



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION
EN PARTO PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS, HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER:
CISNEROS VENTURA, LUCERO NATALY**

**ICA - PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A mis Padres, Por sus sabios consejos Orientándonos en nuestro camino, Por ser los pilares más importantes de mi vida y por su apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis me gustaría agradecerle a DIOS, por haberme dado la vida, ya que sin ella nada de esto hubiera sido posible y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

RESUMEN

Título: Infecciones de transmisión sexual y su relación en parto pre terminado por rotura prematura de membranas, Hospital Regional de Ica 2016.

Objetivo General: Determinar la relación entre las infecciones de transmisión sexual y la rotura prematura de membranas en partos pre términos en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ica 2016.

Material y Método: Es una investigación no experimental analítico, transversal retrospectiva.

Conclusiones: La frecuencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica se presentó el síndrome de flujo vaginal con 42,8%; según el reporte de las Historias clínicas.

Dentro de los factores epidemiológicos encontramos: la edad de 20-35 años con 45,4%; Inicio de relaciones sexuales entre las edades de 15-19 años con 47,4%, compañeros sexuales tuvimos mayor frecuencia de gestantes con 2 compañeros sexuales con 37,1%; que tuvieron con partos pre términos con rotura prematura de membranas en gestantes que cursaron con infecciones de trasmisión sexual atendidas en el Hospital regional de Ica.

Se presentó que las gestantes tuvieron mayor frecuencia de vaginosis bacteriana con 46.9%.

La rotura prematura de membranas se presentó con mayor frecuencia en prematuros leves con 38.7%(34-36 semanas).

Dentro de las complicaciones perinatales de partos pre terminó se presentó con mayor frecuencia la sepsis neonatal con 30.6%.

Donde existe relación entre las variables estudiadas de infecciones de transmisión sexual en relación al parto pre termino con rotura prematura de membranas siendo significativo (p) 0,000 menor $p=0.05$.

PALABRAS CLAVES: Infecciones de Transmisión Sexual; Rotura Prematura de Membranas, Parto Pre Terminó

SUMMARY

Title: Sexually transmitted infections and their relationship in pre-terminated delivery due to premature rupture of membranes, Regional Hospital of Ica 2016

Objective: To determine the relationship between sexually transmitted infections and premature rupture of membranes in preterm births in pregnant women attending the Ica Regional Hospital 2016

Material and Method: This is a non-experimental, descriptive, cross-sectional retrospective

Conclusions: The frequency of Sexually Transmitted Infections in pregnant women attended at the Regional Hospital of Ica presented the vaginal discharge syndrome with 42.8%; according to the report of the Clinical Histories.

Among the epidemiological factors we found: the age of 20-35 years with 45.4%; Initiation of sexual intercourse between the ages of 15-19 years with 47.4%, sexual partners had higher frequency of pregnant women with 2 sexual partners with 37.1%; who had preterm births with premature rupture of membranes in pregnant women who attended sexually transmitted infections treated at the Regional Hospital of Ica.

It was presented that the pregnant women had a higher frequency of bacterial vaginosis 46.9%. Premature rupture of membranes occurred more frequently in mild premature infants with 38.7% (34-36 weeks).

Among the perinatal complications of preterm deliveries, neonatal sepsis was more frequently present with 30.6%.

Where there is a relationship between the studied variables of sexual transmission infections in relation to the preterm birth with premature rupture of membranes being significant (p) 0.000 lower $p = 0.05$.

KEYWORDS: Sexually Transmitted Infections; Premature rupture of membranes, pre terminum delivery

INDICE

	Pág.
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vii
INTRODUCCION	ix

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
1.2.1.- DELIMITACIÓN SOCIAL	12
1.2.2.- DELIMITACION ESPACIAL	12
1.2.3.-DELIMITACION TEMPORAL	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	13
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	13
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	14
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	15
1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	16
1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	18
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	18
1.6.3. MÉTODO	18
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.7.1. POBLACIÓN	18
1.7.2. MUESTRA	19

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.8.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	
1.8.1.	TÉCNICAS	20
1.8.2.	INSTRUMENTOS	20
1.9.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.9.1.-	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.9.2.-	IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	21

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1.1.-	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	22
2.1.2.-	ANTECEDENTES NACIONALES	24
2.1.3.-	ANTECEDENTES LOCALES	25
2.2.	BASES TEÓRICAS	26
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	46

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISCUSION	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63

ANEXOS

Fuentes de Información

Matriz de Consistencia

Ficha de recolección de datos

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual son un motivo importante de consulta obstétrica, siendo además una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; convirtiéndolas así en un problema de salud, que afecta a las mujeres especialmente a las gestantes dejando como consecuencia un riesgo de salud a la madre como a su hijo. Las alteraciones propias del embarazo provocan en la mujer un aumento del riesgo de contraer distintas infecciones de transmisión sexual, que pueden ser peligrosas para su vida y para el buen crecimiento y desarrollo del feto. Por lo que, los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto independientemente de la situación geográfica y económica. Además las infecciones de transmisión sexual suelen darse por diferentes causas, se presentan en una incidencia de 7-20% de las mujeres por año.¹

Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.²

En el embarazo estas infecciones afectan la unidad feto-placentaria, llevando a complicaciones como rotura prematura de membranas, amenaza de parto pre término y recién nacido de bajo peso e incluso en el puerperio, como corioamnionitis e infección puerperal.

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe que se transmite por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de infecciones de transmisión sexual, de esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 hepatitis B, virus del Herpes simple (HSV), VIH y virus del papiloma humano (HPV) son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.³

Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal, son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer. Así como la sífilis puede producir abortos, parto pre términos, óbitos fetales

Algunos factores que influyen son la edad temprana en que se inicia la vida sexual, el número de parejas y el nivel de comportamiento de riesgo contribuyen también en la posibilidad de transmitir el VIH y/o una ITS.

Las infecciones genitales en ambos sexos con frecuencia son producidas por la clamidia. Hoy en día se acepta que estas infecciones son más frecuentes que las causadas por el gonococo, e incluso, iguala en ocasiones a las del herpes virus. Muchos autores la consideran como una de las enfermedades infecciosas de la década. Se estima que más del 50% de las uretritis no gonocócicas son causadas por la clamidia trachomatis.⁴ El papel de la infección clamídica materna en la prematuridad es más debatible. Sólo las mujeres con infección clamídica y un nivel elevado de Inmunoglobulina M (IgM) se encontraron con un riesgo elevado de prematuridad.⁵

Existe evidencia de que tanto la infección gonocócica como clamídica elevan el riesgo de las infecciones posparto. El 20 % de las madres que tuvieron su parto en un estudio que se realizó en Nairobi, desarrollaron infección clínica posparto dentro de los 7 a 28 días del parto, y aproximadamente el 50 % de estas infecciones se podían atribuir a la *Neisseria gonorrhoeae* y a la *Chlamydia trachomatis* o ambas.⁶

La presente investigación trata de relacionar las ITS, producida por bacterias y parásitos son capaces de producir rotura prematura de membranas en partos pre términos, esta investigación solo se encargará de la clamidia, tricomonas y vaginosis bacteriana que tienen una relación más cercana con el problema planteado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La rotura prematura de membranas (RPM) es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación.⁷ Su importancia radica en que está asociada a casos de parto pre término, conllevando a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal constituyendo así un problema de salud pública.⁸

A nivel mundial, aproximadamente una de cada siete nacimientos es prematuro y la rotura prematura de membranas es una de las principales causas.⁸

En Perú de todos los embarazos la rotura prematura de membranas se encuentra en una frecuencia 10 % y en un 20% de embarazos pre término Según datos estadísticos del Instituto Materno Perinatal

La investigación trata de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica donde tenemos el 8% de partos pre términos en nuestra institución generando un problema de salud pública por la demanda existente y la falta de infraestructura para la atención especializada y es la rotura prematura de membranas representan un importante problema de salud en el

mundo por su elevada morbilidad, son varios los gérmenes que pueden causar infecciones ginecológicas y entre los más frecuentes tenemos: Trichomona Vaginalis, Gardnerella Vaginalis, Chlamydia Trachomatis. La detección temprana de esta afección y los microorganismos asociados a ella, permiten un eficaz y oportuno tratamiento, para poder evitar complicaciones en la etapa perinatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que las infecciones de transmisión sexual están causadas por una variedad de microorganismos que incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos, estas pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de la mujer.⁹

En general aproximadamente 8 a 10% de los embarazos a término, las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto, es responsable del 30% de morbilidad y mortalidad neonatal en gestaciones prematuras.¹⁰ El diagnóstico de RPM es fundamental y no siempre sencillo. La confirmación se obtiene al visualizar la salida de líquido amniótico al examen con espéculo. Sin duda, uno de los principales problemas en el manejo de estas pacientes es decidir la conducta a seguir, pudiendo ser conservadora y esperar que el parto se produzca en forma espontánea, o buscar que este se inicie mediante alguna técnica de inducción, para minimizar las complicaciones, especialmente infecciosas, en madre y feto. La toma de decisión va a influir en el resultado final de la vía de parto¹¹.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional de Ica.

1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL

La investigación se llevó a cabo en gestantes que tuvieron diagnóstico de infección de transmisión sexual con rotura prematura de membranas en partos pre término que acudieron al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Ica

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación se ejecutó durante el año 2016.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre las infecciones de transmisión sexual y la rotura prematura de membranas en partos pre términos en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

p.s.1: ¿Cuál es la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?

p.s.2: ¿Qué factores epidemiológicos contribuyen en las infecciones de transmisión sexual en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?

p.s.3: ¿Qué tipo de infecciones de transmisión sexual se presentan con mayor frecuencia en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?

p.s.4: ¿A qué edad gestacional hay mayor frecuencia de rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?

p.s.5. ¿Cuál es la complicación más frecuente en recién nacidos con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las infecciones de transmisión sexual y la rotura prematura de membranas en partos pre términos en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- o.e 1:** Determinar la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.

- o.e.2:** Identificar los factores epidemiológicos que contribuyen en las infecciones de transmisión sexual en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016

- o.e.3:** Identificar que infecciones de transmisión sexual se presentan con mayor frecuencia en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016

- o.e 4:** Determinar a qué edad gestacional hay mayor frecuencia de rotura prematura de membranas en partos términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016.

- o.e.5:** Determinar la complicación más frecuente en recién nacidos con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Hipótesis Alternativa (Ha): Existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con rotura prematura de membrana en gestantes con parto pre término que acudieron al Hospital Regional de Ica, 2016.
- Hipótesis Nula (Ho): No existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con rotura prematura de membrana en gestantes con parto pre término que acudieron al Hospital Regional de Ica, 2016.

1.5.2. VARIABLES

1.5.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Infecciones de Transmisión sexual

1.5.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Rotura prematura de membranas

1.5.2.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Parto pre término

1.5.3.-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO Y NATURALEZA	FUENTE
V.I Infecciones de transmisión sexual	Son infecciones que se transmiten por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos.	1.etiología a) sífilis b) vaginosis bacteriana c) Dolor abdominal bajo d) trichomonas e) Candidiasis.	Si () No ()	Nominal cualitativa	Ficha de recolección de datos Historia clínica
		2.factor es epidemiológicos a) edad	a.15-19 años b.20-35 años c.36-40 años	Nominal cuantitativa	
		b) N° de parejas sexuales	a.1p () b.2p () c.3-5 () d.mas de 6 p ()	Ordinal cuantitativa	
		C) inicio de relaciones sexuales	a. Menor de 14 años () b. 15 a 19 años () c. > 20 años ()	Ordinal cuantitativa	
V.D Rotura prematura de membranas	Rotura espontánea de las membranas corioamnióticas, desde las 22 semanas de gestación,	Rotura prematura de membranas	Si () No ()	Nominal cualitativa	Ficha de recolección de datos

	hasta antes del inicio del trabajo de parto				Historia clínica
v. interviniente parto pre término	Se denomina parto prematuro o de pre término al que tiene lugar entre la 22 y 37 semanas de gestación	1.clasificación	a. <28 ss () b. 28-30 ss () c. 31-33ss () d. 34-36 ss ()	Ordinal Cuantitativa	Ficha de recolección de datos Historia clínica
		2.complicaciones perinatales	a) síndrome de ristes respiratorio b) hipoxia perinatal c) membrana hialina d) sepsis e) hipotermia	Si () No ()	

1.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio no experimental Analítico transversal retrospectivo.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Corresponde a un nivel relacional retrospectivo pues solo se limitará a estudiar la relación que existe entre las variables de estudio y se medirá en tiempo pasado.

1.6.3 MÉTODO

Relacional - Inductivo pues del análisis de las variables se analizarán en conclusiones generales a través de las variables de estudio observacionales y la relación que existe entre las variables de estudio infecciones de transmisión sexual y parto pre término en gestantes con rotura prematura de membranas.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

Está conformada por Gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica, en el año 2016 con diagnóstico de parto pre término por rotura prematura de membranas con infección de transmisión sexual (207 gestantes).

1.7.2 Muestra

La muestra estudiada está conformada por 54 casos según la formula con población finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N= 207 (Total de gestantes atendidas en el HRI)

$Z = 95\% = 1.96 =$ (nivel de confianza).

$p = 95\% = 95/100 = 0.95$ (prevalencia de ITS)

$q = 1 - 0.95 = 0.05$

$d = 5\% = 0.05$ (error muestra).

$$n = \frac{207 \times (1.96)^2 \times 0.95 \times 0.05}{(0.05)^2 \times (207 - 1) + (1.96)^2 \times 0.95 \times 0.05}$$

$$n = \frac{207 \times 3.8416 \times 0.95 \times 0.05}{0.0025 \times 206 + 3.8416 \times 0.95 \times 0.05}$$

$$n = \frac{37.772532}{0.515 + 0.182476}$$

$$n = \frac{37.772532}{0.697476}$$

$n = 54$

$N = 207$ (Tamaño de la población).

$n = 54$ (Tamaño de la muestra).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- gestantes con diagnóstico de parto pre término más RPM más ITS
- Historia clínica legible y completa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- gestantes con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual sin RPM, sin parto pre término
- Historia clínica incompleta y no legible

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

En la presente investigación se aplicó el análisis de tipo inductivo documental porque la fuente de información es de las historias clínicas y los reportes estadísticos. Muestreo aleatorio simple.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Se utilizó la ficha de recolección de datos, elaborada para la investigación de acuerdo a los objetivos de estudio.

1.8.3. ANALISIS DE LA INFORMACION.

El análisis será analítico inductivo para conocer la relación de las infecciones de transmisión sexual en la rotura prematura de membranas donde los datos recolectados fueron procesados a través del programa de Excel SPPS 22, para el análisis inferencial de las variables donde se aplicara la relación a través de chi cuadrado de Pearson con $p < 0.05$ de significancia que indica la relación de la variables estudiadas con el 95 %.

Formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

1.9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es importante porque permite brindar soluciones a las complicaciones que presentan las embarazadas con infecciones de transmisión sexual, incluyéndolas en actividades diarias del control de su embarazo, para que llegue a feliz término.

Los hallazgos investigativos contribuirán a tomar acciones dirigidas a disminuir complicaciones de las infecciones de transmisión sexual e intervenir a las embarazadas en el período prenatal para un diagnóstico oportuno para prevenir los partos pre término.

1.10. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación permitirá determinar la relación de las infecciones transmisión sexual y la rotura prematura de membranas en parto pre término y así establecer un punto de partida en donde se pueda aplicar una serie de medidas preventivas con el fin de disminuir las complicaciones más frecuentes en el embarazo y con mayor prevalencia.

Sabiendo que actualmente es necesario, un abordaje efectivo de las Infecciones vaginales, además de ser un enfrentamiento racional y objetivo contra un grupo de agentes infecciosos específicos Como: Vaginosis bacteriana, trichomonas vaginalis, chlamydia. Es por ello que realizamos esta investigación para así detectar oportunamente esta patología y así evitar la morbi-mortalidad materna neonatal y poder enfocar la parte preventiva en los establecimientos del primer nivel ya que va de la mano con las infecciones del tracto urinario y esto a su vez produce el retardo de crecimiento intrauterino y la disfunción placentaria así como sepsis en el recién nacido. Así también las complicaciones propias del puerperio como son las infecciones de herida operatoria

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTE DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

OVALLE ET AL. “Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en un hospital público de Chile”. Chile 2012.¹²

Resultados: Los resultados muestran prevalencia baja de *C. trachomatis* y de *T. vaginalis* y ausencia de *N. gonorrhoeae*, proporción que se mantiene estable en este establecimiento desde la década de 1990, con leve aumento de *C. trachomatis*

Se analizaron 258 muestras cérvico-vaginales obtenidas consecutivamente. Tres muestras fueron excluidas por empleo de antimicrobianos en los últimos 30 días. La edad materna promedio fue de 27,7 años, con un rango entre 14 y 43 años. Ciento ochenta y siete (73,3%) fueron multíparas y 68 (26,7%) primíparas. Se analizaron 255 muestras cérvico-vaginales. *C. trachomatis* fue detectada en 15 (5,9%) de las mujeres embarazadas. *T. vaginalis* se aisló en 6 (2,4%) de ellas, mientras que *N. gonorrhoeae* no se encontró en las gestantes.

MORALES D, DELGADO (2015) “Prevalencia de Enfermedades de Transmisión sexual en adolescentes embarazadas del Centro de Salud Pascuales de la provincia del Guayas en el año 2015”. Ecuador 2015.¹³

RESULTADOS: Las adolescentes diagnosticadas con ITS cursando su embarazo tienen una edad promedio de 17 años las cuales aún están cursando educación primario o interrumpieron sus estudios en el curso de está representando el 64 % Los factores relacionados al núcleo familiar de las adolescentes embarazadas con ITS, reportan, un núcleo adecuado sin la presencia de maltrato físico o sexual en un 60.9% de los casos, con ocupación de exclusiva de estudiantes 65.7% ; con la prevalencia de infecciones por trichomonas.

AMAGUAÑA C. “Influencia de las Infecciones vaginales en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes atendidas en el subcentro de salud de la parroquia Cunchibamba”. Ecuador 2014.¹

RESULTADOS: La frecuencia de infecciones vaginales en el grupo estudiado fue del 68.99%, donde el 17% presentaron signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino, la edad de las pacientes en la que mayoritariamente se diagnosticó infección vaginal fue de 15-19 años que corresponde al 47.29%, el nivel de instrucción predominó la primaria con el 45.47%, la edad gestacional fue entre 22- 27 semanas que es del 40.31%, el agente causal con mayor frecuencia en las embarazadas fue Cándida Albicans con el 32.56%.

ERAZO N, GUEVARA J. “infecciones vaginales como riesgo de parto prematuro”. Ecuador 2016. ¹⁴

RESULTADOS: de los 14 estudios, 6 no mostraron significación en relación a la vaginosis bacteriana como factor de riesgo al parto prematuro y bajo peso al nacer, mientras que 9 estudios reflejan que la vaginosis bacteriana muestra aumento de riesgo en relación con el parto prematuro

UGALDE D, HERNÁNDEZ M (2012) “Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pre término en adolescentes”. Chile 2012.¹⁵

Resultados: De las adolescentes con parto pre término el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término ($p=0,02$). El 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal en comparación con 35,1% de las de parto a término ($p=0,01$).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

CAMPOS D. “Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pre término en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014”¹⁶

Resultados: Del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos, se ha establecido que de los 443 casos de RPM, 113 fueron RPM en gestantes pre término. El factor de riesgo más frecuente asociado a RPM fue el síndrome de flujo vaginal, 51.33%, seguido por bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, nuliparidad, ITU, RPM anterior, antecedente de más de un aborto y gestación múltiple.

SULLÓN M. “Factores de Riesgo en Gestantes con Rotura Prematura de Membranas, Atendidas en el Hospital de Barranca - Cajatambo en el periodo agosto 2013 - abril 2014”. Perú 2014. ¹⁷

Resultados: Fueron que las gestantes están en edades de 19 a 29 años, que sumado da un porcentaje de 66.6% y que representa un factor social, cursan con estudios secundarios en un 58.3%, son convivientes 70.8%, y amas de casa en un 85.4%. Dentro de los factores obstétricos el que más porcentaje se obtuvo fueron que las gestantes presentaron infecciones urinarias, e infecciones vaginales en un 58.3%, llevando a la conclusión que estas dos patologías desencadenaron para que las gestantes presentaran rotura prematura de membranas, de igual manera se presentó en las gestantes múltiparas en un 62.5% y con antecedentes de parto prematuro en un 58.3%

Huneeu A, Pumarino M, et.al.. Chile 2009.¹⁸

Resultados: Encontraron una tasa de infección de *Chlamydia trachomatis* de 6.9% en adolescentes y jóvenes chilenas, No se encontró gonorrea. Las pacientes embarazadas tuvieron más *Chlamydia trachomatis* que las no embarazadas. HuneeuA, Pumarino M, SchillingA, Robledo P, BofilM. Prevalencia de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseriagonorrhoeae* en adolescentes chilenas. Revista médica de Chile, Santiago, 2009; 137: 1569-1574.

Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas Perú 2014 ⁷

Resultados: complicaciones maternos en 34,5 % (49 casos), donde la coriamnionitis fue el más frecuente (23,9 %). Hubo resultados perinatales en 32,4 % (46 casos), donde el síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente (21,8 %).

2.1.3 Antecedente local

CAJO L. (2015-2016) en Ica, Universidad Privada Alas Peruanas, para optar el título profesional de licenciada en obstetricia realizó un estudio titulado:

” Prevalencia de infecciones de transmisión sexual VIH-sida en mujeres del hospital Regional de Ica 2015-2016”¹⁹

Resultados: La prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Ica es de 9.5 por debajo de la prevalencia nacional según la encuesta ENDES 2014. Dentro de los factores epidemiológicos encontramos que la edad del paciente afectado de estas enfermedades estudiadas tiene una frecuencia de 45.5% entre las edades de 18-29 años lo que hace una población vulnerable y grupo etario de 12-17 años con 17%. El inicio de las relaciones sexuales de nuestra población estudiada es 15-19 años con 45,5% lo que hace mayor el riesgo de estas infecciones de transmisión sexual y el riesgo de infectar

de VIH/SIDA. En relación a la condición económica encontramos a mujeres de bajos recursos con 56%

Munayco Neyra, Claudia Isabel “Factores que intervienen en la ruptura prematura de membranas en gestante atendidas en el Hospital San José de Chincha, Julio – Diciembre 2010”²⁰

Resultados: Siendo la ruptura prematura de membranas una complicación obstétrica en virtud que representa un impacto de riesgo materno perinatal, por la morbilidad que se asocia a la prematuridad. El diagnóstico fue comprobado con el Test de hebrecho positivo. La RPM es multifactorial, los factores de riesgo en las gestantes según el orden de importancia son: antecedente de infección urinaria con un OR= 111, antecedente de Vaginosis bacteriana con un OR=9.61, inadecuado control prenatal con un OR= 6.25, coito previo a la última semana del RPM con un OR= 3.56 y por último el hábito de fumar con un OR= 2.02.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

➤ EPIDEMIOLOGIA

La OMS estimó 333 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual curables se presentan en personas de 15 a 49 años, la mayoría en países en desarrollo, que incluyen países miembros de la Comunidad Europea. Por otra parte cálculos recientes reportan que cada año se presentan en el mundo más de 340 millones de casos de infecciones vaginales curables, que tienen como manifestación el síndrome de flujo vaginal, susceptibles de tratamientos efectivos y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se contagiaron entre 35 y 40 millones de casos con más de 100 mil infecciones promedio por día.²¹ Muchas ITS en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitisB

primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de infecciones de transmisión sexual. De esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

➤ **DEFINICIÓN**

Las siglas ITS se emplean para referirse a las Infecciones de Transmisión Sexual, las que, como su nombre indica, se transmiten entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos.

➤ **VÍAS DE CONTAGIO**

- Vía sexual
- Vía parenteral: por agujas contaminadas
- Vía vertical: de madre a hijo

➤ **FACTORES RIESGO**

- Tener relaciones sexuales sin protección
- Tener varias parejas sexuales
- Tener pareja sexual con varias parejas sexuales
- Inicio temprano de relaciones sexuales

➤ **COMPLICACIONES**

Las consecuencias más serias de las enfermedades de transmisión sexual se producen en mujeres y recién nacidos, y representa en muchos países subdesarrollados la primera causa de morbilidad materno infantil, pues se ha visto una asociación entre ellas y el cáncer de cérvix, la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, y el embarazo ectópico en las mujeres. La transmisión perinatal de las infecciones de transmisión sexual ha sido causa también de abortos espontáneos, prematuridad y bajo peso al nacer, teniendo además consecuencias mortales o efectos graves para el feto.

➤ **DIAGNÓSTICO**

En los países de altos ingresos se utilizan ampliamente pruebas de diagnóstico de ITS muy precisas. Esas pruebas son particularmente útiles para diagnosticar infecciones asintomáticas. Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos las pruebas de diagnóstico generalmente no están disponibles. Cuando lo están, suelen ser costosas y geográficamente inaccesibles; además, con frecuencia, los pacientes tienen que esperar mucho tiempo (o deben regresar) para recibir los resultados. En consecuencia, el seguimiento puede ser difícil y la atención o el tratamiento pueden quedar incompletos.

Los únicos análisis rápidos y económicos actualmente disponibles en relación con una ITS son los de la sífilis y del VIH. El análisis de la sífilis ya se realiza en algunos entornos de recursos limitados. Por otro lado la estrategia ha establecido el tratamiento de las Infecciones de Trasmisión sexual a través de Síndrome en este caso solo se hablara del Síndrome de Flujo vaginal. Sin embargo, aún es necesario redoblar esfuerzos en la mayoría de los países de ingresos

bajos y medianos, a fin de asegurar que más adolescentes mujeres se infecten de las ITS incluyendo el VIH-Sífilis.

Con respecto a otras ITS, se están desarrollando algunos análisis rápidos que podrían mejorar el diagnóstico y tratamiento de esas infecciones, especialmente en entornos de recursos limitados.¹

➤ **TRATAMIENTO Y MANEJO**

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS.

- Tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis únicas existentes.
- Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.
- Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento. El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas orales e inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos convierten a la gonorrea en un organismo polifarmacorresistente. En cuanto a otras ITS, la resistencia a los antimicrobianos es menos común pero también existe, y por lo tanto la prevención y el tratamiento tempranos son cruciales.¹

En los países de ingresos bajos y medianos, el manejo de casos se centra en la identificación de grupos coherentes de signos y síntomas fácilmente reconocibles, que luego determinarán el tratamiento a seguir, sin recurrirse a pruebas de laboratorio. Esto se conoce como manejo sindrómico. Este método, que suele fundamentarse en el uso de algoritmos clínicos, permite a los trabajadores sanitarios diagnosticar determinadas infecciones sobre la base de los síndromes observados (por ejemplo, secreción vaginal, secreción uretral, úlceras genitales, dolor abdominal).²²

La gestión de los síndromes es sencilla, asegura un tratamiento rápido en el día y evita pruebas de diagnóstico costosas o no disponibles. No obstante, este enfoque pasa por alto las infecciones que no presentan ningún síndrome, que son la mayoría de la ITS en todo el mundo.²²

➤ **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS FRECUENTES**

a) VAGINOSIS BACTERIANA

Antes conocida como Vaginitis no específica pues no se encontraba aparente ningún microbio en esta infección. Las causas de este padecimiento son múltiples, pero principalmente es provocado por sobre crecimiento de *Gardnerella vaginalis* y *Mobiluncus* (anaerobio) provocando un desequilibrio en la microflora vaginal. Se ha comprobado otro tipo de microorganismo que pueden asociarse en esta infección pudiendo causar complicaciones más serias (*Mycoplasma*, que puede producir esterilidad). La vaginosis bacteriana (VB) es una alteración de la flora vaginal, en la cual se aumentan los anaerobios y gérmenes como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* y *micoplasma*, entre otros, y se disminuyen los lactobacilos. En las mujeres embarazadas con vaginosis bacteriana se presenta un aumento de las citocinas

pro-inflamatorias en el cérvix, en comparación con las no embarazadas. La prevalencia de vaginosis bacteriana varía de 4 a 46%, dependiendo de la población estudiada. En mujeres asintomáticas la prevalencia es de 12 a 14%, y es similar en mujeres gestantes. La vaginosis bacteriana se asocia con el doble de riesgo de parto pretérmino.

Tratamientos recomendados para gestantes:

- Metronidazol 500 mg/12h durante 7 días VO.
- Metronidazol 250 mg/8h durante 7 días VO.
- Clindamicina 300 mg/12h durante 7 días VO. ¹

b) CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La Chlamydia Trachomatis es un coco Gram negativo de pequeño tamaño, inmóvil y de morfología esférica. Actualmente esta es una de las infecciones bacterianas de transmisión sexual y perinatal más frecuentes. La prevalencia varía entre 2 y 20%, en el embarazo varía de 2 a 40%, según la población estudiada. La infección por Chlamydia Trachomatis (CT) durante el embarazo se asocia con aumento del riesgo de amenaza de parto pretérmino y de rotura prematura de membranas. La Chlamydia Trachomatis también puede ser responsable de la presencia de restricción del crecimiento intrauterino, de corioamnionitis y de endometritis posparto tardía. Además del mecanismo de lesión a las membranas ovulares causado por el efecto de la reacción inflamatoria y de las enzimas lisosomales, las Chlamydias pueden producir un efecto citopático y citotóxico directo en las células del corioamnión porque su ciclo de vida implica una replicación intracelular, que se ha observado en las células amnióticas humanas. En las células amnióticas se produce muerte celular cuando el organismo es liberado para diseminarse a otras células; esto debilita las membranas y produce su ruptura. ¹

Presentación Clínica: Asintomáticas (30-50%). Presencia de una secreción muco-purulenta amarillenta y una tendencia de la mucosa a sangrar ante mínimos traumatismos.

El tratamiento de la infección por Chlamydia Trachomatis en el embarazo disminuye la frecuencia de ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y bajo peso al nacer. El tratamiento recomendado en la gestación es:

- Eritromicina 500 mg vía oral, cada 6 horas durante 7 días
- Amoxicilina 500 mg vía oral, cada 8 horas durante 7-10 días.
- Azitromicina 1 g vía oral, dosis única. Siempre se debe tratar al compañero sexual. ¹

c) TRICHOMONAS VAGINALIS

El Trichomonas vaginalis (TV) es un protozoo flagelado, unicelular, anaerobio. La infección por Trichomonas vaginalis se asocia con riesgo aumentado de resultados adversos en el embarazo, como amenaza de parto pre término y asociación con ruptura de membranas en embarazo a término y en embarazo pre término. La transmisión perinatal de la Trichomona vaginalis ocurre en un 5% de pacientes, pero es importante tenerla en cuenta cuando se manifiesta la infección vaginal en niñas recién nacidas, la cual tiende a desaparecer hacia los tres meses debido a la atrofia vaginal por la disminución de estrógenos. La presentación clínica de esta infección oscila desde asintomática hasta producir una vaginitis muy severa; el cuadro clásico se caracteriza por flujo vaginal abundante de color gris a verdoso, con burbujas, fétido, acompañado de prurito, eritema, edema de vulva y vagina, dispareunia. A la especuloscopia se observan lesiones en vagina y cérvix, en forma de petequias o hemorragias puntiformes, o un aspecto denominado cérvix en fresa, por la presencia de micro-abscesos sobre un fondo inflamatorio¹

El diagnóstico se puede determinar con un frotis en fresco del flujo vaginal, en el cual se observa el protozoo flagelado, móvil. Este examen tiene una sensibilidad del 60%. El pH vaginal es mayor de 4,5 y la prueba de aminas es positiva. El tratamiento de elección para la *Trichomona vaginalis* en embarazadas es el metronidazol 2 g VO, dosis única, o 500 mg cada/12h durante 5 días, no se recomienda su uso durante el primer trimestre del embarazo. En el primer trimestre del embarazo una alternativa puede ser el Clotrimazol 1 Tableta vaginal/día por 7 días. El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento¹

d.) CANDIDA ALBICANS

➤ EPIDEMIOLOGIA

No se conoce la real incidencia de la candidiasis vaginal. Una de las razones es la automedicación y/o el sobrediagnóstico del problema. Por ejemplo, algunas pacientes pueden tener un flujo fisiológico autolimitado a mitad del ciclo menstrual, que podría confundirse con una recurrencia de la infección por *Candida* y si la paciente se automedica con cualquier alternativa disponible en el mercado, o no se hace un adecuado diagnóstico y se le da tratamiento antimicótico, la molestia de los síntomas pasará espontáneamente, pero la paciente y el médico que no hizo un diagnóstico certero de la molestia quedarán con la impresión que el tratamiento administrado tuvo el efecto terapéutico deseado.

➤ COMPLICACIONES

La Candidiasis vulvovaginal severa Eritema vulvar, edema, excoriación y formación de fisuras están usualmente asociadas con éxitos terapéuticos bajos al tratamiento tópico de cursos cortos o a la terapia oral, las que usualmente se

dan en la vulvovaginitis no complicadas. Se recomienda, en estos casos, tratamiento tópico por 7 a 14 días de alguna alternativa azólica y/o fluconazol, 150 mg en dos dosis secuenciales, segunda dosis 72 horas después de la primera.

Candidiasis vulvovaginal recurrente La candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR) es definida como 4 o más ataques de infección sintomática de vaginitis por *Cándida* en un periodo de 12 meses. Aproximadamente, 90% se debe a *C. albicans*. Se suele ver en un huésped con alguna patología de fondo, por ejemplo, diabetes no controlada, uso de esteroides por lupus o por cualquier otra indicación médica, en mujeres inmunocomprometidas, obesidad, etc. El uso de terapia de reemplazo hormonal, la administración tópica estrogénica, así como la necesidad de consumo de tamoxifeno, las dermatosis vulvares, liquen escleroso, eczema, dermatosis atópica, han sido descritas como factores de riesgo para la CVVR. Sin embargo, cerca de la mitad de pacientes con CVVR no tiene algún factor de riesgo. La patogénesis es idiopática e incomprensible. Se ha visto que existe cierta predisposición genética inmunológica en la CVVR idiopática. Pacientes con CVVR requieren una terapia prolongada. Usualmente, cada recurrencia sucesiva de vaginitis tiende a ser causada por la misma cepa de *Cándida* que originó la crisis anterior. El *C. glabrata* es el segundo agente etiológico más frecuente, luego del *C. albicans*. La microscopía directa del flujo vaginal puede ayudar al diagnóstico de candidiasis, vaginosis bacteriana y tricomoniasis

Recolección de la muestra. Tomar la muestra de flujo vaginal con un hisopo de algodón, de las paredes de la vagina o del fondo de saco, donde suele acumularse el flujo.

Preparación de la lámina Colocar el hisopo en un tubo de ensayo que contiene 0,5 mL de solución salina. Agitarlo para

una adecuada distribución y decantar una gota en una lámina portaobjeto, cubrirlo con portalámina.

¿Qué se busca? Examinar a 100X para la identificación de tricomonas móviles. Examinar a 400X para la búsqueda de hongos y tricomonas. Para identificar más fácilmente a los hongos se mezclará, en otra lámina, una gota de la secreción del tubo de ensayo con una gota de KOH al 10%, para disolver las otras células. El KOH mata bacterias y células de la vagina, dejando solo a los hongos.

Importante No se debe de olvidar la búsqueda de evidencia de otras infecciones vaginales o cervicales, ya que las infecciones múltiples son comunes. El tratamiento inadecuado de una VVC debido a terapia inefectiva, duración insuficiente de la terapia o (en el caso de regímenes orales) interacciones con otras drogas, que disminuyan el nivel de la droga administrada; otras infecciones (tricomoniasis, vaginitis bacteriana), dermatitis de contacto, vaginitis atrófica, hipersensibilidad, liquen plano erosivo, alergia, síndrome de Behcet, pénfigo, etc. La enfermedad severa se suele acompañar de edema significativo, flujo, fisuras; por lo tanto, la paciente no va a encontrar mejoría antes de 72 o 96 horas. La resolución completa puede tomar 1 a 2 semanas. En la CVVR se les administra dos dosis sucesivas de 150 mg de fluconazol, con 72 horas de intervalo entre dosis y dosis; posteriormente, una dosis de mantenimiento de 150 mg semanal durante seis meses; obteniéndose algo más de 90% de éxito terapéutico. Se debe vigilar las enzimas hepáticas, por el potencial riesgo de hepatotoxicidad. En los siguientes 6 meses, se puede observar algo más de 40% con ausencia de enfermedad. Aunque no haya evidencia médica descrita en la literatura, parece muy razonable acompañar al tratamiento sistémico un tratamiento tópico profiláctico de

un curso de tratamiento una vez al mes por seis meses. Se recomienda la disminución o erradicación de los factores predisponentes, como el uso de antibióticos, de preparaciones vaginales antisépticas y antibióticas o de duchas vaginales. El tratamiento simultáneo de un foco rectal con nistatina o fluconazol oral no es útil para la prevención de recurrencias. Balanitis La balanitis, que se caracteriza por eritema del glande o inflamación del glande y prepucio (balanopostitis), en la pareja sexual, es poco frecuente y ha sido considerada una forma de infección de transmisión sexual. En estos casos, es recomendable tratar a la pareja con cualquiera de las alternativas tópicas de imidazol. Infección ascendente La infección ascendente, descrita por primera vez en 1958, puede originar corioamnionitis y está cobrando cada vez mayor importancia. La infección intraamniótica se asocia a parto pretérmino o rotura prematura de membranas, con los sabidos problemas que estas complicaciones pueden acarrear. Por ello, es de vital importancia el adecuado tratamiento de la micosis vaginal durante la gestación. En estos casos, solo se recomienda como tratamiento la alternativa tópica y no la sistémica. El riesgo de infección ascendente informado es de 0,8% a 2%. Debe ser, por lo tanto, una patología por la que se debe de preguntar, diagnosticar y tratar durante el control prenatal.

e). SIFILIS

➤ DEFINICIÓN

La sífilis es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) causada por una bacteria con forma de sacacorchos llamada *Treponema pallidum*. Mide aproximadamente en promedio 10 micrones (1 micrón es la milésima parte de un milímetro) de largo y de 0,1 a 0,2 micrones de diámetro. Esta bacteria

solo vive en los humanos. Se multiplica por división simple y tiene mucho requerimiento de alimentos especiales para crecer en los medios de cultivos para bacterias.

➤ **EPIDEMIOLOGÍA**

Según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, correspondiendo a una incidencia mundial de la sífilis venérea del 0,4% y la prevalencia del 1%. De estos casos corresponde a Latinoamérica y el Caribe: 3 000 000 de casos por año. Aunque no hay una notificación obligatoria en todos los países de América Latina se conocen por diversos estudios algunos datos de esta enfermedad en diferentes grupos poblacionales.

➤ **SÍFILIS Y GESTACIÓN**

Durante la gestación la madre gestante puede contraer sífilis pudiendo infectar así a su bebe. De acuerdo al tiempo de infección el niño puede nacer con múltiples alteraciones, incluso muerto.

2.2.2 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

➤ **DEFINICION**

La rotura prematura de membranas se define como la rotura espontanea de las membranas corioamióticas, hasta antes del inicio del trabajo de parto en una gestación superior a las 22 semanas de gestación según la OMS.

➤ **FISIOPATOLOGIA**

El amnios al sobre montar al corion formando una superposición van a desarrollar a las membranas corioamnióticas, la membrana del amnios se constituye de un epitelio que se dirige a la cavidad amniótica la cual está

conformada por una capa compacta que tiene la responsabilidad de generar la fuerza del mismo y otra que es esponjosa y se encarga de mantener separados el amnios del corion. El corion es una capa compacta constituida de múltiples segmentos a manera de capas de colágeno, a lo largo de su extensión y que se encuentran muy unidas a la decidua capsular. Esto se hace posible a la elastina que forma parte del corion incluso las membranas ovulares presentan la cualidad de adecuarse a las deformaciones con una recuperación sumamente ágil de su estado basal, lo que permite que permanezca sin daños pese a diversos movimientos de la madre o movimientos fetales. Debido a una infección ascendente existe una debilidad local de las membranas que es frecuentemente subclínica, y que se asocia con la disminución de las fibras de colágeno así como el depósito de material amorfo entre las fibras lo que generaría la RPM. La invasión microbiana de la cavidad uterina va a generar que las membranas se debiliten por el efecto directo de las bacterias a su vez los diversos elementos de defensa como los neutrófilos y los macrófagos se activan de manera indirecta, cuando actúan los microorganismos de manera directa las enzimas degradan a las proteínas denominándose proteasas. Dentro de estas enzimas se encuentran las colagenazas que se encargan de degradar el colágeno que está siendo contenido en la membrana y lo que produce su rotura.

➤ **FACTORES DE RIESGO**

Los factores asociados a la rotura prematura de membranas se ha estudiado desde tiempo atrás, pero aún no se conoce con exactitud cuál es la causa de esta complicación obstétrica, se dice que es multifactorial y varía con la edad gestacional.

- Poli hidramnios
Es un aumento de la cantidad del líquido amniótico. El líquido amniótico rodea y protege al feto. Durante el segundo trimestre el feto es capaz de inhalarlo.
- Embarazo gemelar
Se produce cuando en el útero materno se desarrolla dos fetos.
- Infección vaginal
Se caracteriza habitualmente por la existencia de exudado vaginal, picor vulvar e irritación; también puede detectarse olor vaginal. Las tres causas más frecuentes de infección vulvovaginal son la vaginitis por *Trichomonas vaginalis*, la vulvovaginitis candidiásica y la vaginosis bacteriana
- Infecciones del tracto urinario
Se refieren a toda invasión microbiana del aparato urinario que sobrepasa la capacidad de defensa del individuo afectado. Dichas infecciones figuran entre las más comúnmente presentadas durante la gestación, y el principal microorganismo patógeno es *Escherichia coli*
- Tabaquismo
Afecta en particular por disminuir el ácido ascórbico. Altera la inmunidad materna produciendo una menor respuesta del sistema inmunitario materno a las infecciones virales y bacterianas. En segundo lugar, el tabaquismo reduce la capacidad del sistema inmune para activar los inhibidores de las proteasas, lo que hace a las membranas más susceptibles a la infección.

- Deficiencias nutricionales
 - Acido ascórbico: Hadley observó un aumento significativo de la incidencia de RPM en pacientes con bajos niveles de ácido ascórbico.
 - Zinc: Sikorski encontró que las embarazadas con RPM tenían concentraciones de zinc significativamente más bajas que los grupos controles. Al zinc se le atribuyen propiedades antibacterianas y antivirales.
 - Cobre: Artal mostró menores niveles de cobre en suero en pacientes con RPM en relación a pacientes sin RPM.

➤ **COMPLICACIONES**

• **COMPLICACIONES MATERNAS**

- Corioamnionitis

Se define infección intraamniótica o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico, normalmente estéril.
- Infección puerperal

Esta complicación se presenta con una incidencia que varía entre 0 y 29 %, siendo la endometritis la infección más frecuente

• **COMPLICACIONES NEONATALES**

- Síndrome de dificultad respiratoria

En nuestro medio se señala una incidencia de 18%, considerada el factor causal más frecuente de mortalidad perinatal en relación a RPM en gestaciones menos de las 34 semanas.
- Infección neonatal

La presencia de infección neonatal se establece en el margen de uno a veinticinco por ciento de todos los casos de RPM. En gestantes con menos de 34

semanas no se ha logrado demostrar la asociación directa entre el periodo de latencia e infección ovular al menos que se realiza un tacto vaginal a su ingreso, lo contrario sucede con gestaciones mayores de 34 semanas donde se evidencio que es directamente proporcional la relación de periodo de latencia e infecciones ovulares es decir corioamnionitis.

– Asfixia perinatal

Los mecanismos que ayudan a mantener elevada la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las gestantes con RPM suceden cuando se desprende de manera prematura la placenta que esta insertada en su total normalidad, cuando el cordón se ve comprimido secundario a oligoamnios, también las anomalías de presentación y la propia presencia de infección materna y/o fetal El monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y del perfil biofísico están a menudo alterados en estos casos .²⁶

➤ **DIAGNÓSTICO**

La evaluación inicial de la rotura prematura de membranas en un feto pre término debe incluir un examen con espéculo estéril para documentar hallazgos sospechosos de la patología. También es frecuente que se envíen cultivos cervicales, incluyendo Chlamydia, trachomatis y Neisseria gonorrhoeae, así como cultivos ano vaginales para Streptococcus agalactiae. Con la ecografía se documenta la edad gestacional, peso fetal, presentación fetal y se establece el índice de líquido amniótico. También se puede realizar la determinación del pH vaginal con papel de tornasol o Nitracina, el que cambia de color ante la presencia de líquido amniótico. En estas pacientes se evita el tacto digital, pero la inspección visual del cuello uterino puede estimar con

precisión la dilatación del mismo. Otras pruebas de diagnóstico son la prueba de Neuhaus y la de evaporización ante la sospecha de RPM. Se ha demostrado que el tacto manual y digital del cuello uterino con en pacientes con RPM reduce el período de latencia y aumenta el riesgo de infecciones, sin aportar información verdadera

➤ **MANEJO Y TRATAMIENTO**

Se realizó un estudio en el cual se pudo determinar el lactato filtrado en el LA cuando se halla una tasa alta del lactato se puede interpretar de que la gestante con RPM va a iniciar la labor de parto en un plazo de las 48 horas próximas. Se considera de importancia las pruebas cuantitativas de lactato ya que ayudaría al médico a tomar decisión respecto al tratamiento, cual es el más indicado en cada caso , por ejemplo en gestantes con RPM que presentan corioamnionitis es crucial iniciar antibióticos para que de esta forma se evita la sepsis neonatal pero si la gestante con RPM no presenta corioamnionitis entonces es mejor no iniciar antibióticos así se retrasaría el parto y permitiría que se concluyera la maduración pulmonar en caso no se haya finalizado. Es recomendable realizar una evaluación tanto a la madre como al feto y cuando se tiene la firmeza de que ambos se encuentran estables , se pone en conducta de espectador por si ocurriese una RPM pre término en especial entre las veintiocho y treinta y cuatro semanas de EG puesto que existe mayor riesgo de que exista una corioamnionitis (13-60% de los casos), endometritis (2-13% de los casos), sepsis (y la muerte materna (1-3 casos por cada 1000)).

2.2.3 PARTO PREMATURO

➤ DEFINICION

Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina parto prematuro o de pre término al que tiene lugar entre la 22 y 37 semanas de gestación.

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia se ha mantenido estable en el mundo alrededor del 10%

➤ CLASIFICACION

Extremo (<28 semanas), que ocurre en aproximadamente un 0,25% de las gestaciones.

Severo (28-30 semanas), que ocurre en aproximadamente un 0,25% de las gestaciones.

Moderado (31-33 semanas), que ocurre en aproximadamente un 0,6% de las gestaciones.

Leve (34-36 semanas), que ocurre en aproximadamente un 3,0% de las gestaciones. Clasificación según el doctor SANTIAGO DIAZ RISCO en el 2011

➤ FACTORES DE RIESGO

- Edad

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales, sin embargo, en los extremos de la vida reproductiva es considerado como un factor de riesgo, por el aumento de las patologías perinatales que se presentan. Las tasas de amenaza de parto pre término aumentan en las mujeres muy jóvenes, sobre todo por debajo de 17 años. La causa que desencadena la amenaza de parto pre término en estas gestantes puede estar relacionada con el hecho de ser su primer embarazo, o que exista un desarrollo inadecuado del útero.

- Nivel Educativo

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia.

- Antecedentes personales

Embarazo gemelar, diabetes, hipertensión arterial, cirugía pélvico-uterina, etc. El antecedente de hipertensión arterial incrementa el riesgo de presentar Retardo del crecimiento intrauterino, muerte fetal y materna.

- Antecedentes obstétricos perinatales

2 o más abortos, óbito y muerte neonatal de causas desconocidas. Está relacionado con la probabilidad de una reincidencia en el 50% de los casos; 3 o más abortos espontáneos consecutivos, establecen el diagnóstico de aborto habitual. El antecedente de muerte fetal en un embarazo anterior, tiene gran probabilidad de volver a presentarse ya que generalmente traduce patología crónica de base.

- Paridad

Nulípara o multípara.

- Intervalo intergenésico

Cuando el tiempo entre embarazos es menor a dos años. Tiene mayor probabilidad de presentar prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino.

➤ **DIAGNOSTICO**

- Historia clínica : a través de un interrogatorio minucioso evaluar los factores de riesgo relacionados con el desencadenamiento del parto pre término
- Edad gestacional: entre 22 y 37 semanas de amenorrea confiable, a partir la la fecha de la última menstruación. Si hay duda se debe establecerse por antropometría ecográfica o pruebas de madurez fetal, mediante el análisis del líquido amniótico
- Evaluacion de la dinamica uterina : Contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de 1 en 10 min , duracion mayor de 30 seg , durante un periodo de 60 min
- Modificaciones crevicales : (tacto vaginal)

➤ **MANEJO Y TRATAMIENTO**

- Hospitalización
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Colocar vía segura con cloruro de sodio al 9% o, 1000cc, pasar 500cc en una hora y luego pasar a 60 gotas por min
- Examen clínico en busca de la etiología
- Control de signos vitales maternos
- Control de vitalidad fetal
- Confirmar edad gestacional
- Control de la dinámica uterina
- Realizar las maniobras de leopold para ver presentación
- Evaluar vagina y periné , para ver sangrado o liquido
- Realizar el tacto vaginal

- Considerar hacer amniocentesis para ver madurez pulmonar
- Control cardiológico
- Identificación y corrección del factor causal
- tratamiento farmacológico comprende los uteroinhibidores y los inductores de la madurez pulmonar fetal (evaluación de las contraindicaciones del uso)

Fármacos uteroinhibidores:

- Bloqueadores de los canales de calcio:
Nifedipino: dosis de inicio: 10 – 20 mg. VO, cada 20 min hasta en 3 oportunidades , seguida de 10mg cada 4 horas durante el primer día y 10 mg cada 8 horas durante seis días mas
- Betamimeticos :
Isoxuprime: 10 amp de 10 mg en 500cc de dextrosa al 5 % en AD, dosis inicial 15 gotas por min, aumentar 10 gotas c/15min. Hasta el cese de contracciones. Continuar VO.
Salbutamol: 10 amp en 500 ml de dextrosa al 5% en EV

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **Bajo peso al nacer:** Referido a un recién nacido que pesa menos de 2500g al nacer, independientemente de la edad gestacional.
2. **Cándida:** Tipo de hongo levaduriforme que, cuando prolifera en exceso, causa infección por levaduras en la vagina. Las infecciones por levaduras también pueden presentarse en el pene o el escroto, o en la boca o la garganta.

3. **Chancro blando:** Bacteria de transmisión sexual que provoca úlceras abiertas en los genitales denominadas “bubones”. El chancro blando es muy poco frecuente hoy en día
4. **Clamidia:** Una infección de transmisión sexual (ITS). La mayoría de las personas no tiene síntomas, pero la clamidia puede causar daños graves en los órganos reproductivos de la mujer.
5. **Edad de las Primeras Relaciones Sexuales:** La iniciación sexual temprana o el hecho de que se dé un lapso más corto de tiempo entre la menarquía y la iniciación sexual constituyen factores de riesgo para el desarrollo de infecciones prevalentes por el virus del papiloma humano
6. **Edad gestacional:** Tiempo que lleva el embarazo. Se calcula desde el primer día del último periodo menstrual.
7. **Enfermedad pélvica inflamatoria:** Infección en el útero, las trompas de Falopio o los ovarios que puede causar infertilidad, embarazo ectópico o dolor crónico.
8. **Gonorrea:** Una infección de transmisión sexual que a menudo no tiene síntomas. Sin embargo, algunas mujeres tienen dolor o ardor al orinar; es amarillento y a veces secreción vaginal con sangre
9. **Incidencia:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
10. **Infección en el tracto urinario:** Infección bacteriana de la vejiga, los uréteres o la uretra. No se transmite por vía sexual.
11. **Infecciones de transmisión sexual:**

Son infecciones que se transmiten por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos.

12. **Macrosómico:** Referido a un recién nacido: con peso superior a 4.000g.
13. **Parto:** Expulsión o extracción por cualquier vía de un feto de 500 g o más de peso, o mayor de 20 semanas de gestación, ya sea vivo o muerto.
14. **Parto pre terminó :**Se denomina parto prematuro o de pre término al que tiene lugar entre la 20 y 37 semanas de gestación
15. **Rotura prematura de membranas :**Rotura espontánea de las membranas corioamnióticas, desde las 22 semanas de gestación, hasta antes del inicio del trabajo de parto
16. **Sífilis:** Infección bacteriana de transmisión sexual que se cura de forma sencilla con antibióticos, pero puede provocar daño permanente si no se la trata.
17. **Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido:** Cuadro clínico de diversa etiología caracterizado por quejido espiratorio, retracción intercostal, aleteo nasal, cianosis, hipoxia y aumento del esfuerzo respiratorio.
18. **Trichomonas vaginalis :** El Trichomonas vaginalis (TV) es un protozoo flagelado, unicelular, anaerobio. La infección por Trichomonas vaginalis se asocia con riesgo aumentado de resultados adversos en el embarazo.
19. **Vaginosis bacteriana:** La infección vaginal más común de mujeres en edad de la fecundidad la cual sucede cuando las bacterias normales (gérmenes) en la vagina salen de balance tales como duchas vaginales por del contacto sexual.

20. **Virus de la hepatitis B:** Infección vírica que se puede transmitir sexualmente. Puede causar problemas hepáticos graves en algunas personas.
21. **Virus de inmunodeficiencia humana:** es una infección que descompone tu sistema inmune y puede llevar al SIDA. No existe cura para la misma, pero el tratamiento puede ayudar a que te mantengas saludable
22. **Virus del papiloma humano:** Se trata de la infección de transmisión sexual más común. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas genitales. Otros tipos pueden causar cáncer de ano, de cuello uterino, de pene, de garganta o de vulva.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

3.1. Hipótesis general

- Hipótesis Alternativa (Ha): Existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con rotura prematura de membrana en gestantes con parto pre término que acudieron al Hospital Regional de Ica, 2016
- Hipótesis Nula (Ho): No existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con rotura prematura de membrana en gestantes con parto pre término que acudieron al Hospital Regional de Ica, 2016

PP+RPM	SIFILIS		VB		DAB		TRICHOMONAS		CANDIDA	
	FO	FE	FO	FE	FO	FE	FO	FE	FO	FE
SI	1	0.9	25	24.2	6	5.7	14	13.6	8	7.9
NO	53	26.5	29	14.5	48	24	40	20	46	23

$$S = (1 - 0.9)^2 / 0.9 = 0.0111$$

$$VB = (25 - 24.2)^2 / 24.2 = 0.0264$$

$$DAB = (6 - 5.7)^2 / 5.7 = 0.015$$

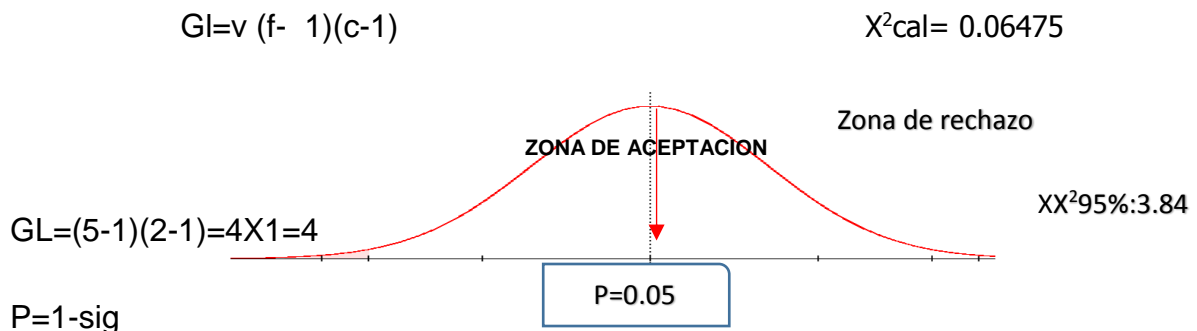
$$TRI = (14 - 13.6)^2 / 13.6 = 0.011$$

$$C = (8 - 7.9)^2 / 7.9 = 0.001258$$

$$\Sigma = 0.064758$$

$$\Sigma (FO - FE)^2 / FE$$

3.2. Toma de decisiones:



Entonces $8.49 < 9.49$ es significativo es menor 0.05

$$P < 0.05$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	significancia
Chi-cuadrado de Pearson	0.06475 ^a	4	0,05
Asociación lineal por lineal	0,5012 ^c	1	0,000
N de casos válidos	54		

En consecuencia, el valor obtenido es de 0.06475. Es decir que es significativo, entonces rechazamos la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la hipótesis planteada en su oportunidad donde se afirma que:

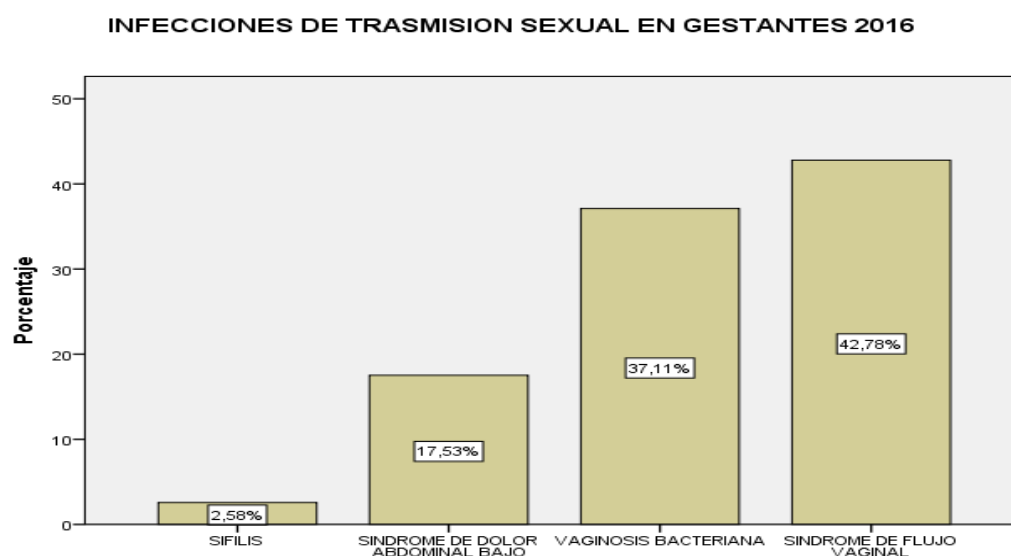
Existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con rotura prematura de membrana en gestantes con parto pre término que acudieron al Hospital Regional de Ica 2016.

**INFECCIONES TRASMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2016**

**TABLA 1
FRECUENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN
GESTANTES EN EL HRI 2016**

Frecuencia de ITS en gestantes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
- SIFILIS	1	2,6	2,6	2,6
- SINDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO	10	17,5	17,5	20,1
- VAGINOSIS BACTERIANA	20	37,1	37,1	57,2
- SINDROME DE FLUJO VAGINAL	23	42,8	42,8	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Tabla 1: La frecuencia de las ITS en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica se presentó el 42,8% debido al síndrome de flujo vaginal según el reporte de las Historias clínicas

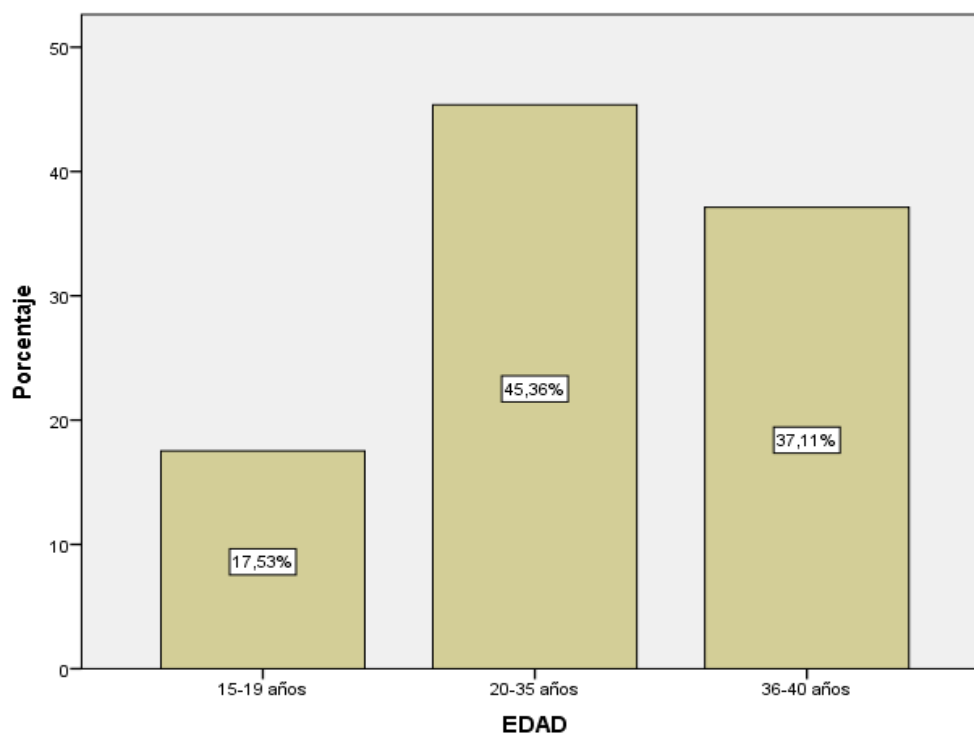


**INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2016**

**TABLA 2
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS-EDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15-19 años	10	17,5	17,5	17,5
20-35 años	24	45,4	45,4	62,9
36-40 años	20	37,1	37,1	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Tabla 2: En relación a la edad encontramos que las gestantes con rotura prematura de membranas en parto pre término y con infecciones de transmisión sexual se presentó en mayor frecuencia entre las edades de 20-35 años 45,4%.

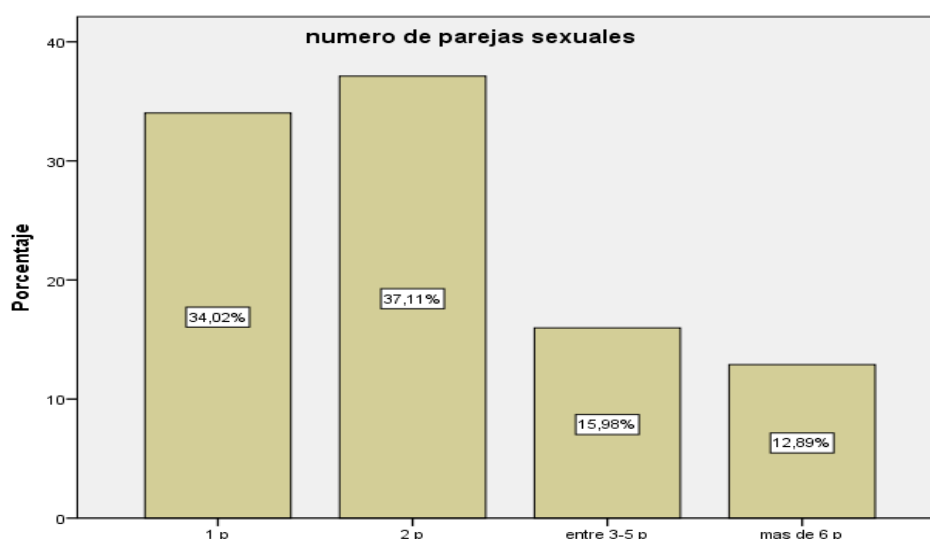


**INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016**

**TABLA 3
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS- PAREJAS SEXUALES**

Número de Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 pareja	18	34,0	34,0	34,0
2 pareja	20	37,1	37,1	71,1
entre 3-5 p	9	16,0	16,0	87,1
más de 6 p	7	12,9	12,9	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Tabla 3: Dentro de los factores epidemiológicos en relación a número de parejas sexuales que tuvieron rotura prematura de membranas en gestantes que presentaron parto pre término encontramos que ellas tuvieron solo 2 parejas sexuales con 37,1%; como factor de riesgo para las infecciones de transmisión sexual.



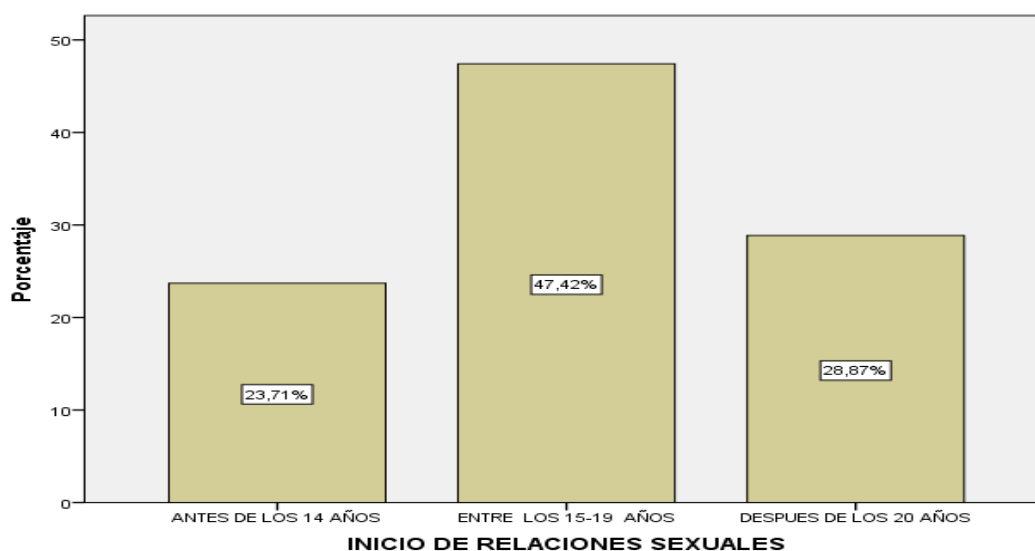
**INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016**

TABLA 4

FACTORES EPIDEMIOLOGICOS- INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Inicio de Relaciones Sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANTES DE LOS 14 AÑOS	13	23,7	23,7	23,7
ENTRE LOS 15-19 AÑOS	26	47,4	47,4	71,1
DESPUES DE LOS 20 AÑOS	15	28,9	28,9	100,0
Total	54	100,0	100,0	

tabla 4: dentro de los factores epidemiológicos en relación al inicio de relaciones sexuales encontramos que las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas con parto pre término iniciaron entre los 15-19 años con 47,4%, como conducta de riesgo para infecciones de transmisión sexual.

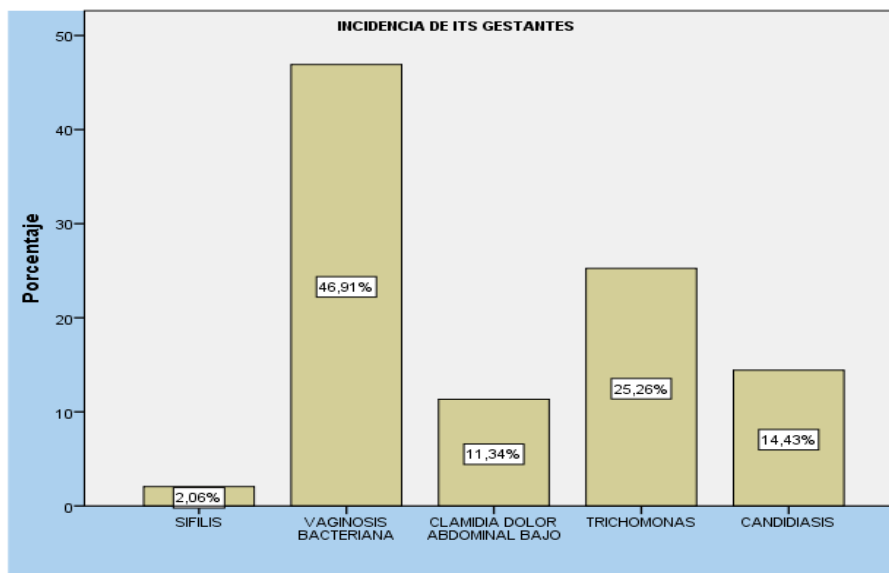


**INFECCIONES TRASMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2016**

**TABLA 5
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL QUE SE PRESENTAN CON MAYOR
FRECUENCIA EN GESTANTE CON RPM EN PARTOS PRETERMINO**

Infecciones de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIFILIS	1	2,1	2,1	2,1
VAGINOSIS BACTERIANA	25	46,9	46,9	49,0
CLAMIDIA (DOLOR ABDOMINAL BAJO)	6	11,3	11,3	60,3
TRICHOMONAS	14	25,3	25,3	85,6
CANDIDIASIS	8	14,4	14,4	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Tabla 5: La frecuencia de las Infecciones de transmisión sexual en gestantes que cursaron con rotura prematura de membranas en partos pretermino fue vaginosis bacteriana con 46,9%.

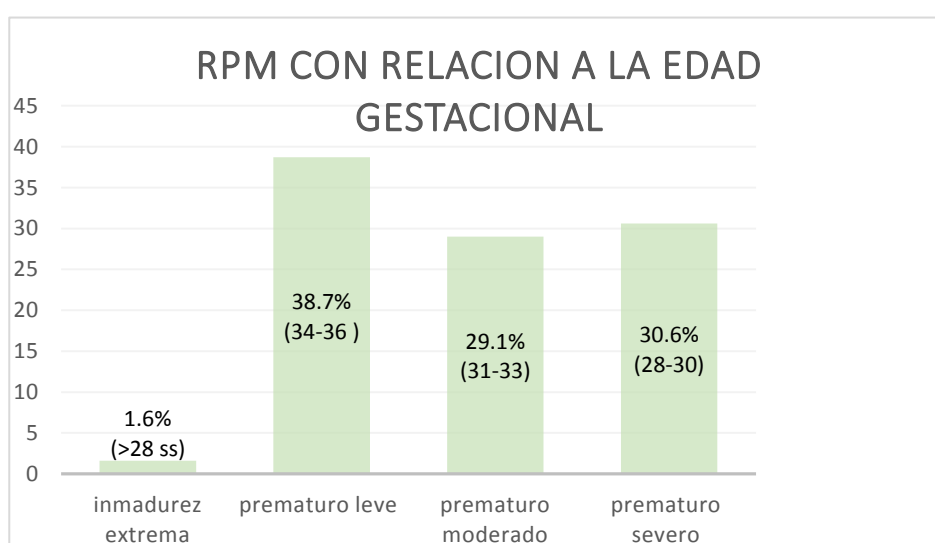


**INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2016**

**TABLA 6
FRECUENCIA DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN
RELACION A LA EDAD GESTACIONAL**

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje Acumulado	Porcentaje Total
Inmadurez Extrema (<28 ss)	1	1.6	1.6
Prematuro Severo (28-30 ss.)	16	30.6	40.3
Prematuro Moderado(31-33ss)	16	29.1	69.3
Prematuro leve (34-36 ss)	21	38.7	100.0
TOTAL	54	100.0	

TABLA 6: La rotura prematura de membranas se presentó con mayor frecuencia en prematuros leves con 38.7% (34-36 ss)



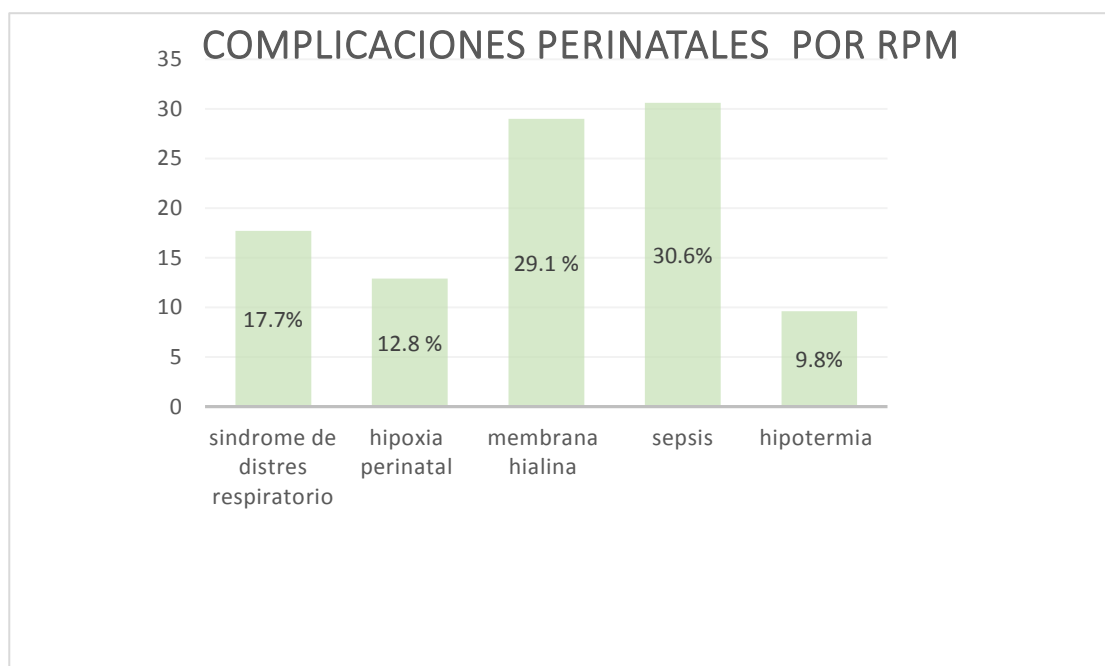
**INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO
PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2016**

TABLA 7

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES EN RELACION A
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON PARTO PRETERMINO**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	PORCENTAJE TOTAL
PERINATALES			
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	10	17.7	17.7
HIPOXIA PERINATAL	7	12.8	30.6
MEMBRANA HIALINA	15	29.1	59.6
SEPSIS	17	30.6	90.2
HIPOTERMIA	5	9.8	99.9
TOTAL	54	100.0	

TABLA 7: Dentro de las complicaciones perinatales de partos pre término se presentó con mayor frecuencia la sepsis neonatal con 30.6%.



DISCUSIÓN:

Nuestra investigación fue infecciones transmisión sexual y su relación en parto pre término por rotura prematura de membranas hospital Regional de Ica 2016, encontramos los siguientes resultados:

1. La frecuencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica se presentó el síndrome de flujo vaginal con 42,8%; según el reporte de las Historias clínicas nuestros resultados son diferentes con los estudiados por AMAGUAÑA C. 2014. Donde encontró la frecuencia de infecciones vaginales en el grupo estudiado fue del 68.99%, donde el 17% presentaron signos y síntomas de amenaza de parto pre término. CAMPOS D. 2014. Donde el factor de riesgo más frecuente asociado a RPM fue el síndrome de flujo vaginal, 51.33%.
2. Dentro de los factores epidemiológicos encontramos: la edad de 20-35 años con 45,4%; Inicio de relaciones sexuales entre las edades de 15-19 años con 47,4%, compañeros sexuales tuvimos mayor frecuencia de gestantes con 2 compañeros sexuales con 37,1%; que tuvieron con partos pre términos con rotura prematura de membranas en gestantes que cursaron con infecciones de transmisión sexual atendidas en el Hospital regional de Ica. Nuestros resultados difieren a los encontrados por CAJO L. (2015-2016). Donde el inicio de relaciones sexuales fue de 45.5% entre las edades de 18-29 años, en relación a la edad de contagio de las infecciones de transmisión sexual se dio en el grupo etario de 12-17 años con 17%.
3. En relación al tipo de infecciones de transmisión sexual en gestantes con parto pre termino por rotura prematura de membranas obtuvimos 49.6% se presentó por vaginosis bacteriana nuestros resultados se relaciona con el estudiado por ERAZO N, GUEVARA J.2016. Donde muestra que la vaginosis bacteriana muestra aumento de riesgo en relación con el parto prematuro.

4. La edad gestacional que se presenta con mayor frecuencia en gestantes con infecciones de transmisión sexual de parto pre término es en 34-36 semanas con 38.7% nuestros resultados difieren con los estudiados por AMAGUAÑA C. 2014. Donde encontró la edad gestacional con mayor incidencia en 22-27 semanas de gestación
5. Dentro de las complicaciones perinatales se presentó con mayor frecuencia sepsis con 30.6 % nuestros resultados difieren con Miranda 2014. Donde la complicación más frecuente fue síndrome de dificultad respiratoria con 21,8% de los casos estudiados.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica se presentó el síndrome de flujo vaginal con 42,8%; según el reporte de las Historias clínicas.
2. Dentro de los factores epidemiológicos encontramos: la edad de 20-35 años con 45,4%; Inicio de relaciones sexuales entre las edades de 15-19 años con 47,4%, compañeros sexuales tuvimos mayor frecuencia de gestantes con 2 compañeros sexuales con 37,1%; que tuvieron con partos pre términos con rotura prematura de membranas en gestantes que cursaron con infecciones de transmisión sexual atendidas en el Hospital regional de Ica 2016.
3. Dentro de las infecciones de transmisión sexual se presentó con mayor frecuencia de vaginosis bacteriana 46.9%, en gestantes con partos preterminos por rotura prematura de membranas.
4. En relación a la edad gestacional por rotura prematura de membranas se presentó con mayor frecuencia en prematuros leves con 38.7%(34-36 semanas).
5. Dentro de las complicaciones perinatales de partos pre terminó se presentó con mayor frecuencia la sepsis neonatal con 30.6%.
6. Nuestro estudio fue significativo obteniendo una probabilidad de 0,000 menor $p=0.05\%$.

RECOMENDACIONES

1. El personal profesional debe de priorizar hacer un diagnóstico oportuno dentro del control prenatal de las infecciones de transmisión sexual para evitar los partos pre termino, rotura prematura de membranas y óbitos fetales.
2. Hacer medidas preventivas del uso de preservativo, en parejas heterosexuales y ser monógamos para evitar las infecciones de transmisión sexual, así como evitar conductas de riesgo de consumo alcohol y drogas.
3. Hacer seguimiento a las gestantes con infecciones de transmisión sexual para evitar la recurrencia captando a su contacto para iniciar tratamiento oportuno y reforzar la consejería en ITS.
4. Educar a la gestante y a su familia para disminuir las infecciones de transmisión sexual para un cambio de conducta.
5. Realizar actividades preventivas promocionales atraves de charlas educativas y talleres con población adolescente sobre temas en infecciones de transmisión sexual.
6. Trabajar en equipo multidisciplinario para controlar las ITS y sus complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMAGUAÑA C. “influencia de las infecciones vaginales en la amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el subcentro de salud de la parroquia Cunchibamba” 2014. en Ecuador. Tesis facultad de medicina universidad técnica de Ambato
2. OMS infecciones de transmisión sexual Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
3. OMS infecciones de transmisión sexual nota descriptiva 2015
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/.nota>
4. Diestra I. “Actitud del Adolescente hacia la Prevención de ITS/VIH en la Institución Educativa No 30610 Jorge Chávez –Comas 2012”. Tesis Universidad Mayor de San Marcos. Licenciada en Obstetricia.2013
Disponible en: http://www.sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=89221&query_desc=su%3A%22Enfermedades%20transmisibles%20sexualmente%22
5. VHP en el embarazo – Instituto Nacional del Peru. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf>
6. Romo A. “Infección por el Virus Papiloma Humano en Varones parejas de Mujeres Infectadas y Concordancia del tipo Viral. [2011. (citado 1 Dic 2015) Tesis facultad de Medicina Universidad de Salamanca España 2011
Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110824/1/DME_Romo_Melgar_A_InfeccionPorVirus.pdf
7. Miranda A. Acta medica peruana 2014 Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de

membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n2/a04v31n2.pdf>.

8. Protocolos asistenciales en obstetricia. Rotura prematura de membranas. PROSEGO; 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
9. Guarnizo M, et.al. "incidencia de vaginosis y vaginitis, y determinación de los agentes etiológicos más frecuentes en mujeres de edad fértil sintomáticas y asintomáticas que acuden a consulta externa del hospital regional isidro ayora de la ciudad de Loja, durante el período abril-julio de 2009" Tesis facultad de Medicina Ecuador 2009.
10. Valentin A. Rotura Prematura de Membranas, J Perinat Med; 2016; 24: 563-572. Disponible en:
http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/RPM%20Illia%20+%20Valenti%20_Sarda.pdf.
11. Revista médica de Barcelona 2016. Disponible en:
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcap-hsjd.pdf.
12. Ovalle M y colaboradores revista chilena de infectología chile 2012 Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en un hospital público.
Disponible en
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000600006.
13. MORALES D, Tesis facultad de medicina universidad católica de chile 2015 "Prevalencia de Enfermedades de Transmisión sexual en adolescentes embarazadas del Centro de Salud Pascuales de la provincia del Guayas en el año 2015".

14. ERAZON N, GUEVARA J. Tesis facultad de medicina universidad católica de ecuador 2016 “infecciones vaginales como riesgo de parto prematuro”.
15. UGALDE D y colaboradores revista chilena de obstetricia y ginecología chile 2012 “Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pre término en adolescentes”. Chile 2012.
16. Campos. Tesis facultad de medicina universidad Ricardo Palma Perú 2014 “Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Únanue durante el Año 2014 en la Universidad Ricardo Palma, 2016.
17. SULLÓN M. Tesis facultad de Obstetricia Universidad privada alas peruanas Perú 2014 “Factores de Riesgo en Gestantes con Rotura Prematura de Membranas, Atendidas en el Hospital de Barranca - Cajatambo en el periodo agosto 2013 - abril 2014”.
18. Zamboni M y colaboradores Tesis facultad de obstetricia universidad católica de chile 2016 La prevalencia actual de infección genital por Chlamydia trachomatis en adolescentes y mujeres jóvenes chilenas asintomáticas justifica la vigilancia periódica
19. CAJO L. Tesis facultad de obstetricia universidad privada alas peruanas Perú 2015-2016 ” Prevalencia de infecciones de transmisión sexual VIH-sida en mujeres del hospital regional de Ica 2015-2016”
20. Munayco C .Tesis facultad de obstetricia universidad privada a las peruanas Perú 2010 “Factores que intervienen en la ruptura prematura de membranas en gestante atendidas en el Hospital San José de Chincha, Julio – Diciembre 2010”
21. Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología / Boletín Mensual Noviembre 2014

22. Barrasa M. Infecciones de transmisión sexual y su repercusión en el embarazo.
23. DOÑA E. Tesis facultad de obstetricia universidad andina Perú 2015 “factores de riesgo que causan las infecciones de transmisión sexual en el embarazo en mujeres que acuden al hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2015
24. Díaz V. Tesis facultad de medicina universidad Ricardo palma Perú 2015 “Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015
25. Flores J. Tesis facultad de obstetricia universidad mayor de san marcos Perú 2015 Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en embarazos pre términos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero-Diciembre, 2015
26. Maldonado F .y colaboradores revista mexicana pediátrica en el 2014 Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pre término
27. BURGOS A. Tesis facultad de obstetricia universidad de Guayaquil Ecuador 2013 Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Del 6 de Septiembre del 2012, a Febrero del 2013.
28. GUTIÉRREZ M y colaboradores Tesis facultad de medicina universidad san Luis Gonzaga de Ica Perú 2014 Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membrana pre término, Hospital Regional de Ayacucho, Perú
29. YBASETA J y colaboradores Tesis facultad de medicina universidad san Luis Gonzaga de Ica Perú 2012 Factores de riesgo asociados a la

ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012

30. VICENTE P Tesis facultad de obstetricia Universidad de Guayaquil Ecuador 2013 “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.
31. GABRIEL C .Tesis facultad de medicina universidad técnica de Ambato Ecuador 2012 “Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital provincial docente Ambato periodo enero 2011-enero 2012.”
32. Moreno R. Tesis facultad de medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2016 “Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas adolescentes y su relación con violencia intrafamiliar del Centro de Salud de Calderón Provincia de Pichincha Quito, de Septiembre a Diciembre del 2016”

ANEXOS

ANEXO Nº 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA : INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016			
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre las infecciones de transmisión sexual y la rotura prematura de membranas en partos pre términos en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre las infecciones de transmisión sexual y la rotura prematura de membranas en partos pre términos en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Hipótesis Alterna (Ha): Existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con ruptura prematura de membrana en gestantes con parto pre terminó que acudieron al Hospital Regional de Ica, 2016</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Infecciones de Transmisión sexual</p> <p>infecciones que se transmiten por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos.</p>
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual que presentan las gestantes en el Hospital Regional de Ica 2016?</p> <p>p.s.2: ¿Qué factores epidemiológicos contribuyen en las infecciones de transmisión sexual en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?</p> <p>p.s.3: ¿Qué tipo de infecciones de transmisión sexual se presentan con mayor frecuencia en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?</p> <p>p.s.4: ¿A qué edad gestacional hay mayor frecuencia de rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?</p> <p>p.s.5: ¿Cuál es la complicación más frecuente en recién nacidos con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016?</p>	<p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>o.e 1: Determinar la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.</p> <p>o.e.2: Identificar los factores epidemiológicos contribuyen en las infecciones de transmisión sexual en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016</p> <p>o.e.3: Identificar que infecciones de transmisión sexual se presentan con mayor frecuencia en las gestantes con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016</p> <p>o.e 4: Determinar a qué edad gestacional hay mayor frecuencia de rotura prematura de membranas en partos términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016.</p> <p>o.e.5: Determinar la complicación más frecuente en recién nacidos con rotura prematura de membranas en partos pre términos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica 2016</p>	<p>Hipótesis Nula (Ho): No existen infecciones de transmisión sexual que se relacionan con ruptura prematura de membrana en gestantes con parto pre terminó que acudieron al Hospital Regional de Ica, 2016</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Rotura prematura de membranas</p> <p>Rotura espontánea de las membranas corioamnióticas, desde las 22 semanas de gestación, hasta antes del inicio del trabajo de parto</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>Parto pre terminó</p> <p>Se denomina parto prematuro o de pre término al que tiene lugar entre la 22 y antes de las 37 semanas de gestación</p>

ANEXO N° 02: INSTRUMENTOS FICHA DE REOLECCION DE DATOS



INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL Y SU RELACION EN PARTO PRETERMINO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016.

Datos de la Gestante

1. Número de parejas sexuales:

- a. 1 pareja
- b. pareja
- c. 3-5 pareja
- d. Más de 6 parejas.

2. Inicio de relaciones sexuales

- a. Antes de los 14 años
- b. 15 a 19 años
- c. 20 a 40 años

3. Edad

- a. 15-19 años
- b. 20-35 años
- c. Más de 36 años.

DATOS DEL PARTO

4. Edad gestacional

- a. Inmadurez Extrema (<28 ss) a. si () b. no ()
- b. Prematuro Severo (28-30 ss) a. si () b. no ()
- c. Prematuro Moderado (31-33ss). a. si () b. no ()

- d. Prematuro leve (34-36 ss). a. si () b. no ()

5. Complicaciones Perinatales

- a. síndrome de distress respiratorio a. si () b.no ()
b. hipoxia perinatal a. si () b.no ()
c. membrana hialina a. si () b.no ()
d. sepsis a. si () b.no ()
e. hipotermia a. si () b.no ()

6. Infecciones de Transmisión Sexual en Gestantes con parto pre término por rotura prematura de membranas:

- a. Sífilis a. si () b.no ()
b. Vaginosis bacteriana a. si () b.no ()
c. Dolor abdominal bajo a. si () b.no ()
d. Trichomonas a. si () b.no ()
e. Candidiasis a. si () b.no ()

7. Frecuencia de las Infecciones de Transmisión sexual en Gestantes atendidas en el HRI.

- a. sífilis a. si () b.no ()
b. síndrome de dolor abdominal bajo a. si () b.no ()
c. vaginosis bacteriana a. si () b.no ()
d. síndrome de flujo vaginal. a. si () b.no ()