

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Tesis para optar al título de:
Especialista en Ginecología y Obstetricia

*“ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”
Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello
Julio 2004 – Diciembre 2006*

AUTOR

*Dr. Ernesto Arturo Vilchez Madriz
Médico y Cirujano
Residente de Ginecología y Obstetricia*

TUTOR

*Dra. Eliette Balladares
Médico y Cirujano
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Doctorado en Salud Reproductiva*

León, Marzo del 2007

DEDICATORIA

**A MI FAMILIA, CON
CARIÑO**

VIVE TU VIDA COMO SI SUBIERAS UNA MONTAÑA. DE VEZ EN CUANDO MIRA HACIA TU ALREDEDOR Y ADMIRA LAS COSAS BELLAS EN EL CAMINO. SUBE DESPACIO, FIRME Y DISFRUTA CADA MOMENTO HASTA LLEGAR A LA CUMBRE.

HAROLD V. MELCHERT

AGRADECIMIENTO



A Dios

Por darme fe y guiarme durante todos estos años.

A mi Tutor

Por su apoyo incondicional y su constante estímulo para seguir adelante.

A mis Maestros

Gracias por su paciencia y brindarme la luz de sus conocimientos.

A nuestros Pacientes

A todas ellas que nos otorgan el privilegio de permitirnos prestarle atención y nos permiten desarrollar un conocimiento de las enfermedades que las afectan.

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>Página</u>
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO	7
DISEÑO METODOLÓGICO	20
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad y estado de salud que se expresa de manera diferente en cada una de las personas. No todos tenemos el mismo concepto de la sexualidad, ni la expresamos de la misma forma. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares: su sentido, su valor y su papel en la existencia humana, esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de efectividad de las intervenciones.

La sexualidad en la adolescencia adquiere una gran dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales. Los y las adolescentes están expuestos(as) a una cultura donde los medios de comunicación y la sociedad transmiten de muchas maneras mensajes directos e indirectos mostrando las relaciones sexuales precoces como comportamientos comunes y hasta esperados entre ellos. A la par de esa exposición, en países en desarrollo como Nicaragua se carece de educación sexual que prorrogue el inicio de vida sexual y/o que prepare a nuestros jóvenes para la prevención tanto de embarazos como de enfermedades de transmisión sexual.

El inicio de vida sexual precoz en adolescentes sin conocimientos les expone a embarazos antes de los 19 años, embarazos que por algunos autores han sido catalogados como la puerta de entrada al ciclo de la pobreza dada la deserción escolar, el mayor número de hijos y el desempleo que estos generalmente implican, sobre todo para la muchacha que se embaraza. Peor aún, la inestabilidad de las parejas de jóvenes y la dificultad para negociar el uso de métodos anticonceptivos hace que este grupo de población sea considerado de alto riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El presente trabajo pretende estudiar la prevalencia de algunas ETS y factores asociados entre las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de León, Nicaragua.

ANTECEDENTES

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se denominaban antiguamente como venéreas en dudoso honor a Venus, diosa del amor. ⁽¹⁾

Dichas enfermedades se encuentran a cualquier edad, personas de cualquier raza y medios sociales, se ha comprobado su recrudecimiento en numerosos países. ⁽¹⁾

En general existe un subregistro de los casos de ETS ya que con mucha frecuencia estas patologías no son notificadas, o no son debidamente diagnosticadas y en casos peores ni siquiera consultados al ser consideradas vergonzosas. ^(2, 3, 4)

Las ETS en los adolescentes a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental, por ende pueden considerarse una “enfermedad centinela”. Una ETS puede encubrir problemas subyacentes como promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, depresión suicida, etc.). Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan ETS pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual. ^(3, 5)

En publicaciones realizadas en Estados Unidos y el Reino Unido se insiste desde hace unos años en la tendencia creciente de ETS diagnosticadas en todas las edades y sobretodo de las infecciones por *clamydias* y *gonococos* especialmente en adolescentes. ^(6, 7)

En el 2001, de los casos acumulados de SIDA en España, el intervalo de los 25 a los 34 años englobaba más de la mitad de los casos de ETS, teniendo en cuenta el largo periodo de incubación de la enfermedad, se puede inferir que las practicas de riesgo causantes de la infección se realizaron entre los 14 y los 24 años. Uno de cada tres casos diagnosticados se relaciono con las prácticas sexuales. ⁽⁸⁾

Estrada, Guido y Bonilla, en su tesis (que consto de una muestra de 21 pacientes) encontraron que los microorganismos más frecuentes causantes de leucorrea en adolescentes embarazadas eran: *candida sp.*, *gardnerella vaginales* y su combinación *candida/gardnerella*, siendo la edad más afectada la de 18 años, con una gestación mayor de 20 semanas. ⁽⁹⁾

Icaza, López y Grijalba, en un estudio posterior encontraron hallazgos similares sumándose la *trichomona vaginal* dentro los microorganismos encontrados. ⁽¹⁰⁾

Llama la atención en ambos estudios que el mayor porcentaje de pacientes refirieron tener solo un compañero sexual y tener una relación estable, lo que contradice a los datos de otros países.

Camacho y Zelaya, encontraron que el 40% de adolescentes de su estudio, tenían vida sexual activa y de estos el 64% comenzaban a tener relaciones entre los 14 y 15 años. De ellos el 72% conocían como el método más efectivo para prevenir las ETS, al preservativo pero solo el 20 % lo usaron es sus prácticas sexuales. ⁽¹¹⁾

En otro estudio, Soza y Suazo, encontraron en el municipio de San Francisco Libre que el 76% de jóvenes iniciaron su vida sexual antes de los 19 años, además que los conocimientos sobre sexualidad y ETS se encuentran más en jóvenes con mayor nivel escolar y mayor edad. Sin embargo esto no garantizaba una conducta adecuada. ⁽¹²⁾

La Dra. Ofelia Chicas en su estudio de valoración de conocimientos sobre ETS en estudiantes de secundaria de la ciudad de León, concluyó que el nivel de conocimiento que prevalecía en dichos estudiantes era deficiente y en un menor porcentaje fue considerado regular o bueno. ⁽¹³⁾ Resultados similares encontraron Briones y Martínez en estudiantes de Somotillo, donde además encontraron un alto porcentaje de automedicación y de tratamientos basados en prácticas tradicionales. ⁽¹⁴⁾

La Lic. Idania Estrada y col. en su estudio retrospectivo, sobre estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS, en el centro de salud de Subtiava, encontraron que las pacientes menores de 19 años ^(3,5,7) eran en su mayoría primigestas, y que la principal ETS resultó ser la *Candidiasis* seguida de *Tricomoniiasis* y *Condilomatosis*. También reportaron la falta de métodos diagnósticos adecuados, prescripción de antibióticos no adecuados y falta de orientación a las pacientes con dichos hallazgos. ⁽¹⁵⁾

Como se podrá observar a continuación, en Nicaragua se han realizado diversos estudios sobre conocimiento y actitudes de los adolescentes ante las ETS, ^(11, 12, 13, 14) así como también diferentes abordajes sobre embarazo en adolescentes ^(9, 10, 14) pero no encontramos a nivel local información acerca de la prevalencia de estas enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes. Por esto, el presente trabajo pretende abordar, desde el ámbito hospitalario, la prevalencia de ETS entre adolescentes embarazadas.

JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones de transmisión sexual son considerados un problema de salud pública tanto en Nicaragua como a nivel internacional. Existen a nivel local y nacional varios abordajes de este problema, que en su mayoría versan sobre los conocimientos, actitudes y prácticas entre los y las adolescentes, sin embargo no encontramos información local sobre la prevalencia de estas enfermedades. Por esto, el presente trabajo pretende abordar desde el ámbito hospitalario la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas y describir factores que se le asocian, con el fin último de utilizar esta información para mejorar tanto la consejería para su prevención, como el diagnóstico, tratamiento y calidad de atención a estas pacientes adolescentes.

OBJETIVOS

GENERAL

Investigar la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y los factores asociados en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas al servicio de ARO del HEODRA durante el período comprendido de Junio de 2004 a Diciembre de 2006.

ESPECIFICOS:

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes incluidas al estudio.
2. Estudiar las condiciones familiares en que viven las adolescentes embarazadas.
3. Describir la historia obstétrica de la población de estudio (menarquia, IVSA, número de compañeros sexuales, uso de métodos de planificación familiar, paridad y edad gestacional).
4. Investigar si las adolescentes estudiadas han escuchado o estado expuestas a información sobre ETS, embarazo y prevención de estos, y si ellas hacen uso de algún método con este fin.
5. Determinar la prevalencia de infección por Neisseria Gonorrea, Cándida Albicans, Trichomonas Vaginallis, Garnerella Vaginal y Treponema Pallidum, entre las pacientes adolescentes incluidas al estudio.

MARCO TEÓRICO

Aunque existen muchos criterios de aproximación a la definición de adolescencia (cronológico, jurídico, social...) en el ámbito de la salud uno de los más aceptados es el de la organización Mundial de la Salud, que la define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Fija sus límites entre los 10 y 19 años.⁽³⁾

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión.^(1, 4, 16, 23, 24)

El costo en términos de morbilidad y mortalidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de padres respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad^(2, 3, 7, 24, 25, 27)

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las mujeres adolescentes no solo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebe, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebe saludable^(2, 3, 7, 16, 27)

La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas puede ser similar a la del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto ^(3, 7, 24)

FACTORES DE RIESGO ^(3, 7)

BIOLÓGICOS

Edad de la pubertad: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo 19 a alrededor de 12 a 13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades. Lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el rol de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.

PSICOSOCIALES

Disfunción familiar: Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura.

Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Culturales: En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el permanente control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

Psicológicos: Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”, pues eso solamente le ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Sociales: Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. Los trabajos de investigación deben ser analizados cuidadosamente para poder establecer si el riesgo mayor de morbimortalidad es la edad de la adolescente o el nivel socioeconómico bajo.

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía, y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. sin embargo es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en base a etapas de desarrollo de la adolescente.

ETAPA DE ADOLESCENCIA TEMPRANA: En esta etapa encontramos la más alta incidencia de trastornos emocionales y negación patológica. El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre, en muchas adolescentes el embarazo es la respuesta contrafóbica a la dependencia de la madre y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso.

ETAPA DE ADOLESCENCIA MEDIA: Esta etapa se caracteriza por el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es característica la marcada competición con la madre. El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brinda madurez.

ETAPA DE ADOLESCENCIA TARDIA: En estas etapas la adolescente se ve absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de “atar al novio”. Es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios, de trabajar y de establecer su independencia y su

estabilidad financiera para sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de una fuente externa de recursos. Tienen también mayor probabilidad (del 80%) de experimentar el divorcio, comparado con aquellas mujeres casadas después de los 20 años ^(2, 3, 5, 7, 27)

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de presentar infecciones de transmisión sexual, caries dentales, infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas. También de sufrir complicaciones médicas graves como hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, anemia grave, parto pretermino y placenta previa. La tasa de mortalidad materna para las mujeres de 15 años de edad o menos es de un 60% mayor que para las mujeres mayores de 20 años ^(2, 3, 7, 19,20)

Las ETS tienen altas tasas de incidencia en los adolescentes y a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental, por ende pueden considerarse una “enfermedad centinela”. Una ETS puede encubrir problemas subyacentes como la promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, desilusión, depresión suicida). Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan ETS pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual ^(1, 5, 16, 20, 21, 22)

No es raro que una o más ETS se repitan durante la adolescencia y la reinfección es la causa más frecuente. La existencia de ETS concomitante es común.

Actualmente se observa un incremento de la incidencia de ETS, encontramos una ampliación de su espectro clónico y de sus agentes causales, se tienen una conciencia más clara de las dificultades para el control, además también a las deficiencias de las estadísticas surgida del sub-reporte, a la no disponibilidad en muchos sitios de facilidades de laboratorio, a la educación sexual deficiente y la

ausencia de un concepto claro de la responsabilidad individual hacia la salud del compañero o compañera sexual ^(5, 16, 23,24, 25, 27)

Epidemiológicamente las infecciones transmitidas por contacto sexual son prevalentes en muchos segmentos sociales, pero por razones evidentes no es la actividad sexual en si, sino el numero y tipo de compañeros sexuales, un nivel de estudios bajo y un estrato socioeconómico bajo.

Pueden citarse muchas causas para la mayor incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, su importancia relativa es variable de una región a otra.

CAUSAS DEMOGRÁFICAS: La mayor proporción de población joven en muchos países y mayor precocidad de la iniciación de la actividad sexual.

CAUSAS MÉDICAS: Mayor disponibilidad de la anticoncepción que al disminuir el temor al embarazo puede favorecer la promiscuidad. Aparición de infecciones como el HIV la cual aun no se dispone de un tratamiento curativo.

CAUSAS SOCIOECONÓMICAS: La pobreza favorece a que grandes porciones sociales entren en promiscuidad, prostitucion, falta de acceso al sistema de salud e incide en la migración poblacional. Al contrario el bienestar económico en algunos países facilita el turismo sexual.

CAUSAS CULTURALES: Los estímulos eróticos en los medios de comunicación, la disolución de la familia, la deficiente educación sexual (la hipocresía, el secreto y el estigma sobre las enfermedades de transmisión sexual), el temor del paciente a consultar oportunamente y la automedicación.

En la actualidad se ha logrado identificar un mayor número de microorganismos que se transmiten por vía sexual. Entre los más comunes y con repercusión perinatal a corto y mediano plazo incluyen *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasmas*, *Herpes simple*, *Streptococcus* del grupo B y virus de la inmunodeficiencia humana.

TREPONEMA PALLIDUM (1, 4, 6,16, 23, 26)

Es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum*, caracterizada por periodos de actividad clínica y prolongada latencia. El microorganismo causal tiene forma de espiral muy delgada, es poco resistente a la desecación y a la temperatura, bastan tres horas a 40°C para inmovilizarlo y muere en una hora a 42°C. Es inefectivo en material de autopsia hasta por 24 horas. El único reservorio natural es el hombre.

Evoluciona en tres etapas: primaria representa un chancro en el lugar de la inoculación (generalmente uno de los labios vulvares), secundaria que se evidencia como una erupción cutánea de diversos tipos (macula, papula, pústulas, ampollas, etc.) y terciaria que tras un periodo de latencia, se manifiesta en forma de lesiones tardías en piel, huesos, sistema nervioso central y aparato cardiovascular se trasmite al feto por vía vertical y horizontal.

Toda la población sexualmente activa es susceptible a la infección primaria. De las mujeres embarazadas que adquieren la infección sólo el 20% de los hijos podrán nacer sanos, 25% de los fetos infectados *in útero* mueren antes de nacer y alrededor de un 30% pueden morir después del parto si no son tratados.

La sífilis prenatal se adquiere *in útero* por transmisión hematógena transplacentaria a partir de una madre infectada, no tratada y con menos de cuatro años de iniciada la infección. Las madres que se infectan en las últimas seis semanas previas al parto, no transmiten la infección al producto. El paso transplacentario de *T. pallidum* es

entre el cuarto y quinto mes del embarazo, probablemente por la protección que confieren las células de Langhans del corion. Una vez que *T. pallidum* invade al feto, hay diseminación a todos los órganos infiltrando el endotelio vascular, causando meningoencefalitis, hepatitis, osteocondritis, neumonitis, etc., pudiendo inducir la pérdida fetal. En las madres no tratadas los abortos tienden a disminuir en embarazos posteriores, pero se presentan más mortinatos prematuros o recién nacidos a término sifilíticos.

De acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad ésta se clasifica en: Sífilis prenatal reciente sintomática la cual es la que se manifiesta desde el nacimiento hasta los dos años de edad y como sífilis prenatal tardía que se manifiesta después de los dos años y hasta los 30 años.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyándose en antecedentes epidemiológicos. El diagnóstico de certeza se establece con la observación *T. pallidum* en microscopio de campo oscuro o tinciones con inmunofluorescencia a partir de muestras sanguíneas, base del cordón umbilical y de órganos. Se apoya con pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas. El VDRL y el RPR son pruebas no treponémicas con alta sensibilidad pero baja especificidad, por lo que en caso de ser positivas deben ser confirmadas con una prueba treponémica como el FTA-Abs, para poder afirmar que el paciente tiene sífilis.

NEISSERIA GONORRHOEAE (1, 4, 6,16, 23, 26)

La especie *Neiseria gonorrhoeae* es el agente causal de la gonorrea; ésta es una bacteria con morfología de diplococo gramnegativo. Es altamente sensible a los cambios de temperatura, humedad y pH, por lo que su transmisión requiere un contacto estrecho. *N. gonorrhoeae* puede infectar cualquier mucosa como uretra, endocérvix, faringe, conjuntiva y recto.

El riesgo de infección gonocócica para una mujer postexposición con un hombre infectado es del 50 a 90%, mientras que el riesgo postexposición en un hombre es de alrededor del 30%; esta probabilidad incrementa con el número de relaciones sexuales.

Cuando la infección ocurre antes de las 12 semanas de gestación se pueden presentar casos de aborto; después de la semana 16 es más común la presencia de corioamnioitis con amenaza de aborto, amenaza de parto pretermino y ruptura de membranas. Las formas más graves de infección materna son la perihepatitis y la enfermedad pélvica inflamatoria con salpingitis.

Posterior al parto más de la mitad de los hijos de madres con gonorrea presentan oftalmia neonatorum, que es la forma clínica más común de infección gonocócica de transmisión perinatal. El neonato presenta dentro de la primera semana de vida (alrededor del tercer día) acentuada inyección conjuntival, secreción purulenta abundante y edema palpebral. En la actualidad son escasos los reportes de pacientes que terminan con ceguera, que fue una de las complicaciones comunes en el pasado.

En forma ocasional pueden presentarse manifestaciones sistémicas de infección y en forma tardía pueden presentar artritis.

El diagnóstico además de los datos clínicos debe apoyarse en la realización de frotis y cultivo de la secreción purulenta en el cual deberá buscarse *N. gonorrhoeae* en medio de Thayer-Martín y gelosa chocolate y al mismo tiempo enviar muestra para inmunofluorescencia o ELISA y/o cultivo para *Chlamydia trachomatis*.

CANDIDIASIS URETROGENITALES (1, 4, 6,16, 23, 26)

La candidiasis genital es una afección producida por levaduras del genero *Cándida*, el cual reúne cerca de 100 especies. Su frecuencia se halla en aumento: se encuentra en un 10 a 15% de las afecciones no gonocócicas y de las vulvovaginitis.

El desequilibrio hormonal que se produce durante el embarazo origina modificaciones epiteliales conocidas a nivel de la vagina y facilita la implantación de levaduras de origen digestivo. Se comprueba un descenso del pH vaginal. Una de cada tres mujeres presenta una candidiasis vaginal durante la primera mitad del embarazo, una de cada dos en el momento del parto.

Las pacientes presentan prurito, ardor, dispareunia, flujo transvaginal aumentado que puede ser grumoso con aspecto de “requesón” o en el embarazo fluido incrementado blanco lechoso. Podemos encontrar en el área genital edema, eritema y huellas de rascado.

El diagnóstico se base en el examen directo “al fresco”, una gota de secreción al microscopio permite poner de manifiesto las levaduras y los filamentos micelianos. También se puede utilizar frotis teñido de Gram apreciándose las levaduras con pseudomicelos.

TRICHOMONAS VAGINALIS (1, 4, 6,16, 23, 26)

La *trichomonas vaginalis* es un microorganismo flagelado eucariótico, de las tres especies encontradas en el hombre, solo trichomona vaginalis es patógena.

El número anual de casos en todo el mundo se estima en 180 millones, aproximadamente. En muchos países 1 de cada 4 mujeres en edad de actividad sexual ha estado afectada o lo estará.

La vulvovaginitis se manifiesta por un exudado vaginal fétido profuso, color verdoso y espumoso y por irritación vulvarpruriginosa con dolor. La mucosa vaginal y el cuello uterino muestran exudado inflamatorio ocasionalmente con “puntos de fresa”. La vulvitis esta marcada por edema, dolor y eritema.

La tricomoniasis puede confirmarse por la demostración del parásito en las secreciones uretrogenitales. Se pueden realizar: examen en fresco en portaobjetos, examen poscoloración y cultivo.

CONDILOMATOSIS (1, 4, 6,16, 23, 26, 27)

El virus responsable es el Human papiloma virus (H.P.V)

El contagio habitualmente es sexual. Ciertas situaciones pueden favorecer la aparición de papilomas venéreos como: diabetes, embarazo, tratamientos inmunodepresores o con corticoides.

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

Los condilomas acuminados tienden a ocurrir como lesiones polimórficas múltiples que pueden fusionarse hasta formarse grandes masa en las áreas vulvar, perineal o anal. Los condilomas se hallan con frecuencia dentro de la vagina y en ocasiones aumentan de tamaño impidiendo el parto vaginal. Podemos encontrarlos también en el meato uretral externo y en el clítoris.

Los condilomas acuminados son comunes en el cervix y se ven como una lesión acuminada definida, una lesión mucosa o manchas blancas con un puntillado fino en la colposcopia (previa aplicación de ácido acético).

La infección por H.P.V. representa un cofactor de riesgo de cáncer de cuello uterino, sobre todo si esta asociado a otros agentes potencialmente mutágenos.

Entre las enfermedades asociadas con los HPV figuran la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), la neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN) y la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), así como casi todos los carcinomas de células escamosas invasoras del tracto genital.

Para el diagnóstico el método más utilizado es el de papanicolau. Existen otros métodos como la Detección de Antígeno y la Hibridación del ADN pero su alto costo impide que se realicen de forma rutinaria.

VAGINOSIS BACTERIANA (1, 4, 6,16, 23, 26)

La Vaginosis bacteriana se caracteriza en un crecimiento polimicrobiano masivo y en exceso en el que los microbios actúan de manera sinérgica y causan síntomas genitales locales (olor aminado y secreción) y anormalidades en el conducto reproductivo alto.

El principal germen causal es la *Gardnerella vaginalis*, el cual es un bastoncito gramnegativo o grampositivo débil, a veces polimorfo, inmóvil, no encapsulado. Puede coexistir con otros gérmenes o en menor proporción se puede deber al incremento logarítmico de las concentraciones de un conjunto de bacterias con potencial patógeno como son especies de *Prevotella* (antes *Bacteroides*), especies de *Peptostreptococcus*, *Porphomonas* y *Mobiluncus*, junto con *Ureaplasma urealyticum* y *Micoplasma hominis*.

Las pacientes en general, refieren leucorrea de olor desagradable. Estas tienden a adherirse a las paredes vaginales tapizándolas en su totalidad.

Actualmente el diagnóstico clínico de la vaginosis bacteriana se basa en la observación de tres de los cuatro criterios clínicos siguientes:

- 1) Secreción homogénea, delgada, adherente de color gris blanco.
- 2) pH del líquido vaginal > 4.5.
- 3) Liberación del olor aminado con alcalinización del líquido vaginal, “prueba del olor”.
- 4) Presencia de células epiteliales vaginales con bordes oscurecidos por bacterias pequeñas, adherentes, llamadas células “indicio”.

El incremento de pH (>4.5) es el más sensible pero el menos específico de estos criterios clínicos.

La presencia de células “indicio” sobre el examen al fresco montado en solución salina es el indicador más específico y sensible de vaginosis bacteriana, con un valor predictivo positivo de un 85% al 90%.

El típico olor intenso y desagradable a “pescado” distintivo de la vaginosis bacteriana es resultado de la liberación de aminas volátiles (p. ej., putrecina, cadaverina y trimetilamina) cuando el líquido vaginal se alcaliniza. Los agentes que elevan el pH vaginal, como el semen y el líquido menstrual, también pueden liberar este olor. La adición de una gota de hidróxido de potasio al líquido vaginal volatiliza las aminas y produce un intenso olor aminado a pescado. La presencia de dicho olor tiene un valor predictivo positivo del 94%, pero es el menos sensible de los criterios (84%), por ello su ausencia no niega la presencia de vaginosis bacteriana.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Estudio Descriptivo de Corte Transversal.

Población de estudio:

La constituyeron las pacientes adolescentes embarazadas que ingresaron a la sala de Alto Riesgo Obstétrico, del Departamento de Ginecología y Obstetricia, durante el período de estudio, y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Embarazada con edad entre 10 y 19 años cumplidos al momento de su ingreso.
- Consentimiento informado para participar en el estudio, incluyendo el permiso para la toma de secreción vaginal para realización de Gram, fresco, y cultivo.
- No haber recibido antibiótico terapia 2 semanas previas a la toma de muestras biológicas.
- No administración de tratamientos intrahospitalarios por vía vaginal antes de la toma de muestras vaginales.

Período de estudio: Julio 2004 a Diciembre 2006.

Área de estudio:

Sala de Alto Riesgo Obstétrico, del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León. El servicio de ARO cuenta con 18 camas para hospitalización, 5 médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, 5 residentes de la especialidad, 2 médicos internos, 1 especialista en Pediatría y 1 residente de Pediatría.

Recolección y manejo de los datos:

Una vez que se detectó el ingreso de una paciente adolescente embarazada, se le abordó directamente en privado para explicarle los objetivos del estudio y los diferentes procedimientos que este incluía. Solicitamos además su consentimiento por escrito para su participación. Procedimos a recolectar la información con un cuestionario elaborado y piloteado previamente, y cuyo contenido se agrega como anexo en este informe final. Este cuestionario se llenó de manera individual y privada a cada paciente que aceptó participar (FUENTE PRIMARIA). Posteriormente, la paciente fue conducida a un ambiente adecuado para su revisión ginecológica y toma de muestras biológicas. Las muestras fueron transportadas de manera inmediata al laboratorio del hospital para su procesamiento.

Para el almacenamiento de la información se creó una base de datos en SPSS versión 11, los cuestionarios se fueron introduciendo en la medida en que se recolectaron. Desarrollamos rutinas de chequeo y limpieza de datos durante esta etapa.

Los datos los analizamos utilizando el mismo software, SPSS versión 11. Frecuencias absolutas y relativas fueron calculadas para cada variable en estudio. Se exploró también de manera bivariada el hecho de ser embarazada adolescente con ETS o sin ella, en relación a características sociodemográficas u obstétricas y para esto se calculó el Chi cuadrado con su valor de P. Los resultados los expresamos finalmente a través de tablas y gráficos.

Consideraciones éticas:

A cada paciente se le explicó cuales son los objetivos del estudio, los procedimientos que este incluía y las ventajas que ella podría tener al participar. Se les solicitó consentimiento informado escrito.

Para la recolección de la información se utilizó un ambiente privado acorde a las posibilidades hospitalarias. La recolección de muestras biológicas siguió medidas rigurosas de asepsia y antisepsia, de acuerdo a lo requerido para cada tipo de muestra.

La confidencialidad de los datos proporcionados por la paciente y de los resultados de laboratorio fueron garantizados. Para el manejo de los cuestionarios se utilizó números de identificación conectados a un listado de los nombres que solo los manejaba el investigador principal. Los resultados de laboratorio se entregaron a cada paciente de manera individual, en un ambiente privado y en sobres sellados. Una vez discutido con ellas el resultado, a aquellas positivas se les prescribió tratamiento. A todas las pacientes se les brindó consejería sobre prevención de embarazo y ETS.

VARIABLES INCLUIDAS AL ESTUDIO:

EMBARAZO EN ADOLESCENTES: Embarazo en el grupo etáreo comprendido entre 10 y 19 años cumplidos (Def. OMS).

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Son un grupo diverso de infecciones causadas por agentes microbianos, que se agrupan en una sola categoría a causa de ciertas características clínicas y epidemiológicas comunes

- **GONORREA:** causada por el *Neisseria gonorrhoeae*
- **SIFILIS:** causada por el *Treponema pallidum*
- **CANDIDIASIS:** causada por la *Cándida Albicans*
- **TRICOMONIASIS:** causada por la *Trichomonas vaginalis*
- **CONDILOMATOSIS:** causado por el Human Papiloma virus
- **VAGINOSIS BACTERIANA:** causado por la *Gardnerella vaginalis*

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Edad cumplida de la paciente al llenado de la ficha	Entrevista	10 – 13 14 – 16 17 – 19
PROCEDENCIA	Lugar de origen de las pacientes adolescentes embarazadas	Entrevista	Urbano Rural
ESCOLARIDAD	Año de estudios aprobados el momento de acudir	Entrevista	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Universidad
ESTADO CIVIL	Estado Civil en el que se encuentra la paciente a su ingreso	Entrevista	Soltera Acompañada Casada Divorciada Viuda
OCUPACIÓN	Actividad laboral a la que la paciente se dedica para su sustento diario y lo expresa a su ingreso	Entrevista	Estudiante Ama de casa Obrera agrícola Domestica Otro
GESTA	Número de embarazos al momento del ingreso	Entrevista	1 2 3 o más

PARA	Número de partos al momento del ingreso	Entrevista	1 2 3 o más
CESAREA	Número de cesáreas al momento del ingreso	Entrevista	1 2
ABORTO	Número de embarazos fallidos antes de las 20 semanas	Entrevista	1 2 3 o más
EDAD GESTACIONAL	Edad gestacional según regla de Naégale en la que esta la paciente al momento del ingreso	Entrevista	Primer Trimestre (1-14 SA) Segundo Trimestre (15-28 SA) Tercer Trimestre (27 o más)
MENARQUIA	Edad en que la paciente presentó su primera menstruación	Entrevista	7 – 9 10 – 13 14 – 16 17 – 19
IVSA	Edad en que la paciente inicia su vida sexual activa	Entrevista	10 – 13 14 – 16 17 – 19

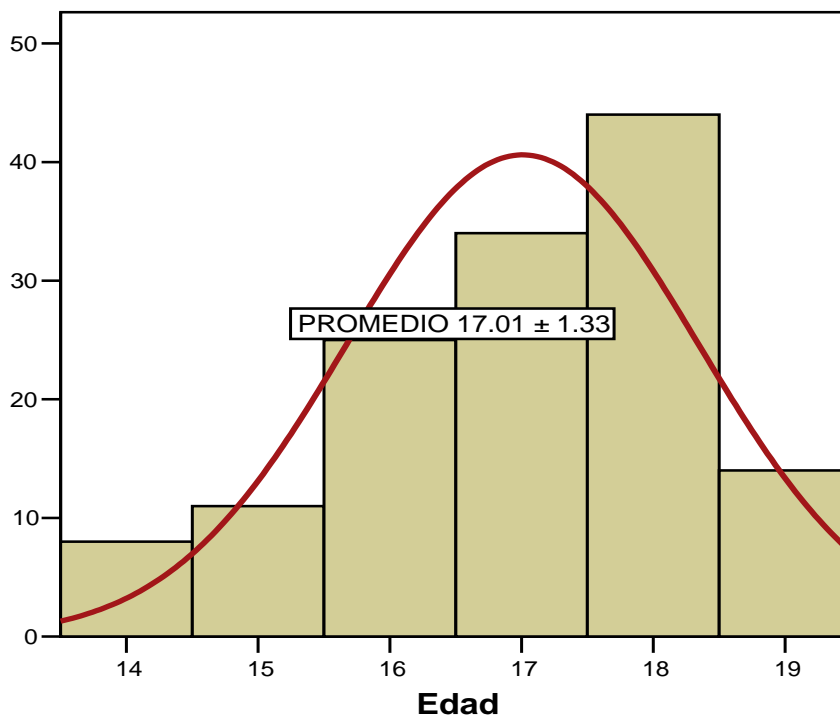
NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	Cantidad de compañeros sexuales que ha tenido la paciente en su vida	Entrevista	1 2 3 o más
LEUCORREA	Cualquier fluido vaginal, no hemático que ha presentado la paciente durante su embarazo	Entrevista	Si No
MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	Uso de algún método de planificación familiar previo al embarazo actual	Entrevista	Gestageno oral Gestageno inyectable DIC. Preservativo Otro Ninguno
DIAGNÓSTICO DE INGRESO	Diagnóstico Obstétrico con el que se ingresa la paciente al hospital	Entrevista	Amenaza de aborto Amenaza de parto inmaduro Amenaza de parto prematuro Embarazo a término Embarazo ectópico

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Nuestro universo de pacientes en estudio lo constituyeron 136 adolescentes embarazadas ingresadas al servicio de Alto Riesgo Obstétrico de nuestro Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello.

El 29% de estas adolescentes estudiadas ingresaron al hospital por síndrome hipertensivo gestacional, 31% por amenaza de parto prematuro la mayoría de estas asociadas a procesos infecciosos urinarios y cervicovaginales, 21% ingresaron causas varias y 12% por embarazo a término.

Gráfico 1. Distribución de edad de la población de estudio. Dpto. de Ginecología HEODRA. Julio 2004 - Diciembre 2006.

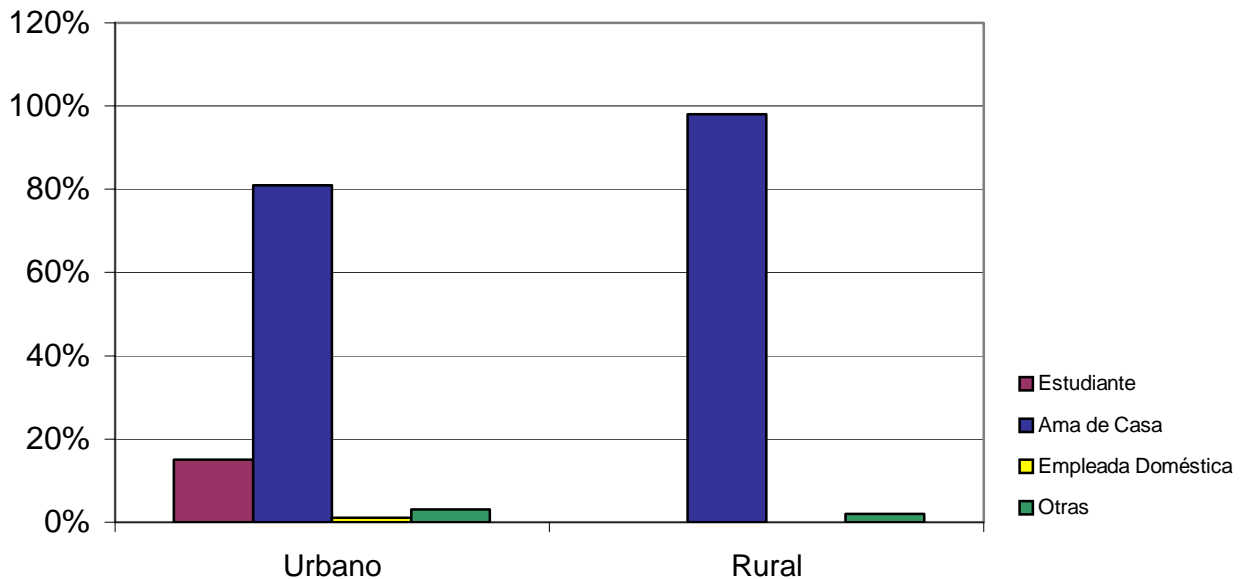


n = 136

Del total de ellas, el 56% tenía procedencia urbana y el 44% eran de procedencia rural. Esto se podría corresponder con el área de cobertura del hospital, el cual es el único centro hospitalario para cubrir todos los municipios del Departamento de León.

