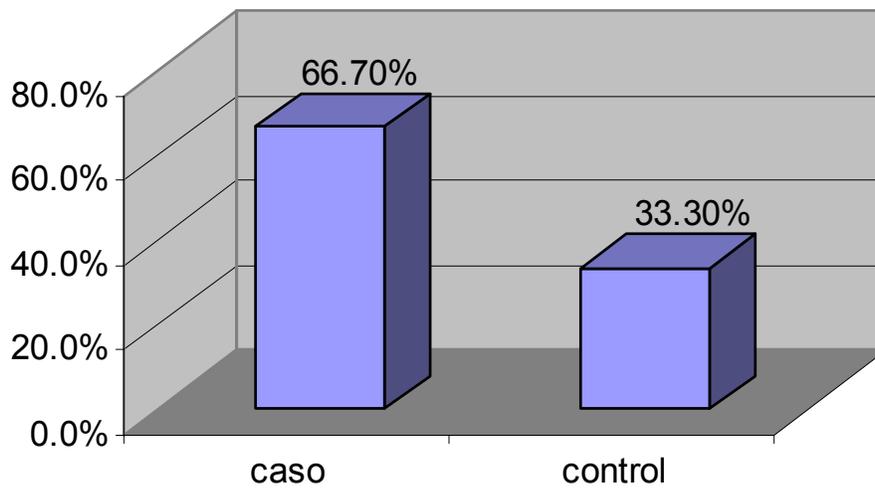
Los casos de diabetes mellitas (DM) reportaron 8.6% de casos y 2.6% de controles con una RM=3.5 IC>1.

Las embarazadas con Hipertensión Arterial (HTA) sistémica en el 11.5% de casos y 4.1 % de controles con una RM=3.05 IC>1.

10.2.- GRÁFICAS



Casos con Infección de vías urinarias



11.- DISCUSIÓN.

No encontramos referencias que nos indiquen el índice o casos de mortalidad hebdomadal y perinatal de acuerdo o en concordancia con los meses del año; pero observamos en nuestro estudio una coincidencia que pudiera relacionar el 1°. y 2°. trimestres del embarazo de los casos de mortalidad reportados en los meses de marzo con 13.2% y abril con 10.54%, con relación a los meses de invierno; por lo que se sugiere la realización de otra investigación que nos permita identificar la posible relación que exista entre el clima invernal y las condiciones de higiene de las parejas, lo cual pudiera ser una causa que predispongan este tipo de infecciones.

Las semanas de gestación del producto en este estudio reflejaron que la inmadurez fetal es un factor significativo en las muertes perinatales.

Con respecto a la edad materna; las madres del grupo control fueron más jóvenes que las del grupo caso, observando una mayor incidencia de mortalidad en las madres de 35 a 40 años.

Los resultados de cervicovaginitis nos indican que hubo un riesgo de 3.06 veces más en las mujeres que la presentaron en relación a las que no la presentaron. Coincidiendo con lo resultados obtenidos en la investigación ya referida de Cunnigham y Braun Hernán.

La infección de vías urinarias presentó un riesgo 3.87 veces más que las que no lo padecieron, esto se observó en todas las edades, desde 15 a 40

años, difiriendo a lo encontrado por Schive Laura en 25,746 registros donde la prevalencia se encontraba entre las mujeres de entre 20 y 29 años de edad.

Como hallazgos encontrados en los expedientes estudiados se observa un riesgo de 3.5 veces más para mortalidad en las madres con DM en relación a las madres no diabéticas.

Las madres portadoras de HTA sistémica reportan un riesgo de 3.05 veces más de mortalidad que las madres no hipertensas.

Por sí solas la DM e HTA, representaron un alto riesgo obstétrico, según la Guía Clínica para el CPN del IMSS. Al unirse las enfermedades mencionadas, a la infección urinaria o cérvico vaginitis, el riesgo se incrementa aún más.

Otro comportamiento de riesgo observado entre las madres con mortalidad hebdomadal y perinatal fue el tabaquismo; el cual es sabido que ocasiona vasoconstricción y por lo tanto, predispone al bajo peso del producto.

