



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
360 – GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”
ISSSTE

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
ASOCIADAS A EMBARAZO EN PACIENTES QUE SON ATENDIDAS POR
PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “GRAL.
IGNACIO ZARAGOZA” DURANTE EL PERIODO DE
01.SEPTIEMBRE.2013 AL 31.DICIEMBRE.2013.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
MELINA TRUJILLO QUIROZ

ASESORES
DRA. MARTHA RAYON MOLINA



MÉXICO, D.F. 14 DE NOVIEMBRE DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. PATRICIO GUERRA ULLOA
COORDINADOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
JEFE DE GINECOLOGÍA

DR. JUAN RAMÓN CARPIO SOLIS
JEFE DE OBSTETRICIA

DRA. MARTHA RAYON MOLINA
ASESORA DE TESIS

DR. VICTOR GARCÍA BARRERA
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

DR. ARMANDO PÉREZ SOLARES
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DRA. MELINA TRUJILLO QUIROZ
AUTORA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema

1.2. Justificación

1.3. Hipótesis

1.4. Objetivos

1.4.1. General

1.4.2. Específicos

2. MARCO TEÓRICO

3. METODOLOGÍA

3.1. Lugar

3.2. Diseño

3.3. Grupo de estudio

3.4. Tamaño de la muestra

3.5. Variables

3.6. Análisis de datos

3.7. Recursos

3.8. Aspectos éticos

3.9. Descripción general del estudio

3.10. Cronograma de actividades

4. RESULTADOS

5. CONCLUSIONES

6. PROPUESTAS

7. ANEXOS

8. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION.

Las embarazadas pueden infectarse con las mismas enfermedades de transmisión sexual (ETS) que contraen las mujeres que no están embarazadas. El embarazo no ofrece a las mujeres ni a sus fetos ninguna protección adicional contra las ETS. Muchas ETS son "silenciosas", o no tienen síntomas, por lo que las mujeres no saben que están infectadas. Las mujeres embarazadas deben hacerse pruebas de detección de las ETS, incluido el VIH, como parte de la atención médica de rutina durante el embarazo. Las consecuencias de una ETS en una mujer embarazada y en su producto pueden ser más graves y hasta mortales, si la mujer se infecta durante el embarazo. Es importante que las mujeres conozcan los efectos dañinos de las ETS y que sepan cómo protegerse y proteger a sus hijos contra la infección. Las parejas sexuales de las mujeres infectadas también deben hacerse pruebas de detección y recibir tratamiento.

En este estudio se solicitaron pruebas de laboratorio y colposcopias encaminadas a la detección de enfermedades de transmisión sexual a mujeres embarazadas que acudían a consulta de primera vez de control prenatal en el periodo septiembre de 2013 a diciembre de 2013 en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, a partir del análisis de los expedientes clínicos se logró determinar la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en este grupo de pacientes.

Las pruebas de detección y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en las mujeres embarazadas es una forma vital de prevenir graves complicaciones para la salud de la mujer y del bebé, que de otra forma se presentarían por la infección. Mientras más pronto la mujer reciba atención médica durante el embarazo, serán mejores los resultados para la salud de ella y de su feto.

1.1. PROBLEMA

¿Identificar la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas?

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades de transmisión sexual pueden condicionar a mayor riesgo de morbimortalidad en el feto y neonato ya que pueden condicionar aborto espontáneo, parto pretérmino o ruptura de membranas. Así mismo Las enfermedades de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana pueden tratarse y curarse con antibióticos que se pueden tomar en forma segura durante el embarazo. Las ETS causadas por virus, como el herpes genital, la hepatitis B, la hepatitis C o el VIH, no se pueden curar. Sin embargo, en algunos casos estas infecciones se pueden tratar con medicamentos antivirales u otras medidas preventivas para reducir el riesgo de transmisión de la infección al feto.

1.3. HIPÓTESIS

Conocer la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual permitiría conocer a la población afectada por dichas patologías.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. General.

Conocer la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en embarazadas atendidas en consulta de control prenatal en el servicio de obstetricia del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

1.4.2. Específicos

1. Determinar la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en la consulta de control prenatal (sífilis, gonorrea, herpes, clamidia, trichomoniasis, infección por virus del papiloma humano, hepatitis B, hepatitis C, VIH).
2. Detectar oportunamente ETS en embarazadas que acuden a consulta de primera vez a control prenatal a la consulta de obstetricia.

2. MARCO TEÓRICO

Las infecciones del tracto reproductivo son enfermedades frecuentes que tienen consecuencias serias en la salud de las mujeres, hombres y niños. Se le denomina a nivel mundial a la falta de atención que se presta a estas enfermedades “la cultura del silencio”, a pesar de sus obvios efectos negativos sobre la población afectada y de que son entidades nosológicas, pueden ser diagnosticadas y tratadas en forma oportuna y pueden ser prevenibles. La mayoría de estas son enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta “cultura del silencio”, creada alrededor de las ETS entre las mujeres es uno de los paradigmas más importantes a superar para mejorar el diagnóstico, tratamiento y la prevención de estas patologías. 1,2

El control de estas enfermedades es fundamental para mejorar a nivel mundial la salud reproductiva de toda la población. El serio impacto que tienen las ETS sobre las mujeres y los niños y la conexión que existe entre ellas y la prevención del VIH, es para los profesionales de la salud una profunda preocupación en el mundo entero. 3

Ya que se consideran estas enfermedades como una verdadera pandemia en nuestra época, existe actualmente en el mundo 250 000 000 de casos nuevos cada año, en Latinoamérica se estima alrededor de 50 000 000 anualmente. Las infecciones más frecuentes en la actualidad son las siguientes: Vaginosis bacteriana, Gardnerella, clamidiasis, ureaplasma, mycoplasma, blenorragia, sífilis, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por virus del herpes genital, papiloma humano, hepatitis B, y el VIH/SIDA. 4.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de nuevos casos de ETS curables en 1995 – gonorrea, sífilis, clamidias,

monilias y trichomonas- fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ETS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más patógenos. 3

Además de las ETS curables, se estima que para mediados de 1998 se habían infectado acumulativamente a nivel mundial 18.5 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños con el VIH. Se proyecta que el total mundial acumulativo por VIH va a alcanzar los 30-40 millones para el año 2000. 3, Solamente en 1996 esta enfermedad cobró 1.5 millones de vidas humanas y hoy es considerada como 1 de las enfermedades más mortíferas del mundo.

-REPERCUSIÓN SOBRE LAS EMBARAZADAS Y LOS RECIEN NACIDOS-

La repercusión más seria debida a las ETS que excluye al VIH/SIDA tiende a ocurrir en mujeres y recién nacidos. Las complicaciones en las mujeres incluyen el cáncer de cérvix y la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, dolor crónico, embarazo ectópico y mortalidad materna asociada subsecuente.

En los países en vías de desarrollo las complicaciones maternas que se relacionan directamente a las ETS no tratadas representan la primera causa de morbimortalidad materno-infantil. 3 Hoy en día el control de las ETS en el embarazo ha cobrado un auge creciente. Las ETS intrauterinas y de transmisión perinatal pueden tener consecuencias mortales o efectos graves para el feto y la madre. 6 Se ha 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. Los efectos devastadores de la sífilis materna en el feto son bien conocidos. La sífilis materna no tratada puede producir abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad y sífilis

congénita. La transmisión vertical de la sífilis es común y es una de las causas principales de pérdida fetal y muerte perinatal e infantil. El efecto más serio de la sífilis en el embarazo es el aborto espontáneo. 3 Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública se certificará cuando la tasa de incidencia de esta entidad (incluida los neonatos) sea igual o inferior a 0.5 casos por 1000 nacidos vivos. La justificación de definir eliminación de esta manera se basa en 2 resultados previstos de eliminación: a) Más del 95% de las embarazadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo. B) La prevalencia de la sífilis en embarazadas debería reducirse a menos del 1.0.

Por otra parte, las tasas de prevalencia de las infecciones gonocócicas en mujeres embarazadas muestran amplias variaciones geográficas. Estados Unidos tiene la tasa más alta dentro de países industrializados, oscilando del 0.6 al 2.7%. En la mayoría de los países europeos las tasas de prevalencia de la gonorrea en mujeres embarazadas es casi siempre menos del 1%. La tasa de prevalencia en mujeres que acuden a clínicas prenatales en la mayoría de países africanos, varían del 1 al 15%. 16-18 La lentitud con la que se publican los resultados de otros continentes sugiere que algunos países tienen tasas de prevalencia similares a las tasas poblacionales africanas. 19

Las mujeres que cursaron con gonorrea triplicó el riesgo de parto prematuro, así como incremento de riesgo para recién nacidos de muy bajo peso, peso sin prematurez. 23 Sin lugar a dudas la oftalmía gonocócica neonatal es la complicación más importante de la gonorrea en el embarazo.

Las infecciones genitales en ambos sexos con frecuencia son producidas además por la Clamydia. Hoy en día se acepta que estas infecciones son más

frecuentes que las causadas por gonococo e incluso iguala en ocasiones al Herpes virus. Se estima que más del 50% de las uretritis no gonocócicas son causadas por *Clamydia trachomatis*. 4

El papel de la infección clamídica materna en la prematuridad es más debatible. Solo las mujeres que presentan infección clamídica y un nivel elevado de Inmunoglobulina M (IgM) mostraron un riesgo elevado de prematuridad. 24 Existe evidencia de que tanto la infección gonocócica como la clamídica elevan el riesgo de las infecciones postparto.

En cuanto a la transmisión vertical del VIH/SIDA constituye otro problema importante que preocupa a la salud pública mundial. Hoy en día una gran proporción de los adultos afectados son mujeres, en las que se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad. Ello es particularmente cierto en aquellas mujeres entre 20 y 40 años de edad (edad reproductiva) y que también se es causante de la transmisión vertical a los productos de mujeres embarazadas y que se diagnostican al nacer.

Otra de las ETS que ha cobrado un auge en los últimos años es la hepatitis B. Se estima que cada año nacen 20,000 niños de madre 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, ya sea mediante el proceso de atención de parto o lactancia materna, la infección crónica por este virus y otras complicaciones de enfermedades crónicas del hígado asociadas tales como cirrosis y cáncer hepatocelular. Se recomienda la vacunación de todas la embarazadas y la realización de exámenes de rutina en las etapas más avanzadas de cada embarazo para detectar antígenos de virus de la Hepatitis B y determinar cuándo sus recién nacidos requerirán inmunoprofilaxis para la prevención de la infección perinatal.

Por otra parte, el herpes genital se considera como una de las ETS más frecuentes, es la causa más común de infección vesicular ulcerativa en los adolescentes. Es crónica y recurrente, capaz de debilitar el organismo, en otro aspecto se ha relacionado contagio fetal con herpes simple y este puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, produciendo microcefalia, microoftalmia, muerte fetal y aborto espontáneo. Sin embargo el mayor peligro de contagio aparece durante el parto cuando ocurre ruptura de membranas, provocando en el recién nacido encefalitis herpética, conjuntivitis, afecciones en piel y cavidad oral.

La candidiasis vaginal o moniliasis es una de las infecciones del tracto urinario que más afecta a las mujeres, la repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido. Hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Candida albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros.

Como consideración final es importante mencionar que las ETS representan una proporción sustancial de la carga total de enfermedades en las poblaciones de áreas urbanas de alta prevalencia. La detección sistemática, forma oportuna y tratamiento eficaz en las mujeres embarazadas que cursan con una ETS son reconocidas como una intervención barata y factible. 3

3. METODOLOGÍA

3.1. Lugar de la realización

El estudio se realizó en el área Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza, México D.F. de septiembre 2013 a diciembre de 2013.

3.2. Diseño

Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo

3.3. Grupo de estudio

Los sujetos incluidos en este estudio fueron seleccionados en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres con embarazos menores a 34 SDG.
- Embarazadas que acudan a consulta de primera vez.

Criterios de exclusión

- Mujeres con embarazos mayores a 34 semanas.
- Pacientes que acuden a consulta subsecuente de control prenatal.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento para cervicovaginitis.

3.4. Tamaño de la muestra

Mujeres embarazadas (embarazos no mayores a 34 semanas) que acuden a consulta de primera vez a control prenatal en el servicio de obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE.

3.5 Variables

Tabla 1. Definición de variables y unidades de medida			
Variable	Definición	Codificación de categoría	Escala
Edad.	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	12-14 años 15-19 años 20-24 años 25 -34 años 35-39 años 40-44 años Mas de 45 años	Ordinal discontinua
Estado conyugal.	Condición de hecho o de derecho que tienen actualmente las personas de 12 y más años	Unión libre. Casada. Soltera.	Nominal
Niveles de escolaridad.	División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional. Estos son: básico, medio superior y superior.	Nivel básico Nivel medio superior Nivel superior	Nominal
Gravidez	Número de embarazos independientemente del resultado de los mismos.	Primigesta Secundigesta Multigesta	Ordinal discontinua
Lugar de residencia	Lugar de procedencia	Distrito Federal, Estado de México	Ordinal discontinua
Inicio de vida sexual activa	Edad a la que tuvo primera relación sexual	11-20 años 21-30 años 31-40 años Mayor de 40 años.	Cuantitativa de razón.
Resolución obstétrica	Definir vía de resolución del embarazo.	Parto vaginal Cesarea Aborto	

Tabla 2. Definición de variables y unidades de medida				
Nombre de la variable	Descripción de la variable	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Número de pacientes	Es el número consecutivo de pacientes que acuden a la consulta de control prenatal del servicio de obstetricia, por primera vez, con embarazos menores a 34 semanas, del hospital general "Ignacio Zaragoza", durante el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2013.	Cuantitativa de razón	0-n	

Total de pacientes con ETS	Es el número consecutivo de pacientes que acuden a la consulta de control prenatal del servicio de obstetricia, por primera vez, con embarazos menores a 34 semanas, del hospital general "Ignacio Zaragoza", durante el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2013, a las cuales se les realiza el diagnóstico de al menos una de las siguientes enfermedades de transmisión sexual	Cuantitativa de razón	0-n	
ETS	Toda paciente que padezca alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual	Cualitativa	Sí-No	
Clamidiiasis	Una muestra positiva presentará cuerpos de inclusión extracelulares visibles con un aumento de 400 a 500 X en forma de puntitos luminosos. Con un aumento de 1000 X, estos cuerpos de inclusión aparecen como elementos redondeados, con contornos regulares, de un color fluorescente verde manzana uniforme. Una muestra urogenital positiva será aquella que presente al menos 5 cuerpos de inclusión por pocillo.	Cualitativa	si-no	Pathfinder Chlamydia trachomatis es una prueba de fluorescencia directa que3 permite identificar Chlamydia trachomatis en las muestras directas urogenitales y rectales de los pacientes adultos, y oculares o nasofaringeas de pacientes pediaticos. Esta prueba permite identificar Chlamydia trachomatis utilizqndo un anticuerpo monoclonal conjugado con fluoresceína. En Clamydia trachomatis se distinguen 15 tipos serologicos diferentes.
<i>Ureaplasma SPP</i>	Se determina exudado cervico - vaginal positivo para Ureaplasma SPP cuando titulo sea $\geq 10,000$ UFC	Cualitativa	si-no	MICOPLASMA IST 2; es un kit completo destinado a diagnosticar micoplasmas urogenitales. Permite el cultivo y la identificación, el recuento indicativo y la determinación de la sensibilidad a los antibioticos adecuados para Ureaplasma spp y Mycoplasma hominis.
<i>Mycoplasma hominis</i>	Se determina exudado cervico-vaginal positivo para Mycoplasma hominis cuando titulo sea $\geq 10,000$ UFC	Cualitativa	si-no	MICOPLASMA IST 2; es un kit completo destinado a diagnosticar micoplasmas urogenitales. Permite el cultivo y la identificación, el recuento indicativo y la determinación de la sensibilidad a los antibioticos adecuados para Ureaplasma spp y Mycoplasma hominis.
VPH	Colposcopia con lesiones acetoblancas positivas.	Cualitativa	si-no	Colposcopia con lesiones acetoblancas positivas.

Sífilis	VDRL con titulación mayor 1:8 se considera positiva para sífilis. También positivo a infección a aquellas pacientes con anticuerpos totales para sífilis positivos.	Cualitativa	si-no	VDRL-USR antígeno de cardiopina para investigar reagentes de la sífilis en suero sin inactivar, en plasma y LCR (no requiere reconstitución). Se considera positiva con la presencia de floculación mediana o grande/EN CASO DE VDRL POSITIVO se solicitará ANTICUERPOS TOTALES (AT) EN LA SIFILIS EIA II; se usan 3 antígenos recombinantes en la prueba para producir un ensayo que es de alta especificidad y sensibilidad. Los antígenos detectan IgG, IgM e IgA específicos para <i>T. Pallidum</i> , lo que permite detectar anticuerpos durante todas las etapas de la infección.
Herpes genital	Ante presencia de vesículas y/o ulceraciones dolorosas en área genital.	cualitativa	si-no	No aplica
Virus de hepatitis B	Ante prueba positiva para HBsAg	Cualitativa	si-no	Detección cualitativa del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) en el suero y plasma humanos.
Virus de hepatitis C	Ante prueba positiva para virus de hepatitis V (anti HCV).	Cualitativa	si-no	Detección cualitativa de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (anti-HCV) en el suero y plasma humanos.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cultivo positivo para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .	Cualitativa	si-no	En todo exudado vaginal se realiza de forma sistemática detección para especies de <i>Neisseria</i> a través de cultivo en gelosa sangre.
VIH	Toda paciente que tenga anticuerpos positivos contra VIH por ELISA y por Western Blot como prueba confirmatoria.	Cualitativa	Sí-No	ELISA de cuarta generación (ORTHO CLINICAL DIAGNOSTICS - JONHSON JONHSON COMPANY), en caso de 2 elisas positivos para antígenos recombinantes HIV-1 y HIV-2, se realizará NEW LAV BLOT I (Western Blot) que es el equipo para confirmación para la detección de anticuerpos anti-HIV1 en suero /plasma mediante inmunotransferencia. se considerará la prueba positiva cuando haya 2 ENV ± GAG±POL (criterios OMS).

3.6. Análisis de datos

A las variables edad, paridad, parto, cesárea, aborto, ectópico, sangrado, días UCI y estancia total se les realizó un análisis descriptivo consistente en obtener la media, desviación estándar o típica y los valores máximo y mínimo.

Las gráficas obtenidas para las variables cuantitativas en estudio fueron las denominadas de caja mientras que para las variables nominales fueron de sectores o también conocidas como circulares.

3.7. Recursos

Los recursos humanos, físicos y financieros que fueron necesarios para la realización de este estudio se detallan a continuación:

Recursos humanos: participó un residente del cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia encargado de la recolección de los datos, participaron el médico adscrito a la consulta externa de obstetricia, el médico adscrito al área de infectología, el médico adscrito a la unidad de displasias y la jefa de enfermería adscrita a la consulta externa de obstetricia, personal de laboratorio para la validación de pruebas de laboratorio.

Recursos físicos: Hojas tamaño carta con formato realizado para recolección de datos. Se utilizaron los expedientes clínicos para recolección de datos. Computadora Personal de investigador. Impresora de Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Recursos financieros: el trabajo del investigador se considera dentro de la jornada laboral en el Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza.

3.8. Aspectos éticos

Este trabajo no interfiere con las normas de ética ya que solo se hace uso de expedientes clínicos. Así mismo nos apegamos a los convenios establecido por la convención de Viena.

3.9. Descripción general del estudio

El estudio se divide en tres etapas:

Primera: Preparación.

- Integración de la herramienta a utilizar la identificación de las enfermedades de transmisión sexual.

Segunda: Recolección de información.

- Se generó lista de pacientes que cumplieran con criterios de inclusión al estudio.
- Se logró acceso a los expediente clínicos de la muestra.

Tercera: Análisis.

- Integración y procesamiento de la información en programa informativo Excel 2007 de Microsoft office, Company.
- Análisis de la información mediante software SPSS Statistics 16.
- Descripción de resultados, emisión de conclusiones y elaboración de respuestas.

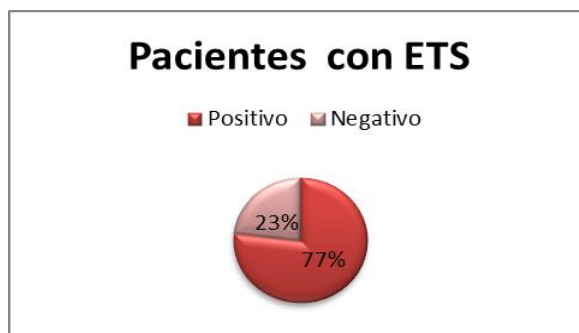
3.10. Cronograma de actividades

Ver anexo 2.

VIII. Resultados.

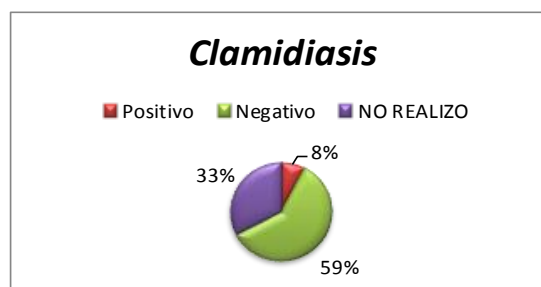
Las pacientes incluidas en la muestra fueron un total de 52 pacientes, los resultados acorde a frecuencia fueron los siguientes:

Número de pacientes	52
Total de pacientes con ETS	40
ETS	
Positivo	40
Negativo	12

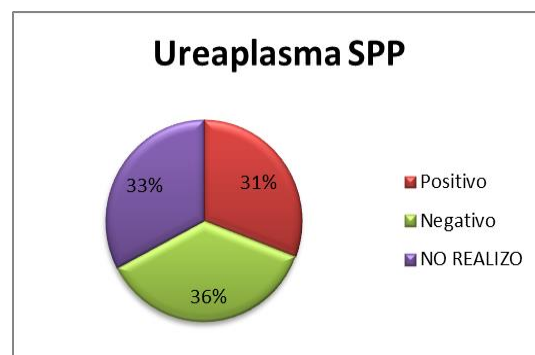


Al realizar el análisis por cada patología los resultados fueron los siguientes:

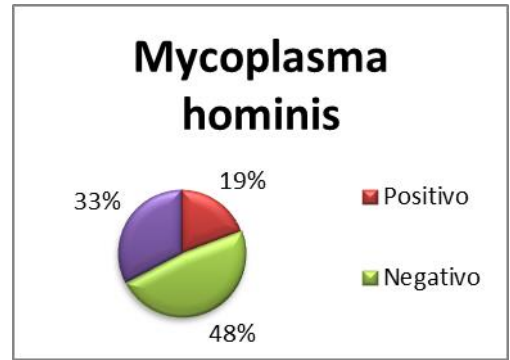
Clamidiasis	
Positivo	4
Negativo	31
NO REALIZO	17



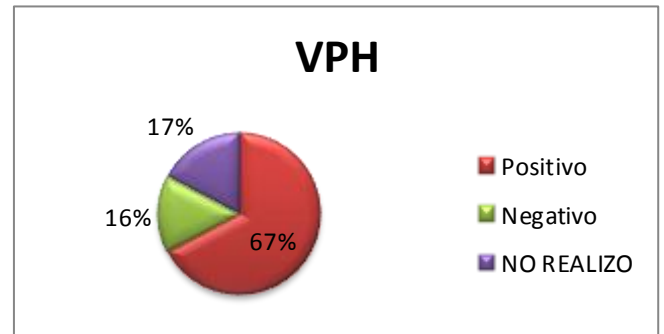
Ureaplasma SPP	
Positivo	16
Negativo	19
NO REALIZO	17



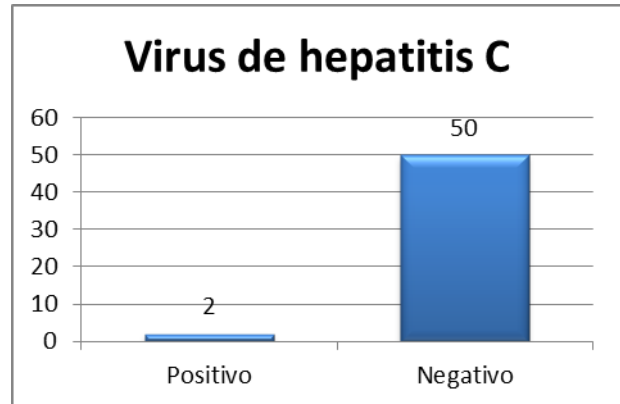
<i>Mycoplasma hominis</i>		
	Positivo	10
	Negativo	25
	NO REALIZO	17



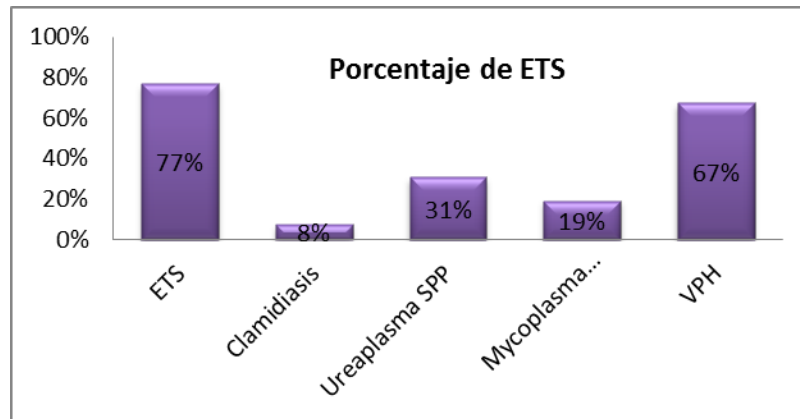
VPH		
	Positivo	35
	Negativo	8
	NO REALIZO	9



Virus de hepatitis C		50
	Positivo	2
	Negativo	50



En esta última grafica del 77 % de pacientes positivas para alguna enfermedad de transmisión sexual su distribución se presenta en la siguiente gráfica.



Las otras enfermedades de transmisión sexual (VIH, hepatitis B, Sifilis, Gonorrea y herpes genital) no se evidenciaron casos positivos.

5. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos del análisis a estas 52 pacientes, nos permiten demostrar que existe una alta frecuencia de enfermedades de transmisión sexual, que se requiere sistematizar la detección oportuna de dichas enfermedades lo anterior con la finalidad de disminuir la morbilidad materno fetal.

Se requiere concientización al personal de apoyo a diagnóstico, ya que a algunas pacientes no realizaron las pruebas en el área de laboratorio por temor a daño a la gestación.

Realizar campañas de concientización para la prevención y diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas.

6. ANEXOS

Anexo 1.

	Elaboración de protocolo y sometimiento a comité	Recolección de datos	Análisis de datos	Reporte de tesis	Recopilación del marco teórico
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Enero-2014					
Feb-2014					
Marzo-2014					
Abril-2014					
Mayo -2014					
Junio - 2014					
Julio - 2014					

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. British Association for sexual Health an HIV (BASSH). National Guideline for the management of Chancroid, 2007.
2. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006 Edition. Public Health Agency of Canada
3. Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.
4. Gross PA Barrett TL. Dellinger EP et-al, Purpose of quality standards for infectious diseases. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 1994;18:421
5. Guidelines for the Use of Antiretroviral agents in HIV-1 Infected adults and adolescents. January 29,2008 Developed by the DHHS Panel of Antriretroviral guidelines for Adults and adolescents- A working group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Panel Antiretroviral guidelines for adults and adolescents.
6. National guidelines for the management of lymphogranuloma venerum. Clinical Efectiveness Group, UK, British Association for sexual Health and HIV (BASHH), 2006.
7. National guidelines for the management of sexually transmitted infections using the syndromic approach, Disease Control and Prevention (hHS/CDC) office in Ethiopia, 2006.
8. National guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ministry of Health and Population National AIDS Program. Arab Republic of Eyp, 2006.
9. National Guidelines on the Management of Early Syphilis. Clinical Effectiviness Group (Association for Genitourinary Medicine and the medical Society for the Study of Veneral Diseases. UK 2006.
10. Norma Oficial Mexicana. NOM-039-SSA2-1999, Infecciones de Transmisión Sexual
11. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Deparment of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Reports, August 4, 2006/Vol. 55/No. RR-11.