

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Proyecto Final

Relación entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores
socioeconómicos de las mujeres que acuden a una maternidad
pública de la ciudad de Rosario.

Por: Enf. Filippini, Virginia

Director: Lic. Mansilla, Luis Antonio

Docente Asesor: Dra. Martínez Salomón, Nancy

Rosario, 14 de febrero de 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

*Agradezco el asesoramiento brindado
por la profesora Dra. Salomón Nancy,
al licenciado Mansilla Luis Antonio ,
y a mi familia por el apoyo incondicional
y el acompañamiento durante la realización del siguiente proyecto.*

Resumen

Las enfermedades infectocontagiosas se consideran un problema de salud pública en todo el mundo debido a su elevada ocurrencia en los últimos años. Existen múltiples enfermedades infecciosas por transmisión sexual, entre las más comunes se encuentran: sífilis, gonorrea, VIH “SIDA”, HPV, Hepatitis B, y el Herpes Vaginal. Los factores socioeconómicos cumplen un rol importante ya que generan diferencias de niveles de vida en los diversos sectores sociales, lo que a su vez influye en la ocurrencia de enfermedad y muerte.

El objetivo central de este trabajo es identificar la relación entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos de las mujeres embarazadas que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario, en el 2do. semestre de 2019.

Se trata de una investigación cuyo abordaje es cuantitativo, según el tipo de diseño es descriptivo, transversal, prospectivo. Los datos serán recolectados a través de instrumentos de tipo cuestionario y formulario de observación y lectura, creado y modificado por la autora para su mejor adaptación. Los datos analizados serán presentados en gráficos de barra simples y sectores circulares utilizando estadísticas descriptivas.

Palabras Claves: nivel socioeconómico, aparición de enfermedades infectocontagiosas

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y palabras claves	3
ÍNDICE GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	9
Hipótesis y objetivos	9
MARCO TEÓRICO	11
MATERIAL Y MÉTODOS	36
Tipo de estudio o diseño	36
Sitio o contexto de la investigación	36
Población y muestra	36
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
Personal a cargo de la recolección de datos	42
Plan de análisis	42
Plan de trabajo y Cronograma	43
ANEXOS	44
Anexo I: Guía de convalidación de sitio o exploratorio	45
Carta de autorización	46
Anexo II: Instrumentos de recolección de datos	48
Anexo III: Resultados de la exploración de sitio	53
Anexo IV: Resultados de la prueba piloto del instrumento	55
BIBLIOGRAFÍA	57

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las enfermedades infectocontagiosas se han considerado como un problema de salud pública en todo el mundo, debido a su elevada ocurrencia. En los países en vías de desarrollo, esta patología y sus complicaciones, se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria, dándose especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

Estas enfermedades son producidas por la transmisión del agente causal, ya sea por contacto directo con la persona afectada, o por otra vía, como transfusiones de sangre, contacto con elementos con sangre, de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Los microorganismos que causan estas enfermedades se llaman patógenos, y pueden ser virus o bacterias. La principal forma de contagio es a través del contacto sexual (oral, genital y anal), pueden estar localizadas o no en los genitales.

Existen múltiples enfermedades infecciosas y de transmisión sexual. Entre las más comunes se encuentran: sífilis, gonorrea, VIH "SIDA", HPV, Hepatitis B, y el Herpes Vaginal.

La sífilis genera gran morbi-mortalidad en el período perinatal en los países en desarrollo. La sífilis congénita sigue siendo un problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año hay medio millón de niños nacidos con esta enfermedad y medio millón de mortinatos y abortos por esta causa.

La mujer al contraer sífilis durante el embarazo, puede presentar aborto espontáneo, muerte fetal, prematuridad, fetal hidrópico, recién nacidos sintomáticos y asintomáticos. Cuanto más temprano afecte al feto, más graves son las consecuencias.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), representa un problema de salud de la actualidad, en función de su carácter pandémico y grave, es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes a nivel mundial.

"La infección por Virus papiloma humano (VPH) ha alcanzado en los últimos años gran importancia por dos hechos fundamentales: en primer lugar, por su relación etiológica con el cáncer cervical, y en segundo lugar por el incremento notable de su incidencia". (Barba, Soria, Intriago, & Morales, 2017)

"La infección por virus de la hepatitis B (VHB) es considerada como un problema de salud pública, y se estima que 3,6% de la población mundial está crónicamente infectada, aunque su distribución es muy heterogénea. La infección crónica puede

generar daños irreversibles del tejido hepático, tales como la cirrosis y el carcinoma hepatocelular”. (Márquez-Toro, y otros, 2016)

El Herpes Vaginal es la causa más frecuente de úlcera genital en los países desarrollados.

El factor de riesgo de contraer estas enfermedades radica básicamente en el comportamiento sexual, es decir la manera en que se lleva a cabo la actividad sexual. Son evitables en la mayoría de los casos y pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas.

La revista científica chilena obstetricia- ginecológica, volumen 78 número 4, publicó en Santiago en el año 2013 un estudio sobre las características poblacionales y factores asociados a embarazos en mujeres adolescentes de Tuluán, Colombia, con una muestra de 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas, con hijos o antecedente de embarazo y 302 adolescentes con actividad sexual (AS) sin historia de embarazo. Las asociaciones se determinaron mediante Odds Ratio. Para el análisis multivariado se empleó regresión logística (RL). Los resultados fueron que hubo asociación significativa con embarazo y las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. Una de las conclusiones es que las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales. (Yessica Alexandra Sánchez Valencia, 2013)

La revista española de Salud Pública, volumen 83, número 2 en Madrid en el año 2009, publicó un estudio que trataba las variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Para sus autores conocer las conductas sexuales es primordial para el desarrollo de programas de prevención del VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). El objetivo principal de este estudio es analizar si existen en adolescentes, diferencias en conductas de riesgo para la infección por el VIH y las ETS de acuerdo al tipo de centro educativo (público/privado o concertado), el sexo y la edad. Participaron 4.456

adolescentes. Se empleó un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, siendo los estratos la comunidad autónoma y el tipo de centro educativo (público/privado o concertado). La muestra es representativa a nivel nacional con un nivel de confianza del 95,5%. Es un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas de tipo transversal. Los resultados arribados fue que el porcentaje de adolescentes de centros privados que no utilizó el preservativo en la primera relación sexual, era superior al de los adolescentes de centros públicos. Los adolescentes de entre 17 y 18 años eran los que informaron en mayor porcentaje que no utilizaron el preservativo en la última relación sexual. Un mayor porcentaje de varones que de mujeres, tuvo una pareja ocasional en la última relación sexual. Los adolescentes de centros privados informaron en mayor porcentaje que los adolescentes de centros públicos sobre el consumo de drogas en la última relación sexual, así como los varones en comparación con las mujeres. (Inmaculada Teva, 2009)

Rosa Leguizamón, María Enilda Vega, Gladys Godoy realizaron un estudio científico en Paraguay en el año 2013 sobre Sífilis en gestantes y en recién nacidos, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de sífilis en embarazadas y recién nacidos (RN); así como abortos y mortinatos por dicha patología. Además, establecer las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas y RN con sífilis. En un estudio observacional retro y prospectivo realizado en mujeres embarazadas y sus correspondientes RN con diagnóstico de sífilis, que asistieron al Hospital Nacional de enero del 2011 a octubre del 2012, los resultados fueron que durante el año 2011 se estudiaron 2073 embarazadas, 86 (4,1%) fueron diagnosticadas con sífilis, 74 de ellas en consultorio y 12 en sala de partos. En el 2012, de 1152 mujeres, se diagnosticó en 40 (3,4%), siendo 30 embarazadas y 10 puérperas. En cuanto a características de la población, 76% de las embarazadas eran adultas jóvenes; 74% procedían del Dpto. Central; el nivel de instrucción de las mismas fue primaria en 63%, secundaria en 21% y universitaria en 3%. El número de visitas prenatales fue de 1 a 3 en 66 pacientes, y más de 3 en 20 casos. El diagnóstico de la infección se efectuó con = 29 semanas en 40 (38,4%) de las mismas. Recibieron tratamiento completo para sífilis 82 (95%) de las embarazadas en el 2011; en tanto que en el 2012 sólo 34 (85%). Las parejas tratadas fueron 16 (19%) en el año 2011 y 4 (10%) en el 2012. En el 2011 se obtuvieron 2889 RN vivos en la institución, de los cuales 79 fueron diagnosticados con sífilis congénita;

y en el 2012, de 2624 RN vivos, 57 presentaron esa infección. De los RN con sífilis, 16% fueron prematuros, 22% de bajo peso al nacer y 1% de muy bajo peso al nacer. Las conclusiones de los autores es que la prevalencia de sífilis en embarazadas en la institución fue 3,9%; la de sífilis congénita de 26,9/1000 nacidos vivos; y la de mortinatos y abortos por esta infección de 4%. Recibieron tratamiento 85 y 95% de las embarazadas. La proporción de embarazadas con control prenatal insuficiente es elevada, en 63% el diagnóstico se realizó después de las 28 semanas. Es necesario efectuar campañas de concientización de la importancia del control prenatal temprano e implementar algún plan para lograr que las parejas sean tratadas. (Leguizamón, Vega, & Godoy, 2013)

Las mujeres embarazadas, por estar en ese estado no están exentas de contraer algún tipo de estas enfermedades, sino que además de generar riesgo en su salud, también puede ocasionar riesgo en la vida del gestante.

El enfoque multicausal de la epidemiología ha permitido describir la distribución y el curso de las enfermedades en la población; por lo que define salud-enfermedad como un proceso que resulta del equilibrio entre el hombre, diversos factores patógenos externos y el ambiente físico, biológico y social.

El proceso está influenciado por la forma en que el hombre se apropia y transforma los recursos naturales y establece relaciones con otros hombres para producir y para apropiarse de lo generado. Este proceso es, ante todo, social y se expresa a nivel de una formación social-económica concreta en la articulación de diversos modos de producción, de los cuales cada persona es dominante.

“Todo este conjunto de elementos -entre otros- generan diferencias de niveles de vida en los diversos sectores sociales de un país, lo que a su vez influye en la ocurrencia de la enfermedad y de la muerte. Todo este proceso es histórico y dinámico, en el sentido de que en cada sociedad, las relaciones sociales de producción, cambian y se generan sucesivamente en el curso del tiempo”. (Behm, 2011)

Existen diferentes factores en el proceso salud-enfermedad-muerte. Uno de ellos es el biológico, que se intenta articular en un contexto social, aludiendo a que las causas sociales pueden desencadenar y transformar los factores biológicos.

Los factores socioeconómicos son muy importantes, en especial cuando son vinculados a causas previsibles como desnutrición, diarreas y otras enfermedades infecciosas.

Cada persona tiene una forma o manera de valorar la realidad, siente y expresa sus necesidades, esperanzas y aspiraciones de acuerdo con estas percepciones.

Para lograr el desarrollo de la salud, tanto para el binomio como de la familia en general, es necesario realizar políticas de salud, que permitan una accesibilidad y cobertura en temas sobre medidas de protección sexual y prevención de enfermedades infectocontagiosas.

Al abordar el proceso antes y después del embarazo, las acciones de Enfermería deben dar prioridad a las necesidades afectivas, emocionales y fisiológicas, tanto a la mujer como al bebé, proporcionándole toda la información necesaria. Ante los acontecimientos vivenciados día a día en las salas de maternidad, elegimos tomar y elaborar una síntesis en la cual podamos observar, desarrollar y enfocarnos en el arte del cuidado que realizan los enfermeros; a partir de la teoría de Orem.

Atendiendo a lo antes mencionado, **la hipótesis** es que ante factores sociales y económicos desfavorables, hay una mayor posibilidad de aparición de enfermedades infectocontagiosas en las mujeres que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario, en el 2do. semestre de 2019.

El problema formulado es:

¿Qué relación existe entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos, en las mujeres que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario, en el 2do. semestre de 2019?

Objetivo general

Identificar la relación entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos de las mujeres que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario, en el 2do. semestre de 2019.

Objetivos específicos

- Identificar factores socioeconómicos de las mujeres.

- Identificar a las mujeres en quienes aparecieron enfermedades infectocontagiosas.
- Establecer cuál es la aparición de enfermedad infectocontagiosa que mayormente se presenta en las mujeres embarazadas.

MARCO TEÓRICO

La ocurrencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual en este último tiempo fue creciendo notoriamente, por lo que hoy en día se consideran como un problema de salud pública en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que anualmente se producen cerca de 350 millones de casos nuevos de estas enfermedades. Del 75 al 80% de estos episodios se manifiesta en países en desarrollo.

Estas enfermedades, son aquellas infecciones que se adquieren fundamentalmente a través del contacto sexual (oral, genital, anal), enfermedades infectocontagiosas que pueden estar localizadas o no en los genitales.

Los mecanismos por los que los microbios producen enfermedad se clasifican en dos grupos: 1) mecanismo invasor y 2) mecanismo toxigénico. En el primer mecanismo el germen atraviesa las barreras cutaneomucosas y penetra en el interior del cuerpo evadiendo las defensas y multiplicándose, lo que generalmente ocasiona una lesión en los órganos o tejidos invadidos. Mientras que el mecanismo toxigénico es propio de algunas bacterias que a través de la producción y liberación de exotoxinas causan lesiones o alteraciones funcionales en distintos órganos.

Muchos microorganismos producen las lesiones tisulares no sólo por su acción invasora o la actividad de sus toxinas, sino también porque la respuesta defensiva inmunitaria que desencadenan, en lugar de dirigirse selectivamente al microorganismo, lesiona al hospedador.

Desde que un microorganismo penetra hasta que se producen los primeros síntomas de la enfermedad, transcurre un tiempo clínicamente silencioso, asintomático, el cual se denomina período de incubación. Después pasa al período de estado, en el que la enfermedad se expresa de forma abierta y sintomática. El tiempo que transcurre desde que empieza la mejoría franca de la persona hasta su recuperación total corresponde al período de convalecencia.

La eliminación y la transmisión de cada microorganismo es variable en relación con dichos períodos. La mayoría de los microorganismos son erradicados al curar la

enfermedad, pero algunos pueden persistir durante un largo tiempo o para siempre en estado de latencia en los macrófagos.