Dentro de las limitantes más frecuentes encontradas en este estudio fueron: notas médicas escuetas, incompletas, falta de reporte de un adecuado seguimiento a los tratamientos, ausencia de exámenes de laboratorio, falta de envío a 2º. nivel en casos requeridos. Estas limitantes tuvieron como consecuencia, el no permitir el análisis completo de aproximadamente 60 expedientes del grupo caso. Esperamos que un futuro próximo, el uso de la computadora en el 100% de las Unidades Médicas coadyuve al mejor registro y recopilación de datos. Los registros inadecuados pudiesen ser reflejo de sobrecarga de trabajo y de las necesidades de actualización médica en referencia al manejo del control prenatal (CPN).

12.- CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio mostraron un riesgo 3 veces mayor para mortalidad hebdomadal y perinatal en mujeres con infecciones de vías urinarias y de cervicovaginitis.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⁶ Braun Hernán, y otros. Consecuencias Perinatales de la Infección Intrauterina por Cándida. Revista Chilena obstetricia ginecología. V. 68 n. 4 Santiago 2003. p. 343-348.
- ⁴ Brenner Barry M. y Rector, Floyd C. El Riñón tercera edición vol. 2 1989 Editorial Panamericana Buenos Aires. p. 1330-1331.
- ³ Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia, 1998, 20°. Edición. Editorial Panamericana Buenos Aires. (p. 1045-1048)
- ⁵ Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia, 1998, 20°. Edición. Editorial Panamericana Buenos Aires. (p. 1231)
- ¹² Estudio de la OMS. Sin autor. Retardo del Crecimiento Intrauterino: Un Grave Problema de los Países en Desarrollo. Revista Hospitalaria de Maternidad Infantil Ramón Sardá. 2001, 20 (1).
- ⁸ Goldenberg Robert L. MD and Thompson Cortney BS. The infections origins of stillbirth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Sept. 2003 (189) 3: 861-873. Alabama, USA.
- ² Hernández-Avila, M. Indicadores de Resultado, 2002, Información para la evaluación de los sistemas de salud. Salud Pública de México Mayo-Junio de 2004 (46 No. 3: 261-267)
- ¹³ Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Nuevo León. Coordinación de Salud Reproductiva. Moratidad Perinatal por Delegación y Región de Adscripción. IMSS Seguridad Social. Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR) 2004.
- ¹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Nuevo León. Coordinación de Salud Reproductiva. Moratidad Perinatal y Hebdomadal. 2004.
- ¹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Nuevo León. Coordinación de Salud Reproductiva. Moratidad Perinatal y Hebdomadal. 2004.
- ⁹ Ovalle A; Silva O; Herrera R; González E; Marín J. Antecedentes Mórbidos de Riesgo y Predicción de la Infección Genito-Urinaría Durante el Embarazo. Revista Chilena de Ginecología y Obstericia. 1989; Vol. 54 (6)- pp. 341-7. Chile.
- ⁷ Schieve Laura A., MS, Handler Arden, y cols. Urinary Tract Infection during pregnancy: Its Association with maternal morbidity and perinatal outcome. American Journal of Public Health; 1994 (84 N.3: 405-410)
- ¹⁰ Velasco-Murillo V, Palomares-Trejo A, Navarrete-Hernández E. Causalidad y Tendencia de la Mortalidad Perinatal Hospitalaria. Instituto Mexicano del Seguro Social, Cir Ciruj 2003; 71 (4): 304- 313. 1998-2002. México.
- ¹ Vilchis Nava P., Gallardo Gaona J.M, y cols. Mortalidad Perinatal: Una propuesta de análisis. Ginecología y Obstetricia de México, 2002 (70: 510-520).

14.- ANEXOS (INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN).

Factores de riesgo asociados a muerte hebdomadal y perinatal en N. L.

