

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



PROTOCOLO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO:

“ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LAS UCSF-I- SAN MATÍAS, LA LIBERTAD Y UCSF-B-SAN ISIDRO, PANCHIMALCO, EN EL PERÍODO DE FEBRERO A JUNIO DEL 2015”.

Informe Final presentado por:

Mirian Liliana Pérez Beltrán.
Jessica María Pineda Angulo.

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA.

Asesor:
Dr. Carlos Humberto Coto Rustrián

San Salvador, agosto de 2015

ÍNDICE.

I.	Resumen.....	1
II.	Introducción.....	2
III.	Objetivo General.....	4
IV.	Marco Teórico.....	5
V.	Hipótesis.....	34
VI.	Diseño Metodológico.....	35
VII.	Resultados.....	43
VIII.	Discusión.....	59
IX.	Conclusión.....	62
X.	Recomendaciones.....	63
XI.	Bibliografía.....	65

I. RESUMEN

En el presente trabajo de investigación, se estudiaron las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) más Frecuentes en Embarazadas de las UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B San Isidro, Panchimalco, así como los Factores de Riesgo asociados, durante el período de Febrero a Junio del año 2015.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de tipo transversal, tomando como objeto de estudio a las Embarazadas que se inscribieron al Programa de Control Prenatal, y que presentaron sintomatología de ETS o alteración en los Exámenes de Laboratorio.

El universo fue de 130 embarazadas inscritas en las Unidades de Salud ya mencionadas, y la muestra estudiada fue de 40 embarazadas. El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

El Instrumento para la obtención de la Información utilizado fue una Guía de Entrevista Estructurada.

Se consolidó la información a través de la realización de gráficas por medio de Epi Info versión 3.5.4 y Microsoft Excel 2010.

Los principales resultados, mostraron que la ETS más frecuente en las embarazadas estudiadas es la Candidiasis Vaginal, siendo el Agente Etiológico más común *Candida albicans*, manifestado por flujo vaginal blanquecino, no fétido y aspecto de requesón.

Se concluye por tanto, que durante el embarazo son frecuentes las ETS, ya que las embarazadas poseen varios factores de riesgo, siendo el más frecuente, el ser sexualmente activas, aunado al riesgo de la falta en el uso de preservativo, lo que conlleva a complicaciones obstétricas, que de acuerdo a este estudio, la más común fue la prematurez

II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera a las ETS como uno de los problemas de Salud Pública más comunes en todo el mundo y estima alrededor de 340 millones de casos nuevos por año. En El Salvador, el análisis de los datos generados por el Ministerio de Salud sobre las ETS en el período 2007-2010 indica que cada año se realizan entre 9,500 y 12,500 Atenciones de Primera Vez por ETS, y entre 5,000 y 6,000 Atenciones Subsecuentes.

Las ETS se presentan muy frecuentemente en El Salvador con una incidencia de 60-75% por año en las Mujeres Embarazadas, y por ello constituyen un problema serio de salud a nivel mundial, por lo que hoy en día, el Control de éstas en el Embarazo es de gran importancia por las posibles Complicaciones Obstétricas que se pueden tener durante y después de la Gestación.

En El Salvador como parte de la Atención Prenatal Sistemática, las ETS que suelen indagarse incluyen: Sífilis, Gonorrea, Clamidiosis, Candidiasis, e Infecciones por el Virus del Papiloma Humano y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Por lo que el objetivo fundamental del presente trabajo de investigación, fué conocer las Enfermedades de Transmisión Sexual más frecuentes, así como los factores de riesgo asociados en pacientes Embarazadas, que consultan en las UCSF-I- San Matías, La Libertad, y UCSF-B-San Isidro, Panchimalco.

Se tomaron en cuenta Estudios previamente realizados sobre Infecciones Vaginales en Embarazadas en otras UCSF, en los cuales se comprobó a través de la realización del Examen Directo de Secreción Vaginal, que el Agente Etiológico asociado más frecuentemente a las Infecciones Vaginales es de origen Bacteriano.

Se demostró que le siguen en frecuencia *Candida sp*, y *Tricomonas vaginalis*.¹

Los Signos y Síntomas más frecuentes y molestos identificados son, el Flujo Vaginal, Ardor Vaginal y Prurito Vaginal. Con respecto a las características del Flujo Vaginal, se encontró que el color blanco, fétido y grumoso, son los más frecuentes.²

En relación a los Factores de Riesgo para adquirir ETS en las Embarazadas, se encuentran el ser sexualmente activa, la promiscuidad sexual, la falta de higiene genital, el uso de jabón de baño común para el aseo del área genital, ingesta frecuente de Antibióticos, falta de utilización de métodos anticonceptivos de barrera, el uso de ropa interior de material sintético, y por último Enfermedades Crónicas concomitantes al Embarazo.³

En otro estudio relacionado al mismo tema, en mujeres en edad fértil, se determinó además como sintomatología frecuente, la presencia de disuria y de dispareunia en la muestra estudiada.⁴

Razón por la cual, como estudiantes de Medicina en año social, realizamos una investigación descriptiva de corte transversal, en el cual se usó como instrumento una guía de entrevista estructurada, en donde se incluyó el Examen Clínico Vaginal, y Evaluación de Éxámenes de Laboratorio, para que de ésta manera se aporten las Estadísticas sobre la frecuencia de las ETS en Embarazadas con la finalidad de darlo a conocer al personal de salud, ya que hasta el momento existen pocas investigaciones al respecto, y no se ha dado a conocer la información pertinente en los establecimientos ya mencionados.

¹ Portillo Ernesto, Zelaya Violeta, Infecciones Vaginales en Embarazadas de UCSF Santa Cruz Michapa, UCSF San Pedro Perulapán y UCSF Ciudad Barrios de marzo a julio de 2013, Universidad de El Salvador.

² Idem

³ Idem

⁴ Archila Beatriz, Marin Silvia, Infecciones Vaginales en mujeres en edad fértil de la UCSF San Luis La Herradura de abril a junio de 2006.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las Enfermedades de Transmisión Sexual más frecuentes en las Embarazadas del Programa de Control Prenatal, de la UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B- San Isidro, Panchimalco, en el período de Febrero a Junio del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el Agente Etiológico detectado con mayor frecuencia en las Enfermedades de Transmisión Sexual de Embarazadas del Programa de Control Prenatal, de la UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B- San Isidro, Panchimalco. a través del Examen Ginecológico y la toma de Citología Cérvico-Vaginal.
- Definir los Factores de Riesgo más frecuentemente asociados a las Enfermedades de Transmisión Sexual en las Embarazadas del Programa de Control Prenatal, de la UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B- San Isidro, Panchimalco.
- Investigar las complicaciones obstétricas que se presentan comúnmente en las Embarazadas con Enfermedades de Transmisión Sexual del Programa de Control Prenatal, de la UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B- San Isidro, Panchimalco.

IV. MARCO TEÓRICO

Enfermedades de Transmisión sexual

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), conforman una serie de Patologías que se caracterizan porque la vía sexual es su principal forma de transmisión, con manifestaciones en los órganos genitales externos e internos, a nivel extra genital y sistémico. Por tanto, su Prevención, Atención y Control son fundamentales para contribuir a la Salud Sexual y Reproductiva de la Población, así como para Prevenir y Controlar la Epidemia por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Las ETS son relativamente frecuentes durante el Embarazo, por lo que la Prevención, la realización de Pruebas de Detección y un Tratamiento adecuado son componentes importantes de la Atención Prenatal, de mujeres con riesgo aumentado de esas infecciones. 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 Materno Infantil.

SÍFILIS

Definición de caso de Sífilis Materna:

Toda mujer Embarazada, Puérpera o con Aborto reciente con evidencia clínica de la Enfermedad (Úlcera genital o lesiones con Sífilis Secundaria) o Prueba Treponémica o no Treponémica Positiva o Reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20 semana de Gestación y como mínimo 30 días antes del Parto) para Sífilis, durante la presente Gestación.⁵

⁵ Guías clínicas de Ginecología y Obstetricia, año 2012, página 229.

Es una Infección de transmisión sexual, causada por *Treponema pallidum*.

La Incidencia de esta Enfermedad ha aumentado en los últimos años, y principalmente se ha vinculado con el abuso de sustancias, en especial en la forma crack de la cocaína y con la Atención Prenatal inadecuada.

Factores de Riesgo

Las mujeres con mayor riesgo de adquirir esta Enfermedad, son las que provienen de grupos socioeconómicos más bajos, adolescentes, el inicio temprano de relaciones sexuales, y múltiples parejas sexuales.

En un estudio de Sífilis Prenatal en el *Boston City Hospital* concluyeron que la Prevalencia Continua de Sífilis al nacer se relacionaba con el uso de Drogas, Infección por VIH, falta de cuidado prenatal, fracasos del tratamiento y reinfección.

De muchas Infecciones Congénitas, la Sífilis es la más fácil de Prevenir y la más susceptible al Tratamiento.

Manifestaciones Clínicas

Sífilis Primaria.

La lesión principal de la Sífilis Primaria es el chancro.

Es una úlcera elevada, no dolorosa, no infectada, de bordes elevados y redondeados.

La localización es principalmente en cuello uterino, vulva y vagina.

Aparecen generalmente entre 10 a 12 semanas luego del contacto, y curan espontáneamente en 6 semanas

Sífilis Secundaria.

Aparece entre 6 semanas y 6 meses luego del contacto.

En esta etapa hay bacteriemia. El signo principal, es el eritema maculo papular que se extiende en todo el cuerpo, incluso palmas, plantas y manos.

Además aparecen condilomas planos en áreas húmedas y calientes del cuerpo, que son placas grisáceas o rosadas que genera el eritema.

Sífilis Latente Precoz.

Se da en el primer año después del episodio de Sífilis Secundaria, donde recurren los signos y síntomas.

Sífilis Latente Tardía.

Período mayor de un año después de la Infección inicial.

Sífilis Terciaria.

Puede aparecer 20 años después de la sífilis latente. Aparece alteración musculoesquelética o Cardiovascular.

Complicaciones: Infecciones Fetales y Neonatales.

La Sífilis Pre-parto puede afectar el resultado del Embarazo al producir Trabajo de Parto Pre-término, Muerte Fetal e Infección Neonatal por afección transplacentaria perinatal.

La Sífilis, puede transmitirse de la madre al feto hasta 4 años después de la Infección Materna original, cuando no ha recibido tratamiento.

La Sífilis Congénita, se produce, luego de una Infección Transplacentaria por el *Treponema pallidum*. La frecuencia de ésta varía con la etapa y duración de la Infección Materna. Las altas titulaciones serológicas y la duración desconocida de la Infección son factores de predicción importantes para Sífilis Congénita.

Las espiroquetas cruzan la barrera placentaria desde la octava o novena semana de la gestación. Solo después de la semana 16 el feto es capaz de desarrollar respuesta inmune a la Infección.

Anteriormente la Sífilis contribuyó con casi el 33% de los Óbitos Fetales. Hoy tiene una participación más pequeña pero persistente en esos sucesos, en especial antes de las 30 semanas.

Una vez que ocurre la Sífilis Fetal, parece existir:

- Afección hepática
- Anemia
- Trombocitopenia
- Ascitis
- Hidropesía

La máxima incidencia ocurre en Neonatos de madres con Sífilis Temprana Primaria, Secundaria y Latente Temprana; la mínima Incidencia ocurre antes de la Fase Latente de la Enfermedad de más de un año de duración.

La Sífilis Infecciosa Materna en cualquier etapa puede causar Infección Fetal.

Anatomía Patológica

El recién nacido puede presentar:

- Ictericia con petequias
- Lesiones cutáneas purpúricas
- Linfadenopatía
- Rinitis
- Neumonía
- Miocarditis

- Nefrosis

Con la lesión Sifilítica la placenta se torna grande y pálida. Al microscopio, las vellosidades parecen haber perdido su aspecto arborescente característico y se tornan más gruesas y cuadradas. Se ha demostrado mayor resistencia vascular en las arterias uterinas y umbilicales de las pacientes infectadas.

Diagnóstico

Diagnóstico Serológico.

Debe hacerse una Prueba de Detección Serológica adecuada, en el Primer Control Prenatal, éstas brindan un Diagnóstico Presuntivo:

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) en laminilla
- RPR (Rapid Plasma Reagin)

Las Pruebas Serológicas dan resultado positivo en la mayoría de los pacientes con Sífilis Primaria y en todas aquellas con Sífilis Secundaria y Latente.

Las Pruebas de Reagina carecen de especificidad, por lo que se utiliza una Prueba Treponémica para confirmar el Diagnóstico, si su resultado es Positivo. En estas Pruebas se incluyen:

- FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test)
- MHA-TP (Microhemagglutination Assay for antibodies to Treponema pallidum)
- TP-PA (Treponema pallidum passive particle agglutination)

El estudio de Sangre del Cordón es una prueba Insensible para detectar la Sífilis Congénita Temprana.

En mujeres con alto riesgo de Sífilis debe repetirse una prueba de detección no treponémica en el tercer trimestre y en el momento del parto.

Tratamiento

La Terapéutica durante el Embarazo se administra para erradicar la Infección Materna y prevenir la Sífilis Congénita. Constituyéndose en el tratamiento ideal, la **Penicilina**. En análisis retrospectivos, se ha demostrado que la **Penicilina G Benzatínica** cura la Infección Materna Temprana y previene la Sífilis Neonatal en 98% de los casos.

La Sífilis Congénita por lo general se confina a Recién Nacidos de mujeres tratadas después de las 26 semanas y tiene vínculo con la duración e intensidad de la Infección Fetal.

- Revisar resultado de RPR o VDRL indicado en la primera vista prenatal.
- Si éstos son reportados como reactivo leve o con dilución $\leq 1:4$, considerar como falso positivo, repetir en 2 semanas, e investigar antecedentes de enfermedades autoinmunes, tuberculosis o sífilis antigua ya tratada.
- Si RPR o VDRL es 1:8 considerarlo reactivo e iniciar tratamiento con Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana por 3 semanas.
- Indicar FT-ABS para confirmar el diagnóstico, si éste es negativo, se trata entonces de un falso positivo.
- Referir a las parejas sexuales de la mujer para toma de RPR o VDRL y dar tratamiento.
- Tomar RPR o VDRL en 3 meses, para descartar reinfección. Si valores han aumentado en 4 diluciones, dar tratamiento nuevamente, e investigar patología autoinmune o inmunosupresora.

Tratamiento recomendado para Embarazadas con Sífilis⁶

Categoría	Tratamiento
Sífilis Temprana (Primaria, Secundaria, y Latente de menos de un año de duración)	Penicilina G Benzatínica, 2.4 millones de UI, IM dosis única. Algunos autores recomiendan una segunda dosis después de una semana.
Latente de más de un año de duración o de Duración Desconocida y Sífilis terciaria)	Penicilina G Benzatínica, 2.4 millones de UI, IM cada semana, por 3 semanas.
Neurosífilis	Penicilina G cristalina, 3-4 millones de UI, EV cada 4 horas durante a 10-14 días ó Penicilina Procaínica 2.4 millones de UI, IM cada día + Probenecid 500mg VO, cada 6 horas, durante por 10-14 días. Algunos autores recomiendan Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI, IM después de concluir los esquemas de tratamiento de la neurosífilis.

