



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF NO. 73
POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ



INCIDENCIA DE CERVICOVAGINITIS EN EMBARAZADAS QUE ESTÁN EN CONTROL EN LA UMF NO. 73

TESIS

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GONZALO BERMÚDEZ GALLARDO
Correo Electrónico: gabzgo@hotmail.com
Numero Celular: 782 115 9105

ASESORES:

DR. JOSÉ GUILLERMO JIMÉNEZ CORONEL
PROFESOR ADJUNTO A LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR Y MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 73 DEL IMSS
Correo Electrónico: segusius33@hotmail.com

DRA. PAOLA XÓCHITL GÓMEZ GARCÍA
GINECO - OBSTETRA, ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24 DEL IMSS DE POZA RICA, VERACRUZ, MÉXICO.
Correo Electrónico: paoxgg@hotmail.com

SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 73, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ

Fecha de entrega: Febrero del 2014

Dedicatorias

A Dios:

Quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Por darme unos padres maravillosos, un hijo que me sorprende día a día, por mi esposa que me apoyo durante este tiempo y por la familia que me regalo valores y bases solidas para ser el profesional que soy hoy en día.

A mis padres:

Gracias a ellos que siempre me han inculcado el amor al prójimo, porque me han aconsejado en todos los aspectos, por darme su apoyo incondicional. Ahora sé que todo lo que ellos hicieron, que cada sacrificio hecho fue para darme lo mejor, para darme lo que a ellos no les dieron, que entre los regaños y los castigos que me daban eran para que yo fuera una persona de bien, un ser humano con una moral adecuada. Porque a pesar de que ya soy un adulto sigo aprendiendo de ellos y creo que seguiré aprendiendo de ellos aun después de que ya no estén físicamente. No tengo modo de agradecer todo lo que han hecho por mí. Gracias Papá y Mamá, los amo con todo mi corazón.

A mi esposa:

A tu comprensión, ya que preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu sacrificio me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti. Así como también te estoy agradecido por darme uno de los obsequios más grandes en la vida que es nuestro hijo Gonzalo; gracias Brenda.

A mi hijo Gonzalo:

Que es el motivo por el cual doy lo mejor de mi día a día, que es la razón que me inspira a superarme constantemente; el cual desde su nacimiento ha sido una luz en mi camino el cual me ha permitido conocer un lado de mi que no conocía, y que gracias a él conocí lo que es uno de los amores más puros que es el de un padre hacia su hijo

Mis Asesores:

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida como profesional, por cada una de sus valiosas aportaciones hicieron posible este proyecto y por la gran calidad humana que me han demostrado con su amistad. Gracias Dra. Paola X. Gómez García y Dr. J. Guillermo Jiménez Coronel.

A mis compañeros y amigos:

Por su apoyo incondicional en el transcurso de la residencia, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ustedes, por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

A la Jefa de Enseñanza

Porque usted nos impulso a ser disciplinados y comprometernos con nuestra labor diaria y nuestro desarrollo académico y profesional. Gracias Dra. Susana Escamilla Roque.

ÍNDICE:

Resumen_____	5
Resumen en ingles _____	6
Marco Teórico_____	7
Programa de Trabajo_____	11
Ética_____	12
Resultados_____	13
Discusión_____	18
Bibliografía_____	20
Anexos:	
Consentimiento informado_____	23
Encuesta general_____	24
Encuesta Método Graffar_____	25

Incidencia de Cervicovaginitis en Embarazadas que están en control en la UMF No. 73

Bermúdez-Gallardo, G.; Jiménez-Coronel, J.G.**; Gómez-García P.X.****

**Médico Residente, Especialidad de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 del IMSS en Poza Rica, Veracruz, México.*

*** Médico Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 del IMSS*

**** Gineco-Obstetra, adscrita al Hospital General de Zona No. 24 del IMSS de Poza Rica, Veracruz, México.*

Resumen

La cervicovaginitis es una de las 12 principales causas de consulta de medicina familiar, así como uno de los principales factores asociados a la presencia de amenaza de aborto y parto prematuro durante la gestación. La cervicovaginitis afecta a muchas mujeres en todo el mundo. La mayoría de las instituciones que prestan los servicios de salud, tanto en el primer nivel de atención como en los servicios de gineco-obstetricia, revelan que un alto índice de mujeres en edad fértil acude a consulta por este motivo. 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 le encuentra en un 32 a 64%, en medicina familiar del 12 a 25%, y de 10 a 26% en la práctica obstétrica.

Objetivo: Determinar la incidencia de la cervicovaginitis durante el embarazo, así como conocer los principales factores de riesgo para su desarrollo

Diseño: es un estudio observacional, de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

Material y Métodos: Se integraran al grupo de estudio a todas aquellas embarazadas en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 73 del Instituto Mexicano del Seguro Social diagnosticadas por primera ocasión con Cervicovaginitis, sin la etiología de ésta; a todas ellas se les realizara una encuesta con previo consentimiento informado sobre el estudio a realizar. Con esta encuesta y tomando en cuenta que a todas las pacientes se les establece diagnóstico de cervicovaginitis por primera vez se determinara la incidencia y algunos de los factores relacionados con la misma.

Resultados y conclusiones: se encontró que la incidencia es menor al 15% de casos anualmente 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; además se encontró que en a pesar de la orientación por el equipo de salud esta no tiene el impacto que debería de tener, de lo contrario el numero de casos que se presentan podría ser menor.

