



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



GUERRERO
NOS NECESITA A TODOS
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO

PREVALENCIA DE CERVICOVAGINITIS Y AFECTACIONES ECONÓMICAS Y EMOCIONALES EN MUJERES CON PARTO PRE TÉRMINO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHILPANCINGO EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2017

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARSENIO CARBALLIDO AHUEXOTECO

ASESOR

DR. OMAR VIVEROS ISLAS

SEMIS 25131216

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019



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.

PREVALENCIA DE CERVICOVAGINITIS Y AFECTACIONES ECONÓMICAS Y EMOCIONALES EN MUJERES CON PARTO PRETÉRMINO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHILPANCINGO EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARSENIO CARBALLIDO AHUEXOTECO

AUTORIZACIONES:

DRA. MARIA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ
PROFESORA TITULAR

DR. OMAR VIVEROS ISLAS
ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. RUBI ALVAREZ NAVA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

PREVALENCIA DE CERVICOVAGINITIS Y AFECTACIONES ECONÓMICAS Y EMOCIONALES EN MUJERES CON PARTO PRETÉRMINO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHILPANCINGO EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARSENIO CARBALLIDO AHUEXOTECO

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION EN
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

RESUMEN:

Objetivos: Estimar la prevalencia de Cervicovaginitis e identificar las afectaciones económicas y emocionales en mujeres con partos pretérmino del hospital general de Chilpancingo.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo parcial, se consideraron la totalidad de mujeres con parto pretermino atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, un total de 65 pacientes, a las cuales se les aplico cuestionario especifico y revisión del expediente clínico, para conocer la prevalencia de Cervicovaginitis durante el embarazo y principales afectaciones psicológicas y emocionales por la estancia hospitalaria de su hijo.

Resultados: se identificó una prevalencia de 32.3% de cervicovaginitis durante el embarazo, más del 55% de las mujeres tenían entre 20-30 años, aunque también el 20% eran menores de 20 años, provenientes del área urbana 63.1%, mas del 50% con bajo nivel académico, dedicadas al hogar 90.8%, multíparas 64%, 63.1% con generación de gastos por la estancia del producto, 47.7% con gastos de entre 1,000 – 5,000 pesos, más de la mitad con afectaciones emocionales y psicológicas, generando emociones de preocupación 34.3% y tristeza 28.6%.

Conclusión: La cervicovaginitis durante el embarazo tiene un alta prevalencia en mujeres con parto pretermino, debe ser considerado como uno de los principales factores de riesgo para prematurez. La estancia hospitalaria de productos prematuros genera afectaciones emocionales y económicas en la dinámica familiar. Se deben enfocar acciones para mejorar el control prenatal, para la identificación de infecciones genitourinarias. A las mujeres y sus familias con productos prematuros hospitalizados, es necesario mejorar los apoyos para disminuir los gastos de bolsillo y dar atención integral, psicológica y emocional para enfrentar esta enfermedad.

Palabras clave: prematurez, cervicovaginitis, afectación emocional, afectación económica.

SUMMARY:

Objective: To estimate the prevalence of Cervicovaginitis and to identify the economic and emotional affectations in women with preterm deliveries of the general hospital of Chilpancingo.

Material and Methods: Observational, cross-sectional, descriptive, partial retrospective study, the totality of women with preterm birth attended in the gynecology-obstetric service of the General Hospital of Chilpancingo from January to June 2017, a total of 65 patients, were considered. specific questionnaire and review of the clinical file, to know the prevalence of Cervicovaginitis during pregnancy and major psychological and emotional effects due to the hospital stay of your child.

Conclusion: Cervical vaginitis during pregnancy has a high prevalence in women with preterm delivery, it should be considered as one of the main risk factors for prematurity. The hospital stay of premature products generates emotional and economic effects on family dynamics. Actions must be focused to improve prenatal control, for the identification of genitourinary infections. For women and their families with hospitalized premature products, it is necessary to improve support to reduce out-of-pocket expenses and provide comprehensive, psychological and emotional care to deal with this disease.

Key words: prematurity, cervical vaginitis, emotional affectation, economic affectation.

ÍNDICE GENERAL

1. MARCO TEÓRICO.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. OBJETIVOS.....	16
- General.....	16
- Específicos.....	16
5. HIPÓTESIS.....	16
6. METODOLOGÍA.....	16
- Tipo de estudio.....	16
- Población y muestra.....	16
- Criterios de inclusión	16
- Criterios de exclusión, eliminación y Método.....	17
- Técnica e instrumento.....	18
- Análisis Estadístico.....	18
- Variables.....	18
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
8. RESULTADOS.....	22
9. DISCUSIÓN.....	29
10. CONCLUSIONES.....	33
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

ANEXOS

1. MARCO TEÓRICO

El parto pretérmino es un problema de salud pública, los neonatos prematuros de bajo peso al nacer frecuentemente desarrollan complicaciones inmediatas y casi siempre requieren recursos médicos significativos a largo plazo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su programa de tamizaje y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, sugiere que las infecciones del aparato genital inferior son causas de parto pretérmino, por lo tanto, se ha propuesto un tamizaje y tratamiento de las infecciones.

También la infección del aparato genital está asociada con el nivel socioeconómico bajo. Un estudio realizado por la OMS para valorar la eficacia de los programas prenatales de tamizaje y tratamiento indican que la incidencia del parto pretérmino fue significativamente inferior en el grupo intervención comparado con el grupo control (3%,5% respectivamente) con un RR de 0.55 y un intervalo de confianza del 95%. Por lo que concluye que la revisión de los programas de tamizaje y tratamiento de las infecciones del tracto genital inferior en embarazadas puede reducir la incidencia de parto pretérmino en una población general de embarazadas. Para la OMS la tasa de nacimientos prematuros va del 5-18%.¹

En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con respecto al parto prematuro en esta institución, arrojó los siguientes resultados, en el periodo de estudio de 2007 a 2012 hubo 3, 135,755 partos en todos los estados de la república, de estos 7.7 fueron pretérmino. Por lo tanto es de suma importancia reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes, espaciar los nacimientos y la detección y tratamiento de las infecciones genitourinarias para disminuir su incidencia.²

Ante la presencia de un parto pretérmino, se debe de buscar de manera intencionada la presencia de infecciones a través de urocultivo y cultivo de secreción vaginal con el objetivo de especificar el uso de antibióticos. Es necesario corroborar por ultrasonido la edad gestacional para establecer el pronóstico de supervivencia del neonato y sus posibles complicaciones.

El factor de riesgo más importante para predecir parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino, estas pacientes con antecedentes de parto pretérmino deben de recibir consejo preconcepcional o atención médica temprana en el embarazo. El

tamizaje de factores de riesgo para parto pretérmino en la población general no ha mostrado ser de utilidad.

Para el diagnóstico de parto pretérmino, los síntomas y signos no son específicos y la exploración clínica del cérvix es subjetiva e inexacta para el diagnóstico temprano de esta entidad nosológica. No es recomendable el examen físico del cérvix de manera rutinaria para evaluar el riesgo de todas las pacientes que presentan riesgo de parto pretérmino. Se considera la presencia de amenaza de parto pretérmino de uno o más de los siguientes síntomas y signos.

Contracciones uterinas clínicamente documentada (1/10 min, 4/20 min 0 6/60 min o más.

Dilatación cervical igual o mayor de 2 cm

Borramiento cervical igual o mayor de 80%

Los estudios de laboratorio y gabinete más utilizados tienen que ver con la evaluación ultrasonografía de la longitud cervical y prueba de fibronectina fetal tienen elevado valor predictivo negativo; por lo tanto, el uso único o de ambas, permite determinar qué tipo de padecimiento no requerirán tocolisis.

En pacientes con riesgo de parto pretérmino la medición de la longitud cervical se realizará entre la semana 20.1 a 34 de gestación y la fibronectina fetal entre las semanas 24 y 34 de gestación.

La amniocentesis puede ser usada en mujeres con amenaza de parto pretérmino para valorar la madurez fetal e infección intraamniótica.²

El tratamiento puede ser enfocado a las causas que están originando el parto pretérmino, incluyen antibióticos, inhibidores del trabajo de parto, hormonas, precursores de la madurez pulmonar, etc., entre otros. Los antibióticos no parecen prolongar la gestación y solo deben usarse para la profilaxis de estreptococo del grupo B en pacientes en las cuales el parto es inminente, no está definido un tocolítico que pueda prolongar el embarazo de 2 a 7 días permitiendo la administración de esteroides para mejorar la madurez pulmonar fetal, y considerar la referencia de la madre a un tercer nivel. Se puede utilizar también terbutalina, a razón de 0.25 mg subcutánea cada 20 min. A 3 horas controlando a intervalos regulares la presión arterial y la frecuencia cardiaca en la madre, en conjunto con un control estricto de líquidos. Se recomienda el uso de indometacina 100 mg rectal de dosis inicial, con 25-50 mg VO O VR. Cada 4 a 6 horas por un máximo de 48

hrs. Indicado si la paciente presenta enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, diabetes o hipertensión y solo se debe utilizar en embarazo con menos de 32 semanas de gestación (sdg).

La administración de 2 dosis de 12 mg de betametasona intramuscular con 12-24 hrs de intervalo, se recomienda como esquema de inducción de madurez pulmonar fetal. La edad gestacional recomendada para la aplicación de corticoides para inducción de madurez pulmonar fetal en pacientes con riesgo de parto pretérmino es de 24 a 34 sdg. Los tocolíticos no deben utilizarse como terapia de mantenimiento ni de repetición, se recomienda el uso de atosiban administrado con un bolo inicial de 6.7 miligramos seguido de 300 microgramos (mcgs) por minuto por 3 horas, luego 100 mcgs por minuto a completar 48 hrs.

En cuanto al manejo no farmacológico, el reposo en cama y la hidratación no parecen mejorar la incidencia de parto pretérmino, por lo cual no debe ser una recomendación rutinaria. El internamiento prenatal para guardar reposo no ha mostrado ser efectivo en disminuir el parto pretérmino y la morbilidad perinatal, por lo cual se recomienda individualizar cada caso. El reposo absoluto puede presentar efectos adversos en las mujeres y debe evitarse en la medida de lo posible.²

Los factores de riesgo para parto pretérmino incluyen embarazo múltiple, vaginosis bacteriana (VB) o cervicovaginitis y un cuello uterino corto, el parto pretérmino en los Estados Unidos es aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación, la infección puede ser la causa de la mayoría de partos pretérmino tempranos, la vaginosis bacteriana aumenta el riesgo de PP (OR 2.19 ,IC 95%:1,54 a 3,12) las infecciones de transmisión sexual como clamidias, gonorrea y sífilis están asociadas aun mayor riesgo de parto pretérmino.

Los microorganismos más comúnmente identificados en la cavidad amniótica, en mujeres que tienen un parto pretérmino, son *Mycoplasma sp.* Y *Ureaplasma urealyticum*. Algunas mujeres pueden tener predisposición genética al parto pretérmino asociado con la infección. El gen de FNT-alfa alelo, por ejemplo duplican en riesgo de Parto pretérmino asociado con vaginitis bacteriana.²

En la vaginosis bacteriana, se recomienda evitar el hábito de lavado vaginal (duchas vaginales), cunnilingus receptivo, reciente cambio de pareja sexual, tabaquismo, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de una infección de

transmisión sexual (ITS). En la vaginitis por *Cándida* sp. se debe investigar factores de riesgo relacionados a candidiasis, tales como: Diabetes descontrolada, uso de contraceptivos orales, obesidad, empleo reciente de antimicrobianos, uso de cortico esteroides, quimioterapia o pacientes inmunocomprometidos. En toda mujer que acude a consulta con datos de vaginitis infecciosa, hay que investigar antecedentes sexuales, para identificar factores de riesgo para enfermedad de transmisión sexual. En pacientes con manifestaciones de infección con *Trichomonas vaginalis*, se deben evitar las relaciones sexuales, incluyendo el sexo oral hasta que ella y su(s) pareja(s) hayan completado el tratamiento y seguimiento. La Vaginitis por *Chlamydia trachomatis* (CHT), es considerada enfermedad de transmisión sexual, por lo que se debe de promover el uso de preservativo para sexo protegido.

