



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

Principales factores asociados a complicaciones Obstétrica en embarazadas con diagnóstico de cervicovaginitis atendido en el Hospital Bertha calderón Roque-Managua III trimestre 2018.

Autor:

Delby Webster Hodgson

Medico egresado

Tutora:

Yadira Medrano Moncada

Profesora titular

UNAN-Managua.

Managua, mayo 2020

Agradecimiento

A Dios padres, hijos y el espíritu santo, por darme vida y salud para continuar con mis labores diarias.

A mis padres especialmente a mi madre Eulalia Hodgson Cayasso por ser el amor incondicional más fuerte después del amor de Dios en mi vida, mi todo en esta tierra.

A mi familia por el apoyo creer en mí, en todo momento que nunca me han dejado en la lucha solo.

En especial a mi tutora Lic.: Yadira Medrano Moncada. Por su comprensión, dedicación, guía, apoyo y valor que me brindo durante la realización de este estudio,

A los amigos que apoyaron en compartir su conocimiento conmigo para lograr culminar este trabajo.

Dedicatoria

A Dios, por cada respiro diario, por permitirme llegar hasta donde he llegado, por darme la capacidad culminar mis estudios y así poder ayudar al prójimo mediante mi devoción de ser médico.

A mis padres, especialmente a mi madre quien ha sido mi primer apoyo desde un momento de inicio y guiarme por el camino correcto con sus consejos y mi familia por darme palabras de valor en momento difíciles los quiero mucho.

A una persona muy especial que siempre ha estado a mi lado en buenos y malos momentos que siempre me ha dado ese ánimo en momentos de desánimo con palabras de aliento para seguir adelante a esa mujer que le debo parte de mi vida que ha dado granitos de arena con su gran sacrificio y dedicación, gracias Valeria Hebbert Mc Coy.

A mis hermanos por darme el apoyo en algún momento ese amor incondicionalmente gracias a todos ellos por su solidaridad.

A todas esas personas que me han dado su apoyo incondicionalmente para hacer terminar este trabajo gracias a ellos logro culminar este trabajo y mis estudios.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue “principales factores asociada a las complicaciones obstétricos de las cervicovaginitis en mujeres atendida en el hospital Bertha Calderón Roque en managua 2018, los resultados más importantes fueron de 67.0% de las mujeres fueron 20-34 años, 82.0% casadas, y en unión estable, el 61.7% de ellos se declararon católico, el 81.9%, ama de casa, el 66.0% de procedencia de procedencia urbano.

En las de antecedentes no patológicos de las mujeres con el diagnostico con cervicovaginitis el índice de masa corporal peso normal es de 52.1% mientras en los hábitos tóxicos y el alcohol y medicamento es de 50.0%.

Previas a los antecedentes patológicos las infecciones de vías urinarias son de 40.05% seguido por Diabetes Mellitus, mientras en los antecedentes Gineco Obstétricas de las mujeres con cervicovaginitis en su inicio de vida sexual activa tiene 63.8% es de 10-14 años, 73.4% con una pareja, 72.4% son primigesta y bigesta

De los pacientes estudiada la mayoría no presentaron complicaciones obstétricas donde otras patologías fueron de 58.3% seguido con 41.7% de ruptura prematuro de membranas.

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, Se estudiaron un total de 94 (100%) pacientes encontrando 78 (73.32) Controles y 12 (26.32) que no presentaron algún tipo de complicaciones.

La cervicovaginitis es muy frecuente durante el embarazo por cambios químicos en el entorno de la vagina, Eso se da cuando el volumen secretado aumenta por la fluctuación hormonal, rompe el equilibrio de la flora vaginal y genera en algunos casos síntomas irritativos, olores desagradables y cambios de coloración del flujo vaginal. Sin embargo, en las mayorías de las embarazadas, cursan con cervicovaginitis asintomáticas y es basada en las existencias de microorganismo como cándidas spp y Gardnerella vaginales que pueden permanecer en bajas concentraciones como flora normal.

Índice

Capítulo I

1.1 Introducción.....	1-2
1.2 Antecedentes.....	3-4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Planteamiento del problema.....	6
1.5 Objetivo General.....	7
1.6 Objetivo Especifico.....	7
1.7 Marco Teórico.....	8-30

Capitulo II

2.1 Diseño Metodológico.....	31-32
2.2 Plan de tabulación y Análisis.....	33-35
2.3 Enunciado de Variables.....	3.3-35
2.4 Operacionalización de variables.....	36-37
2.5 Aspecto éticos.....	38

Capítulos III

3.1 Resultados.....	39-40
3.2 Discusión.....	41-42
3.3 Conclusión.....	43
3.4 Recomendaciones.....	44

Capitulo IV

4.1 Bibliografía.....	45-46
-----------------------	-------

Capítulo V

5.1 Anexos.....	48
5.2 Gráficos y Cuadros.....	49-66
5.4 Fichas de Recolecciones de datos.....	67

CAPITULO I

Introducción

De las diferentes patologías infecciosas que se pueden presentar en el canal cervicovaginales 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. (Beltran y cols., 2006; Lara-Hausalaib, 2009).

La Organización Mundial de la Salud, manifiesta preocupación por el marcado aumento en el número de partos prematuros y las alteraciones en el recién nacido y establece vigilancia preventiva con el cultivo vaginal, la determinación del agente etiológico de evolución asintomática, ayuda al médico de primer nivel a dar tratamiento farmacológico específico e indicaciones higiénicas para combatir a la enfermedad y evitar recidivas. Se ha demostrado que la prescripción de tratamiento farmacológico específico para el microorganismo aislado, acompañado de orientación médica para mejorar la higiene personal y de pareja, reducen más de 25% las complicaciones maternas y en el recién nacido (Anderson y Karasz, 2005; Cabeza Cruz y cold 2006; Friendlan y cold., 2008; Lara-Hausilaib, 2008).

La cervicovaginitis es muy frecuente durante el embarazo por cambios químicos en el entorno de la vagina. Eso se da cuando el volumen secretado aumenta por la fluctuación hormonal, rompe el equilibrio de la flora vaginal y genera en algunos casos síntomas irritativos, olores desagradables y cambios de coloración del flujo vaginal. Sin embargo, en las mayorías de las embarazadas, cursan con cervicovaginitis asintomáticas y es basada en las existencias de microorganismo como candidas spp y Gardnerella vaginales que pueden permanecer en bajas concentraciones como flora normal (Amsel, 1998; Cabezas- Cruz y cols., 2008).

En el embarazo estas infecciones afectan la unidad feto-placentaria, llevando a complicaciones maternas menores como amenaza de aborto, abortos espontáneos o inevitables y complicaciones maternas mayores en el tercer trimestre de embarazo como trabajo de parto prematuro y ruptura prematura de

Membrana y sus consecuencias en recién nacido, con prematuro, bajo peso, alteraciones del sistema respiratorio, cardiovasculares, neurológicos y en algunas ocasiones muerte del recién nacido. Se ha observado que la frecuencia cada vez mayor se debe a sobre diagnóstico sintoma de cultivo y a tratamientos inadecuado que ha dado a cepas resistentes a los tratamientos convencionales y aumentos de complicaciones sobre todo en el tercer trimestre del embarazo (Cleney y cols., 2009; Gonzalez-Melan y cols., 2008; Sobel, 2000).

En Nicaragua la cervicovaginitis es una de las razones principales causas de visitas de las mujeres jóvenes, adultas, y adultas mayores a los servicios de salud del primer nivel y de segundo nivel.

Antecedentes

Estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales indican que las infecciones del tracto genitourinario juegan un papel importante en la patogénesis del parto pretérmino. Las infecciones intrauterinas aumentan significativamente la mortalidad y la morbilidad perinatal, produciendo alteraciones como la parálisis cerebral y la enfermedad pulmonar crónica (Edith Angel Muller y Ariel Ivan Ruiz, embarazos e infecciones cervicovaginales cap 17).

Vázquez en el (2007), desarrollaron su estudio para conocer la prevalencia de infecciones cervicovaginales en embarazadas del Hospital Ginecobstetricia Ramón González Coro. Cuba. Para ello tomaron muestras vaginales a 333 embarazadas en esta institución. Se encontró que el germen con más incidencia fue *C. albicans* (108 casos: 32,4%) y la positividad en todas de al menos un microorganismo patógeno. Se pudo concluir que se necesitan estudios sobre la asociación de estos gérmenes con eventos desfavorables del embarazo o en el parto.

Se consideró esta investigación como muy beneficiosa pues algunos gérmenes se asocian a la morbilidad materna, la prematuridad del parto, así como que pueden ocasionar efectos negativos en el feto y el neonato.

En la revista cubana de obstetricia ginecología se publicó en el 2012 un estudio llevado a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México de infecciones

Cervicovaginales más frecuentes, prevalencia factor de riesgo dando como resultado lo siguiente:

La micro flora vaginal es un importante mecanismo de defensa del huésped, sin embargo, se reconocen una serie de factores que alteran el equilibrio ecológico ahí presente, dando origen a las infecciones cervicovaginales. El objetivo trazado fue reconocer los factores del huésped, que se asocian con la presencia de cuatro procesos infecciosos a este nivel: la vaginitis por *Cándida spp*, y *Escherichia coli*, la vaginitis bacteriana y la cervicitis por *Ureaplasma spp*. Un total de 440 mujeres se

dividieron en tres grupos de estudio: 90 embarazadas, 295 mujeres fértiles no embarazadas y 55 mujeres menopáusicas. A todas se les tomaron exudados de vagina y cérvix, y se inocularon en los medios de rutina. La asociación entre los procesos infecciosos y factores de riesgo se realizó utilizando el estadístico de chí cuadrado con intervalo de confianza del 95%. Para las pacientes de los grupos 1 y 2, la Vaginosis bacteriana se asoció principalmente con factores de conducta sexual; *Escherichia coli* con factores que implican cambios hormonales. (González Pedraza AA, Ortiz ZA y Dávila: Infecciones cervicovaginales más frecuentes, Revision cubana 2012.).

En la guía práctica Clínica de Diagnóstico tratamiento de la infección vaginal en obstetricia del 2014 de Ecuador concluyó que el tratamiento de la infección vaginal en el embarazo se obtiene alta tasa de mejoría con el tratamiento farmacológico. Esa va del 70% al 80%.

En Nicaragua las pruebas diagnósticas realizadas a pacientes para la determinación de la etiología de una enfermedad, conlleva consideraciones económicas y de tiempo, razón por la cual se limitan la cantidad de estudio necesarios para observar de forma más objetivas la realidad de diversas patologías.

Un estudio denominado prevalencia de cervicovaginitis en embarazada que asistieron a control perinatal en los municipios de Tumas, la Dalia y cebaco en nuestro país en el año 2002, se encontró una alta prevalencia de cervicovaginitis de 46.7% se encontró asociación estadística significativa en pacientes de edad mayor, agricultoras, multigestas, y en pacientes de antecedentes de abortos y leucorrea. No se encontró asociación entre las semanas de gestación y relaciones sexuales durante el embarazo, en este estudio además se logró aislar los gérmenes causantes de las patologías encontrándose como más frecuentes *TrichomonasVaginalis* con 18.8%, seguida por *Cándida Albicans* y *GarnerellaVaginalis* con un 17.4% y 10.1% respectivamente.

Justificación

En Nicaragua las infecciones cervicovaginales, son motivos de consulta y desordenes ginecológicos muy frecuentes en las mujeres embarazadas. Se considera que estos procesos abarcan más de un tercio en la consulta ginecológica y su frecuencia parece estar en aumento. Es difícil determinar la incidencia real de esta patología debido a que también se presentan de forma asintomático.

La importancia de este trabajo de investigación radica en el hecho de que se han observado altas tasas de complicaciones en las embarazadas y en el producto causada por las infecciones vaginales entre ellas la rotura prematura de membranas, amenazas de aborto, abortos, amenazas de parto pretérmino, embarazos ectópicos, etc.

El estudio contribuirá con los resultados a la toma de decisiones alrededor del problema, dado que Las infecciones vaginales se pueden presentar en cualquier etapa de la vida de la mujer, debidas a los factores de riesgo presentes como hábitos higiénicos, tipo de alimentación, uso de ropa sintética, el clima del país, uso de duchas vaginales, cambios hormonales, tratamiento con antibióticos y otros medicamentos que alteran la flora normal de la vagina.

