



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
2007-2009**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO  
EN SALUD PÚBLICA**

**Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes  
Embarazadas, Consulta externa del Instituto Hondureño  
de Seguridad Social, Danlí, El Paraíso, Honduras C. A.  
Segundo Semestre 2008**

Autor: Dr. Carlos López

Tutor: MSc. Manuel Martínez Moreira

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Junio 2009

## INDICE

	Páginas
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	8
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	22
VIII. RESULTADOS	30
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	36
X. CONCLUSIONES	39
XI. RECOMENDACIONES	41
XII. BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	
Tablas	
Gráficos	
Instrumento	

## **DEDICATORIA**

**A mi familia, con cariño**

**“ Vive tu vida como si subieras una montaña.  
De vez en cuando mira hacia tu alrededor y  
admira las cosas bellas en el camino. Sube  
despacio, firme y disfruta cada momento  
hasta llegar a la cumbre”.**

***Harold V. Melchert***

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por darme fe y guiarme durante todos estos años.

### **A mi Tutor**

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

### **A mis Maestros**

Gracias por su paciencia y brindarme la luz  
de sus conocimientos. En especial al Dr. Miguel Orozco Valladares y a los  
Maestros Manuel Martínez, Alice Pineda Whitaker, Pablo Cuadra que me  
animaron a culminar la Maestría.

### **A nuestros Pacientes**

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

## RESUMEN

En el presente trabajo pretende identificar la situación de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes adolescentes embarazadas, que asisten a la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social, de la ciudad de Danlí, El Paraíso, durante el segundo semestre del 2008.

Se realizó un Tipo de estudio: Descriptivo, de corte Transversal.

Nuestro universo La constituyeron las pacientes adolescentes embarazadas que asisten a la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Danlí El Paraíso, durante el segundo semestre del año 2008. Con una muestra representativa de ciento treinta y seis pacientes.

Entre los resultados obtenidos se encontró que la mayoría de las pacientes procedían del área urbana, y en menor porcentaje del área rural esto podría corresponder con el área de cobertura del IHSS, el cual es el único centro asistencial para cubrir todos los municipios del Departamento de El Paraíso.

La mayoría de las adolescentes estudiadas son de ocupación amas de casa independientemente del área de procedencia.

En el área de estudio entre las adolescentes embarazadas investigadas, en el área urbana refirieron ser estudiantes de educación media en comparación a aquellas del área rural en donde ninguna refirió estar estudiando.

El porcentaje de analfabetismo en el área urbana no hay analfabetas, en comparación con el área rural donde si hay un porcentaje a considerar.

En las pacientes investigadas el estado civil unión libre prevaleció sobre las demás categorías.

Un alto porcentaje de las pacientes estudiadas refirieron tener conocimientos en métodos de planificación familiar siendo el de más referencia el preservativo.

Dato interesante en un porcentaje alto de las pacientes del área urbana mencionaron haber escuchado de alguna enfermedad de transmisión sexual a diferencia de las pacientes del área rural donde un alto porcentaje refirió no haber escuchado de estas (ETS), la enfermedad que las adolescentes refirieron haber escuchado mas fue la del VIH/SIDA.

Entre el conocimiento del método para prevenir las ETS un alto porcentaje de las pacientes estudiadas mencionaron el condón o preservativo, y el desconocimiento fue mayor entre las adolescentes del área rural.

Se encontró un alto porcentaje de presencia de microorganismos de transmisión sexual en las adolescentes estudiadas, y el microorganismo de mayor frecuencia encontrado fue Candida Albicans.

Espero que el fin ultimo de utilizar esta información sea para mejorar la consejería, la prevención, así como el diagnostico, tratamiento y calidad de atención a estas pacientes adolescentes.

## **I. INTRODUCCIÓN**

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

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

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

El presente trabajo pretende estudiar la situación de algunas ETS y factores asociados entre las adolescentes embarazadas en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social Danlí El Paraíso, Segundo semestre del 2008.

## II. ANTECEDENTES

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se denominaban antiguamente como venéreas en dudoso honor a Venus, diosa del amor. Dichas enfermedades se encuentran a cualquier edad, personas de cualquier raza y medios sociales, se ha comprobado su recrudecimiento en numerosos países. En general existe un subregistro de los casos de ETS ya que con mucha frecuencia estas patologías no son notificadas, o no son debidamente diagnosticadas y en casos peores ni siquiera consultados al ser consideradas vergonzosas. Las ETS en los adolescentes a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental, por ende pueden considerarse una “enfermedad centinela”. Una ETS puede encubrir problemas subyacentes como promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, depresión suicida, etc.).

Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan ETS pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual. En publicaciones realizadas en Estados Unidos y el Reino Unido se insiste desde hace unos años en la tendencia creciente de ETS diagnosticadas en todas las edades y sobretodo de las infecciones por *chlamydias* y *gonococos* especialmente en adolescentes. En el 2001, de los casos acumulados de SIDA en España, el intervalo de los 25 a los 34 años englobaba más de la mitad de los casos de ETS, teniendo en cuenta el largo periodo de incubación de la enfermedad, se puede inferir que las prácticas de riesgo causantes de la infección se realizaron entre los 14 y los 24 años. Uno de cada tres casos diagnosticados se relacionó con las prácticas sexuales.

Estrada I., Espinoza I., García A. (11), en su tesis (que constó de una muestra de 21 pacientes) encontraron que los microorganismos más frecuentes causantes de leucorrea en adolescentes embarazadas eran: *cándida sp.*, *gardnerella vaginales* y su combinación *cándida/gardnerella*, siendo la edad más afectada la de 18 años, con una gestación mayor de 20 semanas. , en Zúñiga, Washington; Molina, S.; Gustavo, Salazar, B. (18) un estudio posterior encontraron hallazgos similares

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

Bernal, Juan N; Martínez M A (17) encontraron. Que el 40% de adolescentes de su estudio, tenían vida sexual activa y de estos el 64% comenzaban a tener relaciones entre los 14 y 15 años. De ellos el 72% conocían como el método más efectivo para prevenir las ETS, al preservativo pero solo el 20 % lo usaron en sus prácticas sexuales.

En otro estudio, Briones A., Martínez F. (10) encontraron en el municipio de San Francisco Libre que el 76% de jóvenes iniciaron su vida sexual antes de los 19 años, además que los conocimientos sobre sexualidad y ETS se encuentran más en jóvenes con mayor nivel escolar y mayor edad. Sin embargo esto no garantizaba una conducta adecuada.

Chicas O., Rizo M., (9) en su estudio de valoración de conocimientos sobre ETS en estudiantes de secundaria de la ciudad de Choluteca, Honduras C.A. concluyó que el nivel de conocimiento que prevalecía en dichos estudiantes era deficiente y en un menor porcentaje fue considerado regular o bueno. Resultados similares encontraron Colomer Revuelta, J lia. (5) Prevención del embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes donde además encontraron un alto porcentaje de automedicación y de tratamientos basados en prácticas tradicionales.

Robertson, D.H., (12) Enfermedades de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y repercusión social, Editorial Interamericana, 1989.

Hacen referencia sobre estrategias Terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS, encontraron que las pacientes menores de 19 años eran en su mayoría primigestas, y que la principal ETS resultó ser la *Candidiasis* seguida de *Tricomoniasis* y *Condilomatosis*.

También reportaron la falta de métodos diagnósticos adecuados, prescripción de antibióticos no adecuados y falta de orientación a las pacientes con dichos hallazgos como se podrá observar a continuación, en Honduras se han realizado diversos estudios sobre conocimiento y actitudes de los adolescentes ante las ETS, así como también diferentes abordajes sobre embarazo en adolescentes.

Pero no encontramos a nivel local información acerca de la prevalencia de estas enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes. Por esto, el presente trabajo pretende abordar, desde el ámbito, consulta externa la prevalencia de ETS entre adolescentes embarazadas.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

Las Infecciones de transmisión sexual son consideradas un problema de Salud Pública tanto en Honduras como a nivel internacional. Existen a nivel local y nacional varios abordajes de este problema, que en su mayoría versan sobre los conocimientos, actitudes y prácticas entre los y las adolescentes, sin embargo no encontramos información local en la ciudad de Danlí, del Departamento de el Paraíso, Honduras C.A., acerca de la prevalencia de estas enfermedades.

Por lo tanto, el presente trabajo pretende abordar desde el ámbito de la consulta externa asistencial de los servicios que brinda el Instituto Hondureño Seguridad Social (IHSS) de Danlí, El Paraíso, la situación de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas y describir factores que se le asocian, con el fin último de utilizar esta información para mejorar tanto la consejería para su prevención, como el diagnóstico, tratamiento y calidad de atención a estas pacientes adolescentes.

Esperando, que el presente estudio sea de mucha utilidad a la consulta externa Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de Danlí El Paraíso, y la Secretaria de Salud de la República de Honduras para crear un sistema de atención diferenciada de las pacientes adolescentes en estado de embarazo que asisten a nuestros servicios médicos asistenciales.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con relación a los diferentes aspectos planteados anteriormente, se propone la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuál es la situación de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes embarazadas, que asisten a la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social, de Danlí, El Paraíso, durante el segundo semestre del año 2008?

Las interrogantes que se derivan de la pregunta de la Investigación, son:

- ¿Cuáles son las características demográficas y socioculturales de las adolescentes embarazadas?
- ¿Cuáles han sido los componentes desarrollados por la estrategia de intervención para prevenir las ETS en adolescentes embarazadas?
- ¿Qué tipo de factores intervienen en la eficacia de la estrategia para la prevención de las ETS en adolescentes embarazadas?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Conocer la situación de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes adolescentes embarazadas, que asisten a la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social, de la ciudad de Danlí, El Paraíso, durante el segundo semestre del año 2008.