Ante la detección de descarga vaginal o leucorrea anormal el profesional de la salud debe considerar como causa frecuente:

- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis
- Trichomoniasis
- *Chlamydia trachomatis* (CHT)

Para detección oportuna de vaginitis infecciosa, se debe de realizar historia clínica detallada en historia sexual (documentando número de parejas y uso de condón). Toda mujer con historia de descarga vaginal anormal persistente debe ser examinada clínicamente (exploración ginecológica).

Ante la referencia de flujo o descarga vaginal anormal, se debe de descartar que sea secundaria a uso o presencia de cuerpos extraños (Tampones, condones retenidos). El diagnóstico clínico de vaginosis bacteriana se establece ante la presencia de: Flujo o leucorrea vaginal fluida blanca o grisáceo. Fetidez y olor a pescado, ausencia de dolor, comezón, picazón o irritación. Está recomendada con fines diagnósticos utilizar los criterios clínicos de Amsel o la tinción de Gram. En Vaginitis por *Cándida* sp. El diagnóstico se fundamentará ante la presencia de: inflamación vulvar y vaginal, fisuras, secreción adherente a la mucosa, blanquecino, con grumos (cottage queso), no fetidez, eritema o enrojecimiento importante, pruriginosa, molestia al orinar. Se documenta la vaginitis tricomoniasica ante la presencia de: flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa, fetidez, disuria (cuando hay infección uretral), dolor pélvico bajo, vulvitis,

vaginitis, edema, eritema, cervicitis (cuello uterino en fresa o con puntilleo rosado).^{2,3}

Es necesario investigar sobre la historia sexual o factores de riesgo de infección por virus de la inmunodeficiencia en casos recurrentes de Tricomoniasis por su alta incidencia. La *Chlamydia trachomatis* se debe sospechar ante una paciente asintomática o con ardor al orinar, dolor en hipogastrio, con prurito y escozor vaginal durante el coito y leucorrea amarillenta, fetidez, con Ph mayor de 4.5.

El estudio microscópico del frotis (Gram. o estudio citológico cervicovaginal o Papanicolaou) son estudios fáciles y accesibles que pueden detectar vaginitis infecciosa como estudios complementarios, la medición del PH vaginal puede ser útil en casos leves. Está recomendado en forma inicial en pacientes con manifestaciones clínicas moderadas a severas la realización de estudios microscópico de secreciones cérvico-vaginales del tipo de Papanicolaou o Gram, o determinación del PH. En caso de contar con frotis de exudado vaginal con tinción de Gram, utilice los criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de VB: Grado 1 (Normal): predominan los lactobacilos. Grado 2 (Intermedio): hay flora mixta con algunos lactobacilos presentes, pero también se observan morfotipos de *Gardnerella* o *Mobiluncus*. Grado 3 (VB): predominan *Gardnerella* o *Mobiluncus*, se observan pocos lactobacilos, o ausencia de los mismos.^{2,3}

Es recomendable solicitar estudio microscópico ya sea frotis en fresco, Gram o citología de ante la sospecha de candidiasis, sólo en casos de recurrencia o vaginitis complicada el cultivo está indicado. Para el diagnóstico de *Trichomonas* está indicado realizar los siguientes estudios: frotis convencional de Papanicolaou (Pap), microscopia con un 60% sensibilidad, cultivo o pruebas de ácido nucleico (NAT), como la prueba rápida de antígenos o sonda de ADN.

Las mujeres con sospecha de enfermedad de transmisión sexual que soliciten pruebas de detección específicas se debe indicar la realización de: estudio de *chlamydia*, gonorrea o sífilis. En estudios de tamizaje es posible diagnosticar en muestras de orina *chlamydia*. En casos persistentes pueden considerarse para el diagnóstico de *chlamydia* las pruebas de ampliación de ácidos nucleicos son específicas para diagnóstico de *chlamydia* (NAATs), y pruebas de radioinmunoanálisis y realización de cultivo en caso de disponer con el mismo.

La paciente con referencia de flujo vaginal anormal o sospecha de vaginitis con o sin embarazo deben ser tratadas. En las pacientes con vaginosis bacteriana con referencia de flujo vaginal anormal con bajo riesgo de transmisión sexual y manifestaciones clínicas leves, está indicado iniciar tratamiento empírico, de acuerdo a las características clínicas etiológicas. En mujeres no embarazadas con síntomas característicos de la VB, se pueden omitir exámenes y otras pruebas y el tratamiento empírico se puede iniciar. Se debe dar tratamiento a mujeres con VB cuando: sean sintomáticas, asintomáticas que serán programadas para procedimientos quirúrgicos.

Indicar para el tratamiento de VB lo siguiente: 1). Metronidazol de 400 o 500 mg., vía oral dos veces al día por 5-7 días; 2). Metronidazol 2 gr vía oral en un sola dosis y metronidazol local vaginal por 5 días. Como tratamiento alternativo están: 1). Tinidazol 2 gr. orales por dos días o 1 gr. oral por 5 días; 2). Clindamicina 300 mg. vía oral por 7 días 3). Clindamicina local vaginal 100 mg. por 3 días.

En la paciente con embarazo y presencia de VB, se debe tratar farmacológicamente e informar a la paciente y a su acompañante, que el no tratarla aumenta el riesgo de aborto, de partos prematuros, de ruptura prematura y endometritis, por lo que debe de ser tratada y vigilada con fines de evitar estas complicaciones.^{2,3}

Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol), se puede usar: 1). Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días; 2). Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días. En embarazadas sintomáticas con antecedente de parto pretérmino y/o ruptura prematura de membranas (RPM), está indicado el tratamiento con metronidazol oral. Es recomendable iniciar antibioticoterapia ante la presencia de VB para prevenir durante el embarazo ruptura prematura de membranas. No es recomendable usar clindamicina durante la lactancia. No está indicada en todos los casos la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s), sin embargo, puede considerarse en base al criterio clínico del profesional de la salud. Si la paciente con VB es portadora de dispositivo Intrauterino (DIU), se debe sugerir el cambio por otro método.^{2,3}

En la candidiasis vaginal (VC), el uso de azoles (itraconazol, ketoconazol, fluconazol) por cualquier vía de administración (oral o vaginal) está justificado. Para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada, debe ser mediante: tratamiento tópico: 1). Miconazol crema 2%, tratamiento tópico, una aplicación (5

gramos) en vulva y vagina al día, durante 7 días; 2). Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100 000 U, una aplicación vaginal al día, durante 14 días. Tratamiento oral 1). Fluconazol cápsulas 150 mg en una dosis única; 2). Itraconazol cápsulas 200 mg cada 12 horas por 1 día. En el embarazo y lactancia, los azoles tópicos pueden causar irritación vulvovaginal, misma que debe considerarse si persisten los síntomas. No es necesario tratar a la pareja sexual por vaginitis candidatica (VC). Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento. Las mujeres con candidiasis vulvovaginal complicada deben recibir un tratamiento más agresivo que las mujeres con un episodio no complicado, requiriéndose por vía sistémica y local.^{2,3}

El tratamiento de elección para VC recurrente es a base de: tratamiento de inducción: 1). Ketoconazol 100 mg. vía oral al día por 14 días; 2). Miconazol crema al 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días. Tratamiento de mantenimiento: 1). Ketoconazol 100 mg. vía oral al día por 6 meses; 2). Itraconazol 100 mg. diarios por 6 meses; 3). Fluconazol 100 mg. via oral una vez a la semana por 6 meses. El tratamiento de pareja en los casos de VC no es considerado útil y no es necesaria la abstinencia.^{2,3}

El tratamiento de la tricomoniasis vaginal (TV) debe ser sistémico (oral) a través de uso de metronidazol o Tinidazol como segunda opción para obtener la curación. Si a través de frotis o Papanicolaou se reporta Trichomonas y no se cuenta con prueba confirmatoria a través de cultivo, se debe dar el tratamiento indicado. El tratamiento de elección de las TV es: 1). Metronidazol oral 500 mg., dos veces al día por 7 días 2). Metronidazol oral 2 gr., en dosis única. El tratamiento alternativo de las VT es: Tinidazol 2 gr. vía oral en una dosis única. Cuando haya falla al tratamiento se debe valorar: a). Cumplimiento del tratamiento y excluir vomito del metronidazol; b). Posibilidad de reinfección; c). Que la pareja haya recibido tratamiento. Durante el embarazo puede administrarse metronidazol 2 gramos en una dosis. Durante la lactancia se debe suspender la misma, en caso de requerir uso de metronidazol, y por lo menos iniciar lactancia 12 a 24 hrs. después de haber concluido el medicamento. El uso de metronidazol local está justificado principalmente en el tratamiento de Tricomoniasis. En el caso de TV se debe dar tratamiento simultáneo a la(s) pareja(s). Para prevenir la reinfección, las mujeres con Tricomoniasis deben evitar las relaciones sexuales (contacto sexual genital y oral) hasta que ellas y sus

parejas hayan recibido tratamiento. Deben revalorarse en un periodo no mayor de 3 meses a las pacientes con TV, ya que la reinfección se encuentra en un 17%. Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse).^{2,3}

El tratamiento de primera línea de la *Chlamydia trachomatis*, incluye los siguientes regímenes: 1). Azitromicina 1 gr. oral en una sola dosis; 2). Doxiciclina 100 mg. vía oral 2 veces al día por 7 días. Como régimen alternativo están: 1). Eritromicina 500 mg. vía oral cada 6 hrs. por 7 días; 2). Levofloxacina 500 mg. vía oral una vez al día x 7 días; 3). Ofloxacina 300 mg. vía oral cada 12 hrs. por 7 días. No se debe indicar doxiciclina o levofloxacino durante el embarazo. El tratamiento de pareja está indicado. En caso de no poder administrar Azitromicina o Eritromicina, el uso de amoxicilina o clindamicina se debe considerarse.²

Prematurez y afectación económica y emocional. Los costos de la prematurez se dividen en costos directos e indirectos, los costos directos son generados por el uso de los recursos sanitarios, mientras que los indirectos representan el consumo indirecto que se le genera a la sociedad, familia y paciente, de recursos necesarios para la atención de estos recién nacidos, un costo indirecto sería la pérdida económica que supone tener que dejar de trabajar para poder atender al hijo, pero además de los costos económicos por la prematuridad, existen muchas veces otros intangibles pero reales, que no pocas veces olvidamos, que son los cargos económicos familiares y sociales, a los que han de hacer frente la familia si el recién nacido presenta secuelas a corto o largo plazo, estos son difícilmente cuantificables. También se tiene que tener en cuenta los problemas psicológicos, el nacimiento pretérmino puede hacer que el parto no sea un acontecimiento alegre, sino que constituya el principio de un largo camino lleno de incertidumbre, en cuanto a las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo, que pudieran generar en el recién nacido.⁴

El nacimiento de un niño prematuro supone una crisis familiar que se acompaña frecuentemente con crisis de ansiedad, frustración, comportamiento obsesivo-compulsivo dificultad para concentrarse, miedo, ambivalencia y estrés. Las madres de los recién nacidos pretérmino experimentan más trastornos psicológicos severos durante el periodo neonatal, que las madres de los recién nacidos a término. Toda esta problemática en ocasiones finaliza con la ruptura del núcleo familiar, lo que aumenta el número de separaciones y divorcios.⁴