Palabras claves: Cervicovaginitis, incidencia, factores predisponentes.

Incidence of cervical infections in Pregnant that are in control at the UMF No. 73

Bermúdez -Gallardo , G. * , Jiménez- Colonel JG **, Gómez- García PX ***

* Resident Physician , Specialty Family Medicine attached to the Family Medicine Unit No. 73 of the IMSS in Poza Rica , Veracruz, Mexico .

** Family Physician assigned to the Family Medicine Unit No. 73 of the IMSS

*** OB-GYN , assigned to General Hospital No. 24 IMSS Poza Rica , Veracruz, Mexico .

Abstract:

Cervicovaginitis is one of the 12 leading causes of family practice , as well as one of the main factors associated with the presence of threatened abortion and premature delivery during pregnancy. Cervicovaginitis affects many women worldwide. Most institutions providing health services, both in primary care and in the OB-GYN services, reveal that a high proportion of women of childbearing potential comes in for this reason. Of the various infectious diseases that may occur in the cervicovaginal canal is considered to cervicovaginitis is the most common as clinics STD is found in 32 to 64% in family medicine 12-25 % and 10-26 % in obstetric practice.

Objective: To determine the incidence of cervical infections during pregnancy, and know the main risk factors for development

Design: an observational, descriptive, prospective and cross . **Material and Methods:** The study group to integrate all those pregnant women in antenatal care in Family Medicine Unit No. 73 of the Mexican Institute of Social Security for the first time diagnosed with cervical infections, but the etiology of this, all of them are conduct a survey on prior informed consent to perform the study. With this survey and considering that all patients were diagnosed cervicovaginitis establishes for the first time the incidence and some of the factors related to it is determined.

Results and conclusions: it was found that the incidence is less than 15 % of cases annually and that the main factors that favor the development of vaginal infections during pregnancy is wearing tight pants clothes being the main items that are used; also found that despite targeting the health team that does not have the impact it should be, otherwise the number of cases presented could be lower.

Keywords: cervical infections, incidence, predisposing factors.

MARCO TEÓRICO

La cervicovaginitis afecta a muchas mujeres en todo el mundo. La mayoría de las instituciones que prestan los servicios de salud, tanto en el primer nivel de atención como en los servicios de gineco-obstetricia, revelan que un alto índice de mujeres en edad fértil acude a consulta por este motivo. (1)

La inflamación de la vagina y la presencia de flujo vaginal representan el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer contacto y a los servicios de ginecoobstetricia de Estados Unidos de América del Norte. (2, 3)

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 le encuentra en un 32 a 64%, en medicina familiar del 12 a 25%, y de 10 a 26% en la práctica obstétrica. (4, 5)

Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de la secreción vaginal o flujo, prurito, ardor, irritación, disuria, dispaurenia, fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos. (6)

El uso de ropa sintética y ajustada, así como irritantes locales son considerados factores de riesgo para el desarrollo de Vaginitis de origen micótico, existen otros factores propios de la paciente para desarrollar este tipo de afecciones como lo son la diabetes Mellitus no controlada, inmunodeficiencia e hiperestrogenismo como es el tratamiento hormonal sustitutivo o anticonceptivo, alteraciones de la flora normal secundario al uso de antimicrobianos de amplio espectro. (6)

La presentación clínica varía de infecciones asintomáticas hasta un compromiso local y sistémico importante. En el embarazo estas infecciones afectan la unidad feto-placentaria, llevando a complicaciones como ruptura prematura de membranas parto pretérmino, y recién nacido de bajo peso, e incluso maternas, como corioamnioítis e infección puerperal. Las infecciones del cérvix y la vagina son ocasionadas por microorganismos patógenos que producen una secreción mucopurulenta, con aumento de los leucocitos polimorfonucleares. Este proceso altera el pH local y causa alteración de los lisosomas de las membranas del corioamnión adyacente lo que genera una respuesta inflamatoria. La respuesta inflamatoria aumentada puede promover la contractilidad uterina por activación directa de genes tales como COX-2, el receptor de oxitocina y la conexina 43, y producir deterioro de la capacidad del receptor de progesterona para mantener el útero en reposo. (7, 8)

La prevalencia de vaginosis bacteriana varía de 4 a 46 por ciento, dependiendo de la población estudiada. En mujeres asintomáticas la prevalencia es de 12 a 14 por ciento, y es similar en mujeres gestantes. (9)

La vaginosis bacteriana se asocia con resultados adversos, ginecológicos y obstétricos, tales como infecciones del tracto genital superior, enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis, parto pretérmino y recién nacido de bajo peso. No obstante, hay muchas dudas con respecto a la patogénesis de la Vaginosis Bacteriana en estos resultados. Las diferencias en el riesgo para la infección o la recurrencia de la Vaginosis Bacteriana podrían estar relacionadas con diferencias de la respuesta inmune de las mucosas en el huésped o con la capacidad de los microorganismos invasores de inactivar la respuesta inmune local. Se ha observado que el compromiso de la inmunidad durante la gestación puede ser específico según el sitio anatómico. En las mujeres embarazadas con vaginosis bacteriana se presenta un aumento de las citocinas proinflamatorias en el cérvix, en comparación con las no embarazadas. También se ha encontrado un aumento de las defensinas o péptidos de los neutrófilos humanos 1, 2, y 3 en la secreción cervical en mujeres con Vaginosis Bacteriana, y este aumento se ha asociado con el parto pretérmino en mujeres de raza afro-americanas, pero no en mujeres blancas. (10, 11)