Cuando afectan a una mujer embarazada, pueden atravesar la barrera placentaria e infectar al feto. Las consecuencias de la infección dependen del microorganismo y del estadio del embarazo. (Pastor & Pertejo, 2006)

El proceso salud- enfermedad depende de una red multicausal, en la que prevalecen las condiciones sociales (hábitos y conductas practicados a lo largo de la vida). Contraer enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual dependerá del comportamiento sexual, el cual incluye relaciones sexuales precoces, la no protección en contactos ocasionales, la promiscuidad, la deficiente educación sexual y la pérdida del temor a la enfermedad.

Una maternidad pública de la ciudad de Rosario no está exenta de esta situación, por lo que se realizará en dicha institución el estudio de investigación para determinar qué relación existe entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos en las mujeres que acuden al nosocomio.

La institución fue declarada en 1996 por la UNICEF como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño". Este efector de salud se destaca por efectuar el mayor número de partos anuales, en un total aproximado de 3.200 nacimientos, con un promedio de 267 casos mensuales. Orientado a la atención integral de la madre y el niño bajo el concepto de parto respetado.

Una vez que la mujer está internada en puerperio, tranquila, se llevará a cabo el estudio de investigación.

La OMS define la salud sexual, como el resultado de la experiencia de bienestar físico, psicológico y socio-cultural, relacionada con la sexualidad, constatada mediante la presencia de un grupo de atributos relativos a: capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales respetuosas, enriquecedoras y constructivas que excluyan la explotación y la manipulación con ambos géneros, con la familia y los grupos con que interactúe; la capacidad de expresar amor e intimidad de manera apropiada; de demostrar tolerancia hacia personas con diferentes orientaciones sexuales y estilos de vida; evitar comportamientos que denoten prejuicios; identificarse y vivir conforme con

sus propios valores; asumir responsabilidad por sus propios actos; valorar su propio cuerpo y tomar decisiones informadas; disfrutar su sexualidad y expresarla de modo congruente con sus propios valores; capacidad de discriminar entre los comportamientos sexuales enriquecedores y los dañinos para sí mismo y los otros.

Para mantener y promover la salud sexual, prevenir la aparición de enfermedades infectocontagiosas, o realizar un tratamiento cuando se detecte la enfermedad, se tendrá en cuenta y se pondrá en práctica la teoría de Dorotea Orem, la cual puede ser realizada tanto como por enfermería, la persona afectada y las personas de su entorno más íntimo.

La Teoría del autocuidado de Orem, se compone de otras tres relacionadas entre sí: la del autocuidado, la del déficit del auto cuidado, y el sistema de Enfermería.

Teoría del Autocuidado: es una actividad del individuo, aprendida y orientada hacia un objetivo. Son actividades que se dirigen hacia la persona y hacia el entorno para regular los factores que afectan al propio desarrollo, en beneficio de la vida, la salud o el bienestar.

Los objetivos del cuidado son: universales (son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad), relativos al desarrollo (para promover la vida, la maduración y prevenir las circunstancias perjudiciales para la maduración o mitigar sus defectos en cualquier etapa del ciclo evolutivo), y relativos a las alteraciones de la salud (cuando la persona está enferma tiene su capacidad de desarrollo seriamente afectada, en forma temporaria o permanente. El malestar y la frustración que genera la atención médica también genera necesidades de autocuidado para alcanzar alivio, las necesidades de autocuidado surgen tanto de la patología, como del tratamiento).

Acción de Autocuidado: habilidad compleja para identificar las necesidades de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, la actividad y el desarrollo humano y promueven el bienestar.

Teoría del Déficit de Autocuidado: relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado.

Acción de Enfermería: propiedad o atributo de las personas formadas como enfermeras/os que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado o de cuidado dependiente.

Teoría del Sistema de Enfermería: serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras/os vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que está asistiendo, y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de autocuidado.

Pueden clasificarse en: sistema totalmente compensador (la enfermera realiza el cuidado terapéutico del sujeto de atención, compensa la incapacidad para realizar su autocuidado, lo apoya y protege), sistema parcialmente compensador (la enfermera realiza algunas de las medidas de autocuidado por el usuario y lo ayuda a regular a regular la acción del autocuidado), y sistema de apoyo educativo (la enfermera educa para que el paciente regule el ejercicio y el desarrollo de la acción del autocuidado. El sujeto de atención realiza el autocuidado).

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta- paradigmáticos:

Persona: ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado, sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental; por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Todo lo referente al cuidado humano se relaciona a la respuesta humana intersubjetiva, a las condiciones y conocimiento de salud- enfermedad, las interacciones persona-

ambiente, el conocimiento del proceso de cuidado de enfermería, el propio conocimiento y el conocimiento del propio poder y las limitaciones en las transacciones.

Las enfermedades infectocontagiosas con mayor prevalencia e incidencia son: sífilis, gonorrea, VIH “SIDA”, HPV, Hepatitis B, y el Herpes Vaginal.

Sífilis: enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual. Puede presentar manifestaciones agudas, crónicas y permanecer en estado de latencia durante años. Las primeras descripciones se remontan a la antigüedad. La palabra sífilis proviene de un poema de Gerolamo Fracastoro (siglo XV) inspirado en una historia de Ovidio en la que aparece el nombre “Siphylus”. (Michaan & Contarelli, 2008) Enfermedad de reservorio exclusivamente humano, causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, bacteria delgada y larga de forma espiralada, es gram negativo y se tiñe débilmente con Giemsa de color rosa pálido. Esta penetra en la piel o mucosas lesionadas y se diseminan por vía linfática a los ganglios regionales, para luego propagarse a todos los órganos. Se caracteriza clínicamente por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada, una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas, y largos periodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras, el sistema nervioso central y cardiovascular. Es transmisible en los estadios tempranos de la enfermedad como ser en la sífilis primaria y secundaria. El período de incubación es de 10 a 90 días.

La sífilis temprana se divide en: primaria, secundaria y latente temprana, las cuales ocurren dentro del primer año de adquirida la infección. Las manifestaciones clínicas son:

Sífilis primaria: úlcera no dolorosa, adenopatía, puede manifestarse un síndrome febril e infeccioso inespecífico leve o moderado. Puede resolverse con tratamiento apropiado o espontáneamente en el lapso de 1 a 5 semanas, luego la persona se vuelve asintomática.

Sífilis secundaria: entre 1 y 5 semanas después de la curación de la lesión primaria pueden presentarse manifestaciones clínicas como son: rash dérmico, lesión mucocutánea, adenopatía, hepatitis, artritis, glomerulonefritis, condiloma lata, las lesiones en piel pueden ser muy contagiosas.

La sífilis latente, que puede ser temprana (menos de un año de adquisición), tardía (más de un año de adquisición) o de duración desconocida, es una infección

asintomática con serología positiva y sin hallazgos al examen físico. La persona infectada en esta etapa puede transmitir la bacteria.

La sífilis terciaria se refiere a estadios que ocurren después de la sífilis temprana o sífilis latente, en personas no tratadas al cabo de 2 a 3 años del contagio presentan manifestaciones de este estadio de la enfermedad. Las cuales son: lesiones gomatosas, aneurisma aórtico, insuficiencia aórtica, tabes dorsal, pupilas de Aygyl Robertson, paresia, convulsiones, trastornos psiquiátricos, demencia, puede no haber síntomas. (Cuba & Flores, 2010)

Esta enfermedad ocurre con igual frecuencia en varones que en mujeres. El 80 % de las mujeres infectadas están en edad reproductiva. (Cuba & Flores, 2010)

Las poblaciones de riesgo, mayoritariamente, son personas que consumen drogas endovenosas, que presentan infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hombres que tienen sexo con otros hombres. Los factores de riesgo asociados a sífilis en el embarazo son: embarazadas que consumen drogas ilícitas, controles prenatales escasos o nulos, otras infecciones de transmisión sexual, promiscuidad.

La vía de transmisión puede ser sexual, por transfusiones sanguíneas, transplacentaria o intraparto.

La sífilis congénita o gestacional es cuando se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato. Si bien el contagio puede darse en el momento del parto, en la gran mayoría de los casos la infección es transplacentaria y por vía hematogena. La sífilis congénita se divide en temprana (primeros dos años de vida) y tardía. Para prevenirla, todas las gestantes deben hacerse un tamizaje para sífilis en la primera visita prenatal. Esta enfermedad puede manifestarse si la madre embarazada padece sífilis, pero la incidencia disminuye si recibe tratamiento durante el embarazo.

La infección transplacentaria en el feto durante la gestación puede ocasionar: muerte perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, anomalías congénitas y sífilis activa en el neonato, la recuperación puede ser lenta en los niños muy enfermos con compromiso cutáneo- mucoso, óseo y visceral. La placenta infectada presenta aumento de tamaño y tiene una tonalidad pálida, y el cordón umbilical puede presentar funisitis necrosante.

Los recién nacidos asintomáticos cuyas madres recibieron tratamiento o seguimiento inadecuado, deben ser tratados y controlados como si tuvieran sífilis congénita, a pesar del resultado de la VDRL y del resto de los exámenes complementarios. Deben recibir tratamiento con una única dosis de 50.000 UI/kg. de penicilina benzatínica por vía

intramuscular. Si el resultado de VDRL es positivo, se realiza el mismo tratamiento que en los recién nacidos sintomáticos: penicilina G. endovenosa 100.000- 150.000 UI/kg/día por 10 días. No requieren tratamiento los recién nacidos asintomáticos de madres adecuadamente tratadas y controladas. A estos bebés se les debe realizar un seguimiento durante el primer año de vida con controles clínicos y laboratorio de VDRL al primer, segundo, tercer y sexto mes, y al año de vida. (Vázquez, 2008)

Para diagnóstico de la sífilis existen dos tipos de pruebas serológicas disponibles, las treponémicas (PT) y las no treponémicas (PNT). En nuestro país, la prueba empleada con mayor frecuencia es la VDRL (Venereal Diseases Research Laboratories). Detecta IgM e IgG contra material lipídico proveniente del daño tisular inducido por treponemas, material similar a lipoproteínas y cardiolipinas liberadas por los treponemas. La VDRL se informa cuantificada en diluciones o dils, se estima que un valor igual o mayor a 1:8 a 1:16 indica gran probabilidad de sífilis, en caso contrario es necesario demostrar una cuadruplicación de los valores en dos determinaciones sucesivas con al menos dos semanas de intervalo. En ciertas ocasiones se puede generar falsos positivos de VDRL por lo que es necesario confirmar la infección mediante una prueba treponémica, de fluorescencia de treponemas absorbidos (FTAabs) o de microhemoaglutinación de treponemas (MHA TP).

La VDRL puede negativizarse luego de un tratamiento exitoso o descender hasta valores bajos como 2 o 4 dils y persistir con oscilaciones leves durante toda la vida.

El tratamiento para la madre y la pareja es la penicilina, ya que no se han identificado cepas resistentes.

En la primera consulta que realiza la mujer embarazada, se le realiza PNT como es la VDRL. Si el resultado es no reactivo, se le informa el resultado negativo para la sífilis y se repite el mismo estudio al comienzo del 2do., 3er. trimestre y en el periparto, si en los tres casos da no reactivo se confirma la negatividad de la enfermedad, si da reactivo se siguen los pasos como si desde la primer consulta hubiese dado reactivo; se inicia tratamiento con penicilina benzatínica 2,4 mill única dosis intramuscular, se realiza estudios para confirmar dicha patología con PT, la cual pueden dar negativo o positivo, en este último caso se diagnostica mujer con sífilis la cual debe recibir tres dosis de penicilina en total, luego se continúa seguimiento con PNT cada dos meses hasta el momento del parto.

En la primera consulta prenatal el laboratorio de PNT también es indicado para que lo realice la/s pareja/s sexual/es de la embarazada, el resultado puede ser no reactivo o

reactivo, en este último caso se realiza una PT para confirmar el diagnóstico. Si da no reactivo, se le informa que es negativo a la sífilis y se recomienda el uso de preservativo, si la PT da reactivo, se le informa que tiene sífilis, que debe comenzar con tratamiento con penicilina y luego continuar con seguimiento con laboratorio PNT a los tres, seis y doce meses. (Dra. Miriam Bruno, 2016)

La finalidad del tratamiento está dirigida a tratar la enfermedad de la madre, prevenir la transmisión al feto y tratar la enfermedad fetal establecida. El esquema de tratamiento dependerá del estadio de enfermedad. Quienes deben tratarse son los que tienen historia de contacto sexual con una persona con sífilis documentada, exámenes de observación directa positivos, evidencia serológica de sífilis confirmadas con pruebas treponémicas y aquellas que hayan sido tratadas previamente pero que tengan títulos persistentemente elevados. (Michaan & Contarelli, 2008)

La penicilina es el estándar de oro como tratamiento para sífilis en pacientes gestantes y no gestantes. En los usuarios con alergia a penicilina, los fármacos alternativos - como eritromicina, azitromicina, ceftriaxona- no están recomendados, debido a que no existe la evidencia suficiente para su uso. Por lo cual dichos sujetos de atención deberían someterse al protocolo de desensibilización para la penicilina.

Es una enfermedad en la que las personas infectadas se quejan poco, en sí, mucho menos de lo que se podría esperar de una enfermedad tan grave o potencialmente grave.

La educación sexual, el diagnóstico temprano junto al tratamiento correcto, son indispensables para la reducción de la incidencia de esta enfermedad.