El 89% de las adolescentes estudiadas refirieron ser amas de casa (81% de las de procedencia urbana y 98% de las embarazadas de procedencia rural). Entre las embarazadas estudiadas del área urbana el 15% refirió ser estudiante en comparación a aquellas del área rural en donde ninguna (0%) lo refirió (Gráfico2).

Gráfico2.
Ocupacion de las adolescentes estudiadas de acuerdo a su procedencia Dpto. de Ginecologia HEODRA, Julio 2004 - Diciembre 2006



En relación a la escolaridad, la mayoría de las pacientes cursaron la primaria (67%) y solo un 20 % la secundaria lo que predominó en el área urbana. El porcentaje de analfabetismo fue de 0% en el área urbana y 25% en el área rural, un 11% para el total de la población. Esto es compatible con lo reportado por la encuesta de Demografía y Salud ENDESA 2002 que mostró que el 40% de adolescentes analfabetas o con nivel de escolaridad primaria salían embarazadas, en comparación al 14% de las adolescentes con nivel de escolaridad secundaria. ⁽²⁸⁾

El 82% de las pacientes estudiadas refirió como estado civil unión estable, 13% eran solteras y solo 4% eran casadas. El 64% de ellas vivían con la familia del compañero, el 26% con su familia y el 9% solas con su compañero o marido. Lo que nos orienta a pensar que estas adolescentes podrían haber contado con apoyo durante el embarazo.

Esto también es compatible con el hecho de que la mayoría de las pacientes estudiadas dependían económicamente de la familia del compañero, en el 57% el suegro era el jefe de familia, en el 7% era la suegra, y el compañero en el 9%. En relación a las que vivían con su familia, en el 15% el jefe de familia era el padre y en el 11% la madre.

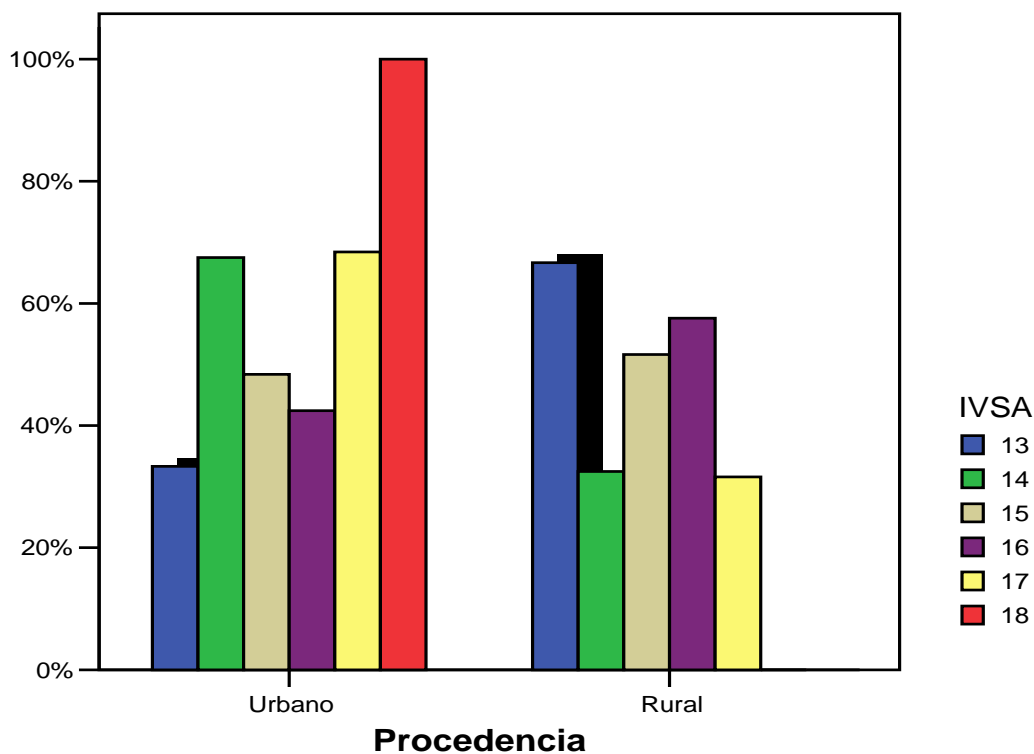
Por otro lado, la disfuncionalidad familiar se hace más evidente en los antecedentes de estas adolescentes, 42% de ellas reportaron que pertenecían a familias con padres separados. El ambiente familiar de ellas en la casa que habitan era de hacinamiento, con una media de un 6.4 de habitantes, con un promedio de 2.2 personas económicamente activas por hogar.

En relación al embarazo en curso, 77% de las adolescentes respondieron que su familia se enojó al saber del embarazo pero nada más, y el 63% dijeron que su compañero no quería el embarazo pero que las apoyó ante la decisión de quedarse

con él. Es altamente significativo que el 21% de estas pacientes dijo que su compañero les sugirió que abortaran.

En cuanto a los datos obstétricos encontramos que la edad promedio de la menarquia entre estas adolescentes fue a los 13 años de edad, la edad menor fue de 12 años y la mayor de 16. Mientras que la IVSA tiene un promedio en dichas adolescentes al los 15 años de edad con rangos de 12 años como mínimo y de 18 años como máximo. Estos datos son comparables con los suministrados a nivel nacional por el Ministerio de Salud, la encuesta de demografía y salud, y a estudios monográficos a que hemos hecho referencia. ^(10, 11, 28)

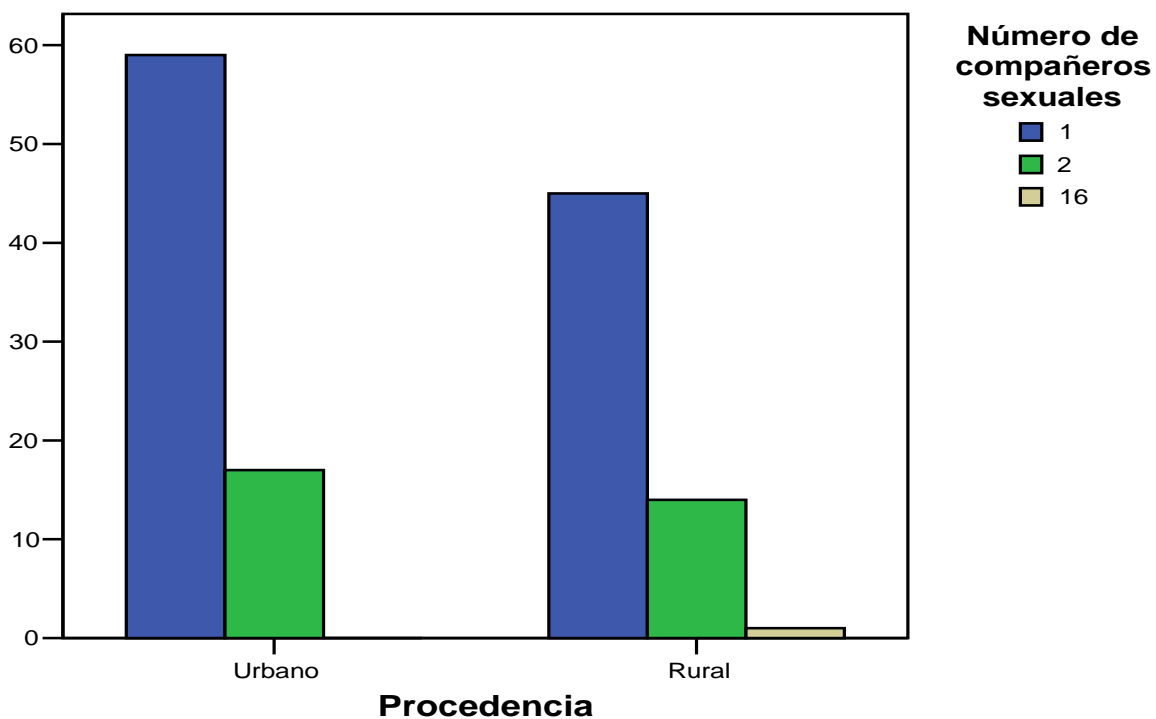
Gráfico 3.
Edad de inicio de la vida sexual de acuerdo a su procedencia.
Dpto. de Ginecología, HEODRA León, Julio 2004 - Diciembre 2006.



n = 136

El promedio de compañeros sexuales fue de 1.2, dato comparable a resultados de otros estudios conducidos a nivel local ^(9, 10) pero mucho menor cuando lo comparamos al promedio de relaciones sexuales de las adolescentes en otros países. ^(1,7)

Gráfico 4.
Número de compañeros sexuales de acuerdo a su procedencia. Dpto. de Ginecología, HEODRA León, Julio 2004 - Diciembre 2006.