Esta se asocia con el doble de riesgo de parto pretérmino, y el riesgo es mayor cuando la Vaginosis Bacteriana se manifiesta antes de la semana 16 de gestación. Esto puede indicar un periodo crítico durante la gestación temprana, cuando los organismos relacionados con la infección pueden alcanzar el tracto genital superior y producir un trabajo de parto prematuro, en una etapa posterior de la gestación (12, 13)

Forma parte de los 12 principales motivos de consulta en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. De 1991 a 2002, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representó 38 % de las consultas a mujeres de 20 a 59 años. La identificación de los factores de riesgo asociados con agentes etiológicos es importante para orientar adecuadamente el diagnóstico y otorgar el tratamiento específico. (14)

Se han realizado varios estudios en los cuales se ha demostrado que durante el embarazo, las cervicovaginitis se asocia en un 11.5% con el parto pretérmino y en 11.6 % con ruptura prematura de membranas y como factor predisponente para esterilidad de origen tubárico y cáncer cervicouterino. (15, 16)

El antecedente materno de corioamnionitis, cervicovaginitis, infección de vías urinarias y fiebre significó un mayor riesgo de prematuridad, estos datos se obtuvieron en un estudio realizado en un estudio de una cohorte de recién nacidos vivos en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, en Mérida, Yucatán, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004, con peso de 500 g o mayor. En el cual se tiene como resultados que los antecedentes de infección de vías urinarias (RM: 1.8; IC 95%, 1.56-1.96), cervicovaginitis (RM: 1.6; IC 95%, 1.38-1.74) y fiebre materna durante el embarazo también se asociaron con prematuridad, así como las madres VIH positivas (RM: 13.4; IC 95%, 2.55-75.19). (17)

En un estudio realizado en los Estados Unidos de Norte America (Pregnancy, Infection, and Nutrition) cuya finalidad era establecer los condicionantes del parto prematuro, se identificó que el antecedente materno de infecciones de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo y de vaginosis bacteriana (RM: 1.8; IC 95%, 1.3-2.6) se

relacionaron significativamente con admisión por amenaza de parto prematuro en cualquier momento del embarazo. (18)

Existe una importante controversia con respecto a la alta frecuencia de vaginosis bacteriana en mujeres usuarias del DIU (Dispositivo Intrauterino). Algunos autores no han observado relación entre la cervicovaginitis y el método anticonceptivo; otros mencionan que la prevalencia de infecciones de transmisión sexual se asocia más a prácticas sexuales de riesgo en la población general. Ante esta cuestión es necesario realizar estudios longitudinales para confirmar la posible asociación entre el DIU y las infecciones cervicovaginales. (19, 20, 21, 22, 23)

Existen diferentes factores que favorecen la aparición de estos procesos: cambios en la flora habitual vaginal, cambios atróficos del epitelio, alcalinización del medio vaginal, depresión de la inmunidad o tratamientos inmunosupresores; traumatismos como el parto, intervenciones quirúrgicas o DIU's. (24)

Dentro de la etiología de las cervicovaginitis, 22.6 % de los casos son causados por *Gardnerella vaginalis*, 19.1 % por *Candida spp.* 7.8 % por *Candida albicans* y 1.5 % por *Tricomonas*. En los últimos años se ha agregado a los principales agentes causales el estreptococo del grupo *D* en 11.8% y el estreptococo beta hemolítico en 4.6%. (16, 25)

La vaginosis bacteriana se presenta en hasta un 20% de las mujeres durante el embarazo. La mayoría de estos casos son asintomáticos. El antecedente de la vaginosis bacteriana es tal que puede resolverse espontáneamente sin tratamiento, aunque es probable que la mayoría de las mujeres a las que se les diagnosticó vaginosis bacteriana a comienzos del embarazo sufran una infección persistente posteriormente durante el embarazo. (26, 27)

Dentro de las complicaciones de la cervicovaginitis causadas por *Gardnerella vaginalis* se encuentran las siguientes: enfermedad inflamatoria pelviana, dolor pelviano crónico, infertilidad, endometritis poscesárea, sangrado uterino anormal, salpingitis y complicaciones del embarazo como embarazo ectópico, absceso tubo-ovárico, sepsis ginecológica, rotura prematura de membranas, trabajo prematuro y corioamnionitis, las cuales se encuentran relacionadas entre sí. (28, 29)

Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente 33 a 50 % de las mujeres con esta condición son asintomáticas, y a que las cifras informadas varían de acuerdo con la población estudiada: la vaginosis o vaginitis bacteriana se ha encontrado en 15 a 19 % de las pacientes ambulatorias, en 10 a 30 % de las mujeres embarazadas y hasta en 40 % de aquellas mujeres que acuden a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual. (30)

El tratamiento antibiótico resulta efectivo para erradicar la vaginosis bacteriana durante el embarazo sin embargo el tratamiento no redujo el riesgo de parto prematuro antes de las 37 semanas o el riesgo de rotura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto. No obstante, el tratamiento antes de las 20 semanas de gestación puede reducir el riesgo de un parto prematuro antes de las 37 semanas. En las mujeres con antecedentes de parto prematuro, el tratamiento no afectó el riesgo de otro parto prematuro, pero redujo

considerablemente el riesgo de rotura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto y los casos de bajo peso al nacer. En mujeres con flora vaginal anormal el tratamiento puede reducir el riesgo de parto prematuro antes de las 37 semanas. (31)