Gonorrea: enfermedad causada por la bacteria *Neisseriagonorrhoeae*, esta patología de carácter mundial se reconoció desde tiempos bíblicos. Galeno en el año 130 a.C. utilizó el término gonorrea (que quiere decir en griego "salida de flujo o semilla") por la impresión errónea de considerar a la secreción purulenta una espermatorea. Esta enfermedad fue descrita por primera vez en tiempos de modernidad (1879), por el médico alemán Albert Neisser, a quien le llamó la atención la presencia constante de una bacteria particular con morfología cocoide, en descargas purulentas de los pacientes infectados. No sólo lo encontró en descargas vaginales o uretrales, sino incluso en exudado conjuntival, y a este microorganismo lo llamó *Micrococcusgonorrhoeae*. (Conde & Uribe, 1997)

La especie bacteriana *Neisseria gonorrhoeae* está conformada por diplococos Gram negativos no móviles, no esporulados, con un diámetro aproximado de 0.6 a 0.8 μm , tienen forma de riñón o de grano de café. Al formarse en pares adyacentes sus lados pueden apreciarse al microscopio planos o cóncavos. Penetra en las células epiteliales por endocitosis y se localiza en el interior del citoplasma celular. A partir de las 24 hs. de infección comienzan a destruirse las células, y las bacterias quedan dentro de una matriz de restos celulares que se denomina unidad infecciosa. El gonococo es un germen muy lábil al calor, a temperaturas de refrigeración y a diversos antisépticos, también es sensible a la desecación, puede resistir poco tiempo a la exposición al aire (de una a dos horas).

Esta enfermedad se transmite por vía sexual y perinatal. Es exclusiva de la especie humana. Los gonococos infectan las mucosas de las vías genitales, el recto y la faringe y conjuntiva. En el hombre suele ocurrir uretritis, abscesos prostáticos; en la mujer la infección primaria sucede en el endocérvix y se extiende hacia la uretra, la vagina y puede progresar hasta las trompas uterinas y producir salpingitis con fibrosis e infertilidad. En mujeres embarazadas puede presentar exacerbaciones o mantenerse en estado de cronicidad. La gonorrea iniciada en la fecundación o durante la gravidez se agrava produciendo flujo amarillo verdoso, maloliente, abundante, vaginitis, condilomas acuminados. Si existe una endometritis gonocócica puede originarse abortos y partos prematuros de repetición.

Una complicación poco usual es la infección gonocócica diseminada, que se da por vía hematógena, en la cual se encuentra exantema en extremidades y artritis en una o más articulaciones. Es una causa frecuente de artritis séptica en los jóvenes. (Michaan & Contarelli, 2008)

Los recién nacidos de madres con gonococia pueden adquirir la infección en los ojos y presentar conjuntivitis, que se caracteriza por un exudado bilateral purulento que a veces deja secuelas graves como opacificación corneal y ceguera. (Pérez & Pichardo, 2006)

Los gonococos que producen infección localizada suelen ser sensibles al suero humano, pero son relativamente resistentes a los fármacos antimicrobianos.

El período de incubación de 3 a 10 días, y su periodo de transmisibilidad puede durar meses o años, especialmente en los casos asintomáticos.

El gonococo no pasa al feto pero puede determinar la oftalmía purulenta blenorragica del recién nacido, por contaminación durante el recorrido del canal pelvigenital.

La *Neisseria gonorrhoeae* como patógeno genitourinario se coloniza en la superficie de la mucosa del tracto genital, crecer *in vivo* bajo condiciones de disponibilidad limitada de hierro y evade la respuesta inmune del huésped. Su primer nivel de patogenicidad se da al adherirse a la superficie de los epitelios uretral, endocervical, vaginal e incluso a los espermatozoides humanos y a las células epiteliales no ciliadas que recubren las trompas de Falopio. A partir de las 24 horas de la infección comienzan a destruirse las células, las bacterias quedan dentro de una matriz de restos celulares que se denomina unidad infecciosa, esta proporciona cierta protección al gonococo frente al sistema inmunitario del hospedador, además de nutrientes. (Pérez & Pichardo, 2006)

De las pruebas serológicas que se han desarrollado para el diagnóstico de la gonorrea las más usadas son: toma y transporte de muestras, examen directo: colocación de Gram, cultivo y pruebas serológicas

El diagnóstico bacteriológico de la gonorrea se lleva a cabo primero por una adecuada toma de las muestras biológicas, que dependerán del género y las preferencias sexuales de los pacientes, además del sitio de exposición. En el caso de gonorrea diseminada se recomienda tomar muestras de sangre y, en el caso de artritis y/o sinovitis, de líquido sinovial. La toma de biopsias cutáneas es preferente cuando la enfermedad se manifiesta con dermatitis. Las muestras oftálmicas generalmente se obtienen de niños recién nacidos, aunque se toman también en adultos.

El tratamiento para cepas antibiótico-sensibles del gonococo continúa siendo a base de 4.8 millones de unidades de penicilina procaína intramuscular, en una sola dosis repartida en ambos glúteos. Ante el conocimiento o la posibilidad de enfrentar a cepas resistentes un esquema alternativo es la aplicación de ceftriaxona en dosis única intramuscular de 500 mg.