### **5.2. Objetivos específicos:**

1.-Identificar las características demográficas y socioculturales de las adolescentes embarazadas.

2.- Valorar los componentes desarrollados por la estrategia de intervención para prevenir las ETS en adolescentes embarazadas.

3.- Especificar el tipo de factores que intervienen en la eficacia de la estrategia para la prevención de ETS en adolescentes embarazadas.

4.- Establecer la prevalencia de ETS en adolescentes embarazadas.

## VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

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

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

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

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

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las mujeres adolescentes no solo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebe, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebe saludable. (2, 3, 7, 24)

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

### **Factores de riesgo biológicos** (3, 7.)

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

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

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

### **Psicosociales:** (3,7)

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

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

Culturales: En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el permanente control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar

un embarazo. El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

**Psicológicos** (3,7) Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”, pues eso solamente le ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

**Sociales** (3,7) Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Los trabajos de investigación deben ser analizados cuidadosamente para poder establecer si el riesgo mayor de morbilidad es la edad de la adolescente o el nivel socioeconómico bajo.

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

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

**Etapas de adolescencia temprana:** (2, 3, 7,)

En esta etapa encontramos la más alta incidencia de trastornos emocionales y negación patológica. El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre, en muchas adolescentes el embarazo es la respuesta contra fóbica a la dependencia de la madre y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso. (2, 3, 5, 7.)

**Etapas de adolescencia media:** (2, 3, 7,)

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

**Etapas de adolescencia tardía:** (2, 3, 7,)

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

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos.

Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios, de trabajar y de establecer su independencia y su estabilidad financiera para sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de una fuente externa de recursos. Tienen también mayor probabilidad (del 80%) de experimentar el divorcio, comparado con aquellas mujeres casadas después de los 20 años.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de presentar infecciones de transmisión sexual, caries dentales, infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas. También de sufrir complicaciones médicas graves como hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, anemia grave, parto pretérmino y placenta previa.

La tasa de mortalidad materna para las mujeres de 15 años de edad o menos es de un 60% mayor que para las mujeres mayores de 20 años.

Las ETS tienen altas tasas de incidencia en los adolescentes y a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental, por ende pueden considerarse una “enfermedad centinela”.

Una ETS puede encubrir problemas subyacentes como la promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, desilusión, depresión suicida).

Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan ETS pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual, no es raro que una o más ETS

se repitan durante la adolescencia y la reinfección es la causa más frecuente. La existencia de ETS concomitante es común.

Actualmente se observa un incremento de la incidencia de ETS, encontramos una ampliación de su espectro clónico y de sus agentes causales, se tienen una conciencia más clara de las dificultades para el control, además también a las deficiencias de las estadísticas surgida del sub-reporte, a la no disponibilidad en muchos sitios de facilidades de laboratorio, a la educación sexual deficiente y la ausencia de un concepto claro de la responsabilidad individual hacia la salud del compañero o compañera sexual. Epidemiológicamente las infecciones transmitidas por contacto sexual son prevalentes en muchos segmentos sociales, pero por razones evidentes no es la actividad sexual en sí, sino el número y tipo de compañeros sexuales, un nivel de estudios bajo y un estrato socioeconómico bajo.

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

**Causas demográficas:** (2, 3, 7,)

La mayor proporción de población joven en muchos países y mayor precocidad de la iniciación de la actividad sexual es variable según la región.

**Causas médicas:** (2, 3, 7,)

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

**Causas socioeconómicas:** (2, 3, 7,)

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

### **Causas culturales:**

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

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

### **Treponema pallidum:** (1, 4, 6,16, 23.)

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

Es inefectivo en material de autopsia hasta por 24 horas. El único reservorio natural es el hombre. Evoluciona en tres etapas: primaria representa un chancro en el lugar de la inoculación (generalmente uno de los labios vulvares), secundaria que se evidencia como una erupción cutánea de diversos tipos (macula, pápula, pústulas, ampollas, etc.) y terciaria que tras un período de latencia, se manifiesta en forma de lesiones tardías en piel, huesos, sistema nervioso central y aparato cardiovascular se trasmite al feto por vía vertical y horizontal.

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

La sífilis prenatal se adquiere *in útero* por transmisión hematogena transplacentaria a partir de una madre infectada, no tratada y con menos de cuatro años de iniciada la infección. Las madres que se infectan en las últimas seis semanas previas al parto, no transmiten la infección al producto. El paso transplacentario de *T. pallidum* es entre el cuarto y quinto mes del embarazo, probablemente por la protección que confieren las células de Langhans del corion. Una vez que *T. pallidum* invade al feto, hay diseminación a todos los órganos infiltrando el endotelio vascular, causando meningoencefalitis, hepatitis, osteocondritis, neumonitis, etc., pudiendo inducir la pérdida fetal.

En las madres no tratadas los abortos tienden a disminuir en embarazos posteriores, pero se presentan más mortinatos prematuros o recién nacidos a término sifilíticos.

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

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

**Neisseria gonorrhoeae** (1, 4, 6,16, 23,)

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

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

Cuando la infección ocurre antes de las 12 semanas de gestación se pueden presentar casos de aborto; después de la semana 16 es más común la presencia de corioamnioitis con amenaza de aborto, amenaza de parto pretermino y ruptura de membranas.

Las formas más graves de infección materna son la perihepatitis y la enfermedad pélvica inflamatoria con salpingitis. Posterior al parto más de la mitad de los hijos de madres con gonorrea presentan oftalmia neonatorum, que es la forma clínica más común de infección gonocócica de transmisión perinatal.

El neonato presenta dentro de la primera semana de vida (alrededor del tercer día) acentuada inyección conjuntival, secreción purulenta abundante y edema palpebral. En la actualidad son escasos los reportes de pacientes que terminan con ceguera, que fue una de las complicaciones comunes en el pasado.

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

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

### **Candidiasis uretrogenitales** (1, 4, 6,16, 23,)

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

El desequilibrio hormonal que se produce durante el embarazo origina modificaciones epiteliales conocidas a nivel de la vagina y facilita la implantación de levaduras de origen digestivo. Se comprueba un descenso del pH vaginal.

Una de cada tres mujeres presenta una candidiasis vaginal durante la primera mitad del embarazo, una de cada dos en el momento del parto.

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

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

### **Trichomonas vaginalis** (1, 4, 6,16, 23,)

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

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

La vulvovaginitis se manifiesta por un exudado vaginal fétido profuso, color verdoso y espumoso y por irritación vulvar pruriginosa con dolor. La mucosa vaginal y el cuello uterino muestran exudado inflamatorio ocasionalmente con “puntos de fresa”.

La vulvitis esta marcada por edema, dolor y eritema. La tricomoniasis puede confirmarse por la demostración del parásito en las secreciones uretrogenitales. Se pueden realizar: examen en fresco en portaobjetos, examen poscoloracion y cultivo.

### **Condilomatosis** (1, 4, 6,16, 23,)

El virus responsable es el Human papiloma virus (H.P.V) El contagio habitualmente es sexual. Ciertas situaciones pueden favorecer la aparición de papilomas venéreos como: diabetes, embarazo, tratamientos inmunodepresores o con corticoides.

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

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

Podemos encontrarlos también en el meato uretral externo y en el clítoris.

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

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

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

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

### **Vaginosis bacteriana** (1, 4, 6,16, 23,)

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

El principal germen causal es la *Gardnerella vaginalis*, el cual es un bastoncito gramnegativo o grampositivo débil, a veces polimorfo, inmóvil, no encapsulado.

Puede coexistir con otros gérmenes o en menor proporción se puede deber al incremento logarítmico de las concentraciones de un conjunto de bacterias con potencial patógeno como son especies de *Prevotella* (antes *Bacteroides*), especies de *Peptostreptococcus*, *Porphomonas* y *Mobiluncus*, junto con *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*.

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

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

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

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

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

El típico olor intenso y desagradable a “pescado” distintivo de la vaginosis bacteriana es resultado de la liberación de aminas volátiles (p. ej., putrecina, cadaverina y trimetilamina) cuando el líquido vaginal se alcaliniza.

Los agentes que elevan el pH vaginal, como el semen y el líquido menstrual, también pueden liberar este olor. La adición de una gota de hidróxido de potasio al líquido vaginal volatiliza las aminas y produce un intenso olor aminado a pescado.

La presencia de dicho olor tiene un valor predictivo positivo del 94%, pero es el menos sensible de los criterios (84%), por ello su ausencia no niega la presencia de vaginosis bacteriana.

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **Área de estudio:**

La consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Danlí, El Paraíso, Honduras, C.A. cuenta con 8 cubículos de consulta externa, 8 médicos Generales. 6 enfermeras auxiliares, una enfermera profesional, área administrativa, farmacia, laboratorio, relaciones publicas, caseta de vigilancia, clínica odontológica, una bodega de almacenamiento de materiales y medicamentos, una estación de enfermería.

**Tipo de estudio:** Estudio Descriptivo, de corte Transversal

### **Universo:**

La constituyeron 365 pacientes adolescentes embarazadas que asisten a la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social De Danlí El Paraíso, durante el segundo semestre del año 2008.

### **Muestra:**

136 pacientes adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa durante el segundo semestre del 2008

### **Fuente de información:**

#### **Primaria:**

- **Entrevista**

#### **Secundaria:**

- **Instrumento: cuestionario**

**Período de estudio:** Junio 2008 a Diciembre 2008.

**Criterios de inclusión:**

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

**INSTRUMENTO**

Se elaboró un cuestionario de información de las adolescentes embarazadas con datos generales, característica socio demográficas antecedentes Ginecoobstétricos, Uso de método de planificación familiar, Factores de Riesgo.EIVSA, ( edad de inicio de vida sexual activa) Conocimiento de Métodos de planificación Familiar, nivel de escolaridad, número de compañeros sexuales, procedencia, ocupación. (ver anexo cuestionario).