En cinco estudios clínicos con 2387 mujeres que recibieron tratamiento antes de las 20 semanas de gestación, el uso de antibióticos se asoció con una disminución estadísticamente significativa del riesgo de partos prematuros antes de las 37 semanas (OR de Peto: 0.63, IC 95%: 0.48 a 0.84). El estudio clínico con 94 mujeres que compara la administración de metronidazol por vía vaginal una vez al día versus dos veces al día no demostró una diferencia en la gestación del parto o el bajo peso al nacer. La inclusión de datos adicionales desde el estudio National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units ha ampliado el metanálisis del impacto del tratamiento antibiótico en la Sepsis y la mortalidad neonatales. No obstante, no se encontró una disminución significativa de la sepsis neonatal. Aparentemente, los efectos secundarios de los regímenes de fármacos incluidos en los estudios clínicos son poco frecuentes (aunque no se informaron en muchos de los estudios) y no parecen ser la causa de un gran número de casos de interrupción del tratamiento. (31)

El aumento de la infección por *Chlamydia trachomatis* en el grupo etario de los adolescentes ha ganado altura mucho más rápidamente que en la población general. (32)

La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en América Latina varía de un estudio a otro: en mujeres asintomáticas que asisten a clínicas de planificación familiar se ha reportado entre 3 y 5%, que aumenta a más de 20% en clínicas de infecciones de transmisión sexual. En embarazadas varía entre 2 y 26%, además, se sugiere que las mujeres que toman anticonceptivos orales son más propensas a la cervicitis, debido, en parte, a la presencia de ectropión cervical. Estudios realizados en México han demostrado una frecuencia de 4 a 10% en mujeres no embarazadas y hasta de 28.4% en embarazadas. (32)

De acuerdo con la norma oficial mexicana, el tratamiento a la pareja sólo se debe proporcionar en diagnóstico de cervicovaginitis por tricomonas, ya que ésta es una enfermedad de transmisión sexual. El esquema de tratamiento para *Gardnerella vaginalis* y *Trichomona vaginalis* es con metronidazol predominantemente. Para *Candida albicans*, con itraconazol o clotrimazol. La pareja sexual de las pacientes con cervicovaginitis no requiere ser evaluada ni recibir tratamiento, con excepción de los casos con diagnóstico de tricomoniasis. (33)

PROGRAMA DE TRABAJO:

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como normativa tener un control estricto de todas las mujeres embarazadas que se encuentran adscritas a sus unidades. Dentro de la normativa se indica que deben recibir consultas de manera periódica según la edad gestacional en la que se encuentren.

Para realizar esto, se debió solicitar autorización de los coordinadores clínicos para tener acceso al sistema médico de información y obtener un listado del total de mujeres embarazadas; y de los médicos adscritos para poder realizar encuestas a las pacientes que se encuentren en control.

A las pacientes que se les aplicó la encuesta firmaron la hoja de consentimiento informado, posterior a ello se les explicó la importancia del estudio que se estaba aplicando, se les explicó el llenado de las encuestas que debieron llenar ellas mismas y que constan de 32 ítems, de los cuales 28 están dirigidos a determinar los factores de riesgo que presentan para desarrollar infecciones vaginales, estos están integrados en una encuesta certificada por la Dra. Paola Xóchitl Gómez García Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia adscrita a la unidad HGZ No 24; y los últimos 4 determinan el nivel socioeconómico y se miden por medio de la escala de Graffar una encuesta certificada y reconocida ampliamente.

Los registros obtenidos se llevaron en una gráfica diseñada en Word y posteriormente se transcribieron en un programa en Excel en donde se realizó el análisis de los totales de cada una de las variables para lograr obtener los resultados finales y con ello las conclusiones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio que se desarrollo es de carácter observacional y descriptivo, estableciendo que no conlleva ningún riesgo para el sujeto en estudio; el cual cuenta con el número de registro: **R-2013-3005-22**, y con numero de folio: **F-2013-3005-24**. Mas sin embargo, se obtuvo consentimiento de la paciente para realizar la encuesta a realizar para obtener los datos necesarios para cumplir con los objetivos establecidos.

Este se encuentra cumpliendo con la Declaración de Helsilki, considerando también las modificaciones realizadas en el 2008, así como también los artículos 15, 20, 33, que recomiendan la privacidad del estudio y con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, en su artículo 3º; la cual informa que toda investigación se someterá a un comité para su aprobación y que la investigación contribuya a acciones preventivas y al uso de procedimientos técnicos y diagnósticos para mejorar el proceso de salud. El artículo 14 en su fracción I, VI, VII Y VIII, al artículo 16 que mencionan que se someterá a los principios éticos y científicos que debe ser realizado por profesionales de salud. Y al artículo 17 en su fracción I mencionando que se investigará sin riesgo alguno.

RESULTADOS:

Del total de las pacientes embarazadas en control durante el tiempo establecido fue de 1078 embarazadas, de las cuales menos del 15% de ellas desarrollaron infecciones vaginales.

Los siguientes resultados fueron obtenidos directamente de las encuestas realizadas a las pacientes con infecciones vaginales. Del total de pacientes diagnosticadas con infección vaginal solo se incluyeron en el estudio un total de 133 mujeres ya que las demás fueron eliminadas o excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos. De estas mujeres encuestadas se obtuvieron los siguientes resultados relevantes.