MARCO REFERENCIAL

En un estudio de casos y controles, realizado en el municipio de Ciego de Ávila, Cuba; en el periodo 2007-2012, con el objetivo de identificar los factores asociados al parto prematuro, cuyas variables a estudiar fueron edad materna y factores de riesgo de parto prematuro, se identificó que de 65 niños fallecidos 35 fueron prematuros, los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro, hábito de fumar en las embarazadas, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple, y las afecciones del útero. Dicho estudio concluye que la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asocian al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la relación entre cada uno de ellos.⁵

En un estudio realizado de octubre 2010 a octubre del 2011, en unidades de medicina familiar del Seguro Social en el estado de Querétaro, cuyo objetivo fue determinar las infecciones genitourinarias como factor de riesgo para parto pretérmino en adolescentes, se incluyeron 35 adolescentes y 148 mujeres con parto a término como grupo control. Los principales resultados fueron que el 54.3% de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección de vías urinarias, mientras que el 33.8 % de estas presentaron infecciones vaginales en comparación con 35.1 % de los partos a término, por lo que dicho estudio concluyó que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes.⁶

En un estudio realizado en la unidad de medicina familiar no. 73. del IMSS, con la finalidad de determinar la incidencia de la cervicovaginitis durante el embarazo así como conocer los factores de riesgo para su desarrollo, donde se incluyeron todas las pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas por primera vez con cervicovaginitis, se pudo observar que de las diferentes patologías infecciosas que se pueden presentar en el canal cervicovaginal, se considera que la cervicovaginitis es la más frecuente, ya que en clínicas de enfermedades de transmisión sexual se encuentra en un 32 a 64%, en medicina familiar de 12 a 25% y de 10 a 26% en la práctica obstétrica. Este estudio encontró que la incidencia de cervicovaginitis es menor al 15%, de casos anuales, y que los principales factores que favorecen el

desarrollo de las infecciones vaginales durante el embarazo, es el uso de ropa ajustada siendo los pantalones de las principales prendas que se utilizan, se encontró también que a pesar de la orientación por el equipo de salud, esta no tiene impacto que debería tener, de lo contrario el número de casos que se presentan podrían ser menor.⁷

En un estudio descriptivo realizado con el objetivo de conocer el comportamiento de la incidencia de parto pretérmino en el IMSS, se analizó la información de casos de nacimientos pretérminos reportados en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención ginecoobstetricia del IMSS, durante el periodo 2007 al 2012. En el periodo de estudio existieron 3, 135,755 nacimientos en todos los estados de la república, de estos 7.7% fueron pretérmino, al realizar una diferencia con el segundo nivel de atención, se identificaron 188,715 (6.8%) nacidos pretérmino; por otro lado, en el tercer nivel de atención (unidades médicas de alta especialidad) se identificaron 51,635 (13.7%) de partos prematuros. Concluye que las estrategias para abordar el problema de la prematurez son: mejorar el cuidado perinatal, aumentar la consejería anticonceptiva en las adolescentes, espaciar los nacimientos y mejorar la detección y tratamiento de las infecciones genitourinarias.⁸

En otro estudio descriptivo realizado en el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con la finalidad de fue conocer el perfil epidemiológico del parto pretérmino y sus factores asociados en un hospital de 2º nivel de atención, se encontró que la proporción de nacimientos prematuros en un hospital de segundo nivel fue de 6.4% de los cuales 34% presentaron rotura de membranas y el 66% membranas intactas, independiente del estado de las membranas 150 casos (62%), no presentaron morbilidad alguna. La cervicovaginitis y la anemia fueron las enfermedades maternas que con mayor frecuencia se asociaron con el parto pretérmino, con un total de 105 casos (44%) y 100 casos (42%).⁹

En el Hospital de Ginecología No. 23 del IMSS de Monterrey, Nuevo León, se llevó a cabo un estudio de casos y controles en septiembre del 2011, con el objetivo de conocer los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influye en la prematurez, se incluyeron 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las 28 y 36 semanas de gestación y 600 que finalizaron en embarazo entre las semanas 37 y 41, en dicho estudio se menciona que la prematurez es la causa más frecuente

de morbilidad perinatales y es responsable de 75% de las muertes neonatales no vinculada con malformaciones congénitas. Los principales resultados fueron: los factores de riesgo para nacimientos prematuros, en el grupo de casos fueron: la edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos como la cervicovaginitis fue más significativa (76%).¹⁰

Otro estudio de cohorte realizado en Querétaro, con el objetivo de describir la evolución de la paciente embarazada con cervicovaginitis asintomática, menciona que la cervicovaginitis asintomática una enfermedad común que ocurre en aproximadamente el 35% de mujeres sexualmente activas y en 27% en gestantes, se define como ausencia de síntomas e incremento de flujo vaginal como signo, y se asocia con embarazadas con ruptura de membranas y parto pretérmino en más del 25% contribuyendo a la morbimortalidad perinatal. Se incluyeron 62 pacientes, en la que se describen complicaciones maternas y del recién nacido al término del embarazo. Los resultados obtenidos son: edad promedio 24 \pm 4.9 años, predominio escolaridad secundaria (48.4%), casadas (62.9%), dedicadas al hogar 22 (35.5%).

El 65% de las pacientes recibieron tratamiento farmacológico congruente al microorganismo. Las complicaciones maternas que se presentaron fueron: a) Menores: amenaza de aborto (4.8%). b) Mayores: ruptura prematura de membranas con parto pretérmino (52%), estas tenían el antecedente de Gardnerella vaginalis. Se concluye que la cervicovaginitis asintomática, persistió durante el embarazo a pesar de tratamiento en el 52%. Probablemente esta sea una de las causas que origina complicaciones maternas y en recién nacidos.¹¹

MARCO CONCEPTUAL

Parto pretérmino. Se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la semana 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr. Y que respira o manifiesta signos de vida.

Cervicovaginitis. Se entiende por cervicovaginitis infecciosa a la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (Candida), bacterias (vaginitis) y protozooario por Trichomonas vaginalis. Se caracteriza por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia

y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos, siendo los más frecuentes Gardnerella vaginalis y Estreptococo del grupo B, así como Candida albicans, se incluye en este concepto la vaginosis bacteriana la cual se caracteriza por crecimiento excesivo de organismos anaeróbicos y pérdida de lactobacilos, perdiendo su acidez vaginal incrementándose el pH >4.5. Una variedad clínica de la VB es la vaginosis bacteriana, causada por organismos anaerobios predominantemente.²

Factores de riesgo. Toda la circunstancia o razón de una persona para adquirir la enfermedad.

Marco legal.

El artículo 4º. De la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos establece los derechos de todas las personas a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de y el espaciamiento de sus hijos.¹²

La Ley General de Salud, establece en su artículo primero, las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. En el artículo 2 menciona el derecho a la protección social de la salud, con las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II.

La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. También esta ley da sustento en el artículo tercero a la atención médica de los grupos vulnerables y reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo parto y puerperio así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.¹³

La norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, tiene como objetivo establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo parto

y puerperio normal y a la persona recién nacida. En esta se menciona que el nacimiento con producto pretérmino el que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.¹⁴

La Guía de Práctica Clínica, del catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-063-08, define el Parto pretérmino como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr., y que respira o manifiesta signos de vida. También menciona que ante la presencia de un parto pretérmino, se debe de buscar de forma intencionada la presencia de infecciones a través de urocultivo y cultivo de secreción vaginal con el objetivo de especificar el uso de antibiótico. Es necesario corroborar por ultrasonido la edad gestacional, para establecer el pronóstico de sobrevivencia del neonato y sus posibles complicaciones e identifica como el factor de riesgo más importante para predecir parto pretérmino, el antecedente de parto pretérmino, por lo que las pacientes con antecedente de parto pretérmino deben recibir consejo preconcepcional o atención médica temprana en el embarazo. El tamizaje de factores de riesgo para parto pretérmino en la población general, no ha mostrado ser de utilidad.²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino es una de las complicaciones de la cervicovaginitis, que se presentan con mayor frecuencia en las embarazadas atendidas en el hospital general regional Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo, Gro., sin tomar en cuenta el grupo étnico, condición social o económica en las que se presenta. La causa que con mayor frecuencia se relaciona con esta patología es la cervicovaginitis, la cual se constituye como uno de los factores de riesgo para dicha patología, comprobada con estudios realizados a nivel mundial. Una de las acciones para poder identificar las cervicovaginitis es informar a las mujeres embarazadas sobre la sintomatología clínica que se presenta, los signos y síntomas de sospecha que se deben vigilar y apoyarnos en el laboratorio para confirmarla.

Hasta el momento y a pesar de que las mujeres embarazadas llevan un control prenatal, sigue siendo un problema detectar oportunamente la cervicovaginitis, ya sea por cuestiones de acceso a servicios de salud o por la cosmovisión de las pacientes. Es indudable que la presencia de esta enfermedad favorece la alta incidencia de parto pretérmino entre otros factores, hay estudios que sustentan que

una paciente con cervicovaginitis tiene hasta 2.1 veces más el riesgo de presentar parto pretérmino.

No obstante de los esfuerzos que realiza el estado mexicano para garantizar el acceso a la salud (Seguro Popular) y algunas estrategias de atención en el marco de programas de salud (Casas AME, etc.), el impacto económico para una familia y para una madre con presencia de parto pretérmino es importante, ya sea por los gastos directos que se generan, sobre todo cuando no se cuenta con todo lo necesario para la atención (medicamentos, atención médica, material médico, etc), y por los gastos indirectos (alimentación, hospedaje, etc), que tienen que realizar los familiares derivado de que muchas veces, son tiempos prolongados de hospitalización. Aunándose a esto las afectaciones emocionales, derivados del abandono de los otros miembros de la familia, la lejanía de los lugares de origen, etc.

A nivel local no hay estudios que nos indiquen la prevalencia de cervicovaginitis en mujeres con parto pretérmino, ni la magnitud de las afectaciones económicas como emocionales en dichas mujeres, por lo que desconocemos la prevalencia real de cervicovaginitis en mujeres con parto pretérmino y el grado de afectación tanto económica como emocional; sin embargo, creemos que debe ser importante, dada la falta de identificación de esta patología durante el embarazo y la baja cobertura de hospitales de segundo nivel, lo que implica desplazamiento de grandes distancias para la atención especializada y la falta de algunos insumos esenciales para la atención de estos pacientes.

Por lo anterior expuesto nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia cervicovaginitis y el grado de afectación económica y emocional de las pacientes con parto pretérmino del Hospital General de Chilpancingo “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”?

3. JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud pública, los neonatos prematuros de bajo peso al nacer frecuentemente desarrollan complicaciones inmediatas y casi siempre requieren recursos médicos significativos a largo plazo. Para la OMS en su programa de tamizaje y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor,

sugiere que las infecciones del aparato genital inferior son causas de parto pretérmino, por lo tanto se ha propuesto un tamizaje y tratamiento de las infecciones. En el Estado de Guerrero es una causa importante de morbilidad y mortalidad.

Como ya se ha comentado, una mujer embarazada con presencia de cervicovaginitis tiene hasta 2 veces más el riesgo de presentar parto pretérmino, de ahí la importancia de desarrollar esta investigación, que nos permitirá conocer cuál es la prevalencia en nuestro medio de cervicovaginitis en mujeres que presentaron parto pretérmino. También podremos obtener información relevante sobre las afectaciones económicas y emocionales que están presentando las mujeres con parto pretérmino atendidas en el hospital general de Chilpancingo.