Planteamiento del problema

En el Hospital Bertha Calderón Roque es la cervicovaginitis una de las patologías más frecuente atendida en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico En el año 2014 se atendieron aproximadamente 804 casos, ocupando el primer lugar entre los problemas de las mujeres con un 42%, (341 pacientes) en las edades de 10 a 49 años. En primer semestre del 2017 se han ingresado 453 pacientes con distintas patologías, de las cuales 71 corresponde a cervicovaginitis ocupando un 15.6%.

Por lo anterior descrito y con base en lo que se conoce acerca de la cervicovaginitis, surge el interés las respuestas a la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los principales factores asociados a complicaciones obstétricas en embarazadas con diagnóstico cervicovaginitis atendido en el Hospital Bertha Calderón Roque -Managua III trimestre 2018?

Objetivos

Objetivo General:

Determinar principales factores asociados a complicaciones Obstétrica en embarazadas con diagnóstico de cervicovaginitis atendido en el Hospital Bertha calderón Roque-Managua III trimestre 2018.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar demográficamente a las mujeres.
2. Describir los Antecedentes Patológicos y no Patológicos de las mujeres.
3. Identificar Antecedentes Gineco-Obstétricas de las mujeres.
4. Conocer las complicaciones Obstétricas en las Mujeres.

Marco teórico

Concepto de embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto dentro del útero y también los importantes cambios que experimenta esta, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. (6,51)

El embarazo los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer, es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad.

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado.

Cambios físicos y metabólicos del embarazo

Esta nueva etapa de la vida de la mujer implica algunos cambios fisiológicos en el organismo que explican, en parte, los cambios en el estado físico y anímico. La gestación es un período en el que aumentan notablemente. (6,53)

Necesidades nutritivas

Este incremento se debe a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto y para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación como son la placenta, el útero, las glándulas mamarias, sangre; así como para la constitución de depósitos de energía para el tiempo de la lactancia. (6,54)

Cambios físicos

Encontramos el retiro de la menstruación, aumento de peso, aumento del tamaño de los pechos y del útero.

Para/ Schwartz, Obstetricia 6ta. Edición. Modificaciones de la anatomía y fisiología..., 2005Cap 4, (Pág. 51-57).

Cambios psicológicos

Son frecuentes sobre todo en el primer embarazo, los estados depresivos, el llanto fácil e irritabilidad. Todos estos cambios son provocados por las hormonas que aumentan durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de estrógeno, progesterona, gonadotropina coriónica, entre otras. (6,57)

Aumento de peso

Es aconsejable que, antes del embarazo, la mujer no tenga sobrepeso, porque durante la gestación es normal engordar de 9 a 12 Kg: 1,5 a 1,8 Kg durante el primer trimestre; unos 3,5 Kg suplementarios en el segundo y el resto en el tercero (0,4 Kg/semana). Ese incremento de peso se debe a: crecimiento del feto (3 - 3,5 kg), placenta (0,7 kg), líquido amniótico (0,9 kg), aumento del útero (0,9 kg), aumento de las mamas (0,7 kg), aumento del volumen de sangre (1,8 kg), tejido adiposo materno (3,5 kg), aproximadamente.

Es más difícil controlar el aumento de peso en fases más avanzadas del embarazo, por lo que es imprescindible no concentrar el incremento del peso total durante los primeros meses. En ocasiones, la simple retención de líquidos provoca un aumento de peso, que se perderá a la semana siguiente al parto.

Lo mejor será mantener una dieta saludable rica en vitaminas, ácido fólico, hierro y proteínas para estar sanas y que el bebé se desarrolle bien. No debemos seguir los consejos caseros como: "comer por dos", tomar dos litros de leche por día o comer pan con jamón todos los días porque la embarazada engordará rápidamente y de manera excesiva. Recordemos que el parto de una mujer con sobrepeso es más riesgoso.

Para/ Schwartz, Obstetricia 6ta. Edición. Nutrición de la embarazada..., 2005Cap 7, (Pág. 187).

Cambios en el metabolismo

El organismo de la mujer embarazada desarrolla un mecanismo compensador orientando al aumento del peso inicial hacia la reserva de grasa que la mujer Podrá utilizar cuando aumenta la demanda energética del feto a medida que avanza el embarazo. Ello es posible porque al principio del embarazo se reduce el metabolismo basal. (6,59).

Algunas veces, se altera la tolerancia a la glucosa produciéndose la diabetes gestacional. La hormona placentaria que aparece en el transcurso del embarazo tiende a elevar la glucemia. Este hecho se produce especialmente en embarazadas con antecedentes de diabetes y en mujeres obesas. Al haber en circulación más glucosa que pasa al feto a través de la placenta, se estimula la secreción de insulina fetal que es un importante factor de crecimiento. Los niños de estas madres, si no han seguido un control adecuado de la glucemia, al momento de nacer su peso es mayor de 4 Kg. (6,61)

Los cambios en el metabolismo del calcio facilitan la movilización de éste para la formación del esqueleto fetal. Por acción de ciertas hormonas, se absorbe más cantidad de calcio en el tracto gastrointestinal y disminuye su eliminación.

Cambios en el sistema cardiovascular.

Aumenta la frecuencia y el gasto cardíacos y disminuye la tensión arterial, especialmente durante los primeros dos trimestres. Luego se normaliza en el tercer trimestre (6,62).

Aumento del volumen de sangre.

Esto provoca una disminución en las concentraciones de hemoglobina y se traduce en anemia fisiológica de la embarazada. No hay que confundir con anemia por deficiencia de hierro (ferropénica), tan frecuente durante el embarazo. El riesgo de anemia se presenta sobre todo al final del embarazo y durante el parto en el que hay pérdida de sangre y la recuperación es más lenta. Normalmente, después del parto se indica a la mujer tomar suplementos de hierro para recuperarse antes. (6,66).

Para/ Schwartz, Obstetricia 6ta. Edición. Modificaciones de la anatomía y fisiología..., 2005Cap 4, (Pág. 59-66).

Cambios gastrointestinales

Los problemas gastrointestinales aparecen casi al comienzo de la gestación y se deben en gran parte al incremento de las cifras de la hormona progesterona. Se relaja el músculo del útero para permitir su expansión por el crecimiento fetal y a la vez disminuye la movilidad gastrointestinal, para permitir una mejor absorción de los nutrientes. Esto suele ocasionar estreñimiento. Así mismo, la relajación de los cardias produce regurgitación y acidez, síntomas tan comunes en las embarazadas. Se recomienda tomar alimentos ricos en fibras para sobrellevar este problema.

Cambios anatómicos y fisiológicos a nivel cervicovaginal durante la gestación.

En el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción todos los órganos y sistemas.

Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto. Cuando ante la nueva situación un órgano o sistema no reacciona compensando la sobrecarga metabólica pueden producirse una serie de enfermedades vinculadas estrechamente con la gravidez. (6,69)

Modificaciones locales

El aparato genital femenino también se modifica morfológica y funcionalmente durante la gestación.

En la mayoría se verán predominar los procesos de hipertrofia, hiperplasia, congestión e imbibición. (6,70)

Modificaciones a nivel del cuello de útero:

Las modificaciones anatomo funcionales del cuello durante el embarazo importan por su acentuado valor diagnóstico para la gravidez, más dada su fácil accesibilidad al exterior. Morfológicamente se observa que: su aspecto lo muestra rosado o cianótico, su forma exterior se modifica poco, su situación varía con el correr del

embarazo, al principio se le observa en situación posterior mientras que en el parto se centraliza en la pelvis y se orienta en el eje longitudinal de la vagina, su longitud llega a hacer de 3 a 5 cm. Al inicio del embarazo el istmo del útero experimenta hipertrofia y se encuentra más bajo respecto del orificio interno anatómico que en la no gestante (6,71).

Para/ Schwartz, Obstetricia 6ta. Edición. Modificaciones de la anatomía y fisiología..., 2005Cap 4, (Pág. 69-75).

En lo referente a la mucosa, se admite cierto grado de hipertrofia y aumento de su vascularización, pero excepcionalmente sufre las transformaciones decídales que corresponden a la caduca, esta modificación en la mucosa del útero cesa a nivel del orificio interno.

En el epitelio cervical se producen algunos cambios importantes. Con cierta frecuencia se observa ectropión del epitelio endocervical. Esto se debe que los cambios vaginales del embarazo favorecen la frecuente aparición de colpitis, la cual provoca descamación del epitelio de exocervical y permite el crecimiento del epitelio endocervical sobre la zona lesionada. El ectropión se produce con más frecuencia en labio posterior. (6,72)

Vagina:

La capacidad de la vaginal aumenta considerablemente, ampliándose tanto en longitud como en anchura, hecho que se considera como un fenómeno preparatorio para el parto. Las paredes se reblandecen por imbibición y estasis al tiempo que el tejido elástico aumenta, lo que facilita la distensión, el tejido muscular experimenta hipertrofia e hiperplasia. Aumentan también las papilas y los folículos, así como las arrugas y los pliegues transversales, y dan al tacto una falsa sensación áspera de vaginitis granulosa. (6,73)

Modificaciones químico biológicas:

La secreción vaginal aumenta y presenta aspecto blanco grumoso. Su pH desciende a un valor entre 4 y 3.8, principalmente por la acentuada producción de ácido láctico. (6,74)

Modificaciones bacteriológicas:

La presencia de gérmenes en la vagina abarca toda su extensión, desde el introito hasta el orificio cervical externo; tan solo en los casos en que el orificio externo se halla entreabierto invaden en parte el trayecto cervical, la separación entre la zona de gérmenes y la estéril está señalada por el tapón mucoso. (6,75)

Los gérmenes varían en las distintas zonas de la vagina, en su tercio inferior, así como en las regiones vestibulares y vulvar, predominan los estreptococos y estafilococos, bacilos y otros gérmenes, como resultado de un acentuado aporte exterior y la vecindad de los muslo y del ano, los que, no obstante desarrolla vida saprófita son capaces de readquirir su carácter patógeno ante cualquier eventualidad y en sus dos tercios superiores es preponderante la presencia de los bacilos vaginales de Doderlein, perteneciente al grupo de los bacilos lácticos largos. Condicionan el crecimiento de estos:

El medio ácido:

constituido por el ácido láctico derivado del glucógeno de las células vaginales descamadas.

1. **Cierto grado de anaerobios** por disminución de oxígeno.
2. **Algunas propiedades inmunizantes locales.** El medio vaginal ácido y los bacilos de Doderlein existentes en estas zonas impiden el desarrollo de los gérmenes indicados en la zona inferior, por lo tanto, ante el ascenso de estos a los trayectos superiores de la vagina se produce por parte de esta un proceso de autodepuración espontanea que la mantiene permanentemente estéril la cavidad. Pero si la capacidad defensiva señaladas se vuelve insuficiente, menores proporciones de ácido láctico, bajas cantidades de bacilos de Doderlein los elementos agresivos intensifican su acción y el equilibrio se altera por invasión de gérmenes en la zona alta. (6,77)
- 3.

Traducidos estos hechos al terreno de los tres clásicos grado de pureza vaginal se puede establecer que el primer grado de pureza caracterizado por cultivos puros de bacilos de Doderlein y abundantes células vaginales desprendida, es lo habitual en el curso del embarazo normal, el segundo grado de pureza en el que se escasean los bacilos ácidos y aparecen cocobacilos , estreptococos y otros gérmenes ,

pueden aparecer en el curso del embarazo normal, pero este suele ser transitorio y por el mecanismo antes expresado se puede transformar espontáneamente en grado si los hechos anteriores evolucionan en sentido inverso , la secreción vaginal es menos acidas o neutra o alcalina y con acentuado disminución de los bacilos de Doderlein , al tiempo que se produce la invasión masiva de numerosos gérmenes, cocos, bacilos, estreptococos, estafilococos. Bacilos seudo diftéricos, la secreción vaginal se hace purulenta con abundantes leucocitos y se instala el tercer grado de pureza, el que establece local o alejadamente a través de pequeñas ulceraciones traumáticas de la mucosa del parto, el estado de la enfermedad. (7,947

Mendelson CR. Minireview: fetal-maternal hormona signaling in pregnancy and labor. Molendocrinol 2009; 23 (7):
Pág (947-54)

Enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que lo complican

- Estado Hipertensivo del embarazo
- Cardiopatías y embarazo
- Síndrome de hipotensión supina al final del embarazo
- Várices
- Infecciones de transmisión
- Cervicovaginitis
- Uretritis
- Uretritis no gonocócica o inespecífica
- Infecciones TORCH
- Infecciones por bacterias y parásitos
- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Diabetes gestacional y pre gestacional
- Bocio en el embarazo
- Carcinoma
- Hipertiroidismo e Hipotiroidismo
- Infecciones en el tracto urinario
- Tumores y embarazo
- Trastornos gástricos (gingivitis, sialorrea, vómitos, pirosis)
- Trastornos hepáticos (colestasiaintrahepática)
- Anemia en la etapa perinatal
- Dermatopatías
- Neuropatías y psicopatías
- Apendicitis (6,335-400)

Para/ Schwartz, Obstetricia 6ta. Edición. Enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que la complican., 2005Cap 9, (Pág. 335-400)

Cervicovaginitis en el embarazo

Es una afección común del tracto genital inferior que se presentan frecuentemente en las embarazadas, con un curso asintomático en el 27% de las gestantes y el resto presentan síntomas como ardor, prurito, dispareunia, acompañado de flujo vaginal de moderada cantidad sin olor o con fetidez. (6,301)

Fisiopatología de la cervicovaginitis en las gestantes.