**VARIABLES: del estudio fueron las siguientes:**

- Características demográficas y socioculturales de las adolescentes embarazadas.
  - Edad
  - Procedencia
  - Escolaridad
  - Ocupación
  - Gestas
  - Para
  - Cesárea
  - EIVS (edad de inicio de vida sexual activa)
  
- Componentes desarrollados por la estrategia de intervención para prevenir las ETS.
  - Vigilancia de la adolescente embarazada
  - Consejería de ETS para las adolescentes
  - Promoción de la planificación familiar
  - Promoción del control de embarazo
  
- Tipo de factores que intervienen en la eficacia de la estrategia para la prevención de ETS en adolescentes embarazadas:
  - Organización del programa
  - Gestión del programa
  - Cobertura del programa
  - Disponibilidad de recursos
  - Trato al usuario

### **Recolección y manejo de los datos:**

Una vez que se detectó por medio de la consulta médica de una paciente adolescente embarazada, se le abordó directamente en privado para explicarle los objetivos del estudio y los diferentes procedimientos que este incluía.

Solicitamos además su consentimiento por escrito para su participación. Procedimos a recolectar la información con un cuestionario elaborado y piloteado previamente, y cuyo contenido se agrega como anexo en este informe final.

Este cuestionario se llenó de manera individual y privada a cada paciente que aceptó participar.

Posteriormente, la paciente fue conducida a un ambiente adecuado para su revisión ginecológica y toma de muestras biológicas. Las muestras fueron transportadas de manera inmediata al laboratorio para su procesamiento.

### **Consideraciones éticas:**

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

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

La confidencialidad de los datos proporcionados por la paciente y de los resultados de laboratorio fueron garantizados. Para el manejo de los cuestionarios se utilizó números de identificación conectados a un listado de los nombres que solo lo manejaba el investigador principal.

Los resultados de laboratorio se entregaron a cada paciente de manera individual, en un ambiente privado y en sobres sellados. Una vez discutido con ellas el resultado, a aquellas positivas se les prescribió tratamiento. A todas las pacientes se les brindó consejería sobre prevención de embarazo y ETS.

## **PLAN DE ANALISIS:**

### VARIABLES INCLUIDAS AL ESTUDIO:

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

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

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

## VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES	ESCALA
<b>EDAD</b>	DIAGNÓSTICO DE CONSULTA	Entrevista	10 – 13 14 – 16 17 – 19	Cuantitativa Continua
<b>PROCEDENCIA</b>	Lugar de origen de las pacientes adolescentes embarazadas	Entrevista	Urbano Rural	Cualitativa Nominal
<b>ESCOLARIDAD</b>	Año de estudios aprobados el momento de acudir	Entrevista	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Universidad	Cualitativa Ordinal
<b>ESTADO CIVIL</b>	Estado Civil en el que se encuentra la paciente.	Entrevista	Soltera Acompañada Casada Divorciada Viuda	Cualitativa Nominal
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad laboral a la que la paciente se dedica para su sustento diario y lo expresa a su ingreso a la consulta	Entrevista	Estudiante Ama de casa Obrera agrícola Domestica Otro	Cualitativa Nominal
<b>GESTA</b>	Número de embarazos al momento del ingreso a la consulta	Entrevista	1 2 3 o más	Cuantitativa Continua
<b>PARA</b>	Número de partos al momento del ingreso a la consulta	Entrevista	1 2 3 o más	Cuantitativa Continua
<b>CESAREA</b>	Número de cesáreas al momento del ingreso	Entrevista	1 2	Cuantitativa Continua
<b>ABORTO</b>	Número de	Entrevista	1	Cuantitativa

	embarazos fallidos antes de las 20 semanas		2 3 o más	Continua
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Edad gestacional según regla de Naégale en la que esta la paciente al momento del ingreso a la consulta	Entrevista	Primer Trimestre (1-14 SA) Segundo Trimestre (15-28 SA) Tercer Trimestre (27 o más)	Cualitativa Ordinal
<b>MENARQUIA</b>	Edad en que la paciente presentó su primera menstruación	Entrevista	7 – 9 10 – 13 14 – 16 17 – 19	Cuantitativa Continua
<b>IVSA</b>	Edad en que la paciente inicia su vida sexual activa	Entrevista	10 – 13 14 – 16 17 – 19	Cuantitativa Continua
<b>NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES</b>	Cantidad de compañeros sexuales que ha tenido la paciente en su vida	Entrevista	1 2 3 o más	Cuantitativa Continua
<b>LEUCORREA</b>	Cualquier fluido vaginal, no hemático que ha presentado la paciente durante su embarazo	Entrevista	Si No	Cualitativa Nominal
<b>MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR</b>	Uso de algún método de planificación familiar previo al embarazo actual	Entrevista	Gestageno oral Gestageno inyectable DIU Preservativo Otro Ninguno	Cualitativa Nominal

## VIII. RESULTADOS

Nuestra muestra de pacientes en estudio lo constituyeron 136 adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social. De la ciudad de Danlí El Paraíso durante el segundo semestre del 2008.

El promedio de edad de las adolescentes embarazadas del estudio oscila en 17.01 +/- 1.33

(Ver anexo Grafico No. 1)

Del total de ellas, el 56%(70) tenía procedencia urbana.44%(66) eran de procedencia rural. Esto se podría corresponder con el área de cobertura del IHSS, el cual es el único centro hospitalario para cubrir todos los municipios del Departamento de El Paraíso.

El 89%(105) de las adolescentes estudiadas refirieron ser amas de casa 81%(93), de las de procedencia urbana y 98%(134) de las embarazadas de procedencia rural.

Entre las embarazadas estudiadas del área urbana el 15%(21), refirió ser estudiante en comparación a aquellas del área rural en donde ninguna (0%) lo refirió.

(Ver anexo Grafico No. 2)

En relación a la escolaridad, la mayoría de las pacientes cursaron la primaria (67%) (88) y sólo un (20%) (32) la secundaria lo que predominó en el área urbana.

El porcentaje de analfabetismo fue de 0% en el área urbana y 25%(32) en el área rural, un 11%(14), para el total de la población. Esto es compatible con lo reportado por García C, (7) que mostró que el 40%(59), de adolescentes analfabetas o con nivel de escolaridad primaria salían embarazadas, en el área urbana, en comparación al 14% (19), de las adolescentes con nivel de escolaridad secundaria del área rural.

El 82%(94), de las pacientes estudiadas refirió como estado civil unión estable, 13%(18), eran solteras y solo 4%(3), eran casadas.

El 64%(80), de ellas vivían con la familia del compañero, el 26%(34), con su familia y el 9%(12), solas con su compañero o marido. Lo que nos orienta a pensar que estas adolescentes podrían haber contado con apoyo durante el embarazo.

Esto también es compatible con el hecho de que la mayoría de las pacientes estudiadas dependían económicamente de la familia del compañero, en el 57%(72), el suegro era el jefe de familia, en el 7%(9), era la suegra, y el compañero en el 9%.(12).

En relación a las que vivían con su familia, en el 15% (21) el jefe de familia era el padre y en el 11%(14), la madre.

Por otro lado, la disfuncionalidad familiar se hace más evidente en los antecedentes de estas adolescentes, 42%(62), de ellas reportaron que pertenecían a familias con padres separados.

El ambiente familiar de ellas en la casa que habitan era de hacinamiento, con una media de un 6.4 de habitantes, con un promedio de 2.2 personas económicamente activas por hogar.

En relación al embarazo en curso, 77%(88), de las adolescentes respondieron que su familia se enojó al saber del embarazo pero nada más.

Y el 63%(83), dijeron que su compañero no quería el embarazo pero que las apoyó ante la decisión de quedarse con él.

Es altamente significativo que el 21%(32), de estas pacientes dijo que su compañero les sugirió que abortaran.

En cuanto a los datos gineco-obstétricos encontramos que la edad promedio de la Menarquía entre estas adolescentes fue a los 13 años de edad, la edad menor fue de 12 años y la mayor de 16.

Mientras que la EIVSA (edad de inicio de vida sexual activa) tiene un promedio en dichas adolescentes al los 15 años de edad con rangos de 12 años como mínimo y de 18 años como máximo. Estos datos son comparables con los suministrados a nivel nacional por Secretaria de Salud, de Honduras C.A. la encuesta de demografía y salud, y a estudios monográficos a que hemos hecho referencia.

(Ver anexo Grafico No. 3)

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

(Ver anexo Grafico No.4)

El 85%(97), de las pacientes estudiadas cursaban el tercer trimestre del embarazo al momento de ser incluidas al estudio, el 12%(15), el segundo trimestre y solo un 4%(3) el primer trimestre de embarazo.

El reducido número de pacientes cursando el primer trimestre de embarazo era esperado debido a que el principal diagnóstico de ingreso de pacientes con embarazo durante el 1er. Trimestre lo constituye el aborto incompleto y este fue un criterio de exclusión del estudio.

Al ingreso las pacientes reportaron cursar con leucorrea en un 87%(99) (92%(108) en el área rural y 83%(95) en el área urbana) y solo un 13%(15) refirieron no cursar con ella.

(Ver anexo Grafico No.5)

El 89%(101) de las adolescentes estudiadas refirieron tener conocimientos en métodos de planificación familiar, el método al que más referencia hicieron es el preservativo en un 82%,(94), pero también fueron altos los porcentajes de referencia por parte de dichas pacientes de los métodos hormonales en un 74% (85) los hormonales orales y en un 70%(80) de los hormonales inyectables.

Es de hacer notar que solo el 24%(32), expresaron conocer sobre DIU a pesar de ser uno de los más promocionado por la secretaria de Salud, de Honduras.

El 60%(75), de las de nuestras pacientes urbanas mencionaron haber escuchado de alguna enfermedad de transmisión sexual y el 40%(59), restante refirieron desconocerlas.

