



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA DE OBSTETRICIA

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
GESTANTES Y SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012**

PRESENTADA POR
MELISSA GUADALUPE ARELLANOS ARIAS

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
GESTANTES Y SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

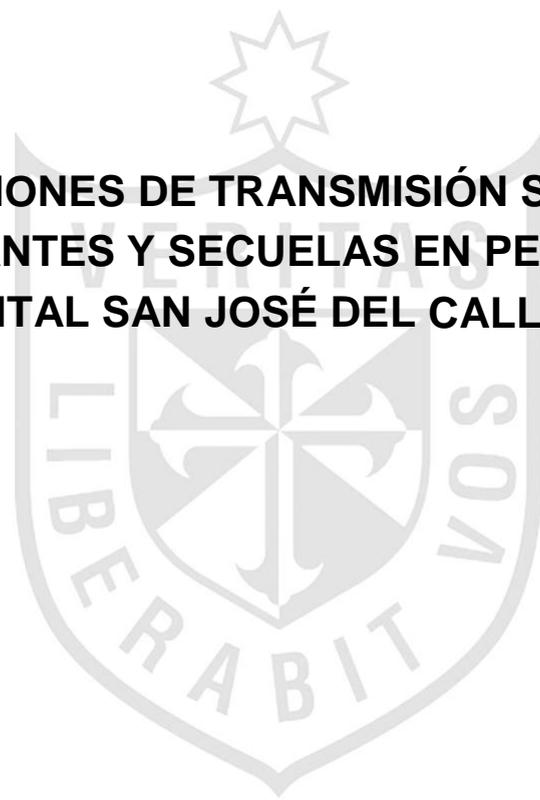
PRESENTADO POR:

Bach. Obst. ARELLANOS ARIAS, MELISSA GUADALUPE

LIMA – PERÚ

2015

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
GESTANTES Y SECUELAS EN PERINATOS.
HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012**



ASESORA:

Mg Obst. Nelly Irene Moreno Gutiérrez

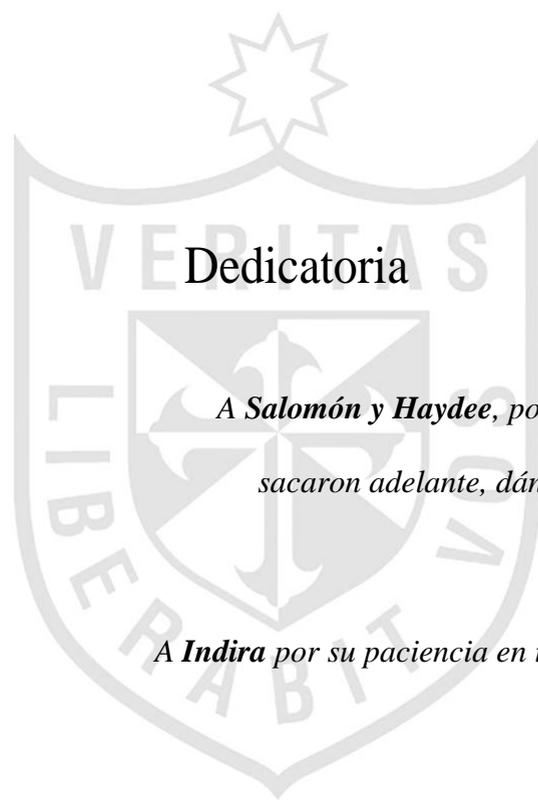
MIEMBROS DEL JURADO PRESIDENTE:

Mag. Obst. Rosa Villar VOCAL: Mag.

Obst. Olga Ramírez Antón

SECRETARIO: Mag. Obst. Mirtha Muñoz Hidrogo





Dedicatoria

A Salomón y Haydee, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega.

A Indira por su paciencia en todos estos años y cariño de siempre.

A mis hermanos, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ser todo poderoso que ha sabido darme valor, sabiduría, paciencia y sobre todo salud y por guiarme durante todos estos años; en especial a mis queridos padres que me dieron la vida, seres incondicionales quienes supieron darme su apoyo en los momentos más difíciles para poder llegar a cumplir mis metas. A mi asesora de tesis por su apoyo y su constante estímulo para seguir adelante y por contribuir con sus conocimientos en el desarrollo de la presente investigación. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que mis errores redundaran beneficiosamente tanto a nivel científico como personal; su participación ha beneficiado el trabajo realizado. A la Universidad de San Martín de Porres por acogerme en sus aulas, a mis profesores gracias por su paciencia y brindarme la luz de sus conocimientos, quienes supieron inspirarme el compromiso de buscar siempre el camino de la sabiduría.

ÍNDICE

Página

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

INDICE DE GRÁFICOS

RESUMEN

ABSTRAC

INTRODUCCIÓN

1-7

MATERIAL Y METODO

8

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

9

2.2 POBLACION Y MUESTRA

9

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

9

2.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE
VARIABLES

10-12

2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

12

2.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE
LA INFORMACIÓN

13

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

13

RESULTADOS

14-54

DISCUSIÓN

55-76

CONCLUSIONES

77-79

RECOMENDACIONES

80

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

81-88

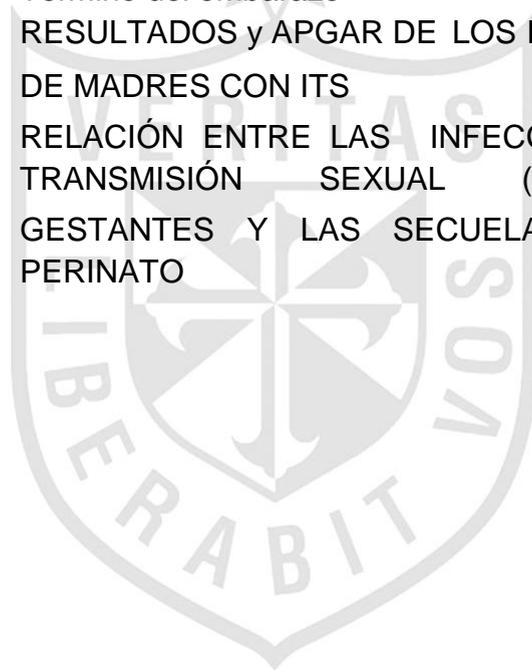
ANEXOS

89-92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	NOMBRE	PÁGINA
TABLA 1	TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES	15
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE GESTANTES CON ITS	17
TABLA 2a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Edad	19
TABLA 2b	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Nivel de estudios	22
TABLA 2c	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Estado Civil	25
TABLA 2d	RELACION ENTRE AGENTES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y SUS CARACTERISTICA PERSONALES: Actividad que desarrolla	28
TABLA 3	CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS	31
TABLA 3a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Edad de primera relación sexual	33
TABLA 3b	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Número de parejas sexuales	36

TABLA 4	CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS EN GESTANTES CON ITS	39
TABLA 4a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Paridad	41
TABLA 4b	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Control pre natal	44
TABLA 4c	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Terminó del embarazo	47
TABLA 5	RESULTADOS y APGAR DE LOS PERINATOS DE MADRES CON ITS	50
TABLA 5a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN EL PERINATO	52



ÍNDICE DE GRÁFICOS

TABLA	NOMBRE	PÀGINA
GRÁFICO 1	TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES	16
GRÁFICO 2	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE GESTANTES CON ITS	18
GRÁFICO 2a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Edad	21
GRÁFICO 2b	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Nivel de estudios	24
GRÁFICO 2c	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Estado Civil	27
GRÁFICO 2d	RELACION ENTRE AGENTES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y SUS CARACTERISTICA PERSONALES: Actividad que desarrolla	30

GRÁFICO 3	CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS	32
GRÁFICO 3a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Edad de primera relación sexual	35
GRÁFICO 3b	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Número de parejas	38



sexuales

GRÁFICO 4	CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS EN GESTANTES CON ITS	40
GRÁFICO 4a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Paridad	43
GRÁFICO 4b	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Control pre natal	46
GRÁFICO 4c	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Terminio del embarazo	49
GRÁFICO 5	RESULTADOS y APGAR DE LOS PERINATOS DE MADRES CON ITS	51
GRÁFICO 5a	RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN EL PERINATO	54

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes y las secuelas en los perinatos. Hospital San José del Callao, 2012

Material y método: Estudio cuantitativo descriptivo correlacional, retrospectivo transversal. La muestra estuvo conformada por 72 gestantes con diagnóstico de ITS. El muestreo, fue no probabilístico intencionado. El instrumento fue una ficha de datos validado por juicio de expertos.

Resultados: La ITS más frecuente en el grupo de estudio fue el Papiloma Humano Virus (44,4%). En la mayoría de gestantes se observó, edad entre 20 a 24 años (31,9%), nivel secundaria (83,3%), con unión estable (77,8%), y ama de casa (55,6%); existiendo asociación significativa entre las ITS y la edad de las gestantes [$p=0.011$]. La edad de primera relación sexual fue a los 15 años (25%), con 1 a 2 parejas sexuales (77,8%). Fueron primigestas (44,4%; $p=0.002$), con control prenatal incompleto (77,9%; $p=0.024$) y parto vaginal (54,2%; $p=0.000$) existe asociación significativa. Los perinatos tuvieron bajo peso al nacer (34,7%), y prematuros (25%), existiendo asociación significativa entre las ITS y las secuelas en los perinatos [$p=0.000$].

Conclusiones. Se acepta la hipótesis de trabajo que existe relación significativa entre las infecciones de transmisión sexual en gestantes y las secuelas en perinatos atendidos en el Hospital San José del Callao, 2012

Palabras clave: gestantes, infecciones de transmisión sexual, gestantes, perinatos, secuelas.

ABSTRACT

Objective. *To determine the relationship between sexually transmitted infections (STIs) in pregnant women and in the aftermath perinatos. Hospital San Jose del Callao, 2012*

Material and Methods: *A descriptive correlational quantitative study, transversal retrospective. The sample consisted of 72 pregnant women diagnosed with STIs. The sample was not probabilistic intentional. The instrument was a data sheet validated by expert judgment.*

Results: *The most frequent ITS study group was the Human Papilloma Virus (44.4%). In most pregnant women, aged between 20 and 24 years was observed (31.9%), secondary (83.3%) level, with stable union (77.8%) and housewife (55.6%) ; significant association exists between the ITS and the age of pregnant women [$p = 0.011$]. The age of first intercourse was 15 years (25%), with 1-2 sexual partners (77.8%). They were primipara (44.4%; $p = 0.002$), with incomplete prenatal care (77.9%; $p = 0.024$) and vaginal delivery (54.2%; $p = 0.000$) significant association exists. The perinatos had low birth weight (34.7%), and premature (25%), with significant association between STIs and the consequences in perinatos [$p = 0.000$].*

Conclusions. *The working hypothesis that there is significant relationship between sexually transmitted infections in pregnant women and in the aftermath perinatos treated at the Hospital San Jose del Callao, 2012 is accepted*

Keywords: *pregnant, sexually transmitted infections, pregnant, perinatos, sequelae.*



INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Algunos de los factores desencadenantes del aumento en las ITS son la práctica de relaciones sexuales sin protección y la promiscuidad. Diversos estudios han demostrado que cuando la mujer embarazada adquiere una ITS, las consecuencias para ella y el feto son significativamente más graves y hasta pueden ser mortales, sobre todo si se encuentra en los extremos de la vida reproductiva. La importancia de las ITS ha sido ampliamente reconocida a partir de la llegada de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de los casos de SIDA. Se calcula que la incidencia anual de ITS a nivel mundial es de 340 millones de casos. Aproximadamente, el 50% de éstas corresponden a tricomoniasis, 26% clamidiasis, 18% a gonorrea, 3% a sífilis y 2% a chancroide.¹

Las consecuencias de la infección varían entre las diferentes poblaciones debido a que los factores biológicos, sociales, conductuales, económicos y programáticos influyen en las reacciones psicosociales y en los resultados fisiológicos de las ITS.

Si no se manejan adecuadamente, las ITS pueden generar costos altos, directos o indirectos, así como otras repercusiones para las personas y las comunidades.²

Estas infecciones influyen en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil y tienen consecuencias tales como infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, e infección por el VIH cuando no se tratan adecuadamente y a tiempo. Todas las personas que tienen alguna ITS no

tratada se encuentran expuestas a varios riesgos graves, pero la probabilidad de que se manifiesten es mayor en entornos donde el acceso a la atención es limitado y el tratamiento es ineficaz. Esta situación se presenta en muchos países en desarrollo donde las ITS se encuentran entre las primeras cinco razones por las que los adultos acuden en busca de servicios de atención de salud.³

Las ITS intrauterinas y de transmisión perinatal pueden tener consecuencias mortales o efectos graves para el feto y la madre. Se han reportado tasas de prevalencia de sífilis del 3 al 19 % en mujeres embarazadas en los países en vías de desarrollo, y las tasas más altas se han encontrado al sureste de África y al Sur del Sahara. Se han descrito tasas de sífilis congénita tan altas como 3 200 por cada 100 000 nacidos vivos en Addis Abeba, Etiopía,^{9,10} y 850 por cada 100 000 en Lusaka, Zambia. El 8,6 % de los infantes menores de 3 meses de edad que ingresaron en los hospitales y el 7,5 % de los neonatos que ingresaron en las unidades de cuidados intensivos tenían sífilis congénita en Zambia.⁴¹ El 2,3 % de los recién nacidos tenían evidencias clínicas y/o de laboratorio de sífilis congénita en Porto Alegre, Brasil.¹¹ Los efectos devastadores de la sífilis materna en el feto son bien conocidos. La sífilis materna no tratada puede producir abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad y sífilis congénita. La transmisión vertical de la sífilis es común y es una de las causas principales de pérdida fetal y muerte perinatal e infantil. El efecto más serio de la sífilis en el embarazo es el aborto espontáneo.¹¹

Las mujeres con gonorrea presentaron un aumento triple en el riesgo de dar a luz a un recién nacido prematuro. En un estudio más reciente y más grande en las mismas condiciones, se comprobó, que las infecciones gonocócicas

maternas estaban con un aumento del riesgo (3,2 de riesgo relativo) de recién nacidos de muy bajo peso, pero sin prematuridad.²³

Sin lugar a dudas la oftalmía gonocócica neonatal es la complicación más importante de la gonorrea en el embarazo. En Nairobi, por ejemplo, 28 de 67 bebés cuyas madres tenían blenorragia desarrollaron oftalmía gonocócica. En Camerún el 30 % de los bebés expuestos desarrollaron la infección. Estas tasas de transmisión, resultan tasas alarmantes de prevalencia de esta enfermedad, de 3,6 a 4 por cada 100 nacidos vivos respectivamente. En contraste, las tasas de prevalencia de oftalmía gonocócica neonatal en el mundo occidental tiene un promedio de 0,06 %.⁵

En el ENDES 2012 de un número de 19 427 mujeres encuestadas el 13,7 % de mujeres declaró tener una ITS o flujo vaginal o úlceras/ llagas genitales, porcentaje aumentado en 0,2 puntos porcentuales, respecto al año 2009 (13,5 %). El mayor porcentaje fue declarado por mujeres de 15 a 19 y de 15 a 24 años de edad (18,0 y 16,4 %, respectivamente), y las solteras (15,7 %).

La transmisión vertical del VIH/ SIDA constituye otro problema importante que preocupa a la salud pública mundial. En 1992 habían nacido en África alrededor de 250 000 niños infectados por el VIH. En Estados Unidos las tasas de transmisión perinatal del SIDA fueron estimadas en 1991, en un 25 - 30 %. Otra de las ITS que ha cobrado auge en los últimos años es la hepatitis B. Se estima que cada año nacen 20 000 niños de madres positivas al antígeno de la hepatitis B (HBsAg) en los Estados Unidos. Estos niños tienen un alto riesgo de contraer por vía parenteral el virus de la hepatitis B, la infección crónica por este virus y otras complicaciones de enfermedades crónicas del hígado asociadas tales como cirrosis y cáncer hepatocelular⁶

Por otra parte, el herpes genital se considera como una de las ITS más frecuentes de la presente década. Por otra parte, el contagio fetal con herpes simple puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, produciendo microcefalia, microftalmía, muerte fetal y aborto espontáneo.⁴¹

Y hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Candida albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros.⁵

Salvo A. en su investigación encontró que las ITS en Chile con su mejor diagnóstico y tratamiento han reducido tasas, especialmente de sífilis y gonorrea, no es menos cierto que ellas continúan afectando muchas personas, especialmente embarazadas y adolescentes de 13 años y más. Los datos que comento son las estadísticas que tiene el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud hasta el año 2010, los que se obtienen del Formulario de Notificación Obligatoria que envían los Servicios de salud (ENO) en Sífilis y Gonorrea.⁴

Asimismo Yokasta en su investigación tuvo con mayor frecuencia vaginosis bacteriana en gestantes y el 33% de estas gestantes iniciaron su vida sexual a muy temprana edad a los 14 años.⁵

En el Hospital San José del Callao las estadísticas de gestantes con Infecciones de transmisión sexual han incrementado año tras año con 72 pacientes en este año que es un incremento del 0,3% a comparación del año 2011.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál son las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes y las secuelas en perinatos del Hospital San José del Callao, en el 2012?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Determinar las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes y las secuelas en los perinatos. Hospital San José del Callao, 2012

1.1.1 Objetivos específicos

1. Identificar el tipo de agente infeccioso de ITS en gestantes
2. Identificar la relación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes y las características personales
3. Identificar la relación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes y sus características sexuales
4. Identificar la relación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus características reproductivas
5. Identificar la relación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las secuelas y Apgar en el perinato

1.3 HIPÓTESIS.

H_a. Existe relación significativa entre las infecciones de transmisión sexual en gestantes y las secuelas en perinatos atendidos en el Hospital San José del Callao, 2012

H₀. No existe relación entre las infecciones de transmisión sexual en gestantes y las secuelas en perinatos atendidos en el Hospital San José del Callao, 2012





MATERIAL Y MÉTODO

METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio cuantitativo descriptivo correlacional, retrospectivo transversal.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 Población:

Estuvo conformada por el 100% de gestantes con diagnóstico de ITS que se atendieron en el Hospital San José del Callao en el año 2012 y fueron 72 gestantes.

2.2.2. Muestra:

Estuvo conformada por 72 de gestantes con diagnóstico de ITS que se atendieron en el Hospital San José del Callao en el período de estudio, el año 2012.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

Gestantes con diagnóstico de ITS durante el período de estudio, con información suficiente para completar la ficha de recolección de datos.

2.3.2 Criterios de exclusion

Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.

2.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1 Variables

❖ **Variable Independiente.**

Infecciones de transmisión sexual-ITS en gestantes

❖ **Variable Dependiente.**

Secuelas en el perinato

❖ **Variables de control.**

Características de la población en estudio

2.4.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE			
Infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaginosis 2. HPV 3. Sífilis 4. Vulvovaginitis 5. VIH/SIDA 	Nominal	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
VARIABLE DEPENDIENTE			
Secuelas en el perinato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Prematuridad 3. Bajo peso al nacer 4. Sífilis congénita 5. VIH/SIDA 	Nominal	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
	<p>Apgar del RN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-3 • 4-6 • 7-10 	Nominal	
VARIABLES DE CONTROL			
	<p><u>SOCIODEMOGRAFICAS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad <ul style="list-style-type: none"> • 15-19 	Intervalo	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección</p>

Características de la población en estudio	<ul style="list-style-type: none"> • 20-24 • 25-29 • 30-34 • 35+ <p>2. Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior no universitario 	Ordinal	de datos
	<p>3. Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Unión estable • Casada 	Nominal	
	<p>4. Ocupación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Otros 	Nominal	
	<p>SEXUALES</p> <p>1. Inicio de relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14-15 • 16-17 • 18-19 • 20+ <p>2. Número de parejas sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 o más 	<p>Intervalo</p> <p>Ordinal</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
Características de la población en estudio	<p>REPRODUCTIVAS</p> <p>1. Controles prenatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completo > 4 • Incompleto < 4 • Ninguno 	Nominal	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
	<p>2. Terminó del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óbito • Parto : <ul style="list-style-type: none"> - Vaginal - Cesárea 	Nominal	
	<p>3. Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Segundigesta <p>Multigesta</p>		<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>

2.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se llevó a cabo en el Hospital San José del Callao situado en la Provincia Constitucional del Callao.

Previa autorización del servicio de Gineco-obstetricia para recolectar la información, se realizó la revisión de las historias clínicas de gestantes con infecciones de transmisión sexual y sus perinatos durante los meses de Enero y Febrero del presente año. Los lunes, miércoles, viernes y sábados.

Los datos se transcribieron al instrumento de investigación constituido por una ficha clínica de recolección de datos que constó de 3 partes:

- Características sociodemográficas y gineco obstétricas.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Secuelas perinatales.

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Luego de recopilar la información en las fichas respectivas, se ordenaron, numeraron y codificaron. Se ingresó los datos al programa Excel y posteriormente al programa SPSS versión 20.0 para el análisis de la información. Se utilizó medidas de tendencia central y se presentó en tablas y graficas correspondientes para su mejor apreciación.

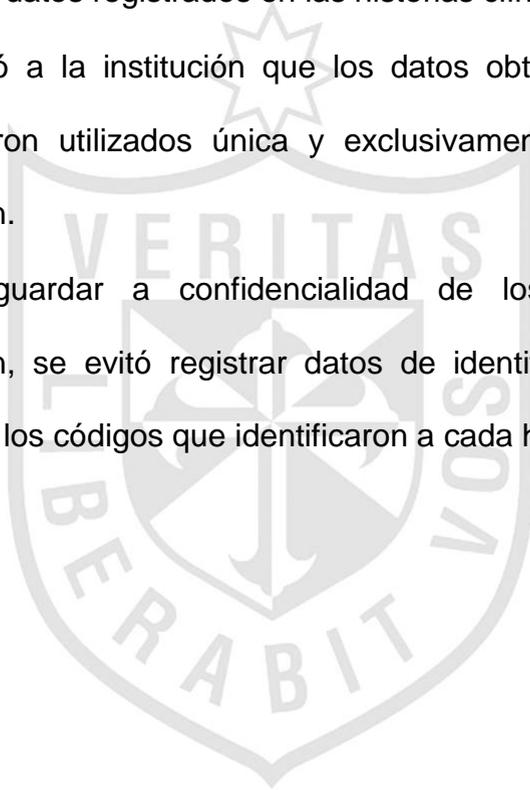
2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo del estudio fue aprobado por la Facultad de Obstetricia y Enfermería y por el Comité Institucional de Ética del Hospital San José del Callao.

El desarrollo de la investigación no involucró riesgo alguno a la salud e integridad de las personas dado que se trató de un estudio retrospectivo, tomando los datos registrados en las historias clínicas.

Se garantizó a la institución que los datos obtenidos de las historias clínicas fueron utilizados única y exclusivamente para fines de esta investigación.

Para salvaguardar a confidencialidad de los participantes en la investigación, se evitó registrar datos de identificación personal, y se empleó solo los códigos que identificaron a cada historia clínica.





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 1

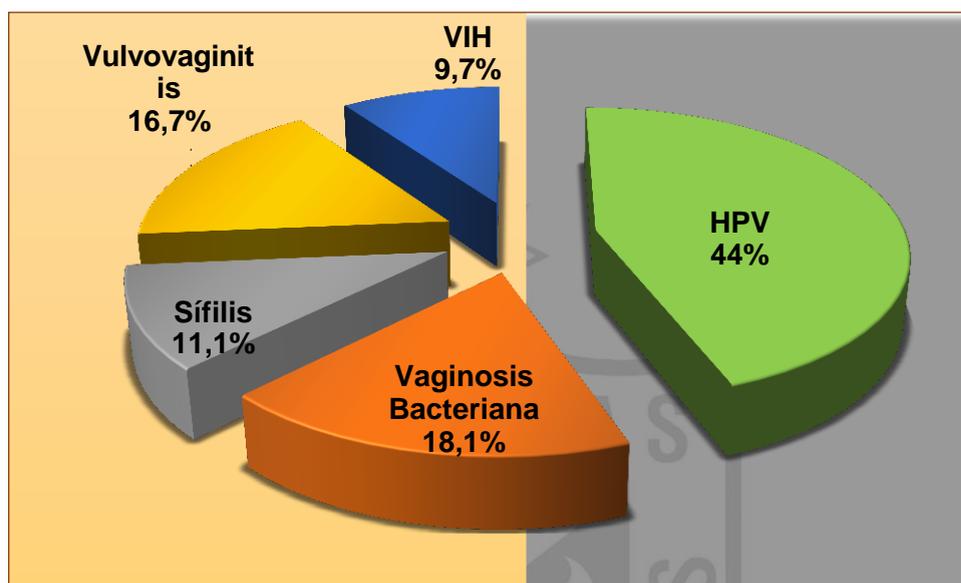
TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	F=72	%
HPV	32	44.4
Vaginosis bacteriana	13	18.1
Sífilis	8	11.1
Vulvovaginitis	12	16.7
VIH	7	9.7
Total	72	100.0

En cuanto al tipo de infección de transmisión sexual (ITS) en su mayoría fue por Papiloma Virus (HPV) el cual se presentó como los condilomas con 44,4%, seguido de 18.1% de gestantes con vaginosis, 16,7% de gestantes con vulvovaginitis, 11,1% de gestantes con sífilis, y 9,7% de gestantes tuvieron VIH

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 1
TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) DIAGNOSTICADA



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE GESTANTES CON ITS

CARACTERÍSTICAS PERSONALES		F=72	%
EDAD	15-19 años	16	22,2
	20-24 años	23	31,9
	25-29 años	19	26,4
	30-34 años	11	15,3
	35 a+ años	3	4,2
GRADO DE	Primaria	5	6,9
	Secundaria	60	83,3
ESTADO	Soltera	13	18,1
	Unión estable	56	77,8
OCUPACION	Ama de casa	40	55,6
	Estudiante	9	12,5
	Otros(comerciantes, secretaria)	23	31,9

❖ **Edad:** La mayoría de las gestantes tuvieron de 20 a 24 con 31,9% y el menor porcentaje correspondió a las gestantes de 35 a + años con 4,2%.

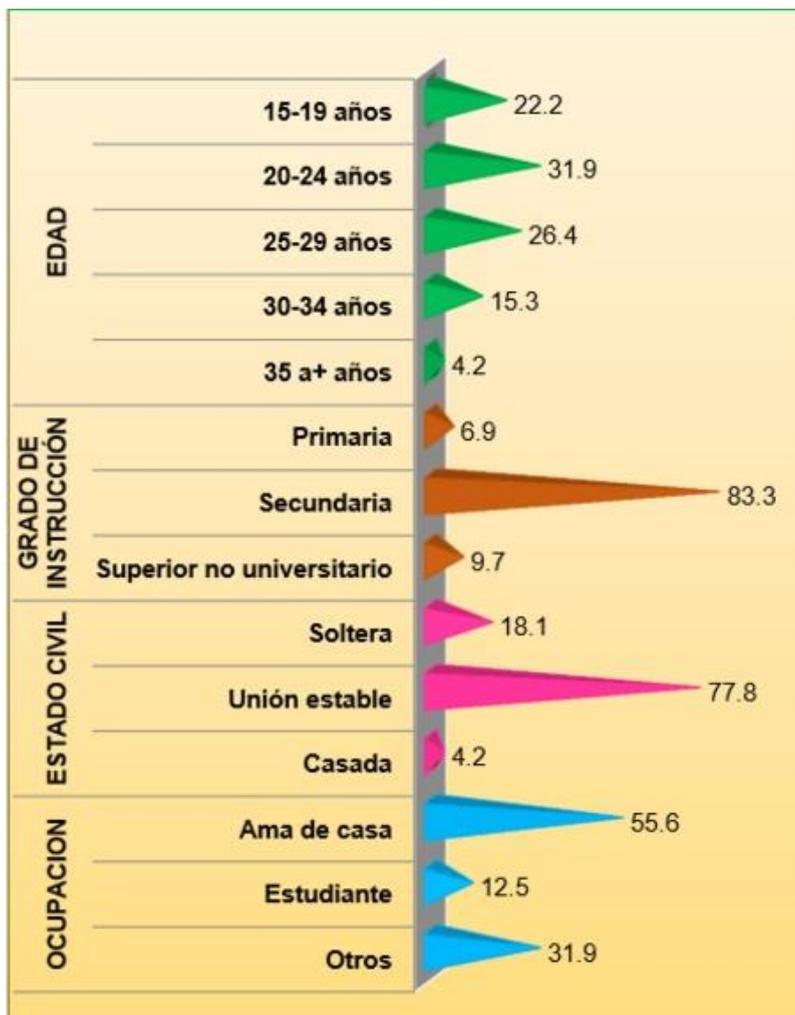
❖ **Grado de instrucción:** La mayoría de las gestantes, 83,3% nivel secundario y el 6,9% nivel primario.

❖ **Estado civil:** Se observa que el mayor porcentaje correspondió a la unión estable con 77,85 seguido por soltera con 18,1% y el 4,2 % fue casada.

❖ **Ocupación:** La mayoría fueron amas de casa con 55,6%; seguido de otros (comerciantes, recepcionistas, etc.) 31,9% y estudiante 12,5%.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 2
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE GESTANTES CON ITS



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 2a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Edad

AÑOS	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
15-19	3	4	8	11	1	1	3	4	1	1	16	22
20-24	2	3	16	22	1	1	3	4	1	1	23	32
25-29	7	10	5	7	2	3	2	3	3	4	19	26
30-34	1	1	3	4	3	4	4	6	0	0	11	15
35a+	0	0	0	0	1	1	0	0	2	3	3	4
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

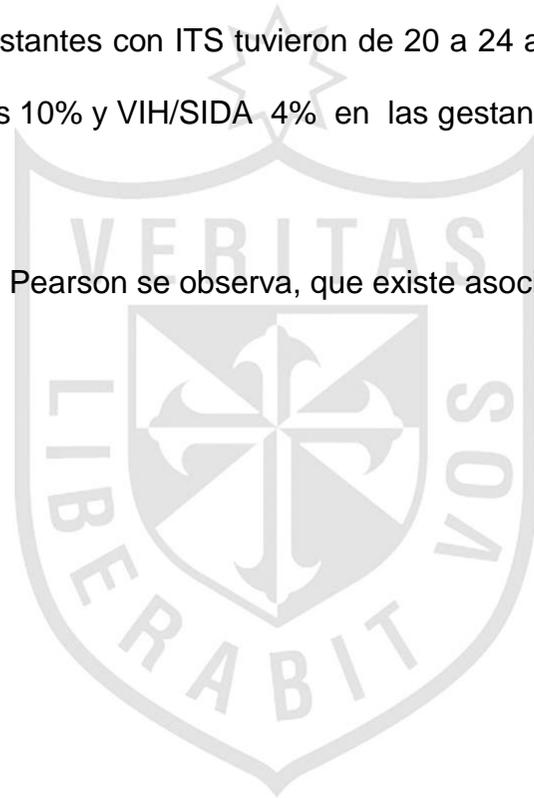
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	42,718 ^a	24	.011
Razón de verosimilitud	37.614	24	.038
N de casos válidos	72		

a. 32 casillas (91,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Se observa que la mayor frecuencia de gestantes con ITS tuvieron de 20 a 24 años, de ellas la mayoría tuvo HPV con 22% le sigue las adolescentes con 11%. Vaginosis 10% y VIH/SIDA 4% en las gestantes de 25 a 29 años.

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y la edad de las gestantes.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 2a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Edad

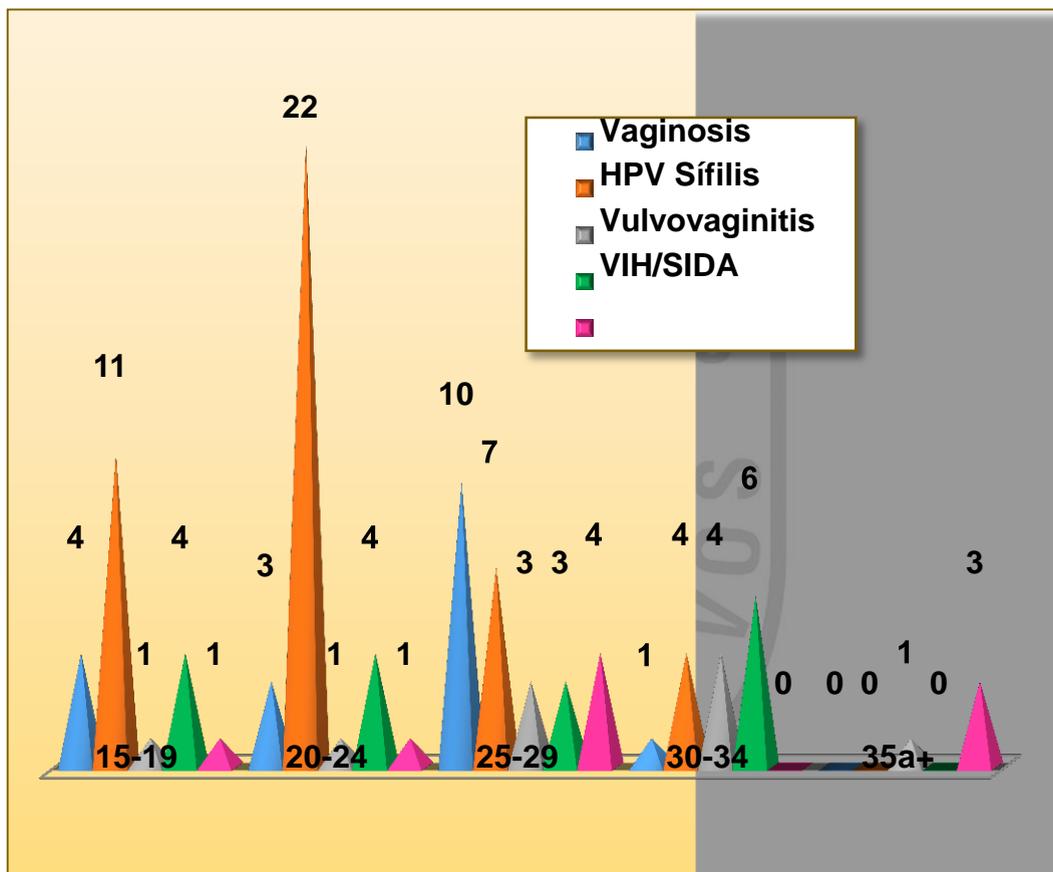


TABLA 2b.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES: Nivel de estudios

Nivel de estudios	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	1	1	2	3	1	1	0	0	1	1	5	7
Secundaria	12	17	27	38	6	8	10	14	5	7	60	83
Superior no universitario	0	0	3	4	1	1	2	3	1	1	7	10
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,047 ^a	14	.985
Razón de verosimilitud	7.208	14	.926
N de casos válidos	72		

a. 19 casillas (79,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Se observa que la mayoría de las gestantes con ITS tuvieron nivel de estudio secundario, de ellas, el 38% presentaron ITS por PVH, el 14% vulvovaginitis y el 7% VIH SIDA. En el nivel primario y superior no universitario se aprecia con el mismo porcentaje 1% VIH SIDA.

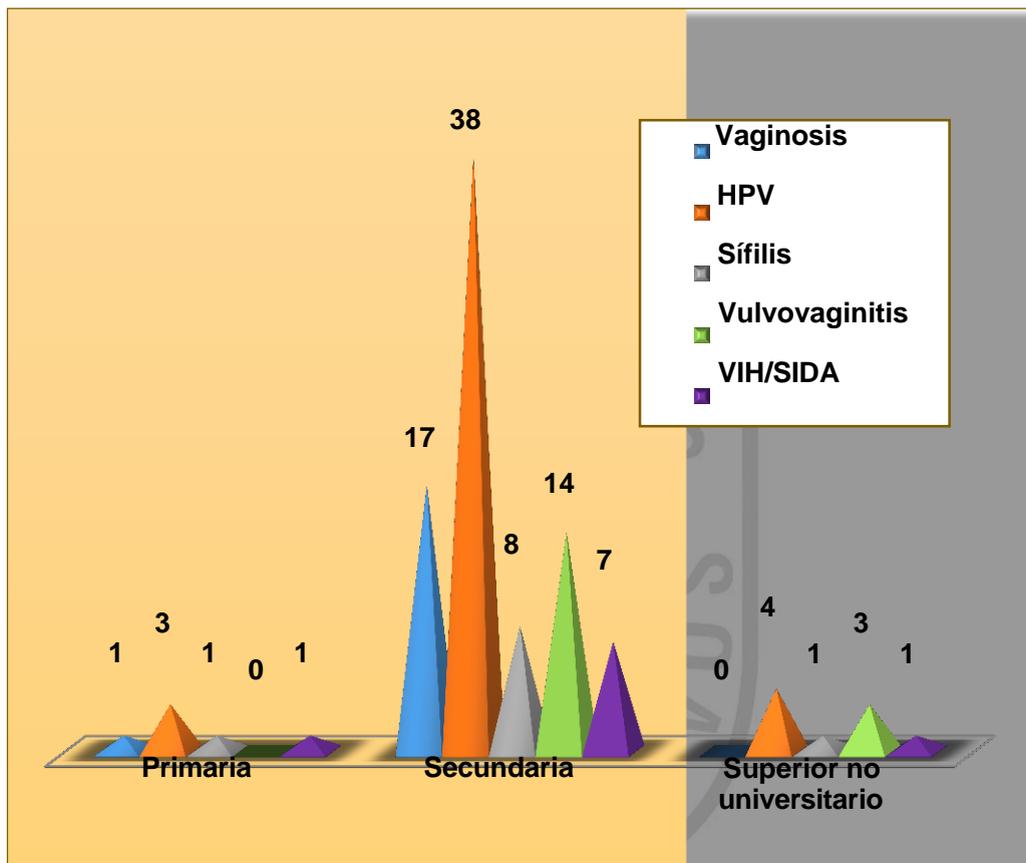
Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, qué no existe asociación significativa entre las ITS y el nivel de estudio de las gestantes.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 2b.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES:
Nivel de estudios



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 2c.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Estado Civil

Estado civil	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltera Unión	2	3	6	8	2	3	3	4	0	0	13	18
Estable	11	15	26	36	5	7	8	11	6	8	56	78
Casada	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	4
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,494 ^a	14	.798
Razón de verosimilitud	12,185	14	.591
N de casos válidos	72		

a. 18 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

el total de gestantes con ITS, se observa que la mayoría correspondió a unión estable, de ellas el 36% fue por HPV, Vaginitis 15%, Vulvovaginitis 11% y VIH/SIDA 8%. También se aprecia que en las casados el VIH/SIDA se presentó en 1%.

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que no existe asociación significativa entre las ITS y el estado civil.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 2c.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES: Estado Civil

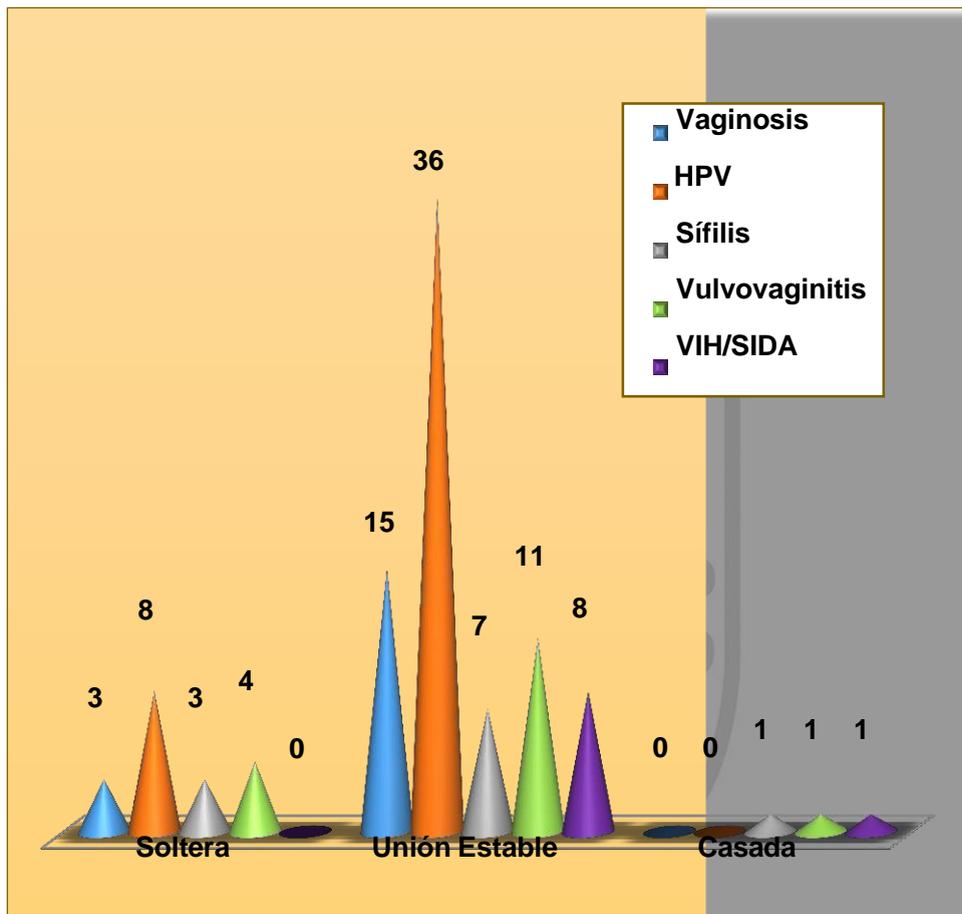


TABLA 2d.

RELACION ENTRE AGENTES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y SUS CARACTERISTICA PERSONALES: Actividad que desarrolla

Actividad	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Ama de casa	8	11	20	28	4	6	5	7	3	4	40	56
Estudiante	2	3	5	7	0	0	1	1	0	0	8	11
Otros	3	4	7	10	4	6	5	7	4	6	23	32
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,342 ^a	14	.238
Razón de verosimilitud	17.456	14	.233
N de casos válidos	72		

a. 20 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

En esta tabla se aprecia que la mayoría de las gestantes con ITS fueron amas de casa, de ellas el 28% se infectaron con el HPV, 11% tuvo Vaginosis, 7% Vulvovaginitis, 6% sífilis y 4% VIH/SIDA, también se observa que en Otros (comerciantes, recepcionistas, vendedoras, etc) se presentó el VIH/SIDA en el 4%

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que no existe asociación significativa entre las ITS y la actividad que desarrolla la gestante.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 2d.

RELACION ENTRE AGENTES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y SUS CARACTERISTICA PERSONALES: Actividad que desarrolla

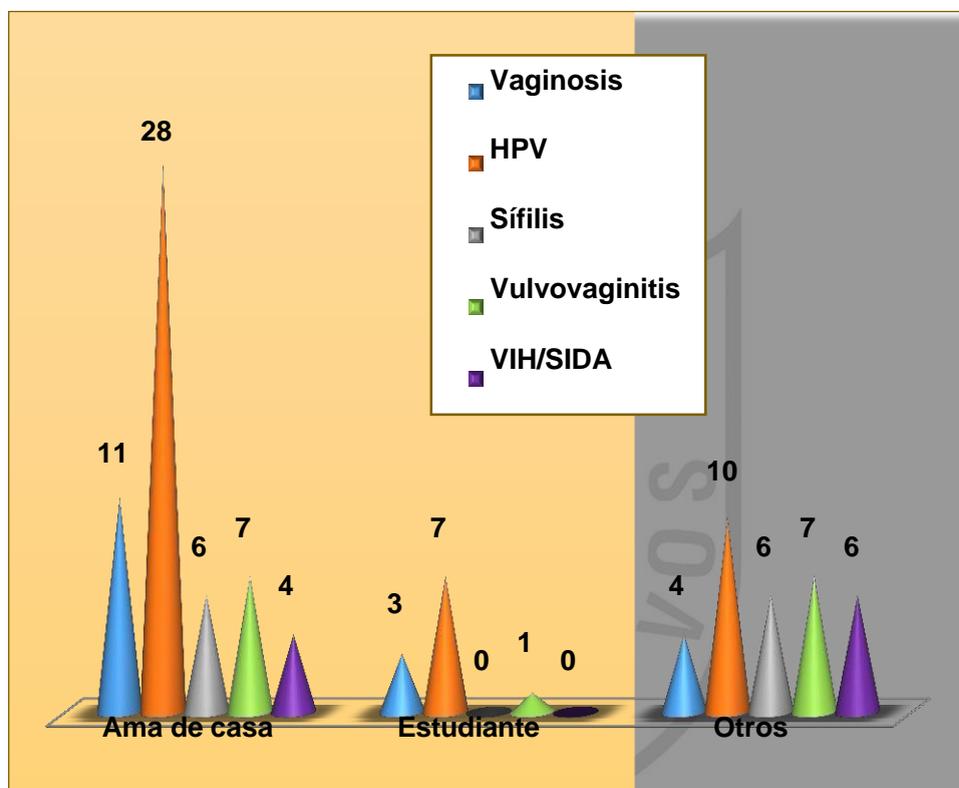


TABLA 3
CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS

CARACTERÍSTICAS SEXUALES	F=72	%
EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	14 años	5 6,9
	15 años	18 25
	16 años	17 23,6
	17 años	16 22,2
	18 años	15 20,8
	20 años	1 1,4
N° DE PAREJAS SEXUALES	1 a 2 parejas	56 77,8
	3 a 4 parejas	16 22,2

❖ **Edad de primera relación sexual:** Se aprecia que el 25% de las gestantes infectadas con ITS tuvieron su primera relación sexual a los 15 años de edad y el 6,9% a los 14 años.

❖ **Número de parejas sexuales:** Se observa que el 77,8% tuvieron 2 parejas y el 22,2% de 3 a 4 parejas.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 3
CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS

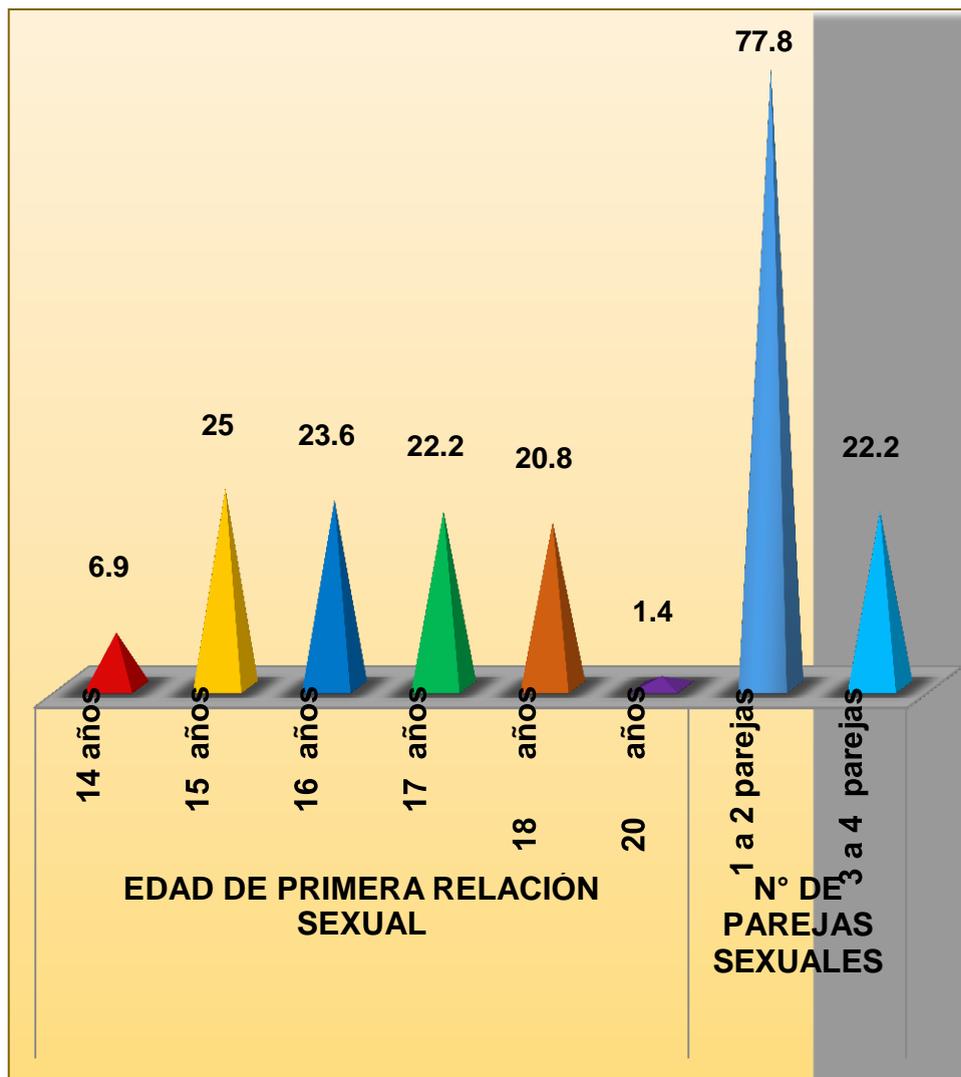


TABLA 3a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Edad de primera relación sexual

AÑOS	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
14 años	0	0	5	7	0	0	0	2	0	0	5	7
15 años	4	6	5	7	2	3	5	5	2	3	18	25
16 años	4	6	8	11	2	3	2	1	1	1	17	24
17 años	2	3	10	14	0	0	3	8	1	1	16	22
18 años	3	4	4	6	4	6	2	8	2	3	15	21
20 años	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	1	1
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	37,241 ^a	35	.366
Razón de verosimilitud	34.775	35	.479
N de casos válidos	72		

a 44 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

En esta tabla se observa que la mayoría de las gestantes con ITS iniciaron su primera relación sexual a los 15 años, de ellas el 7% fueron por HPV, 6% tuvieron Vaginosis, 5% Vulvovaginitis, 3% Sífilis y 3% VIH /SIDA. Apreciándose también que las gestantes de 18 años tuvieron VIH/SIDA en 3% y a los 16 y 17 años de edad VIH/SIDA con igual porcentaje 1%.

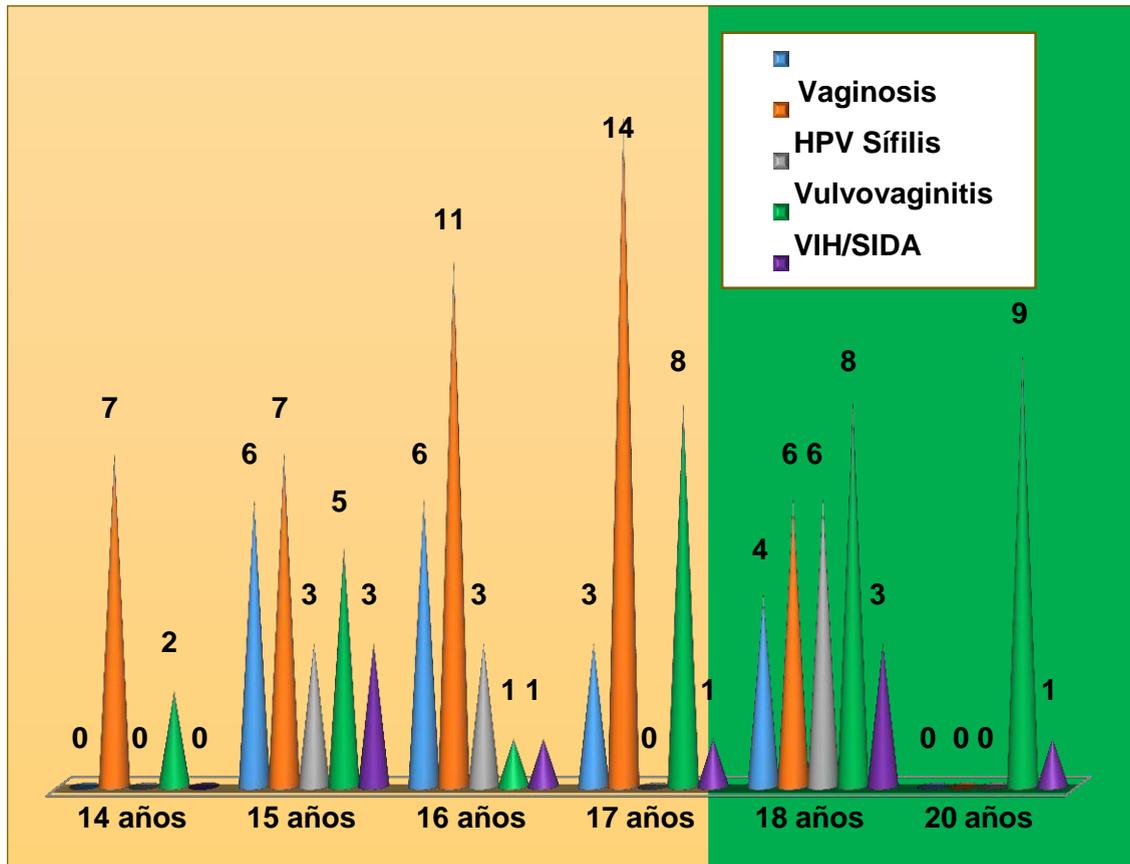
Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y la edad de la primera relación sexual.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 3a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Edad de primera relación sexual



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 3b.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS: Número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	Vaginosis		INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL						Total			
	N°	%	HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
1 a 2 parejas	11	15	21	29	7	10	11	15	6	8	56	78
3 a 4 parejas	2	3	11	15	1	1	1	1	1	1	16	22
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,661 ^a	7	.112
Razón de verosimilitud	14.175	7	.048
N de casos válidos	72		

a. 19 casillas (79,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es,07.

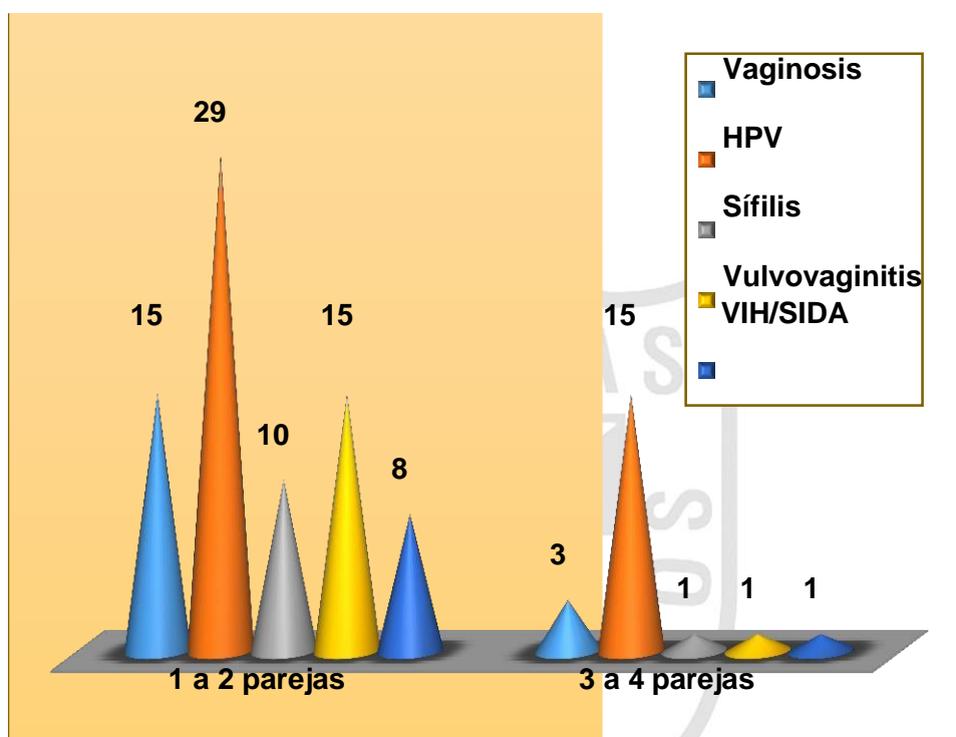
En la tabla 3b se obtuvo que el 78% de las gestantes con ITS tuvieron 1 a 2 parejas, de ellas el 29% fueron por HPV, Vaginosis y Vulvovaginitis con igual porcentaje 15%, Sífilis 10% y el VIH/SIDA 8%. También en las gestantes con ITS que tuvieron 2 a 3 parejas, se presentó el VIH/SIDA con el 1%.

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y el número de parejas sexuales de las gestantes.



GRÁFICO 3b.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS:
Número de parejas sexuales



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 4
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS EN GESTANTES CON ITS

CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS		F=72	%
GESTACIONES	Primigesta	32	44,4
	Segundigesta	25	34,7
	Multigesta	15	20,8
CONTROL PRE NATAL	Completo	10	13,9
	Incompleto	56	77,9
TERMINO DEL EMBARAZO	<i>Aborto</i>	8	11,1
	Vaginal	39	54,2
	<i>Parto</i>		

En la tabla 4 se observa que el 44.4% de las gestantes con ITS fueron primigestas, 77,9% tuvieron control prenatal incompletos

El 11,1% tuvieron un aborto, el 54,2% terminó en parto vaginal y el 34,7% por cesárea.

GRÁFICO 4
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS EN GESTANTES CON ITS

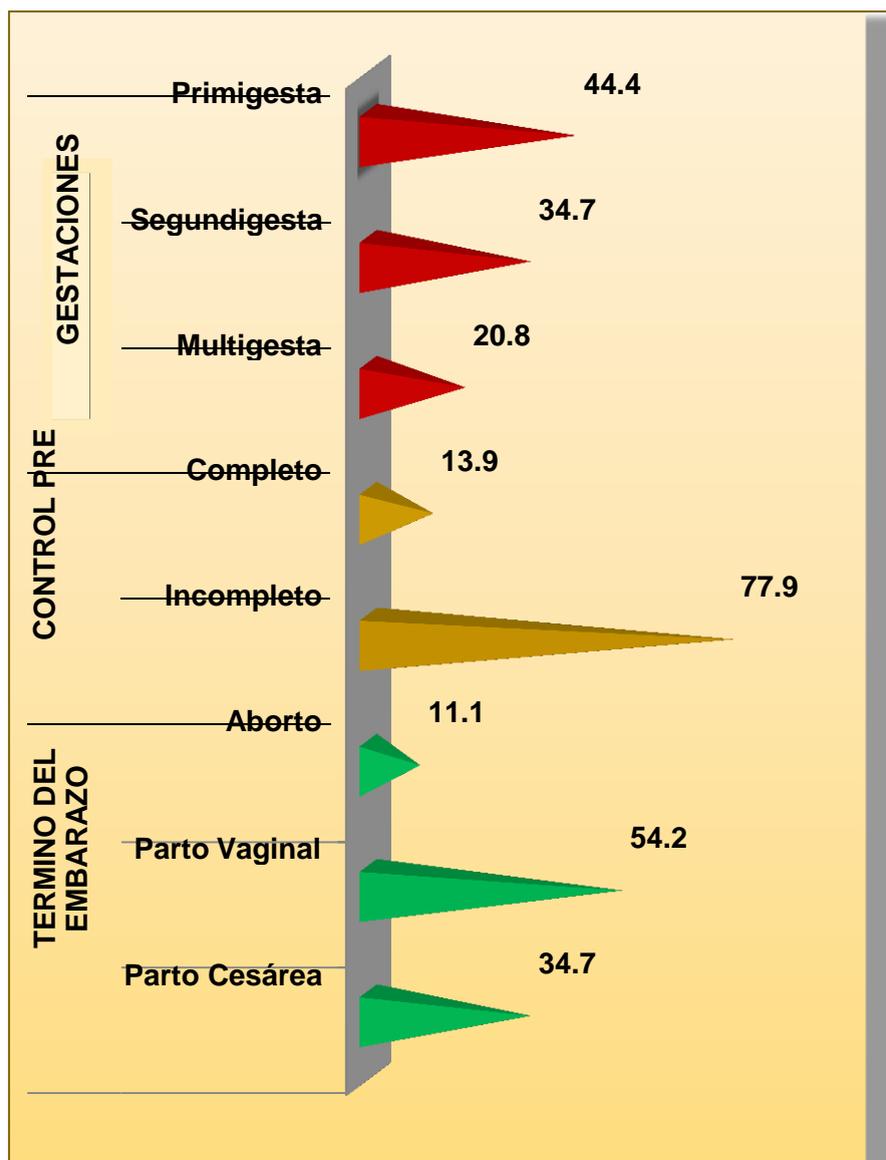


TABLA 4a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Paridad

Paridad	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Primigesta	5	7	19	26	2	3	4	6	2	3	32	44
Segundigesta	6	8	9	13	0	0	6	8	4	6	25	35
Multigesta	2	3	4	6	6	8	2	3	1	1	15	21
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33,828 ^a	14	.002
Razón de verosimilitud	34.115	14	.002
N de casos válidos	72		

a. 21 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

En la Tabla 4a, se observa que la mayoría de las gestantes con ITS fueron primigestas, de ellas el 26% fueron por HPV, el 7% tuvieron Vaginosis, 6% Vulvovaginitis, 3% Sífilis 3% VIH/SIDA.

En las segundigestas y multigestas se aprecian 6% y 1% con VIH /SIDA respectivamente.

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y la paridad de las gestantes.



GRÁFICO 4a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Paridad

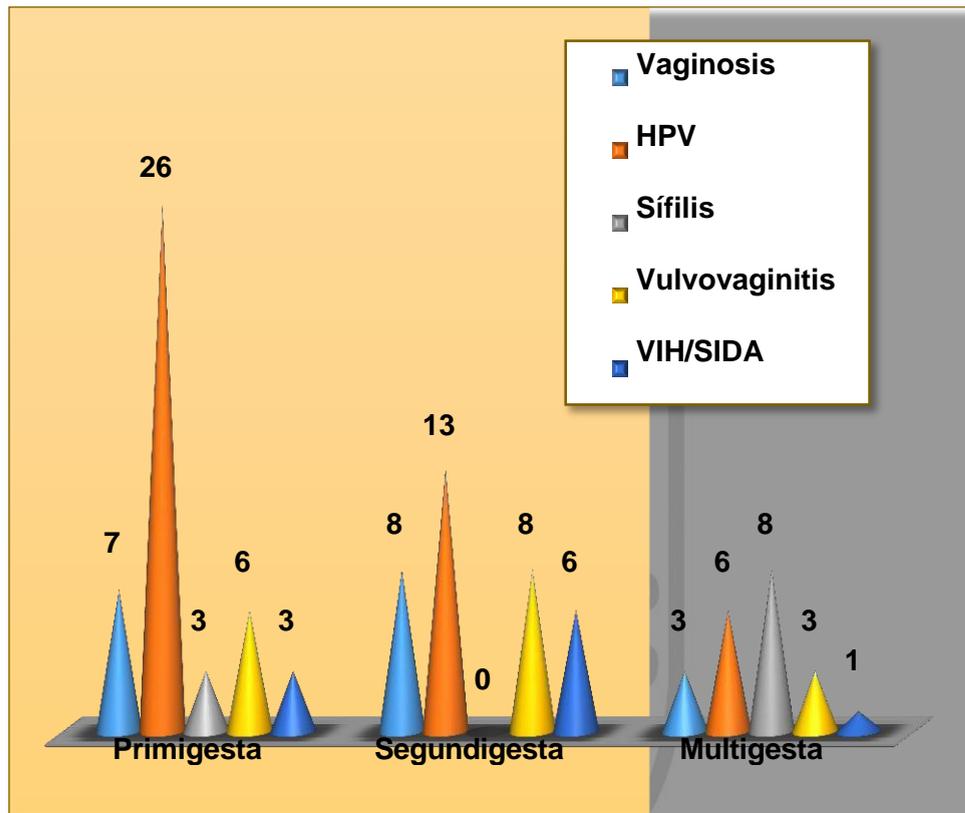


TABLA 4b.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Control pre natal

Controles pre natales	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Completo	0	0	4	6	1	1	1	1	2	3	8	11
Incompleto	13	18	26	36	5	7	10	14	2	3	56	78
Ninguno	0	0	2	3	2	3	1	1	3	4	8	11
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	26,326 ^a	14	.024
Razón de verosimilitud	24.146	14	.044
N de casos válidos	72		

a. 19 casillas (79,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

En la tabla 4b se aprecia que la mayoría de las gestantes con ITS 78% tuvieron CPN incompleto, de ellas el 36% por HPV, 18% tuvieron Vaginosiis, 14% Vulvovaginitis, Sífilis 7% y VIH/SIDA 3%. También se observa en las gestantes con ITS que no recibieron CPN 4% de VIH/SIDA.

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y el control pre natal en gestantes.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 4b.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Control pre natal

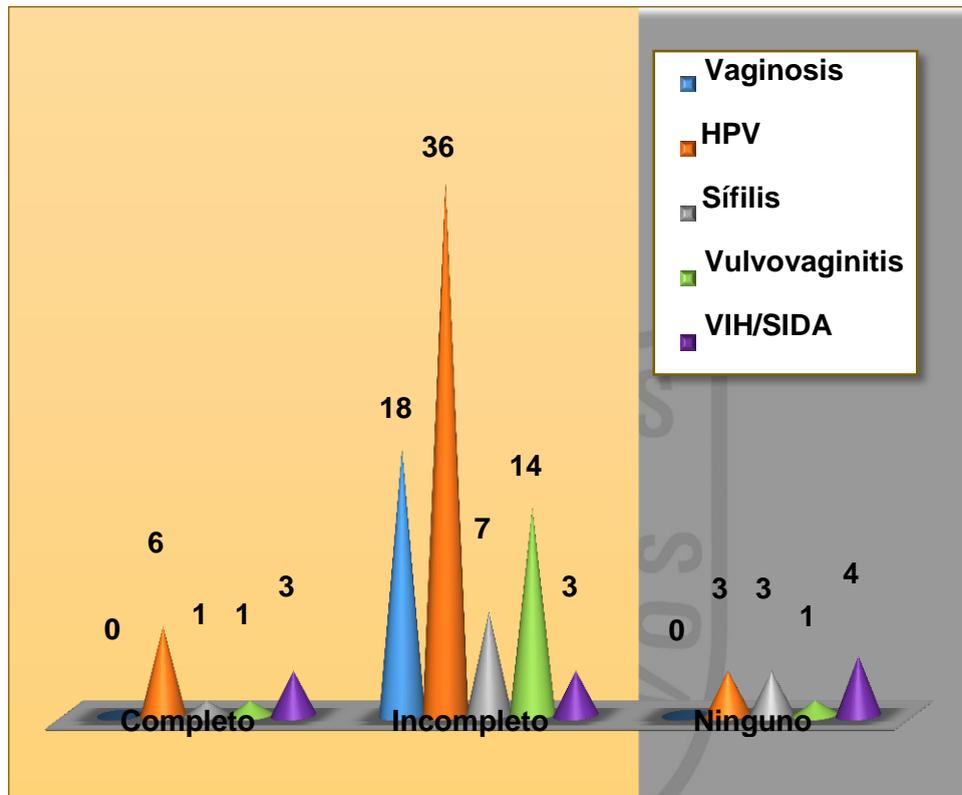


TABLA 4c.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS: Término del embarazo

Término del embarazo	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Óbito	0	0	2	3	2	3	1	1	3	4	8	11
Vaginal	13	18	12	17	2	3	11	15	1	1	39	54
Cesárea	0	0	18	25	4	6	0	0	3	4	25	35
Total	13	18	32	44	8	11	12	17	7	10	72	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	47,495 ^a	14	.000
Razón de verosimilitud	51,005	14	.000
N de casos válidos	72		

a. 20 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

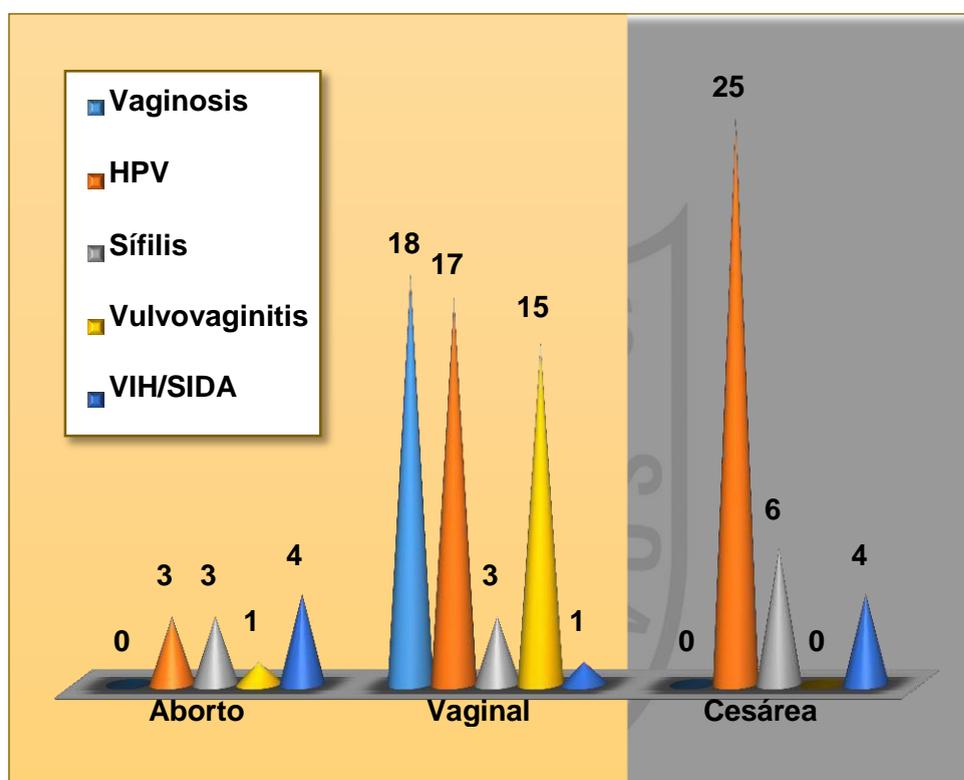
En la **Tabla 4c** se obtuvo que el 54% de las gestantes con ITS finalizaron la gestación por parto vaginal, de ellas, el 18% tuvo Vaginosis, 17% HPV, 15% Vulvovaginitis, 3% Sífilis y 1% VIH/SIDA. Las gestantes con ITS que finalizaron su gestación por cesárea, el 25% tuvo HPV y el 4% VIH/SIDA.

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y el término del embarazo de las gestantes.



GRÁFICO 4c.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS:
Termino del embarazo



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

TABLA 5
RESULTADOS y APGAR DE LOS PERINATOS DE MADRES CON ITS

RESULTADOS EN EL PERINATO	F=72	%
Ninguno	18	25,0
Bajo peso al nacer	25	34,7
Prematuro	18	25,0
Sífilis	2	2,8
VIH/Sida	1	1,4
Otros (abortos)	8	11,1
APGAR AL MINUTO	0-3 (*)	8
	4-6	3
	7-10	61
		11,1
		4,2
		84,7

(*) Son los ocho (8) abortos que se presentaron

En la tabla n°5, se aprecia que el 34,7% de las gestantes con ITS tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer, el 25% fueron prematuros, 2,8% presentaron Sífilis y 1% con VIH/SIDA.

El 11,1% de las gestaciones terminaron en aborto y el 4,2% tuvieron Apgar de 4 a 6, observándose que el 25% de los RN no presentaron complicaciones ni secuelas.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 5

RESULTADO EN PERINATOS DE MADRES CON ITS

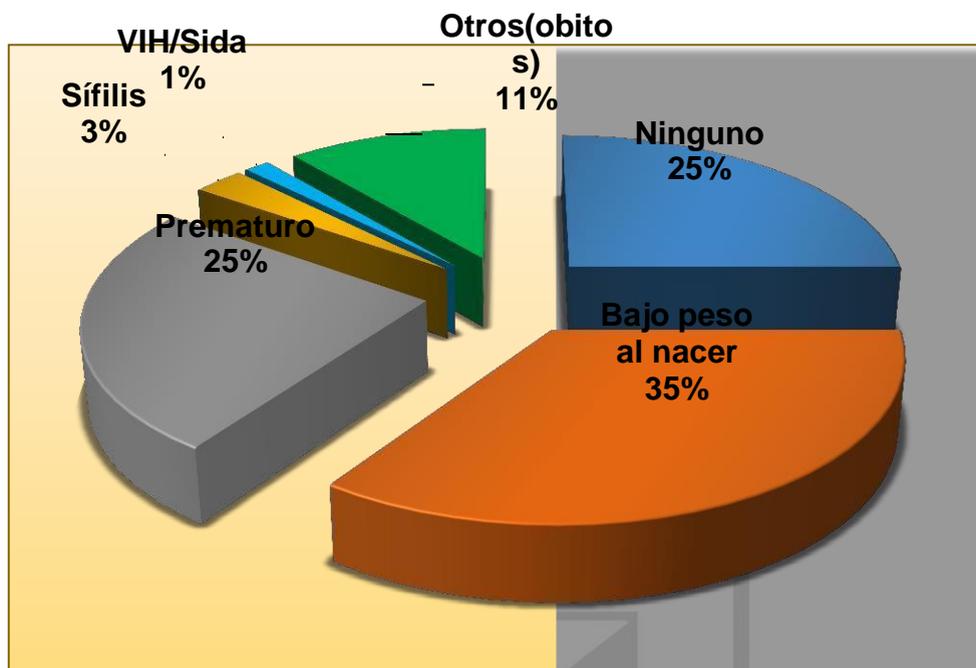


GRÁFICO 5

APGAR DE PERINATOS DE MADRES CON ITS

0 a 3 (*)

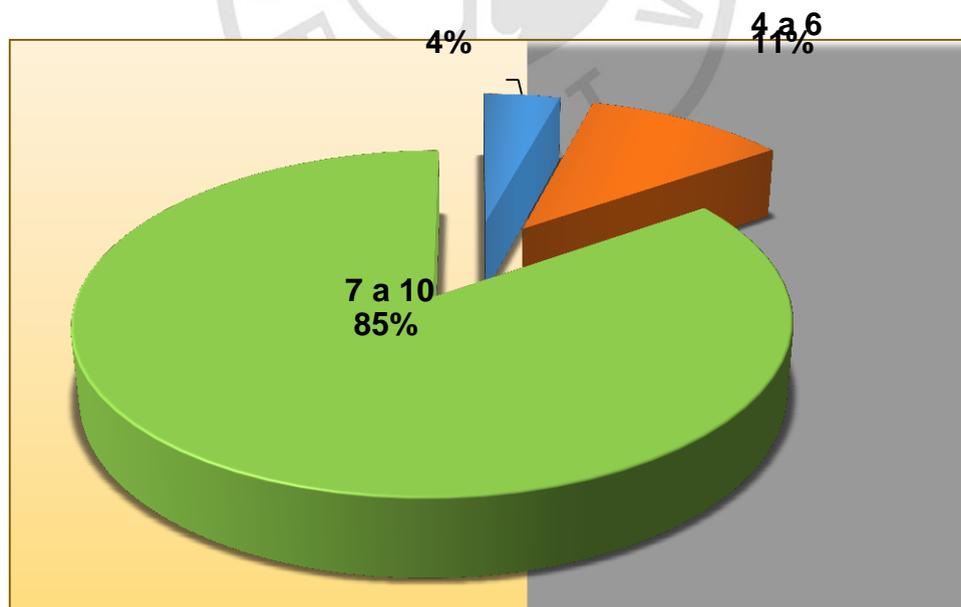


TABLA 5a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN EL PERINATO

Termino del embarazo	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Ninguno	1	1	16	22	0	0	0	0	1	1	18	25
Bajo peso al nacer	4	6	9	13	1	1	9	13	2	3	25	35
Prematuro	8	11	5	7	3	4	2	3	0	0	18	25
SIIIIS congénita	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	2	3
VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Total	13	18	30	42	6	8	11	15	4	6	64	89

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	67,444 ^a	24	.000
Razón de verosimilitud	51.356	24	.001
N de casos válidos	64		

a. 32 casillas (91,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

En la tabla 5c, se obtuvo que la mayoría de las gestantes con ITS, 35% tuvieron RN con bajo peso al nacer, de ellas, el 13% fue por HPV, con el mismo porcentaje Vulvovaginitis, 6% vaginosis, 3% VIH/SIDA y 1% Sífilis. Se aprecia también que se relacionó la Sífilis materna con RN prematuros, el 3% con Sífilis congénita y el 1% de RN con VIH/SIDA.

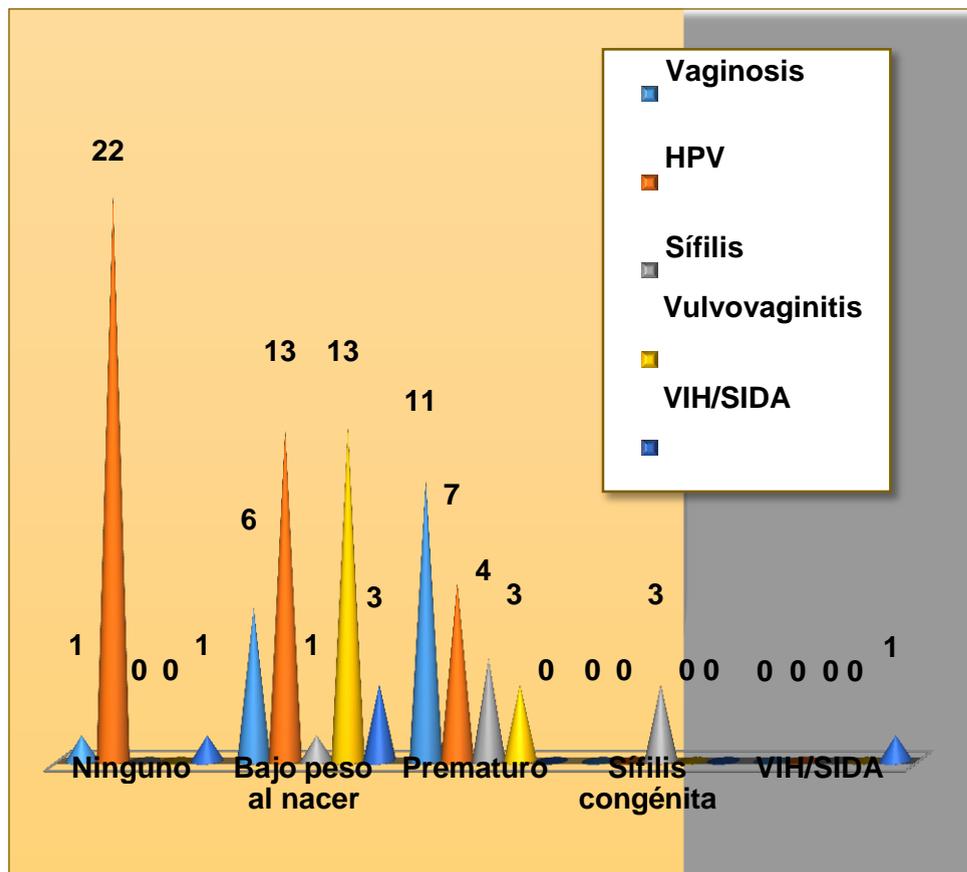
Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observa, que existe asociación significativa entre las ITS y las secuelas en los perinatos.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

GRÁFICO 5a.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS:
Secuelas en el perinato





DISCUSIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son infecciones causadas por diversos agentes (bacterias, virus, parásitos, protozoos, entre otros) y cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual: genital, oral o anal, condición que les da su principal característica y que tiene implicancias en la prevención, pues se relaciona directamente con el "comportamiento sexual" del ser humano, y por lo tanto, con un acto de decisión personal.

Las ITS son "PROBLEMA DE TODOS" en razón de ser Universales, no respetando razas, sexos, edad, cultura, creencias religiosas, situación socioeconómica, etc. ¹

Constituyen aún un importante problema de Salud Pública en todo el mundo a pesar de los esfuerzos por controlarlas y eventualmente erradicarlas como ha sucedido con otras enfermedades infectas contagiosas. Las modernas tecnologías usadas en el diagnóstico de laboratorio permiten identificar con mayor eficiencia los agentes causales, y el desarrollo de nuevos antibióticos permiten tratar con mayor eficacia, interrumpiendo así la transmisión ³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas y por *Trichomonas vaginalis* ocurren anualmente en el mundo. Durante la gestación, las infecciones causadas por estos microorganismos han sido asociadas con aborto, parto prematuro, muerte fetal, bajo peso al nacer 1-3 y pueden ser transmitidas verticalmente causando morbilidad y mortalidad neonatal 1-3. Debido a que el diagnóstico de laboratorio de estos

microorganismos, con la excepción de sífilis, requiere procedimientos de alto costo o laboratorios especializados, la elección de las estrategias de control de estos agentes debe incluir el conocimiento de su magnitud en la población local ².

Los jóvenes pueden frenar la pandemia. Para que lo logren, es preciso que en todos los niveles y sectores de la sociedad se asuman compromisos y se pase a la acción para asegurar que ellos posean los conocimientos, actitudes y medios para prevenir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, proteger su salud reproductiva y se establezcan ámbitos de apoyo libres de estigmas y discriminación ⁶.

TABLA 1. TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES

El embarazo no está exento de que la mujer adquiriera una infección de transmisión sexual, que no solo involucraría el desarrollo de la gestación sino al niño por nacer.

En cuanto al tipo de infección de transmisión sexual (ITS) la mayoría presentó el Papiloma Virus (HPV) el cual se manifestó con los condilomas, seguido de vaginosis en las gestantes; asimismo, se pudo observar la vulvovaginitis; lo preocupante es que aún se presenta sífilis e incluso casos de VIH en la gestación.

En el estudio de Castaño ⁷ el 52,5% de gestantes tuvo candidiasis vulvovaginal con mayor predominación y 1,6% de gestantes tuvo VIH/sida en

menor predominación, estos resultados también son muy diferentes a este estudio.

En el estudio de Guerrero y otros ⁸ se mostró que la ITS en gestantes con más predominio fue la vaginosis bacteriana con el 52,1%, seguido del HPV con 34% y 0,8% de gestantes con Hepatitis B en menor predominio, resultados muy diferentes a este estudio.

Según el estudio de Germosen ⁹ el 31,8% de gestantes tuvo vaginosis bacteriana en mayor predominación y 1,1% de gestantes tuvo gonorrea en menor predominación; también resultados diferentes a este estudio.

Gonzalo Bermúdez Gallardo ¹¹, indica que la prevalencia real de las ITS se desconoce debido a que aproximadamente 33 a 50 % de las mujeres con esta condición son asintomáticas, y a que las cifras informadas varían de acuerdo con la población estudiada: la vaginosis o vaginitis bacteriana se ha encontrado en 10 a 30 % de las mujeres embarazadas y hasta en 40 % de aquellas que acuden a clínicas que atienden infecciones de transmisión sexual.

Coincidimos con Ramírez, Yerena y Ortiz ¹⁰, que el embarazo es una excelente oportunidad para detectar mujeres con infecciones de transmisión sexual que de otra manera se hubiesen ignorado, estas son mucho más comunes durante el embarazo y complican el 5% de las gestaciones. Es necesario establecer pautas de conducta correctas para las evaluaciones en el embarazo, porque puede producir en la paciente ansiedad por los efectos desfavorables sobre madre e hijo

TABLA 2. Características socio demográficas de las gestantes con ITS
Sobre las características sociodemográficas de las gestantes, se encontró en este estudio que el grupo de edad entre 20- 24 años tuvo mayor predominio con un 31,9%, que representa a 23 gestantes.

Llama la atención la proporción de casos identificados en adolescentes entre 15 a 19 años (22.2%), adolescentes en quienes la literatura ^{3, 5, 6} menciona que están directamente relacionados con abuso sexual los cuales a excepción de los casos de sífilis congénita que se transmiten de la madre al bebé, deben haber sido informados por el personal de salud a las entidades competentes, según las rutas definidas para tal fin.

En la investigación realizada por Brochero R.⁶, se analizaron 20 pacientes embarazadas, se encontró que la edad predominante estuvo entre 20-29 años con 52 casos (43,3%) cifras mayores al presente estudio.

También fue el caso de la investigación de Castaño y colaboradores ⁸ donde predominó el grupo de edad de 20 a 29 años con 301 casos con el 60% de 503 pacientes.

En la investigación de Guerrero y colaboradores ⁷ el porcentaje de infectadas con ITS con el 59,6% correspondían a las adolescentes y 49,1% a las gestantes mayores de 20 años; a diferencia de los hallazgos de este estudio.

Según el grado de instrucción en este estudio se demostró que las gestantes con ITS en su mayoría tuvieron nivel secundario (83,3%) y en menor porcentaje nivel primario (6,9%. Reconocemos que todas tenían algún nivel de estudio.

Semejante a estos resultados, es el estudio de Guerrero y colaboradores⁹ también predominó el nivel secundario con el 82.98%; sin embargo, en menor porcentaje lo obtuvo el nivel primaria con 17.02%.

En la investigación de Yokasta A.¹² predominó el nivel secundario con 78,8% y en menor porcentaje primaria con 12,2% muy similar a este estudio.

Con respecto al estado civil se obtuvo como el más predominante la unión estable 77,8% y casada con 4,2%

A comparación de la investigación de Guerrero y colaboradores⁹ el 64,2 % correspondía a unión libre, el 24,4% a solteras y el 7,5 % a personas casadas; cifras semejantes en cuanto al unión libre, pero diferentes a los otros dos estados en relación al presente estudio.

En el estudio de Campos y colaboradores¹³, el estado civil que predominó fue casada con un 53.2% seguido por soltera con un 14,2% y divorciada/separada 11,3% cifras diferentes a este estudio.

Sonia Stefania Saa Villacreses¹⁴, El mayor porcentaje se dio en adolescentes jóvenes de secundaria 70% de las pacientes (n° 167) seguido de un 15% de instrucción superior, lo que refleja muy probablemente la poca orientación sexual y conocimiento de planificación familiar recibida tanto en las familias como en las instituciones educativas.

Con respecto a la ocupación se encontró en este estudio que el 55,6% fue ama de casa, el cual ocupa el primer lugar entre nuestras gestantes.

En el estudio de Rodríguez ¹⁵, a ocupación de las embarazadas fueron predominantemente trabajadoras representando un 63,2% a diferencia del grupo de gestantes de la presente investigación.

Castaño y colaboradores ⁸, en su investigación mostraron que 184 de las gestantes se dedicaba a labores de la casa lo que indico un 64,6% resultado mayor que el presente estudio.

Para Saa Villacreses ¹⁴, el mayor porcentaje de estas pacientes se dedicaba a los quehaceres domésticos con un 51%, seguida de estudiantes con un 18 %

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LAS CARACTERÍSTICA PERSONALES

Tabla 1a: Edad

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en estos hallazgos que existe asociación entre las ITS y la edad de las gestantes [χ^2 42,718 gl 14 p 0.011] y es significativa.

Tabla 1b: Nivel de estudios

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en estos hallazgos que no existe asociación significativa entre las ITS y el nivel de estudios, de las gestantes [χ^2 5,047 gl 14 p 0.985].

Tabla 1c: Estado Civil

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en estos hallazgos que no existe asociación significativa entre las ITS y el estado civil, de las gestantes [χ^2 9,494 gl 14 p 0.798].

Tabla 1d: Actividad que desarrolla

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en estos hallazgos que no existe asociación significativa entre las ITS y la actividad que desarrollan las gestantes [χ^2 17,342 gl 14 p0.238].

El haber relacionado las características sociodemográficas de las gestantes con las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), se ha reconocido que sólo la edad se podría corresponder en relación estadísticamente significativa [p 0.011].

A diferencia del estudio de López y colaboradores ¹⁶, donde predominó la edad de 15 a 19 años con 32 casos que representa el 80% del grupo de estudio de 40 gestantes con ITS, lo que relaciona significativamente con la edad adolescente.

En Colombia durante el período 2009 – 2011 ¹⁷, se reportaron en promedio por año 94.000, personas que consultaron por una ITS. Por rangos de edad, los grupos de 20 a 29 años mostraron los porcentajes más altos y por género la mujer mostró proporciones más elevadas, cifras asociadas significativamente, semejantes a las de este estudio.

Para Sonia Stefania Saa Villacreses ¹⁴, el mayor porcentaje de las gestantes estudiadas oscilan de 16 -20 (28%) seguida de 21 – 24 (27%) los que nos lleva al desenlace de que las ITS se presentan asociadas a la edad, sobre todo en las mujeres más jóvenes.

TABLA 2. CARACTERISTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON Infecciones de transmisión Sexual (ITS)

Las consecuencias de la infección varían entre las diferentes poblaciones debido varios componentes como los conductuales, los cuales influyen en las reacciones y en los resultados fisiológicos de las ITS. Si no se manejan adecuadamente, las ITS pueden generar costos altos, directos o indirectos, así como otras repercusiones para las personas y las comunidades.

Según la edad de inicio de relaciones sexuales en este estudio la edad que más predominó fue de 15 años con un porcentaje de 25% y en menor predominio con un porcentaje de 6,9% la edad de 14 años.

A diferencia el estudio de Rodríguez y colaboradores ¹⁵ las gestantes iniciaron su vida sexual entre los 14 y 16 años de edad ocupando un 85,2%.

Para Castaño y colaboradores ⁷ el 35% inicio su vida sexual a los 18 años resultado diferente al presente estudio.

En la investigación de Guerrero ⁷, el 48,9% de los casos evaluados se encontró que entre los 14 a 16 años, iniciaron actividad sexual, casi semejante a los hallazgos de este estudio.

Para Karla Arévalo ¹⁸, el mayor porcentaje 55% de las pacientes (n 131) mantuvieron relaciones sexuales antes de los 17 años, solo un 12% presentaron su primer encuentro sexual después de los 17 años, lo que conlleva a una mayor incidencia de ITS; cifras diferentes a las de este estudio.

Chirino, Pérez, Soto y Gutiérrez ¹⁹, muestran los factores de riesgo que más incidieron al aparición de las infecciones de transmisión sexual, se observa que el inicio precoz de las relaciones sexuales entre los 14 y 16 años de edad con 79 en total 40.7 % fue la edad de mayor incidencia.

Este hallazgo interesante en nuestro estudio con respecto a las ITS y la gestación, y por la cual hay que insistir en la educación sexual es el alto número de mujeres que iniciaron relaciónese sexuales antes de los 18 años de edad, ya que la literatura reporta que entre los factores asociados a una elevada incidencia de ITS a nivel mundial se suman la tendencia actual de corta edad de las relaciones sexuales en la población y el uso de protección no es costumbre entre los adolescente aunado al periódico cambio de pareja entre los jóvenes que elevan la probabilidad de contraer una ITS y embarazarse.

En el presente estudio según el número de parejas sexuales. el 77,8% tuvo de 1 a 2 parejas, seguido de 3 a 4 parejas con 22,2%.

Para Brito, Guerra y Rodríguez ²⁰ el número de parejas sexuales en mayor porcentaje fue de una (1) con 50,43%, seguida de 2 representando el 37,81%, en semejanza a los hallazgos de este estudio.

En el estudio de López ¹⁶ tuvo mayor porcentaje con una pareja sexual con el 75% y en menor porcentaje con más de 3 con 2,3% resultados muy diferentes al presente estudio.

Para Karla Arévalo ¹⁸, el 81% de las gestantes estudiadas presentaban una pareja sexual seguido del 15 % que tuvieron de 2- 3 parejas sexuales.

Chirino, Pérez, Soto y Gutiérrez ¹⁹, en sus resultados también arrojaron que el cambio de pareja en un año predominó en aquellos casos de infecciones de transmisión sexual que tuvieron 2 parejas en un año con 45.3%.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON ITS

Tabla 2a. Edad de primera relación sexual

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en los hallazgos de este estudio que no existe asociación significativa entre las ITS y la edad de primera relación sexual de las gestantes [ch² 37,241 gl 35 p0.366].

Es conocido que existen varios factores de riesgo para contraer alguna infección de transmisión sexual. En Estados Unidos entre los más importantes son: una nueva pareja sexual reciente, múltiples compañeros sexuales, (Leone, 2011) ²¹, (CDC, 2012) ²².

Al respecto, Sempertegui, Robles, et al ²³, evidencian que el 27% de mujeres entre 15 y 19 años habían iniciado relaciones sexuales y este porcentaje sube al 70% en mujeres de entre 20 a 24 años de edad.

Por lo tanto, al igual que la CEPAL ²⁴, las infecciones de transmisión sexual y la edad de inicio de actividad sexual se relacionan convirtiéndose en un problema creciente, a diferencia de los resultados de este estudio.

Gonzalo Bermúdez Gallardo ²⁵, informa que la variable que mide la edad a la que se inicia la actividad sexual, los datos obtenidos arrojan que la media se

encuentra en 19.2 años y una desviación estándar de 3.4, o sea lo relaciona con edades jóvenes (más o menos 16 a 22 años)

Tabla 2b: Número de parejas sexuales

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en los hallazgos de este estudio que no existe asociación significativa entre las ITS y el nivel de estudios de las gestantes [χ^2 11,661 gl 7 p 0.112].

Cacho, Sanz y Blanco ²⁶, en su estudio sobre 400 mujeres encontraron una prevalencia global del 0,75%, alcanzando una cifra de 1,31 % en mujeres consideradas de alto riesgo, es decir en menores de 20 años, afectadas de otra ITS (Vaginosis), con más de una pareja en el último año, o con una nueva pareja, lo cual mencionan como relacionadas entre sí, diferente a esta investigación.

El cambio frecuente de pareja se conoce como uno de los factores de riesgo para contraer una infección de transmisión sexual y Burchell ²⁷, en su investigación relaciona esta condición, ya que estuvo presente el 45.3 % porque tuvieron al menos dos parejas en un año, que según la OMS ²⁸, aumenta el riesgo adquirir infecciones de transmisión sexual.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS GESTANTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).

Durante el embarazo, las infecciones de transmisión sexual se han asociado con diversos resultados negativos tanto para la madre como para el feto. Algunos de ellos son aborto espontáneo, mortinatos, partos prematuros, bajo

peso al nacer, enfermedades perinatales, endometritis posparto. Por estas razones, la detección temprana de las infecciones de transmisión sexual es crucial en el cuidado prenatal para evitar las complicaciones ¹⁸.

En este estudio con relación al número de gestas encontramos que un 44,4% fueron primigestas, 34,7% fueron segundigestas y 20,85 fueron multigestas.

En el estudio de Guerrero y colaboradores ⁹, mostraron que un 40,8% de gestantes fueron primigestas y 27,4% fueron multigestas resultados semejantes a este estudio.

Según Rodríguez ¹⁵, mostro que un 40% de gestantes fueron multigestas, 39,2% eran primigestas y el 20,8% fueron segundigestas resultados diferentes a este estudio.

Gonzalo Bermúdez Gallardo ²⁵, en sus resultados muestra el número de embarazos observando que el 36.8% ha tenido dos embarazos previos, el 33.1% sólo 1 y el 21.8% 3 embarazos.

En cuanto al control prenatal en este estudio encontramos que el 77,9% tuvo controles incompletos y 13,9% tuvo controles completos.

Según López y colaboradores ¹⁶, mostraron que un 52,2% de gestantes tuvieron 3 controles y 18,3% tuvieron más de 4 controles.

Para Ickowicz ²⁹, el 57,8% de gestantes tuvo de 4 a más controles prenatales 23,9% de las gestantes tuvo de 3 a menos controles prenatales y 18,35% no tuvo control prenatal, porcentajes diferentes a este estudio.

Se ha definido como ideal un mínimo eficiente de 5 controles prenatales iniciados antes de 20 semanas, uno entre las 22 y 27 semanas uno entre las 28 y 33 semanas, uno entre las 34 y 37 semanas y no entre las 38 y 40 semanas, asociándose a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que conllevan las infecciones de transmisión sexual. Como se demuestra en este estudio, una mayoría considerable de gestantes tuvieron menos de 5 controles, siendo lo ideal que todas las gestantes tengan un buen control prenatal.

En cuanto al término del embarazo en este estudio el 54,2% de las gestantes tuvo parto vaginal, 34,7% de gestantes le realizaron una cesárea y el 11,1% de gestantes padeció un aborto.

En el estudio de Guerrero Rendón y colaboradores ⁷, mostraron que el 65,2% por parto vaginal, 30,4% por cesárea y 4,4% abortos.

Para Castaño y colaboradores ⁸, con mayor resultado el parto vaginal con 78,8% y en menor resultado abortos con 8,2%.

RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y LAS CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

Los estudios demostraron que una proporción importante de embarazos son no deseados, lo cual influye un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual ITS/VIH/SIDA

Tabla 3a: Gestaciones

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en los hallazgos de este estudio que existe asociación entre las ITS y la Gestación de primera relación sexual de las gestantes [χ^2 33,828 gl 14 p 0.002], siendo significativa

Pinto ²⁷, evidenció en su estudio que la mayoría de las pacientes estudiadas son primigestas (60,7%); multigestas 21,4 % y las gran multigestas con el 17,9%.encontrando relación significativa ($p < 0.05$) las gestas con las infecciones de transmisión sexual, al igual que en este estudio.

Gonzalo Bermúdez Gallardo ²⁵, encontró tomando en cuenta como factor el ser primigesta o multigesta, que no existe una relación significativa con el número de embarazos que ha presentado hasta el momento la paciente con la presentación de infecciones vaginales, deduciéndose que la mayoría de las mujeres a pesar de que ya han tenido embarazos previos y por ende orientación sobre medidas higiénicas para la prevención de enfermedades que pueden complicar el embarazo, no llevan a cabo las acciones preventivas sugeridas por el personal de salud de la institución. A diferencia de los hallazgos en que la relación fue significativa.

TABLA 3b: Control prenatal

Al análisis estadístico con Chi-cuadrado de Pearson se observó en los hallazgos que existe asociación entre las ITS y la Paridad de primera relación sexual de las gestantes [χ^2 26,326 gl 14 p 0.024], siendo significativa

En el estudio de Gonzalo Bermúdez Gallardo ²⁵, en cuanto a las variables de control prenatal se observa que la media para el actual embarazo de consultas de control prenatal es de 6.45 y una desviación estándar de 3.158. Con lo que relacionan el CPN con las ITS, a semejanza a los hallazgos de este estudio.

Pinto ³⁰, apreció en su investigación que el 64,3% de las pacientes estudiadas tuvieron 5 controles prenatales que es el nivel eficiente mínimo o superior a 5, mientras que el 32,1% tuvieron 4 o menos controles, y un 3,6% sin ningún control prenatal; al análisis $p=0.275$; por ello no relaciona el CPN con las ITS, a diferencia de los hallazgos de este estudio.

Respecto al acceso a la atención prenatal, puerta de entrada para la implementación de estrategias preventivas de la transmisión de infecciones sexuales que afectan no solo a la madre sino al niño por nacer, siendo que en el Perú la atención prenatal se incrementó entre los años 2009 y 2014 de 94,3% a 96,9%, respectivamente, mostrando un incremento importante en la zona rural de 87,1% a 91,9%, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) ³¹, por lo que se puede suponer el despistaje mediante prueba rápida es cada vez mayor; sin embargo, la OPS ³² informa que la cobertura de la prueba de sífilis durante el embarazo fue inferior a las metas definidas a nivel regional, con casi un 30% de mujeres a las que no se

les realizó la prueba durante el embarazo, según la información procedente

de las historias clínicas. Interesa destacar que los resultados muestran una mayor cobertura de realización de la prueba de VIH.

Lamentablemente, esto puede reflejar un menor foco en la prevención de la sífilis congénita, en comparación con los mayores recursos y atención a la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, tal y como se ha resaltado a nivel global ³³.

En América Latina, las limitadas acciones programáticas de prevención de la sífilis congénita se han atribuido a la percepción de baja gravedad de la enfermedad por parte de los tomadores de decisión, los gestores de los programas y los trabajadores sanitarios, así como a la falta de conocimiento de la importancia del cribado prenatal oportuno durante el control prenatal por parte de las mujeres embarazadas ³⁴.

TABLA 3b: Termino del embarazo

Al análisis con Chi-cuadrado de Pearson se observó en los hallazgos de este estudio que existe asociación entre las ITS y la Paridad de las gestantes [χ^2 47,495 gl 14 p 0.000], siendo estadísticamente significativa

Se debe partir de que las mujeres embarazadas pueden contraer las mismas infecciones de transmisión sexual (ITS) que las mujeres que no están embarazadas.

Independiente a la posible infección del RN al momento del paso por el canal de parto, también es necesario considerar que la transmisión vertical de

algunas ITS in útero es posible. Aunque el mecanismo específico a este nivel no ha sido identificado, -por ejemplo- teóricamente el virus de VPH e incluso el VIH, puede adquirirse hematógicamente y por vía materna ascendente. Así por ejemplo, a presencia de verrugas en los genitales es el único predictor independiente para la identificación del riesgo por la presencia del virus en genitales o en cavidad oral de los recién nacidos ^{35,36}.

Pinto ³⁰, informa en su investigación de la importancia de decidir la vía de término del parto en las gestantes que presentan ITS se trata de hacia donde fue destinada la paciente al momento de su ingreso al hospital de estudio, el 51,8% ingresaron para ser sometidas a cirugía (cesárea), el resto posterior a la inducto-conducción del parto terminaron en parto vaginal.

TABLA 5. RESULTADO Y APGAR DE LOS PERINATOS DE MADRES CON ITS

Las consecuencias de una ITS en una mujer embarazada y en su bebé pueden ser significativamente más graves y hasta mortales.

Una mujer embarazada puede transmitir una ITS a su hijo antes, durante o después del nacimiento del bebé. Ciertas ITS (como la sífilis) atraviesan la placenta e infectan al bebé mientras está en el útero. Otras ITS (como la gonorrea, la clamidia, la hepatitis B y el herpes genital) pueden ser transmitidas de la madre a su bebé al momento del nacimiento, cuando el bebé pasa por la vía del parto. Una mujer embarazada que tiene una enfermedad de transmisión sexual puede también presentar un parto antes

de término, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero e infección uterina después del parto.

Con respecto a los resultados en perinatos en este estudio el 34,7% de recién nacidos presentó bajo peso al nacer, 25% no tuvo ninguna secuela al igual que para prematuridad, 2,8% de recién nacidos tuvo sífilis congénita y 1,4% lamentablemente fue diagnosticado como portador de VIH/Sida.

En el estudio de Brochero ³⁷, el 38,5% de recién nacidos tuvo prematuridad con mayor predominio y 1,4% de recién nacidos tuvo sepsis neonatal resultados muy diferentes a este estudio.

Cavagnaro, Pereira, Pérez, Vargas y Sandoval ³⁸, en su estudio mencionan que 1.5% de recién nacidos tuvo sífilis congénita.

Müller, Rodríguez, Núñez, Moyano, González, Osorio y Díaz ³⁹, concluyen que los embarazos de madres con infecciones de transmisión sexual son de riesgo tanto para la madre como para el feto; se ha determinado que éstas gestaciones presentan una mayor incidencia de embarazos pretérmino, puesto que entre los mecanismos implicados en este evento se encuentran las ITUS sobre todo las vaginales

Con respecto al Apgar al minuto los recién nacidos de este estudio tuvieron en mayor porcentaje valores entre los 7 a 10 con 84,7%, seguido de 4,2% entre 4 a 6.

Pinto ³⁰, informa en su investigación registra el Apgar al minuto y a los 5 minutos respectivamente de los recién nacidos, siendo que al minuto el 96,2% tuvieron un Apgar igual o mayor a 7, el 3,8% alcanzaron un puntaje de 4 a 6 y no hubo ningún recién nacido inferior a 4.

En el estudio de Rodríguez ⁴², el 48,8% de recién nacidos tuvo Apgar 7 en mayor predominio, 28,3% en recién nacidos tuvo Apgar 5; resultados diferentes al presente estudio.

En el caso de López y colaboradores ¹⁶ es similar a este trabajo con el 55% de recién nacidos con apagar 8; y el 9,2% con Apgar menor de 6.

TABLA 5a. RELACIÓN ENTRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y LOS RESULTADOS EN EL PERINATO

Los resultados del análisis realizado con chi cuadrado de Pearson [$\chi^2=67,444$ gl=24 $p=0.000$], nos indican que existe relación significativa entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes y las secuelas en el perinato

Ovalle y colaboradores ⁴⁰, en su investigación informa que –por ejemplo- en los trimestres segundo y tercero del embarazo la infección gonocócica puede originar graves secuelas en el perinato como el crecimiento intrauterino (RCIU) o Infección neonatal adquirida durante el parto: sepsis neonatal o Pirexia materna periparto y sepsis puerperal o Contaminación del feto tras la amniorraxis (oftalmía del recién nacido por vía ascendente, si es que nace por cesárea), asociando las ITS con estas morbilidades en el recién nacido ($p<0.05$), en semejanza a la relación que hemos establecido.

Asimismo, García y Santander ⁴¹, indican que el perinato puede tener septicemias con lesiones articulares, meningitis, endocarditis, proctitis y bucofaringitis. Oftalmía neonatorum gonocócica (50% de los casos de conjuntivitis neonatal), que es una conjuntivitis purulenta aguda, que aparece durante la primera semana de vida. Hay un marcado riesgo de secuelas oftálmicas graves debidas a lesión corneal. Si se retrasa el tratamiento pueden producirse: Panoftalmitis y Sinequias.

Mendelson ⁴³, explica que la presentación clínica –producto de las ITS– varía de infecciones asintomáticas hasta un compromiso local y sistémico importante. En el embarazo estas infecciones afectan la unidad fetoplacentaria, llevando a complicaciones como ruptura prematura de membranas parto pretérmino, y recién nacido de bajo peso, e incluso maternas, como corioamnioítis e incluso la infección puerperal; con lo cual suponemos que lo relacionan con las infecciones de transmisión sexual

Satterwhite, CL, Grier L, Patzer R, et al. ⁴⁴, exponen que entre los efectos dañinos que pueden causar las ITS en los bebés se incluyen mortinatos, bajo peso al nacer, conjuntivitis, neumonía, septicemia neonatal, daño neurológico, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis; coincidiendo entonces en que estos autores también relacionan las ITS con resultados en el perinato.

Casi todos estos problemas se pueden prevenir si la madre recibe cuidados prenatales de rutina que incluyan pruebas de detección de ITS en las etapas tempranas del embarazo y, si es necesario, la repetición de estas pruebas

cuando se acerque la fecha del parto. Otros problemas pueden ser atendidos si la infección se detecta al momento del parto.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- ❖ La ***Infecciones de Transmisión Sexual*** (ITS) más frecuente en el grupo de estudio fue el Papiloma Virus (HPV) el cual se presentó acompañado como condilomas.
- ❖ ***Resultados y Apgar de los perinatos de madres con ITS*** en la mayoría de perinatos se observó tuvieron bajo peso al nacer, Apgar al minuto entre los 7 a 10. Al análisis estadístico con chi-cuadrado de Pearson se observa, que solo existe asociación significativa entre las ITS y las secuelas en los perinatos [$p=0.000$], de las madres atendidas con ITS.
- ❖ ***Características Personales*** la mayoría de las gestantes atendidas con ITS tuvieron de 20 a 24 años, con instrucción secundaria, unión estable y ama de casa. Al análisis estadístico con chi-cuadrado de Pearson se observó que solo existe asociación significativa entre las ITS y la edad [$p=0.011$] de las gestantes
- ❖ ***Características Sexuales***, en la mayoría de gestantes atendidas con ITS se observó que la edad de la primera relación sexual fue a los 15 años seguido de 16 años y tuvieron entre 1 a 2 parejas sexuales. Al análisis estadístico con chi-cuadrado de Pearson se observó que no existe asociación significativa entre las ITS y las características sexuales de las gestantes atendidas con ITS

- ❖ **Características Reproductivas**, se observó en la mayoría de gestantes atendidas con ITS se observó eran primigestas, tuvieron un control prenatal incompleto, y de parto vaginal. Al análisis estadístico con chi- cuadrado de Pearson se observó que solo existe asociación significativa entre las ITS y la paridad [$p=0.002$], el control prenatal [$p=0.024$], el termino del embarazo [$p=0.000$], de las gestantes.



RECOMENDACIONES

Al Profesional Obstetra:

- Implementación de programas preventivos en los centros educativos y en la comunidad en temas referidos a la sexualidad.
- Durante el control prenatal, hacer tamizaje efectivo sobre las infecciones de transmisión sexual para disminuir las consecuencias sobre el perinato, y detener la infección vertical.
- Realizar estudios en mayor profundidad (cualitativos) para tener bases de promoción y prevención de las infecciones de transmisión sexual en gestantes por el doble compromiso que tenemos: con ellas y sus niños por nacer.
- Consejería para VIH y otras ITS, ofrecimiento de la prueba de VIH a todas las gestantes que acceden a los servicios de salud. Un factor determinante para la aceptación y realización de la prueba es que el personal de salud brinde información sobre ella y recomiende la prueba, esto hace las pruebas accesibles especialmente a las personas de los grupos socioeconómicos más bajos.



REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Las infecciones de transmisión sexual en embarazadas un problema de salud a nivel mundial, Rev Cubana Med Gen Integr 2011;17(2)
2. Pan American Health Organization. Global estimates of maternal mortality. Regional Health Observatory 2010.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. Centro de prensa OMS. 2012; nota descriptiva n°348.
4. Salvo A. Infecciones de Transmisión sexual (ITS) en Chile REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(6) 813-824.
5. García E, Valdés C, Gutiérrez A, Pérez J, Aranda R. Comportamiento sexual de riesgo de infección por VIH/sida en estudiantes de primer año de medicina. Rev Cienc Méd. Abr-Jun 2011;15(2):170-183.
6. Brochero M. "Frecuencia de infecciones de transmisión sexual en el embarazo y su relación con la morbilidad infecciosa materna y perinatal" México 2010.
7. Castaño C. y colaboradores Caracterización de los pacientes diagnosticados con infecciones de transmisión sexual atendidos en una Institución pública de la ciudad de Manizala" Colombia 2009.

8. Guerrero M, Cristina Á, Zapata D, Aguirre A. Aproximación a la prevalencia de infecciones de transmisión sexual – ITS en adolescentes embarazadas atendidas en la ESE Hospital José María Hernández De Mocoa, Putumayo en el año 2009 Universidad Mariana Convenio Universidad CES Especialización en Gerencia de la Salud Pública Mocoa, Putumayo Loreto Junio, 2010
9. Germonsén Y, y colaboradores “Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. República Dominicana”. 2010.
10. Bermúdez G. Incidencia de cervicovaginitis en embarazadas que están en control en la UMF No. 73. Universidad Veracruzana Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No. 73 Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México : Febrero Del 2014
11. Ramírez J, Yerena C, Ortiz R. Prevalencia del virus de papiloma humano de alto riesgo tpo 52 y 66, en muestras endocervicales de población clínicamente sana con Papanicolaou normal, de la ciudad de Xalapa, Ver., México. Rev Fac Med UNAM 2009;34:94-101
12. Yokasta G. “Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas en el Hospital Regional Universitario José María Cabral” Republica Dominicana 2011
13. Campos P. y colaboradores “Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en gestantes” México 2009.

14. Saa S. "Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil diagnosticadas por medio de estudios citológicos. Hospital Enrique C. Sotomayor. Septiembre 2012 a Febrero del 2013." Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. Guayaquil – Guayas - Ecuador 2012 - 2013
15. Rodríguez S. y colaboradores [En línea]. "Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga" [Consultado el 03 de junio de 2015]. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025.
16. López, A. y colaboradores [En línea]. "Infecciones por transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas México" [Consultado el 03 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.archivos.ujat.mx/2013/investigacion_posgrado/investigacion/Perspectiva%20Cient%C3%ADfica%20desde%20la%20UJAT_SDD12.pdf
17. Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. [En línea]. Colombia 2009 – 2011. [Consultado el 15 de julio de 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf

18. Arévalo K. Determinar la frecuencia de infección por *Neisseriagonorrhoeae* en mujeres embarazadas del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), del Hospital Vozandes de Quito y de la Clínica Universitaria USFQ de la ciudad de Quito. Universidad San Francisco de Quito Colegio de Ciencias de la Salud. Quito, Enero 2013
19. Chirino P, Pérez J, Soto N, Gutiérrez N. Infecciones de transmisión sexual en féminas. Centro de Diagnóstico Integral. Biruaca. Venezuela. Rev Ciencias Médicas. 2012 Abr; 16(2): 153-163.
20. Brito E, Guerra J, Rodríguez R. [En línea]. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. [Consultado el 14 de julio de 2015]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000100008&script=sci_arttext
21. Leone A. Bartlett G. McGoven H. Epidemiology and pathogenesis of *Neisseria gonorrhoeae* infection. Up to Date. 2011
22. Centers for Disease Control and Prevention CDC. STDs & Pregnancy - CDC Fact Sheet. 2012
23. Sempertegui, P, Robles,Z. et al. Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes enmarcado en la Comunidad. Equipo Cerca. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. 2010.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe .CEPAL. Panorama actual y perspectivas futuras de la fecundidad en América Latina, 2011.

25. Bermúdez G. Incidencia de cervicovaginitis en embarazadas que están en control en la UMF No. 73. Universidad Veracruzana Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No. 73 Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México : Febrero Del 2014
26. Cacho J, Sanz F, Blanco A. La enfermedad silenciosa por Chlamydia trachomatis: necesidad urgente de detección y tratamiento en mujeres. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2011; 19: 419-21
27. Burchell N. Genital transmission of human papillomavirus in recently formed heterosexual couples. *J Infect Dis* [Internet]. 2011 Dec [citado 22 julio 2015]; 204(11): [aprox. 7p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-21984739>
28. World Health Organization. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 - 2015: romper la cadena de transmisión [Internet]. s/l: s/n [citado 23 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/index.htm>
29. Ickowicz D. “Enfermedades de transmisión sexual” Centro de información de medicamentos. Costa Rica 2010.
30. Pinto I. “Ruptura prematura de membrana por vaginosis bacteriana en pacientes sin control prenatal adecuado”. Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. De septiembre del 2012 a febrero del 2013. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. Guayaquil- Ecuador 2013
31. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Ministerio de Salud de Perú (MINSA).

32. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y El Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR. 2009.
33. Burt D, Hagan H, Sabin K, Thiede H. Evaluating respondent-driven sampling in a major metropolitan area: Comparing injection drug users in the 2005 Seattle area national HIV behavioral surveillance system survey with participants in the RAVEN and Kiwi studies. *Ann Epidemiol.* 2010;20(2):159-67.
34. McCreesh N, Frost S, Seeley J, Katongole J, Tarsh MN, Ndung'ese R, et al. Evaluation of respondent-driven sampling. *Epidemiology (Cambridge, Mass).* 2012;23(1):138.
35. Rombaldi RL, SE, Mandelli J, et al. Transplacental transmission of human papillomavirus. *Virology* 2009;5:116-30.
36. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Detection of genital HPV types in fingertip samples from newly sexually active female university students. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19:1682-5.
37. Brochero M. "Frecuencia de infecciones de transmisión sexual en el embarazo y su relación con la morbilidad infecciosa materna y perinatal" México 2010.
38. Cavagnaro F, Pereira T, Pérez C, Vargas F, Sandoval C. Sífilis congénita precoz: A propósito de 2 casos clínicos. *Rev. chil. pediatr.* 2014 Feb; 85(1): 86-93.
39. Müller E, Rodríguez A, Núñez L, Moyano L, González P, Osorio E, Díaz L. Prevalencia y factores asociados a la infección Por C.

trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. albicans, sífilis, VIH y vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención de Bogotá, Colombia, 2010.

40. López G, Yunes J. Salud reproductiva en las Américas, Washington, DC: OPS, OMS, 1992:564-79.
41. Ovalle A, Martínez M, de la Fuente F, Falcón N, Feliú F, Fuentealba F. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en un hospital público de Chile. Rev. chil. infectol; 2012. 29(5): 517-520.
42. García J, Santander A. Conjuntivitis gonocócica en niño prepúber. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010. 28(7):475-6.
43. Rodríguez R. "Prevalencia de Infecciones de transmisión sexual en embarazadas" Maracaibo 2013.
44. Mendelson CR. Minireview: fetal-maternal hormonal signaling in pregnancy and labor. Mol endocrinol 2009; 23(7): 947-54.
45. Satterwhite, CL, Grier L, Patzer R, et al. Chlamydia Positivity Trends Among Women Attending Family Planning Clinics: United States, 2004-2008. Journal of the American Sexually Transmitted Diseases Association 2011; 38: 989-994.



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE REGISTRO:

HC: _____

I.-CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad:

1. Grado de Instrucción:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Superior no Universitario |
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Superior Universitario |
| <input type="checkbox"/> Secundaria | |

2. Estado civil:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltera | <input type="checkbox"/> Casada |
| <input type="checkbox"/> Conviviente | <input type="checkbox"/> Divorciada |

3. Ocupación:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

II.-CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTETRICAS

1. Edad de primera relación sexual: _____

2. Número de parejas sexuales: _____

3. Paridad:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Primigesta | <input type="checkbox"/> Gran multigesta |
| <input type="checkbox"/> Multigesta | |

III.-CARACTERÍSTICAS PERINATALES

1. Controles pre natales:

- Completo Ninguno
 Incompleto

2. Término del embarazo

- Aborto Vaginal Cesárea

3. Apgar del Recién Nacido:

- 0-3 4-6 7-10

IV.- INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

- Clamidia Gardenella
 Sífilis Candida
 VIH Tricomona
 HPV

V.-SECUELAS PERINATALES

- Ninguna
 Prematuridad
 Bajo peso al nacer
 RCIU
 Conjuntivitis bacteriana
 Sífilis congénita
 Malformaciones
 VIH/SIDA

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES Y LAS SECUELAS EN PERINATOS. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO, 2012

ANEXO 2

RELACIÓN ENTRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN GESTANTES Y EL APGAR AL MINUTO

Apgar al minuto del recién nacido	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										Total	
	Vaginosis		HPV		Sífilis		Vulvovaginitis		VIH/SIDA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
4-6	0	0	2	3	0	0	0	0	1	1	3	4
7-10	13	18	28	39	6	8	11	15	3	4	61	85
Total	13	18	30	42	6	8	11	15	4	6	64	89

Pruebas de chi-cuadrado

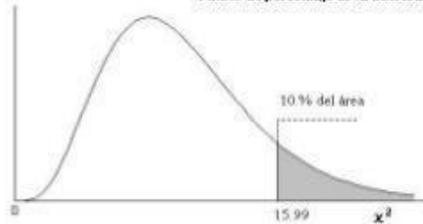
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,535 ^a	6	.477
Razón de verosimilitud	5.165	6	.523
N de casos válidos	64		

a. 10 casillas (71,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

ANEXO 3

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN χ^2

Puntos de porcentaje de la distribución χ^2



Ejemplo:

Para $\phi = 10$ grados de libertad

$$P[\chi^2 > 15.99] = 0.10$$

ϕ	0.995	0.99	0.975	0.95	0.9	0.75	0.5	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	Z_{α}
1	3.93E-05	1.57E-04	9.82E-04	3.93E-03	1.58E-02	0.102	0.455	1.323	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	1
2	1.00E-02	2.01E-02	5.06E-02	0.103	0.211	0.575	1.386	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60	2
3	7.17E-02	0.115	0.216	0.352	0.584	1.213	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84	3
4	0.207	0.297	0.484	0.711	1.064	1.923	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86	4
5	0.412	0.554	0.831	1.145	1.610	2.67	4.35	6.63	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75	5
6	0.676	0.872	1.237	1.635	2.20	3.45	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55	6
7	0.989	1.239	1.690	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.3	7
8	1.344	1.647	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.22	13.36	15.51	17.53	20.1	22.0	8
9	1.735	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.7	23.6	9
10	2.16	2.56	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.55	15.99	18.31	20.5	23.2	25.2	10
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.34	13.70	17.28	19.68	21.9	24.7	26.8	11
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.34	14.85	18.55	21.0	23.3	26.2	28.3	12
13	3.57	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.34	15.98	19.81	22.4	24.7	27.7	29.8	13
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.17	13.34	17.12	21.1	23.7	26.1	29.1	31.3	14
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.04	14.34	18.25	22.3	25.0	27.5	30.6	32.8	15
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.91	15.34	19.37	23.5	26.3	28.8	32.0	34.3	16
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.09	12.79	16.34	20.5	24.8	27.6	30.2	33.4	35.7	17
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.86	13.68	17.34	21.6	26.0	28.9	31.5	34.8	37.2	18
19	6.84	7.63	8.91	10.12	11.65	14.56	18.34	22.7	27.2	30.1	32.9	36.2	38.6	19
20	7.43	8.26	9.59	10.85	12.44	15.45	19.34	23.8	28.4	31.4	34.2	37.6	40.0	20
21	8.03	8.90	10.28	11.59	13.24	16.34	20.3	24.9	29.6	32.7	35.5	38.9	41.4	21
22	8.64	9.54	10.98	12.34	14.04	17.24	21.3	26.0	30.8	33.9	36.8	40.3	42.8	22
23	9.26	10.20	11.69	13.09	14.85	18.14	22.3	27.1	32.0	35.2	38.1	41.6	44.2	23
24	9.89	10.86	12.40	13.85	15.66	19.04	23.3	28.2	33.2	36.4	39.4	43.0	45.6	24
25	10.52	11.52	13.12	14.61	16.47	19.94	24.3	29.3	34.4	37.7	40.6	44.3	46.9	25
26	11.16	12.20	13.84	15.38	17.29	20.8	25.3	30.4	35.6	38.9	41.9	45.6	48.3	26
27	11.81	12.88	14.57	16.15	18.11	21.7	26.3	31.5	36.7	40.1	43.2	47.0	49.6	27
28	12.46	13.56	15.31	16.93	18.94	22.7	27.3	32.6	37.9	41.3	44.5	48.3	51.0	28
29	13.12	14.26	16.05	17.71	19.77	23.6	28.3	33.7	39.1	42.6	45.7	49.6	52.3	29
30	13.79	14.95	16.79	18.49	20.6	24.5	29.3	34.8	40.3	43.8	47.0	50.9	53.7	30
40	20.7	22.2	24.4	26.5	29.1	33.7	39.3	45.6	51.8	55.8	59.3	63.7	66.8	40
50	28.0	29.7	32.4	34.8	37.7	42.9	49.3	56.3	63.2	67.5	71.4	76.2	79.5	50
60	35.5	37.5	40.5	43.2	46.5	52.3	59.3	67.0	74.4	79.1	83.3	88.4	92.0	60
70	43.3	45.4	48.8	51.7	55.3	61.7	69.3	77.6	85.5	90.5	95.0	100.4	104.2	70
80	51.2	53.5	57.2	60.4	64.3	71.1	79.3	88.1	96.6	101.9	106.6	112.3	116.3	80
90	59.2	61.8	65.6	69.1	73.3	80.6	89.3	98.6	107.6	113.1	118.1	124.1	128.3	90
100	67.3	70.1	74.2	77.9	82.4	90.1	99.3	109.1	118.5	124.3	129.6	135.8	140.2	100
Z_{α}	-2.58	-2.33	-1.96	-1.64	-1.28	-0.674	0.000	0.674	1.282	1.645	1.96	2.33	2.58	Z_{α}

Para $\phi > 100$ tómesese $\chi^2 = \frac{1}{2} (Z_{\alpha} + \sqrt{2\phi - 1})^2$. Z_{α} es la desviación normal estandarizada correspondiente al nivel de significancia y se muestra en la parte superior de la tabla.