Grupo Caso._____ **Grupo control**_____

Número de afiliación _____ Zona Médica _____

Clínica _____ Consultorio _____ Turno _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Semanas de gestación _____

Fecha de muerte _____ Diagnóstico: Hebdomadal__ Perinatal__ Peso__

C.P.N. SI__ NO__, Número de veces de C.P.N. _____

Lugar de atención del parto _____ Edad materna _____

Vaginosis SI - NO # veces durante el embarazo _____

Cervicitis SI - NO # veces durante el embarazo _____

Infección de vías urinarias SI - NO # veces en el embarazo _____

Otras infecciones durante el embarazo SI__NO__, Si es si, Cuál? _____

veces durante el embarazo _____

Toxicomanías SI__ NO__

HTA SI__NO__ HTA. Gestacional SI__ NO__

Diabetes mellitus SI__NO__ D. Gestacional SI__ NO__

Preeclampsia SI -__NO__ Eclampsia SI__ NO__

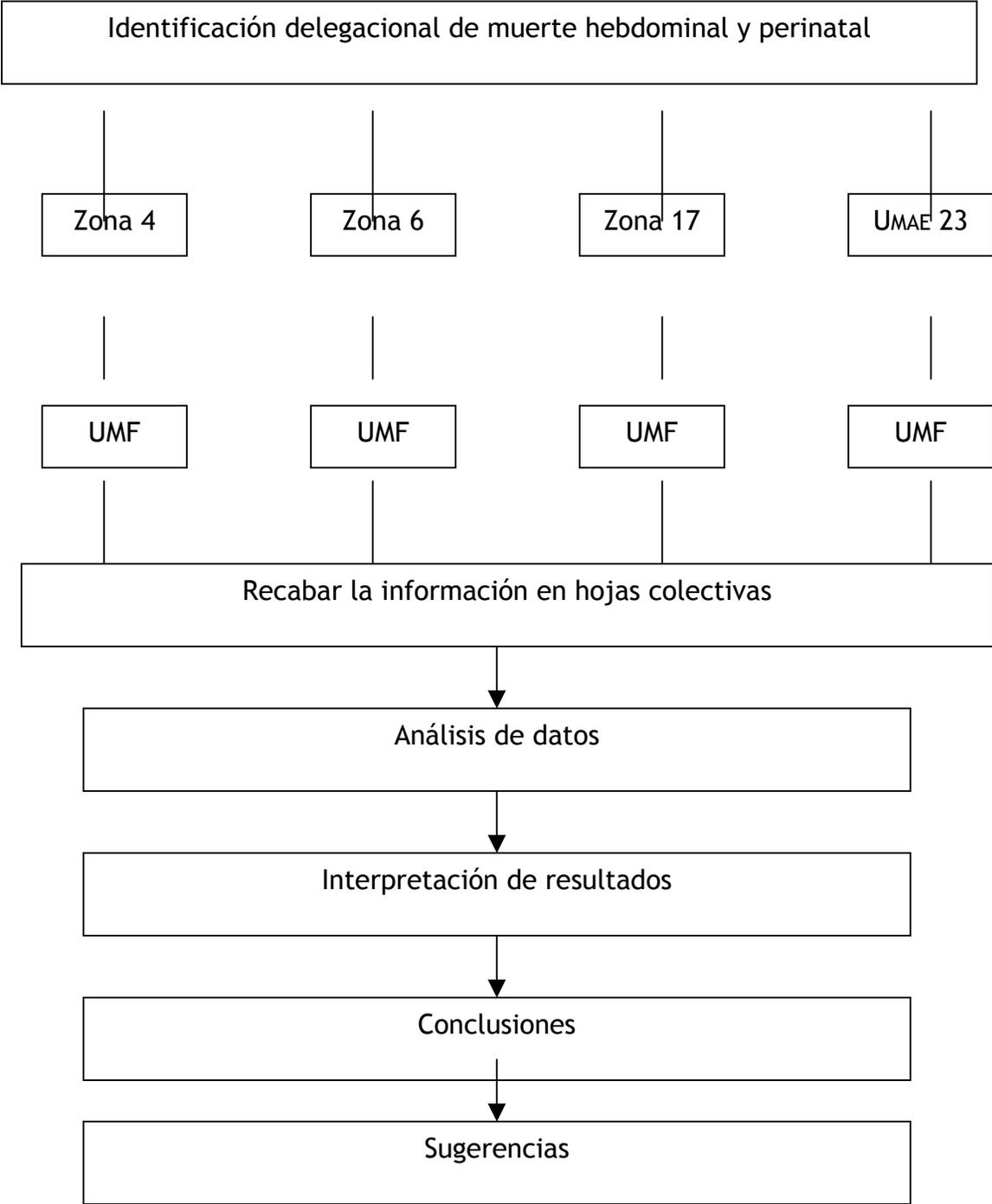
Peso inicial_____, talla_____

Incremento total de peso durante la gestación _____ Kgs. _

14.1 CRONOGRAMA

Actividad	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU
	E	B	R	R	Y	N	L
Elaboración de protocolo	X	X	X	X			
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación					X		
Capacitación encuestador o recolector de información					X		
Prueba piloto					X		
Colección de información						X	
Captura de datos						X	
Análisis de datos						X	
Interpretación de resultados							X
Formulación de reporte							X
Redacción de artículo científico							X

14.2 FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS.



14.3 PERSONAL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN.

Dra. Silvia Camacho Vásquez (1 Investigadora)

14.4 RECURSOS FISICOS Y MATERIALES DISPONIBLES Y POR ADQUIRIR.

Computadora, Impresora, Conexión a Internet, Software, Hojas de Encuesta, Acceso a Bibliotecas físicas y digitales, Discos Compactos, Disketes, Traductor, Estudios Nacionales e Internacionales, Teléfono, Fax. Gastos de traslado a las unidades.

14.5 PRESUPUESTO / FINANCIAMIENTO INTERNO Y EXTERNO.

Propio de la investigadora y las facilidades de la institución.

11.

¹ Vilchis Nava P., Gallardo Gaona J.M, y cols. Mortalidad Perinatal: Una propuesta de análisis. Ginecología y Obstetricia de México, 2002 (70: 510-520).

² Hernández-Avila, M. Indicadores de Resultado, 2002, Información para la evaluación de los sistemas de salud. Salud Pública de México Mayo-Junio de 2004 (46 No. 3: 261-267)

³ Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia, 1998, 20ª. Edición. Editorial Panamericana Buenos Aires. (p. 1045-1048)

⁴ Brenner Barry M. y Rector, Floyd C. El Riñón tercera edición vol. 2 1989 Editorial Panamericana Buenos Aires. p. 1330-1331.

⁵ Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia, 1998, 20ª. Edición. Editorial Panamericana Buenos Aires. (p. 1231)

⁶ Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia, 1998, 20ª. Edición. Editorial Panamericana Buenos Aires. (p. 1231)

⁷ Braun Hernán, y otros. Consecuencias Perinatales de la Infección Intrauterina por Cándida. Revista Chilena obstetricia ginecología. V. 68 n. 4 Santiago 2003. p. 343-348.

⁸ Schieve Laura A., MS, Handler Arden, y cols. Urinary Tract Infection during pregnancy: Its Association with maternal morbidity and perinatal outcome. American Journal of Public Health; 1994 (84 N.3: 405-410)

⁹ Goldenberg Robert L. MD and Thompson Cortney BS. The infections origins of stillbirth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Sept. 2003 (189) 3: 861-873. Alabama, USA.

¹⁰ Ovalle A; Silva O; Herrera R; González E; Marín J. Antecedentes Mórbidos de Riesgo y Predicción de la Infección Genito-Urinaria Durante el Embarazo. Revista Chilena de Ginecología y Obstericia. 1989; Vol. 54 (6)- pp. 341-7. Chile.

¹¹ Velasco-Murillo V, Palomares-Trejo A, Navarrete-Hernández E. Causalidad y Tendencia de la Mortalidad Perinatal Hospitalaria. Instituto Mexicano del Seguro Social, Cir Ciruj 2003; 71 (4): 304- 313. 1998-2002. México.

¹² Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Nuevo León. Coordinación de Salud Reproductiva. Moratlidad Perinatal y Hebdomadal. 2004.

¹³ Estudio de la OMS. Sin autor. Retardo del Crecimiento Intrauterino: Un Grave Problema de los Países en Desarrollo. Revista Hospitalaria de Maternidad Infantil Ramón Sardá. 2001, 20 (1).

¹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Nuevo León. Coordinación de Salud Reproductiva. Moratlidad Perinatal por Delegación y Región de Adscripción. IMSS Seguridad Social. Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR) 2004.