A diferencia del área rural donde el 65% de las pacientes dijeron no haber escuchado de estas. Esto coincide con resultados de otros estudios que hablan de un grado “aún deficiente” de información y conocimientos sobre ETS en nuestro medio.

La enfermedad de la que más adolescentes refirieron haber escuchado más fue del VIH/SIDA (60%(75), urbano, 20%(31) rural), seguida de la Gonorrea (40%(59) urbano, 10%(13) rural) y la Sífilis (12%(15), urbano, 3%(2) rural). Las adolescentes no mencionaron ninguna otra ETS.

Consideramos que la referencia del SIDA en mayor porcentaje se debe a la amplia publicidad que ésta a recibido en los diferentes medios de difusión.

El 56% (70), de las pacientes estudiadas mencionaron el condón como método para prevenir ETS. De las restantes, 4%(3), mencionó la abstinencia y 40%(59), dijeron que no conocían ningún método.

El desconocimiento fue mayor entre la adolescente del área rural (65%). (82), Esto concuerda con resultados de estudios de población de adolescentes que reportan poco conocimientos de métodos para prevenir las ETS, sobre todo en aquellas que además de ser adolescentes jóvenes de menor nivel escolar y de menor edad, además dentro de las que refieren tener conocimiento de algún método el más conocido es el preservativo pero este no es usado en sus prácticas sexuales.

(Ver anexo Grafico No.6)

Los resultados de nuestro estudio fueron similares, encontrando que las adolescentes conocían el preservativo en un 60%(75), pero un 4%(3), de ellas reportaron que lo utilizarían para evitar una ETS. En un 99% de ellas reportaron que no utilizaron ni un método para prevenir dichas enfermedades de transmisión sexual.

(Ver anexo Grafico No.7)

Se encontró presencia de microorganismos de transmisión sexual en 91%(106) de las adolescentes estudiadas.

En orden de frecuencia los microorganismos que se encontraron fueron *Candida Albicans*, *Tricomonas Vaginallis*, Virus de Papiloma Humano, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Gardnerella Vaginalis* y *Treponema Pallidum*

(Ver anexo Tabla No.1)

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Nuestro estudio coincidió con otras referencias bibliográficas y estudios a nivel Nacional que reportan una alta incidencia de ETS en los adolescentes aunque en nuestro abordaje la frecuencia tiene un incremento alto si la comparamos a las cifras oficiales de la Secretaria de Salud de Honduras para los años 2000, 2001 y 2002.

Además el hecho de que el germen más común encontrado fue la *Cándida Albicans* y la segunda en frecuencia la *Tricomona Vaginalis*, también coincide con resultados de diversos estudios, aunque no concuerdan con hallazgos internacionales que refieren como primeras causas la *Chlamydia Trachomatis* y la *Gardnerella vaginalis*. Dyck, E. Van; Meheus, A. Z.; Piot, P, (22) Diagnóstico de Laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual, OMS, 2000, Impreso en Singapur.

Mientras que la EIVSA (edad Inicio de vida sexual activa), tiene un promedio en dichas adolescentes a los 15 años de edad con rangos de 12 años como mínimo y de 18 años como máximo.

Estos datos son comparables con los suministrados a nivel nacional por Secretaria de Salud, de la República de Honduras la encuesta de demografía y salud, y a estudios monográficos a que hemos hecho refererencia.

Chicas O., Rizo M., (9) Enfermedades de Transmisión sexual conocimientos de la población estudiantil de secundaria de la ciudad de Choluteca, Honduras 1996. Choluteca, Honduras 1998(Monografía).

El 60%(75), de nuestras pacientes urbanas mencionaron haber escuchado de alguna enfermedad de transmisión sexual y el 40%(59), restante refirieron desconocerlas.

A diferencia del área rural donde el 65%(83) de las pacientes dijeron no haber escuchado de éstas. Esto coincide con resultados de otros estudios que hablan de un grado “aún deficiente” de información y conocimientos sobre ETS en nuestro medio. Briones A., Martínez F., (10) Conocimiento actitudes creencias y prácticas relativas a la sexualidad y ETS en estudiantes de Yuscarán, 1996. El Paraíso 1997.Honduras, (Monografía).

Nuestro estudio concuerda con la referencia bibliográfica en relación a que las ETS tiene altas tasas de incidencia en las adolescentes Bernal, Juan N; Martínez, M.A.; Triantafilo, V. J. Diagnóstico de Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas chilenas. Rev chil. Obstetricia y Ginecología; 54(2): 66-70 1989. Base de datos LILACS. (17)

Las ETS tienen altas tasas de incidencia en los adolescentes y a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental, por ende pueden considerarse una “enfermedad centinela”.

Nuestro estudio demuestra que el 56% (70) tenía procedencia urbana.44% (66) eran de procedencia rural. Esto se podría corresponder con el área de cobertura del IHSS, el cual es el único centro hospitalario para cubrir todos los municipios del Departamento de El Paraíso, Honduras.

En comparación con Briones A., Martínez F., Conocimiento actitudes creencias y practicas relativas a la sexualidad y ETS en estudiantes de Yuscarán, 1996. El Paraíso 1997. Honduras, (Monografía). Donde la mayor procedencia son del área rural.

Es de hacer notar que el estudio demuestra que la ocupación de las pacientes estudiadas son en su mayoría amas de casa en los dos ámbitos rural y urbano. Coincidiendo así con Chicas O., Rizo M., (9). Enfermedades de Transmisión sexual conocimientos de la población estudiantil de secundaria de la ciudad de Choluteca, Honduras, 1996. Choluteca, Honduras, 1998 (Monografía).

El estudio demuestra que la EIVSA (edad de inicio de la vida sexual activa) en su mayoría comienza a los 15 años contradiciendo lo estipulado en Colomer Revuelta, J lia. (5) Prevención del embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. En donde las EIVSA (edad de inicio de vida sexual) comienzan a los 18 años.

En relación al número de compañeros sexuales el estudio indica que mantenían una sola pareja sexual en su mayoría dato que concuerda con Estrada I., Espinoza I., García A., Estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS atendidas en el Centro de Salud de Santa María, Enero 2001 a Diciembre 2002. El Paraíso, Honduras 2003. (Monografía).

La enfermedad que las adolescentes refirieron haber escuchado más fue del VIH/SIDA Consideramos que la referencia del SIDA en mayor porcentaje se debe a la amplia publicidad que esta ha recibido en los diferentes medios de difusión. Como lo demuestra Robertson, D.H., (12) Enfermedades de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y repercusión social, Editorial Interamericana, 1989

## X. CONCLUSIONES

1) El promedio de edad de las adolescentes estudiadas fue de 17 años con una desviación estándar de  $\pm 1.33$ . La procedencia en su mayoría fue del área urbana y en menor proporción fue del área rural. En el nivel de escolaridad predominó la primaria de las pacientes estudiadas, la mayor parte de las adolescentes estaban acompañadas.

2) Las adolescentes urbanas reportaron con mayor frecuencia haber escuchado o tener algún conocimiento de ETS, que las provenientes del área rural, la ETS que más habían escuchado era del VIH/SIDA, (por la mayor publicidad de la Secretaria de Salud de la República de Honduras) seguido por la Gonorrea y la Sífilis.

Aún cuando, más de la mitad de las adolescentes provenientes de área urbana y un tercio de las de área rural refirieron el condón como método de prevención de ETS, solamente una joven del área urbana dijo haberlo utilizado con ese fin.

3) La prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en las adolescentes estudiadas, en orden de frecuencia encontrada fueron: Candida Albicans, Tricomonas Vaginalis, Virus de Papiloma Humano, Neisseria Gonorrhoeae, Gardnerella Vaginalis Y Treponema Pallidum.

4) La situación familiar de las adolescentes embarazadas estudiadas, más de la mitad de ellas provenía de hogares donde sus padres estaban separados, mientras una proporción considerable convivían con la familia del compañero donde el suegro era el jefe de familia y la suegra ocupaba un segundo plano. Estas adolescentes eran en su totalidad dependientes económicamente con excepción de 4, lo que las situaba en una situación de vulnerabilidad. Por otro lado, ninguna vivía sola, lo que sugiere que ellas pudieran estar recibiendo apoyo de las personas con que convivían.

5) Las adolescentes estudiadas tuvieron promedio de menarquía a los 13 años  $\pm$  0.95; el promedio de IVSA fue de 15 años  $\pm$  1.3; el promedio de compañeros sexuales fue de 1, dato esperado por la edad y por la gesta de estas pacientes que en su mayoría estaban cursando su primer embarazo.

6) Aún cuando la mayoría de éstas adolescentes mencionaron tener conocimiento de algún método de planificación familiar, los más referidos fueron el condón en su mayoría, los métodos hormonales, y el DIU. A la hora de investigar sobre su uso, solo un porcentaje pequeño habían utilizado en algún momento un método hormonal y preservativo.

7) En la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Danlí El Paraíso, Honduras. Se captan la mayor parte de adolescentes embarazadas por ser beneficiarias del seguro médico en donde se da seguimiento a cada paciente, se le brinda consejería sobre (ETS), se promueve el control de embarazo y la planificación familiar, estos son componentes claves para la intervención en la prevención de ETS, en adolescentes embarazadas.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1) Sugerimos al Instituto Hondureño de Seguridad Social de Danlí el Paraíso y a la Secretaria de Salud de La República de Honduras crear un sistema para atención diferenciada de las pacientes adolescentes en estado de embarazo que ingresen a nuestro Departamento, ofrecerles no solo atención desde el punto de vista médico si no también psicosocial garantizarles un trato diferenciado, que incluya toma integral de muestras de laboratorio, específicamente para detectar las ETS, tratamiento a la causa de ingreso, pero también que garantice los diferentes tipos de consejería que estas adolescentes requieren, los más relevantes serían la consejería en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual dándole un enfoque de prevención.

2) Sugerimos al Instituto Hondureño de Seguridad Social de Danlí el Paraíso y a la Secretaria de Salud de La República de Honduras Organizar un sistema de referencia y contra referencia de pacientes adolescentes que incluya atención médica, psicológica, y legal, que garantice el seguimiento de estas pacientes para dar sostenibilidad tanto a la consejería como a la educación sexual que requieren.

3) Crear conciencia en los tomadores de decisión (Instituto Hondureño de Seguridad Social y Secretaria de Salud De la República de Honduras de que no basta con campañas a través de medios de comunicación que aborden temas de ETS. Se requiere adecuar los servicios y proveerlos de métodos para su abordaje integral.

4) Sugerimos a la Secretaria de Educación de la República de Honduras que Es necesario introducir la educación sexual en el sistema educativo de nuestro país con charlas y dinámicas que ayuden a las adolescentes a comprender mejor los embarazos y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

5) Se necesita garantizar la disponibilidad de métodos en los servicios de salud Del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y Secretaria de Salud de la República de Honduras y el acceso a estos por parte de la población joven, puesto que sin educación sexual están iniciando vida sexual temprana y sin ninguna posibilidad de acceso a métodos se están convirtiendo en el sector más vulnerable para la transmisión de las ETS.

Problema de salud pública a nivel mundial que está significando una importante carga de morbilidad.

## **XII.BIBLIOGRAFIA**

1. Siboulet André; Catalán F., Bohbot J. M., Manual de Enfermedades de Transmisión Sexual, Editorial Masson, S. A., Primera Edición, Barcelona, España, 1987.
2. Dominic, Marciano. Embarazo en la Adolescencia. Enciclopedia Médica, A.D.A.M., Inc.
3. Silber T., Munist M., Magdaleno M., Suárez E., Manual de Medicina de la Adolescencia, Publicación de la OPS, Washington, D.C., EUA., 1992.
4. Cecil, Tratado de Medicina Interna, Editorial Interamericana. 1987.
5. Colomer Revuelta, J lia. Prevención del embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.
6. Faro, Sebastián; Soper, David E.; Enfermedades Infecciosas en la Mujer, Mc Graw-Hill Interamericana Editores S. A., Primera Edición; México D.F., México, 2002
7. García C. Manual de salud reproductiva en la adolescencia, aspectos básicos y clínicos, Zaragoza, INO, Reproducciones S.A., 2001.
8. UNICEF, Teenage Births in rich nations, UNICEF innocent research center, Florence, 3 July 2001.
9. Chicas O., Rizo M., Enfermedades de Transmisión sexual conocimientos de la población estudiantil de secundaria de la ciudad de Choluteca, 1996. Choluteca 1998(Monografía)
10. Briones A., Martínez F., Conocimiento actitudes creencias y practicas relativas ala sexualidad y ETS en estudiantes de Yucarán, 1996. El Paraíso 1997. (Monografía).
11. Estrada I., Espinoza I., García A., Estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS atendidas en el Centro de Salud de Santa María, Enero 2001 a Diciembre 2002. El Paraíso 2003. (Monografía).
12. Robertson, D.H., Enfermedades de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y repercusión social, Editorial Interamericana, 1989.
13. Puell Ramírez, Lucie; Neyra, Luis; Tay Kcomt, Flor, Embarazo en adolescentes, enfoque de riesgo. Ginecología y Obstetricia 45(2): 120-3 abril 1999. Base de datos LILACS.

14. Sagua Hernan; Changa, Vanesa; Varela, Héctor. Tricomonas en adolescentes embarazados en Antofagasta, Chile. *Parasicología al día*; 23(1/2): 9-14 ene-jun. 1999. Base de datos LILACS.
15. Fernández Paredes, Francisco; Castro García, Marín; Fuentes Aguirre, Samuel. Características socio familiar y morbilidad materna infantil del embarazo en adolescentes. *Bol. med. Hosp. Infant. Mex*; 55(8): 452-7 ago 1998. Base de datos LILACS.
16. Ortega de Albures, Modesta; Alegre de Imas, Ana Maria. El embarazo y parto en adolescentes menores de 19 años en la Maternidad Nacional de Asunción y el Centro de Salud de Liure. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 1992, 55p. Base de datos LILACS.
17. Bernal, Juan N; Martinez, M.A.; Triantafilo, V. J. Diagnóstico de Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas chilenas. *Rev chil. Obstetricia y Ginecología*; 54(2): 66-70 1989. Base de datos LILACS.
18. Zúñiga, Washington; Molina, S.; Gustavo, Salazar, B. Vaginitis en gestantes adolescentes. *Rev. Ciencias* (4) 34-7, 1995. Base de datos LILACS.
19. Carrera Macia, José M.; Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, Editorial Masson, S.A., Tercera Edición, Barcelona, España. 2000.
20. Pernoll, Martín; Benson, Ralph C.; Diagnóstico y Tratamiento en Ginecobstetricia, Editorial El Manual Moderno, S. A., Quinta Edición, México, 1989
21. Gary Cunningham, F.; Williams Obstetricia, Editorial Médica Panamericana, 21ª edición, Buenos Aires, Argentina, 2002.
22. Dyck, E. Van; Meheus, A. Z.; Piot, P, Diagnóstico de Laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual, OMS, 2000, Impreso en Singapore.
23. Gleicher, Norbert; Buttino, Louis; Elkayam, Uri; Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo, Editorial Medica Panamericana, Tercera Edición, Buenos Aires, Argentina, 2000.
24. Instituto Hondureño de Seguridad Social de Estadísticas y censo. Encuesta de Demografía y Salud (IHSS), Honduras, 2001.



**Tabla 1.**  
**Microorganismos de Transmisión sexual presentes en las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS Danlí El Paraíso. Segundo semestre 2008**

	<b>Procedencia</b>		<b>Total n = 136</b>
	<b>Urbana n = 76</b>	<b>Rural n = 60</b>	
<b>Cándida Albicans</b>	67	57	124(91%)
<b>tricomonas Vaginalis</b>	15	31	46(34%)
<b>Virus de Papiloma Humano</b>	3	5	8(6%)
<b>Neisseria Gonorrea</b>	2	3	5(4%)
<b>Gardnerella Vaginalis</b>	0	4	4(3%)
<b>Treponema Pallidum</b>	2	1	3(2%)

Fuente de información PRIMARIA

**Tabla No. 2**  
**Porcentaje de edad en Adolescentes Embarazadas, Consulta externa del**  
**Instituto Hondureño de Seguridad Social, Danlí, El Paraíso, Honduras C. A.**  
**Segundo Semestre 2008**

<b>EDAD:</b>	<b>FRECUENCIA:</b>	<b>PORCENTAJE:</b>
<b>14-15</b>	8	17.00 %
<b>15-16</b>	12	11.33 %
<b>16-17</b>	28	4.85 %
<b>17-18</b>	34	4.00 %
<b>18-19</b>	48	2.83 %
<b>19 - /+</b>	15	9.06 %
<b>TOTAL</b>	136	50.00 %

**Fuente: Encuesta**

**Tabla No. 3**  
**Porcentaje de ocupación de adolescentes embarazada Consulta externa del**  
**Instituto Hondureño de Seguridad Social, Danlí, El Paraíso, Honduras C.**  
**A. Segundo Semestre 2008**

**Fuente: Encuesta**

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ESTUDIANTE</b>	18	12%
<b>AMA DE CASA</b>	90	80%
<b>EMPLEADA DOMESTICA</b>	5	2%
<b>OTRAS</b>	23	6%
<b>TOTAL</b>	136	100%

**Tabla No.4**  
**Porcentaje de edad inicio de vida sexual activa de adolescente embarazada**  
**Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social Danlí, el**  
**Paraíso, Honduras C. A. Segundo Semestre 2008**

**Fuente: Encuesta**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>13</b>	3	2%
<b>15</b>	42	33%
<b>16</b>	18	22%
<b>17</b>	13	10%
<b>18</b>	33	25%
<b>TOTAL</b>	136	100%

**Tabla No. 5**

**Porcentaje de compañeros sexuales adolescente embarazada Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social Danlí, el Paraíso, Honduras C. A. Segundo Semestre 2008**

**Fuente: Encuesta**

<b>NO. DE COMPAÑEROS SEXUALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1</b>	98	93.0%
<b>2</b>	28	7.5%
<b>3</b>	1	0.5%
<b>TOTAL</b>	136	100%

**Tabla No. 6**

**Porcentaje de Presencia de leucorrea según procedencia adolescente embarazada Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social Danlí, el Paraíso, Honduras C. A. Segundo Semestre 2008**

**Fuente: Encuesta**

<b>PRESENCIA DE LEUCORREA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>URBANO</b>	106	65%
<b>RURAL</b>	30	35%
<b>TOTAL</b>	136	100%

**Tabla No.7**

**Porcentaje de Conocimiento de prevención de ETS adolescente embarazada Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social Danlí, el Paraíso, Honduras C. A. Segundo Semestre 2008**