Tabla1.- Estadísticos descriptivos para variables de agrupación

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nivel socioeconómico	133	1	5	2.90	.806
Edad	133	16	40	27.90	5.759
Escolaridad	131	2	6	4.11	.888
¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?	133	13	32	19.23	3.490
¿Cuántos embarazos ha tenido contando el actual?	131	1	5	2.03	.936
¿En su último embarazo llevó control prenatal?	86	1	2	1.03	.185
¿Cuántas consultas lleva actualmente desde que se enteró que estaba embarazada?	124	1	16	6.45	3.158
N válido (según lista)	80				

En la tabla uno se observa que para el caso de nivel socioeconómico, Edad y Edad en la que comenzó la vida sexual de los sujetos de investigación se obtuvo respuesta de los 133 sujetos participantes de éste estudio; mientras que para el resto de las variables de agrupación no.

Para el caso de nivel socioeconómico se muestra una media de 2.90, lo cual indica que la tendencia de la muestra participante del estudio se concentra en el nivel medio bajo. En cuanto a la edad los resultados arrojan una media de 27.9 años y una desviación estándar de 5.75, mientras que para la variable de escolaridad se observa que la media apunta a nivel de bachillerato con una media de 4.11.

La variable que mide la edad a la que se inicia la actividad sexual, los datos obtenidos arrojan que la media se encuentra en 19.2 años y una desviación estándar de 3.4, también se observa que la media de número de embarazos de la muestra es de 2.03.

En cuanto a las variables de control prenatal se observa que en los embarazos anteriores la media de 1.03 apunta a sí haber llevado control prenatal antes del actual embarazo, mientras que para el actual embarazo la media de consultas de control prenatal es de 6.45 y una desviación estándar de 3.158.

Tabla 2.- Nivel socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Alto	2	1.5	1.5	1.5
Medio Alto	43	32.3	32.3	33.8
Medio bajo	55	41.4	41.4	75.2
Obrero	32	24.1	24.1	99.2
Marginal	1	.8	.8	100.0
Total	133	100.0	100.0	

La tabla muestra los datos descriptivos de frecuencia para el nivel socio económico, donde se observa que el 41.4% de la población que participo de éste estudio se encuentra en situación económica de tipo medio bajo, mientras que el 32.3 pertenece al medio alto, seguido del nivel obrero con el 24.1% y en menor porcentaje el nivel alto y marginal con el 1.5% y .8% respectivamente.

Tabla 3.- Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Primaria	7	5.3	5.3	5.3
Secundaria	23	17.3	17.6	22.9
Prepa/técnica	51	38.3	38.9	61.8
Universidad	49	36.8	37.4	99.2
Postgrado	1	.8	.8	100.0
Total	131	98.5	100.0	
Perdidos 99	2	1.5		
Total	133	100.0		

La tabla anterior corresponde a la edad, misma que arroja que un 38.3% de los sujetos de estudio poseen estudios de preparatoria/técnica, el 36.8% estudios universitarios, siendo estos los más significativos, mientras que el 5.3%, 17.3% y 0.8% corresponden a nivel primaria, secundaria y postgrado respectivamente.

Tabla 4.- ¿Cuántos embarazos ha tenido contando el actual?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	44	33.1	33.6	33.6
2	49	36.8	37.4	71.0
3	29	21.8	22.1	93.1
4	8	6.0	6.1	99.2
5	1	.8	.8	100.0
Total	131	98.5	100.0	
Perdidos 99	2	1.5		
Total	133	100.0		

Los resultados de ésta tabla muestran el número de embarazos previos al actual, se puede observar que el 36.8% ha tenido dos embarazos previos, el 33.1% sólo 1 y el 21.8% 3 embarazos.

Tabla 5.- ¿En su último embarazo llevó control prenatal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	83	62.4	96.5	96.5
No	3	2.3	3.5	100.0
Total	86	64.7	100.0	
Perdidos 99	47	35.3		
Total	133	100.0		

En cuanto al control prenatal llevado durante el último embarazo, se observa que el 62.4% de la muestra usada en este estudio refleja haber llevado control prenatal, mientras que el

2.3% no llevo control prenatal. El 35.3% faltante pertenece a los sujetos que se encontraban cursando su primer embarazo.

Tabla 6.- Estadísticos descriptivos para sintomatologías

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Comezón en los genitales	133	1	2	1.71	.453
Flujo vaginal en los últimos 5 días	132	1	2	1.33	.470
Dolor o ardor al tener relaciones sexuales	133	1	2	1.82	.386
Flujo vaginal con mal olor	133	1	2	1.91	.288
Ardor al orinar	132	1	2	1.78	.416
Ardor en área genital en cualquier momento	133	1	2	1.93	.252
N válido (según lista)	131				

La tabla muestra los resultados del total de la población participante en este estudio para el área de sintomatología, se puede observar que únicamente el ítem correspondiente a Flujo vaginal en los últimos 5 días, presenta una media de 1.33 con una desviación típica de .470, siendo esta la que se presenta con mayor frecuencia, mientras que el resto de los ítems arrojan menor frecuencia.