Las infecciones de cérvix y la vagina por microorganismos patógenos producen una secreción mucopurulenta, con aumento de los leucocitos polimorfonucleares.

Este proceso altera el pH local y causa alteración de los lisosomas de la membrana del corioamniónadyacente; estos lisosomas contienen fosfolipasas A2, enzima que inicia la cascada de ácido araquidónico presente en los componentes fosfolípidos de la membrana, lo cual junto con la interleucina 1 materna y las endotoxinas bacterianas, conducen a la síntesis de prostaglandinas y al inicio de las contracciones uterinas iniciando el trabajo de parto pretérmino o a término, los neutrófilos producen estresada granulocitos, el cual degrada al colágeno tipo III de las membranas ovulares, haciendo que este sea deficiente en el sitio de ruptura de las membranas, los microorganismo también producen peróxido, el cual aumenta la hidrólisis de las proteínas de membranas.(6,328)

Una respuesta inflamatoria aumentada también puede promover la contractibilidad 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 la progesterona para mantener el útero en reposo. (6,329).

Para/ Ricardo Schwartz, Ricardo Fescina, Carlos Duverguez. Obstetricia 6ta. Edicion., 2005Cap 9, Pág (301-329).

Etiología

Vulvovaginitis

Se trata de procesos sépticos no invasivos, localizados en vagina y vulva, tienen en común la existencia de leucorrea acompañada de prurito y ardor y en ocasiones de dispareunia. En la infección vaginal desempeña un papel importante los efectos estrogénicos sobre el epitelio vaginal y su contenido en el glucógeno, el pH vaginal y el tipo de flora, especialmente la existencia o no del bacilo de Doderlein. (9,526)

La secreción vaginal de la mujer en edad fértil es escasa, blanquecina, ácida con un pH de 4 a 4.5, muestra un extendido de células descamadas cervicovaginales, Algunos bacteroides y la presencia de constante del lactobacilo de Doderlein. Este bacilo mantiene la acidez del medio, sobre todo en el tercio superior de la vagina, transformando el glucógeno en ácido láctico.

Durante el embarazo las mujeres experimentan un aumento de las secreciones cervicales y vaginales debido a las modificaciones hormonales de la gestación con H entre 4.5 y 5.5. La extendida muestra, además, presencia de piocitos y puede estar contaminado por bacilos coliformes, hongos, Gardnerella o Mycoplasma (9,527).

Este cuadro debido al reemplazo de lactobacilos vaginal por las bacterias mencionada es llamado por algunos autores vaginosis bacteriana.

Se caracteriza por:

- 1) Flujo vaginal homogéneo y fino
- 2) Aumento del pH vaginal por encima de 4.5 por las aminas que producen las bacterias anaerobias.
- 3) Olor a pescado que se manifiesta cuando se mezcla el flujo con 1 o 2 gotas de hidróxido de potasio al 10%.
- 4) Presencia de células epiteliales vaginales con borde oscurecidos por bacterias (9,527).

Pueden producirse errores de diagnósticos ante sangrado, relaciones sexuales recientes, duchas vaginales y el uso de antibiótico intravaginales o sistémico.

La flora tipo III denota la infección genital, con secreción cremosa, abundante y fétida, con un pH 5.5 a 6.5 acompañada de prurito y ardor. Los extendido muestran abundantes piocitos, desaparición del bacilo de Doderlein y resistencia de una flora patógena lo que puede estar constituida por tricomonas, Cándida albicans o Hemophilus vaginales, herpes o papovirus y la participación de la flora anaerobia, integrada frecuentemente por peptocococo y peptobacilos, Veillonella, Mycoplasma, Klebsiella, etc., lo que da una idea sobre la peligrosidad potencial de la maniobra intrauterinas en mujeres con este tipo de flora vaginal. Los agentes más frecuentes de Vulvovaginitis son: TricomonasVaginalis, Cándidaalbicans y Garnerella o Hemophilusvaginalis (9,528).

Tricomoniasis vaginales

Se trata de una infección producida por un parasito flagelado: Tricomonasvaginalis. El embarazo no altera su frecuencia, que oscila entre el 10 y el 25% en la no embarazada y el 27% en embarazadas (7,447).

Influencia de la Tricomoniasis en el embarazo

La infección del recién nacido es infrecuente. Sin embargo, se ha responsabilizado a la infección cervicovaginal como factor de la rotura prematura de membrana.

Sintomatología: Flujo espumoso, blanco amarillento o verdoso, maloliente, acompañado de prurito vulvovaginal y en ocasiones de edema vulvar, dispareunia y micciones frecuentes.

Diagnostico

Se efectúa mediante la identificación de flagelado por observación microscópica en fresco. La secreción debe de emulsionarse con una gota de solución fisiológica y observarse en la porta y cubreobjetos con el microscopio óptico. Las tricomonas. Se visualizan fácilmente como elementos móviles de forma ovalada, rodeados de una membrana ondulante y varios flagelos (7,448).

Tratamiento

Es el mismo que fuera del embarazo. La droga más difundida es el metronidazol (comprimidos de 500mg). Un esquema de tratamiento es darle ambos conyugues 2 g de metronidazol (dosis única) y simultáneamente indicar un tratamiento local con tabletas vaginales de metronidazol, ornidazol, nimorazol o tinidazol durante 10 días. En la embarazadas se considera un porcentaje de curaciones del 80%. otro esquema se basa en administrar 1 a 2 comprimidos diarios de 250 mg durante 10 días acompañada de una tableta vaginal cada noche. Algunos autores recomiendan evitar su administración en el primer trimestre.

En la leche de la puérpera tratada con metronidazol se ha hallado la droga, por lo que se sugiere postergar el tratamiento durante la lactancia, a pesar de no haberse comprobado efectos adversos en los lactantes (7,452).

Plitt s, Garfein RS, GayddosChA, Strathdee SA, Sherman SG, Taha TE. Prevalence andcorelates of Chamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, TRichomonasvaginalesinfectins, and Bacterial Vaginosis Among a Cohort of young injection Drug User in Baltimore, Maryland. Am SexuallyTranmittedDiseasesAssc 2005; 32(7) Pág. (446-53).

Moniliasis o candidiasis vaginal

Enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina producida por un hongo, *Candida albicans*, aunque en algunas ocasiones se han encontrado hongos como *Torulopsis glabrata* o *Aracniapropionica*, de simular sintomatología y tratamiento. Se considera que de 50% de las embarazadas con leucorrea presentan monilias en la secreción vaginal. La forma mixta asociadas con *Haemophilus* son más frecuentes que la asociada a *Trichomonas* (6,329).

Influencia del embarazo sobre la Moniliasis.

El embarazo aumenta la frecuencia de candidiasis (acción del glucógeno). La enfermedad se manifiesta después de las 20 semanas de gestación y suele desaparecer después del parto.

Influencia de la Moniliasis en el embarazo

No tiene una acción evidente. Sin embargo, la infección materna puede propagarse en las salas de parto y de neonatología y es la responsable del “muguet” del recién nacido.

Sintomatología

Flujo blanco como leche cortada, que resalta sobre la mucosa vaginal enrojecida, acompañada de ardor intenso, dispareunia y también prurito que se extiende en la región vulvar e inguinal vecina.

Diagnóstico

Se efectúa por medio de cultivo en medio Sabouraud incubado en temperatura ambiental. Por observación directa se visualiza en los cultivos colonias blanco-amarillentas de borde entero. La observación microscópica permite distinguir el pseudomicelio y las clamidosporas que identifican la especie *C. albicans*.

Serología

La prueba de inmunodifusión tiene un 90% de sensibilidad, pero se reserva para el estudio para la candidiasis sistémica.

Tratamiento

La droga más difundida es el Clotrimazol. Una tableta diaria de 0.10 g durante 10 días, aunque algunos autores recomiendan una dosis única de 0.50 g colocado profundamente en la vagina.

Se puede asociar este tratamiento a la nistatina por vía oral en comprimidos de 500,000 U. también tabletas vaginales de 100,000 U. el índice de curaciones es alto. No debe olvidarse el tratamiento clásico; limpieza de la vagina con torunda de algodón impregnada de bicarbonato de sodio al 5% seguida de pincelaciones con violeta de genciana al 1% que, si bien son de uso más engorroso, resultan considerablemente más económicos que los preparados comerciales. (6,329)

Infección por Hemophilus o Garnerellavaginalis

Es una infección vaginal bacteriana producida por un bastón gran negativo familia de Hemophilus.

Suele estar asociada a vulvaginitis moniliásica y con menos frecuencia a la tricomoniasica.

Sintomatología

Flujo grisáceo, mal oliente, acompañado de prurito discreto. La secreción es fétida con olor a “pescado” es debida a la presencia de aminas (histamina, metilamina, etc.).

Diagnóstico

La gota gruesa y la coloración de Gram suelen mostrar células típicas. Se cultiva en agar- sangre o tioglicolado. El agregado de unas gotas de hidróxido de potasio en una muestra de secreción vaginal incrementa el olor fétido de la misma.

Tratamiento

Responde al tratamiento antibacteriano con amoxicilina o ampicilina, 500 mg por vía oral cada 6 horas durante 7 días.

Infección por estreptococo del grupo B (B- hemolítico)

La colonización genital por estreptococo del grupo B (*S. agalactiae*) en cuello uterino o vagina produce flujo purulento amarillo verdoso, sin prurito ni ardor. Está asociado con un aumento de riesgo de rotura prematura de membrana.

Prevención

1. Enfoques basados en cultivos: consiste en detectar colonización por estreptococos del grupo B en todas las embarazadas entre las 32 y 35 semanas y a las que le resultan portadoras, administrar antibióticos intrapartos (ampicilina o penicilina G y si la mujer es alérgica a la penicilina, clindamicina). Este enfoque resulta costoso y complejo.
2. Enfoque basado en factores de riesgo: consiste en la administración profiláctica intraparto de antibiótico a las mujeres que conforman el grupo de riesgo aumentado para esta infección.

Factores de riesgo

- Trabajo de parto prematuro
- Corioamnionitis
- Rotura prematura de membranas ovulares
- Rotura de membrana intraparto con más de 18 horas de duración
- Fiebre intraparto con mayor de 38°C
- Hijos previos con infección a estreptococos del grupo B.

Para/ Ricardo Fescina, Carlos Duvergue. Obstetricia 6ta. Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires- Argentina, 2005Cap 9, Pág (329).

Gonococia o blenorragia

Es una uretritis específica ocasionada por cocobacilos, el gonococo Neisser o Neisseria gonorrhoeae. Produce una reacción local inflamatoria con exudado mucopurulento en mucosas sobre todo de la uretra, provocando disuria, Polaquiuria y tenesmo. Se sitúa en la región cervical, sin producir síntomas y pueden ascender a las trompas y al endometrio, ocasionalmente endometritis, salpingitis y eventualmente enfermedad inflamatoria de la pelvis con la aparición de peritonitis pelviana.

Puede producir edemas, un síndrome artrítico- dermatológico con fiebre, tenosinovitis poli articular y artritis purulenta, acompañada de erupción con aculas y petequias de base eritematosa.

Influencia de la blenorragia sobre la gravidez

Si el gonococo afecto al endometrio puede producir aborto. Si bien es excepcional la infección del feto por vía transplacentaria, puede en cambio en el momento del parto, contaminar las conjuntivas del niño y producir la oftalmia purulenta blenorragica. A esos efectos se ha instituido de forma obligatoria la profilaxis de la oftalmia purulenta mediante la instalación, en los sacos conjuntivales del recién nacido, de un colirio con sales de plata (método de crede) o con antibióticos inmediatamente después del nacimiento y en la misma sala de parto.