**Fuente: Encuesta**

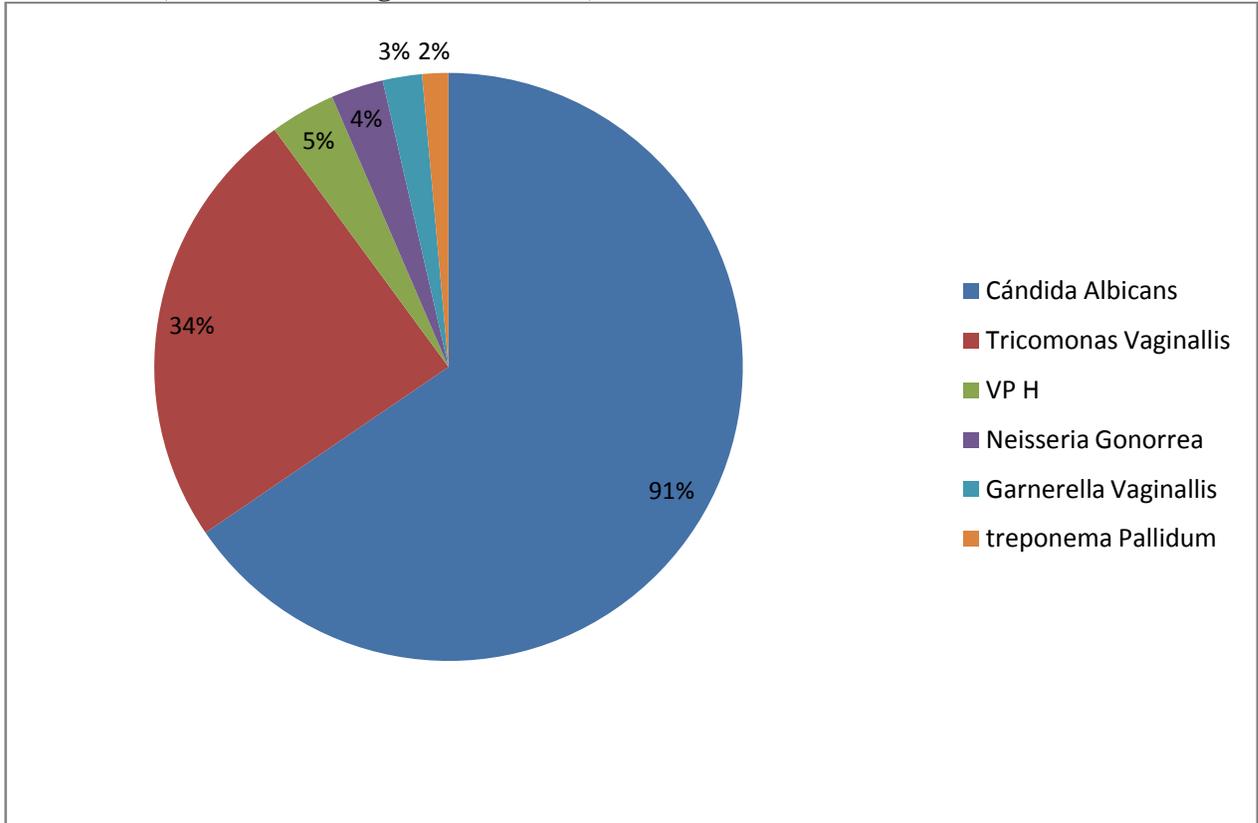
<b>CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE ETS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CONDON</b>	30	32%
<b>CONDON /ABSTINENCIA</b>	86	58%
<b>NINGUNA</b>	2	1%
<b>TOTAL</b>	136	100%

**Tabla No.8**  
**Porcentaje de utilización de métodos para prevenir ETS adolescente embarazada Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social Danlí, el Paraíso, Honduras C. A. Segundo Semestre 2008**

<b>UTILIZACION METODOS PARA PREVENIR ETS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	116	75%
<b>NO</b>	20	25%
<b>TOTAL</b>	136	100%

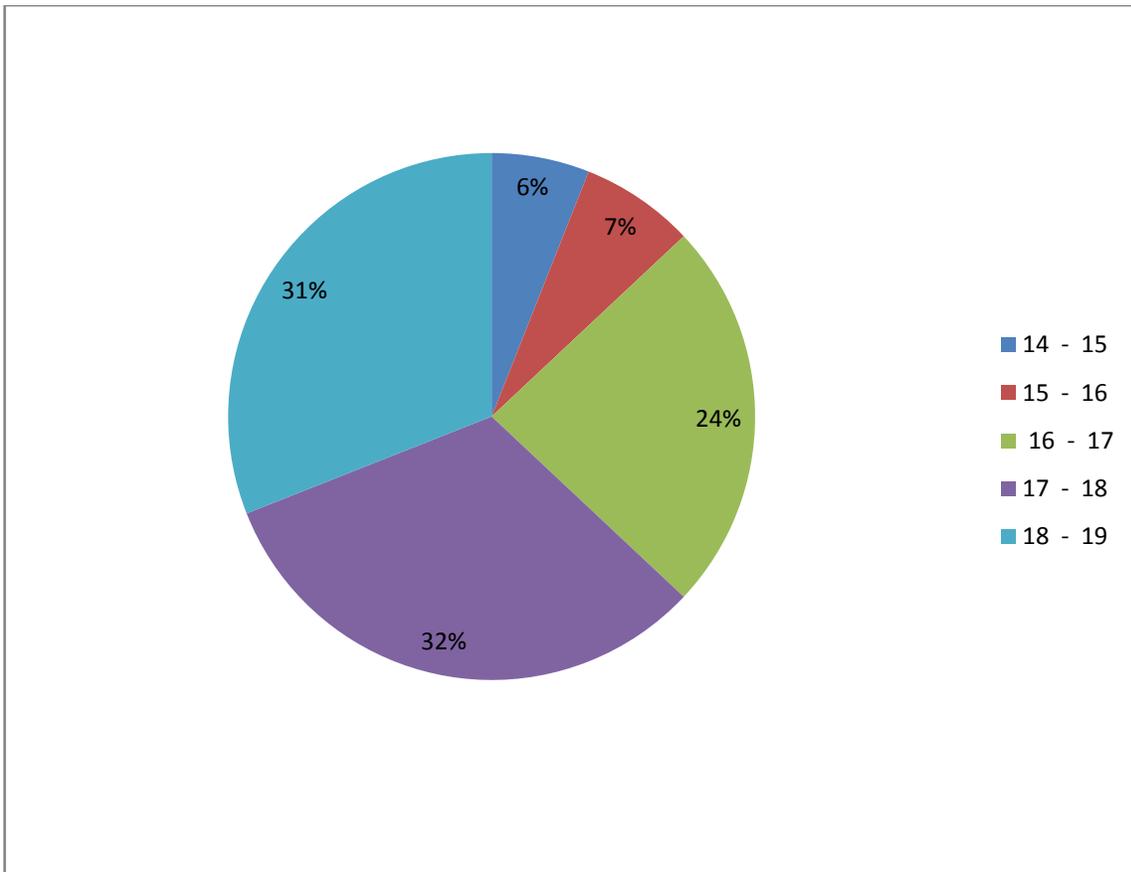
**Fuente: Encuesta**

**GRAFICO No. 1**  
**Microorganismos de Transmisión Sexual presentes en las adolescentes embarazadas**  
**estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



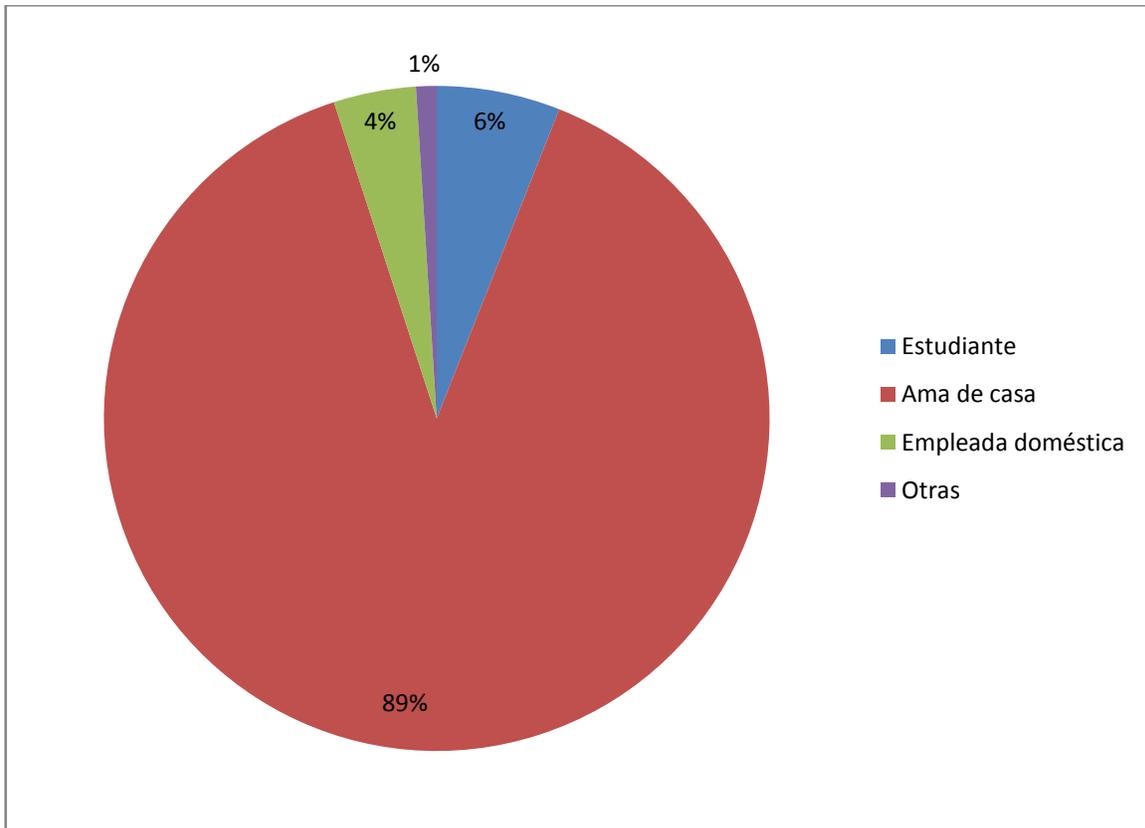
**Fuente: Tabla No.1**

**GRAFICO No. 2**  
**Porcentaje de edad en las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008. Fuente: Tabla No.2**



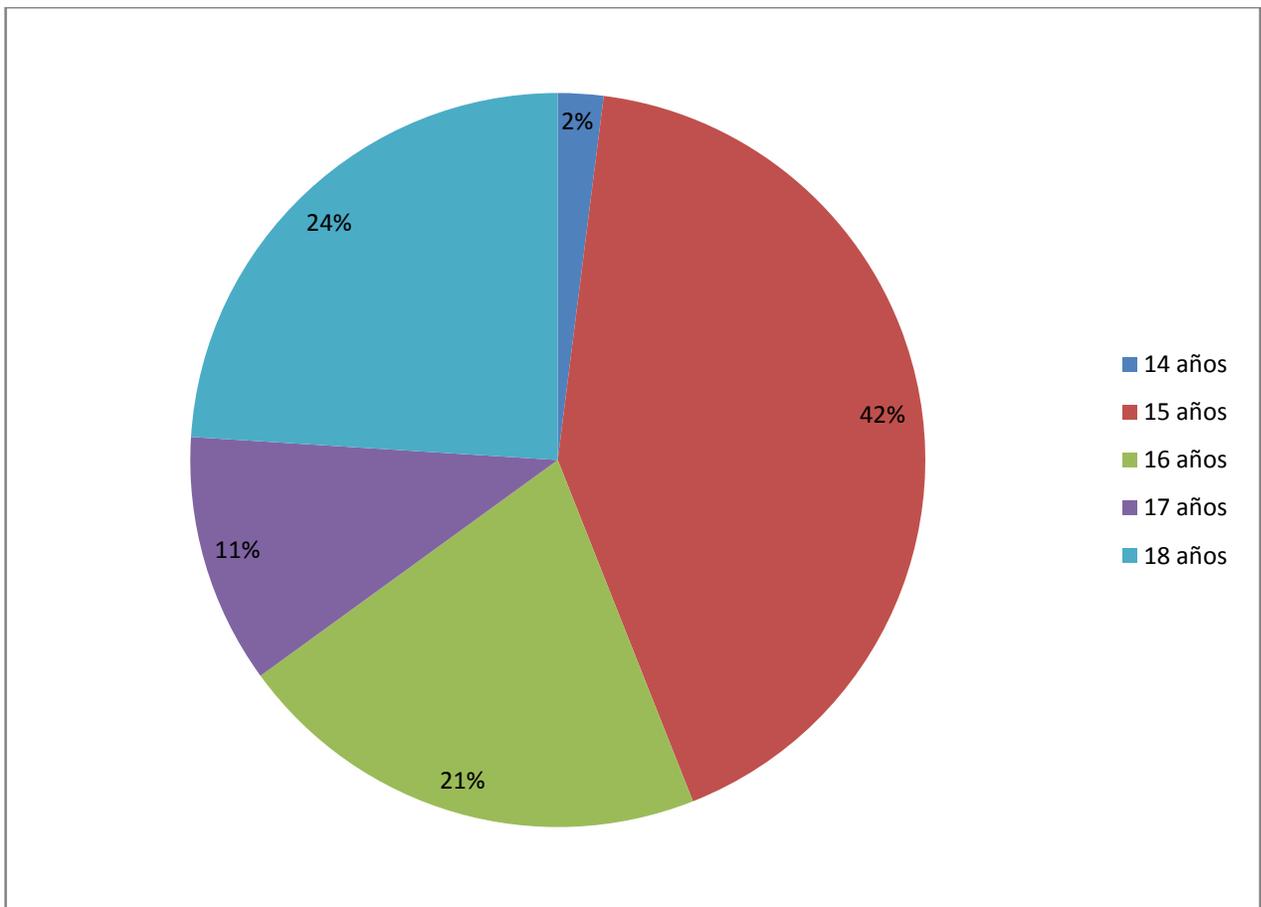
**Fuente: Tabla No.2**

**GRAFICO No. 3**  
**Ocupación de las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



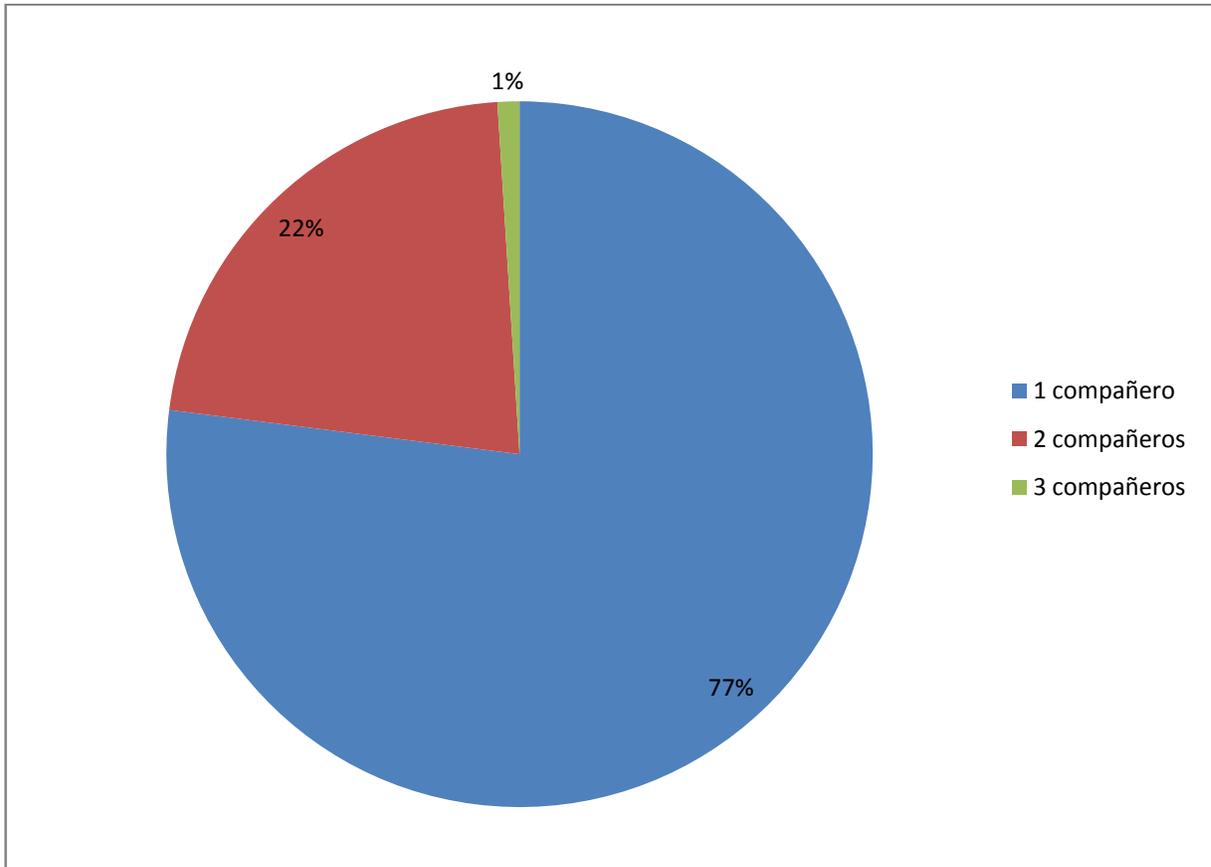
**Fuente: Tabla No. 3**

**GRAFICO No. 4**  
**Edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



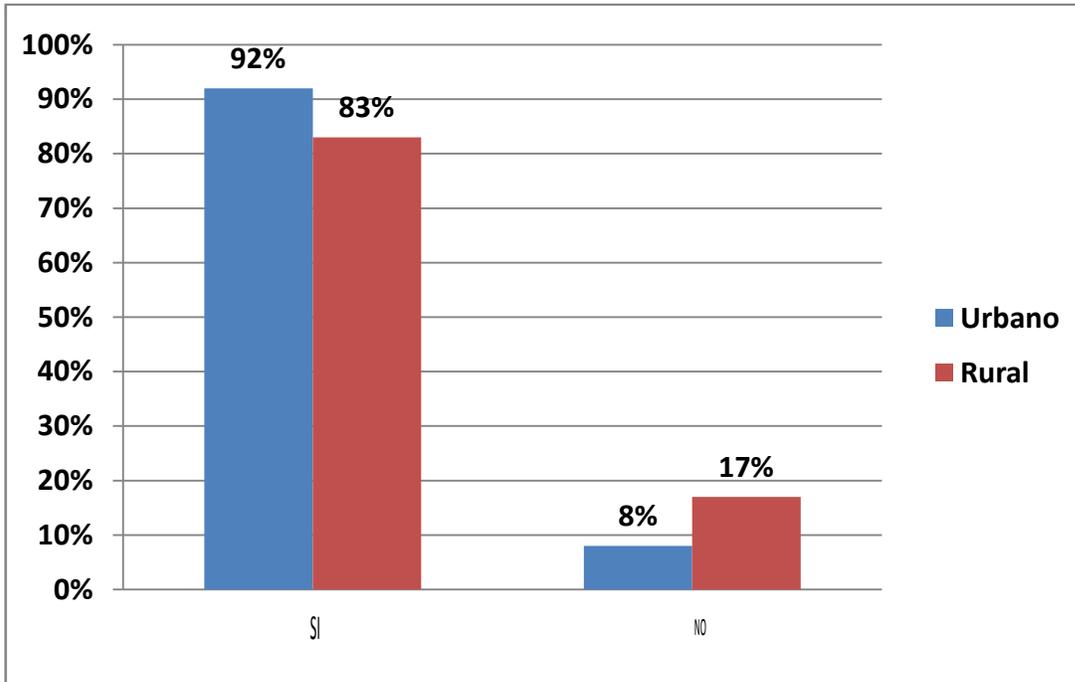
Fuente: Tabla No. 4

**GRAFICO No. 5**  
**Número de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



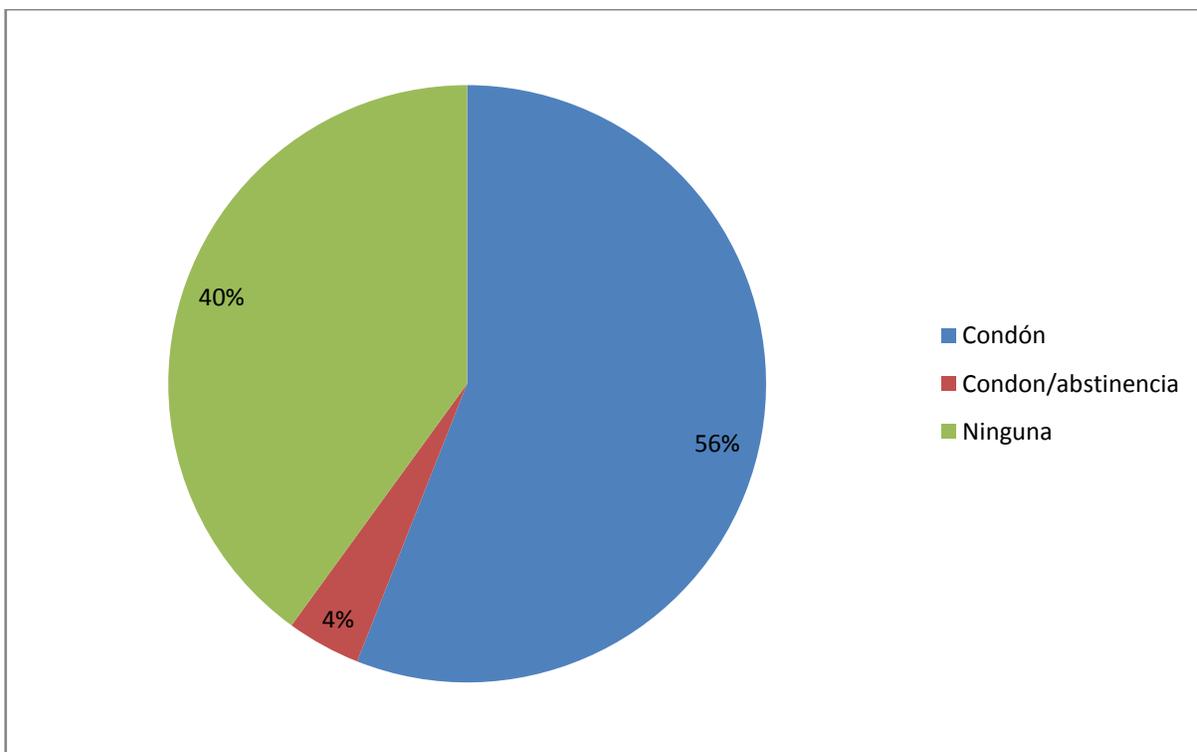
**Fuente: Tabla No. 5**

**GRAFICO No. 6**  
**Presencia de leucorrea según procedencia de las adolescentes embarazadas**  
**estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



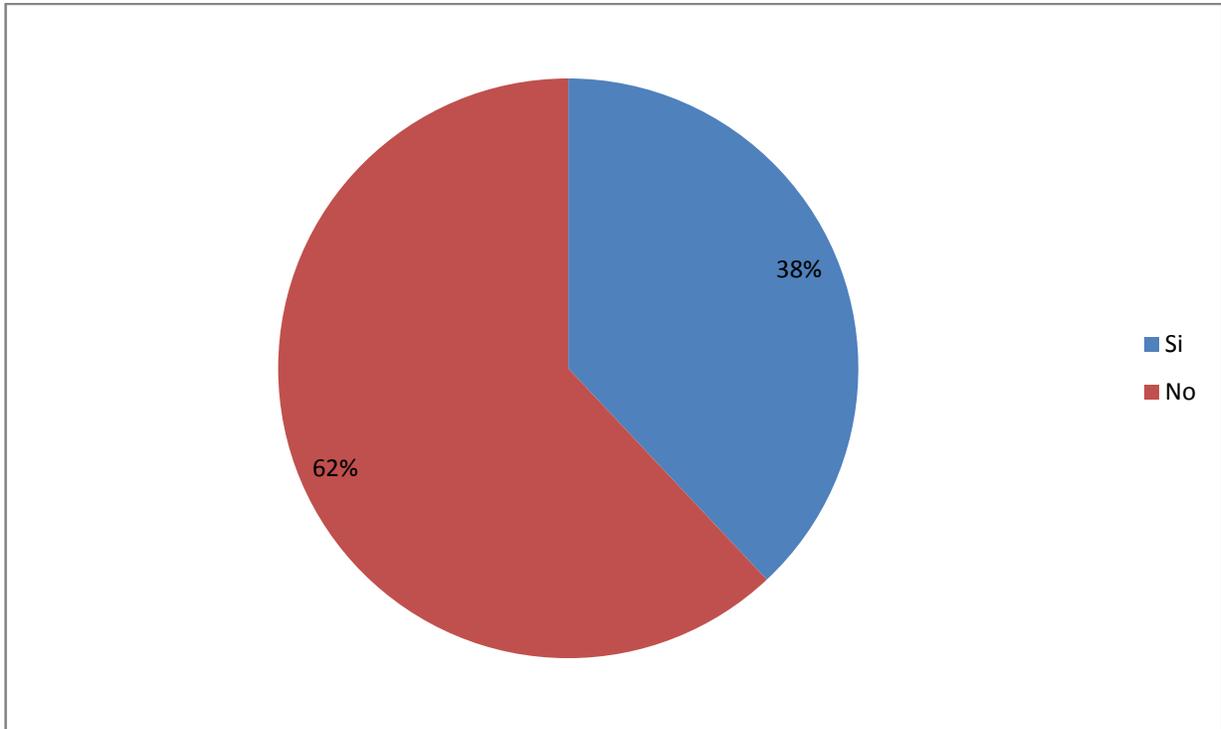
**Fuente: Tabla No. 6**

**GRAFICO No. 7**  
**Conocimiento de prevención de ETS. De las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



**Fuente: Tabla No.7**

**GRAFICO No. 8**  
**Utilización de métodos para la prevención de ETS. De las adolescentes embarazadas estudiadas.**  
**IHSS. Danlí, El Paraíso. Segundo semestre, 2008.**



**Fuente: Tabla No.8**

## INSTRUMENTO

### UNIVERSIDAD NACIONAL ATÓNOMA DE NICARAGUA CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD CIES

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DANLI EL PARAISO  
CONSULTA EXTERNA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° de Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha del Ingreso: \_\_\_\_\_ N° de Ficha: \_\_\_\_\_

#### 1.- DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

- a.- Edad: \_\_\_\_\_  
b.- Procedencia: 1.-Urbana \_\_\_ 2.-Rural \_\_\_  
c.- Escolaridad: 1.-Analfabeta \_\_\_ 2.-Primaria \_\_\_ 3.-Secundaria \_\_\_  
4.-Técnica \_\_\_ 5.-Universidad \_\_\_  
d.- Estado Civil: 1.-Soltera \_\_\_ 2.-Acompañada \_\_\_ 3.-Casada \_\_\_  
4.-Divorciada \_\_\_ 5.-Viuda \_\_\_  
e.- Ocupación: 1.-Estudiante \_\_\_ 2.-Ama de casa \_\_\_ 3.-Obrera Agrícola \_\_\_  
4.-Empl. Domestica \_\_\_ 5.-Otras \_\_\_

#### 2. AMBIENTE FAMILIAR DE LA PACIENTE:

- a. ¿Con quién vive?: \_\_\_\_\_  
b. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_  
c. ¿Sus padres viven juntos? \_\_\_\_\_  
d. ¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_  
e. ¿Quién es el jefe de familia en la casa donde vive? \_\_\_\_\_  
f. ¿Cuántas personas trabajan y aportan dinero al hogar en la familia donde vive? \_\_\_\_\_  
g. ¿Qué hizo tu familia cuando supo que estabas embarazada?  
1. Me apoyaron \_\_\_\_\_  
2. Se enojaron, pero nada más \_\_\_\_\_  
3. Me dejaron de hablar y/o de proporcionar cosas \_\_\_\_\_  
4. Me corrieron de la casa \_\_\_\_\_  
5. Me maltrataron físicamente \_\_\_\_\_  
6. Otros \_\_\_\_\_  
h. ¿Qué hizo tu pareja cuando supo que estabas embarazada?  
1. Se puso feliz \_\_\_\_\_  
2. No lo quería pero me apoyo \_\_\_\_\_  
3. No lo quería y me sugirió que abortara \_\_\_\_\_  
4. Me maltrato físicamente \_\_\_\_\_  
5. Se marchó \_\_\_\_\_  
6. Otro \_\_\_\_\_

#### 3.- DATOS GINECOBSTETRICOS

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

#### 4. CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCION DE EMBARAZOS Y ETS:

- a. En general, qué métodos conoces para evitar quedar embarazada: (Puede marcar varios)  
1.- Pastillas (Gestageno oral) \_\_\_ 2.- Inyecciones (Mes y tres meses) \_\_\_  
3.- DIU \_\_\_ 4.-Preservativo \_\_\_  
5.- PPMS \_\_\_ 6.- Otro \_\_\_  
7.-Ninguno \_\_\_  
b. ¿Cuál método habías usado para prevenir embarazo? (Puede marcar varios)  
1.- Pastillas (Gestageno oral) \_\_\_ 2.- Inyecciones (Mes y tres meses) \_\_\_  
3.- DIU \_\_\_ 4.-Preservativo \_\_\_ 5.- PPMS \_\_\_

6.- Otro\_\_\_ 7.-Ninguno\_\_\_

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