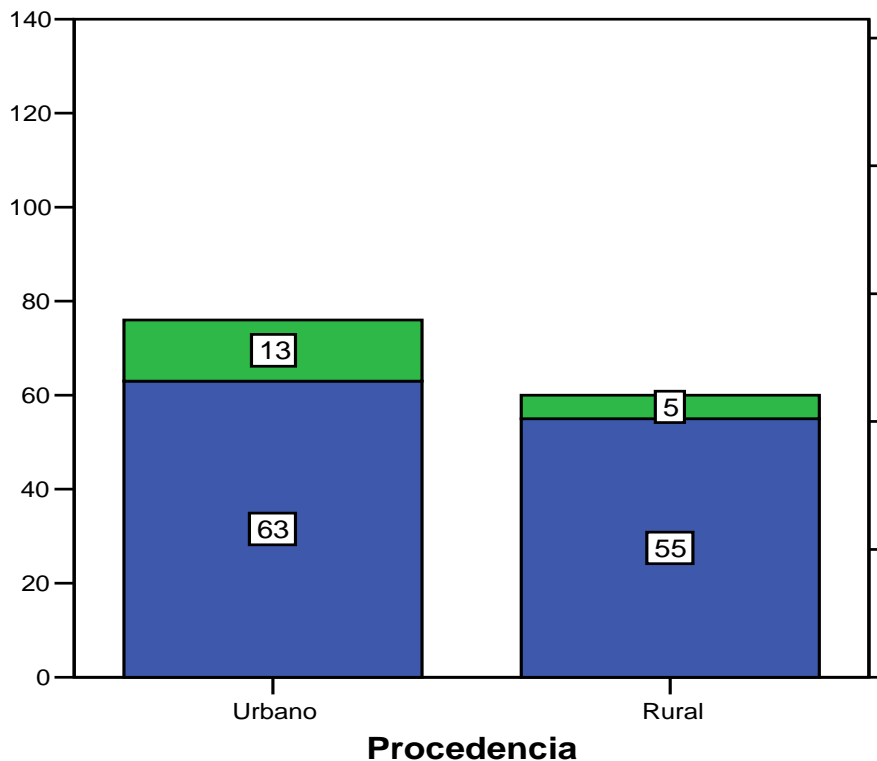


n = 136

El 85% de las pacientes estudiadas cursaban el tercer trimestre del embarazo al momento de ser incluidas al estudio, el 12% el segundo trimestre y solo un 4% el primer trimestre de embarazo. El reducido número de pacientes cursando el primer trimestre de embarazo era esperado debido a que el principal diagnóstico de ingreso de pacientes con embarazo durante el 1er. trimestre lo constituye el aborto incompleto y este fue un criterio de exclusión del estudio.

Al ingreso las pacientes reportaron cursar con leucorrea en un 87% (92% en el área rural y 83% en el área urbana) y solo un 13% refirieron no cursar con ella (Gráfico 5).

Gráfico 5.
Presencia de Leucorrea en adolescentes estudiadas, de acuerdo a su procedencia. Dpto. de Ginecología, HEODRA, Julio 2004 - Diciembre 2006.



n = 136

El 89% de las adolescentes estudiadas refirieron tener conocimientos en métodos de planificación familiar, el método al que más referencia hicieron es el preservativo en un 82%, pero también fueron altos los porcentajes de referencia por parte de dichas pacientes de los métodos hormonales en un 74% los hormonales orales y en un 70% los hormonales inyectables. Es de hacer notar que solo el 24% expresaron conocer

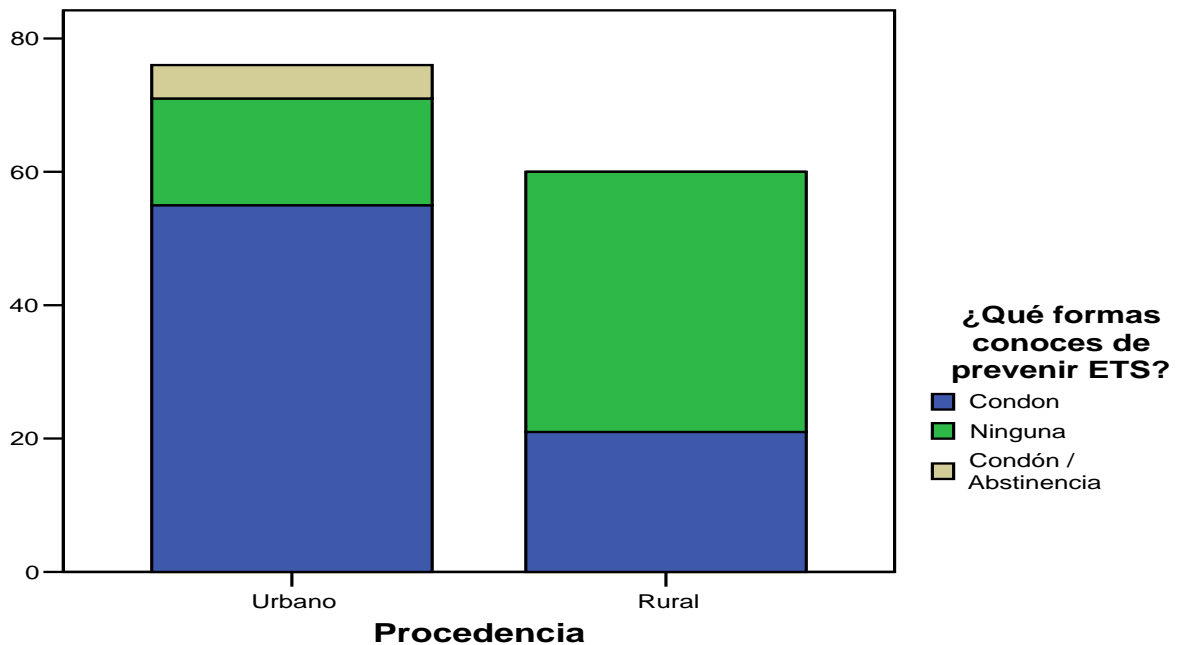
sobre DIU a pesar de ser uno de los más promocionados por el MINSA. El otro que fue muy poco mencionado por estas adolescentes fue la PPMS (4%).

El 60% de las de nuestras pacientes urbanas mencionaron haber escuchado de alguna enfermedad de transmisión sexual y el 40% restante refirieron desconocerlas, a diferencia del área rural donde el 65% de las pacientes dijeron no haber escuchado de estas. Esto coincide con resultados de otros estudios que hablan de un grado “aún deficiente” de información y conocimientos sobre ETS en nuestro medio. ⁽¹³⁾

La enfermedad de la que más adolescentes refirieron haber escuchado más fue del VIH/SIDA (60% urbano, 20% rural), seguida de la Gonorrea (40% urbano, 10% rural) y la Sífilis (12% urbano, 3% rural). Las adolescentes no mencionaron ninguna otra ETS. Consideramos que la referencia del SIDA en mayor porcentaje se debe a la amplia publicidad que esta a recibido en los diferentes medios de difusión.