Dicha información nos permitirá identificar la magnitud de esta enfermedad en mujeres que presentaron parto pretérmino, con el propósito de sugerir el tamizaje oportuno de esta enfermedad en el control prenatal y así poder instalar un tratamiento oportuno. De igual forma al identificar las afectaciones económicas y emocionales en estas mujeres, podremos tener evidencia científica para determinar que tanto están impactando los programas de salud en la mejora de apoyos a las madres y en el acceso a los servicios de salud y que aspectos se tienen que fortalecer para mejorar la atención y apoyos sociales para estas pacientes.

Los resultados que se obtengan serán dados a conocer al personal de salud de este hospital, además se buscara sean publicados en la revista de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero para que se den a conocer al resto del estado, y genere el interés de conocer esta situación en otras unidades hospitalarias.

De no realizarse esta investigación, continuaremos con el desconocimiento de la prevalencia real de esta enfermedad en nuestro medio, así como que tanta es la afectación emocional y económica en nuestras pacientes, no tendremos un punto de partida para analizar esta problemática, no se tendrá evidencia que pueda ayudar a los programas de salud reproductiva a enfocarse a la mejora de las acciones en salud y a la gestión de apoyos, no solamente asistenciales, si no sociales y económicos.

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

Estimar la prevalencia de cervicovaginitis e identificar las afectaciones económicas y emocionales en mujeres con partos pretérmino del hospital general de Chilpancingo en el periodo de enero a junio del 2017.

Objetivos específicos:

Investigar las características sociodemográficas de las mujeres con parto pretérmino del hospital general de Chilpancingo.

Indagar antecedentes de cervicovaginitis en mujeres con parto pretérmino del hospital general Chilpancingo.

Detectar afectaciones económicas en mujeres con parto pretérmino del hospital general de Chilpancingo.

Detectar afectaciones emocionales en mujeres con parto pretérmino del hospital general de Chilpancingo.

5. HIPÓTESIS.

La cervicovaginitis en mujeres con parto pretérmino en el hospital general de Chilpancingo tiene una alta prevalencia y existen importantes afectaciones emocionales y económicas en estas.

6. METODOLOGÍA.

Tipo y diseño de estudio

Observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo parcial.

Población y muestra

Se considerarán en este estudio el **total** de mujeres con parto pretérmino atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017. Se espera aproximadamente, un total de 90 mujeres con parto pretérmino.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Mujeres con parto pretérmino, atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017.

Criterios de exclusión

Mujeres con parto pretérmino, atendida en el servicio de ginecología del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, que no acepten participar en este estudio.

Mujeres con parto pretérmino, atendida en el servicio de ginecología del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, que presente alguna discapacidad importante que la imposibilite participar en este estudio.

Mujeres con parto pretérmino, referidas de otra unidad de salud al servicio de ginecología del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, que presente alguna discapacidad importante que la imposibilite participar en este estudio.

Criterios de eliminación

Mujeres con parto pretérmino, atendida en el servicio de ginecología del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, que no complete la entrevista.

Mujeres con parto pretérmino, atendida en el servicio de ginecología del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, que decida abandonar la investigación.

Mujeres con parto pretérmino, atendida en el servicio de ginecología del Hospital general de Chilpancingo del periodo enero a junio del 2017, que no tenga expediente clínico.

Método

Se seleccionarán a las pacientes con parto pretérmino que estén registradas en la libreta de toco-cirugía del servicio de ginecología del hospital general Chilpancingo, se identificara a las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, se les solicitara participar en el estudio, explicándoles cual es el objetivo del mismo y se les solicitara su autorización mediante la firma de un consentimiento informado. Una vez contestada la entrevista, se revisará el expediente clínico de la madre. Una vez recabados los datos, se procederá a su tabulación y procesamiento de datos, en la máscara de captura específica, desarrollada en el sistema statistical package for the social sciences (SPSS). El análisis de datos será multivariado y será presentado en forma de cuadros y graficas en el reporte final de investigación junto con el análisis y conclusión correspondiente.

Técnica e instrumento

Entrevista a las pacientes seleccionadas, a través de cuestionario estructurado diseñado para la investigación y la revisión de su expediente clínico. (Ver Anexo 1)

Análisis Estadístico

Las variables del instrumentó de recolección de la información se tabularán y se codificaran, una vez hecho esto, se realizará el análisis de los datos mediante el paquete estadístico statistical package for the social sciences (SPSS) versión 19.0, en donde se elaborará una máscara de captura de información. Los resultados se representarán mediante cuadros o tablas y gráficos los cuales serán realizados en SPSS o Excel.

Se realizará un análisis descriptivo el cual consistirá en frecuencias, proporciones, porcentajes, razones, medidas de tendencia central (media o promedio, mediana, moda), medidas de dispersión (desviación estándar, varianza, y rango o recorrido) de las variables cuantitativas y cualitativas según correspondan.

Variables. Tabla de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ALCANCE OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ITEM
EDAD	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos que refiere la participante.	Años cumplidos	a) Menor de 15 b) 15 -20 años c) 20-25 años d) 25-30 años e) 30-35 años f) 35-40 años g) 40-45 años h) 45 y más.	1
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	Cualitativa	Lugar donde habita.	Lugar que refiere la paciente	Porcentaje por localidad y por municipio	Localidad : Municipio:	2
INDÍGENA	Cualitativa	Poblador originario del territorio que habita.	Respuesta otorgada de la paciente en cuanto a si se considera indígena o no	Porcentaje de pacientes que se consideran indígenas.	A) Si B) No C) No sabe / no contesta	3

ETNIA	Cualitativa	Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales, idioma, religión, etc.	Tipo de etnia que refiere pertenecer la paciente	Porcentaje de etnias	R.	4
RELIGIÓN	Cualitativa	Sistema cultural de comportamiento y prácticas.	Tipo de religión que refiere pertenecer	Porcentaje de religión que refiera.	1, Católica 2,- cristiana 3,-Testigo de Jehová 4.- pentecostés 5.- otra. 6.- no sabe /no contesta	5
ESCOLARIDAD	cualitativa	Conjunto de nivel educativo de una persona.	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento de la entrevista.	Porcentaje de escolaridad referidas	1.Ninguna 2.primaria 3. primaria incompleta. 4. secundaria 5. secundaria incompleta 6. preparatoria 7. preparatoria incompleta 8. licenciatura 9.licenciatura incompleta 10. maestría 11. otra. 12. no sabe/no contesta.	6
OCUPACIÓN	Cualitativa	Actividad a la que se dedica una persona.	Rama de actividad referida en el momento de la entrevista	Porcentaje por ocupación	1. ama de casa. 2. empleada 3. estudiante 4. otra 97. no sabe no contesta.	7
NUMERO DE HIJOS	cuantitativa	Cantidad de hijos que tiene.	Número de hijos que refiere tener.	Porcentaje de número de hijos.	A) 1 B) 2-3 C) 3-4 D) 4-5 E) 5 Y MAS	8
CERVICO-VAGINITIS	Cualitativa	Se entiende por cervicovaginitis infecciosa a la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (Candida), bacterias	Evidencia en el expediente clínico de la presencia de cervicovaginitis.	Porcentaje de pacientes con cervicovaginitis	A) Si. B) No. C) No hay evidencia	9

		(vaginitis) y protozoario por Trichomonas vaginalis.				
GASTOS POR ESTANCIA HOSPITALARIA	Cualitativa	Gastos generados por permanecer cierto tiempo en el hospital	Referencia de haberse generados gastos por estancia hospitalaria	Porcentaje de mujeres que hicieron gastos por la estancia hospitalaria	A. Si B. No	10
ENDEUDAMIENTO POR ESTANCIA HOSPITALARIA	Cualitativa	Dinero solicitado a préstamo para solventar gastos generados por la estancia hospitalaria.	Referencia de haber solicitado dinero para solventar gastos de estancia hospitalaria	% de mujeres que han solicitado dinero.	A) Si B) No	11
COSTOS POR ESTANCIA HOSPITALARIA	Cuantitativa	Costos generados por los gastos de la estancia hospitalaria	Referencia de la cantidad gastada por la estancia hospitalaria	Cantidad de dinero gastado.	A). menos de \$1000.00 B) \$ 1000.00- \$5000.00 C) \$5000.00- \$10,000.00 D) \$ 10,000.00- \$15,000. E) \$15,000.00- \$20,000.00 F) mas \$20,00.00	12
AFECTACIÓN EMOCIONAL	cualitativa	Es el grado de ansiedad, frustración, cambios en el comportamiento, estrés y miedo, que sienten las mujeres que han presentado un parto pretérmino.	Respuesta que dan las mujeres con parto pretérmino en cuanto a si sienten o no afectación emocional o psicológica.	Porcentaje de respuestas afirmativas de afectación emocional.	A) Si B) No	13
TIPO DE AFECTACIÓN	cualitativa	Es el grado de ansiedad, frustración, cambios en el comportamiento, estrés y miedo, que sienten las mujeres que han presentado un parto pretérmino.	Tipo de afectación emocional que refieren sentir las mujeres con parto pretérmino.	Porcentaje de afectación psicológica	R.-	14

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Esta investigación tiene como beneficio conocer la frecuencia de parto pretérmino asociado a cervicovaginitis, por lo tanto la investigación se realizará a través de una entrevista mediante un cuestionario (anexo1) para recabar la información y además de la revisión de los expedientes.

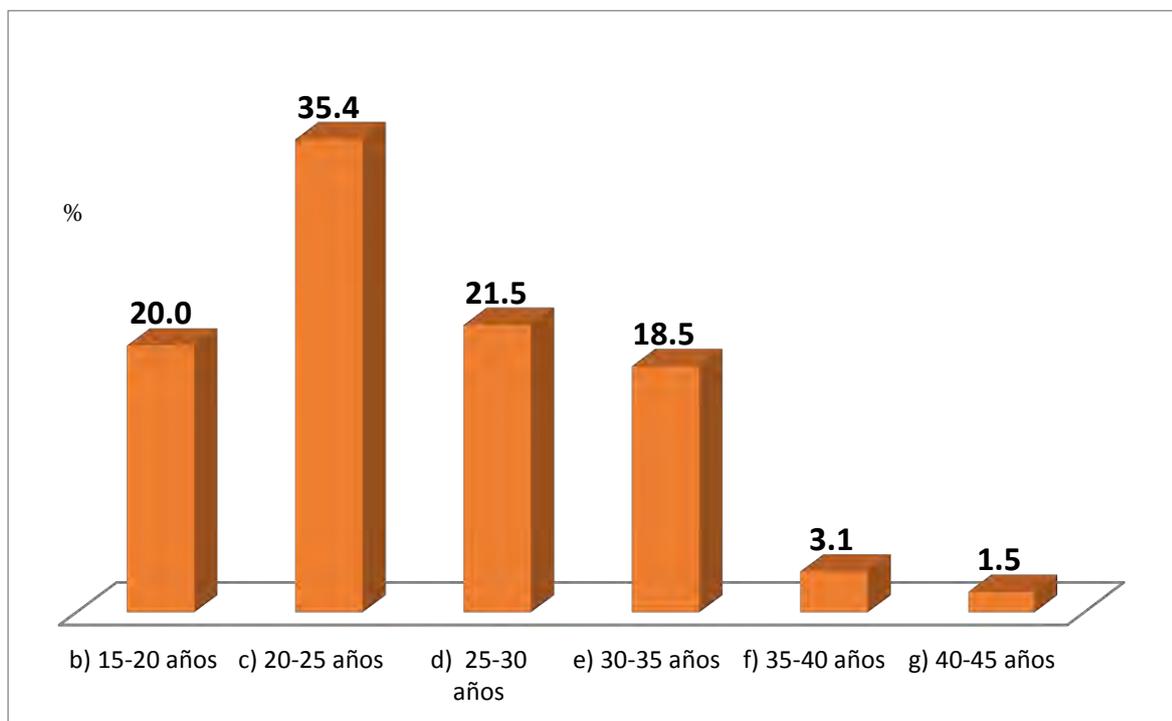
El estudio se llevará a cabo de acuerdo con los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki, en base al código de ética de Núremberg y con fundamento en el reglamento interno de la Ley General De Salud en materia de investigación Artículo 17-7. Dicha investigación no pone el riesgo la salud y la vida de las personas participantes, se informará a la persona entrevistada que en cualquier momento puede abandonarla, si así lo desea. Para poder utilizar los expedientes de las familiar involucradas en la investigación se hará una solicitud a la dirección del hospital general de Chilpancingo, para obtener el consentimiento de investigar en los expedientes. La información será resguardada con base en el apartado 5.7 de la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que menciona que en los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones.