No hay alternativas demostradas del Tratamiento con Penicilina durante el embarazo.

Las pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina pueden practicarse pruebas cutáneas para confirmar el riesgo de anafilaxis mediada por IgE, si las pruebas son reactivas, se aconseja la desensibilización a la Penicilina seguida por el tratamiento con Penicilina G Benzatínica.

La Eritromicina puede ser Curativa para la Madre pero no impide la Sífilis Congénita y en la actualidad no se recomienda como alternativa a la penicilina.

⁶ Gary Cunningham, Obstetricia de Williams, 22ª Edición, Cap 59, Pág 1304

Las Tetraciclinas, incluida la Doxiciclina, son eficaces para el Tratamiento de la Sífilis en la Mujer no Embarazada. No se recomiendan durante la Gestación por el riesgo de decoloración amarillo pardo de los dientes deciduales fetales.

En la mayoría de las mujeres con Sífilis Primaria y casi la mitad de aquellas con Sífilis Secundaria, el Tratamiento con Penicilina es seguido por la *Reacción de Jarisch-Herxheimer*, que suele acompañarse de contracciones uterinas y desaceleraciones tardías de la frecuencia cardíaca fetal.

Vigilancia: Luego del tratamiento las titulaciones serológicas maternas deben repetirse en el tercer trimestre y en el parto para confirmar una respuesta serológica al tratamiento o documentar reinfección.

GONORREA

Es una Enfermedad de transmisión sexual, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, que es un cocobacilo, que invade las células del epitelio cilíndrico, y de transición; tornándose intracelular, y es por ello que el epitelio vaginal no se infecta.

La Gonorrea a menudo en la mujer es Asintomática.

Factores de riesgo:

Los Factores de Riesgo tanto de portadoras gonocócicas, como de Infección en la porción alta del aparato reproductor son:

- Soltería
- Adolescencia
- Pobreza
- Abuso de fármacos
- Prostitución
- Presencia de otras ETS
- Falta de atención prenatal.

La infección gonocócica es también índice de infección concomitante por Chlamydia en casi 40% de las embarazadas afectadas.

En la mayoría de las embarazadas, la Infección Gonocócica se limita a la porción inferior del aparato genital: cuello uterino, uretra y glándulas para-uretrales y vestibulares. La Salpingitis Aguda es rara en las Embarazadas, pero las pacientes gestantes contribuyen con un número desproporcionado de Infecciones Diseminadas.

Se aconseja una Prueba de Detección de Gonorrea en la Primera Consulta Prenatal, en grupos de alto riesgo se recomienda un cultivo repetido después de las 28 semanas de gestación y una prueba post-parto.

Síntomas

La Gonorrea Sintomática, se manifiesta como Cervicitis Mucopurulenta o Vaginitis. En la Cervicitis, existe secreción vaginal abundante, no irritante, inodora, blanca o amarillenta.

El Diagnóstico se realiza con un frotis de endocérvix con tinción de Gram, en el cual se observan los diplococos y aumento de polimorfonucleares.

Complicaciones: Efectos sobre el Embarazo

Puede tener efectos nocivos en cualquier trimestre del embarazo. Se pueden atribuir a la Sepsis Gonocócica: Obitos Fetales y Abortos Espontáneos.

Cuando la Infección por *Neisseria gonorrhoeae*, ocurre antes de las 12 semanas de gestación, momento en el cual la cavidad corioamniótica, no ha sellado la cavidad uterina, las bacterias pueden ascender y producir Endometritis, Salpingitis y Aborto Séptico.

La Infección después de la semana 16, produce Corioamnionitis, la cual llega a producir Parto pre Término y Ruptura Prematura de Membranas.

El riesgo del Neonato de adquirir la infección, al pasar por el canal del parto es de 30 al 50%. En el recién nacido, ocurre principalmente oftalmia neonatorum.

Tratamiento

La resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a los antimicrobianos, en particular a la Penicilina, Tetraciclina y Quinolonas ha hecho ineficaces a casi todos los B-Lactámicos.

Tratamiento de Infecciones Gonocócicas no complicadas durante el Embarazo⁷

- Ceftriaxona 125mg IM, dosis única
- Cefixima 400mg VO, dosis única
- Espectinomicina 2g IM, dosis única + Tratamiento para la infección por *Chlamydia*, a menos que se descarte.

Se recomienda Espectinomicina en mujeres alérgicas a los B-Lactámicos.

Se aconseja el Tratamiento de los Contactos Sexuales. Es innecesaria una prueba de curación si los síntomas se resuelven, pero debido a que la reinfección es frecuente ha de considerarse un segundo estudio en etapas avanzadas del embarazo para mujeres tratadas antes.

Infecciones Gonocócicas Diseminadas

La Bacteriemia Gonocócica puede causar lesiones petequiales o pustulosas en la piel, artralgias, artritis séptica o tenosinovitis. Se recomienda Ceftriaxona 1gr IM o EV cada 24 horas, el tratamiento debe continuarse por 24-48 horas después de la mejoría y a continuación cambiar el tratamiento a un agente oral, para completar una semana con éste.

⁷ Gary Cunningham, Obstetricia de Williams, 22ª Edición, Cap 59, Pág 1305

Para la Endocarditis Gonocócica, debe continuarse los antimicrobianos durante al menos 4 semanas y para la Meningitis de 10-14 días.

INFECCIONES POR CHLAMYDIA

Chlamydia trachomatis es una bacteria intracelular obligada con varios serotipos que incluyen a los que causan el Linfogramuloma Venéreo. Las cepas encontradas más frecuentemente son las que causan infección en el cérvix.

Su prevalencia en el embarazo varia de 2 a 40 %.

Factores de Riesgo:

Los Factores de Riesgo de Infección en Embarazadas incluyen:

- Edad menor de 25 años
- Presencia de otras ETS
- Múltiples compañeros sexuales y uno nuevo en los últimos 3 meses

Infecciones Maternas

La infección genital por *Chlamydia trachomatis* es una de las enfermedades bacterianas más frecuentes en Embarazadas.

Infección Sintomática

Casi todas las embarazadas tienen infección asintomática, pero algunas veces acuden con síndrome uretral, uretritis o infección de las glándulas de Bartolini.

Provoca una infección en el epitelio cilíndrico, y los síntomas reflejan la infección glandular endocervical, con un flujo que varía de transparente a purulento y una cervicitis erosiva sangrante, o secreciones endocervicales.

Complicaciones

Puede producir endometritis, con posibilidad de extenderse a trompas de Falopio y provocar salpingitis.

Además causa uretritis, que se acompaña de disuria.

Efectos en el Embarazo

En el Embarazo, la Clamidirosis, se asocia con Parto Pretérmino, y Ruptura Prematura de Membranas. También puede ser responsable de Restricción del Crecimiento Intrauterino, Corioamnionitis y Endometritis Postparto.

Las Clamidias, producen un efecto citopático y citotóxico directo en las células del corioamnión. En las células amnióticas se produce muerte celular, cuando el organismo es liberado para diseminarse a otras células, esto debilita las membranas y produce su ruptura.

La Transmisión en el Embarazo es vertical, con riesgo de colonización del 20 al 50%, presentándose Conjuntivis y Neumonía.

Tratamiento de la infección por Chlamydia trachomatis durante el Embarazo.⁸

Esquema	Fármaco y Dosis
Ideal	Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 7 días. Amoxicilina 500mg VO cada 8 horas durante 7 días.
Alternativos	Eritromicina 250mg VO cada 6 horas durante 14 días. Etilsuccinato de Eritromicina 800mg VO cada 6 horas durante 7 días. Azitromicina 1gr VO como dosis única

⁸ Gary Cunningham, Obstetricia de Williams, 22ª Edición, Cap 59, Pág 1307

INFECCIÓN POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE

Es la enfermedad ulcerosa genital más frecuente, y es una infección vírica crónica. Existen 2 tipos de VHS, con base en diferencias inmunitarias y clínicas:

VHS-1: es causa de casi todas las infecciones herpéticas extra-genitales, aunque hay recurrencias ocasionales de infección genital por VHS-1. En muchos adolescentes y adultos jóvenes la infección por VHS-1 causa más de la mitad de los casos nuevos de herpes genital.

VHS-2: se recupera casi exclusivamente del aparato genital y suele transmitirse por contacto sexual.

Se transmite a través de mucosas, o por lesiones en la piel. Las pacientes infectadas, diseminan el virus, mientras se encuentran asintomáticas, y la mayor parte de las infecciones, se transmite por vía sexual.

Las 3 fases de las lesiones son: vesículas, úlceras y costras.

Algunas veces se extienden a vagina, cuello uterino, vejiga y recto.

Infección Clínica

Los síntomas varían dependiendo que haya habido una infección previa. La infección previa por VHS-1 puede modificar una infección genital primaria por VHS-2 debido a reacción cruzada entre anticuerpos.

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la infección por VHS-2 se puede dividir clínicamente en 3 grupos:

- *Infección primaria:* cuando no hay anticuerpos contra VHS-1 o VHS-2 con antelación.

- *Crisis primera no primaria:* define la adquisición reciente de una infección por VHS-2 con anticuerpos pre-existentes contra VHS-1 con reacción cruzada.
- *Infección recurrente:* es la reactivación de infección previa por VHS-1 o VHS-2 en presencia de anticuerpos contra el mismo tipo de virus.

Infección Primaria

Solo el 33% de las infecciones genitales por VHS-2 produce síntomas. El periodo de incubación usual de 3-6 días es seguido por una erupción papular con prurito o punzadas, que después se torna dolorosa y vesicular, con múltiples lesiones vulvares y perineales que pueden coalescer. La adenopatía inguinal suele ser intensa. Son frecuentes los síntomas transitorios sistémicos causados por la viremia.

En ocasiones se presenta, hepatitis o neumonía. La afección del cuello uterino es frecuente, pero pudiese ser poco evidente por la clínica. En 2-4 semanas todos los síntomas y signos de la infección desaparecen.

Primera Crisis no Primaria

Se caracterizan por la presencia de menos lesiones, manifestaciones sistémicas menos intensas, dolor más leve, y duración más breve de las lesiones y la descamación vírica. Esto es posible porque hay alguna inmunidad por anticuerpos de reacción cruzada provenientes de la infección por el tipo 1 adquirida en la niñez.

Infecciones Recurrentes

Durante el periodo de latencia, en el que las partículas víricas residen en ganglios nerviosos, es frecuente la reactivación mediada por estímulos variables. La reactivación se conoce como infección recurrente y causa descamación de los virus.

Casi todas las infecciones recurrentes por Herpes genital son causadas por el VHS-2, por lo general recurren en los mismos sitios. Esas lesiones en general son menos cuantiosas, menos hipersensibles y con descamación de menos virus durante periodos mas breves (2-5 días), que las de la infección primaria. La afección del cuello uterino, es menos frecuente.

Diagnóstico

El diagnóstico puede ser difícil, ya que solo un 20% de las personas infectadas, presenta lesiones típicas, otro 60% tiene lesiones atípicas y 20 % generalmente es asintomático. El diagnóstico puede hacerse con un frotis del fondo de la vesícula. El método ideal para el diagnóstico es el cultivo de tejidos.

Complicaciones

Casi ninguna de las infecciones primarias o de primera crisis en etapas tempranas del embarazo se vincula con una mayor tasa de aborto espontáneo u óbito fetal. Si ésta ocurre en el embarazo temprano, pueden ocurrir malformaciones congénitas como hidranencefalia, coriorretinitis, y muerte fetal.

La Infección Primaria en etapas avanzadas del embarazo causa una mayor incidencia de trabajo de parto pre-término.

La Infección Neonatal se adquiere de 3 formas: intrauterina (5%), peri-parto (85%) y pos-natal (10%).

Tratamiento

El Tratamiento con Aciclovir, Famciclovir y Valaciclovir se ha utilizado en la primera crisis de herpes genital en mujeres no embarazadas.

El medicamento de elección es el Aciclovir oral, 400 mg 3 veces al día durante 7 días.

En pacientes con recurrencias, se recomienda terapia supresora con antivirales desde la semana 36, es decir, Aciclovir 400 mg 2 veces al día.⁹

Hay datos insuficientes sobre la exposición a Valaciclovir y Famciclovir durante el embarazo.

⁹ El tratamiento supresor después de las 36 semanas aminora el riesgo de una recidiva clínica o asintomática al nacimiento y de cesárea por infección recurrente.

Ante molestias intensas, los analgésicos y anestésicos tópicos pueden proveer algún alivio, y la retención urinaria grave se trata con un sondeo vesical a permanencia.

La reactivación del herpes genital durante el trabajo de parto, es frecuente en mujeres coinfectadas con VIH.

INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La Infección Genital por el Virus del Papiloma Humano (VPH), sintomática o no, es frecuente. Las secuelas más importantes de la Infección por VPH son las neoplasias del cuello uterino, vagina, vulva y ano. Las verrugas genitales externas mucocutáneas por lo general son causadas por los tipos 6 y 11, pero pudiesen ser producto de VPH con riesgo oncólogo intermedio y alto.

Verrugas Genitales Externas

Aumentan en número y tamaño considerablemente durante el embarazo. La replicación vírica acelerada por los cambios fisiológicos durante la gestación pudiese explicar el crecimiento de las lesiones perineales y el avance de algunas hasta las neoplasias del cuello uterino.

Los tipos de VPH de alto riesgo se eliminan más lentamente durante el embarazo y su depuración aumenta en el puerperio. Estas lesiones pueden crecer hasta la vagina o cubrir el perineo, lo que dificulta el parto vaginal, la episiotomía y promueve la cesárea. La infección por VPH suele ser sub-clínica y multifocal, casi todas las mujeres con lesiones vulvares también tienen infección del cuello uterino por VPH y viceversa.

Tratamiento

Puede haber una respuesta incompleta al tratamiento durante el embarazo, esas lesiones suelen mejorar o remitir con rapidez después del parto. En consecuencia no siempre es necesaria la erradicación de las verrugas durante la gestación. El tratamiento se dirige a disminuir al mínimo la toxicidad para el feto y la madre, así como las dimensiones de las lesiones sintomáticas.

El ácido tricloroacético o bicloroacético, en solución en 80-90%, de aplicación tópica una vez por semana, constituye un sistema eficaz para las verrugas genitales externas. Algunos autores prefieren la crioterapia o ablación con láser de esas lesiones.

No se recomienda el uso de Resina de Podofilina, solución o gel al 0.5% de podofilox, crema de 5-fluorouracilo, crema de imiquimod al 5% e interferon, durante el embarazo, por seguridad fetal y materna.

TRICOMONIASIS

Esta afección por protozoarios (*Trichomonas vaginalis*) anteriormente se consideró una ETS frecuente pero menor, sin embargo hoy en día se ha revalorado su importancia por su vínculo con otras ETS, y con un posible parto pre-término.

Es la infección de transmisión sexual curable, más frecuente en el mundo. La prevalencia varía de 2 a 30% .

En los hombres permanece asintomática, sin embargo hasta el 70% de las mujeres, que son parejas sexuales de mujeres con tricomonas, alberga tricomonas en las vías urinarias.

Éste parásito indica una conducta sexual de alto riesgo, y coexiste con otros microorganismos que se transmiten por vía sexual, como *Neisseria gonorrhoeae*.

Es posible la transmisión vertical, durante el parto, que puede persistir durante un año.

Complicaciones

La Infección, se asocia con riesgo aumentado de resultados adversos en el embarazo, como parto pretérmino y disminución del peso promedio al nacimiento. Se ha encontrado asociación, con ruptura prematura de membranas tanto en embarazo a término y pretérmino.

La transmisión perinatal de *Trichomonas vaginalis*, ocurre aproximadamente en un 5% de las pacientes. Al manifestarse en recién nacidas, tiende a desaparecer a los 3 meses, por la atrofia vaginal, debida a la falta de estrógenos.

Diagnóstico

El período de incubación de *Trichomonas vaginalis* es de 3 días a 4 semanas, Esta enfermedad de transmisión sexual se ubica en vagina, uretra, endocérvix y vejiga.

Hasta el 50% de las mujeres no advierte ningún síntoma y la colonización persiste durante meses o años. La presentación clínica va de asintomática a infección severa.

Las pacientes con síntomas, presentan secreción vaginal fétida, líquida de color amarillento o verdoso. A menudo se acompaña de dispareunia, disuria, prurito vulvar y dolor. La vulva puede estar eritematosa, edematosa, y con excoriaciones.

A la Especuloscopia, la vagina o el cuello uterino puede presentar hemorragias subepiteliales o manchas de fresa (micro-abscesos en un fondo inflamatorio).

Frecuentemente el pH vaginal, se encuentra elevado (mayor de 4.5) y la prueba de aminas es positiva.

La Tricomoniasis se identifica por medio de la identificación macroscópica del parásito en una preparación de la secreción con solución salina.

Además es posible observar las tricomonas en un frotis de Papanicolau, y su sensibilidad es cercana al 60%.

Tratamiento

El Metronidazol es el único fármaco tricomonocida, disponible, y muy eficaz. Se encontró que 250mg VO cada 8 horas por 7 días o 2 gr en dosis única, daban tasa de curación promedio de 92% y 96% respectivamente. Hay pocos datos en cuanto a la eficacia del tratamiento durante el embarazo.

Según los CDC 2002d, se puede tratar a la embarazada con una sola dosis oral de 2 gr de Metronidazol o 500mg oral cada 12 horas por 7 días. No se han vinculado con efectos teratogénicos. Se recomienda el tratamiento a todo compañero sexual.

En el primer trimestre del embarazo una alternativa, puede ser el clotrimazol pero se dan recurrencias, y también debe tratarse a la pareja.

La infección recurre en el 30% de los pacientes, y el uso de condón brinda cierta protección.

MICOSIS

Casi siempre son causadas por *Candida albicans*, que pueden encontrarse en pacientes que se encuentran asintomáticas. Es más frecuente en climas cálidos y en mujeres obesas.

Además la inmunodepresión, DM, embarazo, uso reciente de antibióticos de amplio espectro, predisponen a la mujer a la infección.

Se pueden transmitir por vía sexual, y se ha reportado una asociación entre candidiasis y sexo orogenital.

Los estrógenos, aumentan la propiedad de *Candida* de adherirse a los tejidos, favoreciendo la infección, por lo cual los anticonceptivos orales en dosis altas de estrógenos y el embarazo, la estimulan.

La prevalencia de ésta infección en mujeres gestantes varia del 2 al 40%, en mujeres asintomáticas, puede ser hasta el 12%, y en sintomáticas, hasta del 40%.

Existe mayor riesgo en el grupo de 21 a 30 años y en diabéticas y multigestantes.

Complicaciones

Existe evidencia, sugiriendo que el tamizaje y la erradicación de *Candida*, durante la gestación ayuda a reducir el riesgo de parto pretérmino.

Candida, puede causar corioamnionitis, aun en presencia de membranas intactas, pero a pesar de la alta incidencia de este hongo, la infección intraamniótica es poco frecuente.

Además, puede ocurrir una infección congénita neonatal por *Candida*, asociada con ruptura prolongada de membranas, candidiasis vaginal sintomática, y cuerpos extraños como cerclaje o DIU.

Ésta infección congénita, puede resultar en prematuridad y muerte, y la gravedad depende principalmente de la edad gestacional.

Existen 2 tipos de Candidiasis:

CANDIDIASIS COMPLICADA	CANDIDIASIS NO COMPLICADA.
Infección recurrente por <i>Candida</i> . Infección grave. Infección no causada por <i>Candida albicans</i> . Diabetes no controlada, inmunodepresión, embarazo.	Esporádica o poco frecuente. Leve o moderada. Causada por <i>Candida albicans</i> . Mujeres sin inmunodepresión.

Diagnóstico

Algunos síntomas de candidiasis son: prurito, dolor y edema. A menudo se acompaña de eritema con edema vulvar y escoriaciones.

La secreción vaginal típica es similar al requesón. Es un flujo blanco-amarillento y grumoso.

Su diagnóstico se realiza con frotis en fresco o tinción Gram, donde se observan las levaduras o pseudomicelios, el pH es normal y el test de aminas es negativo.

El examen microscópico de la secreción vaginal con KOH al 10% permite identificar al hongo.

Tratamiento

El manejo de la candidiasis en la gestación, es igual que el de la mujer no gestante.

Los medicamentos de elección son nitroimidazoles.

El más usado es el clotrimazol, por vía vaginal, 100 mg diarios, durante 7 o 10 días.

También puede ser usado miconazol o isoconazol.

El fluconazol, debe ser considerado como fármaco de segunda línea, ya que se han reportado casos de malformaciones fetales.

INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se describió por primera vez en 1981, cuando se encontró que un grupo de pacientes presentaba inmunidad celular defectuosa y neumonía por *Pneumocystis carinii*. En todo el mundo se calculaba que para 2003 había 40 millones de personas infectadas por VIH/SIDA, cinco millones de nuevos casos por VIH y tres millones de muertes relacionadas con VIH.

En la actualidad, 33% de los nuevos casos son producto de transmisión heterosexual y 66% de ellos ocurre en mujeres. El número de niños con SIDA atribuido a la transmisión perinatal ha disminuido en más de 90% en los últimos 10 años.

Además durante ese período el tratamiento antirretrovírico muy activo ha llevado a lograr un número creciente de personas vivas con infección crónica por VIH.

Causas

Los agentes causales de SIDA son retrovirus RNA denominados virus de inmunodeficiencia humana, VIH-1 y VIH-2. Casi todos los casos en el mundo corresponden a la infección por VIH-1. La transmisión de esos virus es similar a la de la hepatitis B y el coito es su principal forma. El virus también se transmite por productos sanguíneos o contaminados con sangre y las madres pueden infectar a sus fetos.

Patogenia

El común denominador de la enfermedad clínica en el SIDA es una inmunosupresión intensa que origina una diversidad de infecciones por oportunistas y neoplasias. Los linfocitos derivados del timo o linfocitos T, definidos fenotípicamente por el antígeno de superficie CD4, son los blancos principales. El sitio CD4 sirve como receptor del virus. Se requieren correceptores para que ocurra la infección y se ha identificado que dos de quimiocinas, CCR5 y CXCR4, cumplen esa función. Después de la infección inicial, el grado de viremia suele disminuir hasta un punto de ajuste y las pacientes con la máxima carga vírica en ese momento avanzan más rápido al SIDA y la muerte.

Con el tiempo, el número de células T decrece de manera insidiosa y progresiva para, en un momento dado, causar inmunodepresión intensa. Si bien se cree que el embarazo tiene efectos mínimos sobre las cifras de células T CD4+ y las de RNA de VIH, estas últimas suelen ser más altas seis meses después del parto que durante el embarazo. También pueden infectarse los monocitos y macrófagos.

Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación a partir de la exposición a la enfermedad clínica es de días a semanas. La enfermedad aguda es similar a la de muchos otros síndromes víricos y suele durar menos de 10 días. Son síntomas frecuentes la fiebre y los sudores nocturnos, fatiga, exantema, cefalea, linfadenopatía, faringitis, mialgias, artralgias, nauseas, vómito y diarrea.

Después que los síntomas se abaten, se establece el punto de ajuste de la viremia crónica. No se han definido los estímulos que causan avance adicional desde viremia asintomática hasta el SIDA, pero el tiempo promedio es de casi 10 años.

Cuando se vinculan resultados positivos de análisis para VIH con cualquier número de hallazgos clínicos, se diagnostica SIDA. Son frecuentes la linfadenopatía generalizada, la leucoplasia vellosa oral, las úlceras aftosas y la trombocitopenia.

Varias infecciones por oportunistas que pueden preceder al SIDA incluyen candidiasis esofágica o pulmonar; lesiones de herpes simple o zoster persistente; condiloma acuminado; tuberculosis; neumonía, retinitis o enfermedad digestiva por citomegalovirus; molusco contagioso; neumonía por *Pneumocystis*, y otras. Una cifra menor de 200 linfocitos CD4+/mm³ también se considera definitiva para el diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Hay aspectos ginecológicos únicos para mujeres con infección por VIH, como anomalías menstruales, neoplasias genitales, otras ETS.

Pruebas Serológicas

La inmunováloraación enzimática (enzyme immunoassay, EIA) se utiliza como prueba de detección repetidamente positiva tiene sensibilidad de más del 99.5%. Una prueba positiva se confirma por técnica Western o análisis de inmunofluorescencia (immunofluorescence assay, IFA).

En algunos casos, la primera oportunidad para las pruebas de VIH puede aparecer cuando las mujeres acuden para atención prenatal en etapas tardías o cuando se encuentran en trabajo de parto. Las pruebas rápidas pueden detectar anticuerpos contra VIH en 10 a 60 min en el punto de atención y tienen sensibilidad y especificidad comparables con las de EIA.

Un resultado reactivo de una prueba de detección rápida debe complementarse con una prueba confirmatoria por técnica Western o IFA. Sin embargo, las intervenciones periparto y neonatales para aminorar la transmisión perinatal, pueden basarse en los resultados iniciales de pruebas rápidas.

Pruebas de Detección

En 1991, el Institute of Medicine, los Centers for Disease Control and Prevention (2002c), la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists, recomendaron pruebas universales de detección prenatal pero voluntarias.

Sansom et al. (2003) sugieren que pudiese ser eficaz en cuanto a costo repetir las pruebas de VIH en el tercer trimestre en regiones con una prevalencia de una por 1000 personas por año o mayor. Varios estados también recomiendan o requieren una segunda prueba de VIH durante el parto.

Complicaciones: Infección Materna y Fetal-Neonatal.

La transmisión de madre a hijo contribuye con la mayor parte de las infecciones pediátricas por VIH. Puede haber transmisión transplacentaria temprana y se ha identificado el virus en muestras de aborto electivo.

La tasa de embarazos en mujeres con infección por VIH aumento mucho en la época actual de tratamiento antirretrovirico, a diferencia de las tasas previas a 1996. Sin embargo, en casi todos los casos, el virus se transmite en etapa periparto y 15 a 40% de recién nacidos de madres que no amamantan, infectadas por VIH y sin tratamiento, están infectados.

Se calcula que 20% de la transmisión ocurre antes de las 36 semanas, 50% en los días previos al parto y 30% durante el parto. Las tasas de transmisión durante el amamantamiento pueden ser tan altas como de 30 a 40%.

La transmisión vertical es más frecuente en partos pretérmino, especialmente en los vinculados con rotura prolongada de las membranas. El análisis de datos de perinatal AIDS señaló un riesgo relativo de 3.7 de transmisión vírica intraparto en el parto pretérmino. La transmisión de VIH-1 al nacer aumentaba de 15 a 25% en mujeres cuyas membranas habían estado rotas durante más de 4 horas.

La infección concomitante por sífilis es frecuente y también se relaciona con la transmisión perinatal vertical de VIH.

La inflamación placentaria y la corioamnionitis pueden aumentar la transmisión de VIH-1 por 3%, pero no se sabe si los antimicrobianos disminuyen ese riesgo.

Según las U.S. Public Health Service Guidelines (2003), la morbilidad y mortalidad maternas aumentan por el embarazo en mujeres seropositivas asintomáticas. Por el contrario, en esos casos pueden estar aumentados los resultados fetales adversos.

Atención durante el Embarazo

Es indispensable el asesoramiento de mujeres VIH positivas, preferentemente desde etapas tempranas del embarazo.

Los propósitos terapéuticos son:

- Supresión máxima y duradera de la carga vírica
- Restablecimiento y conservación de la función inmunitaria

Para pacientes sin embarazo se ofrece tratamiento a los adultos con menos de 350 células T CD4+/mm³ o cifras plasmáticas de RNA de VIH que rebasen 55,000 copias/ml.

Ha surgido una estrategia más intensiva para el tratamiento de la infección por VIH durante el embarazo, porque la disminución de la cifra de ARN es de capital importancia para aminorar la transmisión perinatal.

Debe ofrecerse tratamiento antirretrovírico a todas las embarazadas infectadas por VIH que inician la atención materna, así como para aminorar el riesgo de transmisión perinatal, independientemente de las cifras de células T CD4+ o RNA del VIH.

Se pueden combinar los antirretrovíricos en esquemas de inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI), inhibidores de proteasa (PI), de triple inhibidor de la transcriptasa inversa nucleósido (NRTI) o inhibidores de la fusión (FI).

Las pautas perinatales recomendaron cuantificación de las cifras de linfocitos T CD4+, cada trimestre, o cada 3-4 meses.

Las cifras de RNA de VIH deben vigilarse 4 semanas después del inicio de un cambio del tratamiento, a continuación, cada mes hasta que se hacen indetectables y luego cada 3 meses, para por último hacerlo cerca del término para la planeación del nacimiento.

Esos resultados se usan para tomar decisiones de modificación terapéutica, decidir la vía del parto o iniciar profilaxis de infecciones oportunistas.

Incluso con tratamiento, la incidencia de complicaciones perinatales aumenta en un 78% de las mujeres tratadas con 2 inhibidores de la transcriptasa inversa tenía uno o más sucesos adversos, en especial parto Pre-término, bajo peso al nacer y óbitos fetales. A pesar de ello no ha de evitarse el tratamiento combinado si esta indicado.

Los fracasos del tratamiento pueden deberse a incumplimiento, potencia inadecuada de fármacos, concentraciones sub-óptimas de antirretrovíricos o resistencia vírica.

Todas las mujeres infectadas por VIH requieren atención médica adicional durante el embarazo, se les administran vacunas contra Hepatitis B, influenza, neumococo, después de que se logra la supresión vírica.

Es necesaria la vigilancia de la toxicidad clínica de los antirretrovirales, y por laboratorio, durante los dos primeros meses iniciales del tratamiento, a continuación puede aminorarse la vigilancia de la toxicidad hepática y acidosis láctica.

Las pacientes con tratamiento combinado con PI, deben someterse a pruebas tempranas de detección de la intolerancia a la glucosa, por el riesgo de Diabetes gestacional.

El tratamiento de algunas complicaciones de la infección por VIH puede modificarse por el embarazo. Si la cifra de células T CD4+ es menor de 200 células/ml, se recomienda la profilaxis primaria para la neumonía por *Pneumocystis carinii*, con Trimetoprim/Sulfametoxazol o Dapsona. La Neumonía por *P. carinii* se se trata con Trimetoprim/Sulfametoxazol oral o intravenoso, o Dapsona – Trimetoprim.

Prevención de la Transmisión

Las precauciones de los cuidados preparto, periparto, y pediátricos de madres y recién nacidos infectados son similares a las correspondientes para la Hepatitis B, son evitación de la exposición a sangre y líquidos corporales. El tratamiento antirretrovírico preparto, puede continuarse durante el parto. Es incierto el tratamiento óptimo durante el trabajo de parto, pero si está avanzando con membranas íntegras, se evitan la rotura artificial de membranas y la vigilancia fetal por medios cruentos. Se usa conducción del trabajo de parto siempre que se requiera abreviar el intervalo hasta el nacimiento.

Prevención de Transmisión Vertical

Los dos principales métodos sugeridos de prevención de la transmisión materno-fetal de la infección por VIH son:

- Tratamiento antirretrovírico
- Cesárea

Cuando se combinan los esquemas terapéuticos estándar con profilaxis perinatal con Zidovudina, disminuye de manera sustancial la transmisión vertical. Se logran las tasas de transmisión más bajas con el uso del tratamiento prenatal combinado. La toxicidad a corto plazo es mínima para la mayoría de las mujeres y RN.

El principal problema a largo plazo es la aparición de Resistencia, que se vincula más a menudo con el tratamiento prenatal combinado mediante Lamivudina y en el periparto con Nevirapina.

Las indicaciones de pruebas de resistencia para embarazadas incluyen: infección aguda por VIH-1, fracaso virológico, supresión vírica sub-óptima, después del inicio del tratamiento antirretrovírico, y alta posibilidad de exposición a virus resistentes, con base a la prevalencia comunitaria.

Las mujeres que se supone tienen resistencia a la Zidovudina o están con esquemas que no la incluyen, deben no obstante recibirla en el proceso intra-parto por vía intravenosa, al igual que sus RN, éstos por vía oral.

Si las mujeres que reciben tratamiento combinado descontinúan temporalmente éste durante el embarazo, deben interrumpirse todos los fármacos y reiniciarse de manera simultánea para aminorar la posibilidad de aparición de resistencia.

Pautas perinatales de U.S. Public Health Service 2,003:

- Si la cifra materna de RNA de VIH es mayor de 1,000 copias/ml, está indicado el tratamiento antirretrovírico combinado.
- Cuando la cifra de RNA de VIH materno es menor de 1,000 copias/ml, se puede tratamiento antirretrovírico combinado o monoterapia con Zidovudina.
- En mujeres sin tratamiento previo al trabajo de parto es apropiada la profilaxis intraparto con zidovudina, sola, combinada con Lamivudina, con Nevirapina, o Nevirapina sola.
- Si el parto ocurre antes que se administre el tratamiento, el RN puede recibir profilaxis durante 6 semanas con Zidovudina, o en algunos casos, tratamiento antirretrovírico combinado.

V. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

- La Enfermedad de Transmisión Sexual más frecuente en embarazadas del Programa de Control Prenatal de la UCSF-B-San Isidro, Panchimalco y UCSF-I- San Matías, La Libertad es la Candidiasis.

Hipótesis específicas:

- El Agente Etiológico más frecuente de las ETS en Embarazadas del Programa de Control Prenatal de la UCSF-B-San Isidro, Panchimalco y UCSF-I- San Matías, La Libertad es de origen micótico.
- El Factor de Riesgo comúnmente asociado a ETS en las Embarazadas del Programa de Control Prenatal de la UCSF-B-San Isidro, Panchimalco y UCSF-I- San Matías, La Libertad es la falta de uso de preservativo.
- La complicación obstétrica mayormente detectada en Embarazadas con ETS del Programa de Control Prenatal de la UCSF-B San Isidro, Panchimalco y UCSF-I San Matías, La Libertad es Amenaza de parto pretérmino.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

1. Nivel de profundidad del conocimiento: Descriptivo
2. Según la orientación en el tiempo: Transversal
3. Según el método utilizado: Observación

De acuerdo al nivel de profundidad del conocimiento y diseño fue de tipo descriptivo, ya que no se establecieron relaciones de causalidad en el fenómeno investigado, además se determinó como está la situación de las variables que se estudiaron en la población, sin buscar una relación entre éstas, en este caso la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en las embarazadas.

Según la orientación en el tiempo fue de corte transversal, porque se abordó el fenómeno en un período de tiempo determinado, haciendo un corte en el tiempo y no se dará seguimiento de su desarrollo o evolución.

Período de investigación

El período, en que se llevó a cabo el trabajo de investigación, fue del mes de Febrero a Junio del año 2015.

Universo

Embarazadas de todas las edades Inscritas en el programa de Control Prenatal de las UCSF-B San Isidro, Panchimalco, y UCSF-I- San Matías, La Libertad.

Unidades de análisis

Embarazadas de todas las edades que se Inscribieron en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-B San Isidro, Panchimalco, y UCSF-I- San Matías, La Libertad, en los meses de Febrero a Junio del año 2015.

Muestra

El Muestreo utilizado fue de tipo No Probabilístico, por conveniencia, ya que la elección de los elementos del universo, no dependió de la probabilidad, sino de causas que se relacionan con las características de la Investigación. Además se tomó en cuenta los criterios de Inclusión.

Por lo tanto se obtiene lo siguiente:

Establecimiento	Total de Embarazadas inscritas	Embarazadas inscritas Feb-Junio 2015	Embarazadas inscritas Feb-Junio 2015 + Sintomatología
UCSF-B- San Isidro	60	38	20
UCSF-I-San Matías	70	30	20

Criterios de inclusión

- Embarazadas, de todas las edades, que se Inscribieron en el programa de Control Prenatal, en las UCSF-B-San Isidro, Panchimalco, y UCSF-I-San Matías, La Libertad, que presentan sintomatología de ETS o alteración en los Exámenes de Laboratorio, en el período de febrero a junio del año 2015.
- Embarazadas con las características anteriores, que aceptan participar en el estudio.

Criterios de no inclusión

- Embarazadas que llevan controles prenatales en la UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B San Isidro, Panchimalco, inscritas previo al período de investigación.

- Embarazadas, de todas las edades, que se inscribieron en el programa de Control Prenatal, en las UCSF-B-San Isidro, Panchimalco, y UCSF-I-San Matías, La Libertad, que presentan sintomatología de ETS o alteración en los exámenes de laboratorio, en el período de febrero a junio del año 2015, y que no aceptan participar en el estudio.

Fuente de Información:

- Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF- I, San Matías, La Libertad, y UCSF-B San Isidro, Panchimalco, y sus respectivos Expedientes Clínicos.

Método y Recolección de datos.

- *Técnica para la obtención de información:*

Se realizó mediante la Técnica de la Entrevista.

- *Instrumento para la Obtención de Información:*

Se utilizó una Guía de Entrevista de tipo Estructurada, acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Embarazadas de la UCSF-I San Matías, La Libertad y UCSF-B San Isidro, Panchimalco.

Herramientas para la obtención de información

La Herramienta utilizada fue una *Guía de Entrevista Estructurada* la cual se divide en 3 áreas, las cuales se detallan a continuación:

1. *Datos Generales:* en los cuales se incluyeron el Nombre, Registro, Edad, Establecimiento, Fórmula Obstétrica, FUR, FPP, Amenorrea, Estado Civil, etc.
2. *Cuestionario:* en esta área se indagó la presencia de ETS en la Embarazada entrevistada, ya sean Infecciones Vaginales, VIH, Sífilis, Gonorrea, etc.

3. *Revisión de Expediente Clínico:* se recolectó información que la paciente no logró brindar, ya sea por desconocimiento o dificultad al responder.

Procesamiento y análisis de información.

El Procesamiento de la Información se realizó a través de Tabulación de los datos recolectados, en forma manual utilizando la medida del porcentaje, que se calculó de la siguiente manera:

$\frac{\text{Respuestas obtenidas}}{\text{Frecuencia total}} \times 100 \% =$

La Presentación de los datos se realizó por medio de Gráficos, a través de Epi Info versión 3.5.4 y Microsoft Excel 2010, para facilitar su análisis.

Posteriormente se analizó cada gráfico de manera descriptiva.

Variables

Variable dependiente	Variable independiente
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual • Sintomatología 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de Riesgo para adquirir ETS • Agente etiológico

Operacionalización de Variables.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	TECNICA	INSTRUMENTO
Enfermedades de transmisión sexual.	Serie de patologías que se caracterizan porque la vía sexual es su principal forma de transmisión, con manifestaciones en los órganos genitales externos e internos, a nivel extra genital y sistémico.	Enfermedades transmitidas a embarazadas por vía sexual, y que presentan manifestaciones clínicas en genitales y/o sistémicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. VIH 2. Sífilis 3. Gonorrea 4. Herpes genital 5. VPH 6. Infecciones vaginales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Entrevista	Guía de entrevista.
Factor de Riesgo para adquirir ETS.	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Condición que aumenta el riesgo de las embarazadas de presentar una ETS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promiscuidad sexual 2. Edad de inicio de relaciones sexuales. 3. Ingesta frecuente de Antibióticos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Entrevista	Guía de entrevista.

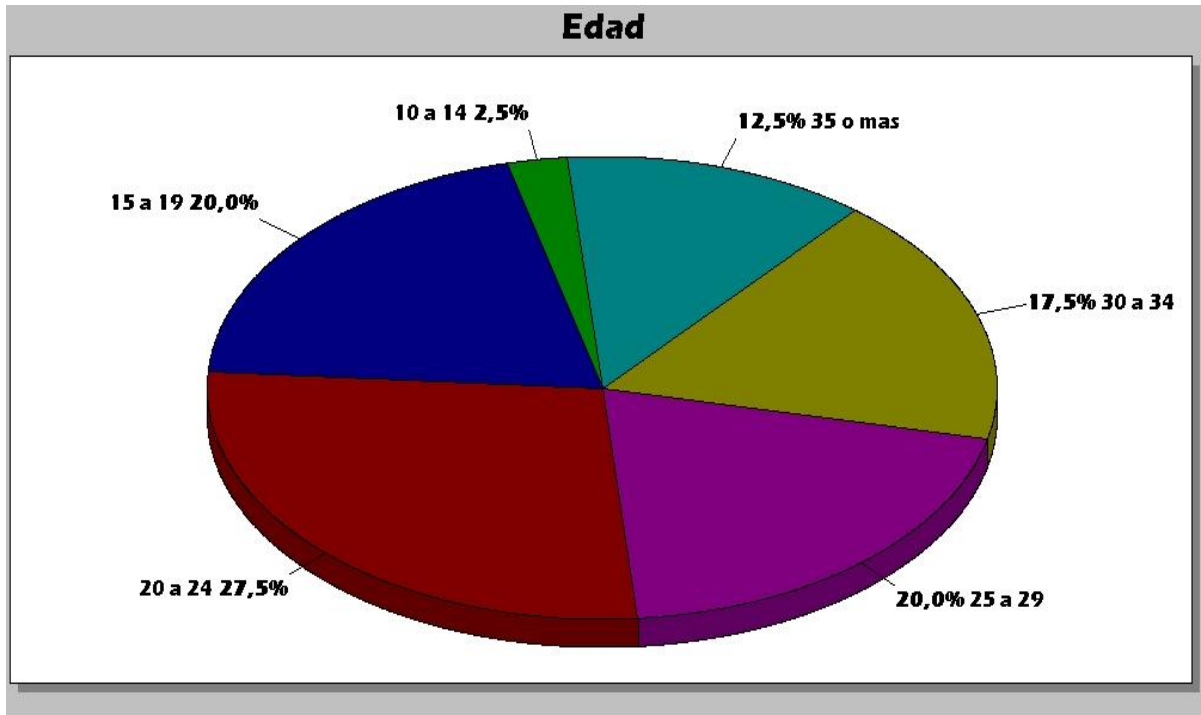
			<ul style="list-style-type: none"> 4. No uso de métodos anticonceptivos de barrera. 5. Enfermedades Crónicas 6. Presencia de otras ETS. 			
Agente etiológico	Cualquier sutancia viva o inanimada o fuerza muchas veces intangible cuya presencia o ausencia es la causa inmediata o proxima a una enfermedad en particular	Agente causante de enfermedades de transmisión sexual en ambarazadas.	Tipo de agente etiológico.	<ul style="list-style-type: none"> 1-Bacterias 2-Hongos 3-Parásitos 4-Virus 	Observación	<ul style="list-style-type: none"> 1-PAP. 2-Examen ginecológico.
Síntomas	Alteración del organismo que pone de manifiesto la	Manifestaciones clínicas presentes en las embarazadas con	1. Leucorrea	<ul style="list-style-type: none"> 1. Fétida 2. No fétida. 	Observación	Examen ginecológico

	existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	enfermedades de transmisión sexual.		1. Blanca 2. Grisácea.		
				1. Grumosa 2. Líquida.		
			2. Prurito	1. Si 2. No		
			3. Lesiones ulcerosas	1. Si 2. No		
			4. Lesiones vesiculares.	1. Si 2. No		

Complicaciones Obstétricas	Disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto.	Alteraciones en la gestación, que sufren las mujeres que presentan ETS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aborto 2. Amenaza de parto pretérmino. 3. Ruptura prematura de membranas. 4. Corioamnionitis 5. Restricción del crecimiento intrauterino. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Entrevista	Guía de entrevista.
-------------------------------	---	--	--	--	------------	------------------------

VII. RESULTADOS

Gráfica No. 1: Edad de Embarazadas entrevistadas

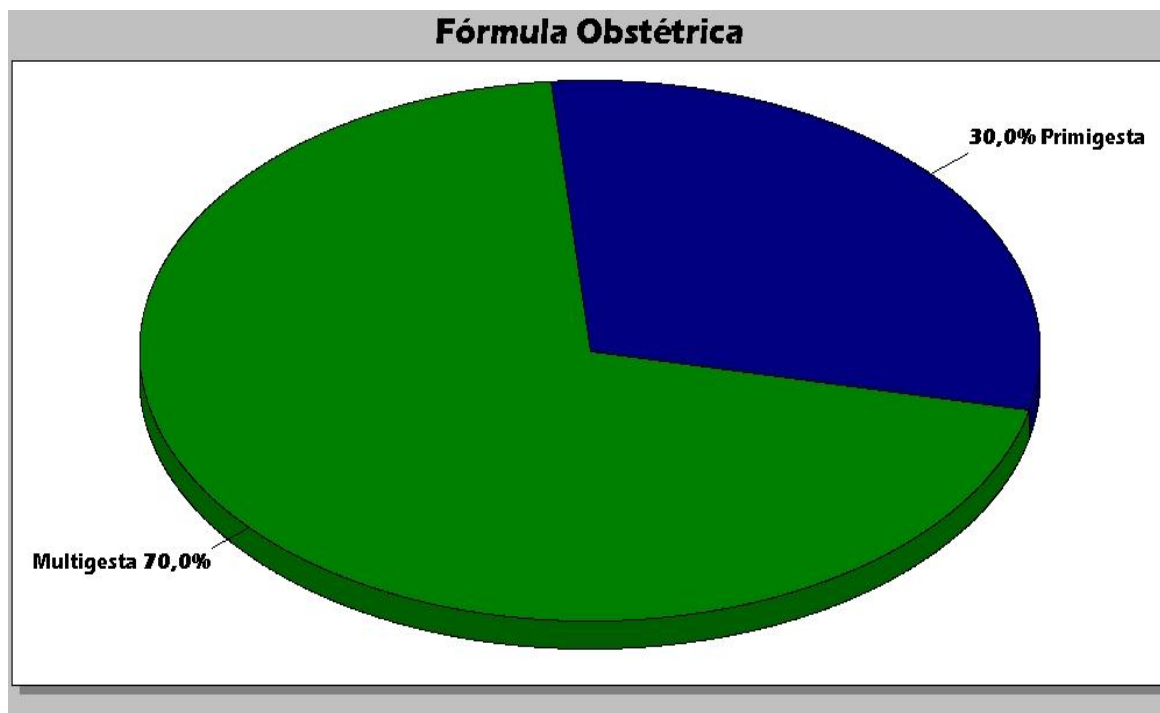


Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de gráfica 1: Se puede observar que el rango de edad más frecuente de las embarazadas que participaron en la investigación, es de 20 a 24 años en un 27.5%, siguiéndole en el mismo orden de frecuencia el rango de 15 a 19 años, y 25 a 29 años, lo que denota, que la mayoría de embarazadas entrevistadas son jóvenes, y además se consideran las edades de mayor riesgo de adquirir una ETS, por el inicio temprano de relaciones sexuales.

El rango de menor frecuencia (2.5%), es de 10 a 14 años, lo que implica el bajo número de embarazadas en etapa adolescente temprana.

Gráfico No. 2: Fórmula Obstétrica de Embarazadas

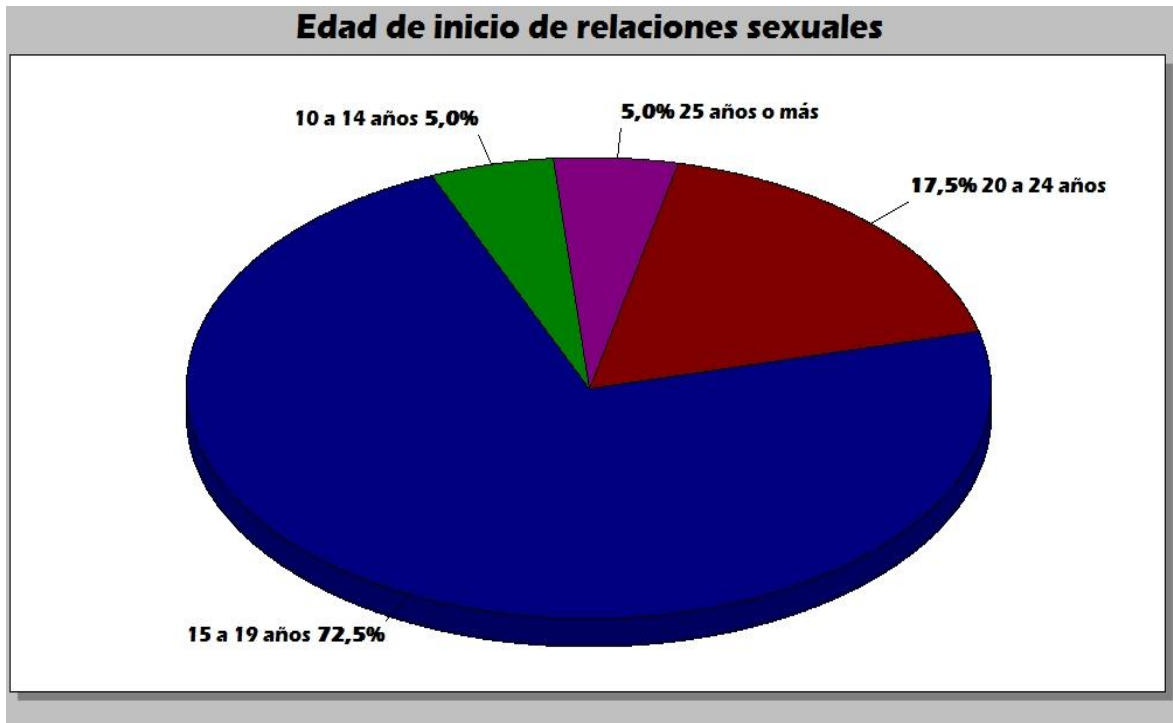


Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfico No.2: El gráfico anterior, muestra que la mayoría de embarazadas entrevistadas, son multíparas (70%), lo que se considera un factor de riesgo elevado de presentar Candidiasis Vaginal, y de complicaciones relacionadas con ésta.

En cambio, el 30% de las embarazadas son primigestas.

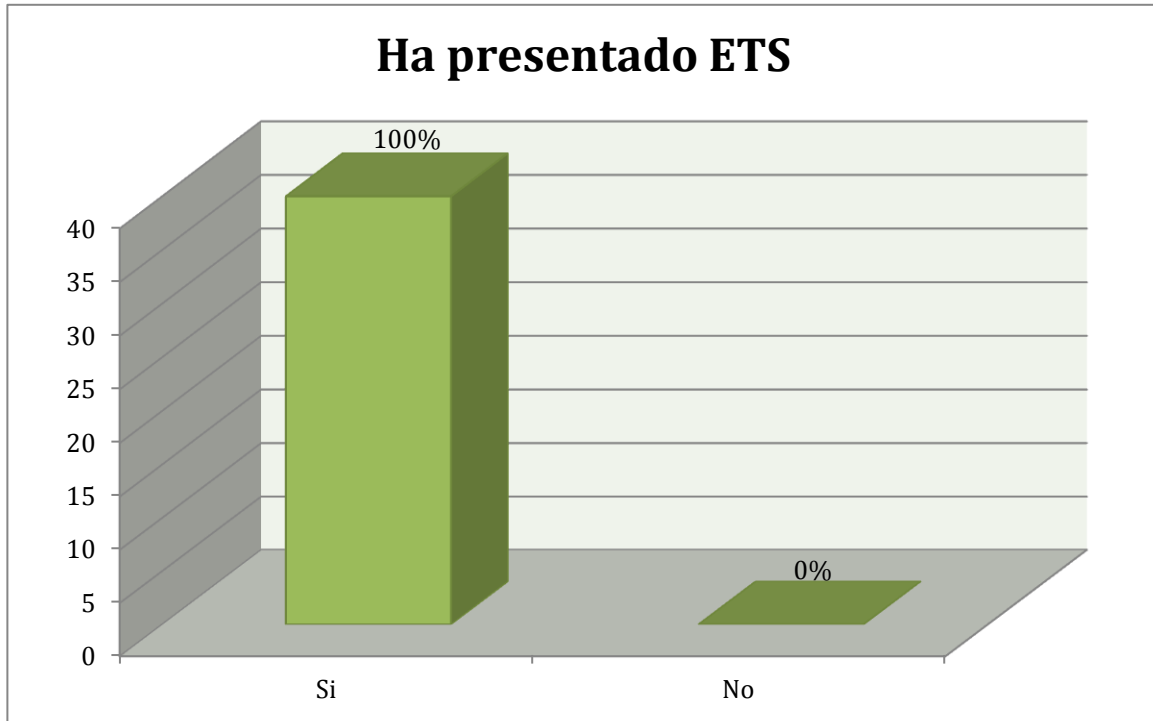
Gráfica No.3: Edad de inicio de relaciones sexuales



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.3: Se observa en la gráfica que el 77.5% de las embarazadas han iniciado relaciones sexuales durante la adolescencia, lo cual se considera un factor de riesgo importante para el padecimiento de ETS, ya que la exposición a los patógenos es mayor que en las mujeres que iniciaron relaciones sexuales a mayor edad.

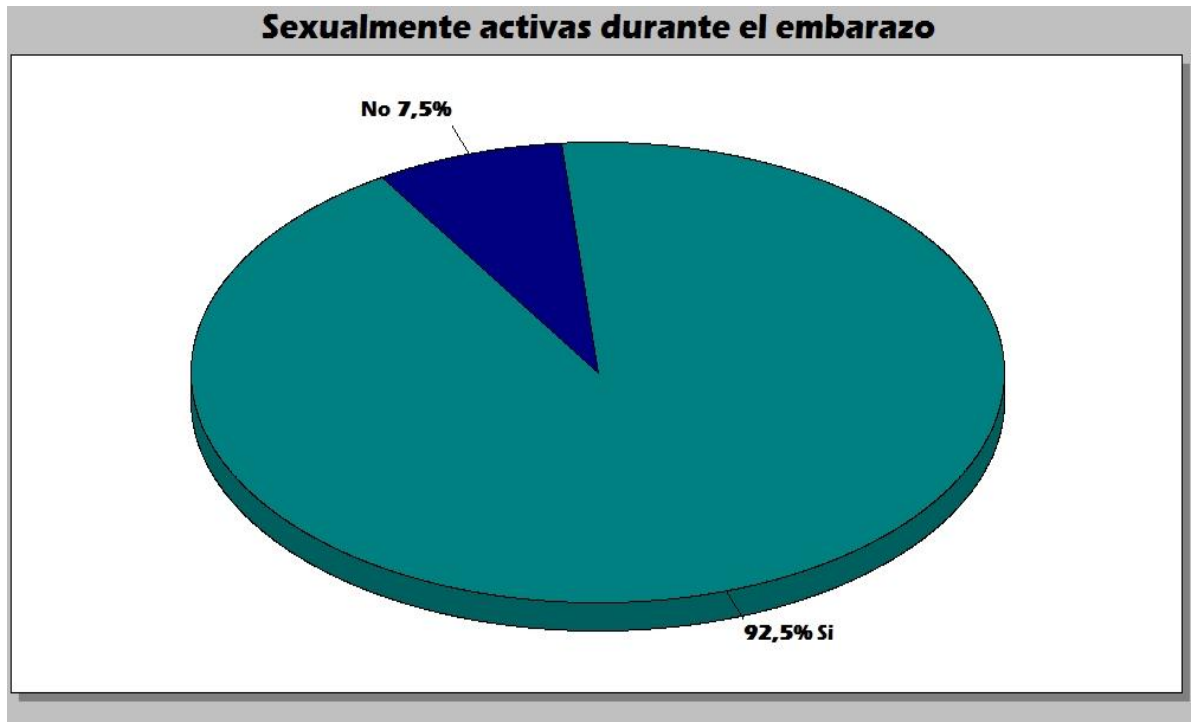
Gráfico No.4: Embarazadas que han padecido o padecen ETS.



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis del gráfico No. 4: Del total de embarazadas participantes en la investigación, todas padecen, o han padecido alguna vez, una ETS, lo que indica, que todas las pacientes están mas predispuestas a padecer ya sea la misma, u otra ETS distinta, por la alteración que existe de los factores protectores de la flora vaginal.

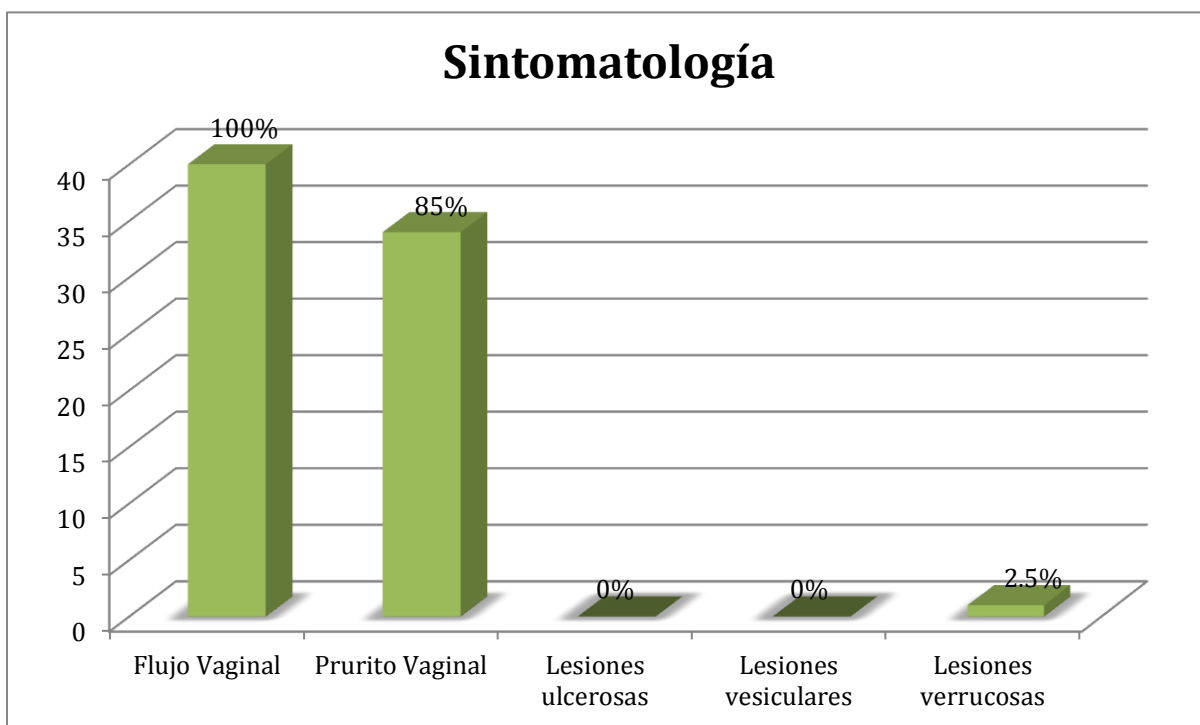
Gráfica No.5: Pacientes sexualmente activas durante el embarazo



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.5: El 92.5% de las embarazadas son sexualmente activas, lo cual también corresponde a un factor de riesgo importante y muy habitual, debido al cual la presencia de ETS, es frecuente durante el embarazo.

Gráfico No.6: Sintomatología de ETS



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

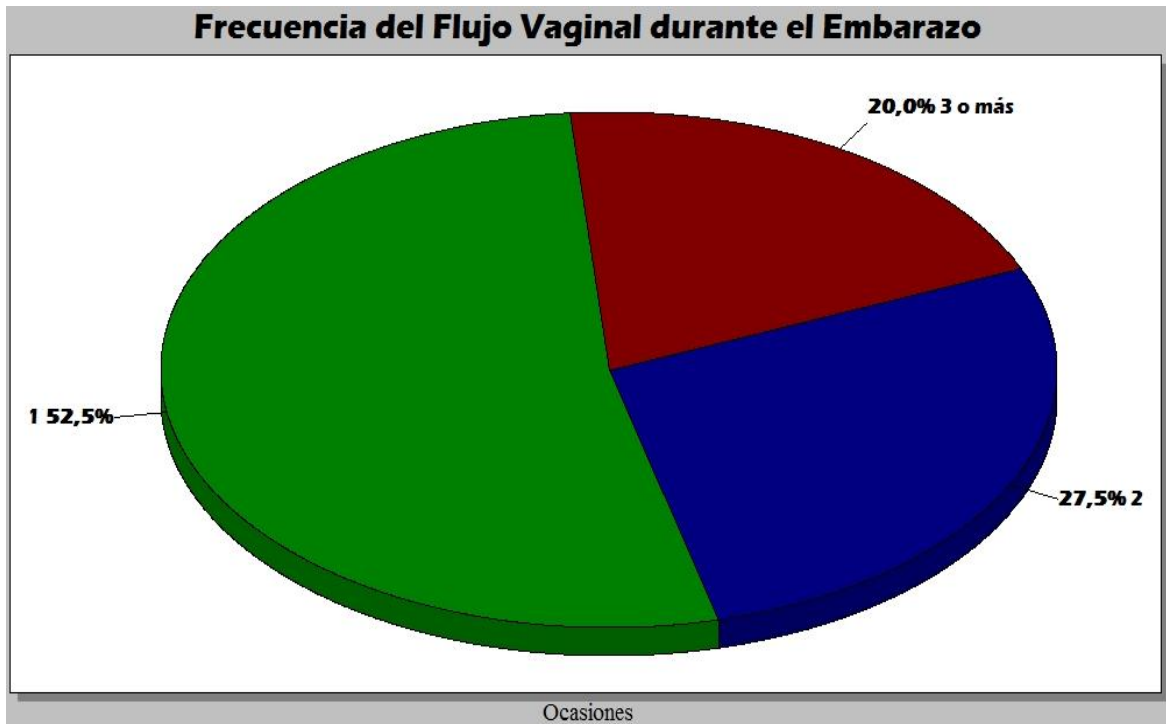
Análisis de gráfico No.6: Por medio de la gráfica, se determina que de las 40 embarazadas entrevistadas, todas presentan flujo vaginal, que es la sintomatología más común de la Candidiasis Vaginal.

Le sigue en orden de frecuencia el prurito vaginal, en un 85%, que también constituye parte importante del cuadro clínico de la micosis vaginal.

Posteriormente en un 2.5%, se presentan lesiones verrucosas, características del VPH.

No se presentan lesiones ulcerosas y lesiones vesiculares.

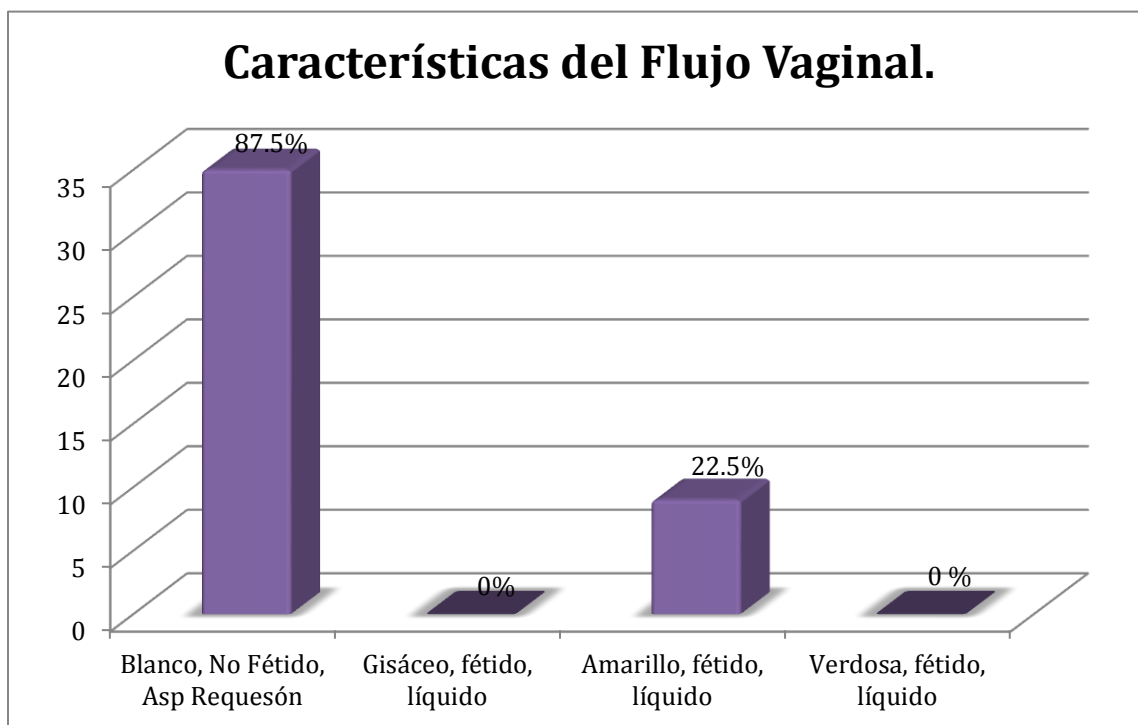
Gráfica No.7: Frecuencia del Flujo Vaginal durante el Embarazo



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.7: En esta gráfica se puede observar que el 52.5% de las embarazadas entrevistadas han presentado flujo vaginal en por lo menos una ocasión durante el embarazo, a diferencia de un 20% que lo han presentado en 3 ocasiones o más, lo que implica que con tratamiento adecuado y hábitos adecuados se puede evitar la recurrencia de este síntoma.

Gráfico No.8: Características del Flujo Vaginal



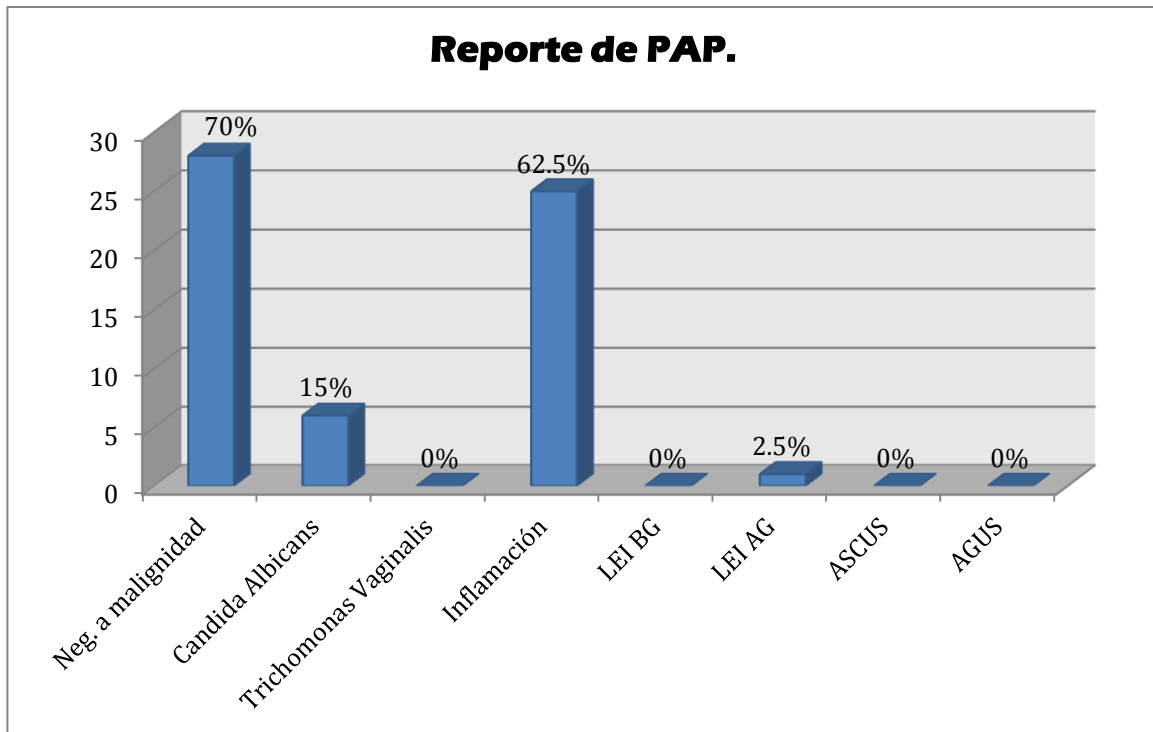
Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis del Gráfico No.8: Se determina por medio de la gráfica, que el 87.5% de las embarazadas entrevistadas, poseen flujo vaginal blanquecino, no fétido, y aspecto de requesón, lo que demuestra la mayor frecuencia de Candidiasis Vaginal en las pacientes.

En segundo lugar de frecuencia, está el flujo amarillo, fétido y líquido, que se presenta con mayor frecuencia en las infecciones por *Trichomonas Vaginalis*.

No se presenta en las embarazadas el flujo verdoso ó grisáceo, fétido y líquido.

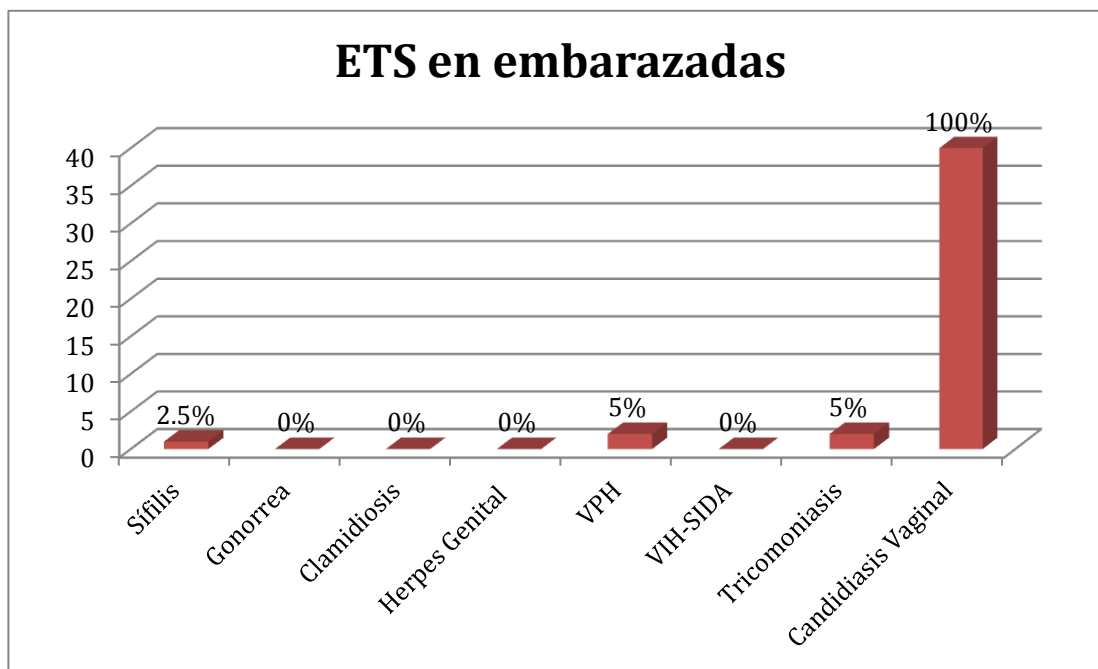
Gráfica No.9: Papanicolau tomados en Embarazadas



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.9: Se observa en la gráfica, que de las Citologías cervico-vaginales (Papanicolau) tomadas en las embarazadas, se reportaron 70% negativas a malignidad, el 62.5% con inflamación, el 15% con presencia de microorganismos consistentes a Candida, por lo cual, se confirma que la ETS más frecuente en embarazadas es la candidiasis vaginal, además en una pequeña proporción, en un 2.5% se encontró Lesión intraepitelial de alto grado.

Gráfico No.10: Tipos de ETS que padecen las embarazadas.



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

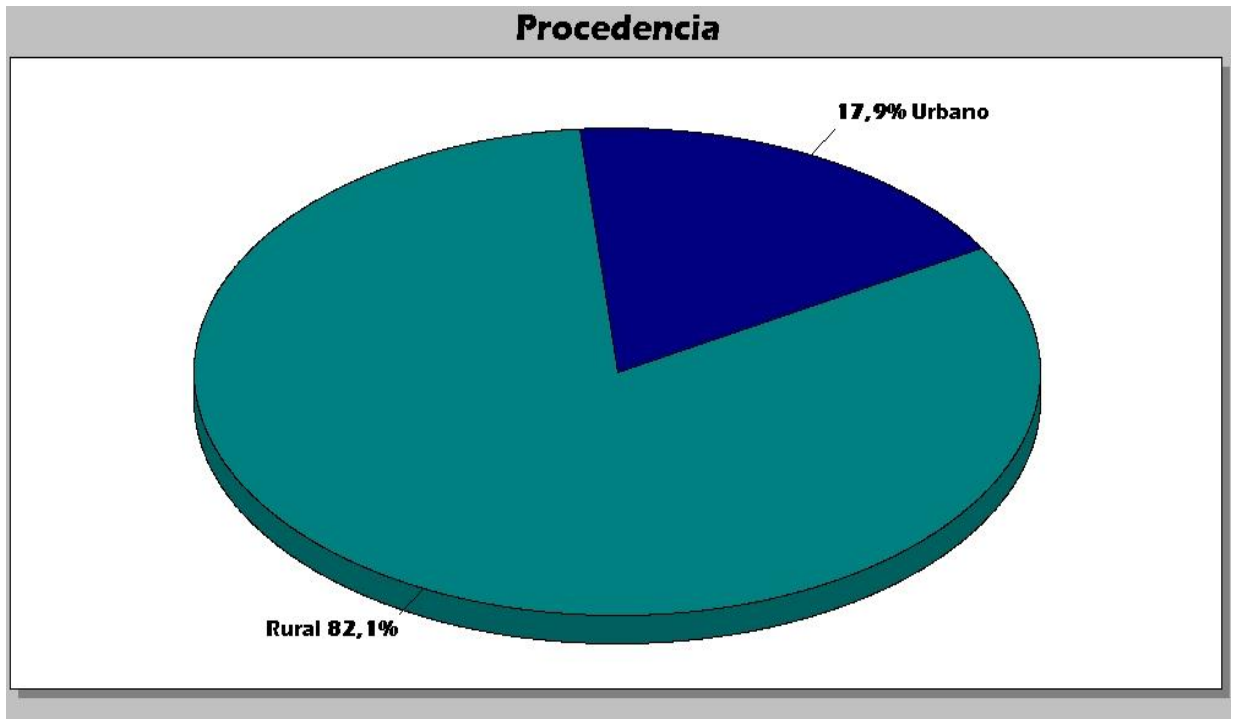
Análisis del gráfico No.10: Por medio de la gráfica, se determina que todas las embarazadas participantes en la investigación, presentan Candidiasis Vaginal, siendo ésta ETS, la más frecuente durante el embarazo, lo que se relaciona con aumento de riesgo de corioamnionitis, parto prematuro, u otras complicaciones obstétricas.

En orden de frecuencia, le sigue el VPH, en un 5%, que por los cambios fisiológicos, durante la gestación, hace que aumenten en número y tamaño las lesiones verrucosas.

Además, en el mismo porcentaje, se presenta la Tricomoniasis, lo que indica conductas sexuales de alto riesgo en estas embarazadas, e implica ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Posteriormente, un 2.5% de las pacientes, ha padecido sífilis, y ninguna ha padecido Gonorrea, Clamidiosis, Herpes Genital, ni VIH-SIDA.

Gráfica No.11: Procedencia de las Embarazadas.

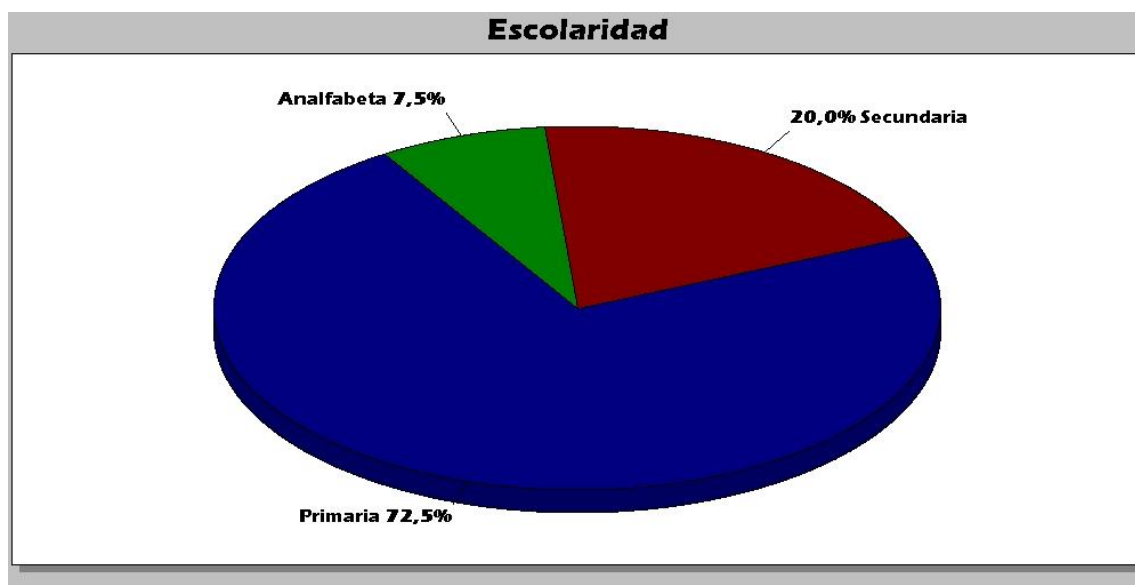


Fuente; Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de gráfica No.11: Se logra determinar, por medio del gráfico, que la mayoría de embarazadas, pertenecen al área rural (82%), lo que se considera factor de riesgo importante, de adquirir ETS, por el nivel socioeconómico bajo que caracteriza al área rural.

Y solo un 18% de las embarazadas, pertenecen al área urbana (UCSF-I-San Matías).

Gráfico No.12: Escolaridad de las Embarazadas.

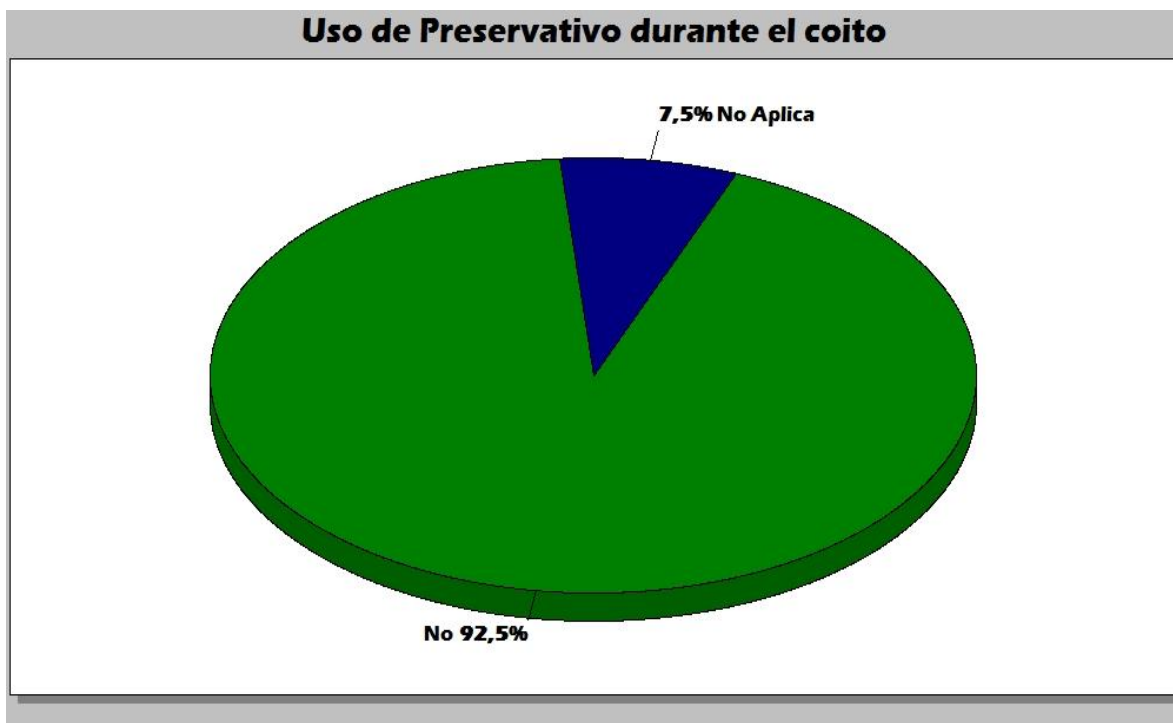


Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.12: Se interpreta por medio del gráfico, que la mayoría de embarazadas, participantes en la investigación (72.5%), han cursado hasta primaria, lo cual significa, que poseen cierto conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva, y sus implicaciones.

En cambio, un 7.5% , es analfabeta, lo que implica mayor desconocimiento de temas educativos de sexualidad, y eleva en mayor grado el riesgo obstétrico.

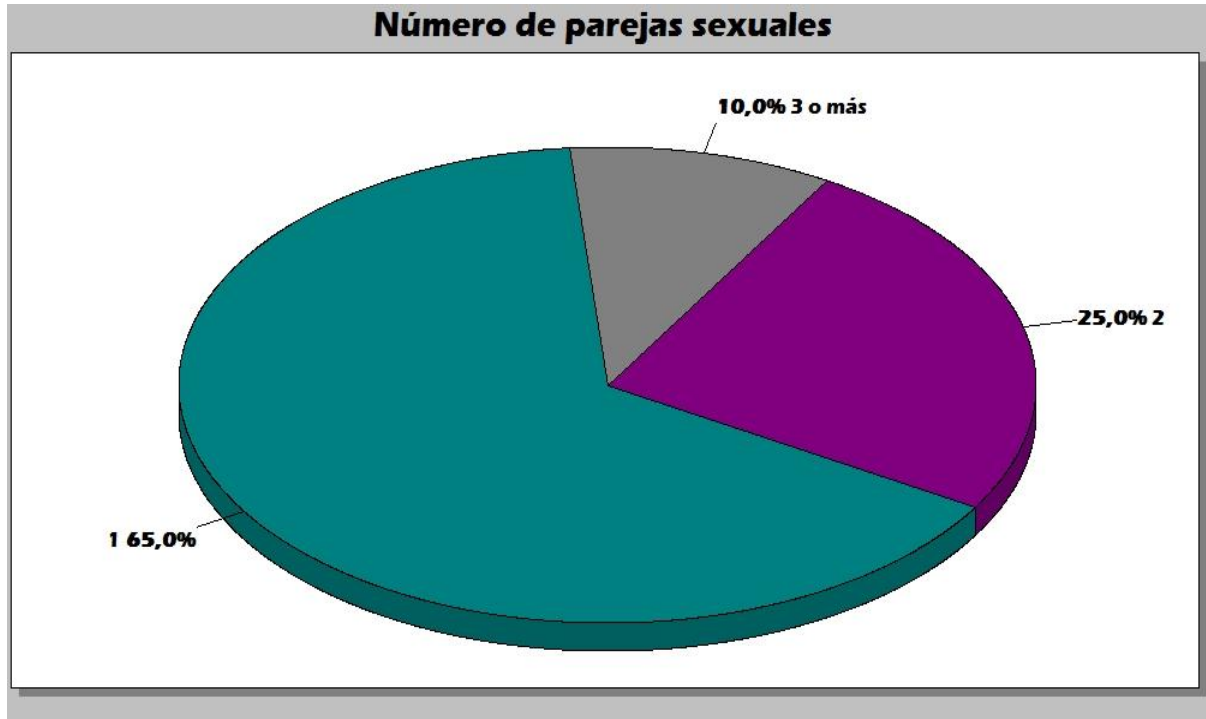
Gráfica No.13: Uso de preservativo durante el coito.



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.13: El 92.5% de todas las embarazadas no utiliza preservativo durante las relaciones sexuales, esto es debido a que la mayor parte de ellas utilizan el preservativo como método anticonceptivo y no como un método para evitar enfermedades de transmisión sexual.

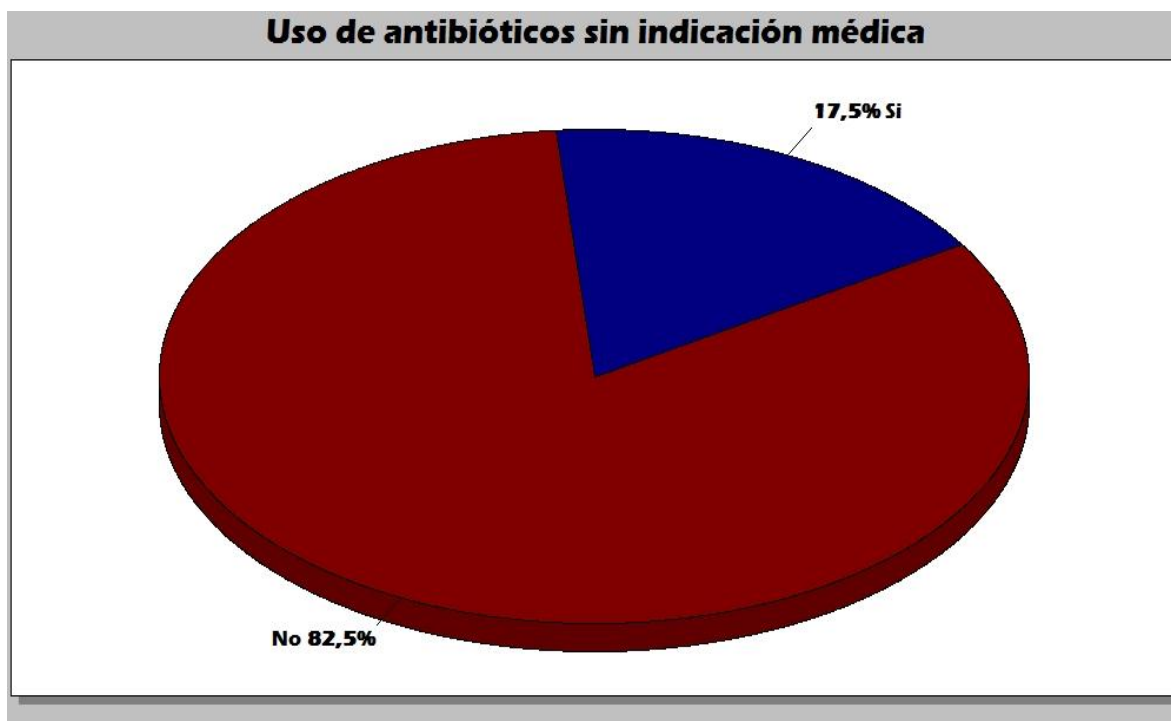
Gráfica No.14 Número de parejas sexuales.



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.14: En esta gráfica se representa el número de parejas sexuales que han tenido las embarazadas durante su vida sexual, obteniéndose que el 65% de las entrevistadas han tenido una pareja sexual, un 25% han tenido 2, y un 10% han tenido 3 o más parejas sexuales, este es un factor de riesgo de importancia, más no es determinante, ya que se desconoce dicho dato de la pareja sexual de cada embarazadas.

Gráfica No. 15: Uso de antibióticos sin indicación médica



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfica No.15: El uso de antibióticos sin indicación médica, es decir la automedicación es un factor de riesgo, que en la población en investigación no se encuentra con mucha frecuencia, solo en el 17.5%, lo anterior está determinado a que durante en el embarazo, el uso de medicamentos se encuentra más restringido y la mayoría de las pacientes tienen conocimiento de dicha restricción.

Gráfico No.16: Complicaciones Obstétricas



Fuente: Embarazadas Inscritas en el Programa de Control Prenatal en las UCSF-I-San Matías, y UCSF-B-San Isidro.

Análisis de Gráfico No.16: Se observa en el gráfico que la mayoría de pacientes (90%) no se presentaron complicaciones obstétricas, pero se determina que en un 5% de las embarazadas se presentó Prematurez, y en 2.5% Ruptura Prematura de Membranas, en donde se observa la correlación que tiene ésta última con los nacimientos debajo de las 37 semanas.

Además en un 2,5% se presentó la Amenaza de Aborto.

VIII. DISCUSIÓN

Las Enfermedades de Transmisión Sexual, según la OMS, son consideradas como un problema de salud pública de gran importancia debido a que afectan a toda la población, en diferentes ámbitos de la salud, uno de los grupos afectados con mayor frecuencia son las embarazadas, la efectos en la salud de este grupo es de importancia, debido a que las complicaciones causadas pueden involucrar manifestaciones graves maternas y neonatales, por lo cual es de relevancia realizar estudios de esta índole para evitar en las futuras generaciones complicaciones graves.

En el presente trabajo de investigación se logró obtener la participación de 40 embarazadas inscritas en el programa de control prenatal en el periodo de Febrero a Junio del año 2015, a quienes se entrevistó utilizando una guía de entrevista estructurada, obteniéndose que la mayoría de ellas son pacientes que se encuentran entre las edades de 20-24 años en un porcentaje de 27.5%, además el 70% son pacientes multigestas, esto denota que son mujeres que iniciaron relaciones sexuales a temprana edad, lo cual es de importancia ya que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo en la aparición de este tipo de patologías, aunado a la condición que el haber padecido en ocasiones previas de alguna ETS, predispone para presentar posteriormente ETS de la misma índole o incluso de otras etiologías.

En la investigación lo anteriormente expuesto se confirma, ya que la mayor parte de las entrevistadas, es decir un 77.5%, han iniciado relaciones sexuales durante la adolescencia, es decir entre los 10-19 años, siendo de mayor frecuencia el inicio durante la adolescencia tardía. Por lo tanto se evidencia la importancia de este factor de riesgo para padecer una ETS.

Además se puede observar que el 92.5% de las embarazadas son sexualmente activas durante el embarazo, lo cual también constituye un factor de riesgo de suma importancia, ya que al indagar la presencia de alguna sintomatología de ETS durante el embarazo, el 100% de las embarazadas han presentado algún tipo de síntoma, al menos

una vez durante su gestación actual, siendo los síntomas más frecuentes el flujo vaginal y el prurito vaginal, al indagarse las características del flujo vaginal, el 87.5% de las pacientes han presentado flujo blanco, no fétido con aspecto de requesón que se acompaña de prurito vaginal, lo que proporciona al diagnóstico clínico de Candidiasis vaginal, siendo ésta la ETS más frecuente padecida por la Embarazadas inscritas en el programa de control prenatal en el periodo de estudio. Esto es reforzado por el diagnóstico de laboratorio proporcionado por la citología cervicovaginal (Papanicolau) realizada en las pacientes, en las cuales se reporta que la ETS más frecuente es la Candidiasis vaginal con un 15% de positividad al agente etiológico *Candida albicans*, el resto de Papanicolau se reportan con mayor frecuencia negativas a lesión intraepitelial o malignidad acompañadas en su mayoría de inflamación en cérvix. En un menor porcentaje en un 2.5% se encontró la presencia de LEI de alto grado.

Entre otros datos de relevancia para el estudio, se encuentran que la mayoría de las pacientes son de procedencia del área rural, en un 82.1%, concomitantemente el 72.5% de embarazadas estudiaron primaria, ya sea completa y algunas incompleta lo que indica que gran parte de las entrevistadas, tienen conocimiento acerca del tema, sin embargo un 7.5% de ellas son analfabetas, por lo cual hay mayor predisposición en este tipo de población a padecer de ETS, debido al desconocimiento de la temática, por ejemplo en su mayoría, las embarazadas tienen relaciones sexuales sin preservativos, ya que utilizan el preservativo solamente como método anticonceptivo, desconociendo su utilidad como método para evitar ETS, lo que permite un mayor desarrollo de éstas entidades patológicas durante el embarazo.

Es de importancia también mencionar que el número de parejas sexuales constituye un factor de riesgo, sin embargo la mayor parte de las embarazadas han tenido solo una pareja sexual, y en menor porcentaje, en un 25% han tenido 2 parejas sexuales, e incluso un 10% han tenido 3 o más parejas sexuales, esto es de importancia ya que como se mencionó el número de parejas sexuales predispone a padecer de una ETS, no obstante se desconoce este dato en las respectivas parejas sexuales de las embarazadas.

Otro dato notable, es la frecuencia del uso de antibióticos sin indicación médica como factor predisponente, ya que la mayoría de la población en estudio desconoce este dato, sin embargo, la frecuencia de uso de antibióticos como automedicación es de solo 17.5%, lo que se debe tomar en cuenta para ejercer mayor educación en este aspecto y disminuir dicha cantidad.

Las enfermedades de transmisión sexual en general son causantes de complicaciones obstétricas y neonatales, por lo cual es de importancia manejar este tipo de patologías con el fin de evitar su aparición. En el estudio se reportó que el 90% de las embarazadas con ETS no presentaron complicaciones obstétricas hasta el momento de la entrevista, sin embargo en un poco porcentaje sí se presentaron, siendo la más frecuente la prematuridad, en un 5%, en un 2.5% la ruptura prematura de membranas al igual que la amenaza de aborto. Cabe mencionar la importancia que el presentar una complicación predispone a que ocurra otra complicación de mayor gravedad.

IX. CONCLUSIONES

A la luz de los resultados de la presente investigación se concluye lo siguiente:

- Las Enfermedades de Transmisión Sexual más frecuentes en las Embarazadas de las UCSF-I- San Matías y UCSF-B- San Isidro, son en primer lugar la Candididiasis Vaginal, presentándose en un 100% de la población, seguido por la Tricomoniasis y el VPH; ambas en un 5%.
- El Agente Etiológico que se presenta con mayor frecuencia en las Enfermedades de Transmisión Sexual de Embarazadas del Programa de Control Prenatal, de las UCSF-I San Matías y UCSF-B- San Isidro es *Candida albicans*, detectado a través del Diagnóstico Clínico, en un 100% de la población estudiada, y por medio del Diagnóstico de Laboratorio en un 15%.
- Ser sexualmente activa durante el embarazo, es el Factor de Riesgo más frecuentemente asociado a las Enfermedades de Transmisión Sexual en las Embarazadas del Programa de Control Prenatal, de la UCSF-I San Matías y UCSF-B- San Isidro en un 92.5% , incrementándose el riesgo por el no uso de preservativo.
- El inicio de relaciones sexuales a temprana edad, es el segundo factor de riesgo mas frecuente, en un 72.5%, para padecer una ETS durante el embarazo.
- La mayoría de las Embarazadas con Enfermedades de Transmisión Sexual del Programa de Control Prenatal, de las UCSF-I San Matías y UCSF-B- San Isidro que participaron en la investigación no presentan complicaciones obstétricas, sin embargo, la más frecuente de éstas es la Prematurez; presentándose en un 5%.

X. RECOMENDACIONES

A las embarazadas:

- ✓ Consultar en las Unidades de Salud tempranamente, durante el embarazo, para lograr una Inscripción precoz al Programa de Control Prenatal, y de ésta detectar sintomatología de ETS, ya sea por Diagnóstico Clínico o de Laboratorio, para así dar el tratamiento necesario y evitar Complicaciones Obstétricas ya sea a corto, mediano o largo plazo.
- ✓ Consultar oportunamente, al presentar flujo vaginal, prurito vaginal, disuria, dispareunia, u otra sintomatología del tracto reproductor femenino, para dar el tratamiento necesario.
- ✓ Usar preservativo durante las relaciones sexuales, para evitar infecciones vaginales recurrentes, ó evitar el contagio de otras ETS.
- ✓ Evitar las relaciones sexuales, con múltiples parejas, por el riesgo elevado de contagio de ETS.
- ✓ Evitar la automedicación, ya que predispone al padecimiento de ETS.

A la población

- ✓ Evitar el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, por el riesgo elevado de contraer ETS.
- ✓ Evitar la promiscuidad sexual, y además fomentar la fidelidad en la pareja, ya que hay más vulnerabilidad a adquirir ETS, o infecciones vaginales recurrentes.
- ✓ Asistir a la toma de citología oportunamente, para detectar anormalidades.
- ✓ Consultar oportunamente al presentar problemas de salud, y de ésta manera dar un tratamiento adecuado, y no automedicarse.
- ✓ Asistir oportunamente a los controles mensuales de Enfermedades Crónicas Degenerativas, para evitar complicaciones propias de la enfermedad.

A las UCSF:

- ✓ Fomentar charlas educativas a adolescentes en las escuelas y en los establecimientos de salud, sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva y aclarar dudas que los adolescentes puedan tener.
- ✓ Promover la asistencia a Círculos Educativos de Embarazadas, donde se discutan temas de ETS, y uso de métodos de barrera en pacientes sexualmente activas en el embarazo.
- ✓ Fomentar la toma de PAP oportunamente, y detectar anormalidades citológicas.
- ✓ Ofrecer uso de preservativos, en las embarazadas, y explicar la importancia de éstos.
- ✓ Explicar a las embarazadas la sintomatología de ETS, y cuando consultar oportunamente.
- ✓ Explicar la importancia de el tratamiento adecuado y completo de las ETS, para disminuir el riesgo de recurrencias, y la importancia de no automedicarse.

Al Ministerio de Salud:

- ✓ Capacitar al Personal de Salud sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva en el embarazo.
- ✓ Fomentar la coordinación entre Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, y de ésta manera que las adolescentes tengan empoderamiento de los temas de ETS en pro de disminuir riesgos reproductivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Cunningham Gary. Enfermedades de Transmisión Sexual, en: Alejandro Bravo Valdez, director, Obstetricia de Williams, 22 Edición, 2007, México, Mc Graw-Hill, Interamericana, páginas 1301-1320.
- García Heredia M, M. Cora Eliseth, Prevalencia de Candidiasis Vaginal en Embarazadas. Scielo, Revista argentina de Microiología[revista en Internet] 2006 enero-marzo. [acceso 12 de agosto de 2015]; 38(1): 10-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid>
- Meléndez, Maymo Rasiel. Cómo preparar el Anteproyecto de Investigación y la Tesis de Graduación, 8 Edición, 2008, San Salvador, El Salvador, May Visión.
- Ministerio de Salud de El Salvador, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia, San Salvador, Febrero de 2012.
- Ministerio de Salud de El Salvador, Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, San Salvador, marzo de 2012
- Ministerio de Salud de El Salvador, Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, San Salvador, Agosto de 2011.
- Novak, Infecciones Ginecológicas, Ginecología de Novak, 13 edición, , Mc Graw-Hill Interamericana, páginas 371-382.

- Pineda, Elia B. Metodología de la Investigación, 3 Edición, 2008, PALTEX, Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C.
- Piuria López, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica, 2 Edición, 2000, Managua, CIES/UNAM.
- Rodríguez García J.L. Leucorrea, Green Book, Diagnóstico y Tratamiento Médico, en: Rodríguez García José Luis, Marbán, páginas 1191-1199
- Schorge John. Infecciones Ginecológicas, en: Javier de León, director, Ginecología de Williams 23 Edición, 2009, México, Mc Graw-Hill Interamericana, páginas 49-67.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Tema: “Enfermedades de Transmisión Sexual y Factores de Riesgo en Embarazadas de las UCSF-I- San Matías, La Libertad y UCSF-B-San Isidro, Panchimalco, en el período de febrero a junio del 2015”.

Fecha y hora: _____

Yo _____,
de _____ años de edad, con número de DUI _____, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, manifiesto que he sido adecuadamente informada acerca de la Investigación a realizar, teniendo en cuenta que:

- He comprendido la naturaleza y propósito de la investigación
- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas
- Estoy satisfecha con la información proporcionada
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización de la investigación
- Reconozco que todos los datos proporcionados, referentes al historial médico son ciertos y que no he ocultado información que sea de importancia para la realización de la investigación.

Por tanto declaro estar debidamente informada; y, autorizo___ no autorizo___ ser partícipe de la investigación, por lo cual firmo voluntariamente:

F. _____

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Tema: “Enfermedades de Transmisión Sexual y Factores de Riesgo en Embarazadas de las UCSF-I- San Matías, La Libertad y UCSF-B-San Isidro, Panchimalco, en el período de febrero a junio del 2015”.

I. Datos Generales:

Nombre: _____ FUR: _____
Edad: _____ Registro: _____
FPP: _____ Establecimiento: _____
Amenorrea: _____ Fórmula Obstétrica: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Procedencia: Urbano _____
Rural _____

II. Cuestionario:

1. ¿Ha padecido o padece de alguna Enfermedad de Transmisión Sexual?
 - a) Si
 - b) No

2. Si su respuesta anterior fue afirmativa, cuál de las siguientes ETS ha padecido:
 - a) Sífilis
 - b) Gonorrea
 - c) Infecciones por *Chlamydia trachomatis*
 - d) Herpes Genital
 - e) VPH
 - f) VIH-SIDA
 - g) Tricomoniasis
 - h) Candidiasis Vaginal
 - i) Clamidiosis

3. ¿Cuál de los siguientes Síntomas ha presentado?
 - a) Flujo vaginal
 - b) Prurito genital
 - c) Lesiones ulcerosas
 - d) Lesiones vesiculares
 - e) Otros

4. Si ha presentado flujo vaginal cuál de las siguientes características ha presentado:
 - a) Blanco, no fétido, aspecto de requesón
 - b) Grisáceo, fétido, líquido
 - c) Amarillo, fétido, líquido
 - d) Verdosa, fétida, líquido.

5. Durante el Embarazo, en cuántas ocasiones lo ha presentado?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3 o más

6. Padece de alguna de las siguientes Enfermedades Crónicas?
 - a) Diabetes Mellitus/ Diabetes Gestacional
 - b) Hipertensión Arterial
 - c) Enfermedad Renal Crónica
 - d) Asma Bronquial
 - e) Otros
 - f) Ninguna

7. ¿A qué edad inició relaciones sexuales?
 - a) 10-14 años
 - b) 15-19 años
 - c) 20-24 años
 - d) 25 años ó mas

8. ¿Es sexualmente activa durante el Embarazo?
 - a) Si
 - b) No

9. Si su respuesta anterior fué afirmativa, utiliza preservativo durante el coito?

- a) Si
- b) No

10. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 ó mas

11. ¿Utiliza frecuentemente antibióticos sin indicación médica?

- a) Si
- b) No

III. Revisión de expediente clínico:

Antecedentes Personales:

- Diabetes Mellitus/ Diabetes Gestacional:
- Hipertensión Arterial:
- Enfermedad Renal Crónica:
- Asma Bronquial:
- Otros

Resultado de Exámenes de Laboratorio

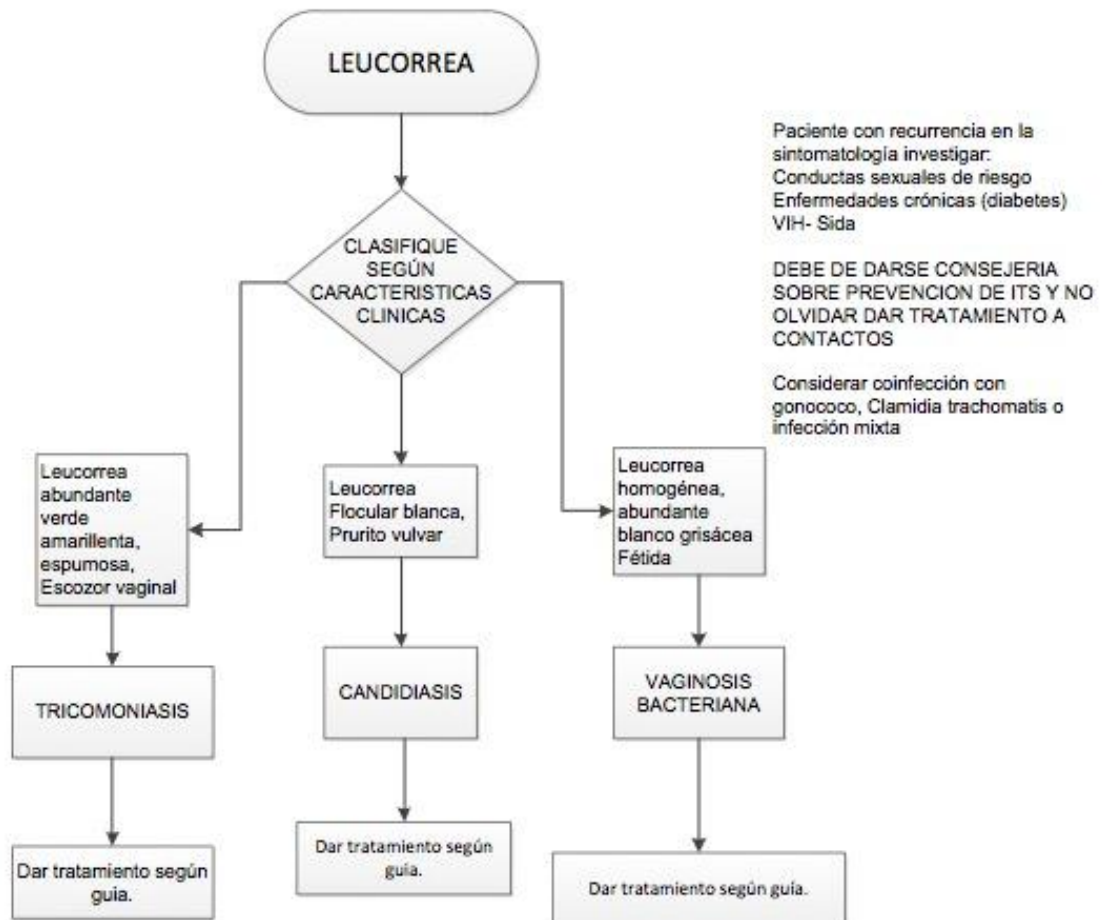
- VIH: Reactivo_____ No reactivo_____
- VDRL: Reactivo_____ No reactivo_____
- Papanicolau:
Negativa a lesión intraepitelial o maligna_____
- Candida albicans_____
- Trichomonas Vaginalis_____
- Inflamación_____
- LEI de Bajo Grado_____
- LEI de Alto Grado_____
- ASCUS_____
- AGUS_____

- Glicemia en ayunas
Menor de 110 mg/dl_____
- Mayor de 110 mg?dl _____

Toma de Presión Arterial:

- Presión Arterial basal:
- Registro de consulta, de alguna ETS presentada durante el control prenatal:
- Complicaciones presentadas durante el embarazo.

Manejo de las Infecciones Vaginales



Manifestaciones Clínicas