El 56% de las de las pacientes estudiadas mencionaron el condón como método para prevenir ETS. De las restantes, 4% mencionó la abstinencia y 40% dijeron que no conocían ningún método (Gráfico 6). El desconocimiento fue mayor entre las adolescentes del área rural (65%). Esto concuerda con resultados de estudios de población de adolescentes que reportan poco conocimientos de métodos para prevenir las ETS, sobre todo en aquellas que además de ser adolescentes jóvenes de menor nivel escolar y de menor edad, además dentro de las que refieren tener conocimiento de algún método el más conocido es el preservativo pero este no es usado en sus prácticas sexuales. ^(11, 12)

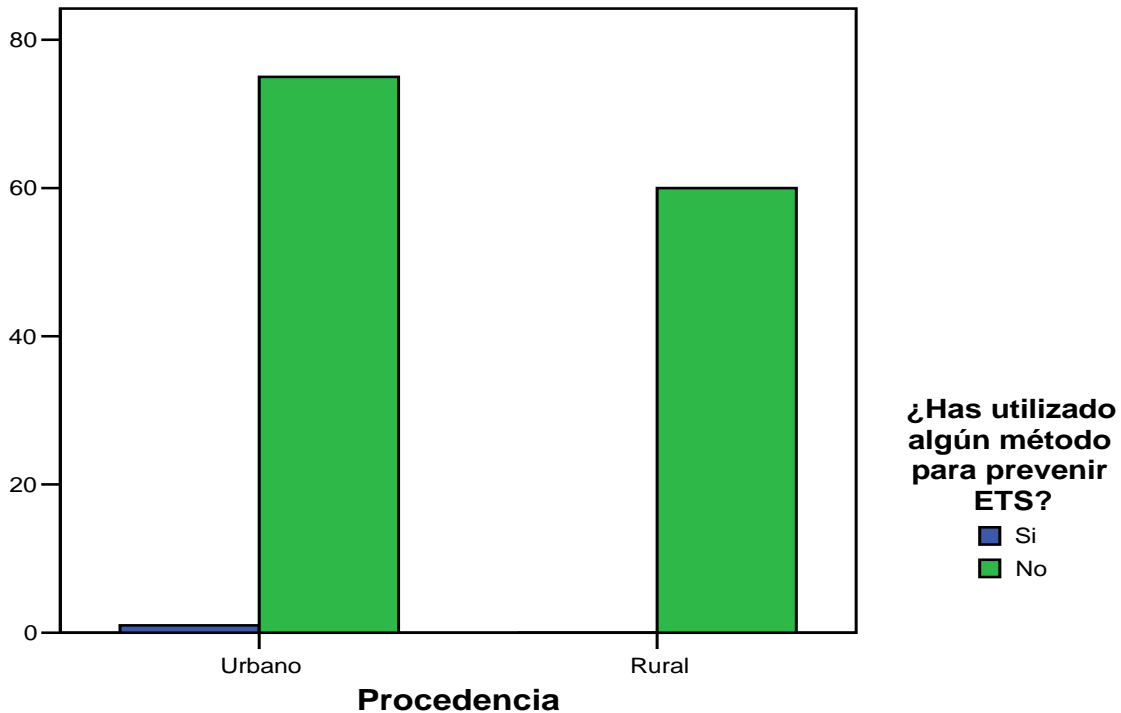
Gráfico 6. Que formas de prevención de ETS conocen las pacientes estudiadas?. Dpto. de Ginecología HEODRA, Julio 2004 - Diciembre 2006.



n = 136

Los resultados de nuestro estudio fueron similares, encontrando que las adolescentes conocían el preservativo en un 60% pero un 4% de ellas reportaron que lo utilizarían para evitar una ETS. En un 99% de ellas reportaron que no utilizaron ni un método para prevenir dichas enfermedades de transmisión sexual (Gráfico 7).

**Gráfico 7. Utilización de métodos para prevención de ETS.
Dpto. de Ginecología, HEODRA, Julio 2004 - Diciembre 2006.**



n = 136

Se encontró presencia de microorganismos de transmisión sexual en 91% de las adolescentes estudiadas. En orden de frecuencia los microorganismos que se encontraron fueron Candida Albicans, Tricomonas Vaginallis, Virus de Papiloma Humano, Neiseria Gonorrea, Garnerella Vaginallis y Treponema Pallidum (Tabla 1).

Tabla 1.
Microorganismos de Transmisión sexual presentes en las adolescentes embarazadas estudiadas. Dpto de Ginecología HEODRA, Julio 2004 – Diciembre 2006.

	Procedencia		Total n = 136
	Urbana n = 76	Rural n = 60	
Candida Albicans	67	57	124 (91%)
tricomonas Vaginallis	15	31	46 (34%)
Virus de Papiloma Humano	3	5	8 (6%)
Neisseria Gonorrea	2	3	5 (4%)
Garnerella Vaginallis	0	4	4 (3%)
Treponema Pallidum	2	1	3 (2%)

Fuente de información PRIMARIA

Nuestro estudio coincidió con otras referencias bibliográficas y estudios a nivel nacional que reportan una alta incidencia de ETS en los adolescentes ^(1, 3, 4, 5, 7) aunque en nuestro abordaje la frecuencia tiene un incremento alto si la comparamos a las cifras oficiales del MINSA para los años 2000, 2001 y 2002. Además el hecho de que el germen más común encontrado fue la Cándida Albicans y la segunda en frecuencia la Tricomona Vaginallis, también coincide con resultados de diversos estudios ^{9,10, 15}, aunque no concuerdan con hallazgos internacionales que refieren como primeras causas la Chlamydia Trachomatis y la Garnerella vaginallis.^(1, 7, 9)

CONCLUSIONES

- 1) La prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes estudiadas fue 91%. En orden de frecuencia encontramos Candida Albicans 91%, Tricomonas Vaginallis 34%, Virus de Papiloma Humano 6%, Neiseria Gonorrea 4%, Garnerella Vaginallis 3% y Treponema Pallidum 2%.
- 2) El promedio de edad fue de 17 años con una desviación estándar de ± 1.33 . La procedencia fue 56% urbana y 44 % rural. En el nivel de escolaridad predominó la primaria (67%) de las pacientes. La mayor parte de las adolescentes estaban acompañadas (82%).
- 3) La situación familiar de las adolescentes embarazadas estudias fue ligeramente ambigua. Más de la mitad de ellas provenía de hogares donde sus padres estaban separados (58%), 64% convivían con la familia del compañero donde el suegro era el jefe de familia en un 57% y la suegra en el 7%. Estas adolescentes eran en su totalidad dependientes económicamente con excepción de 4, lo que las situaba en una situación de vulnerabilidad. Por otro lado, ninguna vivía sola, lo que sugiere que ellas pudieran estar recibiendo apoyo de las personas con que convivían.
- 4) Las adolescentes estudiadas tuvieron promedio de menarquia a los 13 años ± 0.95 ; el promedio de IVSA fue de 15 años ± 1.3 ; el promedio de compañeros sexuales fue de 1, dato esperado por la edad y por la gesta de estas pacientes que en el 85% estaban cursando su primer embarazo.

- 5) Aún cuando el 89% de estas adolescentes mencionaron tener conocimiento de algún método de planificación familiar, los más referidos fueron el condón (82%), los métodos hormonales (74%), y el DIU (24%). A la hora de investigar sobre su uso, solo 20% habían utilizado en algún momento un método hormonal y 15% preservativos.

- 6) Las adolescentes urbanas reportaron con mayor frecuencia (60%) haber escuchado o tener algún conocimiento de ETS, que las provenientes de área rural (35%). De la ETS que más habían escuchado era del VIH/SIDA, seguido por la Gonorrea y la Sífilis. Aún cuando, más de la mitad de las adolescentes provenientes de área urbana y un tercio de las de área rural refirieron el condón como método de prevención de ETS, solamente una joven del área urbano dijo haberlo utilizado con ese fin.

- 7) Las ETS entre las adolescentes embarazadas estudiadas presentaron alta prevalencia en comparación a otros segmentos de la población. En orden de frecuencia encontramos Candidiasis, Trichomoniasis, Condilomatosis o presencia de VPH, Gonorrea, vaginosis bacteriana y sífilis.

RECOMENDACIONES

- 1) Crear un sistema para atención diferenciada de las pacientes adolescentes en estado de embarazo que ingresen a nuestro Departamento, ofrecerles no solo atención desde el punto de vista médico si no también psicosocial. Garantizarles un trato diferenciado, que incluya toma integral de muestras de laboratorio, específicamente para detectar las ETS, tratamiento a la causa de ingreso, pero también que garantice los diferentes tipos de consejería que estas adolescentes requieren, los más relevantes serían la consejería en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual dándole un enfoque de prevención.

- 2) Organizar un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes adolescentes que incluya atención médica, psicológica, y legal, que garantice el seguimiento de esta pacientes para dar sostenibilidad tanto a la consejería como a la educación sexual que requieren.

- 3) Crear conciencia en los tomadores de decisión de que no basta con campañas a través de medios de comunicación que aborden temas de ETS. Se requiere adecuar los servicios y proveerlos de métodos para su abordaje integral. Es necesario introducir la educación sexual en el sistema educativo de nuestro país. Se necesita garantizar la disponibilidad de métodos en los servicios de salud y el acceso a estos por parte de la población joven, puesto que sin educación sexual están iniciando vida sexual temprana y sin ninguna posibilidad de acceso a métodos se están convirtiendo en el sector más vulnerable para la transmisión de las ETS, un problema de salud pública a nivel mundial que está significando una importante carga de morbimortalidad.

REFERENCIAS

1. Siboulet André; Catalán F., Bohbot J. M., Manual de Enfermedades de Transmisión Sexual, Editorial Masson, S. A., Primera Edición, Barcelona, España, 1987.
2. Dominic, Marciano. Embarazo en la Adolescencia. Enciclopedia Médica, A.D.A.M., Inc.
3. Silber T., Munist M., Magdaleno M., Suárez E., Manual de Medicina de la Adolescencia, Publicación de la OPS, Washington, D.C., EUA., 1992.
4. Cecil, Tratado de Medicina Interna, Editorial Interamericana. 1987.
5. Colomer Revuelta, J lia. Prevención del embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.
6. Faro, Sebastián; Soper, David E.; Enfermedades Infecciosas en la Mujer, Mc Graw-Hill Interamericana Editores S. A., Primera Edición; México D.F., México, 2002
7. García C. Manual de salud reproductiva en la adolescencia, aspectos básicos y clínicos, Zaragoza, INO, Reproducciones S.A., 2001.
8. UNICEF, Teenage Births in rich nations, UNICEF innocent research center, Florence, 3 July 2001.

9. Estrada K., Guido., Bonilla I., Microorganismos más frecuentes en Leucorrea y eficacia terapéutica en adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en el centro de salud Màntica Berio y CARAS, Junio a Agosto del 2000. León (Monografía).
10. Icaza V., López N., Grijalva I., Diagnóstico y manejo de Leucorrea en Adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal en CARAS, Subtiava, 2001. León, 2001. (Monografía).
11. Camacho M., Zelaya F., Estudio Serológico de ETS, riesgo de transmitirla y conocimientos en estudiantes de secundaria en diferentes centros de estudios en la ciudad de León, Octubre a Diciembre de 1993. León 1994. (Monografía).
12. Soza C., Suazo J., Conocimiento, actitudes y practicas sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años en el municipio de San Francisco Libre, Febrero a Marzo de 1997. Managua 1997. (Monografía).
13. Chicas O., Rizo M., Enfermedades de Transmisión sexual conocimientos de la población estudiantil de secundaria de la ciudad de León, 1996. León 1998 (Monografía)
14. Briones A., Martínez F., Conocimiento actitudes creencias y practicas relativas a la sexualidad y ETS en estudiantes de Somotillo, 1996. León 1997. (Monografía).
15. Estrada I., Espinoza I., García A., Estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS atendidas en el Centro de Salud de Subtiava, Enero 2001 a Diciembre 2002. León 2003. (Monografía).

16. Robertson, D.H., Enfermedades de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y repercusión social, Editorial Interamericana, 1989.
17. Puell Ramírez, Lucie; Neyra, Luis; Tay Kcomt, Flor, Embarazo en adolescentes, enfoque de riesgo. Ginecología y Obstetricia 45(2): 120-3 abril 1999. Base de datos LILACS.
18. Sagua Hernan; Chiang, Vanesa; Varela, Héctor. Tricomonas en adolescentes embarazados en Antofagasta, Chile. Parasitología al día; 23(1/2): 9-14 ene-jun 1999. Base de datos LILACS.
19. Fernández Paredes, Francisco; Castro García, Marín; Fuentes Aguirre, Samuel. Características sociofamiliares y morbilidad materno infantil del embarazo en adolescentes. Bol, med. Hosp. Infant. Mex; 55(8): 452-7 ago 1998. Base de datos LILACS.
20. Ortega de Alvarez, Modesta; Alegre de Imas, Ana Maria. El embarazo y parto en adolescentes menores de 19 años en la Maternidad Nacional de Asunción y el Centro de Salud de Luque. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social 1992 55p. Base de datos LILACS.
21. Bernal, Juan N; Martinez, M.A.; Triantafilo, V. J. Diagnóstico de Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas chilenas. Rev chil. Obstetricia y Ginecología; 54(2): 66-70 1989. Base de datos LILACS.
22. Zúñiga, Washington; Molina, S.; Gustavo, Salazar, B. Vaginitis en gestantes adolescentes. Rev. Ciencias (4) 34-7, 1995. Base de datos LILACS.

23. Carrera Macia, José M.; Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, Editorial Masson, S.A., Tercera Edición, Barcelona, España. 2000.
24. Pernoll, Martín; Benson, Ralph C.; Diagnóstico y Tratamiento en Ginec Obstetricia, Editorial El Manual Moderno, S. A., Quinta Edición, México, 1989
25. Gary Cunningham, F.; Williams Obstetricia, Editorial Medica Panamericana, 21a edición, Buenos Aires, Argentina, 2002.
26. Dyck, E. Van; Meheus, A. Z.; Piot, P, Diagnóstico de Laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual, OMS, 2000, Impreso en Singapore.
27. Gleicher, Norbert; Buttino, Louis; Elkayam, Uri; Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo, Editorial Medica Panamericana, Tercera Edición, Buenos Aires, Argentina, 2000.
28. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y censo. Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA), Nicaragua, 2001.



**HOSPITAL ESCUELA “OSCAR DANILLO ROSALES ARGUELLO”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

UNAN – LEON

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

NOMBRE: _____

Nº de Expediente: _____

Fecha del Ingreso: _____

Nº de Ficha: _____

1.- DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

a.- Edad : _____

b.- Procedencia: 1.-Urbana___ 2.-Rural___

c.- Escolaridad: 1.-Analfabeta___ 2.-Primaria___ 3.-Secundaria___

4.-Técnica___ 5.-Universidad___

d.- Estado Civil: 1.-Soltera___ 2.-Acompañada___ 3.-Casada___

4.-Divorciada___ 5.-Viuda___

e.- Ocupación: 1.-Estudiante___ 2.-Ama de casa___ 3.-Obrera Agrícola___

4.-Empl. Domestica___ 5.-Otras___

2. AMBIENTE FAMILIAR DE LA PACIENTE:

a. ¿Con quién vive?: _____

b. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

c. ¿Sus padres viven juntos? _____

d. ¿Cuántos hermanos tiene? _____

e. ¿Quién es el jefe de familia en la casa donde vive? _____

f. ¿Cuántas personas trabajan y aportan dinero al hogar en la familia donde vive? _____

g. ¿Qué hizo tu familia cuando supo que estabas embarazada?

1. Me apoyaron _____

2. Se enojaron, pero nada más _____

3. Me dejaron de hablar y/o de proporcionar cosas _____

4. Me corrieron de la casa _____

5. Me maltrataron físicamente _____

6. Otros _____

h. ¿Qué hizo tu pareja cuando supo que estabas embarazada?

1. Se puso feliz _____
2. No lo quería pero me apoyo _____
3. No lo quería y me sugirió que abortara _____
4. Me maltrato físicamente _____
5. Se marchó _____
6. Otro _____

3.- DATOS GINECOBSTETRICOS

- a.-1.-Gesta _____ 2.-Para _____ 3.-Cesárea _____ 4.-Aborto _____
- b.- Edad Gestacional: _____
- c.- Menarquia: _____
- d.- IVSA : _____
- e.- N° de compañeros sexuales: _____
- f.- Leucorrea 1.-Si _____ 2.-No _____

4. CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCION DE EMBARAZOS Y ETS:

a. En general, qué métodos conoces para evitar quedar embarazada: (Puede marcar varios)

- 1.- Pastillas (Gestageno oral) _____
- 2.- Inyecciones (Mes y tres meses) _____
- 3.- DIU _____
- 4.-Preservativo _____
- 5.- PPMS _____
- 6.- Otro _____
- 7.-Ninguno _____

b. ¿Cuál método habías usado para prevenir embarazo? (Puede marcar varios)

- 1.- Pastillas (Gestageno oral) _____
- 2.- Inyecciones (Mes y tres meses) _____
- 3.- DIU _____
- 4.-Preservativo _____
- 5.- PPMS _____
- 6.- Otro _____
- 7.-Ninguno _____

c. ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoces? (copiar las que ella mencione)

d. ¿Qué formas conoces de prevenirlas? (copiar lo que ella mencione):

e. ¿Has utilizado algún método para prevenir ETS?

1. SI____ 2. NO____

5.- DATOS CLINICOS

a.- Diagnóstico de Ingreso:

1.-Amenaza de Aborto____ 2.-Amenaza de Parto Prematuro____
3.-Embarazo a Término____ 4.-Embarazo Ectópico____
5. IVU____ 6.-Sd. Hipertensivo del Embarazo____
7.-Otros____

b.- Reporte de Laboratorio: 1. Positiva ____ 2. Negativa____

c.- Gérmenes causales (Reporte de Patología):

1. Candidiasis ____ 2. Tricomoniasis ____ 3. Sífilis: ____
4. Gonorrea: ____ 5. HPV: ____ 6. Vaginitis Bacteriana: ____
7. Otros: _____