Tabla 7.- Estadísticos descriptivos para el área de Hábitos Higiénicos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Se baña de manera diaria	133	1	1	1.00	.000
Se asea sus genitales previo a tener relaciones sexuales	132	1	2	1.33	.470
Se asea sus genitales posterior a tener relaciones sexuales	132	1	2	1.05	.225
Utiliza pantalones de manera frecuente	132	1	2	1.17	.381
Utiliza ropa ajustada de manera frecuente	132	1	2	1.63	.485
La mayoría de su ropa interior es de algodón	130	1	2	1.25	.437
La mayoría de su ropa interior es de tela sintética	130	1	2	1.73	.445
N válido (según lista)	129				

El área de hábitos higiénicos compuesto por siete ítems, arroja que sólo los correspondientes a la utilización de pantalones de manera frecuente con 1.63 y una desviación estándar de .485 y La mayoría de su ropa interior es de tela sintética con una media de 1.73 y desviación estándar de .445,

Tabla 8.- Estadísticos descriptivos para el área de conocimientos y asesoría

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Le han informado cuáles son las enfermedades más frecuentes en el embarazo	131	1	2	1.31	.462
Le han informado cuáles son las principales complicaciones durante el embarazo	131	1	2	1.23	.422
Le han informado por qué es importante la toma de ácido fólico y el fumarato ferroso	131	1	2	1.04	.192
Sabe cuáles son las consecuencias y complicaciones de las infecciones vaginales durante el embarazo	131	1	2	1.24	.427
Acude puntualmente a sus citas de control prenatal	131	1	2	1.05	.226
N válido (según lista)	131				

Los resultados del área de conocimientos y asesoría, reflejan que van desde 1.04 y una desviación estándar de .192 hasta 1.31 y desviación estándar de .462, para el caso de los ítems de le han informado por qué es importante la toma de ácido fólico y el fumarato ferroso y Le han informado cuáles son las enfermedades más frecuentes en el embarazo, respectivamente.

DISCUSIÓN:

En otros estudios sobre infecciones vaginales y las estadísticas manejadas en textos literarios, se habla de una incidencia promedio del 25% de pacientes con infecciones vaginales durante el embarazo; en nuestro estudio se encontró que la incidencia es menor del 15%, con lo que puede sugerir que se tiene un adecuado control y seguimiento de las mujeres embarazadas o que se están realizando omisiones diagnósticas por parte del personal médico, en cualquiera de los casos es necesario realizar un estudio más detallado sobre el control prenatal en la unidad de medicina familiar y en sus médicos adscritos.

En otros estudios no se tomaron en cuenta el nivel socioeconómico ni el nivel de escolaridad por lo que no se tiene referencia alguna para hacer comparativas en este momento; siendo que en esta investigación se encontró que el mayor número de casos se presentó en mujeres con nivel socioeconómico medio bajo, seguidas por las de nivel medio alto y nivel obrero, estos resultados no son significativos ya que la población general que recurre al servicio de atención médica de IMSS corresponden a estos niveles socioeconómicos, siendo muy escasas las personas con niveles Altos o Marginales ya que los primeros optan por acudir a servicios particulares y los últimos acuden a los servicios de salud pública de otro ramo; así como también se encontró que la mayoría de las pacientes tienen nivel de educación correspondiente a Preparatoria o nivel Técnico, con lo que se puede sospechar que no existe relación entre el nivel de escolaridad de las pacientes con el hecho de presentar infecciones vaginales.

Tampoco fueron encontrados estudios en los cuales se tomaran en cuenta como factor el ser primigesta o multigesta, aunque en el estudio se encontró que no existe una relación significativa con el número de embarazos que ha presentado hasta el momento la paciente con la presentación de infecciones vaginales, deduciéndose que la mayoría de las mujeres a pesar de que ya han tenido embarazos previos y por ende orientación sobre medidas higiénicas para la prevención de enfermedades que pueden complicar el embarazo, no llevan a cabo las acciones preventivas sugeridas por el personal de salud de la institución.

Con respecto a la sintomatología nuestro estudio guarda relación con otros realizados en los cuales se tiene como referencia que uno de los principales síntomas en las mujeres con infección vaginal, es el flujo vaginal, igualmente seguido por la comezón a nivel genita, presentando solo diferencia en la presencia del ardor al orinar ya que lo han reportado como infrecuente al igual que la disparemia, el flujo vaginal con mal olor y las molestias vaginales en general.

Al igual que la presentación de la sintomatología, se ha visto que el uso de pantalones y ropa ajustada son de los factores más frecuentes encontrados en otros estudios, aunque existe discrepancia entre los hábitos higiénicos y el tipo de ropa íntima que se utiliza ya que en otros estudios se observó que estos sí forman parte importante dentro de los factores que favorecen el desarrollo de las infecciones vaginales.

El aspecto sobre la orientación en las pacientes tiene relevancia interna ya que se evalúa el desempeño del equipo de salud de la institución la cual aparentemente es adecuada y que el problema radica más en la población misma a la que se le imparte la información, tomando en cuenta esto se pueden desarrollar estrategias de impacto para poder realizar realmente cambios relevantes en los hábitos y costumbres de la población femenina que se encuentran no solo en control prenatal si no también que se haga extensivo a las mujeres en edad fértil.