Influencia de la gravidez sobre la gonococia

Si el contagio es reciente, el embarazo agrava el curso de la enfermedad, así también puede hacerlo sobre la blenorragia crónica, produciendo brotes agudos y sobreagudos.

Estas manifestaciones ocurren en general en la porción inferior del aparato genital, con aumento de la leucorrea, colpitis granulosa y bartolinitis, o con la irradiación de zonas vecinas, dando origen a uretritis, cistitis y pielonefritis.

Después del parto o más tardíamente, con la aparición del primer periodo menstrual, los gonococos pueden ascender originando endometritis, salpingitis y pelvi peritonitis.

Diagnostico

Se realiza por la investigación del gonococo en frotis coloreados o por cultivo o serología.

El gonococo o *NeisseriaGonorrhoeae* es un diplococo gramnegativo intracelular, inmóvil no espurulado, que solo y cultiva en agar – chocolate o medio deTaye Martin.

Tratamiento

Se recomienda penicilina G sódica 5.000.000U por vía IM dosis única o mezlocilina 1 g IM dosis única o ampicilina 3.5 g con aprobenecid y 1 g por vía oral. En caso de resistencia rifampicina 1200 mg vía oral dosis única o estreptomicina 2 g IM.

En caso que se diagnostique en el momento del parto, habrá que reducir el mínimo de maniobras exploratorias y conservar todo el tiempo posible la integridad de las bolsas de aguas.

Uretritis no Gonocócica o inespecífica

Es producida por dos agentes: clamidia y *Mycoplasma*.

Infección por *chlamydiatrachomatis*

La infección por *Chlamydiatrachomatis* produce en la mujer uretritis y endocervitis con secreciones mucopurulenta. Se asocia al 50% de los casos a la gonococia y es responsable de las recidivas de la uretritis, luego de realizar el tratamiento anti blenorragico. Además, el contacto sexual, la infección puede ser contraída también por el agua mal clorada de las piletas de natación. La incidencia es de un 5%.

Las embarazadas infectadas por clamidias pueden desarrollar salpingitis y endometritis, además se discute si causa si causa un mayor número de abortos y partos prematuros, rotura prematura de membranas y coriamnionitis. El mecanismo por el cual podría desencadenar parto prematuro sería el siguiente: la bacteria es una importante fuente de producción de fosfolipasas, que intervienen activando el ácido araquidónico del amnion y del corióm, dando lugar a la producción y liberación de prostaglandina.

Estas prostaglandinas por ser útero estimulante, desencadenaran el parto prematuro. En el neonato infectado puede ocasionar, a través del canal del parto, la conjuntivitis de inclusión tracomatosa.

Diagnostico

Identificación de las inclusiones en los extendidos de Papanicolaou y cultivo con el medio Diamond o en células de Mc Coy. Estos métodos han sido remplazados por la inmunofluorescencia directa, que demuestra la existencia de anticuerpo contra la clamidia. También puede usarse en la hemoaglutinación directa y los métodos de ELISA y radionmunoensayo.

Tratamiento

En mujeres embarazadas se administra eritromicina 500mg por vía oral por día durante 7 días. En la que no toleran bien la eritromicina se disminuye la dosis diaria a la mitad y se administra por 14 días. Otra alternativa y con mayor significancia y mejor tolerancia es administrar amoxicilina 500mg por vía oral tres veces por día durante 7 días. Azitromicina por vía oral 1 g como dosis única.

Infección por *Mycoplasma hominis* o *Mycoplasma T*

Se trata de un microorganismo pequeño de tipo PPLO. La contaminación genital por *Mycoplasma* produce uretritis no específica e infección cervicovaginal, se le considera bacteria índice de la flora vaginal III, observando riesgo aumentado de rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro, además de asociación de bajo peso al nacer y con infección puerperal. Es uno de los agentes de la enfermedad inflamatoria de la pelvis (2,349, 50,51).

Diagnostico

Se efectúa por aislamiento e identificación del germen por hisopado uretral y cervical. El cultivo permite descubrir las características colonias en huevo frito.

Tratamiento

Lincomicina 500 mg cada 6 horas por vía oral, o doxiciclina, 100mg cada 12 horas hasta la curación para la variedad hominis, y eritromicina 1 g diario para la variedad Mycoplasma T.

Infección por el virus herpes simple

Las lesiones producidas por un virus ADN de la familia hominis. Se contagia por actividad sexual a través de la piel y las mucosas. Existen dos tipos de herpes simplex hominis I, con predilección con el tejido ectodérmico de piel y mucosa rinofaríngea, y el herpes simplex homini II, o herpes vulvar, de localización genital y contagio venéreo. (6,335)

Comienza con un pequeño grupo de pápulas pruriginosa y frecuentemente dolorosas, que se convierten en vesículas amarillentas que se ulceran. Si la paciente ha padecido infección por el virus I, no se produce viremia al contagiarse con el tipo II. El pasaje transplacentario, aunque raro puede originar lesiones fetales, como la microcefalia, calcificaciones intra-craneanas y retardo psicomotor, así como retardo del crecimiento intrauterino, por lo que se agrupa también dentro de las infecciones TORCH.

La infección del recién nacido se produce por contacto directo a través del canal del parto. Es siempre grave y a menudo mortal, ocasiona ictericia, hepatomegalia y septicemia.

En el hígado, el pulmón, las suprarrenales y el cerebro se encuentran nódulos necróticos. En los niños que sobreviven son frecuentes las alteraciones del desarrollo neurológico. Por esta razón la existencia de un herpes genital es indicación absoluta de cesárea. Si hay virus en el momento del parto, el riesgo de infección es de 40%, a menos que se haga la extracción por cesárea antes que se rompan las membranas o hasta 4 horas después.

Diagnóstico

Por las características herpéticas de la lesión genital, el cultivo del material extraído de la lesión y la pesquisa serológica de anticuerpos igM. La prueba de Tzanck muestra por medio de la tinción, el efecto cito patico.

Tratamiento

Aciclovir, 200mg cinco veces por vía oral durante 5 días o crema 5% durante 5 días.

Complicaciones de la cervicovaginitis

Las complicaciones son parto prematuro y ruptura prematura de membrana, con mayor incidencia en países en desarrollo debido a las limitaciones de recursos para una apropiada atención prenatal, a lo que influyen el aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (10, 415,16...29)

- a. **Complicaciones menores en el embarazo:** las que pueden ser atendidas por el médico general en las instalaciones y con los recursos existentes en las unidades de atención primaria.
 - **Amenaza de aborto:** Este el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontaneo, se caracteriza porque en una mujer en edad genital con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y útero con caracteres gestacionales y de tamaño acorde con lo correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos tipo cólicos que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña con hemorragia leve.
- b. **Complicaciones mayores del embarazo:** son los que corren riesgo alto de morbilidad y mortalidad o ambos, tanto la madre como el producto y requiere una adecuada atención de los recursos hospitalarios de segundo nivel de atención.

- **Abortos:** Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación o que el producto de la concepción tenga un peso menos de 500 gramos.
- **Embarazo Ectópico:** Es la anidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina la cual puede ser tubárica, tubo ovárica, ovárica, abdominal, intra-ligamentaria, intersticial, ístmica o cervical.
- **Parto prematuro:** Parto que se produce antes de que el feto alcance un peso menor de 2,500 gramos o antes de las 37 semanas cumplidas en la gestación. Parto inmaduro es el que se produce entre las 22 y 27 semanas cumplidas de gestación, y el peso del producto es menor de 2000 gramos.
- **Rotura de prematura de membrana ovulares:** Se designa con este nombre a la salida de líquidos amnióticos a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares. Se considera periodo de latencia al tiempo transcurrido entre el momento que se produce la rotura y el nacimiento. Cuando este supera las 24 horas se considera prolongado.
- **Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta:** separación prematura de la placenta de su sitio de inserción en la cavidad uterina que ocurre después de la semana 20 y antes del tercer periodo del trabajo del parto.
- **Muerte fetal:** interrupción y se reconoce por la ausencia de latidos cardiacos y de movimientos fetales después de la semana 20 de gestación y antes del inicio de trabajo de parto espontaneo.

CAPITULO II

Diseño Metodológico

Tipo de Estudios:

Se trata de un estudio Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

La investigación se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en la ciudad de Managua. El Hospital es de Tercer nivel de atención, de Referencia Nacional, unidad que brinda atención ambulatoria y de hospitalización en Ginecoobstetricia.

Su objetivo de población es 101,880, con un nivel de alta complejidad. En la actualidad cuenta con 240 camas, con 4 consultorios en el servicio de emergencia, 1 área de clasificaciones, 9 consultas externas, 5 quirófanos, 4 salas de partos, una sala de UCI, sala de ARO, un puerperio patológico, un puerperio fisiológico, un puerperio post quirúrgico, una sala de complicaciones, una sala de oncología, una sala de atención a las adolescentes, cuenta con una farmacia, un laboratorio, área de imagenología, un área de patología y cuentan con amplias salas de espera.

Tiene una sala de atención especializada para neonatos. Actualmente cuenta con una nueva área de consulta externa que cuenta con 21 consultorio entre ellos la nueva unidad de detección de lesiones premalignas para detectar el cáncer en el cuello matriz.

Universo:

Está representado por Las 94 mujeres embarazadas con diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo del tercer trimestre del 2018.

Muestra:

El presente estudio se define como No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra:

La muestra obtenida para el presente estudio fue de 94 usuarias del servicio de Alto riesgo obstétrico con el diagnóstico de cervicovaginitis. De las cuales se distribuyeron un total de 78 controles y 12 con algún tipo de complicaciones

Criterios de inclusión:

- Expedientes de usuarias embarazadas con diagnóstico de cervicovaginitis a su ingreso.
- Expediente de usuarias embarazadas con datos completos.
- Expedientes de usuarias embarazadas que fueron dadas de alta con culminación de su embarazo.

Criterios de exclusión

- Expedientes con datos incompletos
- Expedientes de usuarias egresadas aun embarazadas
- Expediente de usuarias trasladadas a otra unidad, sin finalización del embarazo.

Técnicas y Procedimientos

Para obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos del estudio se procedió a realizar la siguiente actividad.

1. Trámites administrativos para obtener la información en la unidad de salud.
2. Diseño de instrumento.
3. Validación de instrumentos para obtener información.
4. Revisión de expedientes clínicos de las personas seleccionadas.

Plan de tabulación

Una vez recolectados los datos se precedió a realizar las siguientes actividades.

1. Elaboración de base de datos en el paquete estadístico Epi-Info
2. Codificación del instrumento de recolección de información
3. Se realizó control de calidad se introdujeron los datos
4. Se elaboraron cuadros y graficas según variables
5. Se realizará cálculo de distribuciones de frecuencia y porcentaje.

Plan de análisis

1. Características personales de las mujeres.
2. Antecedentes No patológicos de las mujeres.
3. Antecedentes patológicos de los entrevistados.
4. Antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres.
5. Complicaciones Obstétricos de las mujeres.

Lista de variables y Operacionalización

Objetivo 1: Establecer características sociodemográficas de las mujeres ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque -Managua III trimestre 2018.

- Edad
- Estado Civil
- Religión
- Ocupación
- Procedencia

Objetivo 2: Determinar los antecedentes No patológicos de las mujeres con el diagnóstico de Cervicovaginitis Atendida en el hospital Bertha Calderón Roque 2018.

- IMC
- Hábitos Tóxicos

Objetivo 3: Antecedentes Patológicos de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

- Patologías previas al Embarazo.

Objetivo 4: Antecedentes Gineco-Obstétricas de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

- Inicio de vida sexual activo.
- Números de parejas.
- Números de Gestas.

Objetivo 5: Complicaciones obstétricas de mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

- Ruptura prematura de membrana.
- Oligamnios.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Otras.