Se contará con el consentimiento informado (anexo 2 y 3) por escrito de los pacientes que deseen participar en esta investigación, así como también el paciente podrá desistir participar en la misma en el momento que lo desee sin que esto le ocasione represalias.

8. RESULTADOS

En total se identificaron 65 mujeres que habían tenido parto pretérmino se observa la distribución de la edad de las pacientes con parto prematuro, 23 (35.4%) de ellas se encuentran en un rango de 20-25 años de edad, seguido por el rango de edad entre 25 a 30 años. Llama la atención que 13(20%) de las pacientes están en el rango de 15 a 20 años de edad. Una paciente tenía más de 40 años.

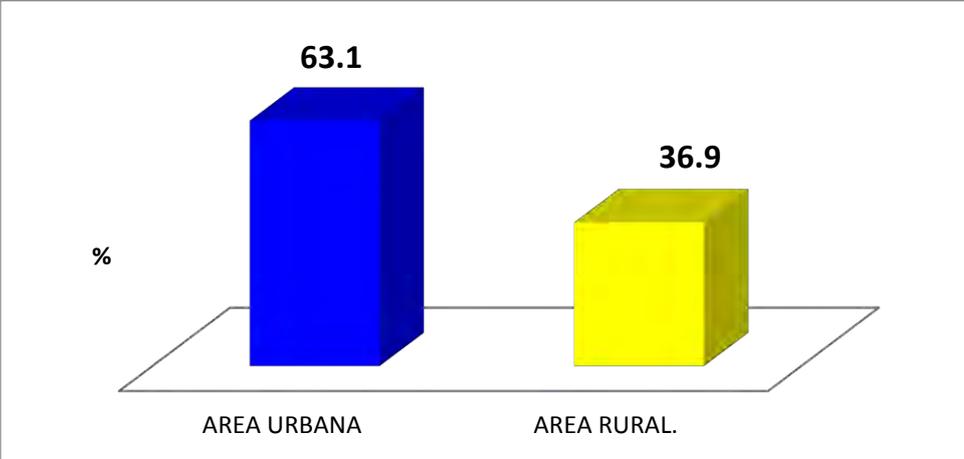
Grafico 1. Edad



Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

En cuanto a la residencia de las mujeres con parto pretérmino, 41 (63.1%) provenían del área urbana y solo 24 (36.9%) del área rural.

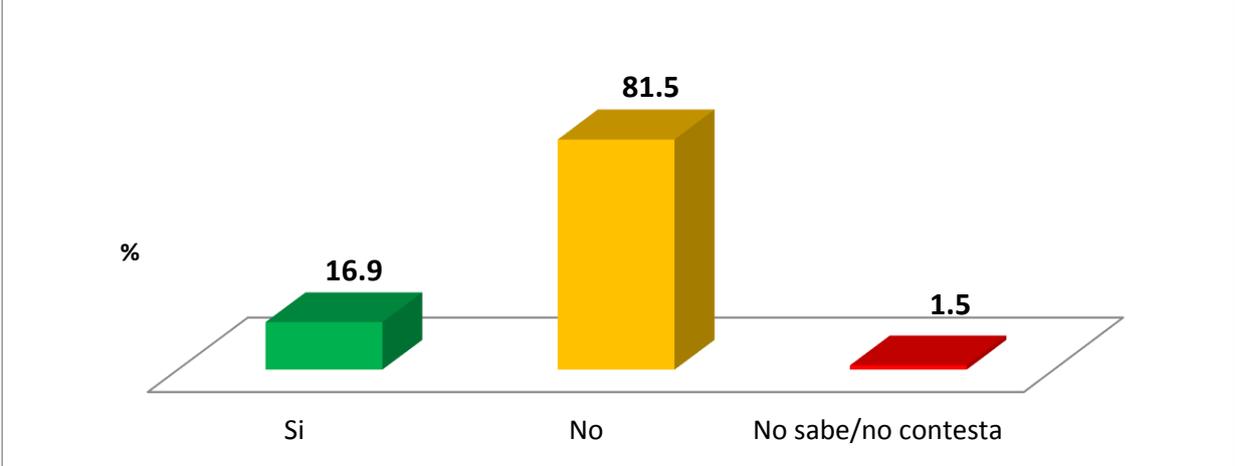
Gráfico 2. Residencia área urbana vs rural



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

En cuanto al cuestionamiento sobre si se consideran indígenas, la mayoría 53 (81.5%) no se considera indígena, mientras que 11 (16.9%) menciona considerarse indígena. En todos los casos que se consideran indígenas, la lengua es náhuatl.

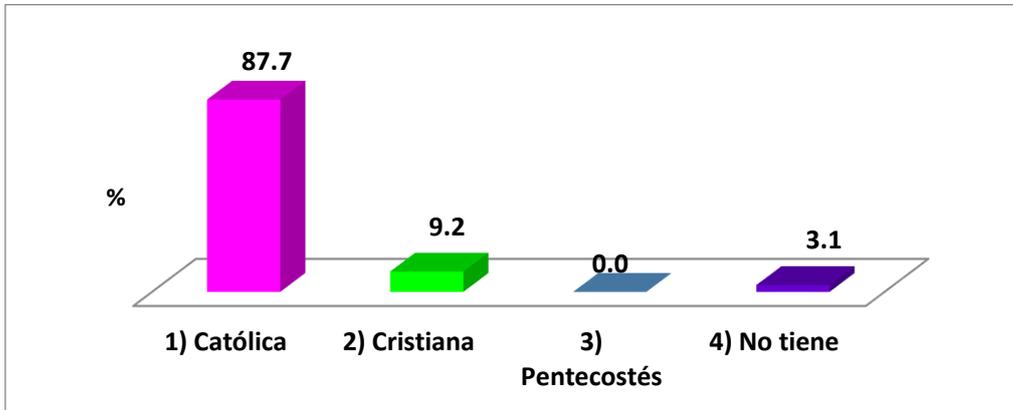
Grafico 3. Se considera indígena



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

En cuanto a los tipos de religión que las pacientes manifestaron profesar.57 (87.6%) menciona ser católica, solo 6(9.2%) cristiana y 2 pacientes mencionaron no tener religión.

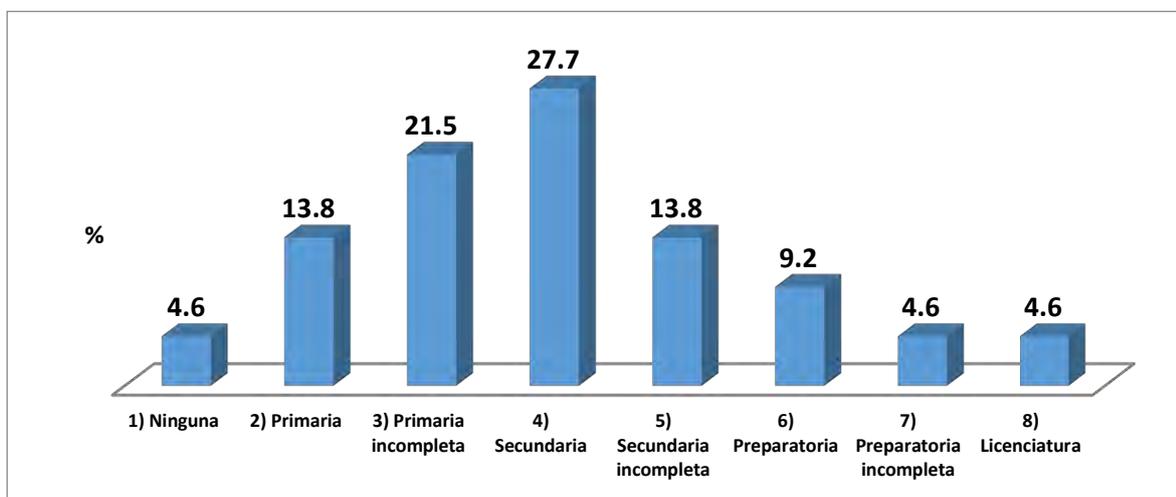
Grafico 4. Religión



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

La escolaridad es un rubro muy importante, que influye directamente sobre la adopción de estilos de vida saludable y una mejor cosmovisión de la salud y de los medios para preservarla. 36(55.3%) de las pacientes tenían instrucción básica considerando primaria, secundaria completa y secundaria incompleta. Solo 3(4.6%) refirieron no tener ninguna escolaridad, que sumando la primaria incompleta, representan más del 25% con baja escolaridad. Apenas el 3(4.6%) manifestaron tener nivel licenciatura.

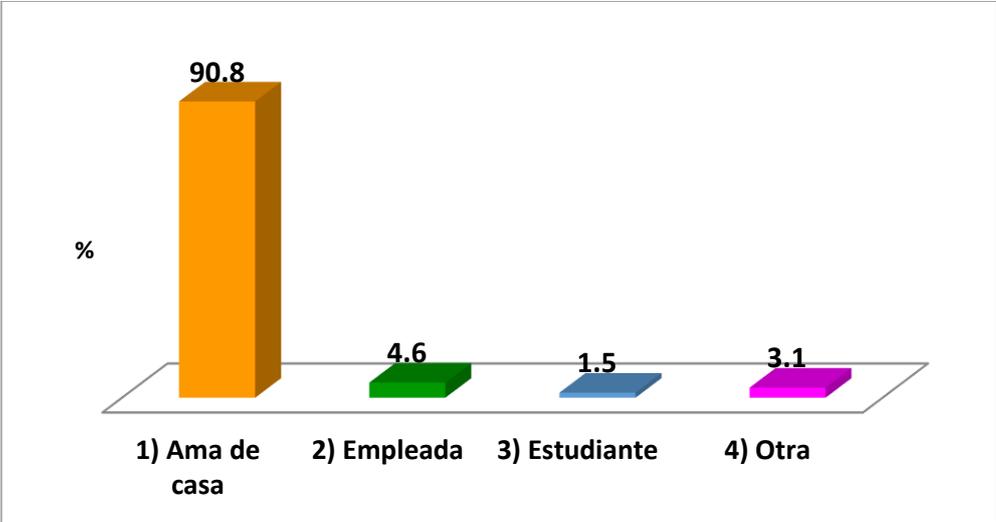
Grafico 5. Escolaridad



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

En relación a la ocupación identificada en mujeres que tuvieron parto prematuro. La gran mayoría 59(90.8%) se dedican a labores del hogar, solamente 3(4.6%) son empleadas y una menciona ser estudiante.

