



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL AÑO 2011-
2012 EN EL CENTRO DE SALUD N. 1”.**

**TESIS PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA**

**MAESTRANTE
MÉDICO, JESSICA PATRICIA GOMEZ GAVICA**

**TUTOR
DR. JULIO PROCEL AGUIÑO M.SC.**

GUAYAQUIL – ECUADOR

2015



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la **MÉDICO, JESSICA PATRICIA GOMEZ GAVICA**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar por el Grado de **MAGÍSTER EN SALUD PUBLICA**.

Dr. Mario Ortiz San Martin Esp.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Elisa Llanos Rodríguez M.Sc Dr. Marco Ruiz Pacheco MS.c.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Mercedes Morales López
SECRETARIA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA DE LA FACULTAD DE PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA. **MÉDICO, JESSICA PATRICIA GOMEZ GAVICA** CON C.I. # 0917329955.

CUYO TEMA DE TESIS ES: **“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL AÑO 2011-2012 EN EL CENTRO DE SALUD N. 1”**.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. JULIO PROCEL AGUIÑO MSC.

TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

LCDA. REBECA DE LOURDES PLÚAS SUÁREZ, con C.I. 0901414680; por medio del presente tengo bien CERTIFICAR: Que he revisado la tesis de grado elaborada por la **MÉDICO, JESSICA PATRICIA GOMEZ GAVICA**, C.I. # 0917329955, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**.

Tema de Tesis: **“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL AÑO 2011-2012 EN EL CENTRO DE SALUD N. 1”**.

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

LCDA. REBECA DE LOURDES PLÚAS SUÁREZ
C.I. 0901414680
REG. 1006-06-1000394

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por darme las fuerzas necesarias y apoyo incondicional para la culminación de este camino.

Agradecida con Dios, por la salud y por la vida.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	
Contracaratula	
Aprobación del tribunal	II
Certificado del tutor	III
Certificado del Gramátologo	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice General	VII
Índice de cuadros	IX
Índice de Gráficos	X
Repositorio	XI
Resumen	XIII
Abstract	XIV
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	2
1.2 Descripción del problema	4
1.3 Formulación del problema	5
1.4 Delimitación del problema	5
1.5 Preguntas de investigación	6
1.6 Formulación de los objetivos.	6
1.6.1 Objetivo general	6
1.6.2 Objetivos específicos	6
1.7 Justificación	7
2. Marco Teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.2. Fundamentos Teóricos	11
2.3 Fundamentos conceptuales	37

2.4 Fundamentos Legales	44
2.5 Hipótesis	45
2.6 Variables de investigación	45
2.7 Operacionalización de variables	46
3 Materiales y métodos	47
3.1 Caracterización de la zona de trabajo.	47
3.2 Universo y muestra	49
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	49
3.4 Tipo de investigación	50
3.5 Diseño de la investigación	50
3.6 Recursos humanos y físicos	50
3.8 Análisis de los resultados	51
4. Propuesta	63
5 Conclusiones	69
6 Recomendaciones	70
Bibliografía	71
Anexos	79

INDICE DE CUADROS

Contenidos	Pág.
Tabla.1: Frecuencia Infección de Transmisión Sexual en mujeres de edad fértil	51
Tabla.2: Prevalencia de infecciones de trasmisión sexual	52
Tabla.3: Distribución de agentes etiológicos en infecciones vaginales	53
Tabla.4: Agentes etiológicos	54
Tabla.5: Infecciones vaginales en embarazadas	55
Tabla.6: Frecuencia de infección de transmisión sexual	56
Tabla.7: Nivel de Instrucción de mujeres en edad fértil	57
Tabla.8: Número de parejas sexuales	58
Tabla.9: ultimo método anticonceptivo utilizado	59
Tabla.10: Inicio de la vida sexual	60
Tabla.11: Tipo de diagnóstico	61
Tabla.12: Resultados citológicos	62

INDICE DE GRAFICOS

Contenidos	Pág.
Grafico 1: Frecuencia Infección de Transmisión Sexual en mujeres de edad fértil	51
Grafico 2: Prevalencia de infecciones de trasmisión sexual	52
Grafico 3: Distribución de agentes etiológicos en infecciones vaginales	53
Grafico 4: Agentes etiológicos	54
Grafico 5: Infecciones vaginales en embarazadas	55
Grafico 6: Frecuencia de infección de transmisión sexual	56
Grafico 7: Nivel de Instrucción de mujeres en edad fértil	57
Grafico 8: Número de parejas sexuales	59
Grafico 9: Último método anticonceptivo utilizado	59
Grafico 10: Inicio de la vida sexual	60
Grafico 11: Tipo de diagnóstico	61
Grafico 12: Resultados citológicos	62



Presidencia
de la
República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	
“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL AÑO 2011-2012 EN EL CENTRO DE SALUD N. 1”.	
AUTOR/:	REVISORES:
MÉDICO, JESSICA PATRICIA GOMEZ GAVICA	DR. JULIO PROCEL AGUIÑO MS.c.
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil Escuela de Postgrado “Dr. José Apolo Pineda”	FACULTAD: Piloto de Odontología
CARRERA: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS: 83
ÁREAS TEMÁTICAS: ÁREA DE LA SALUD	
PALABRAS CLAVE: INFECCIONES, TRANSMISIÓN SEXUAL, PREVALENCIA, EMBARAZADAS	

RESUMEN: Las infecciones de transmisión sexual pueden considerarse a más de un problema de salud pública, un verdadero problema social. Altamente ligada al desconocimiento y la inconciencia del problema, es un verdadero desafío para el personal salubrista descubrir y formular políticas para frenar o atenuar el tema. Las I.T.S. se encuentran entre las causas de morbimortalidad materna y perinatal más importantes, complicaciones graves como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica como infertilidad y cáncer genital y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA o la mortal hepatitis es otra consecuencia de las mismas. Su objetivo será Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas en el Centro de Salud No. 1 de Guayaquil. Período 2011 – 2012. Con un estudio observacional de tipo descriptivo. Según datos estadísticos oficiales, lejos de bajar los casos, estos se mantienen y parecen tender al alza, esta investigación se la efectuó en un área de consulta externa, con un seguimiento de dos años a uno de los grupos más vulnerables como lo son las mujeres embarazadas que acudían a consulta y controles, aunque muchas veces en controles posteriores se evidenció la falla o el abandono del tratamiento, con consecuencias por el momento impredecibles a futuro. Sin embargo se ha hecho énfasis una vez más en la importancia de la prevención y control.

No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:
--	------------------------------

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:	(X) SI	() NO
---------------------	--------	--------

CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:	E-mail:
-------------------------------	-----------	---------

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	Nombre: *(SE DEJA EN BLANCO)
	Teléfono:

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 569898/9. **Fax: (593 2) 250905**

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual pueden considerarse a más de un problema de salud pública, un verdadero problema social. Altamente ligada al desconocimiento y la inconciencia del problema, es un verdadero desafío para el personal salubrista descubrir y formular políticas para frenar o atenuar el tema. Las I.T.S. se encuentran entre las causas de morbimortalidad materna y perinatal más importantes, complicaciones graves como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica como infertilidad y cáncer genital y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA o la mortal hepatitis es otra consecuencia de las mismas. Su objetivo será Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas en el Centro de Salud No. 1 de Guayaquil. Período 2011 – 2012. Con un estudio observacional de tipo descriptivo. Según datos estadísticos oficiales, lejos de bajar los casos, estos se mantienen y parecen tender al alza, esta investigación se la efectuó en un área de consulta externa, con un seguimiento de dos años a uno de los grupos más vulnerables como lo son las mujeres embarazadas que acudían a consulta y controles, aunque muchas veces en controles posteriores se evidenció la falla o el abandono del tratamiento, con consecuencias por el momento impredecibles a futuro. Sin embargo se ha hecho énfasis una vez más en la importancia de la prevención y control.

Palabras claves:

**INFECCIONES, TRANSMISIÓN SEXUAL,
PREVALENCIA, EMBARAZADAS**

SUMMARY

Sexually transmitted infections can be considered more of a public health problem, a real social problem. Highly linked to ignorance and unawareness of the problem, it is a real challenge for public health expert staff discover and formulate policies to curb or mitigate the issue. The I.T.S. are among the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality, serious complications such as ectopic pregnancy, pelvic inflammatory disease, preterm labor, spontaneous abortion, fetal death and congenital infections can lead to chronic disability infertility and genital cancer and death. The increase in the risk of acquiring or transmitting HIV / AIDS or hepatitis mortal is another consequence of the same. Your goal will determine the prevalence of sexually transmitted infections in pregnant Health Center No. 1 Guayaquil. Period 2011 - 2012. With an observational descriptive study. According to official statistics, far down the cases, these are maintained and seem to be trending upward, this research was conducted in the outpatient area, followed for two years to one of the most vulnerable groups such as women pregnant women attending consultation and controls, but often in later controls the fault or neglect of treatment, with unpredictable consequences for the future was evident now. However it has emphasized once again the importance of prevention and control.

Keywords:

**INFECTIONS, SEXUALLY TRANSMITTED
PREVALENCE PREGNANT**

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema muy importante dentro de la sociedad, repercutiendo en la salud tanto a nivel individual como colectivo. Adicionalmente, han recobrado importancia mundial por diversas razones, entre las que se destaca en mayor medida las relacionadas con los cambios en los comportamientos sexuales originados por la evolución de la sociedad.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013, cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2). Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). La mayor parte de las ITS son asintomáticas. Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH. Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves, entre ellas la transmisión de infecciones y enfermedades crónicas de la madre al niño.

En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia sanitaria.

Las ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes enfermedades transmisibles por vía sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Algunos, en

particular el VIH y las treponemas causantes de la sífilis, también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos. Las ITS son causadas por los diferentes tipos de bacterias, virus y parásitos. Según OMS, manifiesta que más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves. Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH. La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas.

Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita. Anualmente, la infección del VPH provoca 530.000 casos de cáncer cervicouterino y 275.000 defunciones. ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA (ONUSIDA), cada día se infectan por VIH más de 500 personas en América Latina y la región del Caribe, elevando a 1.4 millones el número acumulado de infectados por VIH. De igual manera, cerca de 50 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual ocurren cada año en esta región, en donde aproximadamente la mitad acontecen entre jóvenes de 15 a 24 años de edad.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce que las tasas de incidencia de las infecciones de transmisión sexual siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer a pacientes con muchas infecciones no contagiosas y se pueden curar a la mayoría. Existen muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres, y tanto los médicos como los pacientes tienen dificultades al tratar abierta y sinceramente los problemas sexuales, más aún cuando la paciente está embarazada.

1.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como ente rector de la salud en el Ecuador, y por medio de sus Unidades de Salud en las diferentes Coordinaciones Zonales y Distritos, este coordina, organiza y vigila el normal cumplimiento de la normativa sanitaria vigente. Los procesos del MSP se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional.

Dentro de los programas que tiene el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se tiene la Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH / SIDA - I.T.S (Infecciones de transmisión sexual), con el objetivo de disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por SIDA, por medio de los componentes como la promoción y prevención, diagnóstico oportuno, atención integral, tratamiento,

recuperación, rehabilitación o cuidados paliativos, información estratégica y participación multisectorial.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un factor de vital importancia en la determinación de los resultados obstétricos, especialmente en los países en vías de desarrollo, en los que su prevalencia es muy alta. Las ITS se asocian a numerosas complicaciones obstétricas como aborto espontáneo, mortinatalidad, prematurez, bajo peso al nacer (BPN), endometritis posparto y varias secuelas en los neonatos sobrevivientes.

El estudio se realizará en el Centro de Salud No. 1 de la ciudad de Guayaquil perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cabe indicar que esta área se encuentra ubicada en la zona céntrica de la ciudad de Guayaquil ubicado en las calles Julian Coronel 500 y Ximena.

El período a investigar corresponde a los casos notificados de ITS en embarazadas del período comprendido del año 2011 - 2012. Es un centro de salud tipo 1 (básico) que cuenta con atención de 8 horas diarias, en Medicina General, Gineco – Obstetricia y Odontología, brindando atención integral en los diferentes programas vigentes dispuestos por el Ministerio. Existe una gran concurrencia de Madres y Niños menores, principalmente menores de un año a controles debido a la cercanía del centro de vacunas y la atención en dicho centro de salud.

Este trabajo es único ya que se conoce que no se ha realizado estudio alguno sobre este tema en el Distrito de Salud 09D03, esperando crear conciencia sobre la importancia de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual en la población de embarazadas atendida en el Centro de Salud No.1; y brindar una

información que fomente su libertad pero también su madurez, de modo que ellos puedan seguir ejemplos de conductas responsables y adecuadas a su sexualidad.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011 – 2012 en el centro salud no. 1 de la ciudad de guayaquil?

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011 – 2012 en el centro salud No. 1 de la ciudad de guayaquil

Objeto de estudio: Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011 – 2012 en el centro salud No. 1 de la ciudad de guayaquil

Campo de acción: Factores de riesgos

Área: Postgrado

Lugar: Facultad piloto de Odontología

Periodo: 2010-2012

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en las embarazadas en el Centro de Salud No. 1?

¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de enfermedades en las embarazadas del Centro de Salud No.1?

¿Cuál es la evaluación a las pacientes embarazadas con enfermedades de transmisión sexual?

Es útil establecer medidas para fortalecer el control de las infecciones de transmisión sexual?

1.6 OBJETIVOS DE INVESTIGACION

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas en el Centro de Salud No. 1 de Guayaquil. Período 2011 – 2012.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar, las infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011 – 2012 en el centro salud No. 1 de la ciudad de guayaquil

Definir, factores asociados a la prevalencia de enfermedades en las embarazadas del Centro de Salud No.1

Describir, evaluación a las pacientes embarazadas con enfermedades de transmisión sexual en las mujeres embarazadas.

Diseñar, medidas de promoción y prevención de las infecciones por transmisión sexual.

1.7 JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales problemas de salud pública es precisamente las infecciones de transmisión sexual, más aún existen ciertos grupos netamente vulnerables como lo son las pacientes en gestación. Y es precisamente en este grupo, no solo por el producto sino también por la afectación que puede existir en la propia madre, con las consabidas consecuencias a posterior que podrá desembocar por este problema, por ejemplo la presencia del VPH hará suponer el riesgo para el producto en el caso de un eventual parto vía vaginal, por falta de controles, así como la alta probabilidad de que en un futuro, dependiendo del tipo de virus, esta paciente desarrolle Cáncer, con las consabidos altos costos que genera esta enfermedad, por ende la importancia de la medicina preventiva es decir la detección y tratamiento oportuno. El presente trabajo de investigación tiene como finalidad contribuir a una prevención y educación sexual para todos, informando correcta y adecuadamente a los adolescentes y adultos de lo que será su diario vivir en el Centro de salud No. 1 del Distrito 09D03 de la ciudad de Guayaquil.

Por lo que es importante determinar la prevalencia de ITS en embarazadas del Centro de Salud No. 1 de la ciudad de Guayaquil y sus resultados daría una línea de base para establecer la dinámica o comportamiento de los eventos de ITS que podría proporcionar pautas para la implementación de nuevas estrategias de prevención en las embarazadas, que repercutan en la disminución de la incidencia anual de ITS en la Provincia del Guayas.

Es necesario este tipo de información porque existe en la actualidad casos de infecciones de transmisión sexual y de prácticas sexuales sin responsabilidad que conllevan a un

desequilibrio familiar y social. Nuestro propósito es ampliar conocimientos sobre el comportamiento epidemiológico de las I.T.S. en las embarazadas.

1.8 VIABILIDAD

Para la realización de esta investigación, se ha obtenido la autorización y el apoyo de las autoridades de salud del Centro de Salud No. 1 y del Distrito 09D03, así como del personal que labora en el área de estadísticas y enfermería; en cuanto al recurso económico de esta investigación será solventado por la maestrante.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Las enfermedades de transmisión sexual son conocidas desde la antigüedad y generalmente asociadas con amores prohibidos. Hasta la Segunda Guerra Mundial eran llamadas enfermedades venéreas y solo estaban constituidas por un pequeño número de enfermedades infecciosas como son la sífilis, chancro blando, gonorrea, linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Las enfermedades de transmisión sexual provienen del contagio directo con una persona enferma y se transmiten por contactos genitales no protegidos adecuadamente, en relaciones heterosexuales, homosexuales, de madre a hijos, durante la gestación, el parto o la lactancia, o por contacto con sangre infectada.

Si no se tratan oportunamente pueden ocasionar graves trastornos de salud como esterilidad, desórdenes mentales, aumento de las probabilidades de desarrollar un cáncer, defectos físicos de nacimiento, enfermedades cardiacas e inclusive la muerte. Las ETS pueden ser sintomáticas o asintomáticas, alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ETS no desarrollan síntomas . La mayoría de estas infecciones son tratables a tiempo, pero algunas, una vez contraídas no se pueden curar.

Una persona puede tener más de una ETS al mismo tiempo, y puede de igual forma volver a contraer la misma patología. De este modo, mientras más se posponga el tratamiento, es mayor el daño que se produce en el organismo

Según las instancias como la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

La idea es que estos organismos consideran que, para lograrse y mantenerse la salud sexual, se debería respetarse los derechos sexuales de todas las personas. Sin embargo, para poder lograr este propósito, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

Hay que considerar que las infecciones vaginales constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales; y son corresponsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos. (2) Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones vaginales debido a cambios funcionales y hormonales.

La vaginosis bacteriana (VB) es un trastorno frecuente caracterizado por cambios en la flora vaginal en la que normalmente predominan especies de lactobacilos que son reemplazadas por agentes patógenos, que incluyen la *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma genital*, *Prevotella* spp.,

Peptostreptocci, *Mobiluncus* spp. y otras bacterias anaerobias que cambian el pH vaginal. (3) En el embarazo, la VB se asocia con aborto espontáneo tardío, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y endometritis posparto. (4)

Esta alteración de la flora se asocia con endometritis posparto y enfermedad pélvica inflamatoria posterior. (5) El tratamiento adecuado de las infecciones vaginales en el embarazo requiere de un adecuado análisis clínico y de laboratorio para determinar otras etiologías menos frecuentes y que ello evite el uso de medicamentos innecesarios o se produzca recidiva por falla terapéutica. (6)

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Dentro de la salud sexual, hay que estar orientado en la salud cuando se tiene relaciones sexuales y lo que es la salud reproductiva hacia la procreación, por lo que se debe respetar la sexualidad que tenga cada ser humano, como sus decisiones.

Reconociendo que en la salud tanto sexual como reproductiva, existen aspectos como biológico, psicológico, sociológico y cultural que deben estar comprometidos con los principios de valorar las diferencias individuales, respeto a la dignidad humana y la libre determinación que es el sustento a las alternativas para que las personas decidan en última instancia.

A continuación se revisa las diversas infecciones de transmisión sexual más comunes:

Las Infecciones de transmisión sexual, son conocidas como enfermedades de transmisión sexual o clásicamente como enfermedades venéreas, son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas, se transmiten de persona a persona

solamente por medio de contacto íntimo que se produce, exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, anal y oral.

Las Infecciones de transmisión sexual son causados por una amplia variedad de patógenos como:

Bacterias

Neisseria gonorrhoeae,
Treponema pallidum,
Haemophilus ducrey, *Gardnerella vaginalis*, *Clamidas trachomatis*.

Virus

Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), *virus de la Hepatitis B* *virus del herpes simple* y *virus del papiloma humano*.

Hongos

Cándida albicans.

Parásitos

Trichomona vaginales, *Sarcoptes scabies*, *Pediculos corporis* y *pubis*.

La mayoría de los microbios causantes de estas infecciones necesitan lugares cálidos y húmedos para sobrevivir. Por esto infectan la boca, el recto y los órganos genitales como la vagina, la vulva, el pene y los testículos.

Hasta los años 1990, estas aflicciones eran conocidas comúnmente con el nombre de enfermedades venéreas (del nombre Venus la diosa romana del amor). (7, 8)

Los responsables de salud pública introdujeron originalmente el término infección de transmisión sexual, que los médicos clínicos están usando cada vez. Algunas veces los términos ITS y ETS se usan de manera indistinta. Esto puede ser confuso y no siempre exacto, así que es de ayuda entender la diferencia entre la infección y la enfermedad. (9, 10)

Infección: significa simplemente que un germen como virus, bacteria, o parásito que puede causar una enfermedad está presente dentro del cuerpo de una persona. Esta persona infectada no tiene que tener necesariamente síntomas de que el virus o la bacteria están dañando realmente su cuerpo; la persona no se siente necesariamente enferma.

Enfermedad: significa que la infección está realmente causando que la persona infectada se sienta enferma, o note algo incorrecto. Por esta razón, el término ITS, que se refiere a la infección con cualquier germen o virus que pueda causar una ITS, incluso si la persona infectada no tiene ningún síntoma, es un término mucho más amplio que el de ETS.

Específicamente, el término ETS se refiere solamente a las infecciones que están causando síntomas. Debido a que la mayor parte del tiempo la gente no sabe que está infectada con una ETS hasta que comienza a mostrar los síntomas de la enfermedad, la mayoría de la gente usa el término ETS, aunque el término ITS es también apropiado en muchos casos. (11)

En general, una ITS es una infección que tiene una probabilidad insignificante de transmisión por otros medios diferentes del contacto sexual, pero tiene posibilidades reales de transmisión por el contacto sexual. Así que uno puede presumir que, si una persona está infectada con una ITS, por ejemplo Sífilis,

Chlamydia tracomatis, gonorrea, herpes genital, éstas fueron transmitidas por medio de contacto sexual. (12-16)

Sífilis.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año se producen 12 millones de infecciones por sífilis en el mundo y el 90 por ciento de ellas ocurren en países desarrollados. Este padecimiento representa un riesgo que incrementa el contagio del VIH Sida. (17)

Por una parte, el desafío que presenta esta enfermedad de transmisión sexual a la comunidad científica es que paradójicamente está cobrando más fuerza en el siglo XXI, cuestión que parecía un problema de salud reservado a los siglos pasados. Desde la Universidad Emory, en Atlanta, la investigadora Kristin Harper se preocupa por encontrar el verdadero origen de la enfermedad y cómo fue realmente su expansión, utilizando una técnica llamada filogenética. (17)

Aparentemente la bacteria origen de la enfermedad, existía realmente en el continente recién descubierto por Cristóbal Colón y de allí fue llevada a Europa. Por otra parte, estudios publicados en revistas como *The Lancet Infectious Diseases* demuestran que ante la diversidad de síntomas, su posible confusión con otras patologías y su indudable incremento en el mundo occidental, hacen necesario cambiar las políticas de salud pública y las herramientas de diagnóstico para que este mal que data de los tiempos de Cristóbal Colón, pueda ser realmente una enfermedad de otro tiempo y no una nueva amenaza a la salud mundial. (18, 19)

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) provocada por la bacteria *Treponema pallidum*. Se la ha llamado “la gran imitadora” porque muchos de sus signos y síntomas se

asemejan a otras enfermedades. El término “sífilis” fue creado por el poeta y cirujano de Verona Girolamo Fracastoro que lo usó en un poema en 1530. Su protagonista era un pastor llamado Sífilus, inspirado en el personaje griego que desafió al dios Apolo y terminó castigado con una cruel enfermedad. (18)

La primera epidemia registrada de sífilis ocurrió en Europa en 1495, casualmente dos años después de que Cristóbal Colón regresara de su primer viaje a través del Atlántico. Desde Nápoles, la enfermedad se extendió a Europa con tasas de mortalidad muy altas. Según el escritor norteamericano Jared Diamond “en esa época, las pústulas de la sífilis frecuentemente cubrían el cuerpo desde la cabeza a las rodillas, haciendo que se desprendiera la carne de la cara de las personas, y matando en pocos meses”. Diamond concluye que hacia 1546 la enfermedad había evolucionado hasta convertirse en la sífilis con los síntomas que se conocen actualmente. (18)

En la actualidad, la sífilis no es un padecimiento mortal. Tras el contagio, el trastorno se manifiesta en un primer momento como una lesión indolora o chancro sifilítico en genitales, boca o labios, aunque los primeros síntomas pueden tardar en aparecer. Después, en una segunda etapa, la sífilis puede presentar múltiples síntomas: irritación en la piel -sobre todo en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, caída del cabello, manchas, dolor de cabeza, fiebre e inflamación de los ganglios.

Las úlceras genitales producidas por la sífilis hacen que sea más fácil transmitir y contraer la infección del VIH Sida por vía sexual y se calcula que el riesgo de contraerlo es de 2 a 5 veces más alto cuando está presente la sífilis. (20)

Muchas personas que la sufren están libres de síntomas por años lo que promueve la transmisión ya que no saben que están

infectadas y enfrentan el riesgo de complicaciones si no se trata la enfermedad. “Ante la mínima sospecha hay que pedir estudios microbiológicos, pero muchas veces, como los síntomas son similares a los de otras afecciones esto no se hace”, explica el doctor José Martínez Salamanca, médico adjunto del Servicio de Urología del Hospital Universitario Puerta de Hierro en Madrid.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año se producen 12 millones de infecciones por sífilis en el mundo y el 90 por ciento de ellas ocurren en el mundo desarrollado. Desde hace décadas, la sífilis se consideraba un problema minoritario en Occidente. Sin embargo, estos datos demuestran que esto es un error.

Según un estudio publicado en la revista “The Lancet Infectious Diseases”, la enfermedad ha resurgido con fuerza en Europa y Estados Unidos (entre 2001 y 2002 el número de casos reportados aumentó en 12,4 por ciento), tomando por sorpresa a los profesionales de la salud, que pocas veces piensan en este trastorno. En Estados Unidos, se registraron 32 mil casos de sífilis en el año 2002. Si bien las tasas en la población femenina continuaron en descenso, en general en hombres fue 3,5 veces más alta. (18,19)

Por otro lado, el Centro de Control de Enfermedades y Prevención (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos publicó un estudio que revela que 26 por ciento de las adolescentes (3,2 millones) en ese país sufren alguna ETS. La causa es principalmente el aumento de comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales. “En los ochenta y noventa, personas como el actor norteamericano Rock Hudson confesaron que tenían sida y la gente reaccionó, comenzó a tener contactos sexuales con precaución. Hoy se ha perdido el miedo y ha disminuido el uso del preservativo”, explica la doctora Lola Bou,

dermatóloga de la Academia española de Dermatología y Venereología. (21)

En España, la incidencia de la enfermedad ha crecido en un 500 por ciento desde fines de la década de los `90, según indica el Grupo Español para la Investigación de Enfermedades de Transmisión Sexual. En 2004, se registraron 1.156 casos y 1.711 en 2006. En Dinamarca, los diagnósticos aumentaron en un 50 por ciento entre 1999 y 2002. Canadá, Australia y Nueva Zelanda también registraron un importante aumento de casos. “Ha aumentado mucho, como lo ha hecho la clamidia o el virus del papiloma humano”, apunta el doctor Fernando Vázquez, jefe del servicio de Microbiología del Hospital Monte Naranco de Oviedo. (20)

En la Biblioteca Pública de Ciencias de Estados Unidos (PloS, por sus siglas en inglés) el 23 de enero de 2008, publicó un estudio en el que se trata de encontrar el verdadero origen de esta enfermedad. Llevado a cabo por Kristin Harper, estudiante predoctoral de Biología, Ecología y Evolución en el Instituto Howard Hughes y en la Universidad Emory, en Atlanta, el estudio afirma que la bacteria que causa esta enfermedad existía en el nuevo continente y de allí fue llevada a Europa. (21)

Los investigadores utilizaron una técnica llamada filogenética, que estudia la evolución de las especies y organismos de forma global y analizaron el ADN de 23 cepas de treponemas de distintos orígenes geográficos, incluidas las variedades sexualmente transmitidas y las no venéreas. Descubrieron así que la bacteria de la sífilis se originó en el Nuevo Mundo. Se analizó las diferencias genéticas de muchas de las cepas modernas de treponemas; utilizando esas diferencias establecimos una especie de árbol genealógico de todas estas bacterias.

Los científicos descubrieron que la treponema de la sífilis se originó más recientemente en la historia, y las cepas más cercanas a esta bacteria que causan otras enfermedades, se originaron mucho antes en Sudamérica. Esto, dice la investigadora, podría significar que una cepa de treponema proveniente del clima caliente y húmedo del Nuevo Mundo tropical mutó y se convirtió en la cepa venérea de la sífilis. Y esta bacteria logró sobrevivir en los climas más fríos de Europa.

Los profesionales de la salud están actualmente reclamando la incorporación de nuevas herramientas de diagnóstico, intervenciones preventivas y una vigilancia exhaustiva de la enfermedad para volver a reducir su incidencia mundial en aumento, ya que además representa un riesgo más para la expansión del virus del Sida. Hechos que sin duda dejan de lado la idea de la sífilis como una enfermedad de otro tiempo. (17)

Vaginosis bacteriana (VB)

Es un síndrome que puede ser diagnosticado clínica y microbiológicamente. Los criterios diagnósticos son los mismos para mujeres embarazadas y no embarazadas. Es la causa más común de flujo vaginal anormal en mujeres en edades reproductivas y embarazadas. (22) La prevalencia varía y puede ser influenciada por el comportamiento de los factores sociodemográficos. (23)

Puede remitir espontáneamente y se caracteriza por un crecimiento excesivo de organismos anaerobios mixtos que sustituyen a los lactobacilos normales, dando lugar a un aumento del pH vaginal (mayor a 4,5). Los signos y síntomas típicos se presentan de manera variable. (23)

La *Gardnerella vaginalis* se encuentra comúnmente en las mujeres con VB, pero la presencia de este microorganismo solo

es insuficiente para constituir un diagnóstico de VB, ya que se encuentra en el 30% a 40% de forma asintomática.²² En las gestantes, los estudios han documentado tasas de prevalencia similares a los observados en poblaciones que no gestantes, que van del 6% al 32%.¹⁸

Los estudios han documentado una asociación entre la VB y el resultado adverso en el embarazo con parto prematuro. (24)

La VB en el embarazo es más común entre las mujeres afroamericanas, mujeres de bajo nivel socioeconómico y mujeres múltiparas. (25, 26)

En embarazadas, la VB y la tricomoniasis pueden presentar complicaciones como ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. Las mujeres en riesgo de padecer estas afecciones deben ser evaluadas independientemente de sus síntomas. (24)

Candidiasis vulvovaginal (CVV)

La colonización vaginal por *Candida* es relativamente frecuente entre mujeres atendidas en clínicas de infecciones de transmisión sexual (ITS), presentando muchas de ellas extensión a la zona ano-rectal.

Las moniliasis, candidosis o candidiasis son infecciones cutáneas, mucosas o sistémicas producidas por hongos o levaduras de la especie *Candida*. (27, 28)

Son levaduras que se producen por germinación y, entre otros cuadros, provocan vulvovaginitis, que pueden no ser transmitidas por contacto sexual. Es causada por un sobrecrecimiento de las levaduras *Candida albicans* es la que se presenta en el 70%-90% de los casos; especies no *albicans* como *Candida glabrata* representan el resto de la infección. (22, 27, 28)

La presencia de *Candida* en la zona vulvovaginal no requiere necesariamente tratamiento, a no ser que sea sintomática. Esto ocurre entre 10% y 20% de las mujeres que tienen colonización vulvovaginal. (22, 29)

Tricomoniasis vaginal

La vaginitis por tricomonas está causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado unicelular que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Habitualmente es asintomática en el hombre y supone el 20% de todas las vulvovaginitis. (30, 31)

La infección por *Trichomonas vaginalis* constituye una de las ITS más frecuentes en el mundo; en la embarazada, se asocia a parto pretérmino, recién nacido de bajo peso y ruptura prematura de membranas (RPM). Esta asociación es importante en mujeres sintomáticas. (27, 30, 31)

Es necesario realizar estudios adicionales para demostrar el efecto del tratamiento de la tricomoniasis en la prevención de los resultados adversos en el embarazo. (30, 31)

Las infecciones de transmisión sexual y sus generalidades

Modo de transmisión

Las formas de transmisión de estas infecciones son las relaciones sexuales sin protección, con o sin penetración vaginal, anal u oral, con una persona infectada. Tienen un mayor riesgo las relaciones sexuales con penetración.

Otros modos de transmisión menos frecuentes incluyen:

- De la madre al niño durante el embarazo, el parto y lactancia (VIH, sífilis). (44)
- Transfusiones u otro contacto con sangre y hemoderivados contaminados.

Es importante tener en cuenta que no toda infección del tracto reproductivo (ITR) es una ITS, ni toda ITS se manifiesta clínicamente como una enfermedad del tracto genital.

Las infecciones de transmisión sexual frecuentes y sus agentes etiológicos se observan a continuación:

Agente etiológico y su patología:

- *Treponema pallidum* – Sífilis
- *Neisseria gonorrhoeae* – Gonorrea
- *Papiloma virus humano* – Condilomas acuminados
- *Trichomonas vaginalis* – Tricomoniasis
- *Cándida albicans* - Candidiasis vaginal
- *Virus molusco contagioso* – Molusco contagioso
- *Virus hepatitis B* – Hepatitis B
- *Virus de inmunodeficiencia humana* – Infección asintomática de VIH – SIDA
- *Chlamydia trachomatis* – Linfogranuloma inguinal; Uretritis no gonocócica

- *Herpes virus tipo 1, 2* – Herpes genital

Son los diferentes agentes etiológicos de la Infecciones de Transmisión Sexual que se manejan de forma Sindrómica.

Factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual

Estos factores contribuyen a un aumento constante y continuo de las infecciones de transmisión sexual:

- Haber cambiado recientemente de pareja sexual.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener relaciones sexuales ocasionales desprotegidas con otras parejas.
- Tener una pareja sexual que tiene otros compañeros sexuales.
- Seguir teniendo relaciones sexuales a pesar de tener síntomas de infecciones de transmisión sexual.
- No informar a las parejas sexuales que se tiene una infección de transmisión sexual y que ambos necesitan tratamiento.
- Usar condones de manera ocasional.
- Acudir con frecuencia a casas de cita.

Factores sociales

- No tener acceso a condones.

- Razones culturales y religiosas.
- Ciertos comportamientos sexuales que están muy arraigados en la vida cotidiana de las personas y las comunidades.
- No completar el tratamiento.
- Creer que la mejoría de los síntomas es sinónimo de curación y no tener en cuenta que el tratamiento sólo es eficaz cuando completan las dosis indicadas.
- Condones caducados o perforados.
- Condones de mala calidad.
- Tener una pareja sexual infectada.
- Tener relaciones coitales sin protección.
- Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis B que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes.
- Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.

- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Factores biológicos

Edad

La constitución de la mucosa vaginal y del tejido cervical de la mujer joven la hacen muy susceptible a las Infecciones de transmisión sexual, el riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen actividad sexual en la pubertad temprana.

Sexo

Las mujeres se contagian de Infecciones de transmisión sexual principalmente por contacto vaginal. Es más frecuente que un hombre transmita la infección a una mujer, que ésta a un hombre, ya que las mujeres tienen una mayor superficie expuesta, la vagina

Factores Socio-culturales

- El comienzo de las relaciones sexuales a edades más tempranas, que implica una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales. (32-34)
- Uso inconstante del condón.
- El aumento de la actividad sexual, sólo con la protección de métodos anticonceptivos.
- La modificación de las costumbres (valores morales y familiares). (35-38)
- No tener una educación sexual que venga desde el hogar. (39-41)

- El consumo de drogas y alcohol asociados a conducta de riesgo sexual irresponsable.
- Influencia de las amistades en la formación de una persona. (42)

Factores Médicos

Resistencias de los gérmenes causales, es decir las bacterias, virus, hongos y otros crean resistencias a los medicamentos debido a la automedicación y al uso incorrecto de los antibióticos.

Existen determinados grupos de personas que son especialmente vulnerables a las ITS. Una de las causas podría ser que están expuestos a parejas infectadas con mayor frecuencia, o porque son más susceptibles a contraer infecciones cada vez que se exponen.

Grupos de mayor prioridad

Estos grupos incluyen:

Grupos de mayor exposición

- Trabajadoras/es sexuales, parejas y clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales.
- Hombres o mujeres cuyos trabajos los mantienen alejados de sus parejas durante largos períodos, como conductores de larga distancia, militares y los trabajadores migrantes.
- Hombres gay y hombres con comportamiento bisexual
- Personas Trans, con sus diferentes manifestaciones y sus parejas.
- Personas privadas de libertad y sus parejas.

Grupos de mayor vulnerabilidad

- Niñas/os abusada/os sexualmente.
- Adolescentes abusados o sexualmente activos/os.
- Adolescentes o personas con discapacidad intelectual.
- Niñas/os en situación de calle.
- Amas de casa.
- Mujeres embarazadas.

Diagnóstico clínico de infección vaginal en el embarazo

Tanto en la mujer embarazada como en la no embarazada, el diagnóstico inicial es de tipo clínico tomando en cuenta las características de la secreción vaginal y la sintomatología que provoca y reporta la mujer en la anamnesis. (2, 3, 43)

Una historia detallada, incluyendo la historia sexual, es esencial para identificar infección vaginal y brindar opciones de tratamiento causal.

Todas las mujeres con flujo vaginal persistente deben ser examinadas para excluir otra patología de riesgo.

Las mujeres que experimentan flujo vaginal y que están en riesgo bajo de ITS pueden ser tratadas de manera sindrómica.

La sintomatología puede ser variable según el agente etiológico; sin embargo está bien demostrada la presentación característica de las infecciones vaginales más frecuentes en relación a su etiología.

Diagnóstico diferencial clínico según signos y síntomas de la infección vaginal de acuerdo a la etiología

Vaginosis Bacteriana: Signos y síntoma: secreción Mínima, Olor Sugiere a pescado, Prurito Ninguno; Signos visibles Secreción en la vagina y el vestíbulo, no inflamación vulvar, Test de pH vaginal Mayor a 4,5. (2-5)

Candidiasis Vulvo Vaginal: Signos y síntomas: secreción Abundante, blanca, No mal olor, Prurito vulvar, Otros síntomas posibles Dolor, dispareunia, disuria, Signos visibles: Hallazgos normales o eritema vulvar, edema, fisuras, lesiones satélites Test de pH vaginal Menor o igual a 4,5. (2-5)

Tricomoniiasis: Signos y síntomas: secreción espesa, olor Fétido, Prurito vulvar, Otros síntomas posibles Disuria, dolor abdominal, Signos visibles: Secreción amarilla espumosa, vulvitis, vaginitis, cervicitis, Test de pH vaginal Mayor a 4,5. (2-5)

Diagnóstico de laboratorio de infección vaginal en el embarazo

Siendo el diagnóstico inicial de tipo sindrómico o clínico, en casos de riesgo de infección vaginal, para el tratamiento adecuado, se deben tomar en consideración las siguientes recomendaciones basadas en evidencia científica:

Detección de vaginosis bacteriana (VB)

Los resultados de los ensayos clínicos que investigan el valor de las pruebas de detección y tratamiento VB en el embarazo han sido contradictorios. Por lo tanto, es difícil hacer recomendaciones firmes acerca del tamizaje universal de VB. (2, 3, 43)

Para las embarazadas asintomáticas con bajo riesgo de parto prematuro, hay certeza moderada que el tamizaje para VB no tiene ningún beneficio neto.

Por ello, las embarazadas asintomáticas **NO** deben someterse a detección de rutina de VB

Para las embarazadas asintomáticas con alto riesgo de parto pretérmino, la evidencia es contradictoria y no se puede determinar el balance de riesgos y beneficios de realizar tamizaje universal.

Existe evidencia de buena calidad sobre la utilidad de los criterios clínicos de Amsel o de la tinción de Gram como mecanismos para detectar VB.

La sensibilidad de los criterios de Amsel es del 97% y de la tinción de Gram es del 62%. La especificidad de los criterios de Amsel es del 95% y de la tinción de Gram es del 66%.

El cultivo de *Gardnerella vaginalis* **NO** se debe utilizar para diagnosticar VB, debido a que puede cultivarse la bacteria a partir de secreción de la vagina en más de 50% de mujeres normales y asintomáticas.

Criterios clínicos de Amsel y tinción de Gram

Estudio diagnóstico según Categorías

Criterios de Amsel

(3 de 4 presentes es diagnóstico) (44)

Categorías:

1. Características del flujo: homogéneo, delgado y blanco

2. Presencia de células guía al microscopio
3. pH del flujo vaginal >4,5
4. Olor a pescado con KOH al 10%

Tinción de Gram

(Evaluada con los criterios de Hay & Ison) (45)

Categorías

1. Grado 1 (normal): predominio de lactobacilos
2. Grado 2 (intermedio): flora mixta con algunos lactobacilos presentes, pero se observan morfotipos de *Gardnerella* y/o *Mobiluncus*
3. Grado 3 (vaginosis bacteriana): predominan morfotipos de *Gardnerella* y/o *Mobiluncus*.

Hay otros grados adicionales que no se han correlacionado con la clínica características:

- Grado 0 No hay bacterias presentes
- Grado 4 predominan coco Gram positivos.

Índice de Nugent

Categorías:

Se deriva de estimar las proporciones relativas de morfotipos bacterianos para asignar un valor entre 0 y 10. Un valor <4 es normal, de 4-6 es intermedio y >6 es VB. (46)

Si se dispone de la opción de laboratorio, se debe apoyar el diagnóstico clínico en las pruebas diagnósticas que han demostrado ser costo-efectivas.

Diagnóstico de laboratorio para detección de *Cándida albicans* y *Trichomona vaginalis*

El estudio microscópico de rutina es la prueba estándar para el diagnóstico CVV. El cultivo debe realizarse ante la sospecha de CVV complicada.

La observación directa de *Trichomona vaginalis* en frotis en fresco tiene una sensibilidad aproximadamente 70% en mujeres y de 30% en hombres.

La lectura del frotis para la búsqueda de *Trichomona vaginalis* debe realizarse lo más rápido posible luego de la toma de la muestra, ya que la movilidad del parásito disminuye conforme pasa el tiempo. (2, 3, 43)

Medidas de prevención

Existe una serie de aspectos básicos que es necesario tener presente y que se refieren a las medidas preventivas de las ITS, tanto para no contraerlas, como para no transmitirlos a otras personas.

La prevención es crucial debido a que muchas ITS no son detectadas o no tienen tratamiento a tiempo. La adopción de comportamientos más seguros puede reducir el riesgo para las personas, la promoción de estos comportamientos debe incorporarse en los programas y las políticas nacionales.

Sexo seguro

Hablamos sobre sexo seguro en el conjunto de la vida sexual y emocional de una persona, y no como un tema aislado. De hecho, la seguridad de una práctica concreta depende del modo en que se haga.

Toda relación sexual que no implique ningún tipo de penetración ya sea vaginal, anal u oral, es una relación sexual segura y no tiene implicaciones para la transmisión del VIH o de ITS, los besos apasionados, abrazos, caricias, la masturbación mutua, son formas también de disfrutar de nuestra sexualidad.

El modo más general de definir el sexo seguro es el siguiente: Sexo seguro es cualquier práctica sexual donde no se permita que el semen, la sangre o los fluidos vaginales de una persona entren en el cuerpo de otra.

Sexo protegido

Toda penetración anal, vaginal, oral que desde el principio al fin se utilice condón, es una relación sexual protegida de impedir el intercambio de fluidos vaginales o semen, el evitar recibir semen en la boca, en general impedir el contacto de las mucosas previene la infección y reinfección por VIH y de ITS.

Es muy importante que cada vez que se mantenga una penetración se use un nuevo condón, si en las relaciones sexuales se utiliza juguetes sexuales es necesario también colocarles condón en especial cuando estos se comparten, de la misma manera cuando se mantienen relaciones sexuales en grupo para cada persona se debe usar un nuevo condón

Complicaciones y secuelas más frecuentes de las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual pueden dejar como secuela la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad

reproductiva de la persona: La mayoría de las ITS pueden ocasionar complicaciones a hombres y mujeres, aunque las consecuencias en mujeres son más comunes y más graves que en hombres.

En la mujer

Las consecuencias generadas por las Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo son más severas y frecuentes, considerando que un alto porcentaje de infecciones son asintomáticas. Si no se busca atención inmediatamente, estas complicaciones pueden ser:

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Embarazo ectópico
- Infertilidad
- Complicaciones durante el embarazo
- Cáncer de cuello uterino
- Una de las principales complicaciones es la infertilidad que resulta de cicatrices en las trompas de Falopio después de una infección por gonorrea, clamidia, o vaginosis bacteriana que produjeron enfermedad inflamatoria pélvica.

Una infección del tracto genital superior puede desarrollarse en cualquier momento, pero las mujeres son más vulnerables inmediatamente después del parto o aborto.

Estas infecciones son causas importantes de morbi - mortalidad materno-neonatal y son en su mayoría prevenibles.

Las consecuencias más graves de las ITS en las mujeres ocurren cuando una infección del tracto genital inferior (cuello uterino y vagina) alcanza el tracto genital superior (útero, trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes), causando la llamada enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

La EPI puede cursar con signos y síntomas leves que pueden pasar desapercibidos, sin embargo, puede causar daño tisular cuya cicatrización puede ocasionar infertilidad, dolor pélvico crónico y mayor riesgo de embarazo ectópico.

Se estima que entre el 8 y 10% de los casos de clamidia, y entre el 8 y 20% de los casos de gonorrea diagnosticados progresan a EPI. (47) Entre el 10 y el 23% de mujeres con clamidia y el 15% con gonorrea desarrollan infección del tracto genital superior después de un aborto inseguro. (48)

El riesgo de infertilidad oscila entre el 15 al 25% después de un episodio de EPI; entre el 50 y el 60% después del tercer episodio. (49)

El riesgo de embarazo ectópico es entre seis y diez veces superior en mujeres que han tenido EPI. (50)

El aborto espontáneo recurrente y la muerte fetal intrauterina, a menudo, son consecuencias de una ITS como la sífilis.

Las ITS pueden ser causa de rotura prematura de membranas, corioamnionitis y parto prematuro.

La infección posparto vaginal es hasta diez veces más frecuente en los países en vías de desarrollo y explica hasta el 30% de las muertes maternas. (51)

Otras ITS también pueden tener consecuencias graves o fatales. Algunos tipos de papiloma virus humano incrementan en gran medida el riesgo de cáncer cervical, siendo esta una de las causas principales de muerte en las mujeres.

En el hombre

Puede producirse infertilidad como resultado de una uretritis o una epididimitis, como suele ocurrir en las infecciones producidas por gonococo o clamidia.

Estas complicaciones pueden ser:

- Epididimitis (inflamación del epidídimo que se encuentra dentro de los testículos)
- Estrechez uretral (el conducto por donde sale la orina se hace estrecho),
- Orquitis (inflamación de los testículos)
- Esterilidad (que ya no puede fecundar a un óvulo).

En resumen en el hombre, las complicaciones que se desarrollan con mayor frecuencia después de una infección por gonorrea o clamidia tratada en forma inadecuada son la epididimitis y la cicatrización uretral, que a su vez son causas de infertilidad. Estas complicaciones son prevenibles con un tratamiento adecuado y oportuno.

En el embarazo

Algunas infecciones transmitidas sexualmente, como la sífilis, el VIH, la gonorrea y la clamidia, pueden pasar de la madre a su hijo durante el embarazo, al momento del nacimiento o la lactancia; y ocasionar complicaciones al producto o niño como infecciones perinatales en ojos, sistema nervioso, tracto digestivo, así como otro tipo de afecciones.

En el neonato

La infección congénita por sífilis, gonorrea, clamidia, virus del herpes simple, hepatitis B o VIH puede ocasionar serias consecuencias para el recién nacido. La infección por clamidia es una causa importante de neumonía en los neonatos. Además, la infección gonocócica neonatal puede provocar ceguera.

La sífilis congénita es una causa importante y significativa de morbilidad infantil. Puede ser causa de aborto espontáneo, mortinatos, parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino, encefalitis, erupción cutánea generalizada, rinitis, disfunción hepática, Coagulopatía de consumo y fracaso multiorgánico.

Las manifestaciones clínicas tardías incluyen osteítis de huesos largos, tibias en sable, malformaciones maxilofaciales y dentales como dientes de Hutchinson, queratitis intersticial, nariz en silla de montar, retardo mental, hidrocefalia, sordera neurosensorial y déficit neurosicológico crónico, gomas de pie, paladar alto, mandíbula protuberante, micrognatia, fisuras priorales. (52)

El herpes virus puede ocasionar aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, retardo de crecimiento intrauterino, infección intrauterina, herpes neonatal. El 75% de los casos de herpes neonatal son ocasionados por el virus herpes tipo 2. (53)
Por contagio de la madre gestante durante el embarazo o durante el parto, del 30 al 50% de los niños expuestos a gonorrea durante

el parto y sin tratamiento preventivo desarrollarán Oftalmía Neonatorum, y de ellos del 1 al 6% si no reciben tratamiento adecuado padecerán trastornos irreparables de visión

Tipos de manejo de las ITS

Las infecciones de transmisión sexual se abordan con tres tipos de manejo:

- Manejo etiológico
- Manejo clínico
- Manejo Síndromico.

Manejo etiológico

El diagnóstico etiológico a menudo se considera el abordaje ideal en medicina, pero presenta algunas dificultades: (33)

- Las pruebas de laboratorio requieren un tiempo variable conforme al tipo de examen, personal capacitado, infraestructura e insumos, de los que en ocasiones no se dispone en la unidad de atención.
- Las pruebas necesarias tienen un costo que en la mayoría de servicios debe ser sufragado por el usuario.
- Con frecuencia, los usuarios deben volver a visitar el servicio de salud para recoger los resultados de las pruebas. Esto conlleva que un importante porcentaje de los pacientes se pierdan sin llegar a recibir el tratamiento, pues no retornan a la consulta.
- El manejo etiológico retarda el inicio del tratamiento hasta disponer de los resultados de laboratorio. Mientras

tanto las personas infectadas continúan transmitiendo la infección.

Las pruebas de laboratorio son importantes para el tamizaje de infecciones que pueden ser asintomáticas (sobre todo en mujeres embarazadas) para confirmar el diagnóstico y para el seguimiento de las personas con ITS complicadas, como es el caso de la detección de sífilis secundaria en hombres.

Manejo clínico

Mediante el diagnóstico clínico, el profesional de la salud trata las ITS basándose en los síntomas clínicos y su experiencia. Este abordaje también presenta algunas dificultades:

- Algunas ITS causan síntomas similares, por lo tanto, el profesional de la salud podría elegir un tratamiento inadecuado.
- Las infecciones mixtas son comunes y el profesional de la salud podría diagnosticar solo una de ellas. Un usuario con infecciones múltiples necesita ser tratado para cada una de las infecciones.
- Una infección no tratada puede llevar al desarrollo de complicaciones serias y supone que la transmisión continúa.

Manejo sindrómico

Es una estrategia de abordaje eficiente e integral, que se utiliza en muchos países, se adapta fácilmente a cualquier nivel de atención, sobre todo a la atención primaria de salud. Sus características fundamentales son las siguientes:

- Está orientado a resolver las ITS, responde a los síntomas y signos del usuario.
- Es altamente sensible y no omite las infecciones mixtas.
- Permite tratar al usuario en el primer contacto con los servicios de salud, de forma que la atención de las ITS es más accesible al usuario y se implementa en la atención primaria de la salud sin excluir los niveles superiores.
- Utiliza diagramas de flujo que guían al trabajador de la salud a través de pasos lógicos e incluyen las acciones claves.
- Brinda la oportunidad y el tiempo para la educación y la orientación.
- Aprovecha las oportunidades de atención en otros espacios como consulta prenatal, servicios diferenciados de adolescentes, planificación familiar, servicios de urología y dermatología, entre otros.
- Incorpora las 4 C: Consejería, Cumplimiento del tratamiento, atención de Contactos, entrega y capacitación sobre el uso correcto, constante y consistente de Condón.
- En el país añadimos las 3 R: Recordar la oferta de las pruebas de VIH y RPR o VDRL, Registrar y reportar

los casos y contactos tratados, y asegurar el Retorno del usuario para control.

Desventajas

- Requiere capacitación constante para su implementación.
- Dotación permanente de suministros e insumos.
- Implementa un sistema de control de medicamentos desde la bodega central del Ministerio de Salud Pública - MSP, bodega provincial, farmacias y botiquines del área de salud; así como el envío de los reportes de uso de los medicamentos, siguiendo la misma ruta hasta el nivel central.
- En algunos casos de ITS, sobre todo en el síndrome de secreción vaginal, puede haber una sobremedicación, por lo que es necesario precisar el diagnóstico. (54)

2.3 FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

Existen términos que son importantes considerarlos, que se detallan a continuación:

Coito o cópula

Consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano. En el caso de parejas heterosexuales fértiles, también pueden estar presentes fines reproductivos. El tiempo de duración de un acto sexual suele ser desde 2 minutos hasta más de 40 minutos. (55)

Coito vaginal

El coito vaginal consiste en la introducción del pene en la vagina. Es la práctica sexual que, entre personas fértiles, tiene probabilidades de resultar en la fecundación y embarazo por lo que es el blanco de algunos métodos anticonceptivos. (56)

Aunque se tiende a pensar que la forma primigenia del coito vaginal en humanos es el llamado *a tergo* o *ventro-dorsal* —ya que ésta existe en los otros mamíferos de modo casi excluyente—, existen estudios que ponen en duda esta teoría y encuentran relación entre las coacciones de tipo morfológico y la preferencia por el coito *ventro-ventral* en el hombre y en el chimpancé bonono. (56)

La posición sexual *a tergo* —esto es, la penetración del pene en la vagina cuando la hembra se encuentra de espaldas al macho— suele ser llamada *levrette*, si la mujer está apoyándose sobre sus piernas y brazos, aunque también se realiza cuando la mujer es penetrada vaginalmente de espaldas (por ejemplo, acostada apoyando su espalda en el varón).

La forma más común de coito en humanos es la ventro-ventral o frontal, coloquialmente llamada posición del misionero, ya que popularmente se atribuye la introducción de esta forma de coitar en Oceanía a los misioneros.

Otra posición frecuente durante el coito en los seres humanos es la posición de Andrómoca, con la mujer sentada sobre el hombre acostado. Esta pose da más posibilidad de movimientos tanto a la mujer como al varón, ya que ambos pueden usar sus manos para acariciar otras partes del cuerpo. (56)

Coito anal

En el coito anal la penetración se realiza en el ano. En lenguaje académico también se utiliza a veces el término “pedicación” (del latín *pædicatio* o *pædicationis*).

La mucosa anal carece de lubricación y es todavía más fácil de irritar que la vagina, por lo cual, tiene mayor riesgo de transmisión de ITS, especialmente el VIH, si no se realiza de manera segura.

Coitocentrismo

El coitocentrismo es la tendencia a jerarquizar la sexualidad en prácticas significativas, adultas y completas (el coito) y prácticas vanas, infantiles e inmaduras (las otras prácticas) al punto de llegar a confundir relaciones sexuales con el coito y a no dar el nombre y estatus de relaciones sexuales las prácticas sexuales en las que no se ha producido coito o a no considerarlas una vía de obtención de placer u orgasmo. (6, 7)

El coitocentrismo, es ubicado como una de las características de la sexualidad hegemónica y normativa la cual además deberá ser procreativa, genital, monógama, en el matrimonio, naturalizada, por amor, encasa, de a dos, y, por supuesto, heterosexual. El resto de prácticas serán rechazadas y tachadas de anormales, innaturales, pecaminosas o enfermas. Aunque se acepta que el coitocentrismo también está presente como norma en algunas relaciones homosexuales. (57)

En occidente, la tradición judeo cristiana ha estado vinculada en el sostenimiento del coitocentrismo. Según esta tradición, el acto sexual es válido sólo en el matrimonio, y se vuelve un medio para expresar sentimientos íntimos, adquirir responsabilidades y, sobre todo, reproducir a la especie. Según esta doctrina, la sexualidad no heterosexual, y fuera del matrimonio, es inmoral.

Para los libertarios, es la falta de consentimiento, o un desequilibrio de poder - como el coito obligado - que es inmoral, pero para muchos conservadores la coerción marital no es inmoral. Se lo contextualiza como uno de los “lastres” patriarcales.

Se ubica junto a otros mandatos de la masculinidad hegemónica como es el falocentrismo, es decir, la reducción del cuerpo masculino al pene, la negación de toda otra zona sensitiva y de placer; y la negación de la emotividad ; todos estos atributos necesarios para relaciones armónicas al interior de la pareja.

La aparición del concepto de coitocentrismo y su crítica viene de la mano del feminismo, y los últimos avances tecnológicos en materia de anticoncepción y aborto y la reforma sexual ocurridos en el siglo XX gracias a los que está extendiendo la nómina de prácticas sexuales socialmente aceptadas.

De acuerdo con esta definición, la salud sexual y reproductiva implica los siguientes elementos esenciales:

- Un estado general de bienestar, más allá de la ausencia de enfermedad.
- Es un derecho Humano fundamental La posibilidad de gozar de una sexualidad libre, satisfactoria y sin riesgos.
- El derecho y las condiciones necesarias para tomar decisiones libres e informadas sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción
- El acceso a los servicios de calidad

- El derecho a no sufrir discriminación de ningún tipo en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, incluyendo el derecho a no sufrir violencia doméstica ni sexual

La sexualidad y la reproducción van mucho más allá del campo de las relaciones sexuales genitales y de la maternidad; las mismas que atraviesan todos los aspectos esenciales de la existencia humana, desde la identidad individual y las relaciones interpersonales, hasta el proyecto de vida, Salud Sexual y Reproductiva las opciones de desarrollo personal y familiar, el ejercicio de los derechos, deberes y la participación en la vida social. Cuando existen las condiciones para el ejercicio de una sexualidad responsable y libre y para la toma de decisiones reproductivas autónomas, existen condiciones para una vida digna.

Por eso se dice que el respeto por los derechos sexuales y reproductivos está directamente ligado con la construcción de ciudadanía.

En el sector de la salud, la salud sexual y reproductiva se ha tratado mediante las políticas nacionales y departamentales que hacen énfasis en los siguientes aspectos:

Cándida albicans: es un hongo diploide asexual (forma de levadura), saprófito de la familia *Saccharomycetaceae*, hongo que produce el 90% de casos de infección vaginal. (58)

Candidiasis: vaginitis causada por *Cándida albicans*. Es causada por un sobrecrecimiento de las levaduras *Cándida albicans*. Es la que se presenta en el 70%-90% de los casos; especies no *albicans* como *Cándida glabrata* representan el resto de la infección. (58)

Flora saprofita: conjunto de bacterias que viven en algunas mucosas del cuerpo humano, en una relación de simbiosis tanto de tipo comensal como de mutualismo. Este conjunto forma parte de la *microbiota* normal. La gran mayoría de estas bacterias no son dañinas para la salud, y muchas son beneficiosas. Se calcula que el ser humano tiene en su interior unas 2000 especies bacterianas diferentes, de las cuales solamente 100 pueden llegar a ser perjudiciales. (59)

Flora vaginal bacteriana: está constituida por bacilos Gram positivos *Lactobacillus spp.* Se encuentra sustituida por *Cocobacilis* Gram negativos *Gardnerella vaginalis*, especies de bacteroides, especies *Mobiluncus*, *Ureaplasma urealyticum*, y *Monilia hominis*¹³ y una flora variada que comprende diversas especies anaerobias. (43)

Gardnerella vaginalis: es una bacteria inmóvil, anaerobia facultativa, no encapsulada y que no forma endosporas. Anteriormente era conocida como *Haemophilus vaginalis*. Su hábitat natural es la vagina humana. (60)

Infección vaginal o vaginitis: espectro de condiciones que causan síntomas vaginales tales como prurito, ardor, irritación y flujo anormal. Es la existencia excesiva de gérmenes patógenos de la vagina. Los síntomas que acompañan a una infección vaginal varían notablemente de acuerdo a la etiología.

Las infecciones vaginales (infección por levaduras, vaginosis bacteriana y tricomoniasis) son muy frecuentes en mujeres en edad reproductiva; casi siempre son asintomáticas y rara vez presentan complicaciones.⁸ Las causas más comunes de infección vaginal son *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* y *Gardnerella vaginalis*. (61)

Lactobacilo de Doderlein o lactobacilos: es un género de bacterias Gram positivas anaerobios aerotolerantes, denominadas así debido a que la mayoría de sus miembros convierte la lactosa y otros monosacáridos en ácido láctico. (62)

Prenatal: período durante el embarazo que precede al nacimiento.

Trichomona vaginalis: es un protozoo patógeno flagelado perteneciente al orden *Trichomonadida* que parasita el tracto urogenital tanto de hombres como de mujeres, pero únicamente en humanos. Produce una patología denominada tricomoniasis urogenital. Es de transmisión sexual. (63)

Vaginitis micótica: causada por un crecimiento excesivo de *Candida albicans* en el 90% de las mujeres (el resto por otras especies por ejemplo, *Candida glabrata*). Se estima que el 75% de las mujeres experimentan al menos un episodio durante su vida. De 10% a 20% de las mujeres son portadoras vaginales asintomáticas, lo que puede aumentar hasta un 40% durante el embarazo. (64)

Vaginitis por *Trichomona vaginalis:* el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis* se transmite casi exclusivamente por vía sexual en adultos. La infección puede ser asintomática. La tricomoniasis sintomática se manifiesta por secreción vaginal fétida y prurito vulvar en mujeres, y por uretritis en hombres. (65)

Vaginosis bacteriana: es un síndrome del tracto genital inferior más común entre las mujeres en edad reproductiva, se trata de una alteración de la flora vaginal causada en un 98% de los casos por *Gardnerella vaginalis*. (66)

2.4. FUNDAMENTOS LEGALES

El presente estudio en lo referente al aspecto legal se indica que no se quebranta ninguna ley o fundamento reglamentario durante el desarrollo de este trabajo, debido a que se contó con el apoyo de las autoridades de la Unidad de Salud y se realizará con la información que cuenta el sistema de información y estadística del Centro de Salud No. 1, sin el uso de algún tipo de referencia o nombres de las personas involucradas.

En el desarrollo de la presente investigación, se considerará la Ley de derechos del paciente:

Art. 2.- Derecho a una Atención Digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a No ser Discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la Confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la Información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al

paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento. Art. 6.- Derecho a Decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

2.5. HIPÓTESIS

La Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011-2012 en el centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil es

2.6. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

V. INDEPENDIENTE: Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011 – 2012 en el centro salud No. 1 de la ciudad de guayaquil

V. DEPENDIENTE: Factores de riesgos

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Descripción	Definición	Dimensión (categorías clasificación)	Indicadores (% - número)	Instrumentos de medición	Escala
Infección de transmisión sexual	Toda embarazada que presente sintomatología de ITS	Tipo de ITS	Número por tipo de ITS	Formulario de encuesta	Proporción
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a partir del nacimiento	Grupos etarios	Número de personas por años cumplidos	Formulario de encuesta	Proporción
Embarazada	Toda mujer que se encuentre en estado de gestación	Mujeres embarazadas	Número de Mujeres embarazadas	Formulario de encuesta	Proporción
Prevalencia de ITS	Proporción de embarazadas con una características	Casos nuevos y antiguos de ITS	Número de ITS	Formulario de encuesta	Proporción

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.

El estudio se realizó en el Centro de Salud # 1, perteneciente al Distrito 09D03 de la ciudad de Guayaquil, ubicado en las calles Julián Coronel y Ximena, parroquia Carbo.

Guayaquil, oficialmente Santiago de Guayaquil, es la ciudad más poblada y más grande de la República del Ecuador. El área urbana de Guayaquil se alinea entre las ciudades más grandes de América Latina. Es además un importante centro de comercio con influencia a nivel regional en el ámbito comercial, de finanzas, político, cultural y de entretenimiento.

La ciudad es la cabecera cantonal del cantón homónimo y la capital de la provincia del Guayas. Localizada en la costa del Pacífico en la región litoral de Ecuador, el este de la ciudad está a orillas del río Guayas, a unos 20 kilómetros de su desembocadura en el Océano Pacífico, mientras está rodeada por el Estero Salado en su parte suroccidental y el inicio de la cordillera Chongón-Colonche, una cadena de montañas de media altitud, en el noroeste.

El golfo de Guayaquil es la entrante de agua más grande del océano Pacífico en Sudamérica. Sus salientes extremas se fijan en Cabo Blanco en el Perú y la Punta de Santa Elena en Ecuador, cubriendo una distancia de 230 km.

La ciudad se divide en 16 parroquias urbanas, aunque dentro de una nueva administración municipal, su organización consiste de

74 sectores. Es la ciudad con mayor densidad poblacional en el Ecuador, con un total de 2 526 927 habitantes, en su aglomeración urbana, incluyendo la población urbana de Guayaquil, la población urbana de Durán y la de parroquia samborondeña de La Puntilla (excluyendo la parroquia dauleña de La Aurora)-. Actualmente la ciudad de Guayaquil tiene una población flotante con la que alcanza los 2 684 016 habitantes dentro de su área metropolitana, teniendo en cuenta una tasa anual promedio de crecimiento poblacional de 2,70%.

La ciudad de Guayaquil está compuesta de 345 km² de superficie, de los cuales 316 km², equivalentes al 91,9% del total, pertenecen a la tierra firme (suelo); mientras que los restantes 29 km², equivalentes al 8,1%, pertenecen a los cuerpos de agua que comprenden ríos y esteros. La Conurbación de Guayaquil, que es el Área Metropolitana de Guayaquil más allá de los límites de la aglomeración urbana, incluye las ciudades de Milagro, Daule, Playas, entre otras, dándole una población consolidada de 3 113 725 habitantes.

Santiago de Guayaquil se destaca entre las ciudades ecuatorianas por su elevado uso de tránsito masivo, y por su densidad total y la diversidad de su población. El puerto de la ciudad es uno de los más importantes de la costa del Pacífico oriental. El 70% de las exportaciones privadas del país sale por sus instalaciones, ingresando el 83% de las importaciones.

Además, por su posición de centro comercial, se ha denominado a la ciudad como la "capital económica del país", debido a la cantidad de empresas, fábricas y locales comerciales que existen en toda la ciudad. El Centro de Salud No. 1 tiene una población asignada de 23097 habitantes con mujeres en edad fértil de 7.150 entre 15 a 49 años.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

El universo está conformado por todas las usuarias embarazadas con infecciones de transmisión sexual que acudieron al Centro de Salud No. 1, durante el año 2011 y 2012. 100 paacientes.

Muestra

La muestra será igual al universo, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. 100 pacientes.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Mujer embarazada.
- Embarazada que presente sintomatología de Infección de transmisión sexual.
- Mujer que sea usuaria del Centro de Salud #1.
- Mujer atendida durante los meses de enero 2011 a diciembre de 2012.

Criterios de Exclusión

- Mujer que no sea usuaria del Centro de Salud #1.
- Mujer atendida fuera del período de investigación.

3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un Estudio Transversal porque describe las características de un grupo de sujetos con los datos recogidos en un punto del tiempo.

Es un Estudio Descriptivo ya que detalla las características del grupo de desde un factor de riesgo hacia la posible enfermedad.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental u observacional.

Es un Estudio Observacional es decir involucra uno o más grupo de sujetos que han sido observados y sus características registradas para análisis.

3.6 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

Talento Humano

-Investigador

-Tutor

Recursos Físicos

- Computadora – impresora
- Fichas de recolección de datos
- Hojas para medir indicadores
- Calculadora
- Lápices
- Hojas de apuntes

3.8 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información será procesada con sistema Office – Excel 2003 para la tabulación de datos. Para la realizar el presente trabajo se cuenta con la autorización respectiva de la Dirección del Centro de Salud, con el propósito de realizar un análisis en a través de la información de las historias clínicas que reposan en la sección de estadísticas.

Frecuencia Infección de Transmisión Sexual en mujeres de edad fértil según hábitos. Pacientes Atendidos En el centro de salud N°1.

	HÁBITOS	%
ALCOHOL	5	2
TABACO	13	5
DROGADICCIÓN	0	0
NADA	222	93
TOTAL	240	100

Cuadro1. Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica



Grafico1. Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: Entre las pacientes atendidas, corresponden al 2% que presentaron infección de transmisión sexual periodo comprendido entre septiembre y febrero lo que nos indica una baja prevalencia de infección de transmisión sexual

Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas 2.011-2012.

CASOS ENCONTRADO	Nº. CASOS	%DE CASOS
PACIENTES EMBARAZADAS CON PATOLOGIAS	480	80%
PACIENTES SANAS	120	20%
TOTAL	600	100%

Cuadro2. Fuente Centro de salud Nº 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica



Gráfico 2. Fuente Centro de salud Nº 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: En el presente gráfico y tabla se muestra distribución de la muestra la totalidad del universo 600 casos, de los cuales 480 casos pertenecían a pacientes con patologías cérvico vaginales (80%) y 120 pacientes sanas que correspondían al

20%.

Distribución de agentes etiológicos en infecciones vaginales encontrados; en mujeres embarazadas. Período 2011-2012

Agentes Etiológicos	Nº.CASOS	% CASOS
Cándida Albicans	114	23,75
Trichomonas	69	14,4
Neisseria gonorrhoeae	8	1,66
Gardnerella Vaginalis	6	1,25
Chlamydia	5	1,04
Herpes	37	7,7
Vaginitis Bacteriana	241	50,2

Cuadro 3. Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica



Grafico 3. Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Torres Gavica

Análisis: Se demuestra que del total de casos encontrados, la distribución de infecciones vaginales es: Vaginitis Bacteriana 241 casos que corresponden al (50.2%) Cándida Albicans, 114 que corresponde al (23.75%) Trichomonas 39 que corresponde al (14.4%), Herpes 37 casos que corresponden al (7.7%), Neisseria gonorrhoeae con 8 casos que corresponde al (1.66%),

Gardnerella Vaginalis con 6 caos que corresponden al (1.25%) y Chlamydia con 5 casos que corresponden al (1.04%).

Agentes etiológicos

AGENTES ETEOLÒGICOS	15 - 25 AÑOS	
	CASOS	%
Cándida Albicans	15	8,62
Trichomonas	20	11,49
Neisseria gonorrhoeae	1	0,57
Gardnerella Vaginalis	0	0,00
Chlamydia	0	0,00
Herpes	12	6,90
Vaginitis Bacteriana	126	72,41
TOTAL	174	100

Cuadro 4 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.

Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

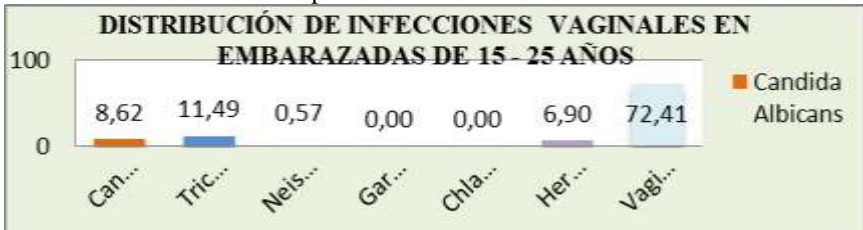


Gráfico. 4. Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.

Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: En las pacientes de 15 a 25 años: de Vaginitis Bacterianas con un total de 126 casos que corresponden al (72,41%), Trichomonas con 20 casos que corresponden al (11,49%), Cándidas Albicans con 15 casos que corresponden al (8,62%), Herpes con 12 casos que corresponden al (6,90%), Neisseria gonorrhoeae con 1 que corresponde al (0,57%) y no encontramos casos de Gardnerella Vaginalis y Chlamydia.

Infecciones vaginales en embarazadas

AGENTES ETIOLÓGICOS	26 - 35 AÑOS	
		%
Candida Albicans	75	41,44
Trichomonas	35	19,34
Neisseria gonorrhoeae	4	2,21
Gardnerella Vaginalis	4	2,21
Chlamydia	3	1,66
Herpes	10	5,52
Vaginitis Bacteriana	50	27,62
TOTAL	181	100

Cuadro 5 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

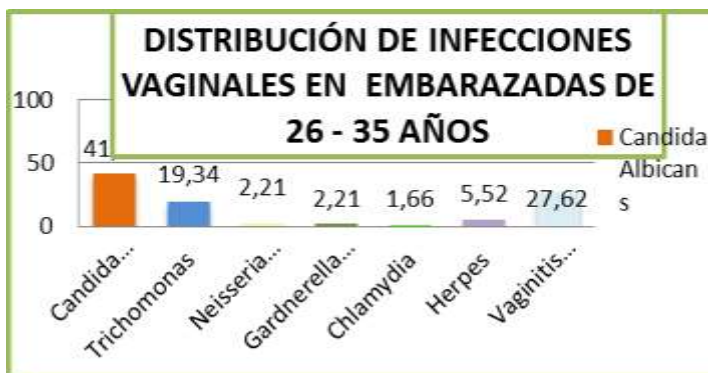


Gráfico. 5. Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis. El gráfico refleja mujeres embarazadas de 26 a 35 años, encontramos que la mayor prevalencia es de Vaginitis Bacterianas con un total de 50 casos que corresponden al (27,62%), Trichomonas con

35 casos que corresponden al (19,34%), Cándidas Albicans con 75 casos que corresponden al (41,44%), siendo las menos frecuente Gardnerella Vaginalis Con 4 casos que corresponden (2,21%) y Chlamydia 3 casos que corresponde al (1,66%).

Frecuencia de infección de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.

ITS	FRECUENCIA	%
NO	12.111	98
SI	240	2
TOTAL	12.351	100

Cuadro 6 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

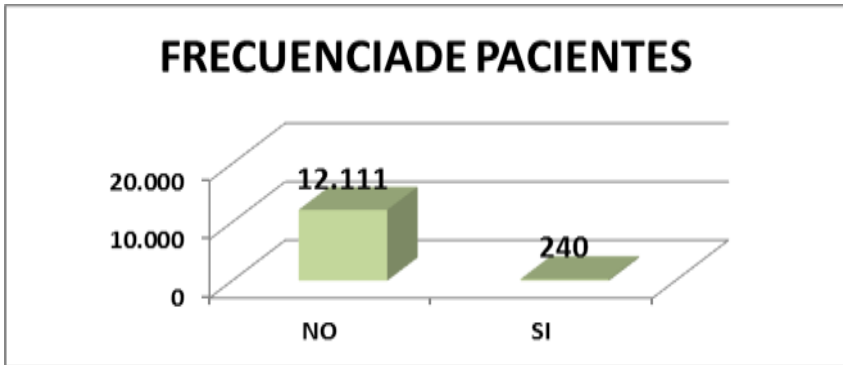


Grafico 6 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: entre las pacientes atendidas, 240 pactes corresponden al 2% que presentaron infección de transmisión sexual periodo comprendido entre septiembre y febrero lo que nos indica una baja prevalencia de infección de transmisión sexual

Nivel de Instrucción de mujeres en edad fértil según el nivel de instrucción en pacientes atendidas en el centro de salud N° 1 de salud de Guayaquil.

	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	%
ANALFABETO	8	3
PRIMARIA	28	12
SECUNDARIA	167	70
SUPERIOR	37	15
OTROS	0	0
TOTAL	240	100

Cuadro 7 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

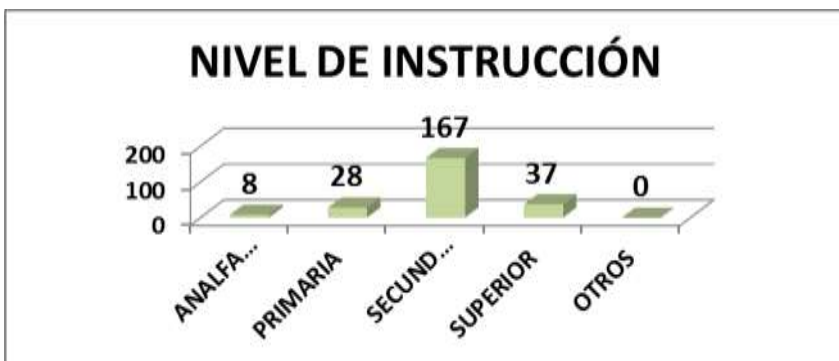


Grafico 7 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: El mayor porcentaje se dio en adolescentes jóvenes de secundaria 70% de las pacientes (n° 167) seguido de un 15% de instrucción superior, lo que refleja muy probablemente la poca orientación sexual y conocimiento de planificación familiar recibida tanto en las familias como en las instituciones educativas.

Frecuencia de Infección de Transmisión Sexual en mujeres en edad fértil según el número de parejas sexuales en pacientes atendidas en el centro de salud N° 1 de salud de Guayaquil.

	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	%
1	195	81
2 A 3	36	15
MAYOR A 4	9	4
TOTAL	240	100

Cuadro 8 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

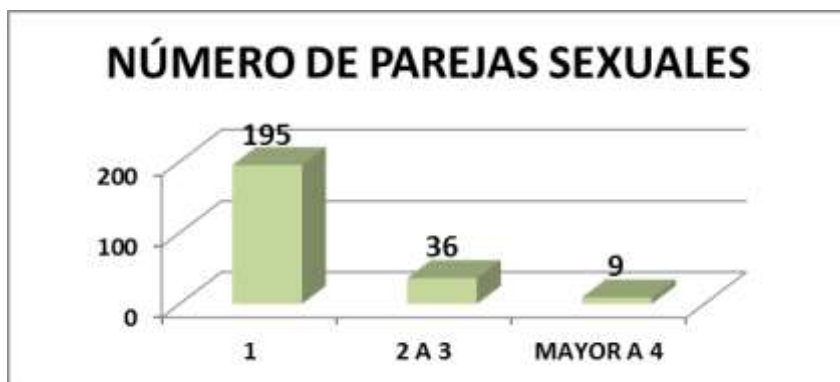


Grafico 8 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: El 81% de las pacientes presentaban una pareja sexual seguido del 15 % que tuvieron de 2-3 parejas sexuales.

Ultimo método anticonceptivo en pacientes atendidas en el centro de salud N° 1 de salud de Guayaquil.

	ÚLTIMO MÉTODO UTILIZADO	%
ORALES	20	8
INYECTABLES	41	17
T DE COBRE	20	8
BARRERA	45	19
QUIRÚRGICO	25	11
NINGUNO	89	37
TOTAL	240	100

Cuadro 9 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil. Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

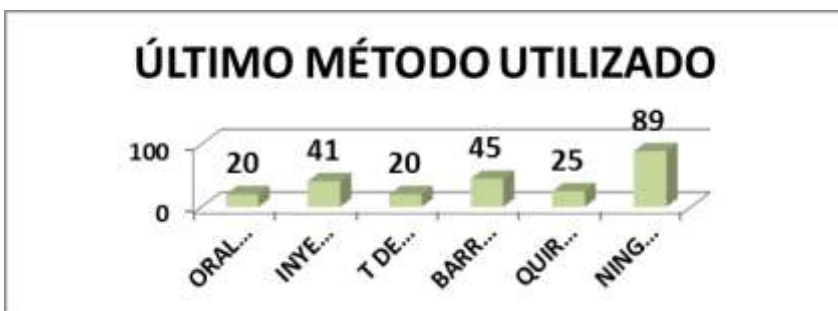


Gráfico. 9 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil. Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: El mayor porcentaje 19 % de las pacientes planificaron con método de barrera seguido de un 17% de las pacientes planificaron con método inyectable y con un 37% de pacientes que no utilizaron ningún método de anticoncepción lo que conlleva a una mayor incidencia de ITS, adicionalmente a la propagación de embarazos no deseados y abortos

Inicio de Vida Sexual en pacientes atendidas en el centro de salud N° 1 de salud de Guayaquil.

	INICIO DE VIDA SEXUAL	%
12 A 14	80	33
15 A 16	131	55
MAYOR DE 17	29	12
TOTAL	240	100

Cuadro 10 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

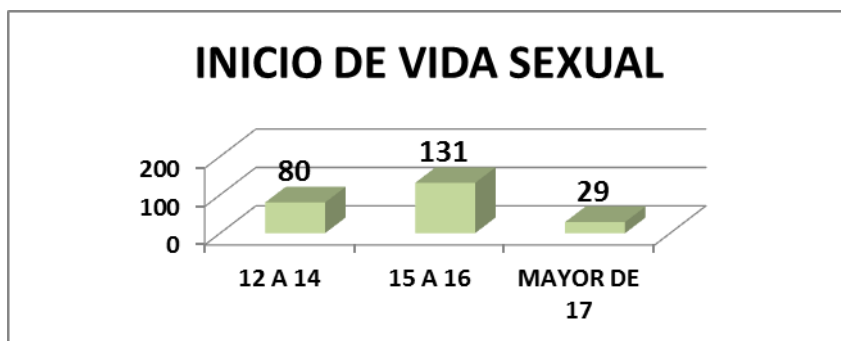


Grafico 10 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: El mayor porcentaje 55 % de las pacientes mantuvieron relaciones sexuales antes de los 17 años, solo un

12% presentaron su primer encuentro sexual después de los 17 años, lo que conlleva aun a mayor incidencia de ITS

Estudios Citológicos utilizados para el diagnóstico de infección de transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el centro de salud N° 1 de salud de Guayaquil.

	TIPO DE DIAGNÓSTICO	%
CULTIVO DE SECRECIÓN	54	23
CULTIVO + PAPANICOLAOU	186	77
PAPANICOLAOU	0	0
TOTAL	240	100

Cuadro 11 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

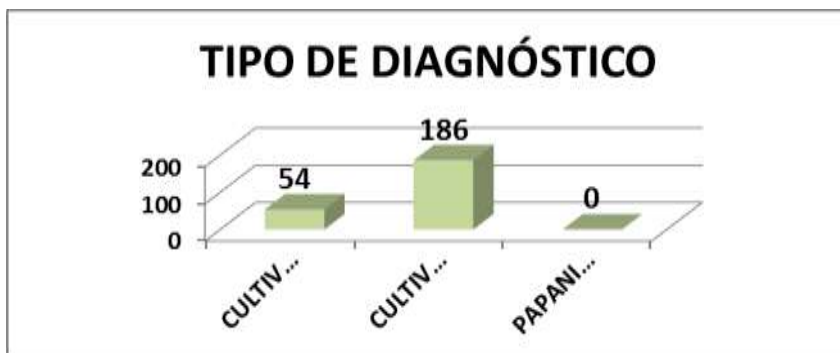


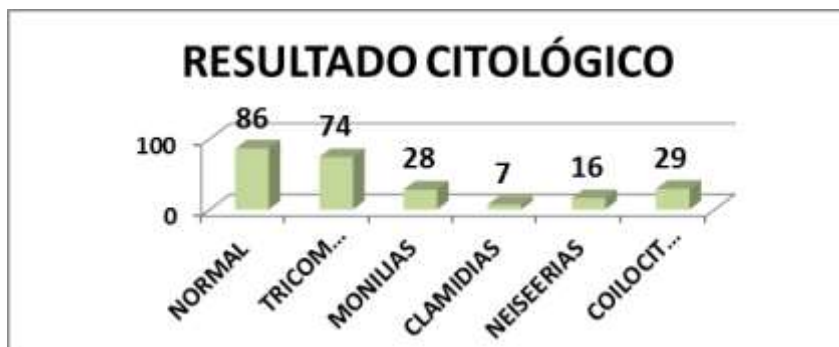
Grafico 11 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: Como observamos en el grafico el mayor porcentaje (77%) de pacientes se realizó cultivo + Papanicolaou como método de diagnóstico de infección de transmisión sexual seguido de un (23%) que solo se realizaron cultivo de secreción vagina

Resultados Citológicos (Cultivo) en pacientes mujeres en edad fértil atendidas en el centro de salud N° 1 de salud de Guayaquil.

	RESULTADO CITOLÓGICO	%
NORMAL	86	36
TRICOMONAS	74	30
MONILIAS	28	12
CLAMIDIAS	7	3
NEISEERIAS	16	7
COILOCITOS	29	12
TOTAL	240	100

Cuadro 12 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica



Cuadro 12 Fuente Centro de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.
Realizado por Md. Jessica Gómez Gavica

Análisis: Dentro de las ITS más frecuentes que se presentaron en este estudio, un 30% de las pacientes presentaban Tricolomas y el 12% colorcitos al igual que monillas. La infección por el virus del papiloma humano, el parásito tricolomas Vaginales y monillas son 3importantes entidades que tienen una alta prevalencia en la población en genera

PROPUESTA

“GUIA DE CONCIENTIZACIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN EL EMBARAZO”

Hoy en día el control de las enfermedades de transmisión sexual en el embarazo ha cobrado un auge creciente. Las ETS intrauterinas y de transmisión perinatal pueden tener consecuencias mortales o efectos graves para el feto y la madre.6

Objetivo:

Diseñar una guía de vigilancia y control de infecciones en el embarazo

Antecedentes:

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ETS curables en 1995- gonorrea, sífilis, clamidias, monillas y trichomonas- fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ETS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en

varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más de estos patógenos.³

Se consideran estas enfermedades como una verdadera epidemia de nuestra época. Se producen en el mundo 250 000 000 de casos nuevos cada año, en las Américas se estima una cifra de alrededor de 50 000 000 anualmente. Las más frecuentes en la actualidad son las siguientes: vaginosis bacteriana, herpes genital, clamidiasis, blenorragia, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por papilomas virus humanos, hepatitis B, sífilis y el SIDA.⁴

Además de las ETS curables, se estima que para mediados de 1998 se habían infectado acumulativamente a nivel mundial 18,5 millones de adultos y más de 1,5 millones de niños con el VIH. Se proyecta que el total mundial acumulativo por VIH va a alcanzar los 30 - 40 millones para el año 2000.³ Solamente en 1996 esta enfermedad cobró 1,5 millones de vidas humanas y hoy es considerada como 1 de las 10 enfermedades más mortíferas del mundo.⁵

Concientización:

La repercusión más seria debida a las ETS excluyendo al VIH/SIDA tiende a ocurrir en mujeres y recién nacidos. Las complicaciones en las mujeres incluyen el cáncer de cérvix y la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, dolor crónico, embarazo ectópico y mortalidad materna asociada subsecuente. En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con las ETS no tratadas

representan la primera causa de morbimortalidad maternoinfantil.³

Hoy en día el control de las enfermedades de transmisión sexual en el embarazo ha cobrado un auge creciente. Las ETS intrauterinas y de transmisión perinatal pueden tener consecuencias mortales o efectos graves para el feto y la madre.⁶

Se han reportado tasas de prevalencia de sífilis del 3 al 19 % en mujeres embarazadas en los países en vías de desarrollo, y las tasas más altas se han encontrado al sureste de África y al Sur del Sahara.^{7,8}

Se han descrito tasas de sífilis congénita tan altas como 3 200 por cada 100 000 nacidos vivos en Addis Abeba, Etiopía,^{9,10} y 850 por cada 100 000 en Lusaka, Zambia.¹¹

El 8,6 % de los infantes menores de 3 meses de edad que ingresaron en los hospitales y el 7,5 % de los neonatos que ingresaron en las unidades de cuidados intensivos tenían sífilis congénita en Zambia.¹⁰

El 2,3 % de los recién nacidos tenían evidencias clínicas y/o de laboratorio de sífilis congénita en Porto Alegre, Brasil.¹¹

Los efectos devastadores de la sífilis materna en el feto son bien conocidos. La sífilis materna no tratada puede producir abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad y sífilis congénita. La transmisión vertical de la sífilis es común y es una de las causas principales de pérdida fetal y muerte perinatal e infantil. El

efecto más serio de la sífilis en el embarazo es el aborto espontáneo.³

Las infecciones genitales en ambos sexos con frecuencia son producidas además por la clamidia. Hoy en día se acepta que estas infecciones son más frecuentes que las causadas por el gonococo, e incluso, iguala en ocasiones a las del herpes virus. Muchos autores la consideran como una de las enfermedades infecciosas de la década. Se estima que más del 50 % de las uretritis no gonocócicas son causadas por la clamidia trachomatis.⁴

El papel de la infección clamídica materna en la prematuridad es más debatible. Sólo las mujeres con infección clamídica y un nivel elevado de Inmunoglobulina M (IgM)

se encontraron con un riesgo elevado de prematurez.²⁴ Existe evidencia de que tanto la infección gonocócica como clamídica elevan el riesgo de las infecciones posparto. El 20 % de las madres que dieron a luz en un estudio que se realizó en Nairobi, desarrollaron infección clínica posparto dentro de los 7 a 28 días del parto, y aproximadamente el 50 % de estas infecciones se podían atribuir a la *Neisseria gonorrhoeae* y a la *Chlamydia trachomatis* o a ambas.²⁵ La transmisión vertical del VIH/ SIDA constituye otro problema importante que preocupa a la salud pública mundial. En 1992 habían nacido en África alrededor de 250 000 niños infectados por el VIH. En Estados Unidos las tasas de transmisión perinatal del SIDA fueron estimadas en 1991, en un 25 - 30 %.²⁶ Hoy en día una gran proporción de los adultos afectados son mujeres, en las que se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad. Ello es particularmente cierto en aquellas mujeres entre 20 y 40 años de edad que habitan en grandes ciudades de la región de las Américas y el África subsahariana. En algunos países de esta zona, las tasas de prevalencia

de mujeres embarazadas con VIH/ SIDA oscilan entre el 8 y el 12 %, sin embargo en Europa Occidental estas tasas se encuentran entre un 0,6 y un 1 %.²⁷ Otra de las ETS que ha cobrado auge en los últimos años es la hepatitis B. Se estima que cada año nacen 20 000 niños de madres positivas al antígeno de la hepatitis B (HBsAg) en los Estados Unidos.

Estos niños tienen un alto riesgo de contraer por vía parenteral el virus de la hepatitis B, la infección crónica por este virus y otras complicaciones de enfermedades crónicas del hígado asociadas tales como cirrosis y cáncer hepatocelular.

Recomendaciones

Se recomienda la vacunación de todas las mujeres embarazadas y la realización de exámenes de rutina en las etapas más avanzadas de cada embarazo para detectar antígenos en virus de la hepatitis B y determinar cuándo sus recién nacidos requerirán inmunoprofilaxis para la prevención de la infección perinatal. Según el centro de Ingeniería Genética y Biotecnología en 1998 se estimó que el virus de la hepatitis B afectaba a más de 300 millones de personas en todo el mundo.

Por otra parte, el herpes genital se considera como una de las ETS más frecuentes de la presente década.²⁸ Es la causa más común de infección vesiculoulcerativa en los adolescentes. Es crónica y recurrente, capaz de debilitar el organismo, y se sugiere una correlación entre esta afección y el cáncer de cuello uterino y de la vulva en la mujer.⁴

Por otra parte, el contagio fetal con herpes simple puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, produciendo microcefalia,

microftalmía, muerte fetal y aborto espontáneo. Sin embargo, el mayor peligro de contagio aparece durante el parto cuando ocurre una rotura de membranas, provocando en el recién nacido encefalitis herpética, conjuntivitis y afecciones en piel y cavidad oral.

Hay estudios que plantean que la frecuencia de estas alteraciones son bajas, alrededor de 1 por 30 000 ó 1 por 35 000 partos en los Estados Unidos y en Manchester, Gran Bretaña. Otros autores refieren que en otros países esta incidencia ha sido de 1 por 1 000 partos.^{29, 30}

La candidiasis vaginal o moniliasis, es una de las infecciones del tracto urinario que más afecta a las mujeres. Cada año, millones de mujeres padecen esta enfermedad a lo largo y ancho de nuestro planeta. Se estima, que 3 de cada 4 mujeres padecerán al menos de un episodio de candidiasis vaginal durante el transcurso de sus vidas. Afortunadamente, esta enfermedad es de fácil y rápido diagnóstico, y su adecuado tratamiento cura la enfermedad de forma rápida y segura.⁴

La repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido. Hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Candida albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros.³¹

4. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación concluimos:

Se determina que si hay prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas atendidas en el Centro de Salud No. 1 de Guayaquil. Período 2011 – 2012.

Con el analisis de la historia clinica se pudo identificar Identificar, las infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en los años 2011 – 2012 en el centro salud No. 1 de la ciudad de guayaquil

La investigación realizada nos permitio definir, factores asociados a la prevalencia de enfermedades en las embarazadas del Centro de Salud No.1

Con todos los datos hemos descritos cadauna de las enfermedades de trasmision sexual de laas pacientes embarazadas con enfermedades de transmisión sexual en las mujeres embarazadas.

Hemos creído conveniente realizar una propuesta de concientización y prevención de las infecciones por transmisión sexual.

5. RECOMENDACIONES

La prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas es un problema de salud pública por lo cual es necesario realizar programas permanentes a las mujeres en edad fértil en los dispensarios del MSP. que donde acude la mayor parte de la población. Por las siguientes razones:

La convergencia de la infección por transmisión sexual incrementa la probabilidad de muerte prematura para los habitantes de países en desarrollo.

Los infectados por VIH mueren más de TB que de cualquier otra causa..

Las enfermedades de transmisión sexual es un factor que amenaza en especial cuando las pacientes no son sometidas a control periódico de forma conjunta con el conviviente-

El VIH se transmite a través de sangre, semen y secreciones vaginales. Las formas de transmisión pueden variar, pero la forma más frecuente de transmisión heterosexual (entre hombre y mujer) es por coito vaginal.

Otra forma de transmisión es a través del uso de drogas inyectables, específicamente por compartir jeringas contaminadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wikipedia. (2014) Derechos sexuales. Revisado en WEB: 10 de septiembre 2014.
2. Eckert LO. (2006) Clinical practice. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med.* Sep 21; 355 (12): 1244-52.
3. U.S. Preventive Services Task Force. (2008) Screening for Bacterial Vaginosis in Pregnancy to Prevent Preterm Delivery: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.*; 148: 214-219.
4. Secretaría de Salud de Mexico. (2008) Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención. México.
5. Gupta NK, Bowman CA. (2012) Managing sexually transmitted infections in pregnant women. *Womens Health (Lond Engl).* May; 8 (3): 313-21.
6. Yudin MH, Money DM. (2008) Infectious Diseases Committee. Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* Aug; 30 (8): 702-16.
7. The Columbia Encyclopedia (2009) VENUS, in Roman Religion and Mythology (en inglés), The Columbia Encyclopedia (6.ª edición), 2004, consultado el 13 de agosto de 2009
8. Roy Willis (Editor) (2007). Mitología del mundo. Colonia: Taschen - Evergreen. pp. 168–170. ISBN 978-3-8228-5121-0.

9. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. (2006) El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.
10. Frenk J. (1985) El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*; 27(5):438-53.
11. Guía Medicinal (2014) «Signos y síntomas – Diferencias», artículo en el sitio web Guía Medicinal. Consultado el 15 de mayo de 2014.
12. Conde-González, Carlos; Uribe-Salas, Felipe (noviembre 1997). «Gonorrrea: la perspectiva clásica y la actual». *Salud pública Méx* (Cuernavaca) 39 (6). doi:10.1590/S0036-36341997000600011. Consultado el 8 de octubre de 2013.
13. Lugones Botell, Miguel A; Molinet Duarte, Isabel; Quintana Riverón, Tania Yamilé; Vázquez Sánchez, Mario (octubre-diciembre 1995). “Sífilis y gonorrrea; parte de su historia” (en inglés). *Revista Cubana de Medicina General Integral* (La Habana, Cuba). Consultado el 8 de octubre de 2013.
14. World Health Organization (2012). «Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*». Consultado el 8 de octubre de 2013. “Gonococcal infections can be prevented through safer sexual intercourse. These infections represent 106 million of the estimated 498 million new cases of curable STIs that occur globally every year”.

15. Valenzuela Bravo, María Teresa (24 de mayo de 2012). Alerta de resistencia en infección por *Neisseria gonorrhoeae*. Boletín Laboratorio y vigilancia al día. Consultado el 8 de octubre de 2013.
16. CDC. (2013) Gonorrea: Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Consultado el 8 de octubre de 2013. «Las personas contraen gonorrea al tener relaciones sexuales con alguien que tenga esta enfermedad.....».
17. CEDEPAP. Pablo Tregnaghi, MD. (2014) Sífilis: ¿una enfermedad de otro tiempo?. Revisado en la WEB, 10 de septiembre de 2014.
18. BBC Mundo.com. Navas María Elena. (2008) Colón “llevó la sífilis a Europa”. Londres, BBC ciencia. Actualizado, 15 de enero de 2008 – 13:05GT. http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7189000/7189071.stm
19. THE LANCET. 2008. Sífilis: la enfermedad ha resurgido. Revista: “The Lancet Infectious Diseases”. Volumen 8, N* 4, Abril 2008, Págs. 244-253.
20. El Mundo.es SALUD. Lucio Cristina G. (2008) Sífilis, la infección que volvió en el siglo XXI. España. Actualizado, 19 de marzo. 20:13 GTM.
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/03/17/medicina/1205782621.html>
21. CDC. (2014) Enfermedades de Transmisión sexual. Sífilis. EEUU, Atlanta, Centro de información de los Centros de prevención y Control de las Enfermedades; CDC-800-CDC-INFO (1-800-232-4636). Revisado en la WEB, 10 de septiembre de 2014.

[http://www.cdc.gov/STD/Spanish/STDFact-Syphilis-
s.htm](http://www.cdc.gov/STD/Spanish/STDFact-Syphilis.htm)

22. British Association. (2006) British Association for Sexual Health and HIV Clinical Effectiveness Group. National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis. [Accessed 7 February 2012].
23. Kenyon C, Colebunders R, Crucitti T. (2013) The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* Dec; 209 (6): 505-23.
24. Hainer BL, Gibson MV. (2011) Vaginitis. *Am Fam Physician.* Apr 1; 83 (7): 807-15.
25. Fethers K, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. (2008) Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*; 47: 1426–1435.
26. Turovskiy Y, Sutyak Noll K, Chikindas ML. (2011) The aetiology of bacterial vaginosis. *J Appl Microbiol.* May; 110 (5): 1105-28.
27. Fethers K, Fairley CK, Morton A, Hocking JS, Hopkins C, Kennedy LJ, *et al.* (2009) Early sexual experiences and risk factors for bacterial vaginosis. *J Infect Dis*; 200: 1662–1670.
28. Ilkit M, Guzel AB. (2011) The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. *Crit Rev Microbiol.* Aug; 37 (3): 250-61.
29. Marrazzo JM. (2011) Interpreting the epidemiology and natural history of bacterial vaginosis: are we still confused? *Anaerobe.* Aug; 17 (4): 186-90.
30. Brotman RM. (2011) Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *J Clin Invest.* Dec; 121 (12): 4610-7.

31. Kissinger P, Adamski A. (2013) Trichomoniasis and HIV interactions: a review. *Sex Transm Infect.* Sep; 89 (6): 426-33.
32. Aponte A, Pérez L. (1994) Documento Generalidades de la sexualidad Humana. Medellín: Facultad de enfermería Universidad de Antioquía.
33. Corbella J. (2015) Psicología del embarazo y el parto. En: descubrir la psicología libro monografía: Madrid Editorial polio. Volumen VIII pagina 26 37. Revisado 07 marzo de 2015
34. Dora Sánchez Casas Obt. (2002) Tesis "Embarazo en adolescentes y sus complicaciones pre y post parto". <http://www.monografias.com/trabajos27/inicio-relacion-sexual/inicio-relacion-sexual.shtml#ixzz3DJDTVvEO>
35. Fabelo, José Ramón. (1996) La formación de valores en las nuevas generaciones. La Habana: Ed Ciencias Sociales, p70.
36. Fabelo, José Ramón. (1982) Práctica, Conocimiento y Valoración.—La Habana: Ed Ciencias Sociales, p 235
37. Rodríguez, Zaira. (1989) Filosofía Ciencia y Valor. La Habana: Ed Ciencias Sociales. Pp 52
38. Sánchez Linares, Felipe. (1989) ¿Es Ciencia la filosofía?. La Habana: Ed Política. Pp 226
39. XLLINS, Chips y STRYKER, Jeff (1998). ¿Debemos enseñar "Sólo abstinencia" en la educación sexual?. CAPS, University of California, San Francisco. .

40. MARTINEZ, Zoraida (1999). "Entre goces y amores", Documento inédito, Bogotá.
41. SINGH, Susheela and DARROCH, Jacqueline E. (2000) Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries. Family Planning Perspectives Vol. 32, No. 1, January/February.
42. MANKIN, N. Gregory. (2004) Principios de Economía. 3ª edición. España, Madrid., Pag. 535
43. Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010) Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. Dec 17; 59 (RR-12): 1-110.
44. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. (1983) Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med; 74 (1): 14-22.
45. Ison CA, Hay PE. (2002) Validation of a simplified grading of Gram stained vaginal smears for use in genitourinary medicine clinics. Sex Transm. Infect.; 78 (6): 413-5.
46. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. (1991) Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J Clin Microbiol; 29 (2): 297-301.
47. Population Council, (2006) Infecciones de tracto reproductivo: Definiciones de morbilidad ginecológica.
48. Weinstock H, Berman S, Cates W. (2000) Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2004, 36:6–10.
49. OMS. (2002) Hepatitis B. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2).

50. Ferlay J. (2004) Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, (GLOBOCAN 2002. IARC Cáncer Base No. 5. versión 2.0).
51. Herrera, María Teresa y Col. (2005) Tamizaje serológico y con PCR para determinar la prevalencia de chlamydia trachomatis en pacientes con vaginosis y vaginitis inespecífica que asisten a hospitales, ente de la Secretaría de Salud de Bogotá”. En Nova. volumen 3, junio, p. 1-120.
52. Mayaud P, Mabey D. (2004) Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 80:174–182
53. Weiss H. (2004) Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infection in the developing world. *Herpes*, 11 (Suppl. 1): 24A–35A
54. OMS. (2006) Organización mundial de la salud 59ª asamblea mundial de la salud 59/11, punto 11.6 del orden del día provisional 18 de mayo.
55. López García, María Luisa. (1995) Educación afectivo-sexual: Planteamiento integrado e interdisciplinar y veinte unidades didácticas. Narcea Ediciones. Pág. 107
56. SANCHIS, Rosa. (2010) Tejiendo hilos de placer. En *Aula de Innovación Educativa*, mayo, núm. 191 pp. 33-37
57. CIRIZA, Alejandra Simone de Beauvoir. (2012) De la fenomenología del cuerpo a la utopía de la libertad. *Revista Nomadías* noviembre, número 16, 11-21
58. Quan M. (2010) Vaginitis: diagnosis and management. *Postgrad Med. Nov*; 122 (6): 117-27.

59. Soong D, Einarson A. (2009) Vaginal yeast infections during pregnancy. *Can Fam Physician*. Mar; 55 (3): 255-6.
60. AGREE Collaboration. (2001) Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. Available from <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>
61. European (IUSTI/WHO). 2011. Guideline on the Management of Vaginal Discharge.
62. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. (2000) Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med*. May 18; 342 (20): 1500-7.
63. Mark H, Jordan ET, Cruz J, Warren N. (2012) What's new in sexually transmitted infection management: changes in the 2010 guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. *J Midwifery Womens Health*. May-Jun; 57 (3): 276-84.
64. Swadpanich U, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. (2008) Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 16; (2):CD006178..
65. Hay P, Patel S, Daniels D. (2012) UK National Guideline for the management of Bacterial Vaginosis 2012. British Association for Sexual Health and HIV.
66. Brotman RM. (2011) Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *J Clin Invest*. Dec; 121 (12): 4610-7.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NºHCL: _____
FECHA DE ATENCIÓN: _____

NOMBRE: _____ (Código)

NOMBRE DE LA MADRE O

RESPONSABLE: _____ (Código)

GRUPO ÉTNICO: (Lengua nativa) _____

EDAD: (AÑOS)

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

PROCEDENCIA (si es migrante): _____ Tiempo de
estadía: _____

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:

No. SEMANA DE GESTACIÓN:

1. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Registre la fecha de aparición de cada uno de los signos y síntomas.

MANEJO SINDRÓMICO o Dx. ITS	FECHA (mm/aaaa)

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: (detalle)

3. RECIBIÓ TRATAMIENTO:

SI _____ NO _____

Cuál: _____

Mejóro?: Si _____ No _____

4. DIAGNÓSTICO (S) PRESUNTIVO (s):

5. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

5.1 FACTORES DE RIESGO:

Detalle:

Tipo de relaciones sexuales: