

**Universidad de Ciencias Médicas  
Ciego de Ávila**



**Título: Intervención comunitaria sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las gestantes del Área de salud de Gaspar , Baragua 2013.**

**Autor: Dra. Yanara Cardoso Castillo . Residente de M.G.I**

**Ciego de Ávila**

**2014**

**Universidad de Ciencias Médicas  
Ciego de Ávila**

**Policlínico Docente Dr Mario Paez Inchausti ,Gaspar ,  
Baragua.**

**Título: Intervención comunitaria sobre las Infecciones de  
Transmisión Sexual en las gestantes del Área de salud de  
Gaspar , Baragua .**

**Autor: Dra Yanara Cardoso Castillo. Residente de M.G.I**

**Tutora: Dra Marlenis Becera Licor . Especialista de 1er  
grado en M.G.I. Profesor asistente , Especialista en  
Higiene y Epidemiología.**

**Tesis para optar por el título de Especialista en Primer  
Grado en Medicina General Integral**

**Ciego de Ávila**

**2014**

## **Resumen**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) con el objetivo de evaluar la utilidad de la intervención educativa para promover conocimientos sexuales adecuados en las gestantes. El universo de estudio lo constituyeron 54 gestante pertenecientes al área de salud de Gaspar municipio de Baraguá, durante el periodo comprendido de septiembre del 2013 a enero del 2014. Para ello se aplicó una encuesta desarrollada y validada mediante pilotaje a nivel nacional y un programa educativo. Para la recolección de la información se utilizaron los registros estadísticos del área de salud. Se pudo apreciar un aumento del nivel de conocimiento, de las infecciones de transmisión sexual, en un 85.1%, un 90, 7 % de las embarazadas reconocieron los síntomas y las causas más frecuentes y obtener un 77,7 % del nivel de conocimientos general correctos acerca de las Infección de Transmisión Sexual. Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas.

Palabras claves: **PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**Planteamiento del problema científico:** Las gestantes del área de salud de Gaspar no tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las embarazadas.

**Hipótesis:** Si aplicamos una Estrategia de Intervención comunitaria mediante la aplicación de un programa educativo, pudiéramos elevar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la Infección de Transmisión de Sexual en las embarazadas.

**Resultados a alcanzar:** Elevar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre las Infección de Trasmisión Sexual en las embarazadas.

**Novedad:** Primera vez que se diseña un programa educativo con estas características en nuestra institución.

**Valor social:** Brindar a las gestantes estilos de vida más saludables que contribuyan a la mejoría de su calidad de vida y del producto de la concepción, así como disminuir las pérdidas económicas por esta causa.

**Valor científico:** Conocer el nivel de conocimiento que presentan las gestantes del área de salud de Gaspar con respecto a los factores de riesgo que influyen las Infección de Trasmisión Sexual y validar la utilidad del programa de intervención comunitaria aplicado a esta población.

## I- INTRODUCCIÓN

Tan viejas como la historia misma son las Infecciones de Transmisión Sexual descritas por Hipócrates en el siglo II a.n.e, antiguamente eran denominadas Enfermedades Venéreas y en los años 70 como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (1-2). Actualmente se habla de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y no de Enfermedades de Transmisión Sexual ya que muchas de ellas están presentes de forma asintomático en ocho de cada diez mujeres y en cinco de cada diez hombres. A nivel mundial han permanecido durante varias décadas entre las primeras cinco causas de solicitud de atención médica por los adultos en países en vías de desarrollo. En los países industrializados, una de cada cien personas realiza por lo menos una consulta anual por esta causa y se estima que una de cada veinte personas en el mundo padece una ITS al año (3).

En la actualidad conforman el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria (4). Afectan a todos los niveles sociales y económicos, a casi todos los grupos de edad, especialmente a los jóvenes y dañan lo más íntimo de la población, pues son infecciones que se transmiten por el contacto de persona a persona, que es a su vez la expresión del amor y la sexualidad (5-6). Tienen consecuencias económicas desfavorables, pero el principal problema lo constituyen las consecuencias sociales, pues son causa de infertilidad, abortos espontáneos, muerte neonatal e invalidez infantil, de enfermedad inflamatoria pélvica, discapacidad a largo plazo y muerte y también pueden provocar en la mujer sufrimientos crónicos y una incapacidad que excluye su participación en una vida familiar saludable, a pesar de que son prevenibles, diagnosticables y tratables (7).

En estos momentos, a pesar de los notables adelantos en los conocimientos médicos y el desarrollo de la atención primaria, ha ocurrido un incremento de las ITS, principalmente en los jóvenes, dado fundamentalmente por la explosión demográfica mundial a expensas de aquellas edades en las que las relaciones sexuales son más frecuentes y no se selecciona adecuadamente a la pareja; además, del movimiento constante de la población

por diversas razones tales como la actividad laboral, los viajes turísticos, la búsqueda de empleo.

Todo ello contribuye a aumentar los encuentros fortuitos y por ende a una mayor posibilidad de adquirir estas infecciones (8).

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15 a 44 años y la segunda causa más importante (después de la causa materna) en mujeres jóvenes en países en vía de desarrollo. Cálculos recientes arrojan que cada año se reportan en todo el mundo más de 340 000 000 de casos de Infecciones de Transmisión Sexual curables y que por lo menos 1 000 000 de contagios ocurre cada día. En las América se estima una cifra de alrededor de 50 000 000 de casos anualmente (más de cien mil infecciones promedio por día) (9-10-11).

Una de las Infecciones de Transmisión Sexual que mayores daños ha ocasionado a lo largo de su historia, solo comparable con el VIH/SIDA, ha sido la Sífilis. Ya a comienzos del siglo XV, alrededor del 15 % de la población europea la padecía. A finales del siglo XV y durante el XVI, una epidemia de Sífilis arrasó Europa lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias, también se describe, por los chinos hace miles de años, una infección similar a la Sífilis y la plaga bíblica de Moab ha sido también reconocida como Sífilis por muchos autores.

Tanto en Europa como en América, Medio Oriente y África hay testimonios en los escritos y en las manifestaciones artísticas más antiguas acerca de la evidencia de esa enfermedad. En la actualidad ha reemergido en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, asociándose epidemiológicamente con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se reportan anualmente 3,5 000 000 de infecciones por Sífilis (12).

En general, en las Américas las tasas de incidencia de Sífilis en todas las formas en que se detecta son de 2 a 5 veces más elevadas que en los países industrializados. Sin embargo, en la mayoría de los países de la región se registra una disminución de su incidencia (13).

En Cuba se ha observado una disminución de la incidencia de Sífilis y no se reportan casos de Sífilis congénita durante los últimos cinco años (14).

El control de las ITS y del VIH/SIDA, que se ha sumado a ellas desde hace más de dos décadas con resultados desbastadores, es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea (15).

El VIH/SIDA fue notificado por primera vez en 1981, pero en los Estados Unidos y en otras zonas del mundo (Haití, África y Europa) se produjeron casos aislados en el decenio de 1970; a comienzos de 1995 se habían notificado más de 500 000 casos de SIDA en los Estados Unidos. Si bien, el mayor número de casos se ha registrado en dicho país, se han notificado casos de SIDA en casi todos los países del mundo y entre todas las razas, edades y clases sociales.

La epidemia mundial de SIDA es uno de los mayores problemas que afronta nuestra generación, es una crisis de carácter excepcional. El SIDA es un nuevo tipo de emergencia mundial y una cuestión de desarrollo a largo plazo, es un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. Fue denominado la peste del siglo XX y se ha convertido en un fenómeno complejo que no solo se circunscribe a un ámbito eminentemente sanitario sino que se transforma en un hecho explosivo que conmociona valores y actitudes que tienen que ver con la dinámica permanente de la sociedad.

A pesar del aumento de la financiación, el compromiso político y los progresos realizados en la ampliación del acceso al tratamiento del VIH, la epidemia de SIDA sigue adelantándose a la respuesta mundial. No hay ninguna región del mundo a salvo. La epidemia mantiene su gran dinamismo, su crecimiento y su carácter cambiante (16-17).

En nuestro país la epidemia ha mantenido un lento pero sostenido incremento anual desde 1996 y la mortalidad se mantiene estable. El grupo de edades comprendidas entre los 15 y 29 años representa el 70% de los seropositivos existentes en la isla. Se han detectado, desde 1986 hasta diciembre del 2008 un total de 10 615 VIH positivos, de ellos 4 060 son casos SIDA y han fallecido por esta causa 1 905 personas. En nuestra provincia, desde esta misma fecha hemos tenido un total de 238 personas infectadas por el VIH (19-20-21-22-23- 24-25-26-27).

Basándonos en lo anteriormente planteado y teniendo en cuenta que las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA representan mundialmente un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales, se propone realizar este trabajo para la especialidad de médico de la familia.

## Marco teórico

Las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA son un conjunto de afecciones infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferente etiología y las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse fundamentalmente por contacto sexual, independientemente de la preferencia sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión.

Son infecciones que son evitables en la mayoría de los casos y pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas. Las personas con alguna de las ITS como Gonorrea, Clamidias, Sífilis y Trichomoniasis y que se exponen al VIH, tienen más probabilidades de contagiarse con el virus y una vez que se infectan, también tienen más probabilidades de transmitirlo (28-29).

La Sífilis o Lúes como también se le denomina (epidemia en latín), es una infección de transmisión sexual (ITS) de etiología bacteriana, reciente, tardía o congénita, causada por una espiroqueta, el *Treponema pallidum*, que se caracteriza por evolucionar con estadios clínicos sucesivos y con período de latencia de varios años de duración, además de afectar cualquier tejido u órgano vascular (30-31).

En la actualidad ha reemergido en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, asociándose epidemiológicamente con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que puede modificar el desarrollo clínico y la respuesta a la terapéutica de la infección por *Treponema pallidum*. Existen evidencias que sugieren un sinergismo entre las infecciones por VIH y el *Treponema pallidum*.

La presencia de lesiones mucosas sifilíticas puede permitir el fácil acceso del VIH a la circulación sanguínea del hospedero y el déficit del sistema inmune producido por VIH puede disminuir la resistencia del hombre al *Treponema pallidum* (12).

El *Treponema pallidum* fue descubierto en 1905 por Schaudinn y Hoffman. En 1911, Noguchi lo cultivó. En 1913 se aisló en el sistema nervioso central de un tabético. Es una bacteria helicoidal delgada de 0,15  $\mu$  de ancho y de 6 a 50  $\mu$  de largo, suele tener entre 6 y 14 espirales, es muy delgada para observarse con la tinción de Gram. Usual, pero puede verse en montajes húmedos mediante microscopía de campo oscuro o por los métodos de tinciones argénticas o de anticuerpos fluorescentes.

Es un patógeno exclusivo del hombre, de hecho la civilización y la propagación de las epidemias de Sífilis, han avanzado juntas. El *Treponema pallidum* tiene gran semejanza estructural con bacterias gramnegativas, puede cultivarse in Vitro, pero proporciona pocos gérmenes, por lo que su valor es limitado en investigaciones y en la clínica. Todos los cultivos estudiados han sido sensibles a la penicilina y similares desde el punto de vista antigénico (32).

El único reservorio son los humanos. Se transmite durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados de las lesiones iniciales húmedas evidentes o no de la piel y de las mucosas y con líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, así como por transfusiones de sangre si el donante está en fase temprana de la enfermedad. Algunos profesionales han contraído lesiones primarias después de realizar a un paciente el examen clínico. La vía fetal puede ocurrir durante el embarazo y el parto. La puerta de entrada por lo general está en los órganos genitales, aunque puede encontrarse en los labios y otras regiones de la piel (29).

El *Treponema pallidum* se une a las células de la puerta de entrada y se disemina rápidamente por vía linfática y hematológica. Muestra gran afinidad por el endotelio

vascular, degrada la sustancia intercelular por la mucopolisacaridasa (responsable de la adherencia bacteriana) y pasa así al espacio perivascular donde se produce destrucción estructural de los vasos, con el desarrollo de una endarteritis obliterante, esta interrumpe el riego sanguíneo de la piel o mucosa y genera una ulceración (chancro).

El período de incubación es de 10 días a 3 meses, generalmente de 3 semanas. El período de transmisibilidad es variable e indefinido, en las etapas primaria y secundaria y en las recurrencias mucocutáneas que pueden aparecer durante los primeros 4 años de latencia. No se ha establecido hasta qué punto la enfermedad se transmite por contacto sexual en el transcurso de la latencia. La transmisión congénita es más probable en la Sífilis materna temprana, pero puede ocurrir también durante el período de latencia (31).

La enfermedad tiene una distribución muy amplia. Afecta por lo general a personas jóvenes sexualmente activas. Las diferencias raciales en la incidencia reflejan más bien factores sociales que biológicos, aunque en los Estados Unidos se ha observado que es nueve veces más frecuente en las personas negras o mestizas que en las blancas

Sífilis Temprana Adquirida Sintomática (STAS). La diagnosticada con menos de un año de evolución:

- Sífilis con chancro.
- Sífilis con lesiones cutáneas.
- Sífilis con lesiones mucosas.
- Sífilis con síntomas generales.

Sífilis Tardía Adquirida Sintomática (STaAS). La diagnosticada con más de un año de evolución:

- Sífilis con gomias cutáneas.
- Sífilis con lesiones cardiovasculares.
- Sífilis con lesiones neurológicas.

Sífilis Temprana Adquirida Latente (STAL). La diagnosticada con menos de un año de evolución:

- No lesiones y serología reactiva + antecedentes clínicos.
- No lesiones y serología reactiva + antecedentes epidemiológicos.
- No lesiones y serología reactiva + antecedentes clínicos y epidemiológicos

Sífilis Tardía Adquirida Latente (STaAL):

- No lesiones y serología reactiva, con antecedentes clínicos de la enfermedad de más de un año y se corrobora la inexistencia de manifestaciones de Sífilis activa en algún sistema después del estudio de LCR, la silueta cardiovascular y el fondo de ojo.

Sífilis Temprana Congénita Sintomática (STCS). La diagnosticada antes de los dos años de edad:

- Sífilis con lesiones cutáneas.
- Sífilis con lesiones mucosas
- Sífilis con lesiones óseas.
- Sífilis con hepato esplenomegalia
- Sífilis Tardía Congénita Sintomática (STaCS). La diagnosticada después de los dos años de edad:
  - . Sífilis con queratitis intersticial
  - Sífilis con dientes de Hutchinson.
  - Sífilis con lesiones neurológicas.

Sífilis Temprana Congénita Latente (STCL). La diagnosticada antes de los dos años de edad:

- No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, estudio radiológico negativo, serología reactiva, en recién nacidos con serología con dos diluciones por encima de los resultados de la madre con antecedentes de Sífilis no tratada durante el embarazo, tratada con esquemas diferentes a la penicilina o con tratamiento incompleto o realizado en las cuatro semanas previas al parto o reinfectada antes del parto.

Sífilis Tardía Congénita Latente (STaCL):

- No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, Serología reactiva, en niños de más de dos años de edad (10-31).

Sífilis Primaria: Al final del período de incubación, de 10-90 días y 21 días como promedio, el paciente desarrolla una lesión llamada chancro en el lugar de inoculación inicial y multiplicación de las espiroquetas. La localización más frecuente es la zona genital, pero a veces aparece en otros lugares. Se ha encontrado chancro en encías,

garganta, amígdalas, labios, pezones, manos. Por lo que es necesario hacer el diagnóstico diferencial ante cualquier lesión ulcerosa, sea cual fuere su localización anatómica.

Lesión sifilítica se inicia en forma de pápula que se erosiona luego y forma una úlcera rosada, de fondo liso, brillante y secreción serosa, de base limpia y bordes indurados que aumenta progresivamente de tamaño; por lo general es relativamente indolora. Aunque el chancro es casi siempre una lesión única, los chancros múltiples no son raros. Cuando se observen varias lesiones, sobre todo en la región genital no debe descartarse la sospecha de Sífilis.

Entre el 50 y 70% de los pacientes con Sífilis primaria en los genitales externos desarrollan adenopatías inguinales, por lo general bilaterales y relativamente indoloras (bubones satélites). Estas son menos frecuentes en los casos de chancros localizados en el cerviz o en la porción proximal de la vagina, pues el drenaje linfático para estas localizaciones depende de los ganglios iliacos.

Se observan adenopatías regionales en otras localizaciones, así las adenopatías cervicales son una de las manifestaciones de la localización oral de la lesión sifilítica. Los ganglios afectados suelen pertenecer al mismo grupo ganglionar, a la palpación se encuentran aumentados de volumen duros y móviles. En 4 a 6 semanas el chancro desaparece completamente, incluso sin tratamiento, y las adenopatías también acaban por desaparecer (10).

Sífilis secundaria: Las manifestaciones de la Sífilis secundaria se presentan a las 2-8 semanas de la aparición del chancro, aunque a veces tardan hasta 6 meses. Ocasionalmente pueden superponerse los estadios primario y secundario antes de la desaparición del chancro. Por otra parte hay pacientes que nunca descubren la lesión primaria y presentan en primer lugar las manifestaciones de la Sífilis secundaria

En este estadio, la Sífilis se manifiesta como una enfermedad sistémica que suele comenzar con síntomas que recuerdan una infección viral: cefalea, dolor de garganta, febrícula y ocasionalmente secreción nasal. Existe una leucocitosis moderada con linfocitosis relativa, pero no se encuentran linfocitos atípicos. La enfermedad progresa con el desarrollo de adenopatías y lesiones de piel y mucosas. Aparecen adenopatías en el 75% de los casos y a menudo son generalizadas.

Ganglios afectados con mayor frecuencia son los inguinales, los suboccipitales, los auriculares posteriores y los cervicales.

La adenopatía epitroclear es frecuente y su aparición ha de sugerir siempre la probabilidad de Sífilis secundaria. Los ganglios afectados no son muy grandes y son relativamente indoloros a la presión, duros y móviles. Es raro que se produzcan periadenitis, supuración y linfangitis. Hay lesiones cutáneas en el 80% de los pacientes afectados, pero su aspecto es variable y muchas veces se confunde con el de otros procesos

Las lesiones más frecuentes son las maculares que suelen observarse en muslos, abdomen y tronco y son casi siempre bilaterales y simétricas, suelen seguir los pliegues de la piel y su color rosado carmelitoso recuerda al del jamón cocido, a veces son ligeramente pruriginosos. Cuando hay erupción, afecta invariablemente a los genitales y suele ser importante en las palmas de las manos y las plantas de los pies, distribución que indica claramente la probabilidad de Sífilis.

Son frecuentes las lesiones maculopapulares y a veces se presentan lesiones foliculares. Son muy poco frecuentes las vesículas y ampollas en la Sífilis secundaria del adulto, aunque pueden verse en la Sífilis congénita. Las mucosas están afectadas en más de la mitad de los casos, pero las lesiones pueden ser poco evidentes y a veces están

limitadas, por ejemplo, a la zona ventral de la lengua. Cerca de un tercio de los pacientes desarrollan placas mucosas, que son ulceraciones ovales indoloras recubiertas por una membrana gris o amarilla.

Los condilomas planos son lesiones hipertróficas parecidas a las verrugas que se desarrollan en áreas corporales húmedas. Se descubren con frecuencia en la región perianal o en la vagina y no corresponden a los puntos de inoculación, sino que aparecen como resultado de la diseminación hematógica de las espiroquetas.

Hay que pensar en Sífilis secundaria ante placas de alopecia no pruriginosas en cuero cabelludo, cejas y barba. El Sistema Nervioso Central puede estar afectado de forma sintomática en un tercio de los pacientes.

Solo aparecen manifestaciones clínicas en un 2% de los casos y suelen consistir en un cuadro de meningitis aguda. En estas circunstancias, el Líquido Cefalorraquídeo llega a contener hasta 500 leucocitos /mm<sup>3</sup>, la mayoría de los cuales son células mononucleares y los niveles de proteínas aumentan hasta sobrepasar los 100 mg.

La sintomatología corresponde a la de una meningitis basilar, con aparición de signos meníngeos y afectación de pares craneales. Trabajos recientes sugieren que esa afectación precoz del Sistema Nervioso Central acaba evolucionando en algunos casos hacia la Neurosífilis, aun cuando se administra el tratamiento estándar de la Sífilis precoz.

Quizás sea de utilidad examinar el Líquido Cefalorraquídeo en todos los pacientes un año después de haber sido tratados por Sífilis precoz a fin de descubrir los que presentan infección persistente del Sistema Nervioso Central. La Sífilis secundaria puede ocasionalmente acompañarse de hepatitis y glomerulonefritis por inmunocomplejos. En raras ocasiones se observa uveítis y osteítis. El período secundario de la Sífilis suele durar de 2 a 6 semanas, incluso sin tratamiento (10).

Sífilis latente: Una vez finalizado el estadio secundario no tratado, el paciente entra en una fase latente que solo puede diagnosticarse serológicamente. Durante los 2-4 primeros años hasta el 25% de los afectados tienen una o varias recaídas cutáneo-mucosas, durante las cuales reaparecen las manifestaciones de Sífilis secundaria y se recupera la capacidad de transmitir la enfermedad y la espiroquetemia puede ocasionar contagio del feto por vía transplacentaria.

Las recaídas de este tipo son excepcionales después de cuatro años de latencia. Aproximadamente un tercio de los casos que alcanzan el período de latencia curan espontáneamente y las pruebas serológicas muestran un retorno gradual a la normalidad. Otro tercio de los pacientes mantienen el período de latencia, pero no vuelven a presentar manifestaciones clínicas de la enfermedad.

El tercio restante desarrolla una Sífilis terciaria (10).

Sífilis terciaria: Cerca del 15% de los sifilíticos no tratados acaban desarrollando una Sífilis benigna tardía, después de tres a doce años de adquirida la infección, que se manifiesta por gomas y granulomas destructivos que afectan por lo general la piel y los huesos. Las lesiones cutáneas (lesiones serpiginosas), se caracterizan por curar progresivamente en una zona, al tiempo que se extienden para afectar zonas contiguas y los gomas curan frecuentemente dejando cicatrices superficiales atróficas.

En los huesos las lesiones se caracterizan por periostitis o lesiones destructivas y los huesos más afectados suelen ser la tibia, clavícula, cráneo y peroné. En la biopsia no suele detectarse microorganismos y se cree que el mecanismo patogénico de esta fase se corresponde en gran medida con un mecanismo hiperinmune.

el 10% de los pacientes no tratados desarrollan alteraciones cardiovasculares. El *Treponema pallidum* afecta directamente el endotelio de la aorta, la afectación de los vasa vasorum de la túnica media provoca su debilitamiento y la aparición de Aneurismas.

Cerca del 50% de estos se producen en el cayado de la aorta, las valvas de la válvula se retraen y sus bordes se engrosan produciendo insuficiencia aórtica.

La endarteritis de los vasos coronarios produce su oclusión. Los signos precoces de afectación cardiovascular son la dilatación localizada de la aorta, un segundo tono reforzado en el foco aórtico, o un dolor precordial en un individuo joven que no presenta factores predisponentes.

Más adelante aparecen los signos de insuficiencia aórtica. Así, si un individuo joven sin hipertensión ni antecedentes de Fiebre Reumática, presenta un soplo diastólico en el foco aórtico es necesario descartar una Sífilis terciaria. Finalmente aparece la sintomatología propia de la insuficiencia cardiaca congestiva.

El tratamiento anti-sifilítico no hace regresar las lesiones existentes pero una adecuada terapéutica retarda la evolución de la enfermedad. En aproximadamente el 8% de los pacientes con Sífilis terciaria no tratada hay afectación de Sistema Nervioso Central. Inicialmente esta afectación es asintomática y solo se detecta por examen del Líquido Cefalorraquídeo. La Sífilis meningovascular es resultado de la endarteritis y suele manifestarse como crisis convulsivas o accidentes vasculares cerebrales

En el Líquido Cefalorraquídeo de una meningitis basilar se observa pleocitosis con predominio de linfocitos y aumento de las proteínas. En algunos casos el *Treponema pallidum* puede invadir directamente el tejido cerebral y originar un cuadro de parálisis general progresiva. Los individuos afectados sufren cambios de personalidad y caen en estados de delirio o demencia.

Sífilis congénita: Resulta de la transmisión materna. Como la espiroquetemia es más frecuente en estadios tempranos, los hijos de las madres que contraen la enfermedad durante el embarazo, tienen más probabilidad de padecer la enfermedad que los de madres que adquirieron la enfermedad antes del embarazo. Tres cuartas partes de los

casos reportados se diagnostican en niños con más de 10 años de edad. La Sífilis congénita es transmitida al feto por vía transplacentaria, a través de las vellosidades coriales después de las 18 semanas de embarazo, porque la barrera formada por las células de Langhans lo impide.

Riesgo de infección es aproximadamente del 60 al 80 % y depende del estadio de la infección materna, de la edad gestacional y del número de Treponemas.

La Sífilis primaria o secundaria no tratada es transmitida, pero no así la Sífilis latente y la Sífilis terciaria (10).

La Sífilis congénita temprana se observa con frecuencia en el período perinatal. Las manifestaciones clínicas semejan la Sífilis secundaria, excepto que el exantema puede ser vesicular o ampollar. También puede existir rinitis, hepatoesplenomegalia, anemia, ictericia y seudoparálisis por osteocondritis dolorosa.

La Sífilis congénita tardía aparece después de los dos años. Las úlceras gomosas tienden a afectar la nariz, el tabique nasal y el paladar duro. Las lesiones periósticas pueden causar un hueso frontal prominente, depresión del puente nasal, nariz en silla de montar, desarrollo defectuoso del maxilar y curvatura anterior de las tibias (tibias en sables). Es posible encontrar artritis de la rodilla de inicio tardío (articulaciones de Clutton).

La dentición permanente muestra anormalidades que se conocen como dientes de Hutchinson (incisivos centrales superiores separados, con una escotadura central y adelgazada). La lesión ocular más frecuente es la queratitis intersticial, en ocasiones se produce atrofia óptica y sordera neurosensorial progresiva por afección del octavo par craneal. No se observan alteraciones cardiovasculares. Muchos pacientes con Sífilis congénita permanecen en estadio de latencia y nunca presentan manifestaciones activas de la enfermedad (29-31).

El diagnóstico de la Sífilis solo debe confirmarse o descartarse después de haber evaluado cuidadosamente todas las características de la historia clínica y los aspectos epidemiológicos del caso y no únicamente por los resultados serológicos. Si bien la respuesta inmunológica al *Treponema pallidum* es compleja y no totalmente conocida, las pruebas serológicas son en no pocas ocasiones la única base para el diagnóstico de Sífilis y la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Las lesiones húmedas como son el chancro, las placas mucosas y los condilomas planos contienen a menudo un número suficiente de espiroquetas para permitir su observación directa. En ocasiones, es positivo en las aspiraciones de los ganglios linfáticos en la Sífilis congénita. Los resultados falsos negativos pueden ser causados por la aplicación de jabones u otro compuesto tóxico en las lesiones, por lo que un resultado negativo aislado no es suficiente para descartar Sífilis. Las pruebas no treponémicas tienen como principio que los pacientes con Sífilis desarrollan frecuentemente anticuerpos contra un lípido no bien definido que forma parte de la espiroqueta.

Dentro de las ventajas del RPR tenemos que es preparada comercialmente y contiene todos los reactivos y controles necesarios, usa suero no calentado, la reacción se lee macroscópicamente, casi todos los materiales son descartables y da títulos más elevados que el VDRL para un mismo suero. Las pruebas no treponémicas tienen su máximo valor cuando se utilizan como procedimientos de screenig (cualitativa), para el seguimiento de la terapéutica y para evaluar reinfección (cuantitativa).

Se hacen reactivas de 4-6 semanas después de la infección. Los títulos alcanzan su pico en la etapa secundaria y luego declinan lentamente. En el 50% de las infecciones no tratadas pueden persistir reactivas por toda la vida. El tratamiento durante la primera etapa de la infección puede inhibir la producción de anticuerpos y las pruebas ser no reactivas. El tratamiento durante la primera y segunda etapa produce generalmente rápida declinación del título, con frecuencia a niveles no reactivos en 6- 18 meses.

El tratamiento en etapa latente o tardía tiene menos efecto en los títulos de anticuerpos por lo que pueden persistir como reactivos a bajos títulos indefinidamente. En las pruebas treponémicas los pacientes con Sífilis desarrollan también anticuerpos anti- treponema pallidum y estos son detectados mediante pruebas en las que se utiliza Treponema Pallidum como antígeno.

En la Sífilis secundaria, todas las pruebas serológicas son positivas. Por lo tanto, una prueba serológica negativa sea o no treponémica, descarta el diagnóstico de Sífilis secundaria, esto es de gran utilidad pues es un diagnóstico no tan fácil en ocasiones desde el punto de vista clínico.

En muy raras ocasiones, los niveles de anticuerpo en la Sífilis secundaria son tan elevados que las pruebas no treponémicas que se efectúan con suero no diluido pueden ser negativos falso (Fenómeno de Prozona).

En la Sífilis tardía, las pruebas no treponémicas se hacen negativas. Así casi el 50% de los pacientes con diagnóstico de Tabes dorsal tienen estas pruebas negativas, por lo que en los pacientes con sospecha clínica de Sífilis Tardía debe indicarse una prueba treponémica aunque las no treponémicas sean negativas pues muchos de ellos solo pueden diagnosticarse de este modo.

En los pacientes bien tratados, se observa un descenso en los títulos en las pruebas no treponémicas, e incluso seronegatividad, a veces las treponémicas se mantienen positivas de por vida aún después de un tratamiento apropiado. Por tal motivo, una prueba de FAT-.ABS o MHA- TP positiva no constituye una indicación para volver a tratar al paciente (34).

El diagnóstico de la Sífilis congénita no es sencillo, debido a la transferencia placentaria de anticuerpos treponémicos y no treponémicos de la madre al feto, lo que dificulta la interpretación de serologías reactivas en los niños.

Para arribar a una conclusión diagnóstica deberán tenerse en cuenta los antecedentes de Sífilis en la madre, en que momento de embarazo fue tratada, con que medicamentos y si completo el tratamiento, existencia de evidencias clínicas, de laboratorio o radiológicas de Sífilis en el niño, y los resultados de la comparación de la serología de la madre y el niño donde la serología del niño debe ser con dos o más diluciones que la de la madre. Para el diagnóstico de la Sífilis congénita se utilizan los siguientes exámenes complementarios:

Serología no treponémica (VDRL): indicada para el diagnóstico y evolución del caso, la cual puede permanecer reactiva por largos períodos de tiempo, inclusive después de curada la infección.

Los recién nacidos no infectados pueden presentar anticuerpos maternos transferidos a través de la placenta, en estos casos la serología puede permanecer reactiva hasta los seis meses de vida, por lo cual el diagnóstico de la Sífilis congénita requiere de la realización de otros estudios. Serología treponémica (FTA-Abs, TPHA, ELISA): estos exámenes son más específicos y por ello útiles para la exclusión de resultados de VDRL falsos positivos.

El tratamiento completo de la Sífilis, como el de todas las ITS, incluye las cuatro C: Consejería que debe incluir proponer la realización de VIH Y AgHBs, Cumplimiento del tratamiento, Contactos sexuales que se deben investigar todos y entrega de Condones y promoción de su uso. (10)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la manifestación de la enfermedad causada por la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Clínicamente se manifiesta como una enfermedad crónica y progresiva que se caracteriza por una profunda inmunodepresión que tiene como consecuencia la aparición incontrolada de infecciones oportunistas y la presencia de determinados tipos de tumores malignos.

El agente infeccioso es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que es un retrovirus humano del género de los lentivirus que tiene la característica de infectar y replicarse en una amplia variedad de células humanas del sistema inmunológico, dentro de las que se encuentran los linfocitos TCD4, el sistema monocito/macrófago y las microglías en el Sistema Nervioso Central.

Las vías de transmisión del virus son análogas a las del virus de la hepatitis B (VHB). Las pruebas epidemiológicas indican que el VIH puede transmitirse de una persona a otra por contacto sexual, por compartir agujas y jeringas contaminadas por el virus y por la transfusión de sangre infectada o sus componentes. Los concentrados de factor de

coagulación elaborados de plasma no controlado constituyeron una fuente importante de infección en personas con hemofilia; la selección de los donantes, el tratamiento eficaz con calor y otros métodos para procesar los concentrados han eliminado prácticamente este riesgo desde 1985.

Aunque a veces el virus se encuentra en la saliva, las lágrimas, la orina y las secreciones bronquiales, no se ha notificado la transmisión después del contacto con esas secreciones. Los agentes transmitidos sexualmente son cofactores que pudieran contribuir a la transmisión de la infección por VIH.

No hay datos de laboratorio ni epidemiológicos que indiquen que se haya transmitido la infección por el VIH por picaduras de insectos. El riesgo de transmisión por las relaciones sexuales bucales no se puede cuantificar con facilidad, pero al parecer es pequeño. Se sabe que de 15 a 30% de los niños nacidos de madres infectadas por el VIH se infectan antes, durante o poco después del parto; el tratamiento de las gestantes disminuye significativamente las infecciones de los pequeños.

Los lactantes pueden contagiarse de la infección por el virus si reciben leche de su madre infectada. Después de la exposición directa del personal de salud a sangre infectada por el VIH, por lesión con agujas u otros objetos punzantes, la tasa de seroconversión es menor de 0,5%, mucho más baja que la del riesgo de infección por el VHB (aproximadamente de 25%), después de una exposición similar.

El período de incubación es variable, se sabe que generalmente transcurren de uno a tres meses desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables, pero el lapso que va desde la infección por el VIH hasta el diagnóstico de SIDA varía desde menos de 1 a 10 años o más. Cerca de la mitad de los adultos infectados tendrá SIDA declarado 10 años después de la infección. La mediana del período de incubación en los lactantes infectados es más breve que en los adultos. El tratamiento al parecer alarga el período de incubación.

El período de transmisibilidad se desconoce, se supone que comienza muy poco después de iniciarse la infección por VIH y que dura toda la vida. Las pruebas epidemiológicas sugieren que la infecciosidad aumenta conforme se agrava la deficiencia inmunitaria y los síntomas clínicos, y por la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual. .

El SIDA en el niño tiene características especiales que lo distinguen de esta misma infección en el adulto. La historia natural de la infección vertical por el VIH presenta características clínicas y psicosociales diferentes de las encontradas en el adulto con la misma enfermedad.

La infección prenatal por VIH ocurre en el 30% de los casos. La transmisión intraparto ocurre en el 50% de las veces y la infección post natal por lactancia materna ocurre en el 20% de las infecciones por transmisión vertical. Además otras vías de transmisión pueden ser la vía post-transfusional y por abuso sexual, a considerar en adolescentes. La transmisión vertical se puede dividir en etapa temprana, cuando se detecta la infección en las primeras 48 horas de vida y en etapa tardía cuando la infección es detectada entre 7 y 90 días. La probabilidad de transmisión del VIH de una embarazada seropositiva a su bebé está relacionada con múltiples factores como:

#### 1-Factores Virales:

a- Carga Viral: Mientras mayor sea la carga viral plasmática materna se relaciona con mayor transmisión vertical. Las mujeres con menor carga viral, si transmiten la infección, lo hacen durante el parto. Una carga viral indetectable en el momento del parto sería la condición ideal para evitar la transmisión.

b- Fenotipo y Genotipo Viral: También la transmisión depende con la cepa que esté infectada la madre y su estado inmunológico durante la gestación ya que existen cepas más agresivas que otras.

2-Factores Maternos: Tanto en el estadio avanzado de la enfermedad como en la infección aguda o reciente de la enfermedad, sobre todo en la infección reciente es

cuando mayor carga viral tiene la mujer y si sale embarazada en estos estadios tiene muchas probabilidades de que su hijo nazca infectado. También si durante la gestación concomita con otras infecciones virales o infecciones de transmisión sexual, si tiene hábitos tóxicos como el tabaquismo y las drogas, si la edad es más de 25 años, si no tiene tratamiento antirretroviral durante el embarazo.

3-Factores Obstétricos y Fetales: Las acciones invasivas en toda gestante VIH+ ya sea durante el embarazo, parto y al recién nacido pueden contribuir a la transmisión del VIH (Amniocentesis, monitorización interna fetal durante el trabajo de parto y el parto, fórceps, parto transpelviano).

4-La ruptura prematura de membranas por encima de cuatro horas es un factor muy importante en la transmisión vertical. Se conoce que a mayor duración de la ruptura de membranas, mayor riesgo de transmisión vertical. La corioamnionitis, por la pérdida de la integridad de las membranas frecuente en las gestantes fumadoras o consumidoras de drogas es otro factor asociado a la transmisión.

5-Con respecto a la prematuridad los recién nacidos menores de 35 semanas de gestación tienen mayor riesgo de infectarse posiblemente por su inmadurez. También los recién nacidos con bajo peso para su edad gestacional tienen un mayor riesgo de infección por VIH, al igual que el primer gemelo sobre todo si el parto es vaginal, el primer gemelo tiene mayores tasas de infección por transmisión vertical debidas probablemente al arrastre de secreciones vaginales en el canal del parto.

6-Lactancia Materna: Si lacta al hijo otro factor de riesgo es el grado y duración de la viremia en la leche, ausencia de mecanismos protectores de la infección viral, y tiempo de amamantamiento pues la prolongación de la lactancia más allá de los 3 meses y en especial durante más de 6 meses supone un riesgo elevado de infección post natal. También la mastitis y la lactancia mixta incrementan la transmisión (41-42).

El recién nacido, hijo de madre seropositiva, desde que nace y hasta los 18 meses de edad aproximadamente podrá tener una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH, sin que esto para nada sea indicativo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser de origen materno al cruzar la placenta durante el embarazo, por lo tanto se hace imprescindible un examen virológico. Un solo examen virológico positivo ya sea un cultivo,

la PCR o la carga viral indica posible infección por VIH y debe ser confirmada con una segunda muestra tomada tan rápido como sea posible.

Estos exámenes diagnósticos deben ser realizados antes de las 48 horas de nacido, a la edad de 1-2 meses y entre los 3-6 meses. Si las pruebas virológicas se mantienen negativas hasta los 12 meses, se realiza entonces microelisa en esa fecha y 6 meses después para comprobar la desaparición de los anticuerpos maternos, la no presencia de anticuerpos maternos en un niño previamente negativo a la PCR seriada confirma definitivamente que el niño no está infectado, sin embargo un examen de anticuerpos al VIH positivo después de los 18 meses puede indicar que el niño si esta infectado, aunque hasta un 2% de los niños pueden presentar anticuerpos para esta fecha, por lo cual en nuestro país los niños nacidos de madre seropositivas se siguen desde el punto de vista clínico y de laboratorio por más tiempo, hasta los 24 meses o más.

El método de diagnóstico preferido para el diagnóstico de infección por VIH en la infancia es la PCR. El cultivo tiene una sensibilidad similar a la de la PCR pero es más complejo, más costoso y demora más en ofrecer los resultados, de 2-4 semanas (43).

Los criterios para el diagnóstico de la infección por VIH en niños son:

Niños menores de 15 meses con sospecha de VIH perinatal.

1-Aislamiento del virus en sangre o tejidos.

2- Presencia de anticuerpos anti VIH y PCR positiva.

3-Evidencia de ambas inmunodeficiencias: celular y humoral (T4 y una o más categoría de la clase P-2 ó C según la clasificación que se use).

4. Síntomas dados por el CDC como caso pediátrico de SIDA.

Niños mayores de 15 meses con infección perinatal o adquirida por otras vías

1. Aislamiento del virus en sangre o tejidos.

2. Presencia de anticuerpos anti VIH.
3. Síntomas dados por el CDC como caso pediátrico de SIDA (43).

La **gonorrea** es una enfermedad ampliamente distribuida en el mundo. La incidencia de la enfermedad disminuyó después de la Segunda Guerra Mundial, se mantuvo estable hasta mediados de la década del os sesenta y subió acusadamente hasta los inicios de los 70; desde entonces tiene tendencia creciente menos intensa.

La gonorrea es fundamentalmente una enfermedad de jóvenes adultos, de forma que la mayor parte de los casos se encuentran en el grupo de edad de 15- 24 años.

## **MANIFESTACIONES CÍNICAS**

Complicaciones locales de la gonorrea en la mujer

Inflamación y formación de abscesos en glándulas especialmente Bartolino.- Pueden afectarse en uno o ambos lados. Puede haber pocos síntomas de Bartolinitis, pero, en la exploración al comprimir la glándula puede salir pus por el orificio del conducto. Cuando se forma un absceso, la paciente aqueja dolor en la vulva y l hay inflamación quística dolorosa de la mitad posterior de los labios mayores, cuya piel puede estar enrojecida.

Enfermedad inflamatoria pélvica y salpingitis.- Su incidencia en casos no tratados alcanza 10%. Se discuten posteriormente

Infección gonocócica diseminada: Es una complicación rara que ocurre en menos de 1% de los casos, se ve generalmente en mujeres y homosexuales en los que la infección ha sido asintomática y no tratada.

Por lo general las manifestaciones clínicas son: fiebre, exantema cutáneo y artralgias o artritis. El espectro de manifestaciones es bastante amplio, pero hay dos formas que posiblemente representan estadios sucesivos de la enfermedad

En el estadio de bacteriemia inicial, los síntomas son de corta duración, hay fiebre, rigidez y dolores articulares y a veces exantema cutáneo. La poliartritis generalmente afecta a las rodillas, muñecas, pequeñas articulaciones de la mano y codos, con suficiente derrame articular como para ser puncionado. Si se logra obtener líquido articular, su cultivo es estéril, pero los hemocultivos son frecuentemente positivos

En una segunda fase es frecuente la afección de una articulación, con considerable derrame los cultivos sinoviales suelen ser positivos. Esta forma sépticoarticular suele establecerse tras un mínimo de 4 días y suele afectar una articulación mayor (codo y hombro)

Lesiones cutáneas en la infección por gonococo diseminada.- Esencialmente hay dos tipos de lesiones cutáneas Lesiones hemorrágicas y papulovesiculares sobre base eritematosa.

Meningitis, endocarditis, pericarditis. Perihepatitis y hepatitis.

Conjuntivitis gonocócica. Excepto en el recién nacido es rara, y se presenta como una conjuntivitis purulenta que afecta uno o ambos ojos. Si no se trata puede dar lugar a queratitis o panoftalmia con ceguera.

Enfermedad en niños prepúberes:

Oftalmía neonatorum.- Es una conjuntivitis con secreción purulenta que aparece en los primeros 21 días de vida. Inicialmente, era causada por *N gonorrhoeae*, pero es más frecuente debido a otros microorganismos como *Chlamydia trachomatis*. La oftalmía gonocócica se manifiesta habitualmente en las primeras 48 horas después del nacimiento, pero su aparición puede retrasarse hasta una semana, si no se trata puede tener consecuencias peligrosas.

Vulvovaginitis aguda

Infección orofaríngea y rectal

## TRATAMIENTO DE LA GONORREA

### Pautas de tratamiento con dosis única en la gonorrea no complicada

Antimicrobiano	Dosis	Índice de curación (%)	Comentarios
<b>Penicilinas</b>			
Ampicillina + Probenecid	2g } oral 1g }	99	Tratamiento de elección en áreas donde las cepas productoras de B lactamasa no son prevalentes  IDEM
Amoxiciclina + Probenecid	3g oral 1g	94	
Penicilina procaína + probenecid	2.4 millones U ( im) 2 g	97	Ninguna ventaja sobre el tratamiento oral, puesto que no es seguro que aborte una sífilis en incubación.
<b>Tetraciclinas</b>			
Miniciclina	300 mg oral	95	Produce vértigo infrecuentemente. Evitar en embarazo.  Frecuentes nauseas
Doxiciclina	300 MG oral	93	
<b>Macrólidos</b>			
Estearato de eritromicina	2.5 g oral	91	Importantes variaciones regionales en sensibilidad y efectividad

<b>Cefalosporinas</b>			<b>No afectados por la</b>
<b>Cefuroxima + probenecid</b>	<b>1.5 g (im) 1 g oral</b>	<b>95</b>	<b>B-lactamasa. Para infecciones por m.o. productores</b>
<b>Varios</b>			<b>Reservar para infecciones refractarias a la penicilina</b>
<b>Espectinomicina</b>	<b>2g en varón 4g en mujer</b>	<b>97</b>	

La infección por ***Chlamydia trachomatis*** es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en todo el mundo, el número uno en países desarrollados.

## **TRANSMISIÓN**

Por contacto sexual., el período de transmisibilidad se desconoce, es probable de 7 a 14 días, aunque las recaídas son comunes.

### **Infecciones genitales:**

- **MUJER:** Se localiza selectivamente en el cérvix, el 70 % de las infecciones son asintomáticas y en el resto se manifiestan como una cervicitis mucopurulenta, tiene carácter asintomático que determina a menudo complicaciones y secuelas al propagarse el microorganismo por vía canalicular ascendente produciendo endometritis, salpingitis y Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).
- Constituye la causa más frecuente del síndrome uretral agudo, se asocia con la infección del cérvix y se manifiesta por disuria, urgencia miccional y piuria, la obstrucción tubaria consecutiva a la salpingitis conlleva a infertilidad y aumento de la frecuencia de embarazo ectópico. En la embarazada la infección se asocia con corioamnionitis, rotura prematura de membrana, prematuridad y recién nacidos de bajo peso, puede presentarse también Bartolinitis.

1. Infecciones neonatales: El recién nacido se infecta en el canal del parto, esta infección se manifiesta a los 4-12 días inicialmente con conjuntivitis mucopurulenta, el niño presenta infección nasofaríngea y otorrea; la infección se hace descendente ocasionando un síndrome neumónico a las 2-12 semanas del nacimiento, puede presentarse también otitis media y rinitis purulenta.

2. Linfogranuloma Venéreo (LGV): Es una infección sistémica que cursa con fiebre y malestar general, afecta principalmente los ganglios linfáticos regionales y su lesión inicial es una úlcera. La inflamación ganglionar puede evolucionar a la supuración y en ocasiones se obstruyen los canales linfáticos y se producen fístulas y estenosis rectales. En la mujer se presenta proctitis comunmente debido a que el drenaje linfático de la vagina es perirectal. El curso de la enfermedad es variable, pudiendo causar destrucción de la válvula y uretra,

además la obstrucción linfática puede conducir a elefantiasis de la vulva.

Los factores de riesgos identificados han sido: la presencia de otras ITS, o la coinfección con ella, la conducta sexual, el no uso d condón o preservativos masculinos o femeninos, el número de compañeros sexuales, la edad menor de 18 años en la primera relación sexual, el grupo de edades menor de 24 años, la candidiosis a repetición, la prostitución.

## **DIAGNOSTICO DE LABORATORIO**

MUESTRAS: Exudado uretral, exudado cervical, exudado conjuntival, exudado rectal y faíngeo.

*MÉTODO SEROLOGICO:*

***Es importante señalar que la respuesta serológica desafortunadamente tiene uso limitado para el diagnóstico de Chlamydias, de las técnicas que se emplean las mas importantes son:***

## **TRATAMIENTO**

**Tratamiento elección:**

Doxiciclina: 100 mg cada 12 horas, oral durante 7 días.

Azitromicina: 1 g en dosis única, oral.

***Tratamiento alternativo:***

Tetraciclina: 500 mg cada 6 horas, oral, durante 7 días.

Eritromicina: 500 mg cada 6 horas, oral, durante 7 días.

**VAGINOSIS BACTERIANA**

***DEFINICIÓN***

La Vaginosis Bacteriana (VB) es probablemente la causa más frecuente de flujo vaginal entre las mujeres de edad fértil. Aunque la promiscuidad sexual es un factor de riesgo, y pese al hecho de que la infección es sexualmente transmisible, este proceso está probablemente mucho más relacionado con alteraciones del ecosistema vaginal.

VB se caracteriza por un ligero aumento de la cantidad del flujo vaginal maloliente y asociada a una proliferación exagerada de la flora bacteriana normal de la vagina junto con varias bacterias anaerobias. Debida a ***Bacteroides spp, Mobiluncus spp, Gardnerella vaginalis y Micoplasma hominis.***

Se traduce clínicamente con leucorrea de color gris y de olor desagradable, se

acompaña de prurito, vagina enrojecida y con cierta frecuencia disuria.

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

El diagnóstico de la VB se basa en la presencia de las cuatro características siguientes, o al menos tres de ellas:

- Flujo homogéneo y pegajoso de color blanco grisáceo.
- PH del líquido vaginal  $> 4,5$ .
- Olor a pescado del líquido vaginal cuando se mezcla con solución de hidróxido potásico al 10%.
- Células indicadoras, visibles a la observación microscópica.

Flujo: la observación de este signo es subjetiva, en las mujeres con VB, el flujo de suele ser mucho más abundante que en las mujeres sanas.

pH vaginal: Debe medirse usando tiras de papel indicador de pH del grado apropiado (3,8 a 6,0). Después de recoger la muestra por escobilladura en los fondos de saco lateral y posterior de la vagina, se aplica directamente el escobillón sobre la tira de papel de pH.

Olor: las mujeres con VB, suelen quejarse del olor del flujo vaginal, este olor nauseabundo se debe a la liberación de aminas causadas por la descarboxilación de dos aminoácidos, lisina (a cadaverina) y arginina (a putrescina), por las bacterias anaerobias. AL añadir hidróxido de potasio al flujo vaginal, estas aminas se volatilizan inmediatamente, produciendo el típico olor a pescado.

## **METODO SEROLOGICO**

No ha sido muy utilizado por hacerse un diagnóstico rápido mediante los frotis directos.

### **TRATAMIENTO**

Se utiliza el metronidazol a dosis de 500 mg por vía oral por 15 días, el tratamiento debe extenderse a la pareja sexual.

### **INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA VIRUS HUMANO (VPH)**

#### **DEFINICIÓN:**

Es la infección del epitelio de la piel y de las mucosas causadas por el virus del papiloma humano, produce verrugas genitales (papilomas) que son por lo general tumores benignos que tienen un crecimiento limitado y regresan al cabo de cierto tiempo.

Se caracteriza por su capacidad para causar infecciones persistentes y para entrar en latencia

**TRANSMISIÓN:** se transmite por contacto directo, a través de las mucosas y de la piel erosionada, por contacto sexual, y de la madre al feto durante el paso de éste por el canal del parto infectado y que evoluciona con una forma subclínica y una forma clínica; la lesión clásica es el condiloma acuminado.

### **TIPOS DE PAPILOMAVIRUS HUMANOS ASOCIADOS A LESIONES GENITALES**

---

**LESIÓN**

**TIPO**

---

**Condiloma acuminado** 6,11,42, 44, 51, (53), 55, 67

---

**Neoplasia intraepitelial** 6, 11, 16, 18, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 42,  
51, 52, 56, 57, 59, 61, 62, 64.

---

**Carcinoma** 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 54, 56, 66

---

### ***DIAGNÓSTICO CLÍNICO***

Durante la relación sexual sin protección, con una persona infectada la inoculación ocurre en el sitio de microtrauma donde la humedad y el trauma en el epitelio aumentan la transmisión.

La infección genital frecuentemente es subclínica, conocida como condiloma plano.

El potencial de progresión varía según la población, el tipo específico de VPH, la ubicación y el tamaño de la lesión.

Aproximadamente 9 meses después, puede presentarse una remisión clínica sostenida, en la que la infección latente puede persistir en el epitelio anogenital y, por tanto, permanecer infecciosa para sus compañeros sexuales; o continuar en la fase activa de la enfermedad, lo que representa el subgrupo con más probabilidad de desarrollar la neoplasia.

La enfermedad se manifiesta clínicamente con el condiloma acuminado, la lesión clásica, que por lo general, aparte de su presencia física, las lesiones exofíticas no producen síntomas, aunque algunos pacientes refieren prurito, quemazón, dolor y sangramiento.

Los condilomas visibles se asemejan a tumores de aspecto de coliflor, del mismo color de la piel, en otras oportunidades suelen verse como pápulas planas y lisas difíciles de ver sin tinción. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples.

La localización en el hombre: en pene, el escroto, región perianal y uretra.

La localización en la mujer: en la vulva, el cuello uterino, la región perianal, y vagina.

Otras localizaciones: mucosa oral, laringe, tráquea y recto.

## **DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO**

Para detectar y clasificar el VPH, no han resultado útiles hasta ahora los métodos clásicos de diagnóstico, como por ejemplo el cultivo celular o las técnicas inmunológicas ordinarias. Los métodos inmunológicos de detección del antígeno mediante anticuerpos dirigidos contra epitopos comunes en la principal proteína capsídica L1 no permiten detectar específicamente los tipos de VPH asociados a lesiones invasivas.

La muestra se realiza mediante biopsia de tumores y de tejidos blandos, obtenida por excisión y curetaje. Las células epiteliales exfoliadas por raspado constituyen muestras apropiadas para el diagnóstico.

## **CITOLOGÍA**

El método de Papanicolaou es el más utilizado para diagnosticar las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino, pero es poco sensible para detectar las infecciones cervicouterinas asintomáticas por VPH, los coilocitos y las irregularidades celulares son rasgos citológicos característicos de la infección. Los coilocitos presentan un núcleo irregular e hiper cromático rodeado de un halo claro de citoplasma denso. Las irregularidades celulares comprenden la presencia de células multinucleadas o enucleadas, disqueratosis y paraqueratosis.

## HIBRIDACIÓN DEL ADN

Está considerada la prueba de referencia para detectar ADN de VPH, a partir de material de biopsia y células exfoliadas y digeridas por endonucleasas de restricción, se extrae el ADN total.

## TRATAMIENTO

### CONDILOMAS EXTERNOS GENITALES:

- Podofilina del 10 al 25 % en tintura benzoína.
- ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EN SOLUCIÓN AL 80 Ó 90 %.
- Crioterapia con Nitrógeno líquido.

### CONDILOMAS EN EL MEATO URETRAL:

- Podofilina del 10 al 25 % en tintura benzoína.
- Crioterapia con Nitrógeno líquido.

#### **CONDILOMAS ANALES:**

- ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EN SOLUCIÓN AL 80 Ó 90 %.
- Extirpación quirúrgica
- Crioterapia con Nitrógeno líquido.

#### **CONDILOMAS EN CAVIDAD ORAL:**

- Crioterapia con Nitrógeno líquido.
- Electrocauterización
- Extirpación quirúrgica

#### ***HERPES GENITAL***

El grupo de herpesvirus se caracteriza por su capacidad para causar infecciones persistentes y para entrar en latencia, comprende dos variantes séricas VHS-1 y VHS-2, y puede aislarse de muestras varias como por ejemplo: la piel, las mucosas, los tejidos en general, la sangre y el líquido cefalorraquídeo. Como se conoce el VHS-1 se asocia a afecciones bucafaríngeas, mientras que el VHS-2 se asocia a enfermedades genitales, sin embargo se sabe que ambas variedades pueden infectar ambas localizaciones y provocar manifestaciones indistinguibles clínicamente.

#### **TRANSMISIÓN**

El contacto con la saliva de portadores del VHS tipo 1, en el caso de los dentistas la infección por contaminación por pacientes que diseminan VHS produce panadizos herpéticos, La transmisión de VHS-2 es por contacto sexual. Se conocen pues la vía oral-genital, oral-anal o anal-genital. La transmisión de madre al niño se debe a la exposición de éste al virus durante su paso por la vagina en el momento del parto.

El VHS se aísla en un lapso de una a dos semanas, y hasta siete semanas después de la estomatitis, o de las lesiones genitales, ambas primarias. Tanto las infecciones primarias y secundarias pueden ser asintomáticas, el paciente puede excretar de forma intermitente VHS de zonas de las mucosas durante años y hasta toda la vida, con o sin manifestaciones clínicas.

## **VHS**

Pertenece a la familia Herpesviridae, subfamilia Alphaherpesvirinae. Los tipos 1 y 2 de VHS se diferencian inmunológicamente.

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

La infección primaria suele ser sintomática.

La infección sintomática de localización genital se caracteriza a menudo por la aparición de lesiones extensas acompañadas de linfadenopatía inguinal, disuria y fiebre. En general las recidivas del herpes genital son más leves y casi siempre están causadas por VHS-2. La consecuencia más grave es el herpes genital, transmitido de la madre infectada al niño a consecuencia de la exposición de éste al virus durante su paso por la vagina en el momento del parto.

Clínicamente las lesiones pasan por distintas fases: pápulas, vesículas, pústulas y úlceras abiertas, ya finalmente constituyen unas costras. La pronta reepitelización y la curación completa sobrevienen espontáneamente.

Son frecuentes las infecciones latentes, en el cual el genoma viral persiste en el núcleo de las células infectadas o en los ganglios sensitivos.

## **DIAGNOSTICO DE LABORATORIO**

Inmunofluorescencia:

Es una de las técnicas más utilizadas, los frotis pueden prepararse de inmediato, a partir de un escobillado humedecido en agua destilada, que se aplica con movimiento de rotación en dos pocillos de un portaobjeto de vidrio revestido de PTEE.

En un pocillo se añade anticuerpo monoclonar específico de VHS-1 marcado con fluoresceína y en el otro pocillo anticuerpo monoclonar específico de VHS-2. Se incuba en cámara húmeda durante 30 minutos a temperatura ambiente, se lavan tres veces con PBS. Si el número de células en la muestra es suficiente la sensibilidad del método para detectar HSG en muestras genitales se sitúa entre el 70 % y el 90 % de las muestras que dan cultivo positivo.(45) .

## Material y Método

Se realizó un estudio pre-experimental (antes - después) con el objetivo de evaluar su utilidad para promover conocimientos de las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes y así prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual, en el periodo comprendido de septiembre del 2013- febrero del 2014.

El universo de estudio estuvo conformado por 69 gestantes pertenecientes a los consultorios médicos urbano del policlínico de Gaspar, municipio de Baraguá, en el período que comprende la investigación.

Criterios de inclusión: Gestantes que:

- Aceptaron participar en el estudio.
- Pertenecieran a los consultorios del médico de familia del área de salud urbana de Gaspar, del municipio Baraguá en el período que comprende la investigación.
- Gestante de menos de 20 semanas de gestación.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron todos los que no reúnen los requisitos antes mencionados.

Después de haber aplicados los criterios: 7 se negaron a participar y 8 abandonaron el estudio por que parieron, quedando finalmente constituida por 54 gestantes, lo que representan el 78,2 % del universo.

En nuestro trabajo utilizamos una estrategia metodológica basada en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos que aplicamos durante la investigación son:

1- Métodos del nivel teórico:

- Análisis síntesis: Permitted penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia.
- Inducción deducción: Porque en la investigación se establecieron generalizaciones que confirmaran empíricamente la hipótesis.
- Hipotético deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

2- Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, lo cual nos permitió aplicar un programa de intervención educativa que nos lleve a alcanzar el logro del objetivo general de la investigación.
- La encuesta o instrumento evaluativo (anexo 2): Fuente primaria de recolección de la información que se aplicó a las gestantes de la muestra escogida, antes y después de desarrollar el programa educativo, este instrumento de evaluación ya estaba desarrollado y validado, mediante el pilotaje, en la Habana.
- El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento evaluativo que se aplicó; el procesamiento se realizó en una microcomputadora, mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados fueron presentados en tablas, a

estos resultados se les aplicó la prueba no paramétrica para muestras dependientes de Mc NEMAR.

Dósimas de Mc Nemar: Esta es un docima Ji- cuadrado, apropiada para decidir si hay diferencia o no entre dos poblaciones a partir de dos muestras apareadas en escalas nominales dicotómicas, en los que cada individuo o elemento de la muestra esta apareado consigo mismo, o sea es usado como su propio control. Es una prueba de hipótesis no paramétrica a través de la cual se verifica estadísticamente si hay o no cambios después de aplicada la intervención, respecto a lo acontecido antes.

Exige construir con los datos una tabla de contingencia de dos por dos donde:

A =Desaprobados que después de la intervención aprobaron.

B =Desaprobados que después de la intervención se mantienen desaprobados.

C =Aprobados que después de la intervención siguen aprobados.

D =Aprobados que después de la intervención desaprobaron.

Las hipótesis a docimas son las siguientes:

Ho: P10 = P 01 contra H1: P10 ≠ P 01

A partir de las hipótesis:

Ho: La metodología no es efectiva.

H1: La metodología es efectiva (Diferencia, Cambio)

Donde el estadígrafo utilizado es:

Proporción de cambio:  $\chi^2 = \frac{(A - D - 1)^2}{n}$

A + D

Región crítica:  $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$

Si  $\chi^2 > X^2_{(0.95)}^{(1)}$  Se rechaza  $H_0$ , entonces la intervención educativa fue efectiva.

El Programa Educativo (anexo3) estuvo constituido por una serie de 6 sesiones, con frecuencia mensual cada una, el tema se abordó mediante conferencias y técnicas participativas (video-debate y dinámica de grupo).

Se revisó la bibliografía nacional e internacional y se elaboró el informe final, según los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Definición de las variables

Variable Independiente:

- Intervención educativa

Variables dependientes:

Conocimientos en cuanto a:

- Que son las infecciones que se transmiten por vía sexual.
- Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Causas que la producen.
- Diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual
- Complicaciones de las infecciones.
- Medidas de prevención de de las infecciones de transmisión sexual

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población, debe estar centrado en el objeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los objetos para lograr los objetivos propuestos

Centrado en el objeto: Las gestantes

Implicado afectivamente: Cuando no se limita al objeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre objetos de diferentes estratos.

Nivel de conocimiento general de las gestantes sobre las infecciones de transmisión sexual: Los conocimientos adquiridos acerca de las causa, síntomas, conocimientos en cuanto a su diagnóstico, complicaciones y medidas de prevención

Operacionalización de las variables

Unidad de análisis	Categoría	Subcategorías	Evaluación ítem
--------------------	-----------	---------------	-----------------

Gestantes en estudio.	1-. Nivel de conocimientos sobre las infecciones que de transmisión sexual.	<p><b>Correcto:</b> Si identifica dos incisos correctos</p> <p><b>Incorrecto:</b> Si identifica menos de tres incisos correctos o ninguno.</p>	<p>Item1: (17 ptos)</p> <p>Incisos correctos: 1. , 2 (10 ptos cada uno)</p>
Gestantes en estudio.	2- Nivel de conocimientos sobre síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual	<p><b>Correcto</b> Si marca si incisos correctos</p> <p><b>Incorrecto:</b> Si marca no .</p>	<p>Item2: (17 ptos)</p> <p>Incisos correctos: ,</p>
Gestantes en estudio	3- Nivel de conocimientos sobre las causas de las Infecciones de Transmisión Sexual.	<p><b>Correcto:</b> Si identifica t y 2 incisos correctos</p> <p><b>Incorrecto:</b> Si identifica menos de tres incisos correctos o ninguno.</p>	<p>Item3: (17 ptos)</p> <p>Incisos correctos 1 ,2 (10 ptos cada uno)</p>
Gestantes en estudio	4- Nivel de conocimientos sobre como se realiza el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual.	<p><b>Correcto:</b> Si identifica todos los incisos correctos.</p> <p><b>Incorrecto:</b> Si no identifica los incisos correctos o ninguno.</p>	<p>Item4: (15 ptos)</p> <p>Incisos correctos: 1 ,2 ,3 ,4 (5 ptos cada uno)</p>
Gestantes en estudio	5- Nivel de conocimientos sobre las complicaciones de las infecciones de Transmisión Sexual.	<p><b>Correcto:</b> Si identifica dos incisos correctos.</p> <p><b>Incorrecto:</b> Si identifica menos de tres incisos correctos o ninguno.</p>	<p>Item4: (17 ptos)</p> <p>Incisos correctos: 1 ,2 (10ptos cada uno)</p>
Gestantes en estudio	5- Nivel de conocimientos sobre las medidas de	<p><b>Correcto:</b> Si identifica dos incisos correctos.</p>	<p>Item4: (17 ptos)</p>

	prevención de las Infecciones de Transmisión	<b>Incorrecto:</b> Si identifica menos de tres incisos correctos o ninguno.	Incisos correctos: 1 ,2 (10ptos cada uno)
Gestantes en estudio	6- Nivel de conocimiento general de las gestantes sobre las Infección de Transmisión Sexual .	<b>Correcto:</b> Si obtiene de 70 puntos. <b>Incorrecto:</b> Si obtiene menos de 69,9 puntos.	<b>Aprobado:</b> Incluye la categoría correcto <b>Desaprobado:</b> Incluye la categoría incorrecto

:

### **Objetivos de la investigación.**

#### **Objetivo General:**

- Diseñar una estrategia comunitaria a través de un programa educativo sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes del área de salud de Gaspar, municipio Baraguá, provincia Ciego de Ávila en el período comprendido desde septiembre del 2013 hasta septiembre del 2014.

**Objetivos específicos:**

- Distribuir a las gestantes de acuerdo a algunas variables de acuerdo a los síntomas ,causas , su diagnostico ,complicaciones y medidas de prevención .
- Evaluar antes y después de la aplicación del programa educativo el nivel de conocimiento de las gestantes sobre las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Validar y aplicar el programa de intervención comunitaria.
- Corroborar la eficacia y evaluar los resultados de la estrategia de intervención aplicada.

## Análisis y discusión de los resultados

Intervención educativa para promover conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes del área de salud de Gaspar.

Tabla No.1. Nivel de conocimientos sobre las infecciones de Transmisión Sexual antes y después de la intervención educativa, en gestantes del área de salud de Gaspar. Septiembre del 2013 – Febrero del 2014

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)			
	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%
Correcto	10	18.5 %	46	85.1 %
Incorrecto	44	81.4 %	8	6.6 %

Fuente: Encuestas.

McNemar

$$X^2 = 77.65$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Hi: PA ≠ PD

Con respecto a la tabla No. 1 podemos apreciar la distribución de los encuestados de la muestra según conocimientos antes el nivel de conocimientos respondieron correctos solamente 10 gestante que representa un 18.5% e incorrectamente un 81.4% y después de la intervención educativa sobre las enfermedades que se transmiten por vía sexual, se logró aumentar el conocimiento con un 85.1%, de respuestas correcta.

En bibliografía consultada encontramos que en muchas ocasiones las gestantes no conocen correctamente las enfermedades que se transmiten por vía sexual por lo que no se protegen adecuadamente lo que aumenta los riesgos de enfermar.

(12)

Tabla No. 2: Nivel de conocimientos en cuanto a los síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual antes y después de la intervención educativa.

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)			
	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%

Correcto	11	20.3	49	90.7
Incorrecto	43	79.6	5	9.2

$X^2 = 92.46$ 
McNemar
 $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$ 
Hi: PA ≠ PD

La tabla No. 2 expone la distribución de los encuestados según los conocimientos sobre los síntomas mas frecuentes de las Infección de Transmisión Sexual en las gestantes. Al aplicar la encuesta pudimos conocer que el 20.3%, 11 gestantes reconocen al menos cuales son los síntomas de las Infección de Transmisión Sexual después de la intervención se aumentó el nivel de conocimiento, con una elevación de respuestas acertadas, ya que el 90.7% (49 capacitadas) reconocen los síntomas de las Infección de Transmisión Sexual .

Resultados similares se obtienen en una intervención educativa realizada la Dra. Silvana Vulcano un estudio año 2011. (26)

En la bibliografía consultada encontramos que:

En los resultados de un estudio realizado por Triquete Diaz, se obtuvo que menos del 80.0 % de las gestantes tienen conocimientos acerca de de los síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual. (13)

Tabla No. 3: Nivel de conocimientos en cuanto a las causas que producen las Infecciones de Transmisión Sexual

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)			
	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%
Correcto	32	59.2	49	90.7
Incorrecto	22	18.2	5	4.1

$X^2 = 71.05$ 
McNemar
 $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$ 
Hi: PA ≠ PD

Esta tabla nos muestra los conocimientos sobre las causas que producen las Infecciones de Transmisión Sexual, que el 59.2% (32 personas de riesgo) reconocen tres o más de los enunciados correctos, con un 90.7 % (49 de las personas), siendo más marcada las respuestas acerca de las moniliasis, trichomoniasis y el VIH/Sida,

Tabla No. 4: Nivel de conocimientos en cuanto al diagnostico de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)			
	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%
Correcto	8	14.8	42	77.7
Incorrecto	46	85.1	12	9.9

$X^2 = 66.57$ 
McNemar
 $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$ 
Hi: PA ≠ PD

En la tabla No. 4 se muestra el conocimiento antes y después de los gestantes encuestados, el 14.8% (8 encuestado) tuvieron conocimiento correcto sobre los exámenes que se realiza para detectar las Infecciones de Transmisión Sexual y después de la intervención educativa el 77.7% (42) obtuvieron conocimientos correctos sobre como se realiza el diagnostico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Es bueno señalar que 12 gestantes, un 9.9% mantuvieron conocimientos incorrectos.

Resultados similares obtiene Bayard, Vicente en una intervención educativa sobre VIH-SIDA con gestantes en la provincia de Panamá, en el 2005, dirigida al cambio de comportamiento sexual para evitar la transmisión de esta enfermedad, donde inicialmente tienen pobres conocimientos acerca del diagnostico y se logran cambios de comportamientos sexuales favorables.(17)

Quando consultamos la bibliografía encontramos que:

En estudios realizados en la Universidad de Argentina se comprueba que muchos embarazadas y púerperas se detectan las Infecciones de Transmisión Sexual mediante los exámenes indicados y a través del parto, sin una educación adecuada acerca de los riesgos de las conductas sexuales promiscuas y se reportan en ellos cambios frecuentes de parejas. (14)

El Dr. Ferra Torres Telma que habla sobre el manejo de las femeninas y expresa la detectar las Infecciones de trasmisión Sexual en las embarazadas) 25).

Tabla No. 5: Nivel de conocimiento en cuanto a las complicaciones de de las infecciones de transmisión sexual

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)
------------	---------------------------------------

	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%
Correcto	13	24%	32	59.2
Incorrecto	41	75.9%	22	40.7

$X^2 = 73.29$ 
McNemar
 $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$ 
Hi: PA  $\neq$  PD

En la tabla No. 5 podemos apreciar el conocimiento antes y después sobre las complicaciones de estas infecciones. Antes de aplicar el programa se observa que solo el 24,1 % de las encuestadas tenían conocimientos correctos acerca de las complicaciones que coaccionan estas ITS y después de aplicada la intervención, aumentó los conocimientos con un 59,2 %.

Tabla No. 6: Nivel de conocimientos en cuanto a las medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)			
	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%
Correcto	21	38.8	46	85,1
Incorrecto	33	61.1	8	14,8

$X^2 = 66.57$ 
McNemar
 $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$ 
Hi: PA  $\neq$  PD

Se puede apreciar en la tabla 6, que del total de encuestados 54, el 61,1 % (33) tuvieron conocimientos incorrectos antes de la intervención, para luego elevar su conocimiento al identificar más de 4 incisos correctos, con un 85,1 % a que reconocían evitar las relaciones sexuales desprotegidas, promiscuidad y el uso del condón.

Estudios realizados en otros municipios de bajo nivel de conocimiento, arrojan que se tiene conocimientos acerca del uso correcto del condón, así como sus ventajas, pero en la práctica sexual este es utilizado solo por un bajo porcentaje, además son muy frecuentes las relaciones sexuales con más de una pareja y con cambio frecuente de la misma. (15)

En los estudios realizados en Argentina por Bruno M Duran se obtiene que el 15 % de las embarazadas desconocen la ventaja del uso del condón y otras formas de prevención de las infecciones de transmisión sexual. (26)

Tabla No. 6: Nivel de conocimiento general sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes.

Evaluación	Intervención educativa Total (n = 54)			
	ANTES		DESPUES	
	Nro	%	Nro	%
Correcto	26	48.1	42	77.7
Incorrecto	28	23.1	12	9.9

$X^2 = 83.13$ 
McNemar
 $X^2_{(0.95)}(1) = 0.0039$ 
Hi: PA ≠ PD

En la tabla No. 6 podemos apreciar la evaluación del nivel de conocimiento general sobre las Infecciones de Transmisión Sexual de las gestantes antes y después. Después de aplicada la intervención el 77.7% (42 capacitados), tuvo conocimientos correctos, por lo que obtuvo más de 70 puntos

Al realizar el análisis estadístico podemos apreciar que existe diferencia significativa entre los dos momentos (antes y después) ya que el cálculo de la dójimas de McNemar ofreció resultados significativos ya que el Chi cuadrado calculado fue mayor que el Chi cuadrado tabulado con un 95 % (0.95) de confiabilidad por lo que resultó ser efectiva la metodología aplicada para elevar conocimientos en gestantes sobre las infecciones de transmisión sexual.

## **VI- Conclusiones**

El nivel de conocimiento de las gestantes del área de salud de Baraguá, fueron correctos de manera general, demostrando alcanzar conocimientos necesarios sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, representado por un 77,7 % en la calificación de la subcategoría de correcto, sobre los temas evaluados. La intervención mostró su más bajo resultado en cuanto al conocimiento de las gestantes acerca de las complicaciones que produce estas infecciones, con un 40,7 % de respuestas incorrectas. No ocurriendo así con el conocimiento adquirido en cuanto a las causas y síntomas que la provocan, que alcanzó un 90,7 %.

## RECOMENDACIONES

Elevar la preparación en el nivel primario de salud, sobre todo del consultorio del médico y enfermera de la familia el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual en gestantes, haciendo énfasis en el trabajo de promoción y educación para la salud , como herramienta esencial para el cambio.

Extender este tipo de estudio en otras áreas de salud, por constituir esta temática una prioridad dentro del programa materno infantil.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1- Sánchez Fuentes, Jacqueline. Infecciones de Transmisión Sexual. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. [CD-ROM]. La Habana. Ciencias Médicas; 2004.

2- Berdasquera Corcho D, Lazo Álvarez MA, Galindo Santana BM, Gala González A. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Seriada en línea] Mayo-ago. 2004; 42(2). [Consultado Septiembre 31, 2008];

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0253-17512004000200008&lng=es&nrm=iso%3E.%20ISSN%200253-1751](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-17512004000200008&lng=es&nrm=iso%3E.%20ISSN%200253-1751).

3- Fariñas Reinoso, Ana Teresa; Brenes Hernández, Ludmila. Evaluación del sistema de atención ambulatoria a personas con VIH en policlínicos del municipio de Pinar del Río. Centr4- Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK). Boletín Epidemiológico Semanal, vol. 14, no. 52. 2007.

5- Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial. Rev Salud Mundial. 1993; 46(3):20-35.

6- Martínez Calvo S. Por qué controlar las enfermedades de transmisión sexual. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1994.p.1-10.

7- Berdasquera Corcho D, Fariñas Reinoso AT, Ramos Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(6):532-9. Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA. La Habana. 2006.

8- Colectivo de autores: Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA, La Habana, 2006.

9- MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento: MINSAP, Ciudad de la Habana; 2004.

10- Colectivo de autores: Conociendo sobre VIH, Centro Nacional de ITS-VIH/SIDA, La Habana, 2009

11- Boletín Por la Vida del Centro de Prevención de las ITS-VIH/SIDA. Ciudad de la Habana: Centro de Prevención de las ITS-VIH/SIDA, 2008.

12- Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA [Base de datos en Internet].2005. [Citado 17 Abril 2006]. [Consultado Enero 4, 2008]; Disponible en: - **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** [\\_org / epid 2005 / index. htm /.](#)

13- Trinquete Díaz, Dixie Edith. Embarazo y VIH/SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? Revista Sexología y Sociedad. 2005 Abril 27.

14- Seroprevalencia de sífilis e infección por virus de inmunodeficiencia humana en pacientes puérperas de Argentina MSAL ,UNICEF, OPS, año 2011.

15- Ministerio de Salud Pública. Reporte anual de la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, MINSAP: Ciudad de la Habana; 2005.

16-Aragónés López Carlos, Sánchez Valdés Lizet, Squires Valdés Egbert, Piñón Ramos Alexander, González Alfonso Carmón R. El Desafío es no Retroceder. Periódico Trabajadores. [14](#) de [abril](#) de [2003](#).

17-Ochoa Edilberto. Línea Ayuda: servicio cubano de consejería telefónica en ITS-VIH/SIDA -características de los usuarios, 1998-2000. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2011 Ene 31] ; 60(2): . Disponible en: [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)

18-Arnold Rodríguez M, Bacallao Flores V, Bello Rodríguez BM. Conocimiento de los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual en la ESBU “Martín Klein”, Varadero 2005. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2009; 29(5). Disponible:URL:[www.cpimtz.sld.cu](http://www.cpimtz.sld.cu)

19-Barbé Agramonte Anaiza, Moreno Rangel Huodeixis, Gómez López Liliana, Rodríguez Heredia Odalys. Estrategia de intervención educativa sobre infecciones

de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana. AMC [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2011 Ene 31]; 14(4): Disponible en: [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)

20-Berdesquera CD, Farina RA. Las enfermedades de Transmisión Sexual en 2005.

21-Embarazadas. Un Problema de salud a nivel mundial, Rev Cubana de MGI. 2001; 17(2).

22-Chávez Roque Mavel, Virella Trujillo María Elena, Viñas Sifontes Leída Nilda, Almeda Díaz Gelenis. Conocimiento de algunas características de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes: intervención educativa. AMC [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2011 Ene 31]; 13(3): Disponible en: [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)

23-Hernández Riera Rodolfo, Cervera Estrada Lex, Rodríguez Garcíal Yarmen. ¡Saber SI DA vida! Intervención Educativa en adolescentes. AMC [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2011 Ene 31] ; 12(2): . Disponible en: [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)

24-Fernández Borbón H, Cuní González V. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev. Ciencias Médicas [revista en internet].julio 2010:14(3).

25-Ferrá Torres Telma M, Martínez Arcia Idalmis. Manejo de pacientes femeninas

26- Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA y Magi C. Salud Pública de México. Uso del condón entre adolescente mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual[serie en internet].2003[Citado 2 Feb 2010];45:[aprox.5p]. Disponible en:<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000475>

27- China Pérez G. Conocimiento sobre el VIH/SIDA en adolescentes. [Tesis] .Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara"; 2007.

28- Torres P, Walquer DM, Gutiérrez JP, Stefano B. Estrategia novedosa de prevención de embarazo e ITS-VIH-SIDA entre adolescentes escolarizados

mexicanos. Rev Salud Pub Méx [Serie en Internet]. 2006 [Citado 22 Ene 2010]; 48(4):[Aprox. 9 p]. Disponible en: [http://scielo.php?Script=sci\\_arttext @pid=S0864-34662003000400009@ping=es@hrm=isoISSN0864-3466](http://scielo.php?Script=sci_arttext @pid=S0864-34662003000400009@ping=es@hrm=isoISSN0864-3466)

29- Broche M. Humanidades Médicas. Conocimiento sobre VIH/SIDA por adolescentes de la Parroquia 23 de Enero[serie en internet].2009[Citado 2 Feb 2010];9[aprox.15p]. Disponible en:<http://cielo,sld.cu/cielo.php?pid=s1727>

30- StatSoft, Inc. (2003). STATISTICA (data analysis software system), version 6. [www.statsoft.com](http://www.statsoft.com).

31- Prieto Sarmiento L. Conocimiento sobre el VIH/SIDA en adultas jóvenes. [Tesis] .Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara"; 2008.

32- Vera LM, López N, Ariza ND, Díaz LM, Flores Y, Franco SG, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander.[serie en internet].2004[Citado 12 Feb 2010];Vol.35:[aprox.6p]. Disponible en:<http://www.bioline.org.br/request?rc04011>

## **ANEXO 1**

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Intervención comunitaria sobre las Infecciones de Trasmisión Sexual en las embarazadas. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema.

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de 2013.

Firma del participante \_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

### Encuesta:

Responda el siguiente cuestionario que consta de preguntas.

1- Edad: \_\_\_\_\_ años.

2- Escolaridad (marque con una "X" según corresponda):

1) Universitario\_\_\_\_\_

2) Preuniversitario\_\_\_\_\_

3) Secundaria\_\_\_\_\_

4) Primaria\_\_\_\_\_

5) Primaria sin terminar\_\_\_\_\_

3- ¿Sabe usted que son las Infección de Trasmisión Sexual?: (marque con una "X" según corresponda):

Si\_\_\_ No\_\_\_

4- ¿Conoce acerca de los principales síntomas y signos las Infecciones de Trasmisión Sexual en las embarazadas? Marque con una X Si o No.

Si\_\_\_ No\_\_

5- Señale con una X cuáles son las infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes.

1\_\_\_Vaginosis bacterianas

2\_\_Candida albicans

3\_\_\_Tricomoniasis vaginal

4\_\_ Sifilis

5\_\_\_Todas las anteriores

6- Marque con una X cuáles de son las pruebas para detectar las Infección de Trasmisión Sexual.

1\_\_\_ultrasonido ginecológico

2\_\_ Microelisa

3\_\_VDRL

4\_\_\_Hemograma con diferencial

5\_\_\_Exudado vaginal

6\_\_\_Electroforesis de Hb

7\_\_\_Exudado con cultivo

8\_\_\_Anfígeno de superficie

7- Marque con una X, las complicaciones más frecuentes de las Infecciones de Transmisión Sexual en las embarazadas.

1-Promiscuidad\_\_\_\_\_

2-Las que se protegen con preservativos.\_\_\_\_\_

3-Embarazo no deseado.\_\_\_\_

4-Desnutrición materna\_\_\_\_

5-Hábito de fumar\_\_\_\_

6-Talla alta\_\_\_\_

7-Ganancia exagerada de peso durante el embarazo\_\_\_\_

11- Para evitar que nos nazca un bebé con Infección de Trasmisión Sexual (marque con una "X" según corresponda):

1\_\_Uso de preservativos

2\_\_Evitar la promiscuidad

3\_\_Consumir antes y durante la primera etapa del embarazo el ácido fólico.

## **ANEXO 3**

### Programa de intervención:

El Programa de Intervención comunitaria estará conformado por un total de 7 encuentros con una duración de 2 meses los cuales serán impartidos todos los martes en horario vespertino con una duración de 2 horas en un aula del policlínico docente de Gaspar que se asignará para la misma.

### **Primer encuentro:**

Día: 1/10/13

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación formal de los participantes involucrados.

2- Dar inicio a la intervención.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Marcador.

4- Mini boletín impreso (será elaborado por la autora de la intervención).

5- Local del policlínico.

Técnica participativa: El Solapín.

Introducción: Durante el primer momento de este encuentro se realizará presentación formal ante los participantes del estudio, luego se procederá a la presentación de cada uno de los participante para lo cual se utilizará la técnica del Solapín la cual consistirá en que cada uno de los participantes anotará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se hablará sobre los objetivos que se persiguen alcanzar con el proyecto, se les dará a conocer a los participantes acerca de las diferentes actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicar todo lo referido al proyecto se les informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes y se aplicará el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa educativo. Y para concluir la actividad a modo de incentivo para la próxima clase se entregará en forma de mini boletín impreso algunas curiosidades referentes al tema y se informará el tema de la próxima actividad.

## **Segundo encuentro:**

Día: 8/10/13

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar.

Título: Concepto y causas principales que producen las Infecciones de Trasmisión Sexual.

Objetivos: 1- Abordar sobre el estado actual de dicha patología.

2- Analizar el concepto de las Infección de Trasmisión Sexual.

3- Conocer las causas principales que produce las Infecciones de Trasmisión Sexual en las embarazadas.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: Previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia, donde nos apoyaremos en un Power Point el cual se elaborará con imágenes y datos relevantes del tema que se tratará.

Se tratarán temas referidos al concepto de las Infecciones de Trasmisión Sexual en las embarazadas, y las principales causas que lo producen, además de su comportamiento en diferentes áreas geográficas. Por último se motivará a los participantes con diferentes preguntas cómo ¿Saben ustedes que son las enfermedades de trasmisión sexual en las embarazadas? Las cuales serán respondidas en el próximo encuentro.

**Tercer encuentro:**

Día: 15/10/13

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar.

Título: Principales Infección de Trasmisión Sexual más comunes en las embarazadas.

Objetivo: - Conocer los principales Infección de Trasmisión Sexual en las embarazadas.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: Dinámica de grupo (Lluvia de ideas).

Introducción: Comenzaremos realizando un breve recuento de la actividad anterior a modo de recordatorio de los temas tratados y se realizará simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzará explicando a los participantes en qué consiste una lluvia de ideas; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras sobre las diferentes patologías crónicas que presentan o algunas asociadas al embarazo, antes de comenzar se escogerá a un participante que actuará como relator y se encargará de anotar todos los datos que se expongan en una pizarra y la autora actuará como coordinadora. Posteriormente se determinaran los problemas que más influyen en las gestantes.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, en la cual expondremos los principales Infección de Trasmisión Sexual que influyen en las embarazadas, su clasificación, así como los más detectados en Cuba.

**Cuarto encuentro:**

Día: 5/11/13

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar.

Título: Clase práctica sobre los diferentes Infección de Trasmisión Sexual que influyen en las embarazadas.

Objetivo: Lograr que los participantes sean capaz de identificar las diferentes Infección de Trasmisión Sexual en las embarazadas.

Tipo de actividad: Clase práctica.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

3- Pizarra.

Técnica participativa: Retazos musicales.

Introducción: Se realizará un resumen del tema tratado en la actividad anterior a modo de recordar los datos más importantes para lograr que la actividad de ese día fluya de modo dinámico.

Desarrollo: Para desarrollar la clase práctica se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de 5 personas, a cada subgrupo se le entregará una hoja con un listado de las principales Infección de Trasmisión Sexual, enumerados, los participantes deben poder identificar cuales se corresponden con las embarazadas, después se expondrán en la pizarra, y se discutirán los resultados de cada grupo. Para finalizar este encuentro se realizará la dinámica de animación "Retazos musicales ", donde cada participante entonará un fragmento de una canción y el resto deberá identificarla.

Por último se realizarán varias preguntas, tales como: ¿Saben ustedes las complicaciones que conllevaría las Infecciones de Trasmisión Sexual? ¿Conocen alguna forma para prevenirlo? las cuales no serán respondidas, con el objetivo de despertar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro.

## **Quinto encuentro:**

Día: 12/11/13

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar.

Título: Problemas más frecuentes que presentan las embarazadas con Infección de Trasmisión Sexual.

Objetivos: 1- Analizar los múltiples problemas durante el período prenatal, perinatal, postnatal de las Infecciones de Trasmisión Sexual.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: ¿Te gustan tus vecinos?

Introducción: Se realizará una breve reseña de la clase anterior y se realizarán preguntas de control, por último se hará una breve introducción del tema como incentivo de la actividad.

Desarrollo: Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Te gustan tus vecinos?", esta consistirá en que cada participante hablará del compañero que acaba de conocer, exponiendo si le gusta o no y por qué.

En un segundo momento se impartirá una conferencia guiada por un Power Point que abarcará temas relacionados con respecto a los problemas prenatales, perinatales y postnatales de las Infección de Trasmisión Sexual. .

**Sexto encuentro:**

Día: 19/11/13

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico de Gaspar.

Título: Prevención de las Infección de Trasmisión Sexual en las embarazadas.

Objetivos: 1-Como las gestantes pueden contribuir a su prevención.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: Comenzaremos dando un recordatorio sobre el tema impartido en la actividad anterior.

Desarrollo: Se realizará una conferencia ayudándonos con un Power Point, donde se le explicará a las gestantes sobre la prevención de las Infección de Trasmisión Sexual dando charla educativas sobre los medios de protección.