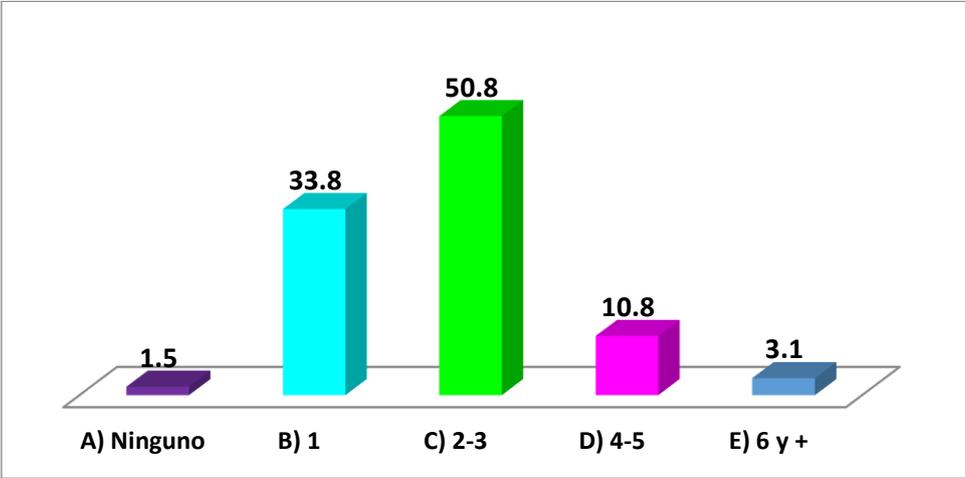
Gráfico 6. Ocupación



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

EL 33(50.8%) de las pacientes manifestaron tener de 2-3 hijos, seguido por 22(33.8%) que refirieron 1 hijo. Apenas 1(1.5%) mencionaron no tener hijos y más de 7(10.8%) tienen de 4-5 hijos.

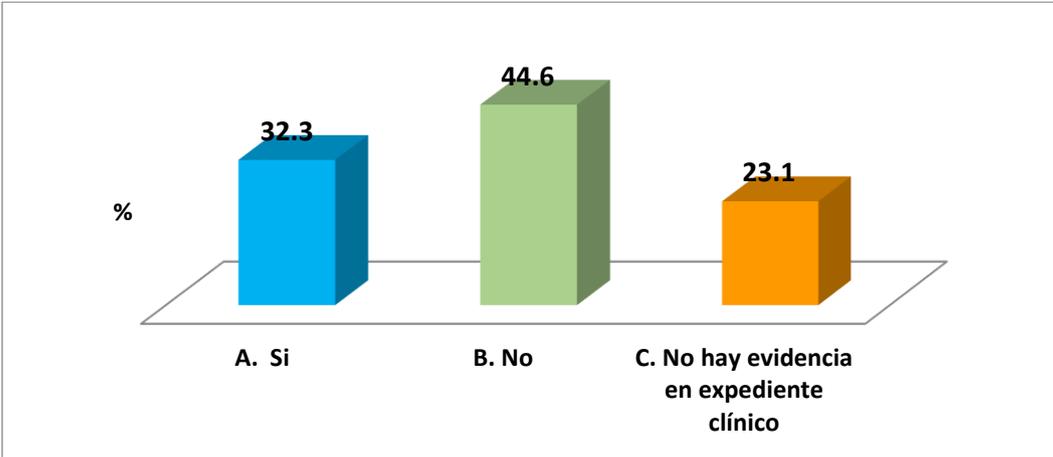
Grafico 7. Número de hijos



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

En relación a los antecedentes de cervicovaginitis durante el embarazo es el principal factor de riesgo para presentar parto pretérmino. En el 21(32.3%) de las pacientes se identificaron antecedentes de cervicovaginitis, mientras que en el 29(44.6%) no. Llama la atención el gran porcentaje de pacientes 15(23.1 %), en las que no se identificó datos de esta patología durante el embarazo en el expediente clínico ni clínicamente.

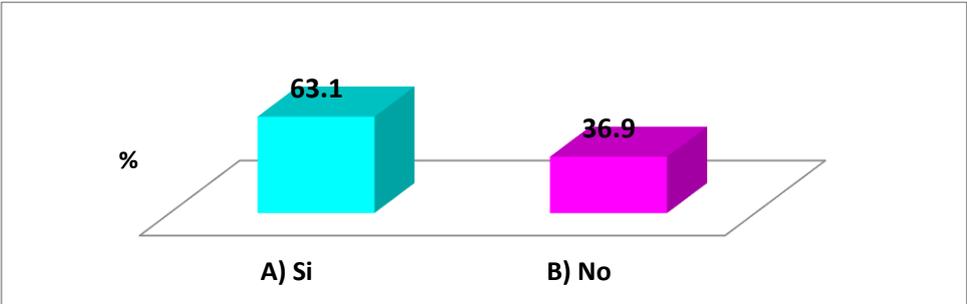
Grafico 8. Cervicovaginitis durante el embarazo.



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

El 41(63.1%) de las pacientes considera que la estancia de su hijo en el hospital le genera más gastos, mientras que 24(36.9%) no lo considera así.

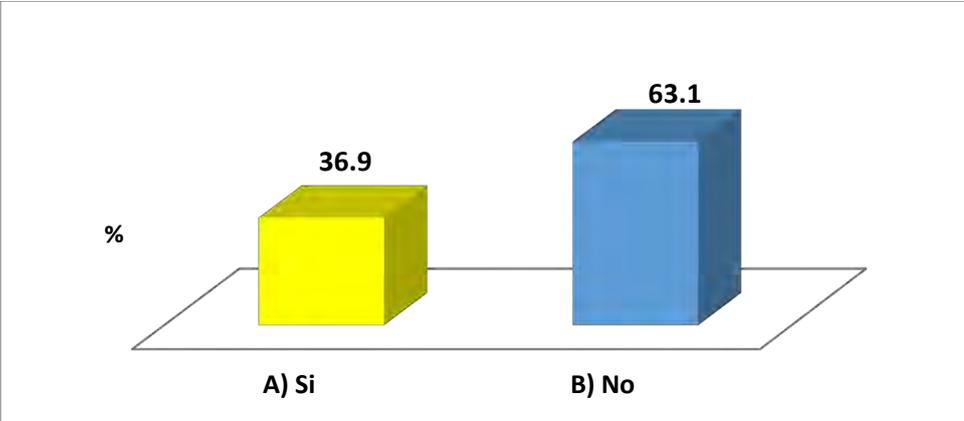
Grafico 9. Considera que la estancia de su hijo en el hospital le genera más gastos.



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

No obstante que en la mayoría de las pacientes se le han generado más gastos por la estancia de su hijo, solo el 24(36.9%) manifiesta perder dinero para solventar estos gastos. La mayoría no lo considera como una pérdida.

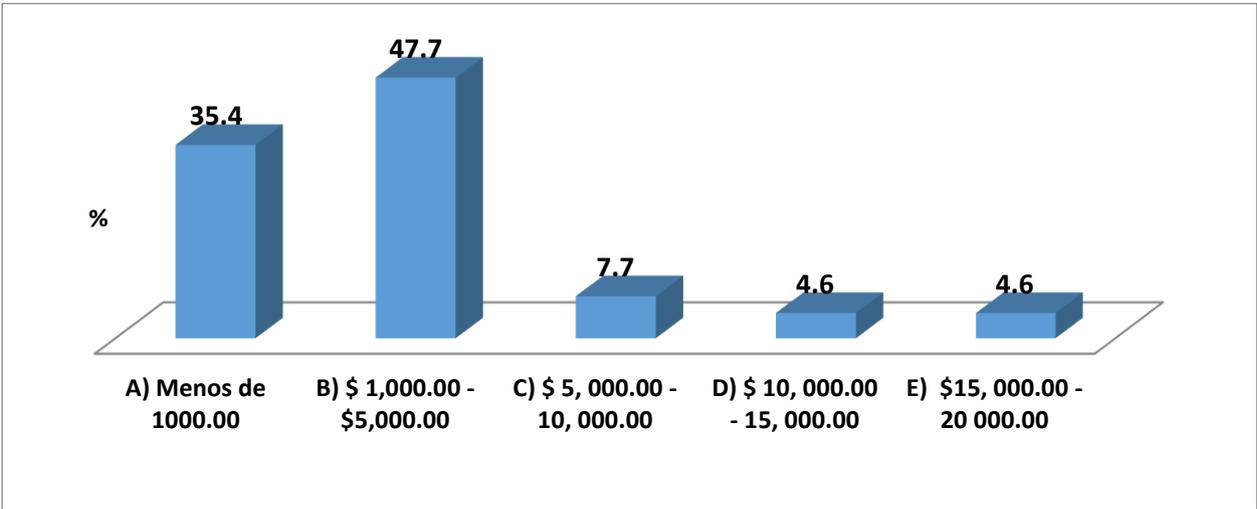
Grafico 10. Manifiesta perder dinero para solventar gastos de la estancia



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

Los gastos más fuertes que realizaron las mujeres durante la estancia de su hijo en el hospital fueron de \$1,000 – \$5,000 en primer lugar con el 31(47.7%) de ellas, seguidas por gastos de menos de \$1,000 23(35.4%). 6 pacientes (9.2%) manifestaron realizar gastos de arriba de \$10,000.

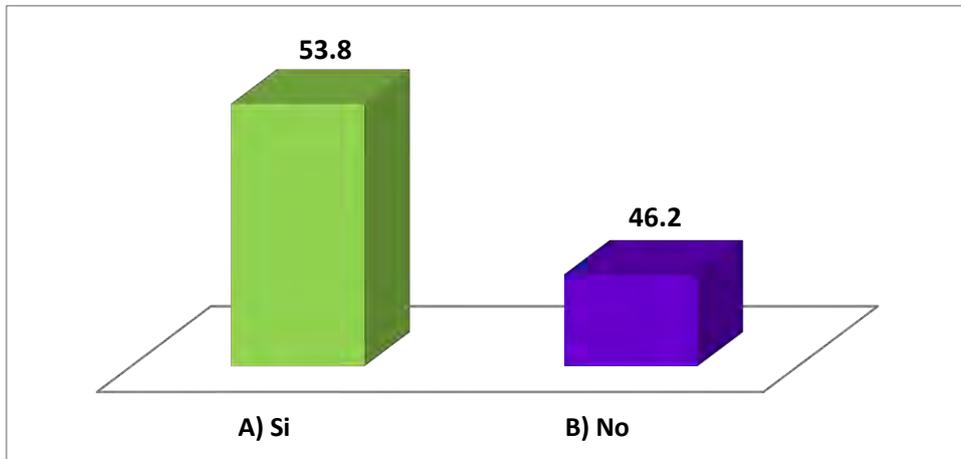
Gráfico 11. Gastos por estancia hospitalaria.



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

El 35(53.8%) de las pacientes con parto prematuro refirieron que la estancia de sus hijos a les genero algún problema psicológico o emocional. El resto manifestó que no le está generando problemas ni psicológicos ni emocionales.