Operacionalización de Variables

Variable	Concepto Operacional	indicador	Valor/Escala
Edad	Tiempo en años desde el nacimiento hasta el día de la entrevista	años	1: menor de 20 2: 20 a 34 3: mayor de 34
Índice de Masa Corporal	Relación entre el peso y el cuadrado de la altura de la persona	Talla/peso	1: bajo 2: normal 3: sobrepeso 4: obesidad
Procedencia	Zona geográfica de donde proviene el usuario	tipo	1: urbano 2: rural
Estado Civil	Condición legal acerca de convivencia conyugal	Condición de pareja	1: soltero 2: casado 3: separado
Religión	Fe que profesa el usuario	tipo	1: católico 2: evangélico 3: otras 4: ninguna
Ocupación	Labor económica que realiza el usuario	tipo	1: ama de casa 2: estudiante 3: profesional

Hábitos Tóxicos	Que el usuario refirió consumo de sustancias psicoactivas	antecedentes	1: si 2: no
Antecedentes personales	Usuario con enfermedades crónicas o antecedentes de interés	Presencia	1: Si 2: no
Gestas	Cantidad de gestas de la usuaria	números	1: primigesta 2: bigesta 3: trigesta 4: Cuatrigesta 5: multigesta 6: gran multigesta
Complicaciones obstétricas	Evento adverso durante el embarazo de las usuarias	tipo	1: Amenaza de parto pretérmino 2: ruptura prematura de membrana 3: Amnioititis

Aspectos Éticos:

El estudio que se desarrollara no conlleva ningún riesgo para el sujeto en estudio. Más, sin embargo, se obtuvo consentimiento de las autoridades para obtener los datos necesarios para cumplir con los objetivos establecidos.

La cervicovaginitis constituye un factor importante en la complicación de la embarazadas en el tercer trimestre de su embarazo, tomando en cuenta las prevenciones de complicaciones materno infantil.

Por lo que se hace necesario realizar este tipo de estudio de casos y controles para analizar y conocer los factores relacionados con el desarrollo de las complicaciones materno.

Uno de los beneficios es tener la importancia de conocer los factores asociados a las complicaciones de las mujeres embarazadas de ayudar a las autoridades a tomar medidas preventivas para disminuir su incidencia.

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.

CAPITULO III

Resultados

Se realiza estudio donde se obtuvo un total de 94 pacientes el cual el estudio encontrando 78 controles con 12 de algún tipo de complicaciones.

Basado en los datos obtenidos mediante la recolección de datos mediante revisión de expedientes, obteniendo como resultado los siguientes:

La edad promedio fue de (mínimo 10 y máximo de 35 + años), La distribución de las edades se presencia a las menores de 20 años corresponde a un 27% (n 26), entre 20 y 34 años corresponde al 67% (n 63) y mayores de 35 un 5.3% (n 5). **Ver cuadro 1**

La frecuencia de distribución poblacional del estudio el estado civil se encuentra un 34% (n 32) es casada, el 18% (n 17) es soltera, 47% (n 45) corresponde a unión libre. **Ver cuadro 1**

la religión de las usuarias se comporta de la siguiente manera, el 61% (n 58) profesa religión católica, el 24% (n 23) profesan la religión evangélica, el 12% (n 12) profesan otro tipo de religión y el 1.1% (n 1) no profesa ninguna religión. **Ver cuadro 1**

En la ocupación observamos un 81.9% (n 77) son amas de casa, el 11.7% (n 11) son estudiantes y el 6.4% (6) son profesionales, la procedencia con un 66% (n 62) son de origen urbano y el 34% (n 32) son de origen rural. **Ver cuadro 1**

los antecedentes no patológicos de las mujeres se obtuvo con un total de índice de masa corporal una muestra de 22.3 % (n 21) considerándose bajo, el 52.1% (n 49) se considera un índice normal, el 22.1% (n 21) tiene sobrepeso y el 3.2% (n 3) cursa con obesidad, y los antecedentes personales no patológicos donde un

12.8% (n 12) donde estas las antecedentes más comunes son consumo de tabaco, alcohol, otras Y el 87% (82) Ver **cuadro 2**

De las patologías previas se obtuvieron 40.0% (n=2), la infección de vías urinaria con un total de 20.0% (n=1) de controles y mínimo con asma, Diabetes Mellitos y cardiopatía con un 1 paciente, (20.0%), en los antecedente Gineco Obstétrico de las mujeres se obtuvo inicio de vida sexual donde la mayoría fue de edades comprendidas de 10-14. Al entrevistar a las usuarias sobre el inicio de vida sexual activa, el 63.3% (n 60) refirió haberla iniciado entre los 10 y 14 años de edad, y el 36.2% (n 34) refirió haberla iniciado entre los 15 y 19 años de edad. **Ver cuadro 4**

El número de parejas sexuales de las mujeres se distribuyó de la siguiente manera: el 73.4% (n 69) refiere solo 1 pareja sexual, el 22.3% (n 21) refiere haber tenido 2 parejas sexuales y el 4.3 % (4) refiere haber tenido 3 a más parejas sexuales. **Ver cuadro 4**

Las gestas previas de las mujeres se distribuyeron de la siguiente manera, las primigestas 36.6% (n 34) y bigestas representaron el 36.6% (n 34), siendo las trigestas el 20.2% (n 19) y cuatrigestas el 7.4% (n 7). **Ver cuadro 4.**

Referente a la Menarquia de las usuarias, el 100% refirió que se presentó a entre los 10 y 14 años de edad.

En las complicaciones obstétricas las mujeres se encuentra predominada, Las que refirieron presentar una complicación en su embarazo actual corresponde al 12.8% (12) del total de mujeres siendo la complicación más común la ruptura prematura de membranas con un 41.7% (n=5), oligoamnios represento el 16.7% (n=2) y amenaza de parto pre término el 16.7% (n=2) , otras el 3.2% (n=3) y aborto de 25.0% (n=4)**Ver cuadro 5**

Discusión

Al analizar los resultados obtenidos mediante la encuesta, se observa en las características sociodemográficas, que la mayor parte de la población se encuentra en los grupos de edad de 20 a 34 años, correspondiendo a las mujeres en edad fértiles, con mayor tasa de natalidad. Llama la atención un buen grupo de mujeres son menores de 20 años estableciendo la problemática a nivel nacional del embarazo en el adolescente, aumentando así la frecuencia de los embarazos de alto riesgo obstétricos.

El 100% de las mujeres de estado civil, la mayoría corresponden a unión libre, que a pesar que no hay unión legalmente formal, constituyen una de las unidades básica de la familia nicaragüense, siendo una minoría, pero aun es un porcentaje del 18% las mujeres solteras, corresponde un embarazo de alto riesgo obstétrico.

Las ocupaciones más frecuentemente expresadas por las mujeres, corresponde a amas de casa, esto es consecuente que la investigación se lleva a cabo en un hospital público, donde obtienen una atención gratuita, ya que no están afiliadas a un seguro social o tienen las posibilidades de una atención privada.

La procedencia de las mujeres corresponde con predominación a ser del área urbana, esto existe por dos causas, el hospital se encuentra en medio de la ciudad y las usuarias de zona rural son trasladadas de otras unidades de salud, por lo que se espera que su cantidad sea menor.

El índice de masa corporal es mayor en mujeres con índice normales, siendo esto un factor protector para muchas patologías metabólicas que complican el embarazo.

En los antecedentes personales no patológicos, la mayoría los niega, pero un grupo de 12% refiere tener al menor 1 siendo el más común el consumo de alcohol, el cual su dependencia física y psicológica, afecta el bienestar materno fetal, y familiar, considerándose un factor del embarazo y de la vida del producto.

Relacionado a los antecedentes patológicos personales solo el 5 % de las usuarias refirió padecerlas, siendo la más frecuente las Infecciones de vías urinarias a

repetición, siendo esta otra factora para complicaciones del embazaron como las infecciones neonatales tempranas.

Correspondiente al inicio de la vida sexual activa de las mujeres, llama la atención el 100% inicia antes de los 20 años y la más aumentado son las de antes de los 14 años de edad, siendo cifras preocupantes por los altos índices de embarazo en adolescente y la violencia sexual que son expuesta muchas de las usuarias, seguido por números de parejas encabezado por un pareja con el 73.4% seguido por mujeres con dos parejas, como también podemos aprecias en las mujeres de primigesta y bigesta con los de mayor numeración,.

Observando las complicaciones obstétricas de mujeres atendida en el hospital Bertha Calderón Roque se apreció un mayor porcentaje con otras patologías con 58.3% seguido por ruptura prematura de membrana.

Conclusiones

Basado en los datos recolectados y analizados en la presente investigación se llega a concluir que:

- En las características socio demográficas de las mujeres embarazadas con cervicovaginitis encontramos predominio del grupo 20-34 años, estado civil unión estable, religión católicos, ocupación ama de casa y de procedencia son de zona urbano.
- En relación a los antecedentes patológicos de las mujeres con cervicovaginitis se observa mayoritaria con infecciones de vías urinarias seguido por cardiopatía, Diabetes Mellitus, Asma, Hipertensión Arterial y Cardiopatías.
- En relación a los antecedentes No patológicos de las mujeres con cervicovaginitis se observa mayor aumento con peso Normal Índice de masa Corporal seguido por sobre peso.
- Las antecedentes Gineco-Obstétrica el Inicio de vida sexual activo se observa más numeraria las edades de 10-14 años, números de parejas uno, gestas Bigesta. La menarquia refiere el 100% de 10-14 años.
- En cuanto a las Complicaciones Obstétricas se aprecia las mujeres con un mayor puntaje de Ruptura Prematura de Membrana seguido por otras enfermedades que son Amenazas de parto pretérmino y Olihidramnios.

Recomendaciones

Basados en los resultados obtenidos se recomienda

Al Ministerio de salud

- Disponer en las unidades de salud de personal entrenado para detección oportuna y tratamiento precoz de cervicovaginitis en embarazadas ya que es causa de morbilidad durante el embarazo.
- Abastecer a las unidades de salud donde se atienden embarazadas, de materiales necesarios para la detección y tratamiento de la cervicovaginitis.
- Realizar brigadas médicas a los lugares alejado, ya que si se detecta a tiempo evite mayor porcentaje en las complicaciones.

A la Unidad de salud

- Establecer la presencia de cervicovaginitis como un factor de morbilidad en el embarazo en los protocolos de atención local de las usuarias embarazadas que acuden al servicio.
- A los médicos de residencia diagnosticar y reportar la cervicovaginitis ya que no son reportadas por algunos personales de salud.
- Promotor sobre cervicovaginitis especialmente a edad joven, principalmente s los que tiene una vida sexual activo, de zona rural y solteras.
- Realizar capacitaciones al personal sobre la importancia clínica.
- Hacer un mayor esfuerzo para evitar las complicaciones.
- Velar por la creación y promoción de un protocolo sobre cervicovaginitis.

A investigadores

- Realizar investigaciones continuo tomando en cuenta medidas de prevención.
- Efectuar un estudio de cohortes con poblaciones en diferentes regiones del país.

CAPITULO IV

Bibliografía.

1. Martínez OM, Saldaña GJ, Sánchez HMA “Criterios para el diagnóstico de Cervicovaginitis aplicada en el primer nivel de atención.2012, 3 (5):14-16
2. Martínez TMA, Barría A, Meneses R, et al, Vulvovaginitis en la adolescencia estudio etiológico.Rev. ChilObstetGinecol 2003; 68 (6): 499-502.
3. Mendelson CR. Minireview: fetal- maternal hormone signaling in pregnancy and labor. Molendocrinol 2009; 23 (7): 947-54.
4. Müller Engel, Ruiz- Parra Al. Repercusiones perinatales de las infecciones cervicovaginales. En Ñañez H, Ruiz Al. Editores. Texto de obstetricia y perinatología. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia, Instituto Materno infantil; 1999. P 415- 429.
5. Osorno Covarrubias Lorenzo, Rupay Aguirre Gladys Esther, RodriguezChpuz José, LavadesMAy Ana Isabel, DavilaVelazquez Jorge, EchavarríaEguiluz Manuel. Factores maternos relacionados con premauridadGinecolObstet M 2008: 76(9): 526-36.
6. Plitt s, Garfein RS, GayddosChA, Strathdee SA, Sherman SG, Taha TE. Prevalence and correlates of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis infections, and Bacterial Vaginosis Among a Cohort of young injection Drug User in Baltimore, Maryland. Am SexuallyTranmittedDiseasesAssc 2005; 32(7) 446-53
7. Schwartz Ricardo, Fescina Ricardo, Duverguez Carlos. Obstetricia 6ta. Edicion. Editorial El Ateneo. Buenos Aires- Argentina, 2005Cap 9, p301-329.
8. IDEM. Nutrición de la embarazada..., 2005Cap 7, (Pág 187).
9. Schwarz Ricardo CIT Pag 329-400.
10. Sobel JD. Bacterial vaginosis. Ann Rev Med 2000; cap 51: pag (349-356)
11. Trejo PJA, Hernández LB, Carrasco JR, Ducoing DDLR. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacteria, 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 Modernos; 2004. P. 90-93.
12. Velasco- Murillo V, Pozos- Cavanos JL, Cardona- Pérez JA. /Correlación con la norma oficial mexicana” RevMedInstMex Seguro Soc 2007; 45 (3): 249- 25,

Enfermedades infecciosas del cérvix uterino, vagina y vulva: prevención, diagnóstico y tratamiento. RevMed IMSS 1999; 37(3): 185- 191.

13. Villanueva Egan Luis Alberto, Contreras Gutiérrez Ada Karina, Pichardo Cuevas, Jaqueline Rosales Lucio. GinecolObstetmexx 2008;76(9):542-8.
“perfilepidemiologico del parto prematuro

Webgrafía

14. Secretaria de Salud. Proyecto de norma oficial mexicana, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual PROY_NOM_039-SSA2-2000. Disponible <http://www.salud.gob.mx/conasida/eventos/nomsida/its.pdf>

Anexos

Cuadro 1

Características sociodemográficas de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

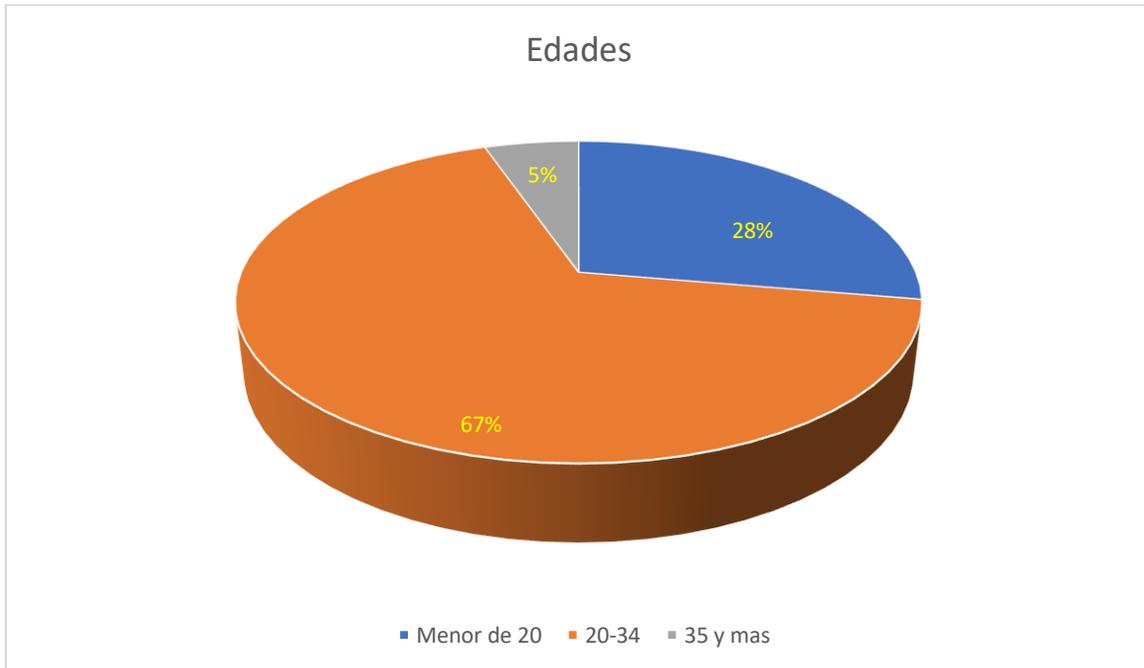
N= 94

Característica sociodemográficos	números	%
Edades		
Menor de 20	26	27.7
20-34	63	67.0
35 y mas	5	5.3
Estado civil		
Casada	32	34.0
Soltera	17	18.1
Unión estable	45	47.9
Religión		
Católico	58	61.7
Evangélico	23	24.5
Otras	12	12.8
Ninguna	1	1.1
Ocupación		
Ama de casa	77	81.9
Estudiante	11	11.7
Profesional	6	6.4
Procedencia		
Urbano	62	66.0
rural	32	34.0

Fuente: expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

Gráficos 1

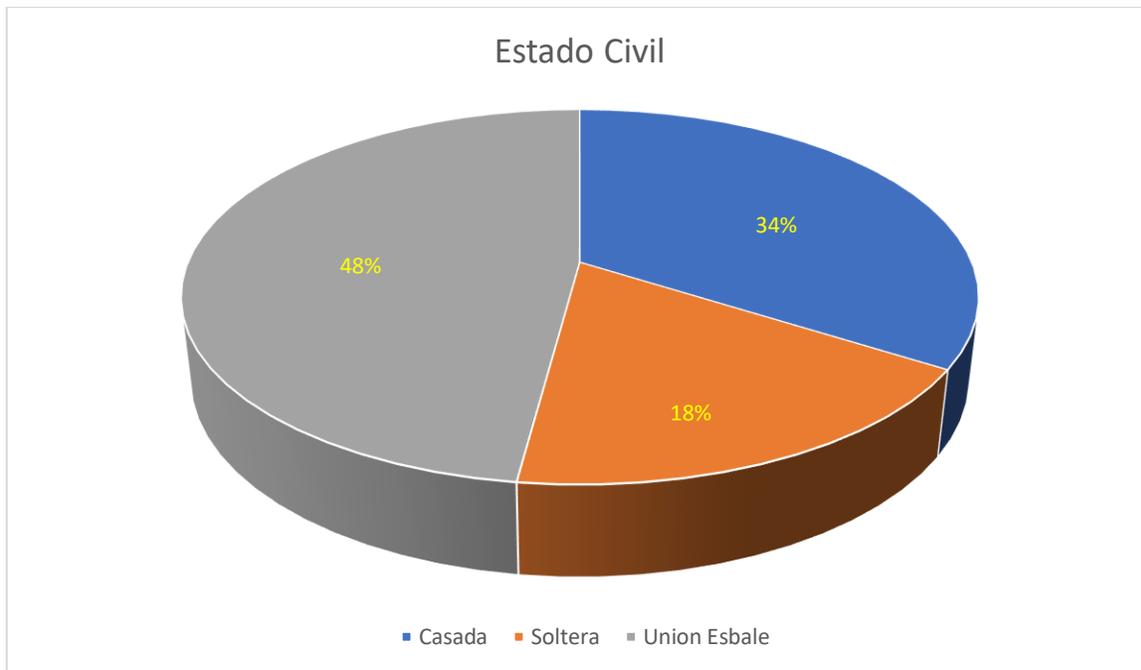
Edades de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua III trimestre 2018.



Fuente: Cuadro # 1

Gráficos 1.2

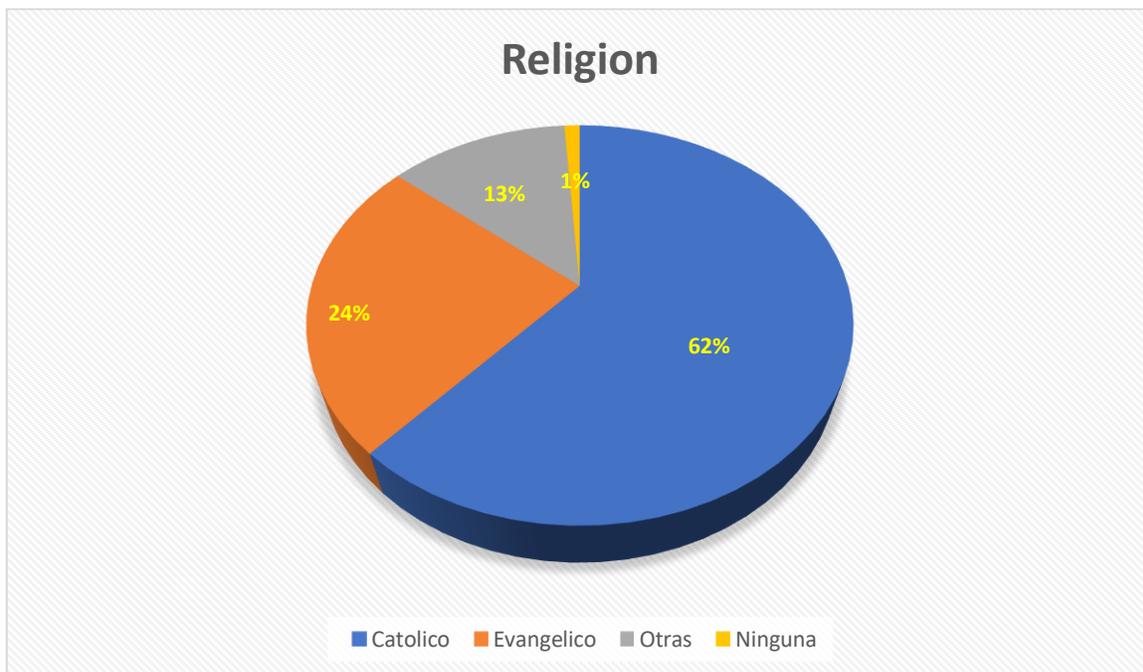
Estado Civil de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua III trimestre 2018.



Fuente: cuadro # 1

Gráficos 1.3

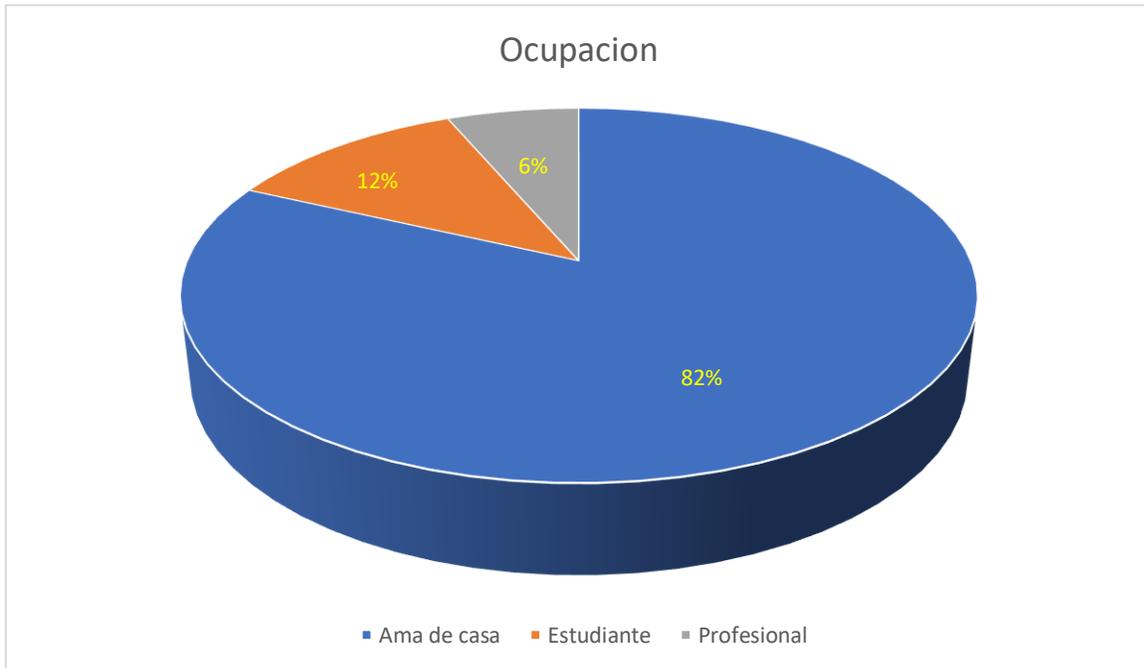
Religión de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua III trimestre 2018.