Bibliografía

1. Pascual -Confesor T, Sainz VL, Ortiz M.A, Soler-Huerta E, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sanchez HF. "Cervicovaginitis posterior a la aplicacion del dispositivo intrauterino: Experiencia en una Unidad de Medicina Familiar". Archivos en Medicina Familiar. Articulo Original Vol.9 (3) 133-136 2007
2. Sobel JD. Bacterial vaginosis. *Ann Rev Med* 2000; 51:349-356.
3. Egan ME. Problem-oriented diagnosis. *Am Fam Physician* 2000;62:1095-1104.
4. Lugones BM, Calzada OMA. La atención ginecológica en niñas de 0 a 10 años. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 18: 234-7.
5. Montes de Oca AE, García ERM, Bernal GM, Pérez RC. Evaluación de la eficacia diagnóstica de sonda de ADN versus examen en fresco, en pacientes con patología vaginal. *Rev Mex Patol Clin* 2002; 49: 100-7
6. Diagnostico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva, en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica IMSS-081-08
7. Ángel-Müller E, Ruiz-Parra AI. Repercusiones perinatales de las infecciones cervicovaginales. En: Ñañez H, Ruiz AI, editores. Texto de obstetricia y perinatología. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia, Instituto Materno Infantil; 1999. p. 415-429.
8. Mendelson CR. Minireview: fetal-maternal hormonal signaling in pregnancy and labor. *Mol endocrinol* 2009; 23(7): 947-54.
9. Tolosa JE, Chaithongwongwatthana S, Daly S, Maw WW, Gaitan H, et al. The International Infections in Pregnancy (IIP) study: variations in the prevalence of bacterial vaginosis and distribution of morphotypes in vaginal smears among pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 198-204.
10. Beigi RH, Yudin MH, Cosentino L, Meyn LA, Hillier SL. Cytokines, pregnancy, and bacterial vaginosis: comparison of levels of cervical cytokines in pregnant and nonpregnant women with bacterial vaginosis. *J Infect Dis* 2007; 196(9): 1355-60.
11. Xu J, Holzman CB, Arvidson CG, Chung H, Goepfert AR. Midpregnancy vaginal fluid defensins, bacterial vaginosis, and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 112(3): 524-31.
12. Leitich H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(3): 375-90.

13. Nelson DB, Bellamy S, Nachamkin I, Ness RB, Macones GA, Allen-Taylor L. First trimester bacterial vaginosis, individual microorganism levels, and risk of second trimester pregnancy loss among urban women. *Fertil Steril* 2007; 88(5): 1396-403.
14. Martínez OM, Saldaña GJ, Sánchez HMA. "Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Correlación con la norma oficial mexicana". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 249-254
15. Velasco-Murillo V, Pozos-Cavanzos JL, Cardona-Pérez JA. Enfermedades infecciosas del cérvix uterino, vagina y vulva: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med IMSS* 1999;37(3): 185-191.
16. Trejo PJA, Hernández LB, Carrasco RJR, Ducoing DDLR. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, tricomonas y candida. En: Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Trejo-y Pérez JA, editores. *Enfermedades infecciosas. Guías de práctica clínica para medicina familiar*. México: El Manual Moderno; 2004. p. 90-93.
17. Factores maternos relacionados con prematuridad. Lorenzo Osorno Covarrubias, Gladys Esther Rupay Aguirre, José Rodríguez Chapuz, Ana Isabel Lavadores May, Jorge Dávila Velázquez, Manuel Echeverría Eguiluz. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(9):526-36
18. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(9):542-8. "Perfil epidemiológico del parto prematuro". Luis Alberto Villanueva Egan, Ada Karina Contreras Gutiérrez, Mauricio Pichardo Cuevas, Jaqueline Rosales Lucio
19. Navarro NC, Gutiérrez CD, Álvarez GG, Aguayo GA. Causas de no uso de anticonceptivos durante el periodo postparto inmediato. *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70: 556-71
20. Tosun I, Aydin F, Kakñikkaya N, Yazici Y. Frequency of bacterial vaginosis among women attending for intrauterine device insertion at an inner-city family planning clinic. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2003; 8: 135-38.
21. Tilli M, Farinati A, Saine M, Levin A, Mormandi J, Petracili N. El empleo de lavados vaginales constituye un riesgo para el desarrollo de vaginosis bacteriana. Hospital Eva Perón (HIGA) and hospital Fernández, Buenos Aires Argentina. Disponible en: http://wwaam.org.ar/archivos/cdba_Posters_1.pdf
22. Plitt S, Garfein RS, Gayddos ChA, Strathdee SA, Sherman SG, Taha TE. Prevalence and Correlates of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginales infections, and Bacterial Vaginosis Among a Cohort of Young Injection Drug Users in Baltimore, Maryland. *Am Sexually Transmitted Diseases Assoc* 2005; 32 (7): 446-53.