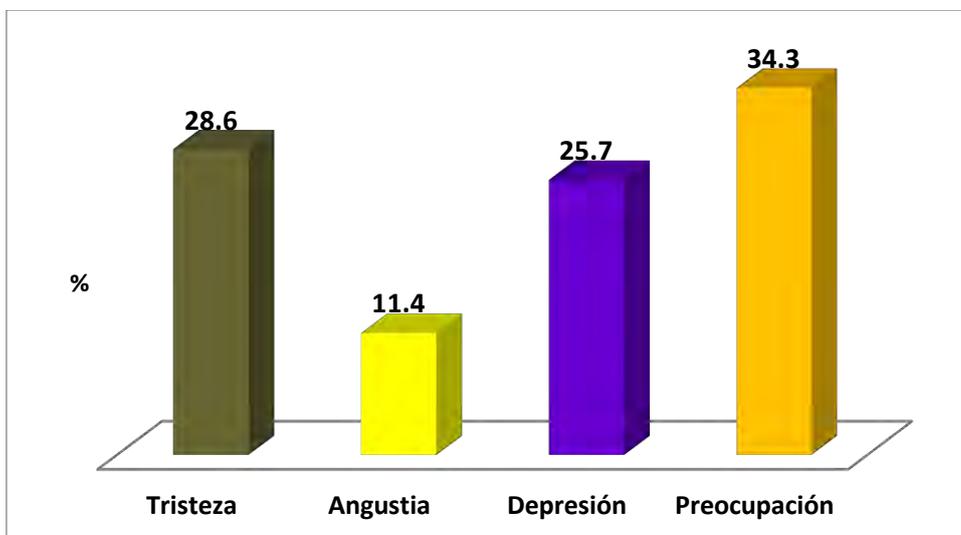
Grafico 12. La estancia de su hijo en el hospital le ha generado un problema psicológico y emocional.



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

De las 35 pacientes que manifestaron afectación emocional, el 22(34.3%) refieren preocupación, el 10(28.6%) tristeza y el 9(25.7%) depresión. Apenas 4(11.4%) manifiesta angustia.

Grafico 13. Tipo de afectación emocional



Fuente: Cuestionario de recolección de datos. n=65

9. DISCUSIÓN

La cervicovaginitis durante el embarazo, es una de las patologías más frecuentemente asociados a la presencia del parto prematuro, considerada como uno de los principales factores de riesgo para parto prematuro según la OMS y dada su gran magnitud y relevancia es un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y por supuesto que también afecta a nuestras familias en el Estado de Guerrero. En el hospital general “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” es una de las principales patologías, que afecta a las usuarias de nuestros servicios, por lo que es imperante conocer las características de este tipo de pacientes y las afectaciones económicas y emocionales que esta enfermedad les genera.

A nivel mundial, la OMS menciona que esta patología se presenta en las embarazadas con parto prematuro de un 5-18% a nivel mundial, en nuestro estudio encontramos una frecuencia de cervicovaginitis en las pacientes con partos pretérmino de 32.3%. Sin embargo, este porcentaje puede aún ser mayor, si consideramos que en el 23.1% de las pacientes analizadas no se encontró evidencia en el expediente de que sufrieron esta enfermedad durante el embarazo. Este porcentaje concuerda con lo descrito en varias bibliografías, donde se identifica que el porcentaje de cervicovaginitis o de infección del tracto genital va desde el 35 al 75%.^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15} Motivo por el cual, esta afección es considerada como uno de los principales factores de riesgo para presentar parto pretérmino.

En nuestro estudio el rango de edad que predominó fue el de 20 a 30 años de edad con más del 55% de pacientes con partos prematuros en estas edades, aspecto que concuerda con lo identificado en otros estudios, donde la edad promedio de las pacientes con parto pretérmino fue de 24 años ± 4 .^{6, 11} Otros rangos de edad afectados son menores de 20 años y mayores de 35 años con porcentajes de hasta el 20% de las pacientes estudiadas, similar a lo reportado en ciertos estudios, donde se menciona como factor de riesgo edades en el extremo de la vida reproductiva.^{10, 15}

En cuanto al lugar de residencia de las embarazadas afectadas, se identificó que más del 60% de ellas procedían del área urbana, este aspecto ya había sido identificado en otros estudios.^{11, 16} Además más del 80% no se consideraba indígena, mientras que, solamente el 16.9% se consideraba indígena y pertenecer

a la lengua náhuatl en todos los casos. En cuanto a la etnia, otros estudios han mencionado raza mestiza¹⁶, pero no encontramos evidencia de la relación que existe entre indígenas y la presencia de partos prematuros en estas, seguramente falta explorar en este tipo de pacientes cual situación prevalece en este sentido.

Más del 87% de las pacientes con partos prematuros manifiestan pertenecer a la religión católica y solamente el 3.1% de ellas manifestaron no profesar ninguna religión. Ninguno de los estudios consultados en los antecedentes menciona explorar esta característica, la cual puede tener importancia en la cosmovisión de la salud y sobre la conducta sexual de las pacientes.

En cuanto a la escolaridad, acorde con lo mencionado en distintas bibliografías,^{11,15} más del 50% de las pacientes afectadas se identifican con baja escolaridad, es decir con secundaria incompleta, primaria o ninguna escolaridad. Por rubro específico 27.7% de las pacientes tenían secundaria terminado.

En cuanto a la ocupación de las pacientes revisadas, más del 90% se dedican a labores del hogar, apenas el 4.6% es empleada. Este hallazgo concuerda con lo referido en varios estudios donde identifican que la principal actividad de las mujeres con parto pretérmino es al hogar.^{11,15}

Otro hallazgo identificado en nuestro estudio que también concuerda con la mayoría de los estudios consultados fue que las pacientes con parto pretérmino son multíparas,^{5,11,15} ya que más del 50% manifestaron tener de 2-3 hijos y más del 10% con 4-5 hijos, apenas 1.5% mencionaron no haber tenido ningún embarazo previo. Otro dato importante, señalado en la mayoría de los artículos consultados, sobre factores de riesgo para prematuridad, es la presencia de parto prematuro previo. En nuestro estudio no indagamos sobre este aspecto.

En un estudio de cohorte realizado en honduras donde se incluyeron 367 embarazadas, se identificó el 8% de partos prematuros. La edad de las mujeres con parto prematuro fue una media de 26 años (rango de 15-46), 8/27 (30%) tenían edades extremas (<18 y > 35 años). En cuanto a la ocupación 312/358 (88%) eran amas de casa, se identificó un bajo nivel de escolaridad (ninguno o primaria incompleta) con parto prematuro hubieron 18/27 (66%). Las mujeres que tuvieron parto prematuro 10/27 (37%) tenían una paridad de 4 y más hijos. De los partos prematuros en 8/27 (30%) el producto de la madre acabó en muerte perinatal y en

los partos a término fue 7/331 (2%). Concluye que los factores que demostraron tener una mayor asociación fueron bacteriuria, número de atenciones prenatales y multiparidad.¹⁵

En otro estudio descriptivo realizado en 205 madres adolescentes, con el objetivo de determinar factores de riesgo asociados a prematuridad, se identificó que la edad promedio entre 17-19 años (67,31%); no estudiaban (41,46%), no completaron la secundaria (78,54%), dedicadas a oficios del hogar (68,29%); estrato socioeconómico: nivel V (52,68 %); sin toxicomanías (100%); raza mestiza (61,46%); residenciadas en zonas urbanas (62,44.%), familias disfuncionales (55,61%); rechazo familiar (65,85%); embarazos no deseados (88,29%); sin intentos de aborto en 82,93 %. Inicio de relaciones sexuales: $14,67 \pm 1,11$ años y mal control prenatal (64,39 %). En conclusión, refiere que el bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes.¹⁶

Los costos de la prematurez se dividen en costos directos e indirectos, los costos directos son generados por el uso de los recursos sanitarios, mientras que los indirectos representan el consumo directo que se genera a la sociedad, familia y paciente, en este estudio corroboramos que la estancia por prematurez de sus hijos en el hospital si les está generando más gastos, ya que más del 60% de la pacientes considera que la estancia hospitalaria de su hijo las afecta en este sentido, sin embargo, más del 63% no considera que este perdiendo dinero para solventar los gastos generados.

El hecho de sentir que se le esté generando gastos, pero esto no considerarlo como pérdida, no habla de que las pacientes están tal vez estén conscientes de que los gastos son necesarios para mejorar la salud de sus pacientes. Cuando se identifica cuanto están gastando las pacientes por la estancia hospitalaria, encontramos que más del 47% gasta de entre 1,000-5,000 pesos, el 35.4% manifiestas gastos menores de 1,000 pesos, mientras que 9.2% manifiesta gastar más de 10,000 pesos. Otro aspecto relevante de los gastos generados es que el 36% de las pacientes tuvo que pedir prestado para solventar los gastos generados. El gasto de bolsillo generado por la atención de la salud, es un aspecto importante a medir, dado que todas estas mujeres están afiliados al seguro popular, que como tal, pretende otorgarles protección financiera y acceso a servicios de salud. Si bien

cierto, que los gastos excesivos no se ven en una gran cantidad de pacientes, aun con toda esta inversión que realiza el estado mexicano para evitar gastos por la atención de la salud a través del seguro popular y el apoyo de otros programas de salud enfocados a la atención de la salud reproductiva, no se ha podido impactar en el gasto de bolsillo que realizan este tipo de pacientes, identificadas como población prioritaria y vulnerable en nuestro sistema de salud.

Considerando que la prematurez puede tener estancias prolongadas desde algunos días, hasta semanas o meses, la afectación económica se altera profundamente, por lo que se considera un gasto catastrófico en salud, porque puede hacer que las familias pierdan todo su capital, trabajo, etc. Aunado a esto, la homeostasis familiar se altera, el equilibrio familiar se pierde, tanto por los gastos como, porque los padres tienen que estar pendiente de la salud de su hijo, ausentándose de sus trabajos, lo que genera una crisis paranormativa familiar que muy pocas veces es tomada en cuenta en nuestros sistemas de salud.^{4,17,18}

En nacimiento de un niño prematuro supone una crisis familiar que se acompaña frecuentemente de con crisis de ansiedad, frustración, comportamiento obsesivo compulsivo dificultad para concentrarse ambivalencia y estrés.⁴ En este estudio observamos que más del 53% de las pacientes expresaron que la estancia de su hijo en el hospital le ha generado un problema psicológico y emocional.

El 46% restante menciona que no, sin embargo, tenemos que tomar con cierta reserva esta aparente falta de afectación, derivado de la idiosincrasia de nuestra población cuando se le habla de aspectos psicológicos, interpretándolo como enfermedad o bien debilidad.

En las pacientes que manifestaron afectación, los principales sentimientos generados fueron de preocupación 34.3%, Tristeza 28.6% y depresión 25.7%, afectaciones ya señaladas en otros estudios donde se indaga sobre los problemas emocionales que genera la prematurez.⁴

10. CONCLUSIONES

Esta investigación fue de suma importancia para poder detectar la prevalencia de las cervicovaginitis durante el embarazo en nuestro medio, así como algunas afectaciones económicas y emocionales en las pacientes que sufren prematuridad, atendidas en el hospital general de Chilpancingo. Los resultados obtenidos nos permiten establecer varias conclusiones sobre estos aspectos:

La Cervicovaginitis durante el embarazo, tiene que ser considerada como un factor de riesgo sumamente importante para parto pretérmino, la alta prevalencia identificada en este estudio y en otros realizados en todos los ámbitos, nos confirman esta situación. Es importante, que los servicios de salud, integren de manera sistemática la identificación, tratamiento y prevención de esta enfermedad en el embarazo, mediante un buen control prenatal, la búsqueda clínica intencionada, el acceso a los auxiliares de diagnóstico para detectarla a tiempo y el tratamiento oportuno y apegado a las guías de práctica clínica.

Estas medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad deben ser enfocadas a todas las mujeres embarazadas, pero con énfasis a las pacientes jóvenes y en extremos de la vida reproductiva, con nivel socioeconómico bajo y baja escolaridad, con residencia en esas áreas que si bien son urbanas, tienen muchas condiciones de marginalidad y de falta de acceso de servicios (cinturones urbanos de pobreza); en pacientes multíparas, pero sobretodo que tengan antecedentes de parto prematuro e infecciones genitourinarias.