Fuente: cuadro # 1

Gráficos 1.4

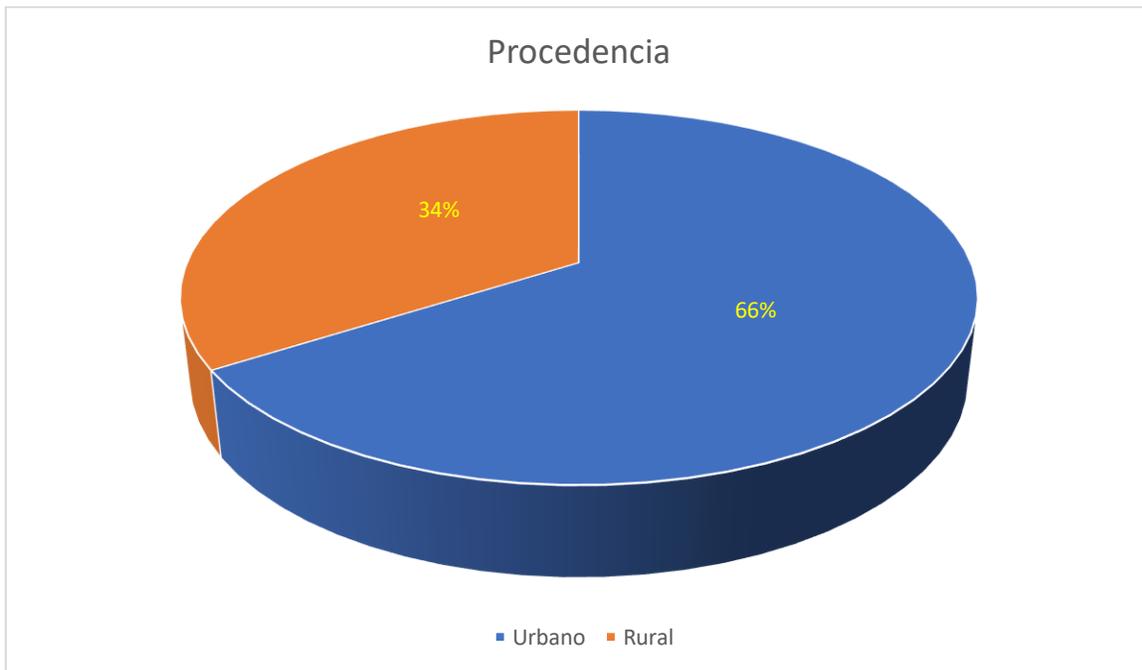
Ocupación de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua III trimestre 2018.



Fuente: cuadro # 1

Gráficos 1.5

Procedencia de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua III trimestre 2018.



Fuente: cuadro # 1

Cuadro 2

Antecedentes No Patológicos de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

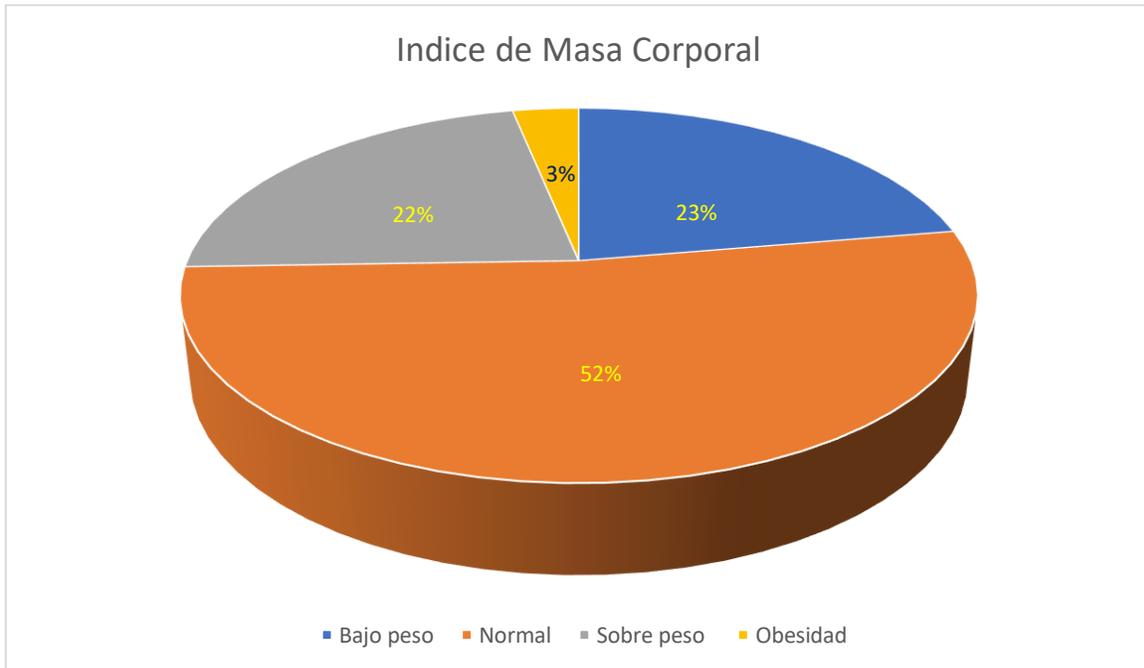
N=94

Tipos de antecedentes	números	%
IMC		
Bajo peso	21	22.3
Normal	49	52.1
Sobre peso	21	22.3
Obesidad	3	3.2
Hábitos tóxicos		
Alcohol	3	25.0
Medicamento sin recetas	3	25.0
Tabaco	2	16.7
Otras	3	25.0
Drogas	1	8.3

Fuente: expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

Gráfico 2.1

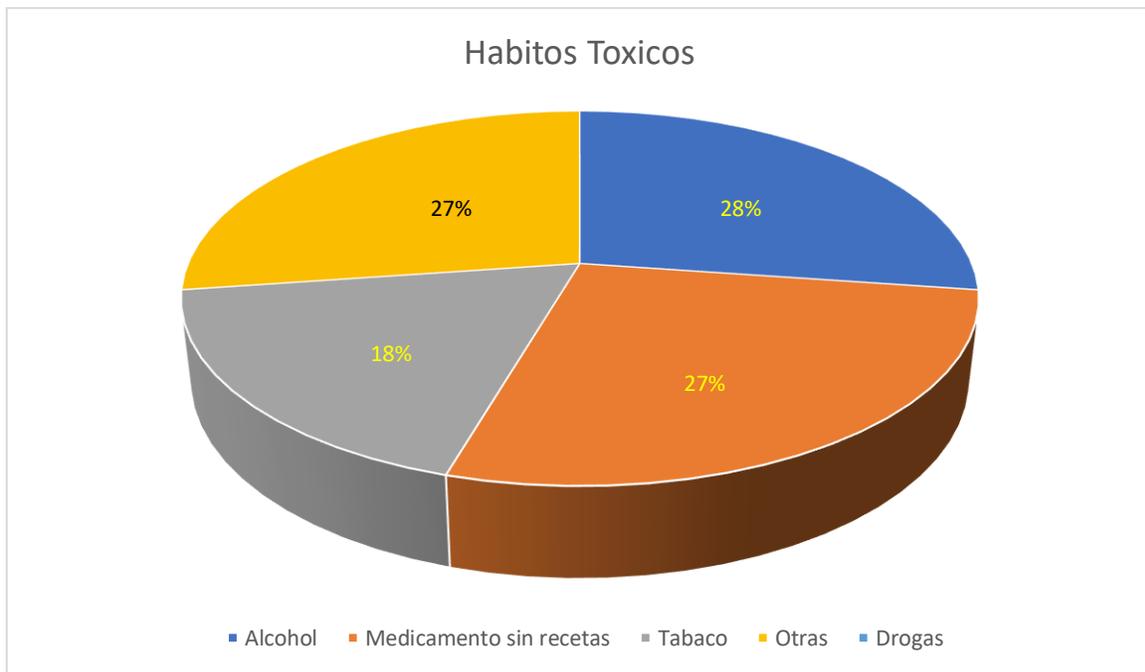
Índice de masa Corporal de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro # 2

Gráficos 2.2

Hábitos tóxicos de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro # 2

Cuadro 3

Antecedentes Patológicos de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

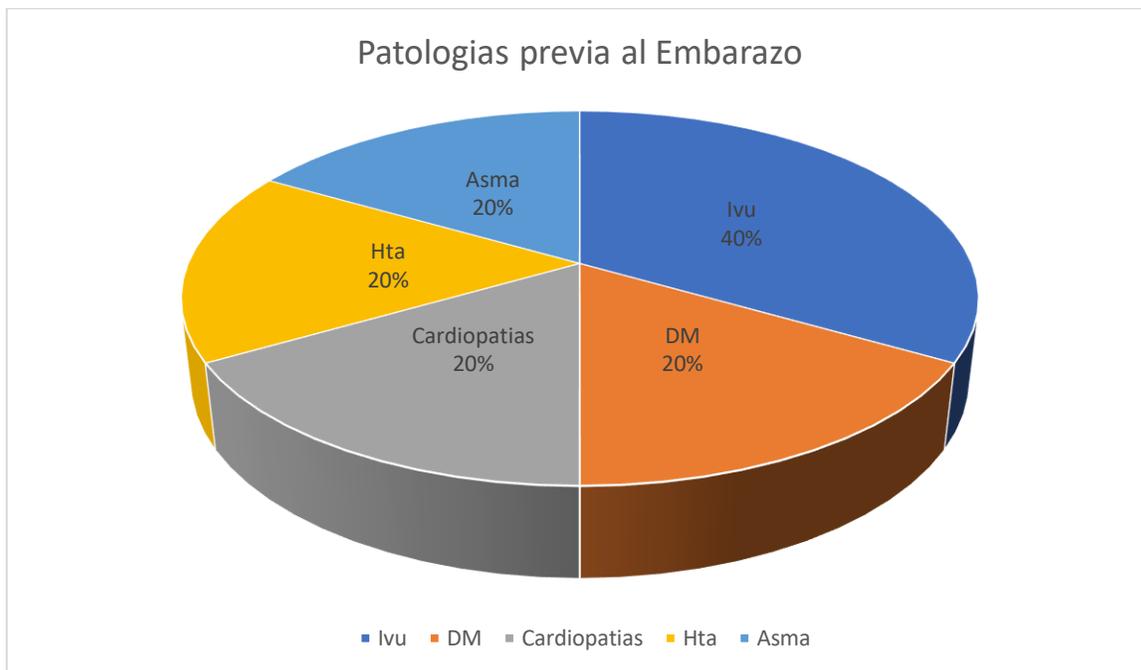
N=5

Patologías previas al embarazo	números	%
IVU	2	40.0
DM	1	20.0
Cardiopatía	1	20.0
Asma	1	20.0
Hta	1	20.0

Fuente: expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

Gráficos 3.1

Patologías previa al embarazo de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro # 3

Cuadro 4

Antecedentes Gineco-Obstétricas de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

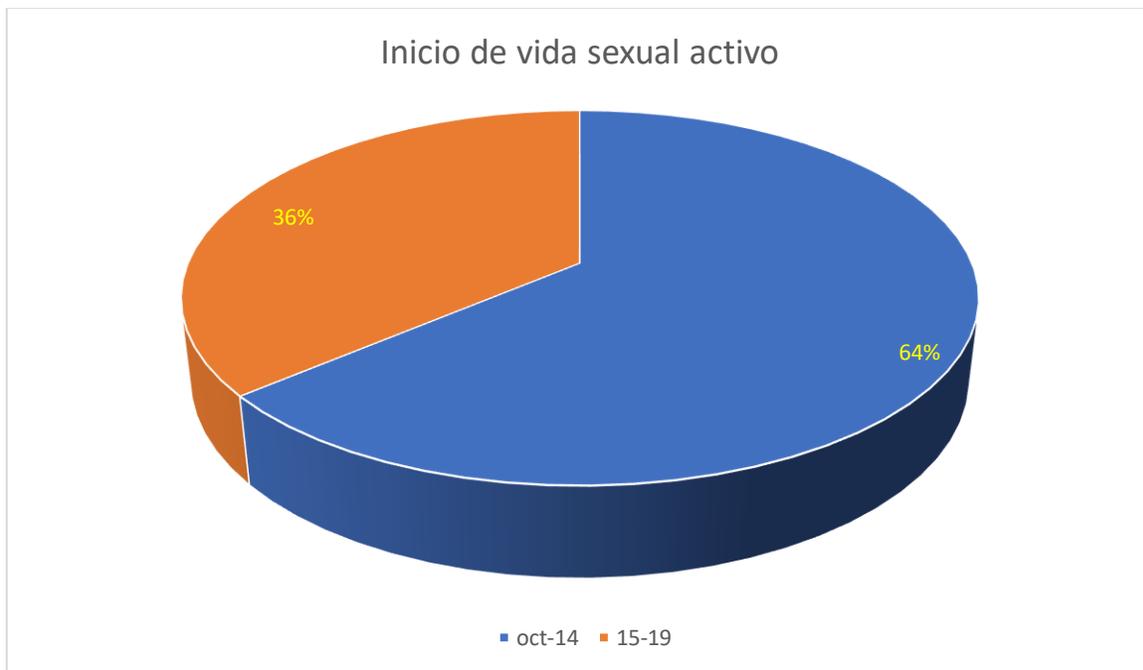
N=94

Antecedente G - O	Números	%
IVSA		
10-14	60	63.8
15-19 +	34	36.2
Números de parejas		
1	69	73.4
2	21	22.3
3	4	4.3
Gestas		
Primigesta	34	36.2
Bigesta	34	36.2
Trigesta	19	20.2
Cuadrigesta	7	7.4
Menarquia		
10-14	94	100
15-19	0	0

Fuente: expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

Gráficos 4.1

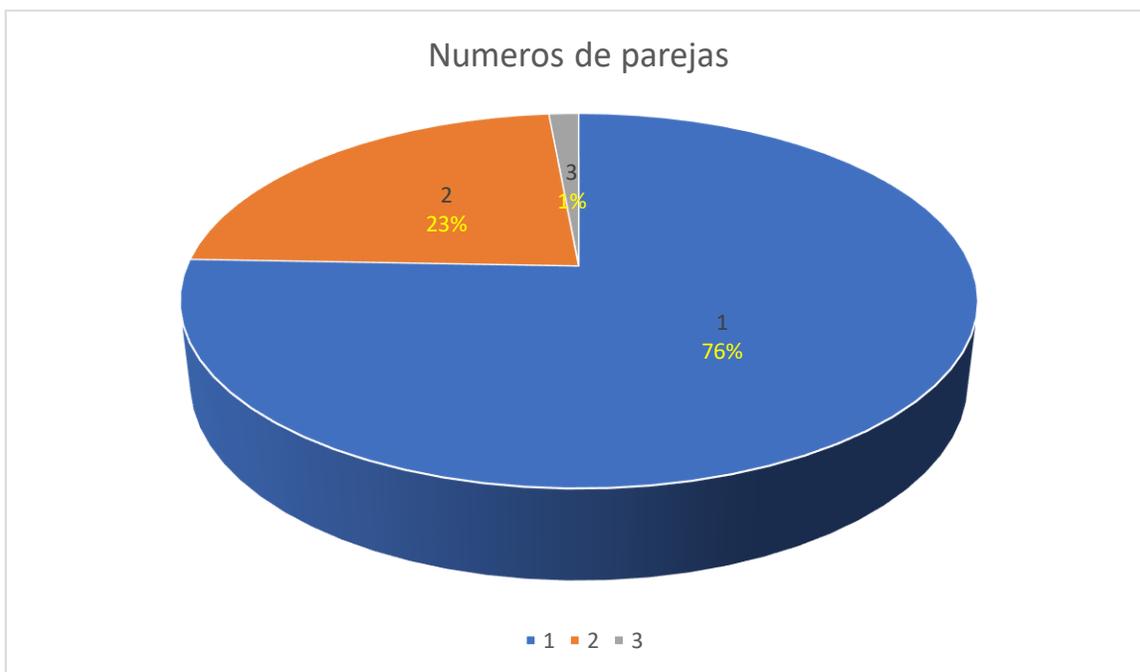
Inicio de vida sexual Activo de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



fuentes: cuadro # 4

Gráficos 4.2

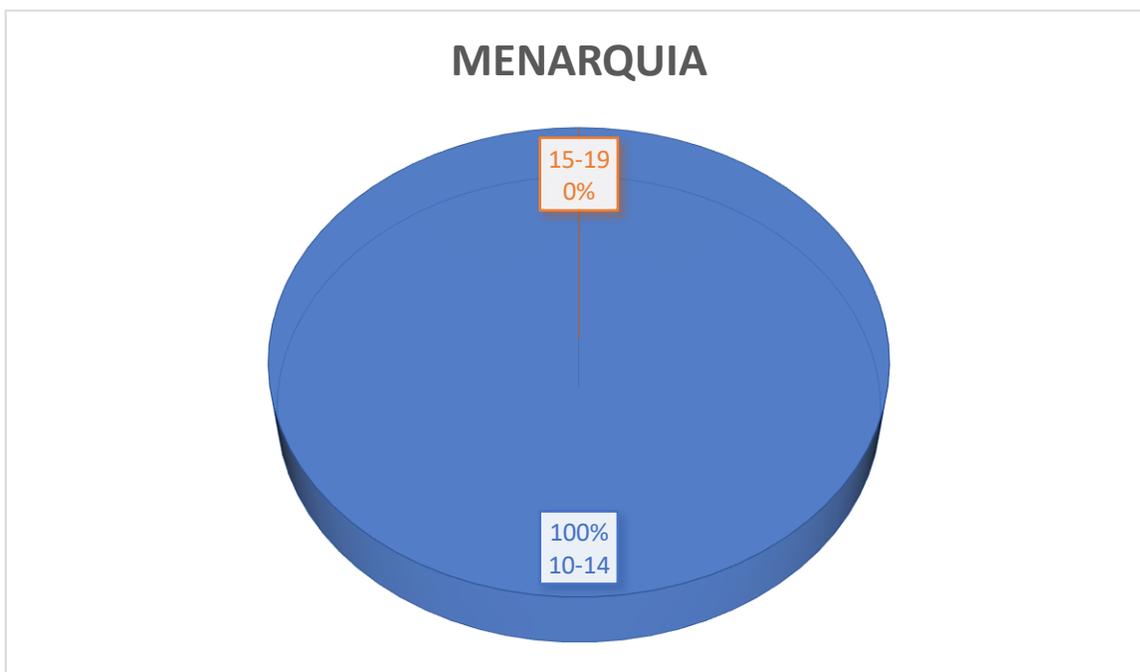
Números de parejas de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro # 4

Gráficos 4.3

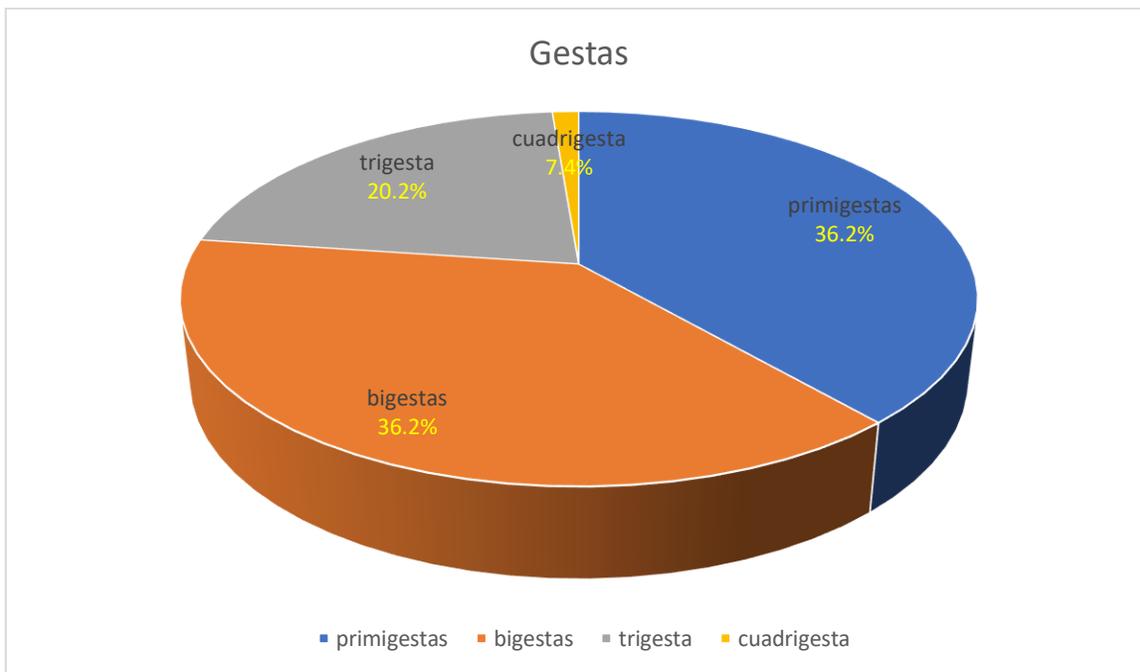
menarquia de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro # 4

Gráficos 4.4

Gestas de las mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro 4

Cuadro 5

Complicaciones obstétricas de mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

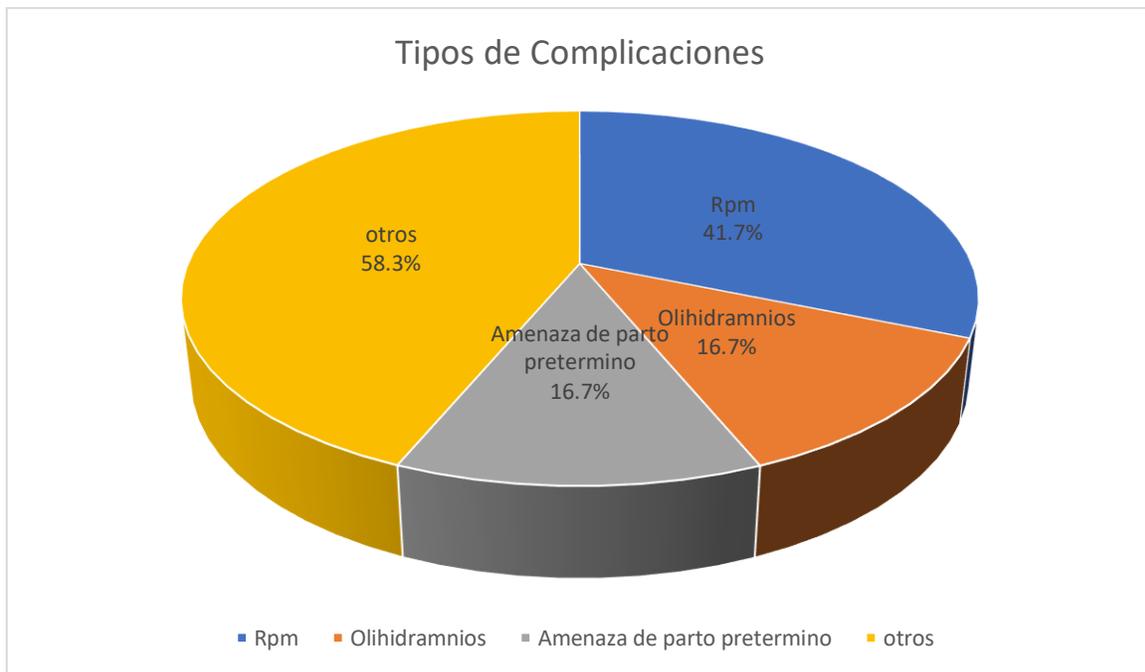
N=12

Tipo de complicaciones	Números	%
RPM	5	41.7
Oligoamnios	2	16.7
Amenaza de parto pretérmino	2	16.7
Otras	7	58.3

Fuente: expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.

Gráficos 5

Tipos de Complicaciones obstétricas de mujeres con el diagnóstico de cervicovaginitis atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua 2018.



Fuente: cuadro # 5

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

¿Principales factores asociados a complicaciones obstétricas en embarazadas con diagnóstico cervicovaginitis en el servicio de Alto Riesgo Obstétricos en el Hospital Bertha Calderón Roque -Managua III 2018?

I) Datos generales.

1. **Edad:** 1. Menor de 20: /___/; 2. 20-34: /___/; 3) 35 o más /___/
2. **Estado civil:** 1) Casada: ___ 2) Soltera: ___ (3) Unión estable: ___
3. **Religión:** 1) católica: ___ (2) Evangélica/Otras: /___/; 4) Ninguna: /___/
4. **Ocupación:** 1) Ama de casa: ___ 2) Estudiante: ___ 3) Profesional: ___:
3. **Procedencia:** 1) Rural: ___ 2) Urbano: ___

II. Antecedentes:

No patológicos

- 1) **IMC:** 1) Bajo peso: ___ 2) Normal: ___ 3) Sobrepeso: ___ 4) Obesidad: ___
8. **Hábitos tóxicos:** 1) Alcohol: ___ 2) Medicamentos sin receta Médica: /___/; 3) Tabaco: ___ 4) Otras: ___ 5) Drogas: ___
9. **Patológicos personales:** 1) Si ___ 2) No ___
10. **Tipos de antecedentes patológicos personales.**
- 1) IVU: ___ 2) DM: ___ 3) Cardiopatía: ___ 4) Asma: ___ 5) HTA: ___

III) Antecedentes Ginecológicos:

12) Edad de Inicio de la vida sexual:

1. Menos de 10) : /___/; 10-14: /___/; 3). 15-19 y más.

13) **No. De parejas sexuales:** 1. UNA: /___/; 2. DOS: /___/; 3. 3 y Más: /___/

IV) Antecedentes Obstétricos:

14: **No. De gestas:** 1). UNA: /___/; 2). DOS: /___/; 3). 3 y Más: /___/

Tipos de complicaciones.

- 1) RPM: ___ 2) Oligoamnios: ___ 3): Amenaza de parto pre término ___ 4):
Otros: ___.