23. Perdomo Estrada EJ. Et al. Factores asociados al uso de DIU en mujeres de 35 a 49 años en un policlínico de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Endocrinol. Ciudad de la Habana, v. 15, n. 2, 2004 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000200005&lng=pt&nrm=iso
24. Gupta P. 1997. Microbiology, Inflammation, and Viral Infections. En: Bibbo M editores. Comprehensive Cytopathology. Second Edition. W.B. Saunders Company. p 125-160
25. Martínez TMA, Barria A, Meneses R, et al, Vulvovaginitis en la adolescencia: estudio etiológico. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68(6): 499-502.
26. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA, Bhide SA, Romney M, McKenzie P, et al. A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1994;101:1048-53.
27. Lamont RF, Fisk NM. The role of infection in the pathogenesis of preterm labour. In: Studd JWW editor(s). Progress in obstetrics and gynaecology. Vol. 10, London: Churchill Livingstone, 1993:135-58.
28. Goldstein EJC, Citron DM, Vren CM. In vitro activities of Garenoxacin (BMS 284756) against 108 clinical isolates of Gardnerella vaginalis. Antimicrobial Agents Chemotherapy 2002; 46: 3995-6.
29. Lazcano PE, Alonso P, Ruiz MJA, Hernández AM. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. Salud Pública Mex 2003; 45: 449-62.
30. Trejo PJA, Hernández LB, Carrasco RJR, Ducoing DD. "Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida". Revista Médica del IMSS Vol. 41 Suplemento 1 2003
31. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Issue 1. No.: CD000262. DOI: 10.1002 / 14651858. CD000262. pub3
32. Gatica MR. "Prevalencia de infección cérvicovaginal por Chlamydia trachomatis en población femenina de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México". Salud Pública Méx 2004; 34: 301-307.
33. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. PROY-NOM-039-SSA2-2000. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/conasida/eventos/nomsida/its.pdf>



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Incidencia de cervicovaginitis en embarazadas que están en control en la UMF No. 73.						
Patrocinador externo (si aplica):	-----						
Lugar y fecha:	Poza Rica de Hgo, Veracruz. A ___ de _____ del 20__.						
Número de registro:	-----						
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la incidencia de la cervicovaginitis en el embarazo, así como conocer los principales factores de riesgo para su desarrollo.						
Procedimientos:	Aplicación de encuesta.						
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar oportunamente la cervicovaginitis, para evitar las complicaciones durante el embarazo.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	-----						
Participación o retiro:	Según el art. 100 de la ley general de salud, describe que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.						
Privacidad y confidencialidad:	Según el art. 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	-----						
Beneficios al término del estudio:	-----						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dr. Gonzalo Bermudez Gallardo Matricula: 98311754 Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar UMF 73 Poza Rica, Ver.						
Investigador Responsable:	Dr. Jose Guillermo Jimenez Coronel Matricula: 8313784 Médico Especialista en Medicina Familiar UMF 73 Poza Rica, Ver.						
Colaboradores:	Dra. Paola Xochitl Gomez Garcia Matricula: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia HGZ 24 Poza Rica, Ver.						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2

La siguiente encuesta es con fines estadísticos. En ella usted no revelara ni su nombre ni dirección actual.

Favor de leer instrucciones y completar las preguntas con la mayor veracidad posible.

Preguntas a contestar		Respuesta	
1	¿Qué edad tiene actualmente?		Años
2	¿Cuál es su escolaridad actual?		-----
3	¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?		Años
4	¿Cuántos embarazos ha tenido contando el actual?		-----
5	¿Cuál es la fecha de su último parto?		Años
6	¿En su último embarazo llevó control prenatal?		-----
7	¿Cuántas consultas lleva actualmente desde que se enteró que estaba embarazada?		-----
Marque con una "X" el "sí" o "no" según su respuesta			
	De los siguientes síntomas cuales ha presentado		
8	Comezón en genitales	Si	No
9	Flujo vaginal en los últimos 5 días	Si	No
10	Dolor o ardor al tener relaciones sexuales	Si	No
11	Flujo vaginal con mal olor	Si	No
12	Ardor al orinar	Si	No
13	Ardor en área genital en cualquier momento	Si	No
Hábitos higiénicos			
14	Se baña de manera diaria	Si	No
15	Se asea sus genitales previo a tener relaciones sexuales	Si	No
16	Se asea sus genitales posterior a tener relaciones sexuales	Si	No
17	Utiliza pantalones de manera frecuente	Si	No
18	Usa ropa ajustada de manera frecuente	Si	No
19	La mayoría de su ropa interior es de algodón	Si	No
20	La mayoría de su ropa interior es de tela sintética	Si	No
Antecedente y tratamientos previos			
21	¿Antes de enterarse que estaba embarazada se encontraba en tratamiento para infección vaginal?	Si	No
22	¿El último método anticonceptivo utilizado previo a su embarazo fue el DIU?	Si	No
23	¿Se embarazó aun utilizando el DIU?	Si	No
Conocimientos y asesoría			
24	Le han informado cuales son las enfermedades más frecuentes en el embarazo	Si	No
25	Le ha informado cuales son las principales complicaciones durante el embarazo	Si	No
26	Le han informado por que es importante la toma del ácido fólico y el fumarato ferroso	Si	No
27	Sabe cuáles son las consecuencias y complicaciones de las infecciones vaginales durante el embarazo	Si	No
28	Acude puntualmente a sus citas de control prenatal	Si	No

Esta encuesta es para ser llenada de manera rápida, y posterior a su llenado se deberá entregar a la asistente medica. Por su colaboración Gracias.

METODO DE GRAFFAR

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, pequeño comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
- 5.- Obrero especializado, servicio domestico, etc.

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1.- Universitaria o su equivalente
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- Secundaria completa o técnica inferior (cursos cortos)
- 4.- Educación primaria completa
- 5.- Primaria incompleta, analfabeta

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

- 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales
- 3.- Sueldo quincenal o mensual
- 4.- Salario diario o mensual
- 5.- Ingresos de origen público o privado (subsídios)

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- Vivienda con espacios reducidos pero confortables y con buenas condiciones sanitarias
- 4.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias