

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO.

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



TESIS

“ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES TRATADAS EN EL IMIEM DURANTE EL 2012”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S. MARICELA ZÁRATE HINOJOSA.

DIRECTORAS DE TESIS

M.S.P. MARTHA E. CAMPUZANO GONZÁLEZ

ESP. EN G.O MARTHA AGUIRRE AYALA.

REVISORES DE TESIS:

DRA. EN C.S.P LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES.

ESP. EN G.O GABRIELA GARAY SERRANO.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Resumen	3
Marco teórico	
Adolescencia	5
Salud reproductiva en adolescentes	6
Enfermedades de transmisión sexual	7
Treponema Pallidum	8
Neisseria Gonorrhoeae	11
Chlamydia Trachomatis	12
Linfogranuloma venéreo	13
Trichomona Vaginalis	14
Vaginosis bacteriana	16
Chancroide	18
Infección por papilomavirus humano	19
Herpes genital	22
Virus de inmunodeficiencia humana	23
Cuadro de resumen	26
Planteamiento del problema	27
Justificaciones	29
Objetivos	30
Metodología	31

Operacionalización de variables	31
Universo de trabajo y muestra	33
Instrumento de investigación	33
Desarrollo del proyecto	33
Límite de tiempo y espacio	33
Diseño y análisis	34
Implicaciones éticas	35
Organización	37
Resultados y análisis	38
Discusión	40
Conclusiones	44
Bibliografía	45
ANEXOS	47

DEDICATORIA

A mis padres y a mis directoras de tesis.

Vive tu vida como si subieras una montaña.
de vez en cuando mira hacia tu alrededor y
admira las cosas bellas en el camino. Sube
despacio, firme y disfruta cada momento hasta
llegar a la cumbre.

Harold V. Melchert.

RESUMEN.

El presente trabajo pretende identificar la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual y los factores socioculturales que favorecen la presencia de estas, entre las adolescentes que asistieron a la consulta externa en el IMIEM durante el 2012.

Se realizó un estudio retrospectivo transversal descriptivo.

Nuestro universo lo constituyeron las pacientes adolescentes que asistieron a la consulta a la consulta externa del IMIEM y en las cuales se detectó la presencia de alguna de las enfermedades de transmisión sexual, por medio de citología o cultivo. Con una muestra representativa de 160 pacientes, con un rango de edad entre los 14 y los 19 años

Entre los resultados se encontró que la mayoría de las pacientes procedían del área urbana, y en menor porcentaje del área rural situación que corresponde con el área de cobertura del IMIEM, el cual es un centro de tercer nivel que otorga atención médica y quirúrgica de alta especialidad cubriendo Toluca y otros municipios del estado de México.

La mayoría de las adolescentes estudiadas son amas de casa con un nivel básico de educación, independientemente del área de procedencia.

En las pacientes investigadas el estado civil unión libre prevaleció sobre las demás categorías, así como la presencia de una sola pareja sexual.

Como dato interesante encontramos que la edad promedio de la menarquia entre las adolescentes oscilo entre los 10 y 16 años, con una edad promedio de 12 años, que también fue el rango mínimo en el cual iniciaron vida sexual activa.

La mayoría de las pacientes estudiadas cursaban con un embarazo y fue durante el control prenatal que se detectó la presencia de una enfermedad de transmisión sexual.

Se encontró una amplia variedad microorganismos de transmisión sexual en las adolescentes siendo la *Gardenerella vaginallis* el más frecuente.

Esperando que el propósito final de esta información sea para mejorar la orientación, prevención, así como el diagnóstico, tratamiento y calidad de atención en estas pacientes adolescentes.

ABSTRACT

Presently work pretends identify the social and cultural factors that contribute to the sexually transmitted diseases, STDs in teenagers treated in outpatient visit at the IMIEM Hospital during the 2012 year.

We conducted a descriptive transversal and to Retrospective study including female teenagers patients treated for a STDs and confirmed by a vaginal culture or cytology in a representative sample of 160 outpatient female teenagers aged between 14 and 19 years.

The results of this study showed that most of the patients came from urban areas and in a smaller percentage they came from rural areas nearby the hospital.

The IMIEM Hospital is a third level hospital which brings medical care and high specialty surgical services within Toluca, the capital city of the State of Mexico, as well as other municipalities located nearby the hospital.

Most of the female teenagers patients are housewives with a low or a very basic level of Education including both urban and rural areas of Living.

Most of them live in common law with only one sexual partner as an interesting result we found that the average age of menarche was in a range of ten and sixteen years, when they became sexually active.

The majority of STD's patients studied were pregnant and it happened during the prenatal control that it was found a sexually transmitted disease.

It was found a great variety of sexually transmitted disease microorganisms; *Gardenerella vaginallis* was the most frequent type found.

It is the purpose of this information to improve the prevention as well as the diagnosis, treatment and quality in medical care to the teenagers STD's patients.

MARCO TEÓRICO.

Adolescencia.

Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer.

La adolescencia ha sido, en general, definida desde diferentes enfoques biológicos, psicológicos, pedagógicos, o bien, demográficos, sin embargo la Organización Mundial de la Salud, la define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, Fija sus límites entre los 10 y 19 años y a su vez abarca tres etapas:

- a) Adolescencia temprana: comprende entre los 10 y 13 años.
- b) Adolescencia media: comprende desde los 14 a los 16 años.
- c) Adolescencia tardía: abarca desde los 17 a los 19 años ⁽⁴⁾.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente ⁽³⁾.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil

preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en las que se desenvuelva el adolescente ⁽⁵⁾.

Salud reproductiva

La salud reproductiva es parte de la salud integral y es necesario conocer las necesidades y los problemas que los jóvenes enfrentan para así desarrollar programas de promoción, de protección y de prevención efectivos y eficaces.

La salud de los adolescentes y jóvenes ha ido adquiriendo relevancia progresivamente en el mundo entero, tanto por una mejor comprensión de la importancia de este grupo etario en salud pública como por el aumento de los riesgos en salud, debido a los cambios de patrones de conducta, especialmente en salud reproductiva.

La sexualidad es un componente del desarrollo humano y parte esencial de la salud integral. Los aspectos individuales y sociales incluidos en el concepto de salud reproductiva repercuten en la adolescencia. El lugar que los adolescentes tienen asignado en la sociedad y la forma cómo son tratados es determinante para su salud reproductiva. El bienestar físico y psicosocial contribuye al desarrollo de conductas sexuales y reproductivas saludables ^(1,2).

El inicio de la actividad sexual coital y el embarazo no deseado a edades tempranas, puede tener consecuencias negativas en el campo de la salud física y mental, tales como el riesgo de enfermedades sexuales transmisibles, el aborto, salud materno – infantil y el desajuste en la integración psicosocial ⁽³⁾.

Las y los adolescentes han constituido, efectivamente, un porcentaje significativo de la población, hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones. Tan solo en América Latina y el Caribe la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región ⁽³⁾.

Los adolescentes constituyen un sector muy importante de la población activa de un país. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre este tema son referidos a las mujeres en edad fértil que se estima tienen acceso a la planificación familiar, sin embargo, el grupo de 15 a 19 años es quien tiene menos conocimientos, menor tasa de utilización y el mayor riesgo de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, ya que la actividad sexual precoz expone ampliamente a la población adolescente al mayor peligro de padecer infecciones de transmisión sexual. En los últimos años, ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual ^(2,8).

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión ^(6,7).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Algunos de los factores desencadenantes del aumento en las ETS son la práctica de relaciones sexuales sin protección y la promiscuidad, los cuales son comunes entre los adolescentes.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa de los padres respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad ^(2,8).

Las ETS pueden afectar a toda la población siendo el grupo de adolescentes uno de los más vulnerables y algunos de los factores que predisponen a las ETS en este grupo poblacional son: la inmadurez genital, el número de parejas sexuales y condiciones socioculturales ⁽⁵⁾.

En estudios anteriores se calcula que la incidencia anual de ETS a nivel mundial es de 340 millones de casos. Aproximadamente, el 50% de éstas corresponden a tricomoniasis, 26% a clamidiasis, 18% a gonorrea, 3% a sífilis y 2% a chancroide. Se estima que de 75 al 85% de estos casos ocurren en países en vías de desarrollo ⁽⁸⁾. Y de acuerdo a un estudio realizado en nuestro país, durante el periodo de 1990 a 2002, se presentó un incremento significativo en la incidencia de las siguientes ETS: herpes genital, tricomoniasis, candidiasis urogenital, virus del papiloma humano (VPH). Por el contrario, la gonorrea y la sífilis adquirida tuvieron un decremento significativo. El chancro blando, el linfogranuloma venéreo y la hepatitis B no presentaron una diferencia significativa ⁽⁸⁾.

Motivo por el cual se realizó una investigación entre la población local de adolescentes que acudieron a la consulta externa en el IMIEM, durante el periodo comprendido entre enero-diciembre 2012 para determinar la frecuencia de ETS (Gonorrea, Tricomoniasis, vaginosis bacteriana, sífilis, Chlamydia Trachomatis, condilomatosis, chancroide, granuloma inguinal así como infecciones por papiloma virus humano y virus de inmunodeficiencia humana) y los factores que se asocian a este problema biomédico.

TREPONEMA PALLIDUM

Es una infección sistémica causada por *Treponema Pallidum*, caracterizada por periodos de actividad clínica y prolongada latencia. El microorganismo causal tiene forma de espiral muy delgada, es poco resistente a la desecación y a la temperatura, bastan tres horas a 40°C para inmovilizarlo y muere en una hora a 42°C. El único reservorio natural es el hombre, la enfermedad se puede adquirir por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La forma más frecuente es por transmisión sexual. Un paciente es más infeccioso al principio de la enfermedad y gradualmente disminuye la contagiosidad con el paso del tiempo (10,11).

Evoluciona en tres etapas: primaria representa un chancro en el lugar de la inoculación, se caracteriza por ser de base limpia e indurada, no exudar y ser poco o nada dolorosa. Pueden aparecer múltiples chancros, especialmente en los pacientes inmunodeprimidos, y los treponemas son fácilmente demostrables en estas lesiones. Los genitales externos son los lugares más frecuentes en donde aparece el chancro, seguidos del cuello uterino, la boca, el área perianal, etc. Acompañando al chancro hay una linfadenopatía regional que consiste de un agrandamiento moderado de un ganglio linfático, que no es supurativo. El chancro cura al cabo de 3 a 6 semanas, sin lesión residual ^(12,13).

Fase secundaria o estadio diseminado: representa el estadio clínico más florido de la infección y que se divide, a su vez, en latente precoz y en latente tardío. Empieza entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro, pudiendo éste estar presente todavía. Los Treponemas invaden todos los órganos y la mayoría de los líquidos orgánicos. Las manifestaciones son muy variadas. La más frecuente es el exantema, máculo-papular o pustular, que puede afectar cualquier superficie del cuerpo y persiste de unos días a ocho semanas ^(10,11).

La localización en palmas y plantas sugiere el diagnóstico. En las áreas intertriginosas, las pápulas se agrandan y erosionan produciendo placas infecciosas denominadas “condiloma planos” que, también, pueden desarrollarse en las membranas mucosas ^(11,13).

Lesiones alopecias: aparecen en las zonas temporales y las cejas como alopecias en placas.

La sintomatología sistémica consiste en febrícula, faringitis, anorexia, artralgias y linfadenopatías generalizadas, la que afecta al ganglio epitroclear sugiere el diagnóstico. Cualquier órgano del cuerpo puede estar afectado: el sistema nervioso central, con dolor de cabeza y meningismo, en 40%; el riñón se puede

afectar por depósitos de complejos inmunes; puede aparecer hepatitis sifilítica, alteraciones del aparato digestivo, sinovitis, osteítis, etc.

Sífilis latente. Es el período en el que hay una ausencia de manifestaciones clínicas, que no implica una falta de progresión de la enfermedad, pero durante el cual las pruebas antitreponémicas específicas son positivas. Durante la sífilis latente puede producirse una recaída y, por lo tanto, el paciente es infeccioso; es más frecuente en el primer año, y cada recurrencia será menos florida ^(11,12).

La sífilis latente tardía o terciaria es una enfermedad inflamatoria poco progresiva que puede afectar cualquier órgano. Esta fase suele ser referida como neurosífilis (paresias, tabes dorsal, sífilis meningovascular), sífilis cardiovascular (aneurisma aórtico) o goma (infiltrados de monocitos y destrucción tisular en cualquier órgano) ⁽¹¹⁾.

Lesiones gomosas: nódulos dérmicos agrupadas en número variable, indoloras, destructivas y granulomatosas que asientan en el tejido subcutáneo y se ulceran con un exudado gaseoso dejando al curar cicatrices esclerosadas y retráctiles.

– Sífilis cardiovascular: se caracteriza por la afectación de la aorta con dilatación progresiva de la misma.

– Neurosífilis: afectación del sistema nervioso central y alteraciones de la sensibilidad propioceptiva con crisis dolorosas tabéticas viscerales ⁽¹⁰⁾.

El diagnóstico se realiza con pruebas serológicas que pueden ser clasificadas como pruebas treponémicas y no-treponémicas:

Las pruebas no-treponémicas, como el RPR y el VDRL son útiles para detectar la infección por sífilis (pasada o presente), evaluar la efectividad del tratamiento, y en pacientes con historia de tratamiento previo para la sífilis, sirve para determinar la posibilidad de re-infección. El resultado cuantitativo de las pruebas no-treponémicas usualmente aumentará en la infección temprana, llegará a su pico

en la etapa secundaria y disminuye poco a poco con el tiempo, incluso en la ausencia de tratamiento. El RPR y VDRL son pruebas clínicamente equivalentes. Pruebas Treponémico-específicas: Las pruebas treponémico-específicas son las más utilizadas para confirmar el diagnóstico de sífilis en pacientes con un RPR o VDRL reactivo, para así descartar cualquier resultado biológico falso-positivo arrojado por pruebas no-treponémicas. Las pruebas treponémico-específicas incluyen: FTA-ABS; TP-PA (la cual ha reemplazado la MHA-TP); y la IgG EIA. La mayoría de las veces, las pruebas treponémico-específicas permanecen reactivas de por vida en pacientes infectados con sífilis aún después del tratamiento adecuado ^(10,11).

NEISSERIA GONORRHOEAE

Enfermedad infectocontagiosa bacteriana producida por el diplococo gram-negativo *Neisseria Gonorrhoeae* (gonococo) que afecta a membranas y mucosas. Fuente y reservorio son, exclusivamente, los humanos infectados, el período de incubación es generalmente de 3-7 días, momento en que se localizan los síntomas ⁽¹⁷⁾.

El mecanismo de transmisión es casi exclusivamente sexual, por contacto con exudado de las membranas mucosas de las personas infectadas, excepto en la conjuntivitis neonatal gonocócica, que tiene una transmisión intraparto. La adquisición de la enfermedad en el sexo femenino tras un contacto sexual con un varón infectado se produce en un 60 % de los casos. Para el sexo masculino dicho porcentaje es del 30%.

Es altamente sensible a los cambios de temperatura, humedad y pH, por lo que su transmisión requiere un contacto estrecho, en general, se trata de una infección de la uretra (uretritis), o del cuello del útero (cervicitis), que puede propagarse a las glándulas y órganos vecinos. En otras ocasiones, la infección local primaria es extra genital, produciendo proctitis, faringitis o conjuntivitis (oftalmia). Su importancia deriva de la posibilidad de grandes complicaciones, especialmente en la mujer (enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad, embarazo ectópico) y de

producir en ocasiones, infección sistémica (infección gonocócica diseminada), con menos frecuencia los varones pueden permanecer asintomáticos:

- Mujeres con infección primaria del endocérvix: presentan cervicitis con flujo vaginal purulento o mucopurulento, prurito genital, uretritis, disuria sin micciones frecuentes ni urgencia miccional, dolor pélvico o abdominal asociado a salpingitis⁽¹⁵⁾. El diagnóstico además de los datos clínicos debe apoyarse en la realización de frotis y cultivo de la secreción purulenta en el cual deberá buscarse *N. Gonorrhoeae* en medio de Thayer-Martín y gelosa chocolate y al mismo tiempo enviar muestra para inmunofluorescencia o ELISA y/o cultivo para *Chlamydia trachomatis*^(10, 14,17).

CHLAMYDIA TRACHOMATIS.

Chlamydia es una bacteria cocoide, no móvil, crece y se replica en las células epiteliales y en los monocitos. Es incapaz de desarrollar un metabolismo con producción de energía, por lo que depende de la célula huésped como intermediario y de su ATP. Se conocen tres especies de Chlamydia: Trachomatis, psittaci y pneumoniae, la primera incluye los serotipos A, B, Ba y C, relacionados con el tracoma y las infecciones de transmisión sexual⁽¹⁸⁾.

Las clamidias pueden producir diversos cuadros clínicos, cervicitis, cistitis, uretritis, cervicovaginitis, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y síndrome de Fitz-Hugh- Curtis. En la mujer, se asocia con complicaciones a largo plazo como obstrucción tubaria, embarazo ectópico e infertilidad; Sin embargo, el 70% de las mujeres infectadas cursan como asintomáticas, el tercio restante presenta evidencias clínicas como flujo vaginal, dolor pélvico o abdominal, sangrado o disuria⁽¹⁹⁾. La presencia de la disuria puede incluir una uretritis, lo que sucede en un 35% de los casos, en otros sólo está comprometida la uretra y la infección uretral se manifiesta como piuria o disuria con cultivo negativo. Otras manifestaciones clínicas son la endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria o abscesos en las glándulas de Bartholin, que pueden dar lugar a oclusiones

tubáricas y esterilidad. Aunque el sitio inicial de la infección es el cérvix, la uretra y el recto también pueden verse afectados. Las complicaciones debido a infecciones por *C. trachomatis* son: infección vaginal y endometritis.

Existen varios métodos para diagnosticar infecciones por *Chlamydia trachomatis*, los más utilizados son: Detección directa de las muestras, los cuerpos de inclusión de *C. trachomatis* contienen glucógeno, que se tiñen con yodo y Giemsa, después de incubar 48 a 72 horas. Si existe un gran número de clamidias el diagnóstico se establece con facilidad ⁽¹⁹⁾. El cultivo es el método más sensible considerado como la prueba de oro para el diagnóstico de infecciones causadas por *C. trachomatis*, del tracto genital tanto en hombres como en mujeres, tiene una sensibilidad de 70-85%, las muestras indicadas son las uretrales de hombres y mujeres asintomáticas, las nasofaríngeas, rectales, vaginales de niñas prepúberes y en casos de abuso sexual ^(16,17).

Determinación de anticuerpos por la técnica de ELISA: esta técnica se basa en la detección inmunohistoquímica de antígenos de LPS de géneros específicos.

Técnicas moleculares: Con los recientes desarrollos de métodos moleculares para detectar patógenos específicos, éstos han revolucionado el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual basados en pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, pueden usar muestras de orina, hisopados vaginales disminuyendo la necesidad de los exámenes físicos y aumentando la especificidad y sensibilidad.

La PCR es una técnica que permite detectar un bajo número de copias de DNA de clamidias, lo que la hace más sensible que otras pruebas ⁽¹⁹⁾.

EL LINFOGRANULOMA VENÉREO LGV es una enfermedad sistémica producida por *C. trachomatis* por los serotipos (L1, L2, L3) que infecta los genitales o la conjuntiva, con un periodo de incubación de 3 a 30 días.

La infección se inicia como una pápula o vesícula en genitales, después se transforma en úlcera indolora que puede curar sola. La infección puede

diseminarse por vía linfática de tal forma que desde el inicio se produce una adenitis inguinal. Que se reblandece y forma un absceso que posteriormente se vuelve una fístula y se abre hacia el exterior como una llaga, drena de forma espontánea con afectación de tejidos adyacentes linfático perirrectal se identificó en células de McCoy con clohexamida por inmunofluorescencia. A este proceso le sigue una fase de esclerosis con formación de estenosis en el recto, uretra o vagina. La adenopatía es habitualmente el síntoma que hace consultar a las mujeres. Por lo general se localiza en la región inguinal y es unilateral aunque puede ser bilateral ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

TRICHOMONA VAGINALIS

T. Vaginalis es un protozoo flagelado que cuando se adhiere a las células epiteliales vaginales, adquiere forma ameboide con proyecciones citoplasmáticas digitiformes que interactúan con las células dianas ⁽¹²⁾.

El período de incubación de la infección por T. Vaginalis es de 4 a 28 días. Durante esta etapa la microbiota de Doderlein (compuesta en su mayoría por *Lactobacillus acidophilus*) se conserva y hay poca o ninguna reacción inflamatoria. A medida que la infección avanza estos parámetros se invierten, es decir, paulatinamente desaparecen los lactobacilos y se reemplaza por una microbiota bacteriana mixta, con un aumento del número de leucocitos y de parásitos ⁽²²⁾.

La presencia de síntomas, como consecuencia de la infección por este parásito, es más frecuente en el sexo femenino, se ha señalado que entre 25 y 50 % de las mujeres infectadas permanecieron asintomáticas con un pH vaginal entre 3,8 y 4,2 y microbiota vaginal normal. De estas, 50 % desarrollaron síntomas clínicos en los 6 meses posteriores. Las variadas formas clínicas de la enfermedad dependen probablemente del número, de la virulencia del parásito y de la resistencia del hospedero.

La vulvovaginitis de evolución aguda o crónica es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes. *T. Vaginalis* es la causa de 20 a 25 % de las vulvovaginitis que se presentan en la práctica médica ^(21,22).

Si bien la secreción vaginal es la molestia más común y motivo frecuente de consulta médica, solo entre 10-15 % de ellas está asociada con tricomoniasis. Esta manifestación puede ser purulenta, de color amarillo, con aspecto espumoso o pasar por distintos matices hasta incoloro, homogéneo, acuoso y no espumoso. Generalmente, suele presentar mal olor y el pH elevado entre 5,0 y 7,0. Otros síntomas pueden o no estar presente en la vaginitis por este parásito: edema vulvar, dolor abdominal, eritema vaginal y vulvar, prurito, ardor, irritación, disuria y cistitis ⁽²²⁾.

Al examen ginecológico, el cuello uterino se presenta alterado con aspecto edematoso, eritematoso y friable, con áreas puntiformes de color rojo intenso que se entienden además, a la vulva y vagina, este ha sido considerado el signo clínico más específico para el diagnóstico de la tricomoniasis vaginal. El exudado inflamatorio cubre la mucosa vaginal, y la vulvitis suele estar marcada por la presencia de eritema, dolor y edema. También se ha descrito la presencia de erosiones cervicales, las que algunos autores han interpretado como una predisposición al carcinoma de cuello ⁽²¹⁻²²⁾.

En general, las manifestaciones clínicas de la tricomoniasis son inespecíficas y son semejantes a las provocadas por *Neisseria Gonorrhoeae*, *Cándida albicans*, *Chlamydia trachomatis* y *Gardnerella Vaginalis*.

Medios para hacer el diagnóstico:

- PH > 4.5.
- Examen directo (sensibilidad 60-97%) al microscopio.
- Tinción de Papanicolaou. *Trichomonas* tiñen de azul.

- El cultivo en medio Diamond's es el estándar de oro para el diagnóstico.

Métodos indirectos (estudian la respuesta inmunitaria al parásito):

Hemoaglutinación.

Fijación del complemento.

Inmunofluorescencia indirecta.

ELISA

En la forma crónica los trofozoitos de *Trichomonas* pueden semejar a un leucocito.

VAGINOSIS BACTERIANA

El síndrome clínico de la vaginosis bacteriana (VB) es el resultado de la sustitución de los lactobacillus vaginales y la producción de hiperóxido de oxígeno H_2O_2 por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas como la *Gardnerella vaginalis*, el *Mobiluncus*, *ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*. Representa una alteración del equilibrio del ecosistema bacteriano vaginal, con una concentración total de microorganismos que se multiplican por 100 a 1 000 ⁽³³⁾.

Entre las causas por las cuales se produce la vaginosis bacteriana encontramos con diferentes teorías que intentan explicar la instauración de esta entidad, pero no existe una determinada que sea aceptada por todos los investigadores. Hay varios factores de riesgo que son coincidentes en muchos de los artículos revisados sobre este tema, como existencia de varias parejas sexuales (cambio de flora con cada nuevo compañero sexual), cambios hormonales endógenos y exógenos, duchas vaginales y dispositivos intrauterinos, además la capacidad del fluido vaginal de seleccionar microorganismos endógenos e inhibir los exógenos, depende en parte del contenido de sustancias antimicrobianas, incluido ácido láctico y poli péptidos antimicrobianos ⁽²³⁾.

El cuadro clínico se caracteriza por una secreción blanco grisácea homogénea, adherente y de mal olor (olor a pescado), que se exacerba tras el coito, ya que el líquido seminal, al ser alcalino, favorece el mal olor. A veces, las pacientes se quejan de prurito vulvar, irritación, disuria, dispareunia, fetidez o mal olor vaginal.

El 50% de las mujeres con VB están asintomáticas. Aunque las complicaciones no son frecuentes las más importantes son cervicitis y enfermedad pélvica inflamatoria.

Los microorganismos existente en la vagina de la mujer con VB pueden atravesar la barrera constituida por el moco endocervical y producen una respuesta local inflamatoria dando lugar a un cuadro de cervicitis ⁽²³⁾.

Diagnóstico

- Clínico: se fundamenta en la presencia de al menos 3 de los criterios de Amsey.
 - Secreción vaginal característica blanca, homogénea, adherida a paredes vaginales.
 - PH superior a 4,5.
 - Olor a aminas. Al añadir al exudado una gota de KOH al 10% se produce “olor a pescado”.
 - Presencia de células clave o clue-cells en el frotis de la secreción y suero salino con observación directa al microscopio ⁽²³⁻²⁴⁻³³⁾.

Criterio microbiológico. Los flujos vaginales fueron sometidos a tinción de Gram y analizados según el criterio de Nugent y col. En este método se realiza recuento de los morfotipos correspondientes a bacilos Gram positivos (*Lactobacillus* spp.), bacilos Gram negativos pequeños (*G. Vaginalis*, *ureaplasma urealyticum* *Porphyromonas* spp/*Prevotella* spp) y bacilos pequeños curvos Gram variables (*Mobiluncus* spp). El sistema de recuento y los puntajes asignados según el morfotipo se muestran en la Tabla 1. Este criterio permite catalogar las muestras con puntajes que oscilan entre 0 y 10 otorgándole mayor valor a un bajo recuento de bacilos Gram positivos y a un elevado recuento de bacilos pequeños Gram negativos y Gram variables. De esta manera, una muestra es diagnosticada con VB cuando el puntaje total obtenido es igual o superior a 7; corresponde a un estado intermedio cuando el puntaje total oscila entre 4 y 6 y una muestra es considerada normal al obtener un puntaje total de 0 a 3 ⁽³⁴⁾.

Tabla 1. Sistema de puntaje (0 a 10) para el diagnóstico de vaginosis bacteriana en tinciones de Gram

Puntaje ^b	Cantidad de morfotipos ^a de:		
	Lactobacilos	<i>G. vaginalis</i> , <i>Prevotella spp./Porphyromonas spp</i>	Bacilos curvos Gram variable
0	4+	0	0
1	3+	1+	1+ ó 2+
2	2+	2+	3+ ó 4+
3	1+	3+	
4	0	4+	

Tabla modificada de Nugent y col¹⁵.

^a Cantidad de morfotipos observados por campo mayor: 1+, < 1 morfotipo; 2+, 1 a 4 morfotipos; 3+, 5 a 30 morfotipos; 4+, 30 o más morfotipos.

^b Puntaje comprendido entre 0 y 4 asignado según la cantidad de morfotipos observados.

Puntaje total: puntaje de lactobacilos + puntaje de *G. vaginalis* y *Prevotella spp./Porphyromonas spp.* puntaje de bacilos curvos.

Varios autores ponen entredicho que los criterios clínicos sean el patrón de oro para el diagnóstico de VB, Castellano et al sostienen que la tinción de Gram es más eficaz para el diagnóstico de la VB que los parámetros clínicos y la visión en fresco. Se sabe que la cervicitis por *Chlamydia* puede dar lugar a una elevación del pH vaginal y a un aumento en la cantidad de flujo.

Esto es un hecho a tener en cuenta, pues la cervicitis por *Chlamydia* puede influir el criterio de Amsel, por lo que para un correcto diagnóstico de VB, según recomendaciones de Romanik et al, habría que utilizar simultáneamente ambos grupos de criterios, Amsel y Nugent ⁽²³⁾.

CHANCROIDE

El *Haemophilus ducreyi* es el agente causante del chancroide o chancro blando, enfermedad de distribución mundial, bacilos pequeños de 1.5 micras de longitud y 0.5 de ancho Gram negativo, que penetra a través de erosiones de mucosa o cutáneas, produciendo un infiltrado de leucocitos y macrófagos que se disemina por vía linfática, con un periodo de incubación de 3 a 10 días ⁽²⁰⁾.

Medio de transmisión por contacto sexual en presencia de una úlcera que suele ser única (poco frecuente que sea múltiple), de fondo sucio, necrótico y purulento, bordes mal definidos, sangra al contacto, dolorosa que aumenta a la presión, suele progresar de una pápula a pústula y posteriormente se ulcera se localiza principalmente en la horquilla vaginal; se debe buscar linfadenopatía inguinal que se presenta hasta en el 50% y suele ser dolorosa, unilateral y supurativa, lo cual sugiere fuertemente el diagnóstico ⁽¹⁸⁻²⁴⁾.

El diagnóstico puede realizarse a partir de la secreción o raspado de la base de la úlcera mediante:

- a) Tinción de Gram
- b) Cultivos en Agar gonococo más suero fetal de ternero y Agar sangre de conejo.
- c) Reacción en cadena de polimerasa (PCR) que evidencia el ADN del bacilo.

INFECCION POR PAPILOMAVIRUS HUMANO.

El virus responsable es el Human papiloma virus (H.P.V), pertenece a la familia de los papovaviridae. Actualmente, se consideran tres formas importantes de contagio:

- Transmisión vertical materno-fetal, cuando la madre gestante, portadora de VPH, se lo transmite al feto o al recién nacido, durante el momento de parto.
- A través de las relaciones sexuales, es la forma más común de contagio, se ha calculado, que entre el contagio y la aparición de alguna lesión, puede existir un período que oscila entre 3 meses y 16 años.
- Contacto con utensilios de baño húmedos, recientemente utilizados por portadores, ejemplos: jabones, cepillos dentales etc., al secarse estos el virus muere. ^(12, 26)

La infección por HPV puede manifestarse como una infección evidente o subclínica en el cérvix, la vagina, la vulva, el cuerpo perineal o el área perianal o como una citología anormal.

La infección comienza en las células del epitelio escamoso, puede afectar a cualquier tipo y queda siempre confinada a ellas. La replicación de los VPH sólo comienza en células capaces de dividirse, por lo que es obligado que estos virus alcancen las células basales para que se desarrolle una lesión. La expresión de genes tempranos tiene lugar ya en dichas células, en tanto que la síntesis de las proteínas estructurales y el ensamblaje de los viriones sólo suceden en queratinocitos diferenciados, en los que la síntesis de DNA celular ya ha cesado. De esta forma, la replicación de los VPH se acopla al propio proceso de diferenciación celular. La consecuencia característica de la infección es la proliferación celular y la aparición de verrugas en el punto de inoculación ⁽²⁰⁻²⁷⁻³⁵⁾.

Al examen físico se observa: Pápulas hiperqueratósicas y exofíticas (Condiloma exofítico o papilomatoso), las lesiones casi siempre son múltiples, con excesiva humedad, pueden cursar asintomáticas o con prurito.

La infección por VPH tipo 6 y 11 en la piel y mucosas de los genitales y la región perianal origina las verrugas anogenitales. En la mujer aparecen en vulva, periné y ano, aunque pueden extenderse a vagina y cuello uterino y, a veces, presentarse allí sin que haya lesiones externas, cabe destacar que la acción oncogénica del HPV es unas 1.000 veces superior sobre cérvix que sobre vagina y vulva ^(12, 26, 27).

El condiloma acuminado a menudo aumenta durante el embarazo produciendo lesiones perineales, el progreso de algunas de ellas a neoplasia cervical y mayor detección de DNA viral en el cuello uterino es debido a la vascularidad, humedad excesiva y a la inmunosupresión durante la gestación. Pero a menudo las lesiones vulvares mejoran con rapidez o desaparecen después del parto.

Diagnóstico al examen físico las lesiones grandes pueden verse a simple vista, pero es recomendable ante la ausencia aparente de lesiones, realizar los frotis de raspado cervical preparados con el método de Papanicolaou; a menudo muestran signos citológicos de infección por el VPH, si el resultado es anormal probablemente se necesite realizar pruebas adicionales (colposcopia y biopsia, y algunas veces un raspado endocervical) para determinar la presencia de lesiones precancerosas y cancerosas de las mucosas. Las lesiones del cuello del útero son las más importantes por su frecuencia, aunque también se pueden producir en, ano, vulva, vagina y otras mucosas. Son lesiones precursoras, cuya evolución puede variar desde la remisión espontánea sin tratamiento alguno, al desarrollo de un carcinoma invasor. Las lesiones intraepiteliales escamosas de cuello de útero se han clasificado en dos categorías o grados de evolución: LSIL, lesión de bajo grado (low-grade squamous intraepithelial lesion) y HSIL, lesión de alto grado (high-grade squamous intraepithelial lesion). Aproximadamente, el 85% de las lesiones de bajo grado remiten espontáneamente, mientras que el resto progresa hacia una lesión de alto grado, según el documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de 2002. Las lesiones HSIL son carcinomas in situ, que si no son tratados tienen mucha probabilidad de sobrepasar la membrana basal del epitelio y alcanzar la región vascularizada, convirtiéndose en un carcinoma invasor de cérvix. Se ha descrito que el 30% de las lesiones relacionadas con VPH16 o con VPH18, puede evolucionar a carcinoma en un período de 6 a 24 meses ⁽²⁷⁻³⁵⁾.

Existen otros métodos como la Detección de Antígeno y la Hibridación del ADN pero su alto costo impide que se realicen de forma rutinaria.

La observación de la vulva y vagina al examen físico con colposcopio y la aplicación de ácido acético a 3 a 5% ayuda mucho a identificar las lesiones más pequeñas por que las lesiones relacionadas con VPH que afectan las mucosas son acetoblancas; aquellas lesiones detectables solo por estudio colposcópico se consideran subclínicas y se las relaciona con los tipos VPH6-VPH11 ⁽³⁵⁾.

HERPES GENITAL

El herpes genital es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual, generalmente es causado por el VHS tipo II, aunque cada vez aumenta la frecuencia del VHS tipo I que puede explicar hasta el 20% de las infecciones.

Los virus son microorganismos que contienen un solo ácido nucleico, ácido ribonucleico (ARN) o ácido desoxirribonucleico (ADN), que carecen de metabolismo propio, por lo que necesitan emplear el material metabólico de la célula que parasitan.

El virus del herpes simple (VHS) pertenece a la familia Herpesviridae, que incluye más de 20 especies.

La partícula vírica completa se denomina virión. El virión del herpes simple se compone de un núcleo que contiene ADN, una cápside de naturaleza proteica que rodea el núcleo, material amorfo rodeado de la cápside y una envoltura externa lipoproteica, que contiene 8 glucoproteínas de superficie que son específicas del virus ⁽²⁰⁻²⁸⁾.

El VHS posee dos variedades que se diferencian estructural, antigénica y biológicamente: el herpes tipo I, que produce lesiones localizadas fundamentalmente por encima de la cintura y el herpes tipo II, responsable de lesiones en tracto genital, no obstante pueden existir reacciones antigénicas cruzadas.

La primo infección puede ser asintomática o presentarse de forma subclínica por lo que está infradiagnosticado, hasta que debuta como vulvovaginitis o balanopostitis con afectación en el lugar de contacto. Cursa con vesículas confluentes y dolorosas que se ulceran en pocos días en genitales externos, cérvix uretra y recto. Puede provocar disuria, leucorrea y linfadenopatías regionales bilaterales. Puede complicarse con fiebre, cefalea, dolor abdominal, mal estado

general, mialgia, neuropatía y meningitis. Aunque los síntomas y las lesiones cutáneas desaparecen el virus permanece latente en los ganglios regionales sensitivos, desde donde se reactiva periódicamente ⁽⁷⁻³³⁾.

Los síntomas de las recidivas o recurrencias son similares a los de la primoinfección aunque menos graves y sin alteración general.

La mayoría de las personas seropositivas eliminan periódicamente partículas virales a través de los genitales, pudiendo transmitir la infección en ausencia de lesiones cutáneas.

El diagnóstico se realiza por visualización de las vesículas y úlceras genitales acompañadas de adenopatía ipsilateral e hipersensible y por cultivo de HVS tipo I y tipo II ⁽⁷⁻²⁰⁻²⁸⁾.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA

(SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA) Es una enfermedad viral infectocontagiosa, casi siempre mortal. El agente etiológico de la inmunodeficiencia adquirida humana es el HIV o VIH, que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia lentiviridae. El virus VIH es un virus cubierto con RNA como ácido nucleico, posee cápside de simetría compleja, se inactiva a temperatura de ebullición, pasteurización, temperaturas de horno y de autoclave.

De los componentes importantes del virus se encuentra la proteína 160 que tiene dos componentes la gp 120 extramembranal y la gp 41 intramembranal que facilita la adherencia del virus a la célula receptora, la enzima transcriptasa inversa o convertasa, mediante la cual se sintetiza DNA ⁽³⁰⁾.

Medios de transmisión. El virus del VIH se puede transmitir por contacto sexual a través de exposición parenteral a sangre o productos de sangre, de la madre al

niño en el periodo gestacional, perinatal y al seno materno. Se sabe que las secreciones vaginales, prostáticas, la sangre y sus productos, virus o células infectadas por el virus en el semen son los medios de transmisión más eficaces ⁽³⁰⁾.

Independientemente de cual sea el medio de transmisión se necesita una lesión en piel o mucosas que permita el acceso a la circulación para que virus llegue a la célula blanco, que es toda aquella que tenga marcador CD4, en las que se incluyen LT4, monocitos, macrófagos, células enterocromafines y células dendríticas, que al presentar el marcador CD4, el virus se fija al CD4 y la infecta (efecto citopático), esta destrucción es compensada durante varios años, hasta que las reservas corporales se agotan lo que desemboca en una depleción de estos linfocitos, que son las células coordinadoras de la respuesta inmune, razón por la cual se produce una inmunodeficiencia adquirida, el evento determinante del desarrollo de inmunodeficiencia es la destrucción celular linfocitaria ^(31, 35).

En la evolución de esta infección hasta el desarrollo de SIDA se destaca la gran variabilidad viral que es originada en una acción enzimática incompleta durante el ciclo viral.

Estadio I (Fase Aguda) va desde el ingreso del virus al organismo hasta cuando el sujeto infectado comienza a producir anticuerpos contra el virus (usualmente 6 a 10 semanas). Al final de esto, el individuo será cero positivo y pruebas como ELISA o Western Blot se vuelven positivas. Esta fase puede ser asintomática o presentarse con cuadros tipo faringitis o gripe con fiebre, inflamación de ganglios y rash cutáneo, además de otras manifestaciones menos frecuentes. Estas molestias se resuelven después de algunas semanas ^(30, 31, 35).

Estadio II (Fase Asintomática) es un periodo en el que el individuo luce sano, no tiene manifestaciones clínicas (síntomas). Puede durar varios años. El proceso

infeccioso continúa: hay replicación activa del virus y también hay una gradual disminución de los linfocitos CD4.

Estadio III (Fase linfadenopática o sintomática leve) en este tercer período, el individuo infectado empieza a tener manifestaciones relacionadas a un deterioro de la inmunidad. Característicamente se describe el crecimiento de ganglios linfáticos en diferentes regiones del cuerpo. También se observa mayor frecuencia de episodios de herpes zoster, candidiasis oral o vaginal, episodios de fiebre o diarrea (síntomas constitucionales). En base a estudios extranjeros, se conoce que el curso natural de la infección hasta este punto puede tomar entre 8 y 10 años en promedio ⁽³⁰⁾.

Estadio IV (SIDA) en este momento ya hay una caída significativa de los linfocitos CD4+ (<200/mm³) y el virus se reproduce muy activamente. El sujeto comienza a presentar una serie de problemas relacionados a la infección por el VIH mismo y a la presencia de otras múltiples infecciones que atacan en vista del deterioro de la inmunidad ⁽³⁵⁾.

El tiempo que transcurre desde el ingreso del virus al organismo y la detección de anticuerpos por los métodos convencionales de laboratorio se denomina período de ventana, la duración es variable y puede ser entre dos y ocho semanas.

Durante el período de incubación el individuo es seropositivo, siendo una fuente de infección, ya sea por contacto sexual o por donar sangre.

El diagnóstico se realiza Test de VIH mediante enzimo-inmunoensayo y confirmación, en caso de positividad, con western blot o inmunofluorescencia. El 95% de los infectados presenta anticuerpos detectables después de 6 meses tras la infección, por lo que debe explicitarse que una serología negativa antes de los 6 meses no descarta una infección ^(30,31).

Tabla de resumen ETS		
Bacterianas	Periodo de incubación	Signos y síntomas
<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	3-7 días	Cervicitis, endometritis, salpingitis, EIP, infertilidad, rotura prematura de membranas, .Perihepatitis
<i>Treponema Pallidum</i>	10-90 días.	Sífilis, úlcera primaria (chancro) con adenopatía local, erupciones cutáneas, condylomata lata, lesiones óseas, cardiovasculares y neurológicas.
<i>Vaginosis bacteriana (Gardenerella vaginalis, Mobiluncus y Mycoplasma hominis.)</i>	5 -10 días.	Vaginosis bacteriana, leucorrea con olor a pescado y ausencia de signos inflamatorios.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2-3 semanas	Cervicitis, endometritis, salpingitis, EIP, infertilidad, rotura prematura de membranas, perihepatitis; proctitis, faringitis, síndrome de Reiter // asintomáticas.
<i>Chlamydia trachomatis (serotipos L1-L3)</i>	2-3 semanas	Linfogranuloma venéreo, úlcera, inflamación inguinal (bubón), proctitis.
<i>Haemophilus ducreyi</i>	1-14 días.	Chancro blando o cancroide, úlceras genitales dolorosas; pueden ir acompañadas de bubón.
Virales		
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2)	6 a 10 semanas	La infección por VIH puede ocurrir de forma asintomática y permanecer de forma latente hasta manifestarse tardíamente como un estado de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
Virus herpes simple tipo 1 y tipo 2	2-7 días	Herpes genital, lesiones vesiculares, úlceras anogenitales, meningitis aséptica.
Papilomavirus	2-6 meses	La manifestación clínica habitual son los condilomas acuminados, verrugas anogenitales, verrugas genitales, papilomas venéreos.
Protozoos		
<i>Trichomonas Vaginalis</i>	3-28 días.	Vaginosis con flujo vaginal abundante y espumoso; parto prematuro, hijos con bajo peso al nacer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual, formando parte de la personalidad y estado de salud que se expresa de manera diferente en cada una de las personas.

Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares: su sentido, su valor y su papel en la existencia humana, esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de efectividad de las intervenciones. La sexualidad en la adolescencia adquiere una gran dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales y en como repercuten sobre una población ^(1,8,13).

En la actualidad los adolescentes están expuestos a una cultura donde los medios de comunicación y la sociedad transmiten de muchas maneras mensajes directos e indirectos mostrando las relaciones sexuales precoces como comportamientos comunes y esperados entre ellos. A la par de esa exposición, en países en desarrollo como México se carece de educación sexual adecuada que permitan el buen desarrollo de las capacidades sexuales, la coordinación padres -colegios no es la adecuada, por lo cual no se obtiene una consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad, comunicación, respeto y estima que prorrogue el inicio de vida sexual y/o que prepare a los jóvenes para la prevención tanto de enfermedades de transmisión sexual como de embarazos ⁽¹³⁾.

Las cifras sobre las consecuencias del sexo sin protección en la adolescencia son inquietantes: alta incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planeados que en muchas ocasiones, terminan en abortos inseguros que ponen en riesgo la salud de los adolescentes y afectan negativamente sus posibilidades de educación y bienestar en general.

No obstante, los datos limitados con los que se cuenta sobre la magnitud de las ETS entre los adolescentes mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia debida: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria,⁽⁹⁾ en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos.⁽¹⁰⁾ Por otra parte, se ha documentado una prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años ⁽³²⁾.

¿Cuál fue la frecuencia de las principales ETS (Gonorrea, Tricomoniasis, vaginosis bacteriana, sífilis, Chlamydia trachomatis, condilomatosis, chancroide, granuloma inguinal así como infecciones por papiloma virus humano y virus de inmunodeficiencia humana) y que factores socioculturales se encuentran asociados a estas en las adolescentes atendidas en el (IMIEM), en consulta externa durante los meses de enero a diciembre del 2012?

JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones de transmisión sexual son consideradas un problema de salud Pública tanto en México como a nivel internacional. Existen a nivel nacional e internacional varios abordajes de este problema, que en su mayoría versan sobre los conocimientos, actitudes y prácticas entre los y las adolescentes, sin embargo no encontramos información local sobre la frecuencia de estas enfermedades en este grupo etario. Por lo cual el presente trabajo abordó desde el ámbito hospitalario la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y describió factores que se le asocian (edad, nivel de escolaridad, estado civil, menarquia, IVSA, número de parejas sexuales, paridad) con el fin de utilizar esta información para mejorar tanto la consejería de prevención, como el diagnóstico y la calidad de atención a estas pacientes adolescentes.

OBJETIVOS

GENERAL

1. Identificar la frecuencia de las principales ETS (Gonorrea, Tricomoniasis, vaginosis bacteriana, sífilis, condilomatosis, chancroide, granuloma inguinal así como infecciones por papiloma virus humano, virus de inmunodeficiencia humana y Chlamydia trachomatis) en las adolescentes que acuden al servicio de consulta externa en el (IMIEM) durante los meses de enero a diciembre del año 2012.

ESPECIFICOS:

2. Determinar algunas de las características socioculturales de las pacientes incluidas al estudio y la relación de estas, con las principales ETS.
3. Describir la historia obstétrica de la población de estudio (menarquia, IVSA, número de compañeros sexuales, paridad).

METODOLOGÍA

✓ DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Nivel de medición</u>	<u>indicadores</u>
Edad	Tiempo de vida transcurrido a partir del nacimiento.	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos
Nivel de escolaridad.	estudio más alto al momento de la acudir a la consulta	Ultimo nivel académico aprobado	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato- Carrera Técnica Universitaria
Estado civil	Condición civil en la que se encuentra la paciente al momento de la consulta	Situación civil de la paciente al momento de la consulta.	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada
Menarquia	Edad en la que la paciente presento su primera menstruación	edad en el que se presentó el primer episodio de sangrado menstrual	Cuantitativa discreta	Edad que la presenta
IVSA	Momento en el que la paciente inicia vida sexual activa	Edad en la cual la paciente inicia vida sexual activa	Cuantitativa	Edad
Número de parejas sexuales	Cantidad de compañeros sexuales que ha tenido la paciente en su vida	Numero de compañeros sexuales que ha tenido la paciente	Cuantitativa discreta	Número de parejas sexuales
Gesta	Número de embarazos al momento del ingreso	Cantidad de gestaciones registradas en	Cuantitativa discreta	Número de embarazos

	a la consulta	historia clínica		
Para	Número de partos al momento del ingreso a la consulta	Cantidad de partos registrados en historia clínica	Cuantitativa discreta	Número de partos
Cesárea	Número de cesáreas al momento del ingreso	Cantidad de cesáreas registradas en la historia clínica	Cuantitativa Discreta	Número de cesáreas
Aborto	Número de embarazos fallidos antes de las 20 semanas	Cantidad de embarazos fallidos antes de las 20 semanas	Cuantitativa Discreta	Número de embarazos
Enfermedades de transmisión sexual	Grupo de infecciones causadas por agentes microbianos de ciertas características clínicas y epidemiológicas	Cultivo o citología positiva a las enfermedades previamente mencionadas	Cualitativa nominal	Si No
Leucorrea	Cualquier fluido vaginal no hemático que ha presentado la paciente durante la consulta	Presencia de flujo vaginal no hemático.	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Sífilis	ETS causada por Treponema Pallidum	Prueba VDRL positiva al momento de la consulta	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Gonorrea	ETS causada por Neisseria Gonorrhoeae	Cultivo positivo a gonorrea	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Clamidiasis	ETS causada por Chlamydia Trachomatis	Cultivo positivo a chlamydia	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Linfogranuloma venéreo	ETS causada por chlamydia serotipos (L1, L2, L3)	Cultivo positivo a chlamydia	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Tricomoniiasis	ETS causada por Trichomona Vaginalis	Cultivo positivo a Trichomona	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Vaginosis bacteriana	ETS causada por bacterias anaerobias	Cultivo positivo a Gardnerella vaginalis, el Mobiluncus, Mycoplasma hominis	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Chancroide	ETS causada por Haemophilus ducreyi	Cultivo positivo a Haemophilus ducreyi	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Infección por papilomavirus	ETS causada por papilomavirus	Citología positiva a Papilomavirus	Cualitativa nominal	Presente Ausente

humano	humano			
Herpes genital	ETS causada por	Cultivo positivo a herpes genital además de datos clínicos.	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Virus de inmunodeficiencia humana	ETS causada por	Prueba rápida de VIH positiva	Cualitativa nominal	Presente Ausente

✓ UNIVERSO

Lo constituyen todas las pacientes entre 10 y 19 años que se encontraron en el registro de cultivos o citologías positivas para alguna de las enfermedades previamente mencionadas.

Criterios de no inclusión

- ✓ Pacientes que hayan recibido tratamiento previo a la obtención de muestras.
- ✓ Pacientes que hayan recibido antibiótico terapia 2 semanas previas a la toma de muestras.
- ✓ Expedientes incompletos.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Se elaboró un cuestionario, en el cual se concentraron los datos generales y gineco-obstétricos de cada paciente, para facilitar la recolección de los mismos. (Formato anexo1)

✓ MÉTODO:

Con previa autorización de las autoridades correspondientes, se realizó una revisión de las libretas de citologías y cultivos vaginales para así detectar a las pacientes que entrando en el rango de edad entre 10 a 19 años de edad presentaron resultados positivos a los estudios antes mencionados.

Posteriormente se consultó la historia clínica de cada paciente para así obtener sus datos generales y gineco-obstétricos.

✓ PERIODO DE ESTUDIO

De Enero a diciembre del 2012.

Diseño y análisis

Los resultados obtenidos en este estudio fueron recolectados en la forma que se muestra en la sección de anexos. Los gráficos se realizaron en el programa de computación Excel,

Para las variables cualitativas se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes

Para las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central: media, moda mediana.

IMPLICACIONES ÉTICAS.

Este proyecto de investigación pretende proporcionar información local sobre la frecuencia de las principales ETS en la población de adolescente, con el fin de utilizar esta información para mejorar tanto la consejería para su prevención, como el diagnóstico, tratamiento y calidad de atención a estas pacientes adolescentes, por lo cual se solicitó al departamento de enseñanza del IMIEM la autorización para poder trabajar con la información recabada en libretas de citologías y cultivos realizados a esta población en la consulta externa durante el 2012.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

En este caso el estudio realizado no implicó la participación directa de pacientes ya que se trabajó con la información obtenida de las libretas de citologías

vaginales y cultivos, realizados previamente a pacientes que así lo autorizaron, además de algunos datos recabados de la historia clínica de cada paciente.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, la presente investigación se clasifica como de bajo riesgo, ya que se incluyen los datos obtenidos previamente a través de procedimientos comunes en exámenes físicos, de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

ORGANIZACIÓN.

La redacción, ejecución y análisis de los resultados obtenidos durante esta investigación fueron hechos por la autora, así como lo correspondiente a la obtención de datos.

Como tesista:

MPSS MARICELA ZARATE HINOJOSA.

Como directoras de tesis

MSP MARTHA E. CAMPUZANO GONZÁLEZ

ESP. EN G.O MARTHA AGUIRRE AYALA

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

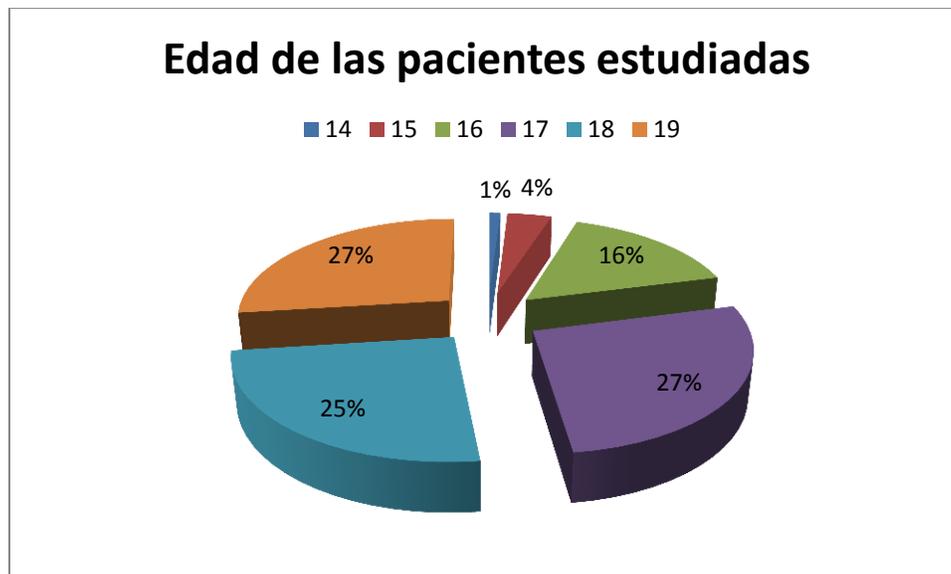
El financiamiento necesario para la realización de este estudio, fué provisto por la autora.

Papelería	\$300.00	
Lápices y bolígrafos		\$15.00
Transporte	\$300.00	
Viáticos	\$100.00	

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el presente trabajo se identificó la frecuencia de las principales enfermedades de transmisión sexual y los factores que pueden condicionar a estas entre las pacientes adolescentes que acudieron a la consulta externa en el IMIEM en la ciudad de Toluca durante los meses de enero-diciembre del 2012, cumpliendo con esto los objetivos de la investigación.

Se realizó un estudio de tipo: retrospectivo transversal descriptivo. Nuestro universo lo constituyen 167 adolescentes de las cuales se excluyeron 7 pacientes, ya que los expedientes no contaban con la información requerida, por lo cual solo se trabajó con 160 expedientes, las edades oscilaron entre los 14 y los 19 años con un promedio de 18 años.



Grafica I

Fuente archivo clínico del HGO del IMIEM

Se analizaron las variables procedencia (urbana o rural), nivel de escolaridad, ocupación, estado civil y algunos antecedentes gineco-obstétricos.

Al determinar la procedencia de las pacientes se encontró que el 75%(120) tenían procedencia urbana, 25%(40) eran de procedencia rural y al evaluar el 87%(139) del total de las adolescentes estudiadas refirieron ser amas de casa de las cuales el 71%(99) eran de procedencia urbana y 29%(40) de procedencia rural.

El 18%(21) de las adolescentes de procedencia urbana refirieron ser estudiantes al momento del estudio, en comparación a aquellas del área rural en donde ninguna (0%) lo refirió.

En relación al porcentaje de analfabetismo fue de 1% (1) en el total de la población, 14%(23) cuentan con educación primaria, 66% (106) educación secundaria, 18%(28) educación técnica- bachillerato y solo el 2% a nivel licenciatura, el inicio de la vida sexual activa tiene un promedio a los 16 años de edad (momento en el cual la población debería estar cursando la educación media superior) con rangos de 12 años como mínimo y de 18 años como máximo.

Encontramos que la edad promedio de la menarquía entre estas adolescentes osciló entre los 10 y 16 años, con una edad promedio de 12 años, que también es el rango mínimo en el cual inicia la vida sexual activa de nuestra población.

El 88% (141) de las pacientes estudiadas cursaban con un embarazo “normoevolutivo” y fue durante el control prenatal que se detectó la presencia de una enfermedad de transmisión sexual, el 12% (19) de las pacientes acudieron a consulta por sospecha de una ETS o referidas del primer nivel de atención con este diagnóstico.

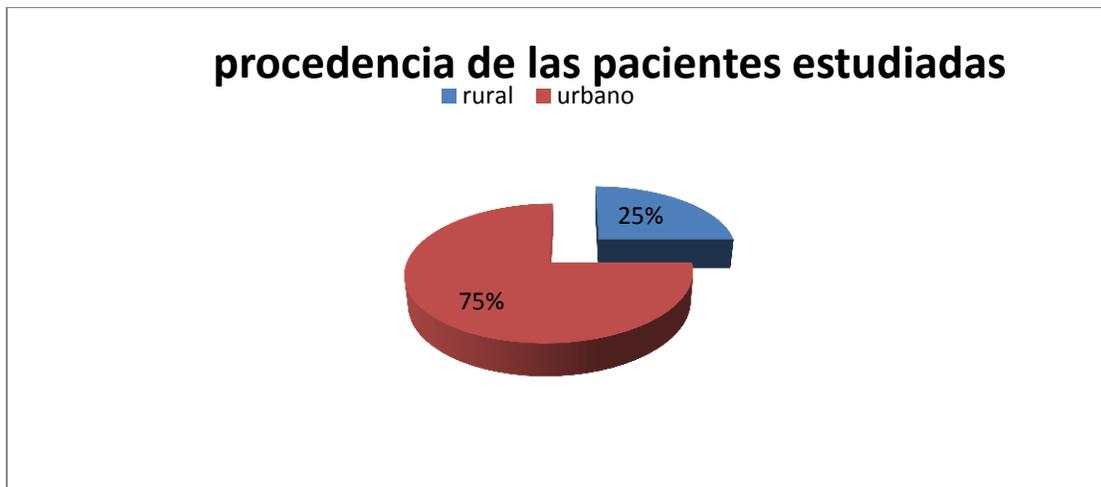
Del total de las pacientes embarazadas al momento del estudio se observó que el 64%(111) cursaban con gesta 1, el 26%(42) con gesta 2 y un 2%(3) con gesta 3.

Respecto a las cifras previamente mencionadas también se puede comentar que el 56% (95) de la población estudiada presentaban leucorrea al momento del diagnóstico, mientras que el 41% (65) refirieron no cursar con esta.

La presencia de microorganismos se encontró en el siguiente orden de frecuencia *Gardenerella vaginalis* en el 82% (137), *ureaplasma urealyticum* en el 9.5%(16), *chlamydia* en el 3.5%(6), VPH en el 4% (7) y *Trichomona* en el 1% (1).

DISCUSIÓN.

Al determinar la procedencia de las pacientes se encontró que el 75%(120) tenían procedencia urbana, 25%(40) eran de procedencia rural. Esto corresponde con el área de cobertura del IMIEM ya que es un centro de tercer nivel que otorga atención médica quirúrgica de alta especialidad, cubriendo Toluca y algunos otros municipios del estado de México

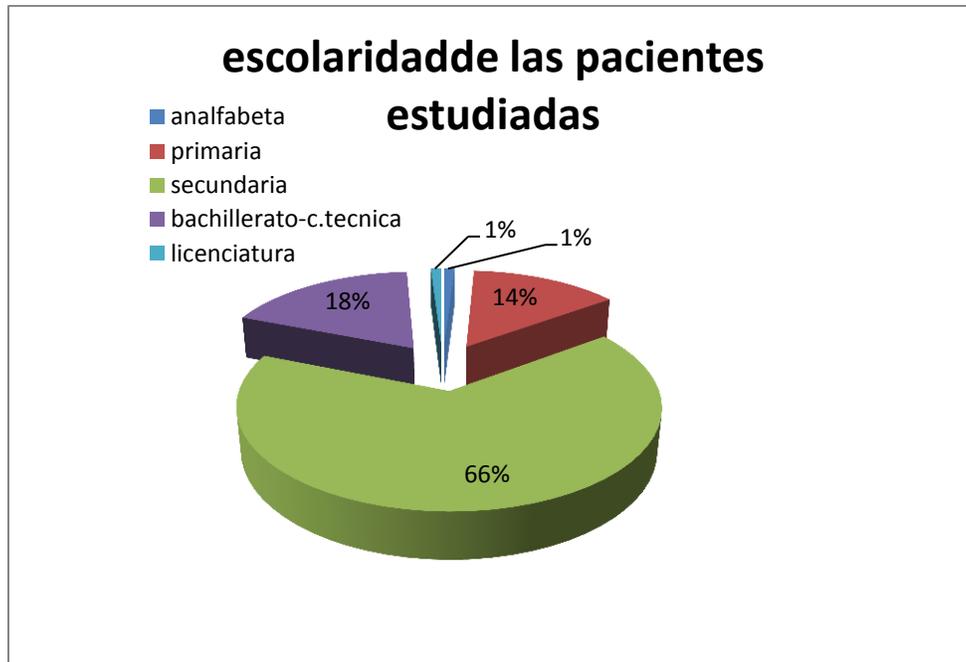


Grafica II

Fuente archivo clínico del HGO del IMIEM

Del total de las adolescentes estudiadas que refirieron ser amas de casa 71% de procedencia urbana y 29% de procedencia rural, estos datos coinciden con un estudio reciente realizado por la Dirección de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública, en el cual se comenta que en estratos sociales desfavorecidos, las prácticas sexuales y el embarazo temprano son una práctica prevalente ya que se consideran como la únicas opciones viables entre las posibilidades al alcance de las adolescentes, o bien a que, en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas) y bajo nivel de escolaridad, las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas ^(31, 36).

Con respecto al nivel académico el porcentaje de analfabetismo fue de 1% en el total de la población, 14% cuentan con educación primaria, 66% educación secundaria, 18% educación técnica- bachillerato y solo el 2% a nivel licenciatura, esto es compatible con lo descrito por OPS en el Programa Regional de Adolescencia. *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*. En donde se comenta que nivel educativo alcanzado está fuertemente relacionado con diversos riesgos relevantes en materia de salud de la adolescencia ⁽³⁶⁾. Varios estudios muestran que las adolescentes que alcanzan más de 10 años de escolaridad son menos proclives a iniciar su actividad sexual antes de los 20 años.



Grafica III

Fuente archivo clínico del HGO del IMIEM

El 62% de las pacientes estudiadas refirió como estado civil unión libre, 22% eran solteras, 15% casadas y solo una refirió ser divorciada (1%), aunado a esto el 84% de la población refirió contar con un único compañero sexual, 2 compañeros sexuales en el 12%, 3 en un 3% y solo el 1% refirió más de 4 parejas sexuales al momento del estudio, estos datos resultan sumamente interesantes ya que se habla de una población de adolescentes con un promedio de edad de 18 años.

No se encontró mayor información sobre el promedio de parejas sexuales entre los adolescentes a nivel nacional.



Grafica IV
Fuente archivo clínico del HGO del IMIEM



Grafica V
Fuente archivo clínico del HGO del IMIEM

En cuanto a los datos gineco- obstétricos, encontramos que la menarquía entre estas adolescentes osciló entre los 10 y 16 años con una edad promedio de 12 años.

Mientras que la edad de inicio de vida sexual activa tiene un promedio en dichas adolescentes a los 16 años de edad con rangos de 12 años como mínimo y de 18

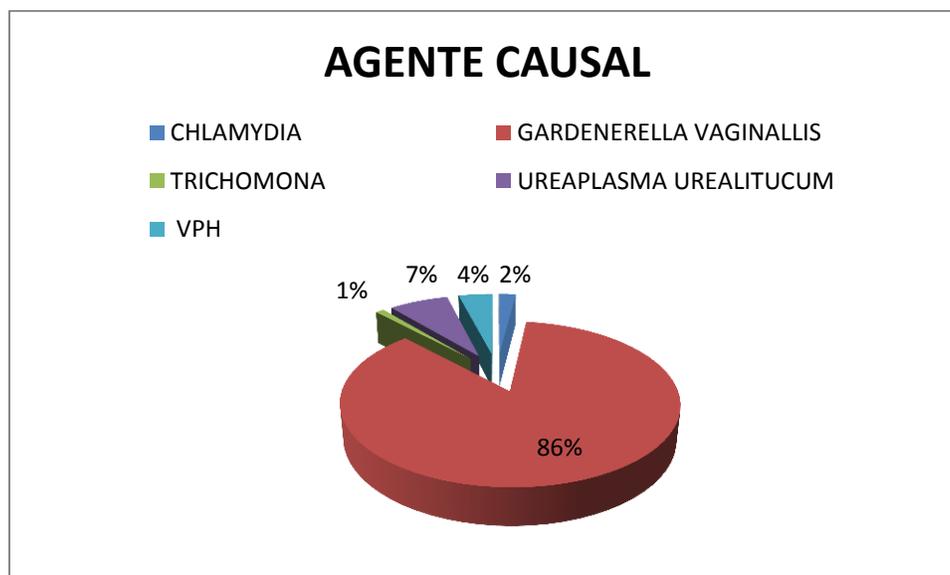
años como máximo que coincide con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para 2009 la mediana de edad a la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad era de 15.4 años ⁽³⁷⁾.

El 88% (141) de las pacientes estudiadas cursaban con un embarazo “normoevolutivo” y fue durante el control prenatal que se detectó la presencia de una enfermedad de transmisión sexual, situación que produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.

12% (19) de las pacientes acudieron a consulta por sospecha de una ETS o referidas del primer nivel de atención con este diagnóstico, esto coincide con lo reportado por CENETEC “las ETS se encuentran dentro de las primeras 5 causas de consulta en el primer nivel de atención” ⁽³⁵⁾.

La presencia de microorganismos se encontró en el siguiente orden de frecuencia *Gardenerella vaginalis* en el 82% (137), *ureaplasma urealyticum* en el 9.5%(16), *chlamydia* en el 3.5%(6), VPH en el 4% (7) y *Trichomona* en el 1% (1). Que versa de manera importante con los resultados reportados a nivel mundial y nacional ya que se estima una incidencia mundial es de 340 millones de caso de los cuales aproximadamente el 50 % de estas corresponde a tricomoniasis, 26% a clamidiasis, 18% a gonorrea, 3% a sífilis y 2% a chancroide.

A nivel nacional el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades presenta como último reporte en el 2010 las siguientes enfermedades de transmisión sexual con mayor incidencia, candidiasis urogenital, chancro blando, herpes genital, sífilis adquirida y VPH ^(31, 36,37).



Grafica VI
Fuente archivo clínico del HGO del IMIEM

CONCLUSIONES.

Se puede concluir que en México como parte de los determinantes sociales la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la sexualidad y la reproducción, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; que solo favorecen el inicio de relaciones sexuales en edades más tempranas y mayor promiscuidad entre los adolescentes y esto condiciona un aumento de la incidencia del enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados entre los adolescentes, también se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada, que se vea reflejada en los indicadores de salud de este grupo etario.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS, Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015.
2. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos, salud pública de México / vol.48, no.4, julio-agosto de 2006
3. Leon P, Minassian M. Embarazo adolescente, Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918.
4. Martínez, H. M. M. Resultado del embarazo en la adolescencia en tres consultorios médicos populares 2010. Rev portales médicos 26/10/10.
5. Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998 pág 34- 35
6. Dyck, E. Van; Meheus, A. Z.; Piot, P, Diagnóstico de Laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual, OMS, 2000, Impreso en Singapore.
7. M Díez, A Díaz. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 58-66
8. Apolinar López Uribe,¹ Miguel Domínguez, Infecciones por transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas, Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 4 Julio-Agosto, 2008
9. Rodríguez-Riveros, MI, Insaurralde Alviso, A, Paez, M et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay. 2008. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, jun. 2012, vol.10, no.1, p.76-84. ISSN 1812-9528
10. Cherneskie, T. An Update and Review of the Diagnosis and Management of Syphilis. Region II STD/VIH Prevention Training Center; New York City Department of Health and Mental Hygiene, New York, NY: 2006.
11. Mejía A, Bautista CT, Leal L, Ayala C, Prieto F, de la Hoz F, Alzate ML, 6. Acosta J, Sánchez JL. Syphilis infection among female sex workers in Colombia. J Immigr Minor Health. 2007;14:213-22
12. Canadian guidelines on sexually transmitted infections, 2006: 6th ed. Ottawa, Ont: Public Health
13. Lewin L. Sexually transmitted infections in preadolescent children. 1. J Pediatr Health Care. 2007;21:153-61.
14. Sánchez Hernández M, Moreno Fernández M, López Álvarez AM, Osorio Enciso F, Juárez Barrios I, Rodríguez Bravo MV, et al. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Educare 21 2004.
15. Division of STD Prevention (DSTDP) Gonorrhea - CDC Fact Sheet Centers for Disease Control and Prevention www.cdc.gov/std
16. Romanik M, Ekiel A, Friedek D, Martirosian G. Can Chlamydial cervicitis influence diagnosis of Bacterial vaginosis. J Clin Microbiol. 2005;43:4914-5.
17. Iglesias BJ, Saldivar RD, Tijerina MR, González GG, y col. Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae: prevalencia y relación con los datos clínicos de vaginitis. Medicina Universitaria
18. Estrella Cervantes, Infecciones causadas por Chlamydia trachomatis Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 1 Enero-Febrero, 2009

19. CENETEC-SALUD Prevención y Diagnóstico Oportuno de la Infección del tracto genitourinario inferior por *Chlamydia trachomatis* en el Primer Nivel de Atención; México: Secretaría de Salud; 2008.
20. Gonzalez Merlo J, Ginecología 8ªed: Barcelona España (2003)
21. Alfredo Laffita Batista, Marvelis Toledo Borges, col. Rev Panam Infectol, tricomoniasis, 2005;7(2):33-38
22. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2009;35(4):108-117 Infección humana por *Trichomonas vaginalis* y su relación con otros agentes patógenos.Rev.Elsevier,Vaginosis bacteriana,Med Clin (Barc). 2009;133(20):789-797
23. Caballero Pozo Raquel, vaginosis bacteriana, RESUMED 2000;13(2):63-75
24. Orozco Beatriz, frecuencia de *h. ducreyi* en la etiología de ulcera genital, Acta Médica Colombiana Vol. 22 N° 1 ~ Enero-Febrero ~ 1997
25. Papiloma virus humanos, cáncer cervical y vacunación virología/ volumen 13- Número 1/2010
26. Rivera Rodríguez Patricia, Infección por VPH, vacunas y nuevas tendencias, Acta medica grupo ángeles. Volumen 7, No. 2, abril-junio 2009
27. Rev Med Suisse. Herpes simplex virus infections, an update for the practitioner. 2011 Apr 27;7(292):886-8, 890-3.
28. Eduardo Contreras, col. Sífilis: la gran simuladora asociación colombiana de infectología Vol. 12 - 2, 2008.
29. Fajardo Rojo Wenceslao, virología clínica. Toluca México 4 edición 2006.
30. Soto Ramírez Luis Enrique, fisiopatología y tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, departamento de infectología. Instituto Nacional de Nutrición Salvador Subirán vol52, num 1, enero febrero 2000.
31. Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex 2006;48:308-316.
32. Andres Domingo A. enfermedades de transmisión sexual Pediatría Integral 2005;IX(2):105-120.
33. Navarrete W Paola col, Evaluación de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana, Rev. méd. Chile v.128 n.7 Santiago jul. 2000
34. Rizzo Vinueza Maria Jasmin col, Condiloma acuminado (papiloma virus humano). Revisión bibliográfica. Rev electrónica de portales médicos.
35. CENETEC-SALUD, Guía de Equipamiento Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. GE.VIH/ITS.03V.03X.2005.México
36. Campeo Cuenca L. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Mexico: evidencias y propuestas. Gaceta médica de México, vol. 149, No3,2013.
37. Consejo Nacional de Población. Principales indicadores de salud reproductiva ENADID 2009. CONAPO. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_indicadores_de_Salud_Reproductiva_2009#.ULZM6odfATY.

ANEXO I



INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES TRATADAS EN EL IMIEM DURANTE EL 2012

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA DE ESTUDIO: _____ No EXP: _____

DATOS GENERALES

Procedencia

- 1.- Rural
- 2.- Urbana

Escolaridad

- 1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria
- 4.-Tecnica 5.- Universidad

Estado civil

- 1.- Soltera 2.-Casada 3.-Union libre
- 4.-Divorciada 5.- Viuda

Ocupación

- 1.-Estudiante 2.-Ama de casa 3.-Obrera
- 4.-Otras

DATOS GINECOBTÉTRICOS

MENARQUIA _____

IVSA _____

No. PAREJAS SEXUALES _____

GESTA _____ PARA _____ CESAREAS _____ ABORTOS _____

LEUCORREA SI _____ NO _____

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CULTIVO GRAM FRESCO

DIAGNÓSTICO:

Treponema Pallidum Linfogranuloma venéreo Neisseria Gonorrhoeae Trichomona Vaginalis Chlamydia Trachomatis Vaginosis bacteriana

- Chancroide Virus de inmunodeficiencia humana
- Infección por papilomavirus humano
- Herpes genital

TRATAMIENTO _____