De los 65 pacientes con parto prematuro identificadas, se registró una tasa de letalidad de 13.8%, ya que se registraron 9 defunciones de productos prematuros. De ahí la importancia de enfocar las acciones de salud, a la prevención de la prematuridad y no solamente a la atención de la enfermedad cuando se presente, ya que los recursos son limitados y el riesgo de mortalidad y de secuelas es muy alto.

Otros aspectos que este estudio nos permite analizar, es el grado de afectación económica y emocional que causa esta enfermedad, tanto a los pacientes, como a las madres y sus familias. La prematuridad no solo afecta la salud del producto, también trae consigo una afectación importante a la dinámica familiar, la salud emocional y económica.

En cuanto al aspecto económico, si bien es cierto que el Estado Mexicano ha tratado de proteger socialmente la salud de la población, con una serie de leyes y programas encaminadas a disminuir los gastos de bolsillo y facilitar el acceso a los servicios de salud, tales como el seguro popular, el fondo de protección para gastos catastróficos, el seguro médicos siglo XXI, los distintos programas de acción enfocadas a la salud reproductiva, todavía no se logra disminuir del todo el gasto del bolsillo, y lo vemos reflejado en los gastos ocasionados a las pacientes y a sus familias en el presente estudio. Es cierto que los gastos son muy inferiores a los que se podrían generar a nivel privado y en otra época cuando no se contaba con el financiamiento actual a los servicios de salud, todavía es representativo y afecta la economía de las familias. Es necesario contemplar otros aspectos de apoyo a las familias que cuentan con pacientes hospitalizados tales como: alimentación, hospedaje y apoyo psicológico, pero sobretodo, prevenir en la medida de lo posible la presencia de la prematuridad durante el embarazo, con un buen control prenatal, alimentación y adopción de estilos de vida saludables.

En relación al aspecto emocional, nuestras unidades de salud carecen del enfoque hacia el apoyo psicológico que requiere este tipo de pacientes antes el estrés de ver comprometida la salud de un ser querido, sobre todo al tratarse de recién nacidos, no solo en cuanto al riesgo de morir, si no de presentar secuelas que les impidan desarrollar su máximo potencial o cuando menos incrustarse a una vida con independencia e incorporación a los medios de sustentación. Esto lo vemos reflejado a los altos niveles de preocupación y tristeza que se identificaron. Es importante contar con una atención integral, que aparte de abordar los aspectos médicos clínicos, aborde el apoyo psicológico necesario para enfrentar este tipo de duelos en la población afectada.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Organización mundial de la salud. Programas prenatales de tamizaje y tratamiento de las infecciones del aparato genital inferior para prevenir el parto prematuro.2009.
- 2.- Guía de práctica clínica. IMSS 063-08. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino, ISBN: 978-607.7790, 11-17
3. Guía de práctica clínica IMSS -081-08. Prevención diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa.2014:17-25.
- 4.- Melchor Marcos JC, Consecuencias socio-sanitarias del parto pretérmino. Editorial panamericana, Buenos aires-Madrid;2004:XII:11-17.
- 5.- Retureta Milán SE, Rojas Álvarez LM, Retureta Milán ME. Factores de riesgo del parto prematuro en gestantes del municipio de Ciego Ávila, Medisur. 2015;13(4):517-525
- 6.- Ugalde Valencia D, Hernández Juárez MG, Ruiz Rodríguez MA, Villareal Ríos E. Infección del tracto genital y Urinario como factor de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. 2012;(77):338-341
- 7.- Bermúdez Gallardo G. Incidencia de cervicovaginitis en embarazadas que están en control en el IMSS. Universidad Veracruzana 2014;(73):15-17.
- 8.- Minguet Romero R, Cruz Cruz PR., Ruiz Rosas RA, Hernández Valencia M. incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). Ginecol Obstet Mex 2014;82:465-471
- 9.- Cornejo García K, García Cruz ME, Huerta Alvarado S, Cortes Reyes C, Castro Herrera GA, Hernández R. Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de 2º. Nivel. Rev Esp Méd Quir 2014;19:308-315.
- 10.- Rodríguez-Coutiño SI, Román González R, Hernández Herrera RJ. Factores de riesgo para la prematurez estudio de casos y controles. Gineco. Obste. México.2013 (81):499-503.
- 11.- Rangel Duran MA. Evolución de la paciente embarazada con cervicovaginitis asintomática; Universidad Autónoma de Querétaro, 2009:16-25
- 12.- Constitución política de los estados unidos mexicanos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, (c) 1997.
- 13.- Ley General de Salud, artículo 2º. 2016

14. Norma oficial mexicana 007, para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y de la persona recién nacida. DOF-2016;3.45-3.46
15. García Coto, F. Et al. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de lempira, honduras. rev med hondur, vol. 80, no. 4, 2012
16. Cluet de Rodríguez, I. Et al. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2013;73(3): 157-170
17. Sesma-Vázquez S, et al. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. SaludPublica de Mexico. Online first. 2017. Consultada el 09 de julio 2018 en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/5155>
18. LISTA actualizada de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos. DOF, Mex; Jueves 15 junio 2017

ANEXOS

Anexo I

“Prevalencia de la cervicovaginitis en mujeres con parto pretérmino y su impacto en la dinámica familiar. “

Buen día mi nombre es...Arsenio Carballido Ahuexoteco, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de conocer los partos pretérmino que se presentan en este hospital y la prevalencia de las infecciones que lo desencadenan, por lo que le invito a participar respondiendo este cuestionario que no tomará más de 10 minutos, no se le solicitará su nombre, este cuestionario es anónimo y confidencial, la información será usada con fines exclusivamente de investigación, usted está en la libertad de abandonar la entrevista en cualquier momento.

INSTRUCCIONES:

Favor de llenar una lista de cotejo por cada expediente, completando la información que se solicita y/o eligiendo una opción de respuesta. Escriba en el recuadro la respuesta de la opción que corresponda a la cuestión y/o encierre el número de la opción que elija.

FOLIO: _____

Número de Expediente _____ Derechohabiente: _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____

Diagnóstico de Ingreso: _____ Diagnóstico de Egreso: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Edad:	a) Menor de 15 años b) 15- 20 años c) 20 25 años d) 25-30 años e) 30-35 años f) 35-40 años g) 40-45 años h) 45 y más.
2	Lugar de Residencia Actual:	Localidad: Municipio:
3	Se considera indígena	A. Si B. No C. No sabe/no contesta
4	Si es indígena, ¿Cuál es su etnia?	R=
5	Religión	1) Católica 2) Cristiana 3) Pentecostés 4) No tiene 97) No sabe/no contesta

		98) Otra
6	Escolaridad	1) Ninguna 2) Primaria 3) Primaria incompleta 4) Secundaria 5) Secundaria incompleta 6) Preparatoria 7) Preparatoria incompleta 8) Licenciatura 9) Licenciatura incompleta 10) Maestría 11) Otra 12) No sabe/no contesta
7	Ocupación	1) Ama de casa 2) Empleada 3) Desempleada 4) Estudiante 5) Otra: _____ 97) No sabe/no contesta
8.	Número de hijos que tiene	A) Ninguno B) 1 C) 2-3 D) 4-5 E) 6 Y +.
9.	Cervicovaginitis durante el embarazo.	A. Si B. No C. No hay evidencia en expediente clínico
10.	Considera que la estancia de su hijo en el hospital le genera más gastos.	A) Si B) No
11.	Ha pedido dinero para solventar estos gastos.	A) Si B) No
12.	Gastos por estancia hospitalaria	A) Menos de 1000.00 B) \$ 1.000.00- \$5,000.00 C) \$ 5000.00 – 10,000.00 D) \$ 10,000.00 -15,000.00 E) \$15,000.00 - 20,000.00 C) Más de 20,000.00
13.	Cree que la estancia de su hijo en el hospital le ha generado un problema psicológico y emocional.	A) Si B) No
14.	De qué tipo:	R=

Anexo 2. Consentimiento informado

En este documento contiene la información que debe recibir el participante de la investigación: “Prevalencia de cervicovaginitis y afectaciones económicas y emocionales en mujeres con parto pretérmino del Hospital General de Chilpancingo en el periodo de enero a junio del 2017” y sobre el carácter voluntario de su participación tomando en cuenta lo siguiente:

- a) El proceso de investigación nos permite generar nuevos conocimientos sobre la situación de ciertas enfermedades, sus afectaciones y como se están llevando a cabo la prestación de servicios de salud.
- b) El objetivo de este estudio es: estimar la prevalencia de cervicovaginitis e identificar las afectaciones económicas y emocionales en mujeres con partos pretérmino del hospital general de Chilpancingo en el periodo de enero a junio del 2017.
- c) No será sometida a ningún tipo de tratamiento en este estudio.
- d) Solamente le realizaremos una entrevista presencial y revisaremos ciertos aspectos incluidos en su expediente clínico.
- e) Esto no le generara ningún riesgo para su salud.
- f) Los beneficios esperados serán conocer la prevalencia del parto pretérmino por cervicovaginitis en este hospital.
- g) Y aplicar el tratamiento a todas las embarazadas con cervicovaginitis.
- h) El compromiso de esta investigación es manejar la información con discrecionalidad.
- i) El compromiso que asume el sujeto de la investigación es otorgar la información con veracidad.
- j) En esta investigación no se utilizaran fármacos, productos o procedimiento alguno.
- k) Su participación es voluntaria y puede rehusarse a participar o retirarse del estudio cuando lo desee, sin explicar la razón que la motivo a retirarse.
- l) Tiene derecho a tener acceso a los registros de dicha información.
- m) La información que de este estudio se genere será manejada de manera confidencial, los alcances son netamente científicos y de enseñanza, estará a disposición del personal del hospital y del CEEI.
- n) Si los resultados del estudio se publican, la identidad de las personas que participan en el estudio se mantendrá en forma confidencial y resguardada.
- o) Este estudio se concluirá si no existe alguna circunstancia ajena que ya no permita su culminación.
- p) La duración del estudio será de 6 meses.
- q) En el estudio participan todas las mujeres con parto pretérmino atendidas en el hospital general de enero a junio del 2017.
- r) Nota: Si usted identifica que se han violado sus derechos puede reportarlo al Comité Estatal de Ética en Investigación, al teléfono 01 (747) 49 43 100 Ext. 1235 y/o al correo martha.teliz@hotmail.com

Anexo 3.

Carta de consentimiento informado.

Nombre la investigación:

Prevalencia de cervicovaginitis y afectaciones económicas y emocionales en mujeres con parto pretérmino del Hospital General de Chilpancingo en el periodo de enero a junio del 2017.

La siguiente investigación tiene por objetivo conocer la prevalencia de la cervicovaginitis y afectaciones económicas y emocionales en mujeres que presentan parto pretérmino del hospital general de Chilpancingo, y nos ayudara a conocer los casos que se presentaron de esta enfermedad en un lapso de tiempo y si presentan afectaciones económicas y emocionales.

He sido invitado a participar en una investigación para conocer la prevalencia de la cervicovaginitis y parto pretérmino. Me han informado que no tiene ningún riesgo participar en la investigación dado que no se me realizara ningún procedimiento médico, solamente será entrevistada y mi información será tratada de manera confidencial y solo para la generación de nuevos conocimientos a través de este estudio.

El médico me dio una explicación clara y leí la información sobre la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este hospital.

Nombre del participante _____
Dirección _____ Teléfono _____
Firma del participante _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____
Dirección _____ Teléfono _____
Firma del Testigo _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____
Dirección _____ Teléfono _____
Firma del Testigo _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____