

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

LESSTER MAURICIO ABAC PRADO

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Octubre 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Lesster Mauricio Abac Prado

Carné Universitario No.: 100020003

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **“INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”**

Que fue asesorado: Dra. Roxana Ramírez Juárez

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para octubre 2015.

Guatemala, 07 de octubre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



Quetzaltenango, Mayo 2,014


Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General del Programa de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Post Grado
Guatemala

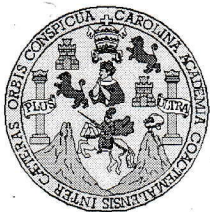
Respetable Dr. Ruiz:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores. Así mismo me permito informarle que he Revisado y aprobado el trabajo de tesis titulada "INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo del Dr. LESSTER MAURICIO ABAC PRADO. Previo a optar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, para dar Cumplimiento al Normativo y Manual de procedimientos de la Escuela de Estudios de Post grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, Atentamente

Dra. Roxana Ramírez Juárez
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA


Dra. Roxana Ramírez Juárez
Asesor de Tesis de Investigación
Hospital Regional de Occidente



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO**

Oficio No. 42-2014
Quetzaltenango 03 de Junio de 2014

Doctor
Jesen Hernández
Docente responsable
Ginecología y Obstetricia
Ciudad

Respetable Dr. Hernández:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado y aprobado el trabajo de tesis titulado: "INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo del **DR. LESSTER MAURICIO ABAC PRADO**, previo a optar el Grado de Maestro en Ciencia Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Medicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"




DR. JULIO FUENTES MERIDA M.
REVISOR DE TESIS
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso que es la Fuente de Sabiduría,
quien con sus favores y misericordias hasta aquí me ha ayudado.

A mis padres: Julio Aníbal Abac Calel y Miriam Yolanda Prado, por su apoyo,
Esfuerzo y consejos los cuales me han llevado a la cumbre del éxito.

A mi Amada Esposa e Hijos: Por su apoyo incondicional.

A mis hermanos: Julio Aníbal Abac Prado y Michael Vinicio
Abac Prado, por estar siempre a mi lado.

A mi Asesor y Revisor con Agradecimiento y admiración.

A usted que la Recibe:

Con Respeto.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS
CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**

RESUMEN

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS,
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011.**

Autor: Lesster Mauricio Abac Prado

Palabras Clave: Adolescente, embarazada, enfermedad de transmisión sexual

Objetivo: Determinar incidencia de pacientes adolescentes embarazadas con infecciones de transmisión sexual, que consultaron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Occidente.

Antecedentes e Introducción: Se investigó en Guanajay México, sobre enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas, predominando edades entre 13-15 años, enfermedades de mayor prevalencia fueron moniliasis y tricomoniasis. Se inició investigación para determinar incidencia, edad, germen más frecuente y tratamiento que se proporcionó en Hospital Nacional de Occidente.

Metodología: Prospectivo-descriptivo, incluyendo pacientes de 10-19 años, embarazadas con enfermedades de transmisión sexual que consultaron al Departamento de Ginecología e ingresadas al servicio. Siendo entrevistadas, examinadas y se realizaron muestras de sangre, cultivo, gram de secreción vaginal.

Resultados: de 270 pacientes, la incidencia fue 88.88%. Métodos diagnósticos de mayor alteración: cultivo de secreción 56.7%, gram y KOH con 32%. Gérmen más frecuente *Cándida Albicans* 31.9%, edades más afectadas entre 17-19 años con 54.4%. Tratamiento mayor prescrito antimicótico más antibiótico con 57%. De las pacientes tratadas 55% evolucionó satisfactoriamente.

Discusión: De las pacientes evaluadas, un 88.88% presentaron infecciones de transmisión sexual, lo cual confirmó que las pacientes adolescentes son población en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Se concluyó que uno de los factores fue falta de educación sexual ya que el 46.7% eran pacientes analfabetas; la promiscuidad se consideró otro factor influyente ya que el 34% tenían 2 o más compañeros sexuales. De las pacientes afectadas el 13.7% eran pacientes casadas y el 40.8% afirmaron ser unidas, lo que indicó que el tener un compromiso con una pareja sexual no absuelve de contraer infecciones de transmisión sexual.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS
CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

ABSTRACT

INFECTIONS OF SEXUAL TRANSMISSION IN PREGNANT TEENAGERS, REGIONAL HOSPITAL OF WEST 2011.

Author: Lester Mauricio Abac Prado

Key words: teenager, pregnant, infection of sexual transmission.

Objective: To determine incident of teen patients embarrassed with infections of sexual transmission, which they consulted to the Department of Gynaecology and Obstetrics of the National Hospital of West.

Precedents and Introduction: It was investigated in Guanajay México, on sexually transmitted diseases in pregnant teenagers, predominating over ages between 13-15 years, diseases of major prevalencia were moniliasis and tricomoniasis. Investigation began to determine incident, age, more frequent germ and treatment that was provided in National Hospital of West.

Methodology: Market - descriptive, including 10-19-year-old patients embarrassed with sexually transmitted diseases who consulted to the Department of Gynaecology and deposited to the service. Being interviewed, examined and there were realized samples of blood, culture, gram of vaginal secretion.

Results: of 270 patients, the incident was 88.88 %. Diagnostic methods of major alteration: culture of secretion 56.7 %, gram and KOH with 32 %. Gérmen more frequent *Cándida Albicans* 31.9 %, ages more affected between 17-19 years with 54.4 %. More antibiotic major prescribed antimycotic treatment with 57 %. Of the treated patients 55 % evolved satisfactorily.

Discussion: Of the evaluated patients, 88.88 % presented infections of sexual transmission, which confirmed that the teen patients are a population in risk of contracting infections of sexual transmission. One concluded that one of the factors was lacking in sexual education since 46.7 % was illiterate patients; the promiscuity was considered to be another influential factor since 34 % had 2 or more sexual companions. Of the affected patients 13.7 % was married patients and 40.8 % they affirmed to be joined, which indicated that to have a commitment with a sexual pair it does not absolve of contracting infections of sexual transmission.

INDICE DE CONTENIDOS

	PAG
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Objetivos	27
IV. Material y métodos	28
V. Resultados	33
VI. Discusión y Análisis	48
6.1 Conclusiones	51
6.2 Recomendaciones	52
VII. Referencias Bibliográficas	53
VIII. Anexos	54

INDICE DE TABLAS

	PAG
Tabla No 1 - No 2	33
Tabla No 3 - No 4	34
Tabla No 5 - No 6	35
Tabla No 7 - No 8	36
Tabla No 9 - No 10	37
Tabla No 11 – 12	38
Tabla No 13 – No 14	39
Tabla No 15 – No 16	40
Tabla No 17	41
Tabla No 18	42
Tabla No 19	44
Tabla No 20	45
Tabla No 21	47

I. INTRODUCCION

La infección de transmisión sexual constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas producidas por virus, bacterias, hongos, protozoos. Se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo, el cual se produce casi y exclusivamente durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, sexo oral y sexo anal, afectando tanto a hombres como a mujeres.

La adolescencia es el periodo de la vida que procede a la niñez y que abarca de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se considera la etapa en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto, va de los diez a los diecinueve años.

La práctica de relaciones sexuales sin protección en la adolescencia es cada vez más frecuente, debido a varios factores que se presentan en esta etapa de la vida; entre los cuales resaltan la falta de contención afectiva en el seno de la familia, baja autoestima, estilo de vida irresponsable y el desconocimiento de las consecuencias que estas conllevan. Esto aumenta considerablemente los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, complicaciones durante el embarazo, y el período perinatal.

El presente trabajo denominado Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes Embarazadas, fue realizado en el Hospital Regional de Occidente en el año 2011; se realizó una investigación prospectiva descriptiva, en la cual se estudiaron un total de 270 pacientes adolescentes embarazadas, captadas entre el primero de enero y el 31 de diciembre del 2011. Determinando que la incidencia de pacientes adolescentes embarazadas con infecciones de transmisión sexual fue de un 89%, la cual se estableció a través de una adecuada anamnesis utilizando una boleta de recolección de datos, examen clínico y toma de muestras biológicas de VDRL, KOH, gram y cultivo. No se utilizaron pruebas específicas como Agar Thayer Martin, Agar New York city, Agar Martin Lewis, Agar chocolate, Agar sangre ya que el Hospital Regional de Occidente no contaba con estos medios.

De las características epidemiológicas que se identificaron en las pacientes afectadas, el rango de edad que predominó fue de 17 a 19 años presentando un 50.8%, la procedencia con mayor índice de casos fue el área urbana, con un 57.1%, así mismo se evidenció que el nivel de escolaridad que sobresalió fue primaria con un 35.2%. De los gérmenes causales de infección de transmisión sexual que se identificaron, el que predominó fue *Cándida Albicans* con un 35.8%, seguido de *Gardnerella Vaginalis* con un 25%. En este estudio solo se dio seguimiento al 60.4% de pacientes, y de éstas el 2.49% presentó TPP, siendo un 39.6% de pacientes a las cuales no se dio seguimiento, por la limitante que no reconsultaron.

II. ANTECEDENTES

1. Se realizó una investigación descriptiva prospectiva en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara en el año 2010. El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de ITS en un grupo de 40 adolescentes embarazadas, mediante diagnóstico microbiológico. Se observó que 23 pacientes (57.5%) tuvieron resultados positivos en la prueba de epitelio aceto reactivo indicando displasia cervical, sugestiva de infección por virus del papiloma humano. Asimismo, se encontraron, como agentes causales de ITS, *C. albicans* en 17.5% y *G. vaginalis* en 10% de las adolescentes. No se obtuvieron hallazgos de *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *T. pallidum*. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis B (VHB) ni virus de hepatitis C (VHC).

El 80% de las adolescentes fluctuó entre los 17 y 19 años, con un promedio de 17.45. El 52.5% acudió a su primera consulta prenatal en el tercer trimestre del embarazo. El 75% refirió tener una pareja sexual. El 72.5% tuvo manifestaciones clínicas de ITS, siendo más frecuente la secreción vaginal. En la colposcopia se detectó displasia leve en el 57.5% de las pacientes. No se encontró *T. vaginalis*. Se aislaron levaduras en el 30% de las muestras: 17.5% *C. albicans* y 12.5% levaduras diferentes a *C. albicans*. El 10% de las pacientes presentó datos patognomónicos de *Gardnerella vaginalis*. No se aisló *N. gonorrhoeae*. Las pruebas serológicas fueron negativas para AgsHB, VHC, VIH, y VDRL.

2. Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal sobre prevalencia de infecciones de transmisión sexual en adolescentes embarazadas atendidas en la ESE Hospital Jose María Hernández de Mocoa, Putumayo, desde el primero de enero hasta el 31 de diciembre del año 2010.

El universo del estudio estuvo representado por 635 gestantes atendidas en la institución prestadora de servicios de salud, con el propósito de determinar el comportamiento de las infecciones de transmisión sexual durante el embarazo.

El 64.7% representa el total de adolescentes atendidas, el 25% del total de las embarazadas fue portadora de una ITS, de ellas el 65.02% estaban en rangos de 17 años.

La patología más frecuente en las adolescentes embarazadas fue la vaginosis bacteriana asociada a *Gardnerella Vaginalis* con el 59.6%, seguida del virus del papiloma humano con el 23.9%, se presentó un caso de VIH que presenta el 2.9% de los casos en dicha población.

Del total de portadoras de ITS el 92.6% tenían algún grado de escolaridad y el 7.4% no lo tenían. El no uso de métodos de anticoncepción fue alto en la población adolescente con un 73.6%.

3. En La universidad nacional autónoma de Nicaragua León facultad de ciencias médicas departamento de ginecología y obstetricia se realizó un estudio sobre enfermedades de transmisión sexual en embarazadas durante el tiempo julio 2004 y diciembre 2006. y concluyeron que :

La prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes estudiadas fue 91%. En orden de frecuencia encontramos Candida Albicans 91%, Tricomonas Vaginallis 34%, Virus de Papiloma Humano 6 %, Neiseria Gonorrea 4%, Gardnerella Vaginallis 3% y Treponema Pallidum 2%.

El promedio de edad fue de 17 años con una desviación estándar de ± 1.33 . La procedencia fue 56% urbana y 44 % rural. En el nivel de escolaridad predominó la primaria (67%) de las pacientes. La mayor parte de las adolescentes estaban acompañadas (82%).

La situación familiar de las adolescentes embarazadas estudiadas fue ligeramente ambigua. Más de la mitad de ellas provenía de hogares donde sus padres estaban separados (58%), 64% convivían con la familia del compañero donde el suegro era el jefe de familia en un 57% y la suegra en el 7%. Estas adolescentes eran en su totalidad dependientes económicamente con excepción de 4, lo que las situaba en una situación de vulnerabilidad. Por otro lado, ninguna vivía sola, lo que sugiere que ellas pudieran estar recibiendo apoyo de las personas con que convivían.

Las adolescentes estudiadas tuvieron promedio de menarquía a los 13 años ± 0.95 ; el promedio de IVSA fue de 15 años ± 1.3 ; el promedio de compañeros sexuales fue de 1, dato esperado por la edad y por la gesta de estas pacientes que en el 85% estaban cursando su primer embarazo.

Aun cuando el 89% de estas adolescentes mencionaron tener conocimiento de algún método de planificación familiar, los más referidos fueron el condón (82%), los métodos hormonales (74%), y el DIU (24%). A la hora de investigar sobre su uso, solo 20% habían utilizado en algún momento un método hormonal y 15% preservativos.

Las adolescentes urbanas reportaron con mayor frecuencia (60%) haber escuchado o tener algún conocimiento de ITS, que las provenientes de área rural (35%). De la ETS que más habían escuchado era del VIH/SIDA, seguido por la Gonorrea y la Sífilis. Aun cuando, más de la mitad de las adolescentes provenientes de área urbana y un tercio de las de área rural refirieron el condón como método de prevención de ETS, solamente una joven del área urbano dijo haberlo utilizado con ese fin.

Las ITS entre las adolescentes embarazadas estudiadas presentaron alta prevalencia en comparación a otros segmentos de la población. En orden de frecuencia encontramos Candidiasis, Trichomoniasis, Condilomatosis o presencia de VPH, Gonorrea, vaginosis bacteriana y sífilis.

4. Estrada, Guido y Bonilla, en su tesis (que consto de una muestra de 21 pacientes) encontraron que los microorganismos más frecuentes causantes de leucorrea en adolescentes embarazadas eran: *candidasp.,gardnerellavaginales* y su combinación *candida/gardnerella*, siendo la edad más afectada la de 18 años, con una gestación mayor de 20 semanas.

5. En otro estudio, Soza y Suazo, encontraron en el municipio de San Francisco Libre que el 76% de jóvenes iniciaron su vida sexual antes de los 19 años, además que los conocimientos sobre sexualidad y ITS se encuentran más en jóvenes con mayor nivel escolar y mayor edad. Sin embargo esto no garantizaba una conducta adecuada.

6. México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes y, según especialistas, el problema seguirá si no se atiende la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos, el que haya maestros poco preparados y gobiernos locales que obstaculizan políticas públicas en la materia.

Los expertos ponen especial énfasis en la resistencia social y política para atender el problema y advierten la posibilidad de un grave retroceso al respecto.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

Según el informe "La infancia cuenta en México 2006" de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179 mil 413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164 mil 108.

Con base en la estadística por entidad federativa, Quintana Roo ocupa el primer lugar con 7%, le siguen Baja California Sur, Chiapas y Chihuahua, con 6.9%.

Querétaro está en última posición con 3.9%, muy de cerca están Yucatán y el Distrito Federal, ambos con 4%. El director de la red, Gerardo Sauri, aclaró que hay un sesgo en la información porque "no estamos hablando de una edad importante, 12 y 14 años, donde sabemos que ocurren estos casos. Hay un vacío importante de datos".

Cada año la incidencia por estados varía: Chiapas tuvo un decremento de 2.2%, Zacatecas incrementó su proporción en 23% y sólo Quintana Roo ha mantenido altos porcentajes en el quinquenio.

7. En una entrevista para EL SIGLO, Paradas señaló que la práctica sexual entre las adolescentes aumenta considerablemente los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos que pueden provocar la muerte.

Dijo que más del 50% de los embarazos en adolescentes terminan en abortos y del otro 50% restante, entre un 20 y un 25% son embarazos no deseados.

A juicio del especialista, el perfil reproductivo de los dominicanos está caracterizado por el hecho de iniciarse a una edad muy temprana, alrededor de los 12 ó 13 años aproximadamente.

"Factores íntimamente relacionados con la sexualidad del adolescente, como es el desconocimiento de los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos u otros problemas, provocan un comportamiento irresponsable entre estos grupos, en lo que la mayoría no utiliza ninguna clase de métodos anticonceptivos", expresó.

RIESGOS. Paradas advirtió que en los últimos tiempos se ha registrado un incremento sustancial en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo en adolescentes, que son los grupos de mayor riesgo.

Dijo que el perfil del comportamiento sexual en los adolescentes implica mucho riesgo. Señaló que otra de las características de estos grupos es la multiplicidad de parejas con las que mantienen relaciones sexuales.

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) también se conocen comúnmente como infecciones venéreas, y son algunas de las enfermedades más comunes que se pueden contagiar de otra persona a través del contacto sexual. Afectan a hombres y mujeres. La mayoría son tratables.(1,2,5)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ITS son las bacterias, parásitos, hongos y virus. Existen más de 20 tipos de ITS, que incluyen:(3,4)

- Vaginosis Bacteriana
- Vaginitis Moniliásica
- Vaginosis Mixta
- Gonorrea
- Herpes simple
- VIH/SIDA
- VPH
- Sífilis
- Tricomoniasis

Algunas ITS como el herpes genital y la vaginosis bacteriana son muy frecuentes en las mujeres embarazadas en los Estados Unidos. Otras ITS en especial el VIH y la sífilis, son mucho menos frecuentes en las mujeres embarazadas. La tabla siguiente muestra estimaciones del número de mujeres embarazadas que cada año resultan infectadas con una enfermedad de transmisión sexual en los Estados Unidos.(3,4,5)

ITS	Cifra estimada de ITS en mujeres embarazadas
Vaginosis bacteriana	1,080,000
Herpes simple tipo 2	880,000
Clamidia	100,000
Tricomoniasis	124,000
Gonorrea	13,200
Hepatitis B	16,000
VIH	6,400
Sífilis	<1,000

Las ITS pueden tener casi las mismas consecuencias en las mujeres embarazadas como en las que no lo están. Las ITS pueden causar cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer, hepatitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras complicaciones. Muchas ITS que afectan a las mujeres son silenciosas, es decir, se presentan sin síntomas ni signos. (3,4) En una mujer embarazada los 3 tipos más frecuentes de infección de transmisión sexual son: candidiasis, tricomoniasis y vaginosis. Una mujer embarazada puede transmitir una ITS a su hijo antes, durante o después del nacimiento del bebé. Ciertas ITS como la sífilis atraviesan la placenta o infectan al bebé mientras está en el útero (matriz). Otras ITS (como la gonorrea, clamidia, hepatitis B y el herpes genital) pueden ser transmitidas de la madre al bebé durante el nacimiento, cuando el bebé pasa por la vía del parto. El VIH puede atravesar la placenta durante el embarazo, infectar al bebé durante el trabajo de parto y, a diferencia de casi todas las otras ITS, puede infectar al bebé a través de la lactancia materna. (4,5,6)

Una mujer embarazada que tiene una enfermedad de transmisión sexual también puede presentar un parto antes de término, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero e infección uterina después del parto. Entre los efectos dañinos que pueden causar las ITS en los bebés se incluyen mortinatos (bebé que nace muerto), bajo peso al nacer (menos de cinco libras), conjuntivitis, neumonía, septicemia neonatal, daño neurológico, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis (enfermedades del hígado). (1,2)

Si padece de ITS causada por bacterias o parásitos, el médico puede tratarla con antibióticos u otros medicamentos. Si padece de ITS causada por un virus, no hay curación. Algunas veces los medicamentos pueden mantener la enfermedad bajo control. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse con ITS.

Una gran parte de estas enfermedades se centran en los genitales de ambos sexos. Pero, en algunos casos, también pueden verse afectados otros órganos o zonas, como el hígado, el intestino, las articulaciones, el sistema inmunológico, etc.

Este grupo de enfermedades no es homogéneo en sus consecuencias. Algunas pueden llegar a ser graves, causando dolor crónico, esterilidad, e incluso la muerte. En cambio otras, si se tratan a tiempo, no son perjudiciales. La clave es diagnosticarlas a tiempo, ya que se propagan rápidamente. (1,2,3)

La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece ITS, puede causarle graves problemas de salud al bebé. Las ITS representan riesgos especiales para las mujeres embarazadas y sus bebés. Estas infecciones pueden causar aborto espontáneo, embarazo ectópico, parto prematuro, nacimiento sin vida, defectos de nacimiento, enfermedades durante el primer mes de vida del bebé y la muerte del bebé recién nacido. Lo más frecuente es que el bebé se infecte durante el parto al pasar por un conducto pélvico infectado. Sin embargo algunas de estas infecciones pueden cruzar la placenta e infectar al feto. (4,5)

ADOLESCENCIA:

La edad que sucede a la niñez y que abarca de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocido como adolescencia, que va desde los 10 hasta los 19 años.

El término proviene de la palabra latina adolescentiae. (6,7)

Es en otras palabras la transición entre el infante y el adulto, se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no solo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga en su propio entorno. (6,7)

Cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, que comienza a una edad determinada debido a los cambios hormonales. La adolescencia varía en su duración de acuerdo a cada persona. (6,7)

De acuerdo a la OMS una de cada 5 personas en el mundo es adolescente. Dentro de ese total el 85% vive en países pobres, o de ingresos medios, por otra parte unos 1,7 millones de adolescentes mueren cada año. (7)

La OMS define como adolescencia “al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. (8)

Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. (8)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población.

En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. (6,7,8)

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 19 años. Por los matices según las diferencias de edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia temprana
2. Adolescencia media
3. Adolescencia tardía

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios funcionales y corporales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder el interés por los padres e inicia básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (6,7,8)

Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (6,7,8)

Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **“son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”**.” (6,7,8)

Entre los principales cambios que experimenta una persona durante su adolescencia aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la entidad sexual, y la solidificación de amistades, con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, uso de drogas y el sexo sin protección. (7)

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. (6,8)

La “tasa de fecundidad adolescente (TFA)” ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la “tasa de fecundidad general (TFG)”, condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. (6,8)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (8)

INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA POBLACION GENERAL Y ADOLESCENTES

En la epidemiología de las ITS se deben abordar aspectos relativos a la frecuencia y distribución de estas enfermedades y también aspectos sobre aquellos factores que determinan su aparición en la comunidad o en grupos de población. (9,10)

El análisis de la distribución de estas enfermedades es difícil por la existencia de diversos inconvenientes. Muchas personas que padecen estas enfermedades consideran que son consecuencia de un deterioro de su conducta moral, siendo este carácter vergonzante de las mismas el que conduce a evitar la atención en servicios asistenciales, a los que acudirían para consultar otros procesos, incluso con automedicación siguiendo el consejo de amigos y conocidos. Esto conlleva además que los registros sobre mortalidad (asistida y declarada) no reflejen lo que ocurre en la realidad. (10)

- Estas enfermedades afectan especialmente a personas que tienen dificultad de acceso a los servicios asistenciales: adolescentes, prostitutas, adictos a drogas por vía parenteral.
- Muchas de estas enfermedades se manifiestan de forma asintomática o pausintomáticas, sobre todo en mujeres, por lo que no se diagnostica y no se tratan, siendo las personas que las padecen una fuente de infección para otras personas.
- Es frecuente la existencia de infecciones mixtas, por lo que se complica el diagnóstico.
- No existe un registro global de todas ellas, ya que el sistema de enfermedades de declaración obligatoria se recogen datos de sífilis, gonorrea y chlamydias y no de otras ITS.
- Este sistema es útil para demostrar tendencias, pero al tratarse de declaraciones numéricas solo reflejan el número de personas declaradas, no su distribución por edad, sexo y orientación sexual.

- Las infecciones de transmisión sexual son distintas según se realice la consulta: clínicas de obstetricia, ginecología, de infecciones de transmisión sexual, consultas de planificación familiar.

FACTORES BIOLÓGICOS:

La inmadurez del sistema reproductivo de las adolescentes supone una mayor susceptibilidad para las infecciones de transmisión sexual por diferentes motivos:

- El epitelio poliestratificado que reviste la vulva ofrece una menor resistencia de forma fisiológica en las niñas púberes, por lo que es posible que a ese nivel asientan gérmenes como el gonococo que en la mujer adulta no lo hace.
- Menor resistencia a la mucosa vaginal.
- En la postmenarquia aparece una mayor zona de ectopia en el cérvix uterino. Gérmenes como *C. Tracomatis* o *N. Gonorrhoeae* asientan en el epitelio cilíndrico y no en el escamoso. Esta mayor ectopia favorece además una mayor permeabilidad del moco.
- Es posible que con la edad se adquiera cierta inmunidad y resistencia a algunos patógenos transmitidos sexualmente. En esta inmunidad juega un papel importante los anticuerpos (Ac) tipo IgE presentes en los epitelios y secreciones genitales. Esto explica la reducción en la prevalencia de algunas infecciones a partir de los 25 años. La edad joven está asociada a una baja prevalencia de anticuerpos anti-chlamydia.
- Con respecto a la transmisión del VIH, el riesgo de contagio para la chisa es 2-4 veces superior que en el varón ya que la mujer expone más superficie de mucosa durante el coito, existe mayor concentración de virus en el semen que en los fluidos vaginales y la presencia de una ETS en el cérvix uterino representa un factor de riesgo añadido. (10,11,12)

ACTIVIDAD SEXUAL:

Edad de inicio de la actividad coital: Se ha producido un adelantamiento en la edad de inicio de la actividad coital y una tendencia a la equiparación de la edad entre los dos sexos en la primera relación coital, aunque en nuestro país existe una mayor precocidad en los chicos que en las chicas.

Esta disminución de la edad de inicio de la actividad coital posiblemente está influenciado por:

- Eficacia y divulgación de los métodos anticonceptivos.
- Bajo nivel cultural de los padres.
- Falta de creencias religiosas.
- Precocidad de la menarquía.
- Inestabilidad familiar
- Mayor permisividad cultural y social. (1,2,3,8)

NEISSERIA GONORRHOEAE

La gonorrea es una infección de transmisión sexual causada por una bacteria llamada Neisseria Gonorrhoeae. La gonorrea, también denominada blenorragia, blenorrea y uretritis gonocócica, es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual común.

Estas bacterias pueden infectar el tracto genital, la boca y el recto. En las mujeres, el primer lugar de infección es el cérvix. Sin embargo la enfermedad se puede diseminar al útero y las trompas de Falopio produciendo enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Las mujeres infectadas pueden infectar de gonorrea a sus bebés a la hora del parto y causarle infección en los ojos.

Se ubica preferentemente en zonas templadas y húmedas del cuerpo (el conducto urinario y el cuello uterino sobre todo). Es una enfermedad venérea, es decir, solo se transmite a través del contacto sexual directo y no se contagia mediante toallas, baños públicos, piscinas, etc.

Si una mujer embarazada tiene gonorrea, es posible que le transmita la infección a su bebé cuando este pasa por la vía del parto durante el nacimiento. Esto puede provocar ceguera, infección en las articulaciones y una infección sanguínea potencialmente mortal para el bebé. Las mujeres que padecen gonorrea durante el embarazo tienden a tener índices más altos de aborto, infección del saco gestacional y del líquido amniótico, parto prematuro y ruptura prematura de membranas. Tratar la gonorrea tan pronto como se detecta en la mujer embarazada reducirá el riesgo de estas complicaciones. (4,5,6)

En 2000, 358,995 casos de gonorrea fueron divulgados a los Centros para el Control y la Prevención de la Enfermedad CDC. En los Estados Unidos, aproximadamente 75% de todos los casos divulgados de gonorrea se encuentran en personas jóvenes envejecidas 15 a 29 años.

Los índices más altos de la infección se encuentran generalmente en las mujeres de 15 a 19 años de edad y hombre de 20 a 24 años de edad. (4,5,6)

Los primeros síntomas de gonorrea generalmente son leves. Usualmente, los síntomas aparecen dentro de 2 a 10 días después de haber tenido contacto sexual con una pareja

infectada. Un pequeño número de personas pueden estar infectadas por meses sin mostrar síntomas.

Cuando las mujeres tienen síntomas, los primeros son:

- Sangrado asociado con las relaciones sexuales por la vagina.
- Dolor o ardor al orinar.
- Descarga vaginal amarilla o con sangre.
- Algunos síntomas más avanzados, que pueden indicar el desarrollo de EIP, incluyen calambres y dolor, sangrado entre periodos menstruales, vómitos o fiebre.

Los hombres tienen síntomas más frecuentes que las mujeres. Los síntomas incluyen:

- Pus proveniente del pene y dolor
- Ardor al orinar que puede ser severo.
- Los síntomas de una infección rectal incluyen la descarga, comezón anal, y ocasionalmente movimientos en el intestino dolorosos con sangre fresca en el excremento.

Generalmente se usan tres técnicas de laboratorio para diagnosticar la gonorrea: tinción de muestras biológicas directamente para la bacteria, la detección de genes ácido nucleico (DNA) bacteriano en la orina y crecimiento de la bacteria en un cultivo de laboratorio. Muchos médicos prefieren hacer más de una prueba para llegar a un diagnóstico más exacto.

La prueba de tinción implica colocar una muestra de la descarga del pene o del cérvix, en un portaobjetos y teñirlo con un tinte. Entonces el doctor usa un microscopio para buscar las bacterias en el portaobjetos. Esta prueba es bastante exacta para los hombres pero no es buena para las mujeres. Solo una de cada dos mujeres con gonorrea tiene tinción positiva.

La prueba de cultivo implica colocar una muestra de la descarga en plato de cultivo y incubarla por dos días para permitir que la bacteria se multiplique. La sensibilidad de esta prueba depende del sitio de donde se toma la muestra. Los cultivos de muestras cervicales detectan la infección aproximadamente el 90% de las veces. (10,11,12)

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

La prueba más confiable para confirmar la existencia de la infección gonocócica es el cultivo del germen en el agar seleccionado, como por ejemplo Thayer-Martin. La tinción de gran y las pruebas ácido nucleicas son prácticas en casos positivos, aunque su sensibilidad varía extensamente.

Las drogas de elección para el tratamiento de la infección gonocócica localizada durante el embarazo son: La ceftriaxona (125mg IM una sola dosis) y la cefixima (400mg PO en una sola toma). La primera droga es el agente preferido para el tratamiento de la infección diseminada y debe administrarse un gramo IV o IM cada 24 horas hasta lograr

una respuesta clínica. No deben utilizarse tetraciclinas ni quinolonas durante el embarazo debido a sus efectos lesivos sobre los dientes y el cartílago del feto. Las pacientes alérgicas a los antibióticos B-lactámicos pueden ser tratadas con una dosis aislada de dos gramos IM de espectinomicina. (10,11,12)

TREPONEMA PALLIDUM (SIFILIS):

Antiguamente, era considerada la infección de transmisión sexual más peligrosa, hasta que el descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming en 1928 se convirtió en un tratamiento eficaz para controlarla.

Está causada por una bacteria llamada treponema pallidum. La vía principal de transmisión es el contacto sexual, pero también puede contagiarse la madre al feto durante el embarazo, a través de la placenta.

Evoluciona en tres etapas. En la primera, pocas semanas después del contagio, aparecen unas pequeñas úlceras rojizas (chancro sifilítico) en la zona donde se ha producido el contagio (genitales, ano, boca), las lesiones desaparecen poco después. Unos meses más tarde, los treponemas se extienden a través de la sangre por todo el organismo, dando lugar a diversas lesiones generalizadas: manchas en la piel, ganglios inflamados, fiebre, dolor de garganta, pérdida de apetito y malestar general.(9,10)

Estos síntomas pueden desaparecer incluso sin tratamiento, pero la infección sigue latente. Años después del contacto, la infección continúa la fase latente, durante un largo período de tiempo. Si no se aplica un tratamiento, puede producirse: úlceras en la piel y órganos internos; inflamación de las articulaciones, lesiones al corazón, hígado y sistema nervioso central. Hemos dicho que la sífilis se elimina con antibióticos. No obstante, si no se actúa rápidamente para curarla existe el riesgo de que las lesiones ya producidas sean ya irreversibles, cuando se aplique el tratamiento.

La sífilis es una infección extremadamente peligrosa para un feto que aún no haya nacido. La misma puede ser transmitida al feto a través del canal del parto y posiblemente se tendría que someter a una cesárea; aunque una cesárea podría reducir el riesgo de esta enfermedad, la misma podría ser transferida al feto en el transcurso del embarazo.

La sífilis que es transmitida al feto durante el embarazo es conocida como sífilis congénita. Más de 500,000 casos de sífilis congénita ocurren cada año en todo el mundo. Por otro lado, unos de 500,000 fetos infectados con sífilis son abortados o nacen muertos cada año.

SINTOMAS DE LA SIFILIS CONGENITA:

La sífilis congénita puede presentar síntomas de extrema gravedad, pero estos podrían no hacerse notar inmediatamente. Los bebés que nacen padeciendo sífilis congénita podrían no llegar a presentar ninguna clase de síntomas hasta cumplir los ocho meses de vida. Los bebés infectados con la bacteria de la sífilis por lo general experimentan erupciones cutáneas, o pequeñas áreas irritadas y adoloridas en su cuerpo. Si su bebé estuviera infectado probablemente el aspecto de su piel sería amarillento (ictericia), su naricita sangraría con mucha frecuencia, sus brazos y sus piernas estarían inflamados y presentaría puntos o manchas pegajosas en su boquita. Su bebé también podría tener un llanto muy débil o parecido al relincho de un caballo. Los bebés infectados con esta enfermedad también podrían llegar a padecer anemia o llegar a padecer neumonía durante los primeros años de su vida. (1,2,4)

La sífilis crónica podría causar daños serios en el sistema óseo del bebé, en sus dientes, en su visión, en sus oídos, y en su desarrollo mental. El bebé podría sufrir apoplejías, experimentar retraso mental o crecimiento físico deficiente. El 12% de los bebés recién nacidos e infectados con sífilis congénita, eventualmente mueren a causa de esta enfermedad.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyándose en antecedentes epidemiológicos. El diagnóstico de certeza se establece con la observación de *Treponema pallidum* en el microscopio de campo oscuro o tinciones con inmunofluorescencia a partir de muestras sanguíneas, base del cordón umbilical y de órganos. Se apoya con pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas. El VDRL y RPR son pruebas no treponémicas con alta sensibilidad pero baja especificidad, por lo que en caso de ser positivas deben ser confirmadas con una prueba treponémica como el FTA-Abs, para poder confirmar que el paciente tiene sífilis. (9,10,12)

La penicilina es la droga de elección para esta afección debido a su potencialidad comprobada de prevenir la infección congénita de la mayoría de los casos. En casos de confirmarse alergia al medicamento los pacientes deben ser desensibilizados mediante regímenes orales o intravenosos.

El tratamiento es bastante sencillo si se realiza antes de que la futura mamá llegue al cuarto mes del embarazo. Una simple inyección de penicilina podrá evitar que el feto pueda llegar a infectarse. Si se sometiera a un tratamiento después del cuarto mes del embarazo, el mismo no surtiría los resultados esperados. Entre el 40 y el 70% de las mujeres que se hubieran sometido a un tratamiento tardíamente, o que no hubieran tratado médicamente su sífilis, darán a luz bebés que padecerán sífilis congénita.

HERPES GENITAL:

El virus de esta infección es uno de los más difundidos entre los seres humanos. La transmisión se produce generalmente por vía sexual, pero también a través del contacto con las manos. Úlceras, picazón, fuertes dolores localizados en los genitales, escozor al orinar, fiebre y malestar similar al de la gripe, son los principales síntomas. Si no se trata debidamente, puede propiciar el riesgo de contraer diversas enfermedades. Como todas las dolencias de origen vírico, su tratamiento suele ser tedioso en algunos casos. Además, existe el riesgo de probabilidad de reaparición de los síntomas, especialmente en situaciones de estrés. En caso de embarazo, es necesario mantener un control estricto para evitar daños irreversibles en el niño.

Aproximadamente una de cada cuatro mujeres embarazadas está infectada con herpes genital, aunque la mayoría no lo sabe. Afortunadamente, solo un pequeño número transmite la infección a sus bebés.

Las mujeres que contraen herpes genital por primera vez cerca de la fecha del parto tienen entre de un 30 a 50% de probabilidad de transmitir la infección a sus bebés durante un parto vaginal, tengan o no síntomas. El riesgo es tan alto porque la mujer embarazada que acaba de contagiarse con el herpes no ha podido producir todavía los anticuerpos contra la enfermedad que podrían ayudarla a proteger a su bebé durante el parto. Los estudios sugieren que alrededor del dos por ciento de las mujeres embarazadas que nunca antes han tenido herpes lo contrae durante el embarazo. (12)

Las mujeres que tuvieron la infección antes del embarazo y padecen un rebrote o solo una infección silenciosa en el momento del parto vaginal tienen solo aproximadamente un 3% de probabilidades de contagiar a sus bebés.

En ocasiones, lo que parece ser el primer episodio grave de herpes durante el embarazo puede ser el rebrote de una infección inicialmente silenciosa. El riesgo de que estas mujeres infecten a sus bebés es bajo. En algunos casos, los análisis de sangre pueden identificar entre una infección nueva y una recurrencia de una infección anterior. Si una mujer embarazada tiene antecedentes de herpes genital, se deberá detectar cualquier signo de infección antes de que entre en parto. Si la mujer embarazada tiene una infección activa (primaria o recurrente) en el momento del parto es posible proteger al bebé mediante una cesárea. La mayoría de las mujeres con herpes recurrente puede dar a luz por vía vaginal sin correr riesgos si no hay signos de infección en el momento del parto. (12)

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

Se puede diagnosticar por medio del método de ELISA. Algunos médicos recomiendan usar aciclovir durante el último mes de embarazo en aquellas mujeres que han tenido una infección primaria durante el embarazo o que tienen brotes recurrentes. Algunos estudios sugieren que este tratamiento puede ayudar a prevenir las infecciones

activas durante el trabajo de parto y el alumbramiento a reducir la necesidad de un parto por cesárea.

Sin embargo, la mayoría de las madres de bebés con infecciones por herpes no presenta signos ni síntomas de herpes activo en el momento del parto. Los médicos aún no han desarrollado un buen método para proteger al bebé cuando sus madres tienen una infección silenciosa en el momento del parto. Los análisis de cultivos virales no son útiles durante el trabajo de parto y el alumbramiento ya que los resultados tardan de 1 a 3 días.

Los investigadores están trabajando en el desarrollo de vacunas y análisis de sangre que permitan un diagnóstico más rápido durante el trabajo de parto para reducir el número.

CHLAMYDIA TRACOMATIS:

Es el patógeno de transmisión sexual más común de los pacientes occidentales. Esta infección se debe a la bacteria chlamydia tracomatis, que se transmite por contacto con las mucosas vaginales, uretra, boca, recto y ojos, afectando a la uretra en los hombres (uretritis) y al cuello uterino en las mujeres (cervicitis). Sus síntomas son más evidentes en el hombre que en la mujer, aunque no siempre resultan fáciles de descubrir. Se confunden en ocasiones con los de la gonorrea, y son, principalmente: secreción vaginal y dolor en la parte inferior del vientre en las mujeres; en el hombre, inicialmente aparecen secreciones transparentes que se vuelven luego cremosas, así como muchas ganas de orinar y dolor. Se cura siguiendo un tratamiento específico con antibióticos. Si no se atiende a tiempo, la infección puede progresar y provocar esterilidad tanto en los hombres como en las mujeres. (1,2,3)

La infección por clamidia es una enfermedad de transmisión sexual bacteriana reportada con mayor frecuencia en los Estados Unidos. En el 2008, los 50 estados y el Distrito de Columbia reportaron 1,210,523 infecciones clamidiales a los CDC. Muchos casos no se reportan porque la mayoría de personas con clamidia no saben que tienen la infección y no se hacen pruebas para detectar la enfermedad. Además, es frecuente que se traten los síntomas y no se hagan las pruebas de detección. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES, por sus siglas en inglés), se calcula que 2,291,000 personas de la población civil no institucionalizada de los Estados Unidos, entre los 14 y 39 años de edad sufren de la infección causada por C. tracomatis. Las mujeres se vuelven a infectar frecuentemente si sus parejas sexuales no reciben tratamiento. (1,2,3)

Hay cierta evidencia de que en las mujeres embarazadas, las infecciones clamidiales que no reciben tratamiento pueden propiciar partos prematuros. Los bebés que nacen de mujeres infectadas pueden contraer infecciones clamidiales en los ojos y en las vías respiratorias. La infección por clamidia es una de las causas principales de neumonía precoz y conjuntivitis en los recién nacidos.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

La chlamydia tracomatis puede crecer en cultivos de tejidos, sin embargo, esta metodología es bastante cara y requiere mucho tiempo. Afortunadamente existen pruebas de reconocimiento más rápidas y menos caras, como las sondas de ácido nucleico, que son lo suficientemente sensible para justificar su uso en la identificación de chlamydia tracomatis.

Aunque la tetraciclina y la doxiciclina poseen la mayor actividad contra C. tracomatis, estos fármacos no deben utilizarse durante el embarazo debido a sus efectos dañinos para los dientes del feto. Durante varios años, la eritromicina fue considerada la droga de elección para C. tracomatis durante el embarazo.

Consecuentemente el agente preferido en este momento es la azitromicina 1000mg por vía oral en una sola dosis y amoxicilina 500mg PO cada 8 horas por 7 días.

Las personas VIH positivas que tienen la infección por clamidia, deben recibir el mismo tratamiento que las personas que son VIH negativas. (4,5,6)

TRICHOMONAS VAGINALES

Las trichomonas son unos parásitos protozoos que se ceban especialmente con las mujeres. El hombre puede contagiar la enfermedad, aunque no presente ningún síntoma. Se calcula que cada año se registran 7,4 millones de casos nuevos en mujeres y hombres. Estos microorganismos se contraen mediante contacto sexual. No se descarta el contagio por medio de ropas o toallas húmedas cuando se trata de niñas o ancianas que carecen de los protectores y antisépticos bacilos de Doderlein o los tienen en cantidades mínimas. (3,4)

Secreción vaginal espumosa de aspecto amarillento y un olor muy fuerte, picor e irritación, son sus principales signos. Actualmente existen tratamientos muy eficaces, que deben ser llevados a cabo por ambos miembros de la pareja. La inflamación genital que produce la tricomoniasis, puede aumentar la susceptibilidad de una mujer a contraer la infección por el VIH, si queda expuesta a este virus. La probabilidad de que una mujer con VIH pase el virus a su pareja sexual (o parejas sexuales) aumenta si tiene tricomoniasis.

Las mujeres que tienen tricomoniasis pueden dar a luz a bebés prematuros o con bajo peso (esto es menos de 5.5 libras). Para diagnosticar la tricomoniasis tanto en hombres como en mujeres, un proveedor de atención médica debe realizar un examen físico y una prueba de laboratorio. El parásito es más difícil de detectar en los hombres que en las mujeres. En las mujeres, el examen pélvico puede revelar la presencia de pequeñas úlceras rojas en las paredes de la vagina o en el cuello uterino.

La tricomoniasis suele curarse con medicamentos recetados, ya sea metronidazol o tinidazol o en una sola dosis por vía oral. Los síntomas de la tricomoniasis en hombres infectados pueden desaparecer en unas semanas sin tratamiento alguno. Sin embargo,

un hombre infectado que nunca haya tenido síntomas o sus síntomas hayan desaparecido, puede seguir infectando o reinfectando a su pareja sexual femenina mientras no se trate la infección. Por lo tanto ambos en la pareja deben tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito. Las personas que se están tratando de eliminar la tricomoniasis deben evitar tener relaciones sexuales hasta que tanto ellas como sus parejas hayan terminado el tratamiento y no tengan síntomas. Las mujeres embarazadas pueden tomar metronidazol. (11,12)

El hecho de que una persona haya tenido tricomoniasis una vez no significa que no pueda contraerla de nuevo. Una persona puede seguir siendo susceptible a la reinfección aun cuando haya completado el tratamiento.

DIAGNOSTICO

La vaginitis por tricomona se caracteriza por una secreción vaginal profunda, purulenta y maloliente que se puede acompañar de prurito en vulva, son abundantes las secreciones vaginales, en las pacientes con concentraciones altas de microorganismos, se observa eritema vaginal en manchas y colpitis macular (cuello uterino en fresa), el pH de las secreciones vaginales puede pasar de 5.0, la microscopía de las secreciones revela tricomonas móviles y número aumentado de leucocitos.

TRATAMIENTO:

El metronidazol es el único medicamento que posee actividad uniforme contra la *Trichomona Vaginalis*. La eficacia del tratamiento es de un 95% o mayor si su pareja sexual es tratada simultáneamente. La resistencia al microorganismo es poco común, y la resistencia relativa se puede superar normalmente mediante la administración del fármaco en dosis aumentadas y durante un mayor período de tiempo. (11,12)

CANDIDIASIS URETROGENITALES:

Tienen en común con la tricomona un nombre a primera vista inofensivo. Otras semejanzas estriban en que afectan principalmente al sexo femenino y que el hombre puede ser portador asintomático. Pero, en esta ocasión no se trata de un protozoo, sino de un hongo, que se asienta en las mucosas húmedas y calientes.

La vía de contagio es diversa: relaciones sexuales, ropas, objetos, etc. Algunas circunstancias como el uso de antibióticos, estrés, diabetes o una disminución en las defensas naturales del organismo, favorecen su proliferación. Por lo general los síntomas femeninos son: aumento de la secreción vaginal, que se torna blanca y espesa, picor intenso, olor fuerte y, en ocasiones, inflamación de las vías urinarias y de la vejiga.

El hombre presenta enrojecimiento del glande y prurito. Tiene un tratamiento rápido y eficaz si lo realizan ambos miembros de la pareja.

DIAGNOSTICO:

La candidiasis puede ser no complicada, esporádica o recurrente cuando los episodios se presentan cuatro o más veces en un año. Clínicamente las pacientes presentan síntomas del área genital o urogenital como prurito, dolor, ardor miccional, dispareunia, flujo transvaginal aumentado que puede ser grumoso con aspecto de requesón o en el embarazo fluido incrementado blanco lechoso.

La prueba más simple para confirmar el diagnóstico o inicio de micosis es el examen microscópico en preparación de KOH. Los cultivos se indican solo en aquellas pacientes con resultados clínicos persistentes y en las que han obtenido un resultado negativo en el examen microscópico y para aquellas con infección recurrente que han respondido pobremente al tratamiento. El agar de sabouraud en un medio óptimo para el cultivo y puede permitir la identificación de una especie de cándida con un patrón inusual de sensibilidad a complejos antimicrobiales.

TRATAMIENTO:

La terapia tópica, administrada durante un período de entre tres y siete días, con agentes como el miconazol, terconazol, clotrimazol y butoconazol, suele ser muy efectiva. El tratamiento de mujeres con una infección recurrente o persistente es problemático. Estas pacientes deben recibir información sobre las medidas preventivas, que incluyen: evitar los baños espumosos, el uso de ropa interior de algodón, y la atención absoluta de la higiene perineal. En los casos refractarios particulares, la administración de antimicrobianos sistémicos como el ketoconazol o el fluconazol debe ser considerada debido a su mayor actividad contra las reservas de levadura en el tracto gastrointestinal. (1,2,3)

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:

Se trata de lesiones verrugosas similares a crestas de gallo, causadas por un virus muy contagioso y localizado en la vagina, cuello uterino o genitales externos de la mujer. Otro síntoma es el prurito.

El mismo es uno de los virus más comunes, conocido como el virus del papiloma humano (VPH), el cual afecta aproximadamente al 80% de la población. Existen aproximadamente 100 diferentes variedades del VPH, 30 de las cuales son transmitidos por vía sexual. Algunas de las restantes 70 variedades del VPH son responsables del desarrollo de verrugas cutáneas comunes y corrientes; como aquellas que pueden encontrarse en las manos, verrugas plantares (las que se encuentran en la parte inferior de los pies), las verrugas juveniles y otros tipos de verrugas.

De aquellas variedades de verrugas que son transmitidas por vía sexual, algunas podrían llegar a causar el desarrollo de verrugas genitales. No obstante, muchas variedades del virus son asintomáticas. Aun así, existe evidencia que sugiere que cuando la mujer está infectada con VPH, el organismo prepara el sistema inmune para luchar contra este virus.

Sin embargo, únicamente con esta clase particular de VPH el organismo recibirá inmunidad, pero posibilitando que vuelva a aparecer una infección con una variedad del virus totalmente diferente. (4,5,6)

¿Qué son las verrugas genitales?

La diferencia entre las verrugas genitales y las verrugas comunes es que las verrugas genitales solo aparecen en el área de los genitales; dentro y alrededor de la vagina, del cuello uterino, de la vulva, del ano, del pene y del escroto. Además las verrugas genitales se esparcen con mucha facilidad mediante el contacto sexual directo; y a través del contacto sexual vaginal, anal u oral.

Las verrugas genitales tienen la apariencia de coliflores. Los síntomas que denotan la presencia de estas verrugas usualmente no incluyen ningún tipo de quemazón o picazón. De hecho, las verrugas genitales normalmente no son dolorosas, y su apariencia es de color carne. Las mismas pueden ser blandas o suaves al tacto. No obstante algunas verrugas genitales pueden llegar a ser pequeñas, lo que hará que la paciente no se dé cuenta que cuenta que las tiene.

Algunas variantes del VPH han sido asociadas con el desarrollo de cáncer cervical. Aquellas variedades causantes de verrugas genitales no están asociadas con el cáncer cervical y no son la causa de otros problemas de salud, más allá del desarrollo de las verrugas genitales. (10,11,12)

DIAGNOSTICO:

Para el diagnóstico, el método más utilizado es el del papanicolau, existen otros métodos como la detección de antígeno y la Hibridación del ADN, pero su alto costo impide que se realicen de forma rutinaria.

Las mujeres embarazadas que tienen verrugas genitales usualmente descubren que los síntomas de sus verrugas genitales empeoran durante el embarazo. Esto se debe a que el sistema inmune es naturalmente suprimido durante este tiempo, dejándolas más vulnerables durante la posibilidad de contraer diferentes virus o infecciones. Como consecuencia de ello, es que las verrugas podrían aumentar de tamaño y alargarse más.

TRATAMIENTO

A pesar que no existe cura para las verrugas genitales, es posible tratarlas y extirparlas, aunque las mismas podrían desarrollarse nuevamente. El tratamiento para las verrugas genitales puede incluir:

- Uso de ácido tricloroacético (ATA)
- Uso de ácido bicloroacético (ABA)
- Uso de crioterapia
- Uso de Electrocauterización

Todos estos tratamientos pueden llevarse a cabo en el consultorio del médico. No obstante, si una amplia área de anatomía estuviera infectada con verrugas genitales, lo

más recomendable es una cirugía con láser. Esta clase de tratamiento requerirá el uso de anestesia o de una inyección epidural.

Por otro lado, existen dos tipos de verrugas genitales, para las cuales están disponibles una serie de tratamientos que podrían realizarse en casa. Tanto el podofilox como el imiquimod son cremas de uso tópico que pueden ser aplicadas sobre las verrugas genitales externas. El podofilox también puede adquirirse en forma de gel, actúa destruyendo el tejido verrugoso, y requiere 4 semanas de uso consecutivo para poder lograr los resultados esperados. No obstante, esta medicación tópica no es muy recomendada en el caso de las mujeres embarazadas, ya que las sustancias químicas presentes en las cremas podrían ser absorbidas por la piel y posiblemente podrían provocar daños al bebé, o causar que el mismo nazca con defectos del nacimiento.

El imiquimod, por otra parte, realmente actúa reforzando el sistema inmune ayudando a que el organismo pueda luchar contra el virus. Es verdaderamente importante tomar en cuenta que, tanto el podofilox como el imiquimod son medicaciones que se venden bajo prescripción médica. Los medicamentos comunes que pueden adquirirse sin receta médica nunca deberían ser usados en el área de genitales.

El Lomatrex es otro tratamiento sumamente efectivo en lo que respecta a tratar las verrugas vaginales. El Lomatrex es un medicamento 100% natural, muy eficaz para tratar las verrugas genitales. El mismo ofrece un rápido alivio a las molestias provocadas por las verrugas vaginales y posee muy pocos efectos colaterales.

Algunas mujeres deberían tratar de someterse a cualquier clase de tratamientos contra el VPH durante el embarazo. Dado que las verrugas genitales usualmente vuelven a aparecer durante el transcurso del embarazo; muchas mujeres descubrirán que es más fácil esperar hasta que hayan dado a luz a sus bebés para comenzar a tratarlas adecuadamente. Lo más recomendable sería que discutiera con el médico las ventajas y desventajas de someterse a alguna clase de tratamiento para aliviar o curar momentáneamente las verrugas genitales durante su embarazo. (1,2,3,4,5)

Las Verrugas Genitales y el Embarazo

La mayor parte de las mujeres embarazadas con antecedentes de padecer VPH y verrugas genitales podrán disfrutar tranquilamente de embarazos sumamente saludables y parto sin ninguna clase de complicaciones. No obstante, el VPH puede ser transmitido tanto antes y posiblemente durante el momento del parto, en el caso de las mujeres que sufrieran un caso activo de verrugas genitales. Además, las verrugas genitales podrían dificultar la capacidad femenina de dar a luz a sus bebés por vía vaginal.

No es para nada inusual que las mujeres embarazadas tengan verrugas genitales tan largas que puedan llegar a bloquear el canal del parto, imposibilitando dar a luz a sus bebés por vía vaginal. También existe el riesgo de que las verrugas puedan comenzar a sangrar a medida que el bebé vaya pasando por el canal del parto. En algunos casos, podría llegar a ser necesario que una mujer se sometiera a una cesárea, si las verrugas llegaran a bloquear completamente el canal del parto, como también si corriera riesgo

excesivo de padecer una hemorragia masiva durante el parto. El hecho de someterse a una cesárea no ha demostrado una reducción en el riesgo de transmitirle el virus a su bebé.

Una mujer embarazada que haya sido infectada con VPH y además tenga verrugas genitales debería estar muy preocupada acerca de la posibilidad de transferir está extremadamente común enfermedad de transmisión sexual a su bebé. A pesar de que la misma no es curable, las verrugas genitales usualmente plantean una mínima amenaza para la salud del bebé durante el transcurso de su embarazo. En los hombres, la enfermedad puede ser asintomática o puede producir verrugas. Se transmite por contacto sexual o cutáneo. Su curación debe ser llevada a cabo por el ginecólogo con láser, fármacos, electrocoagulación. Es imprescindible cuanto antes al especialista para evitar que se extienda. (4,5,6)

GARDNERELLA VAGINALIS:

Es un bacilo implicado en la infección denominada vaginosis bacteriana, caracterizada por un desequilibrio en la flora saprófita normal de la vagina con una disminución de *Lactobacillus* spp. y un sobrecrecimiento poblacional de *Gardnerella vaginalis* y otras bacterias aerobias y anaerobias.

Es una bacteria inmóvil, anaerobia facultativa, no encapsulada y no forma endosporas. Anteriormente era conocida como *Haemophilus vaginalis*.

La vaginosis bacteriana es la principal causa de secreción y mal olor vaginal aunque el 50% de las mujeres pueden ser asintomáticas.

La *Gardnerella vaginalis* es una bacteria que está siempre en el cuerpo de la mujer, es un habitante normal del cuerpo, que durante toda la vida es inofensivo y ayuda a mantener el nivel bacteriano adecuado, no obstante las acumulaciones de esta bacteria puede formar colonias visibles de hasta 5 cm, adicional a eso, la presencia de esta bacteria en cantidades anormales junto con la sintomatología que presenta, puede ser indicador de la existencia de una ITS.

La paciente se queja de una secreción maloliente y no irritante, y los exámenes muestran secreciones homogéneas, gris claro. Un "olor a pescado" pasajero puede ser sentido con la aplicación de hidróxido de potasio al 10 % en la secreción vaginal en una lámina de vidrio. El término vaginosis viene dado ya que a diferencia de *Candida* y *Trichomonas*, *G. vaginalis* no produce signos de inflamación en la mucosa vaginal ni migración linfocitaria, por consiguiente es clasificada como una vaginosis.

DIAGNÓSTICO:

Se basa generalmente en los hallazgos clínicos después de excluir todas las otras causas. Cuando se agrega una gota pequeña de KOH a una alícuota de secreción vaginal, a veces se libera olor a pescado. Sin embargo hay controversia en realizar o no cultivo, el cual aún no se ha descartado, ya que la misma crece en este medio.

TRATAMIENTO:

El de elección y el más eficaz es el metronidazol, ya que tiene una excelente actividad contra bacterias anaerobias y protozoos, se obtiene una tasa de curación aproximada del 90%. También se pueden usar antibióticos como amoxicilina y ampicilina.

HEPATITIS B:

Es una inflamación del hígado. Esta enfermedad se origina por un virus, también por alcohol y medicamentos, que se expulsa a través de la piel y la orina, provocando una infección aguda.

La hepatitis es una enfermedad provocada por virus de los que existen muchas variedades. Las más conocidas son la hepatitis A, B, C y Delta.

Esta diferenciación se logró gracias a los avances médicos de identificación de los distintos virus. Cada una de ellas tienen formas especiales de presentación y las posibles complicaciones difieren sustancialmente, especialmente en la mujer embarazada, por las implicancias para la salud ulterior de la madre y el bebé.

Habitualmente suele curarse, pero también suele hacerse crónica, los síntomas: fiebre, cansancio, ictericia, aparecen tras un largo periodo de incubación, que puede variar de 50 a 160 días. El contagio se produce por contacto, por medio de heridas, por ingestión, e incluso por la placenta de una madre infectada. Ante haber tenido la sospecha de haber tenido relaciones sexuales con una persona portadora, hay que acudir al médico para ver si ha ocurrido contagio y si es conveniente la vacunación.

La hepatitis B puede ser transmitida por la madre a su bebé, poniendo en peligro su salud, si no se toman los recaudos necesarios. Es muy importante la realización de un test en sangre materna para saber su condición inmunológica en relación con este tipo de hepatitis. Se pueden detectar embarazadas que solo son portadoras del virus, y no padecen la enfermedad, pero pueden transmitirla al bebé intraútero, en el post parto o durante la lactancia.

Sus síntomas son parecidos a los de la hepatitis A, pero el tiempo de incubación de la enfermedad puede ser de hasta 6 meses. El problema de esta enfermedad es que en un 10% de los casos se transforma en un proceso crónico que puede evolucionar después de 10 a 25 años a una cirrosis o cáncer hepático. Con una frecuencia muy baja, puede ser fulminante y destruir el hígado en pocos días, siendo en este último caso el trasplante hepático, la única solución para evitar la muerte. La vía de contagio es diferente a la de la

hepatitis A, en esta enfermedad el contagio se produce a través de las relaciones sexuales, accidentes con materiales contaminados (jeringas o equipos de diálisis no bien esterilizados), transfusiones de sangre o compartiendo jeringas en los casos de drogadicción.

El diagnóstico se confirma mediante el test de laboratorios específicos. Cuando la enfermedad se diagnostica en el tercer trimestre del embarazo hay muchas posibilidades de que sea transmitida para el bebé, con serias consecuencias para su salud, incluso padecer una hepatitis crónica con riesgos de muerte. Se puede disminuir la posibilidad de contagio del bebé si se le administra gamaglobulina específica y vacunación en el momento del nacimiento. El mismo tratamiento deberá recibir los recién nacidos de madres portadoras crónicas del virus de la hepatitis B. No existen tratamientos específicos para la enfermedad declarada. Solo la prevención mediante vacunas específicas.

(VIH) SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), descrito por primera vez en 1981, es una enfermedad infecciosa que afecta al sistema inmunológico humano, encargado de proteger el organismo de las afecciones extremas. Con las defensas debilitadas, queda a merced del ataque de numerosos virus, bacterias, hongos, etc., capaces de provocar grandes enfermedades e incluso la muerte. Al agente causante del SIDA se le denomina virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

El Sida se transmite por el contagio de una persona infectada a otra sana a través de la sangre, el semen o las secreciones vaginales. El VIH ataca el sistema inmunológico y destruye las células del sistema inmunológico llamadas células CD4 que el organismo necesita para combatir las infecciones. Las personas infectadas con VIH pueden no desarrollar SIDA inmediatamente. De hecho, pueden tardar muchos años en hacerlo. A medida que el sistema inmunológico se debilita, la persona infectada va perdiendo su capacidad de combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer lo que puede poner en peligro la vida o ser fatal. Hay medicamentos potentes para tratar el SIDA y que han mejorado considerablemente las perspectivas para las personas con VIH SIDA. Son situaciones de riesgo: compartir jeringuillas, agujas y material de aseo como hojas de afeitar, cepillos de dientes, utensilios de manicura, pedicura, etc.

Asimismo en las relaciones sexuales con penetración, sobre todo si es anal, el riesgo aumenta si existen lesiones o heridas por las que pueda penetrar el virus. Las mujeres gestantes con el virus tienen muchas probabilidades de infectar a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Pueden optar por acogerse a uno de los tres supuestos que contempla la ley del aborto o continuar con el embarazo., sometiéndose a un tratamiento para reducir los riesgos de transmisión. Se considera que no existe riesgo en las transfusiones de sangre, ya que actualmente están controladas por el sistema sanitario.

Aunque, gracias a la investigación, ha aumentado la esperanza y calidad de vida de los afectados, todavía no existe ningún remedio para su curación, por lo que la prevención sigue siendo la mejor defensa contra el VIH.

La clamidia la sífilis, la gonorrea, la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana se pueden tratar y curar con antibióticos durante el embarazo. No existe una cura para las ITS virales como el herpes genital y el VIH, sin embargo, los medicamentos antivirales pueden ser adecuados para las mujeres embarazadas que tienen herpes y en especial VIH. Si una mujer tiene herpes genital activo con lesiones al momento del parto, se puede realizar una operación de cesárea, para evitar la infección del recién nacido. La cesárea también puede ser una opción para algunas mujeres infectadas por el VIH. Las mujeres que obtuvieron resultados negativos de sus pruebas de detección para la hepatitis B pueden recibir durante el embarazo la vacuna contra esta infección. (10,11,12)

¿Cómo pueden protegerse las mujeres embarazadas de estas infecciones?

La manera más segura de evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual es la abstención del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas de detección y que se sabe que no tiene ninguna infección.

Los condones de látex, cuando se usan de manera habitual y correcta, son muy eficaces para prevenirla transmisión del VIH, el virus que causa el sida. Asimismo, si los condones de látex se usan de manera habitual y correcta pueden reducir el riesgo de la transmisión de gonorrea, clamidia y tricomoniasis. El uso correcto y habitual de los condones de látex puede reducir el riesgo de contraer herpes genital, sífilis y chancros solamente. (1,2,3)

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de pacientes adolescentes embarazadas con infecciones de transmisión sexual, que consultan al departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Occidentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

3.2-1. Identificar las características epidemiológicas.

3.2-2. Determinar las características obstétricas.

3.2-3. Describir los métodos diagnósticos utilizados.

3.2-4. Identificar los gérmenes que se encuentran con mayor frecuencia en las pacientes adolescentes embarazadas.

3.2-5. Establecer el tratamiento que se proporciona.

3.2-6. Evidenciar las complicaciones que se presentan durante el embarazo que se relacionen con infecciones.

IV. MATERIAL Y METODO.

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

- PROSPECTIVO – DESCRIPTIVO

4.2. POBLACIÓN:

- Pacientes adolescentes embarazadas que consultaron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente durante el período de enero 2011 a diciembre 2011.
- Muestra: se incluyeron en el estudio a pacientes de 10 – 19 años de edad embarazadas que asistieron al servicio de consulta externa, que estuvieron en el servicio de post parto y ginecología del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente.
- La muestra se obtuvo de la siguiente fórmula:

$$N = \frac{n Z^2 p q}{(n-1) d^2 + Z^2 p q}.$$

$$N = \frac{900 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(900-1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$N = \frac{900 \times 0.9604}{2.2475 + 0.9604}$$

$$N = \frac{864.36}{3.20}$$

$$N = 270 \text{ CASOS}$$

n= total de la población en un año.

Z= significa el nivel de confianza del 95% que corresponde al 1.96.

P= proporción del factor riesgo en la población.

D= precisión deseada 5%.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes adolescentes que consultaron a las clínicas de Control Prenatal, Alto Riesgo y Clínica 1 (VIH) de la consulta externa, durante el periodo enero 2011 a diciembre 2011.
- Pacientes adolescentes embarazadas que se encuentren hospitalizadas en los servicios de post-parto y ginecología, durante el período de enero 2011 a diciembre 2011.
- Pacientes adolescentes embarazadas comprendidas en las edades de 10 a 19 años.

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes embarazadas mayores de 19 años.
- Pacientes adolescentes embarazadas que se encuentren con hemorragia o hidrorrea.
- Pacientes con infección de transmisión sexual no embarazadas.
- Pacientes adolescentes embarazadas con infecciones por E. Coli, H. Influenzae, S. Agalactiae, M. Hominis, Enterobacterias, S. Aureus, las cuales no se consideran infecciones de transmisión sexual.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Cuantitativo
Incidencia	Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.	Cuantitativo
Procedencia	Es el origen de algo, o el principio de donde nace o deriva	Cualitativo <ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana
Escolaridad	Período de tiempo en que un niño o joven asiste a la escuela para aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Cuantitativo <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Universitario
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativo <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unido • Divorciado • Viudo
Ocupación	Actividad o trabajo	Cualitativo <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Otros
Infección de Transmisión Sexual	Son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ITS son las bacterias, parásitos, virus y hongos.	Cualitativo <ul style="list-style-type: none"> • Vaginitis Moniliásica • Vaginosis Bacteriana • Vaginosis Mixta • Vaginitis Tricomoniásica • Hepatitis B • Gonorrea • VIH • Sífilis • VPH • Herpes genital
Adolescencia	Período en el desarrollo biológico, psicológico y sexual que procede a la niñez y que comienza con la pubertad.	Cuantitativo <ul style="list-style-type: none"> • 10-19 años
Edad Gestacional	Período que transcurre entre la implantación en el	Cuantitativo <ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre

	útero del óvulo fecundado y el momento del parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo trimestre • Tercer trimestre
Gestas	Total de embarazos que una paciente tiene o ha tenido.	<p>Cuantitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera gesta • Segunda gesta • Tercera gesta • Multigesta • Gran multigesta
No. De Compañeros sexuales	Cantidad de parejas con las que se mantiene intimidad sexual.	<p>Cuantitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno • Dos • Tres
Método Biológico de Laboratorio	Exámenes de laboratorio los cuales aíslan diferentes tipos de gérmenes.	<p>Cualitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • KOH • Cultivo • Gram • VDRL
Gérmenes causales de ITS	Organismo que dispone de individualidad y una organización biológica de lo más elemental. Su principal acción es la de causa o propagar enfermedades.	<p>Cualitativo</p>
Complicaciones Obstétricas	Afección durante el embarazo que pone en riesgo al feto o a la madre.	<p>Cualitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • TPP • TPP + RPMO

PROCESO DE INVESTIGACIÓN

- Se presentó el anteproyecto al docente de investigación y docente de Ginecoobstetricia.
- Se presentó el anteproyecto al asesor, docente y jefe de departamento de Ginecoobstetricia para la aprobación.
- El trabajo de campo se realizó de la siguiente manera:
 1. Se realizó un protocolo de diagnóstico y tratamiento en pacientes embarazadas adolescentes de 10 a 19 años.
 2. Se utilizó una boleta de recolección de datos para investigar:
 - a) Datos generales de la paciente.
 - b) Datos ginecoobstétricos.
 - c) Conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual.
 3. Se utilizó una boleta de consentimiento informado para la muestra de toma biológica de VDRL, gram, cultivo y KOH.
 4. Se llenó la historia clínica de las pacientes.
 5. Se tomó una muestra biológica en pacientes embarazadas adolescentes.
 6. Se hizo reporte de laboratorio.
 7. Se aislaron los gérmenes más frecuentes de ITS en nuestro medio.
 8. Se tabularon los datos obtenidos para realizar la estadística y cuadros gráficos.
 9. Se analizaron y discutieron los datos obtenidos de los cuales se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.
 10. Se informó al personal sobre los resultados de la investigación.
 11. Se realizó revisión de la investigación por los tutores.
 12. Se entregó el informe final.

V. RESULTADOS

CUADRO No. 1

FRECUENCIA

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-13	8	3.0%
14-16	115	42.6%
17-19	147	54.4%
TOTAL	270	100.0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 2

INCIDENCIA

EDAD	FRECUENCIA	Porcentaje
10-13	7	2,60%
14-16	96	35,6%
17-19	137	50,8%
TOTAL	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 3

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	Porcentaje
URBANA	154	57.1%
RURAL	86	31.9%
TOTAL	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 4

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	Porcentaje
ANALFABETA	77	28.5%
PRIMARIA	95	35.2%
SECUNDARIA	68	25.3%
TOTAL	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 5

ESTADO CIVIL

ESTADOCIVIL	FRECUENCIA	Porcentaje
SOLTERA	105	39%
UNIDA	110	41%
CASADA	25	9%
TOTAL	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 6

OCUPACIÓN

OCUPACION	FRECUENCIA	Porcentaje
AMA DE CASA	140	52%
ESTUDIANTE	68	25%
OTROS	32	12%
TOTAL	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No.7

GESTAS

GESTAS	FRECUENCIA	Porcentaje
PRIMERA	112	41.5%
SEGUNDA	91	33.7%
TERCERA	37	13.7%
Total	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 8

EDAD GESTACIONAL

EDADGESTACIONAL	FRECUENCIA	Porcentaje
PRIMER TRIMESTRE	56	20.7%
SEGUNDO TRIMESTRE	86	31.9%
TERCER TRIMESTRE	98	36.4%
Total	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 9

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

No DE COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIA	Porcentaje
UNO	152	56.3%
DOS	66	24.5%
TRES	22	8.2%
TOTAL	240	89%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 10

REPORTE DE LABORATORIO

Reporte de Laboratorio	Positivos	Porcentaje	Negativos	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
GRAM + CULTIVO	97	40,4%	173	59.6%	100%
KOH	86	35,8%	184	64.2%	100%
KOH + CULTIVO	44	18,3%	226	81.7%	100%
CULTIVO	13	5,4%	257	94.6%	100%
VDRL	0	0%	270	100%	100%
ELISA	0	0%	270	100%	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 11

GÈRMENES MÀS FRECUENTES

GERMENES MAS FRECUENTES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CANDIDA ALBICANS	86	35,8%	35,8%
GARDNERELLA VAGINALIS	60	25%	60,8%
CANDIDA+GARDNERELLA	40	16,7%	77,5%
CLAMIDIA TRACHOMATIS	17	7,1%	84,6%
TRICHOMONA+GARDNERELLA	15	6,3%	90,9%
TRICHOMONA VAGINALIS	13	5,4%	96,3%
CANDIDA+TRICHOMONA	4	1,7%	98%
TRICHOMONA+CLAMIDIA	3	1,3%	99,2%
MYCOPLASMA GENITALLIUM	2	0,8%	100,0%
TOTAL	240	100,0%	100,0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 12

DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICOS	INICIAL	Porcentaje	FINAL	Porcentaje
VAGINOSIS MIXTA	180	75,0%	62	25,8%
VAGINITIS MONILIASICA	50	20,8%	86	36,3%
VAGINITIS TRICOMONIASICA	10	4,2%	13	5,4%
VAGINOSIS BACTERIANA	0	0%	79	32,5%
TOTAL	240	100,0%	240	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No.13

TRATAMIENTO PRESCRITO

TRATAMIENTO PRESCRITO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ANTIMICOTICO+ ANTIBIOTICO	154	63,8%	84,6%
ANTIMICOTICO	50	20,8%	20,8%
NITROIMIDAZOLES+ ANTIMICOTICO	26	11,3%	100,0%
NITROIMIDAZOLES	10	4,2%	88,8%
TOTAL	240	100,0%	100,0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 14

SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SI SE DA	145	60,4%	100,0%
NO SE DA	95	39,6%	39,6%
TOTAL	240	100,0%	100,0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 15

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

RESPUESTA AL TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MEJORIA	129	53,8%	53,8%
NO SE SABE	95	39,6%	93,3%
RECURRENCIA	16	6,7%	100,0%
TOTAL	240	100,0%	100,0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 16

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	Se dio seguimiento	Porcentaje	No se dio seguimiento	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO PRESENTO TPP	139	57,9%	0	0%	57,9%
PRESENTO TPP	4	1.66%	11	4,6%	6,26%
PRESENTO TPP + RPMO	2	0.83%	0	0%	0,83%
NO SE SABE	0	0%	84	35%	35%
TOTAL	145	60.4%	95	39,6%	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 17

GERMENES SEGÚN EDAD

EDAD	CANDIDA ALBICANS	CANDIDA+ GARDNERELLA	CANDIDA+ TRICHOMONA	CLAMIDIA TRACHOMATIS	GARDNERELLA VAGINALIS	MYCOPLASMA GENITALIUM	TRICHOMONA VAGINALIS	TRICHOMONA+ CLAMIDIA	TRICHOMONA+ GARDNERELLA	TOTAL
10-13 % Fila	4 57,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0	2 28,6	0 0,0	0 0,0	00,00,0	1 14,3	7 100,0
14-16 % Fila	39 40,6	14 14,6	2 2,1	10 10,4	18 18,8	1 1,0	6 6,3	0 0,0	6 6,3	96 100,0
17-19 % Fila	43 31,4	26 19,0	2 1,5	7 5,1	40 29,2	1 0,7	7 5,1	3 2,2	8 5,8	137 100,0
TOTAL % Fila	86 35,8	40 16,7	4 1,7	17 7,1	60 25,0	2 0,8	13 5,4	3 1,3	15 6,3	240 100,0

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 18

GÉRMENES SEGÚN EL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

No. DE COMPAÑEROS SEXUALES	CANDIDA ALBICANS	CANDIDA+GAR DNERELLA	CANDIDA+TRI CHOMONA	CLAMIDIA TRACHOM ATIS	TOTA L
UNO % Fila	67 44,1	20 13,2	0 0,0	4 2,6	152 100,0
DOS % Fila	12 18,2	20 30,3	3 4,5	11 16,7	66 100,0
TRES % Fila	7 31,8	0 0,0	1 4,5	2 9,1	22 100,0
TOTAL % Fila	86 35,8	40 16,7	4 1,7	17 7,1	240 100,0

No DE COMPAÑEROS SEXUALES	GARDNERELL A VAGINALIS	MYCOPLASM A GENITALIUM	TRICHOMON A VAGINALIS	TRICHOMONA + CLAMIDIA	TOTA L
UNO % Fila	57 37,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	152 100,0
DOS % Fila	1 1,5	1 1,5	8 12,1	1 1,5	66 100,0
TRES % Fila	2 9,1	1 4,5	5 22,7	2 9,1	22 100,0

GÉRMENES SEGÚN EL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

GERMENES MAS FRECUENTES		
No DE COMPAÑEROS SEXUALES	TRICHOMONA+ GARDNERELLA	TOTAL
UNO % Fila	4 2,6	152 100,0
DOS % Fila	9 13,6	66 100,0
TRES % Fila	2 9,1	22 100,0
TOTAL % Fila	15 6,3	240 100,0

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 19

COMPLICACIONES SEGÙN LA EDAD

EDAD	NO PRESENTO TPP	NO SE SABE	PRESENTO TPP	PRESENTO TPP + RPMO	TOTAL
10-13	6	0	0	1	7
% Fila	85,7	0,0	14,3	14,3	100,0
14-16	64	23	8	1	96
% Fila	66,7	24,0	9,4	1,0	100,0
17-19	69	61	7	0	137
% Fila	50,4	44,5	5,1	0,0	100,0
TOTAL	139	84	17	2	240
% Fila	57,9	35,0	6,0	1,1	100,0

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 20

GÉRMENES SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADOCIVIL	CANDIDA ALBICANS	CANDIDA+ GARDNERELLA	CANDIDA+ TRICHOMONA	CLAMIDIA TRACHOMATIS	TOTAL
CASADA % Fila	14 56,0	0 0,0	1 4,0	4 16,0	25 100,0
SOLTERA % Fila	37 35,2	25 23,8	3 2,9	11 10,5	105 100,0
UNIDA % Fila	35 31,8	15 13,6	0 0,0	2 1,8	110 100,0
TOTAL % Fila	86 35,8	40 16,7	4 1,7	17 7,1	240 100,0

ESTADO CIVIL	GARDNERELLA VAGINALIS	MYCOPLASMA GENITALIUM	TRICHOMONA VAGINALIS	TRICHOMONA+ CLAMIDIA	TOTAL
CASADA % Fila	0 0,0	1 4,0	1 4,0	3 12,0	25 100,0
SOLTERA % Fila	14 13,3	1 1,0	4 3,8	0 0,0	105 100,0
UNIDA % Fila	46 41,8	0 0,0	8 7,3	0 0,0	110 100,0
TOTAL % Fila	60 25,0	2 0,8	13 5,4	3 1,3	240 100,0

ESTADO CIVIL	TRICHOMONA+GARDNERELLA	TOTAL
CASADA % Fila	1 4,0	25 100,0
SOLTERA % Fila	10 9,5	105 100,0
UNIDA % Fila	4 3,6	110 100,0
TOTAL % Fila	15 6,3	240 100,0

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 21

GÉRMEN QUE CAUSÓ MÁS COMPLICACIONES

GERMENES MAS FRECUENTES	NO PRESENTO TPP	NO SE SABE	PRESENTO TPP	TPP + RPMO	TOTAL
CANDIDA ALBICANS % Fila	65 75,6	21 24,4	0 0,0	0 0,0	86 100,0
CANDIDA+GARDNERELLA % Fila	28 70,0	12 30,0	0 0,0	0 0,0	40 100,0
CANDIDA+TRICHOMONA % Fila	1 25,0	2 50,0	1 25,0	0 0,0	4 100,0
CLAMIDIA TRACHOMATIS % Fila	8 47,1	5 29,4	4 23,5	0 0,0	17 100,0
GARDNERELLA VAGINALIS % Fila	17 28,3	43 71,7	0 0,0	0 0,0	60 100,0
MYCOPLASMA GENITALIUM % Fila	1 50,0	0 0,0	1 50,0	0 0,0	2 100,0
TRICHOMONA VAGINALIS % Fila	8 61,5	0 0,0	5 38,5	0 0,0	13 100,0
TRICHOMONA+CLAMIDIA % Fila	1 33,3	0 0,0	2 66,7	0 0,0	3 100,0
TRICHOMONA+GARDNERELLA % Fila	10 66,7	1 6,7	4 26,7	2 13,3	15 100,0
TOTAL % Fila	139 57,9	84 35,0	17 6,0	2 1,1	240 100,0

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

VI. DISCUSION Y ANALISIS

La incidencia de infección de transmisión sexual (ITS) de las adolescentes embarazadas objeto del presente estudio fue del 89%, lo cual es menor en comparación con estudios realizados en la Universidad Autónoma de Nicaragua, donde las tasas de infección de transmisión sexual en adolescentes embarazadas fueron del 91%. Sin embargo, la incidencia es mayor en comparación a un estudio descriptivo y transversal en el Hospital Jose María Hernández de Mocoa, Putumayo sobre el comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en embarazadas en el cual el 25% del total de pacientes fue portadora de una ITS, al igual que en la India, Bangladesh y Egipto donde las tasas de infección de transmisión sexual oscilan entre 52% al 86%. Las infecciones del aparato reproductivo producen un importante impacto en la salud y la fecundidad de la mujer. Muchas de estas infecciones ocurren durante el embarazo y cuando la mujer da a luz.

En los datos epidemiológicos del grupo estudiado se identificó que el rango de edad más afectado fluctuó entre 17 a 19 años con 50.8%, coincidiendo con el estudio que se realizó en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara México en el año 2010, en el cual la incidencia de ITS fue entre la edad de 17 a 19 años, y con el estudio que se realizó en la Universidad Autónoma de Nicaragua Leon, Facultad de Ciencias Médicas, en el cual el promedio fue de 17 años, con una desviación estándar de ± 1.33 . Sin embargo en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) del 2008, reporta que la tasa de embarazos con ITS oscila entre 12 y 19 años. Así mismo se observó que las pacientes afectadas con ITS en su mayoría procedían del área Urbana en un 57.1%. Lo que nos indica que no es consecuencia de la falta de información el cursar o no con infecciones de transmisión sexual, ya que en el área urbana se cuenta con más medios de información, lo cual coincide con el estudio que se realizó en la Universidad autónoma de Nicaragua, en donde las adolescentes del área urbana reportaron con mayor frecuencia (60%) haber escuchado o tener algún conocimiento de ITS, que las provenientes del área rural (35%). La mayoría de las pacientes adolescentes embarazadas afectadas cursaron el nivel primario con 35.2%; siendo analfabetas el 28.5%. Se identificó que el estado civil predominante fue unida y soltera con un 41% y 39% respectivamente, observando que las pacientes casadas fueron afectadas únicamente en un 9%, con lo que se evidencia que el no tener un vínculo conyugal provoca comportamientos irresponsables entre estos grupos, como promiscuidad, el cual es un factor de riesgo para contraer ITS. La ocupación que prevaleció en las pacientes afectadas fue ama de casa con un 52% y solo el 25% refirieron ser estudiantes, lo que determinó que los riesgos de practicar relaciones sexuales sin protección como embarazos no deseados en adolescentes, hace que abandonen los estudios para atender y cuidar a su bebé. Así, la adolescente embarazada pierde la oportunidad para aprender las destrezas necesarias para obtener empleo y sobrevivir en el mundo de los adultos.

Los gérmenes identificados según frecuencia en el presente estudio fue *Cándida Albicans* con el 35.8%, *Gardnerella Vaginalis* con 25%, coincidiendo con la bibliografía revisada en donde refiere que los tres tipos más frecuentes de infección de transmisión sexual en la mujer embarazada son: candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana por *Gardnerella*

vaginalis. Sin embargo en Estados Unidos la infecciones de transmisión sexual más frecuentes son vaginosis bacteriana, seguido de Herpes simple tipo 2.

Del total de pacientes afectadas, vaginosis mixta fue el diagnóstico inicial predominante con un 75%, seguido de vaginitis monilíásica con el 20.8%, por lo que el tratamiento con mayor prescripción fue antimicótico más antibiótico con un 63.8%, seguido de antimicótico con un 20.8%; comparado con el diagnóstico final, donde predominó vaginitis monilíásica con un 36.3%, seguido de vaginosis bacteriana con un 32.5%; lo que nos indica que en el diagnóstico inicial el 65% de las pacientes diagnosticadas con vaginosis mixta fueron sobrediagnosticadas, ya que únicamente en el 35% se evidenció vaginosis mixta como diagnóstico final.

Durante el tiempo del estudio se identificó que del total de pacientes con infecciones de transmisión sexual, solo se dio seguimiento al 60.4%, ya que el 39.6% de pacientes no reconsultaron; así mismo se determinó que del total de pacientes a las que se dio seguimiento solo el 1.66% presentaron TPP, y el 0.83% presentaron TPP más RPMO, mientras que en el grupo de pacientes a las que no se dio seguimiento, el 4.6% presentó TPP.

Al realizar cruce de variables, se identificó que de los microorganismos más frecuentes productores de ITS; *Cándida Albicans* predominó en todos los rangos de edad estudiados con un 35.8% seguido de *Gardnerella Vaginalis* con un 25%; A la vez se evidencio que *Cándida Albicans* con un 40% fue el germen de mayor prevalencia en pacientes que referían un compañero sexual, sin embargo en pacientes que indicaban dos compañeros sexuales se evidencio la presencia de dos gérmenes a la vez, siendo estos *Cándida Albicans* más *Gardnerella Vaginalis* con un 30%, y en pacientes que indicaron tres compañeros sexuales *Cándida Albicans* fue el germen que prevaleció con un 31.8%. Esto puede ser a causa de que *Cándida Albicans* es un hongo que en el hombre suele ser asintomático, lo que hace que desconozca su enfermedad y continúe practicando relaciones sexuales sin protección, aunado a esto factores de riesgo como la promiscuidad, disminución en las defensas naturales del organismo, y que este microorganismo se asienta en las mucosas húmedas y calientes lo que favorece al contagio desmedido de este hongo.

De las pacientes diagnosticadas con ITS que se les brindo seguimiento se encontró que el rango de edad más vulnerable a presentar complicaciones en el embarazo fluctuó entre 14 -16 años, presentando trabajo de parto pretérmino en un 9.4% y trabajo de parto pretérmino mas ruptura prematura de membranas ovulares en un 1%, seguido por las edades entre 17 - 19 años hallando pacientes con trabajo de parto pretérmino en un 5.1%.

Nuevamente se evidencio a *Cándida Albicans* como el microorganismo de mayor prevalencia en pacientes con estado civil casadas con un 56% y en pacientes solteras con un 35%, no siendo así en pacientes unidas en las cuales se identificó como germen más común a *Gardnerella vaginalis* con un 41.8% seguido de *Cándida Albicans* con un 31.8%

Se pudo evidenciar que *Cándida Albicans* fue el microorganismo de mayor prevalencia, sin embargo según los resultados de esta investigación se observó que este microorganismo no causó ninguna complicación en las pacientes embarazadas a las que se les aisló el mismo, no obstante *Tricomona Vaginalis* fue el microorganismo que se aisló con mayor frecuencia en las pacientes embarazadas que presentaron alguna complicación, con un 35 % en pacientes con trabajo de parto pretérmino y con un 13.3% en pacientes con trabajo de parto pretérmino mas ruptura prematura de membranas ovulares , convirtiendo a este microorganismo como el más ofensivo para causar complicación en el embarazo.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 La incidencia de infecciones de transmisión sexual en las adolescentes embarazadas en estudio fue del 89%.

6.1.2 De las características epidemiológicas, el rango de edad que prevaleció fluctuó entre 17 a 19 años con el 50.8%; siendo en su mayoría procedentes del área urbana con un 57.1%; del nivel de escolaridad que presentaron las pacientes afectadas, el que sobresalió fue primaria, con un 35.2%; mientras que el estado civil predominante fue unida con un 41%.

6.1.3 Entre las características obstétricas de las pacientes con infección de transmisión sexual, se identificó que la edad gestacional más afectada fue durante el tercer trimestre con el 36.4%; siendo las pacientes primigestas las que presentaron índices más altos de ITS, con un 41.5%; se concluyó que del total de pacientes afectadas el 56.3% habían tenido una pareja sexual y el 8.2% habían tenido tres parejas sexuales.

6.1.4 De los métodos diagnósticos utilizados, el que se evidenció con mayor frecuencia fue el gram y cultivo de secreción con 40.4%.

6.1.5 Los gérmenes que se identificaron con mayor frecuencia fueron *Candida Albicans* con un 35.8%, seguido de *Gardnerella vaginalis* con un 25%.

6.1.6 El tratamiento de mayor prescripción fue antimicótico más antibiótico, con un 63.8%.

6.1.7 Del total de pacientes con infección de transmisión sexual, solo se dio seguimiento al 60.4%, ya que el 39.6% de pacientes no reconsultaron.

6.1.8 De las pacientes que se les dio seguimiento, el 1.66% presentó TPP y el 0.83% presentó TPP más RPMO, mientras que del grupo de pacientes que no reconsultaron el 4.6% presentó TPP.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Hacer un examen clínico completo, el cual incluya toma de muestras biológicas para detección de los distintos gérmenes que producen infecciones de transmisión sexual, a toda paciente adolescente embarazada en su primer control prenatal.

6.2.2 Identificar los distintos síntomas y signos propios de los gérmenes productores Infecciones de Transmisión Sexual.

6.2.3 Brindar tratamiento médico adecuado a las pacientes adolescentes embarazadas y a la pareja o parejas sexuales, a la vez dar buen plan educacional para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual.

6.2.4 Intensificar la promoción de las distintas medidas de protección para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual a través de pláticas educativas en los distintos centros estudiantiles.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in The United States, 2005. Diciembre de 2006, www.cdc.gov/std/stats/trends2005.htm
2. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Chlamydia FactSheet. Consultado 17 de mayo de 2007. www.cdc.gov/std/healthcomm/fact_sheet.htm.
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Surveillance 2005 Supplement. Syphilis Surveillance Report, Diciembre de 2006.
4. Coll A., "Embarazo en la Adolescencia" –Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, 1997 -Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
5. Cunningham, F. G. et al, Sexually Transmitted Diseases in Williams Obstetrics, 22^a edición. New York, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005, pags 1301-1325.
6. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002. ©1993-2001 Microsoft Corporation Reservados todos los Derechos.
7. García Sánchez M.H., Hernández Hernández M.L., Manjon Sánchez A., "Embarazo y Adolescencia" –DtoObst y Ginec. Hptal. Clin. Univers. De Salamanca –Rev. Sobre Salud Sexual y Rreproductiva N° 2, año 2, junio 2000,pag 10-12 –Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva AASSER.
8. Molina R., Sandoval J., Luengo X., "Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente" – Ruoti A.M. y col: Obstetricia y Perinatología, Cap 8 2^a edición 2000, EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
9. OBSTETRICIA DE WILLIAMS 22^a edición, México D.F. Editorial Interamericana (pp0.1301-1320)
10. SCHWARCZ –Sala Duverges, 2005. Obstetricia 6^a Edición, Buenos Aires Argentina. Editorial Ateneo (pags 327-334) WILLIAMS 2006
11. Workowski, K. A. Berman, S.M. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report, volume 55, RR11, 4 de agosto del 2006.
12. [Http://ww1.salud.consalud.com](http://ww1.salud.consalud.com)

VIII. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO EN MEDICINA
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS
CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Nombre: _____ No. De Expediente _____

Fecha del Ingreso: _____ No. De Ficha: _____

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:

1. Edad: _____
2. Procedencia: a. Urbana _____ b. Rural: _____
3. Escolaridad: a. Analfabeta: _____ b. Primaria: _____ c. Secundaria: _____
- d. Técnica: _____ e. Universidad: _____
4. Estado Civil: a. Soltera _____ b. Unida: _____ c. Casada: _____
d. Divorciada _____ e. Viuda: _____
5. Ocupación: a. Estudiante: _____ b. Ama de casa: _____
c. Obreraagrícola _____ d. Empleada Doméstica: _____ e. Otras: _____

DATOS GINECOOBTÉTRICOS:

1. Gestas: _____ Paras: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____
2. Edadgestacional: _____
3. No. De Compañeros Sexuales: _____
4. Leucorrea: SI: _____ NO: _____

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

1. Que enfermedades de Transmisión Sexual conoces? _____

2. Que formas conoces para prevenirlas? _____

DATOS CLINICOS:

1. Revisión Por Sistemas:
 - a. Prurito _____
 - b. Leucorrea _____
 - c. Ardor _____
 - d. Flujo con mal olor _____

2. Hallazgos Clinicos:
 - a. Leucorrea característica _____
 - b. Hiperemia vaginal _____
 - c. Sin signos _____
 - d. Otros: _____

3. Reporte de Laboratorio:

a. VDRL +	e. Cultivo +	i. ELISA +
b. VDRL -	f. Cultivo -	j. ELISA -
c. GRAM+ en fresco de	g. KOH +	k. Evaluaciones
d. GRAM- secreciones vaginales -	h. KOH -	

GERMENES CAUSALES (REPORTE DE LABORATORIO):

1. Candidiasis:_____ 2. Tricomoniasis:_____ 3. Sífilis:_____
4. Gonorrea:_____ 5. HPV:_____ 6. Vaginitis Bacteriana:_____ 7.
- Otros._____

MANEJO Y TRATAMIENTO.

1. Cita en 1 semana.
2. Cita en 15 días.
3. Cita en 1 mes.

ANTIMICOTICOS: SI_____ NO_____

¿Cuál?_____

ANTIBIOTICOS: SI_____ NO_____

¿Cuál?_____

NITROIMIDAZOLES: SI_____ NO_____

¿Cuál?_____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS
CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2011.**

Boleta No. _____

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo. _____ de _____ años de edad con
DPI/cedula No. _____ manifiesto que he sido informada sobre la entrevista para
poder realizar el estudio de investigación titulada “Infecciones de Transmisión Sexual en
Adolescentes Embarazadas en Hospital Regional de Occidente 2011.” Con el fin de
determinarla presencia de infecciones de transmisión sexual en mi persona, y autorizo la
toma de muestras de sangre y secreción vaginal.

He sido informada que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero
que deberá utilizarse únicamente por el investigador a cargo.

Tomando ello en consideración OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta
investigación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos específicos en el trabajo
ejecutado.

_____ de _____ de 2011

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.