En los casos de infección gonocócica aguda no complicada, otra medicación que se puede utilizar es la espectinomicina, en una sola aplicación intramuscular de 2 g. Las

quinolonas también han sido utilizadas con éxito en el tratamiento de la uretritis gonocócica y la cervicitis mucopurulenta agudas. Las dosis orales únicas de 500 mg de ciprofloxacina, o de 400 mg de norfloxacina o enoxacina han sido igualmente efectivas en la erradicación de síntomas (curación clínica) y microorganismo (curación bacteriológica). (Michaan & Contarelli, 2008)

Durante el trabajo de parto se recomienda reducir al mínimo los tactos y se debe tratar de conservar la bolsa de las aguas el mayor tiempo posible. En el puerperio, prohibir la movilización precoz y controlar la buena involución uterina.

VIH "SIDA": la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) representa en la actualidad un problema de salud en función de su carácter pandémico y grave. Pedro Cahn ha manifestado que en la Argentina el SIDA es cada vez "más pobre, más joven y más mujer".

Según la Organización Mundial de la Salud, "el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades".

La reducción de la morbilidad y mortalidad por el HIV ocurrió con a la llegada de la terapia antirretroviral (TARV).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es de la familia retroviridae, agrupado dentro del género lenivirus. Una de sus características principales es poseer una enzima (transcriptasa reversa (TR)) que transcribe el ARN viral monocatenario en ADN bicatenario.

Se conocen dos subtipos: el VIH-1 y el VIH-2, siendo el primero el más común y de dispersión mundial, mientras que el segundo es una variante menos virulenta, más prevalente en África Occidental y Central.

Otra característica que presenta esta enfermedad es su persistencia, debido a la incapacidad de la respuesta inmunológica para erradicar al virus o prevenir su diseminación en el organismo. (Salomón, Quarleri, & Gómez Carrillo, 2008)

Dentro de los primeros días de contraer el VIH ocurre una enfermedad transitoria que a veces suele ser sintomática asociada a altos niveles de replicación del VIH y a una rápida caída de los linfocitos T CD4.

Se define como infección aguda cuando existe la presencia de altos niveles de RNA viral en plasma en presencia de un Test de Elisa negativo y/o Western Blot negativos o indeterminados (< 3 bandas positivas) englobando respuesta inmune humoral, mientras que la infección temprana incluye tener documentado un plasma libre de anticuerpos al menos seis meses antes.

Más del 80% de los adultos infectados con VIH-1 en el mundo se debe a la exposición de superficies de mucosas al virus, el 20% restante se ha infectado por inoculación percutánea o intravenosa. El riesgo de infección asociado con diferentes vías de exposición varía según el tiempo de aparición de marcadores virales en el huésped. Generalmente es uniforme y sigue un patrón ordenado. Inmediatamente después de la exposición y transmisión, el virus se replica en la mucosa, en la submucosa y drena hacia el tejido linforeticular y no puede ser detectado en plasma. Esta fase es denominada "fase de eclipse" y dura entre 7 a 21 días. Una vez que el RNA viral alcanza concentraciones de 1 a 5 copias por mililitro de plasma el virus puede ser detectado usando métodos muy sensibles de amplificación de ácidos nucleicos. En concentraciones de 20 copias por mililitro puede ser detectado por exámenes de uso clínico monitorizando así la carga viral. (VIH/SIDA), 2011)

Los estados que caracterizan la infección aguda de la temprana están determinados por la secuencia de aparición de marcadores virales y anticuerpos en la sangre caracterizando así los seis estadios de la infección aguda. Los test más sensibles y de cuarta generación pueden detectar a ambos, antígenos y anticuerpos, disminuyendo el "período de ventana" (virus positivo-anticuerpo negativo) en cinco días. Los test para detección de RNA viral cierran esta diferencia por un adicional de siete días.

La infección del VIH 1 se puede dividir en seis estadios definidos, de acuerdo a los resultados de los test de laboratorio clínico. Los estados están basados en la aparición secuencial en plasma del RNA viral; el antígeno gag-proteína p24; anticuerpos específicos recombinantes determinados por el test de Elisa; y anticuerpos que fijan proteínas virales incluyendo la p31 en Western immunoblot.

Dependiendo de las distintas vías de transmisión viral (cervicovaginal, peneana, rectal, oral, percutánea, intravenosa, in útero) y las distintas morfologías histológicas encontradas en estos tejidos, no es sorprendente que existan muchos tipos de células candidatas a ser involucradas en la infección temprana. El inóculo (semen, secreciones cervicovaginales, o sangre) contienen un complejo genético de cuasiespecies de virus de los cuales solo un pequeño número atraviesan las barreras de la mucosa y establecen una infección. (Esteban, 2014)

El tiempo entre la exposición y la enfermedad sintomática es típicamente de 2 a 4 semanas y la duración de los síntomas y signos va de unos pocos días hasta algunas semanas. Muchas personas infectadas por el VIH presentan una enfermedad aguda similar a la gripe. Los que presentan dicha patología con infección temprana suelen ser generalmente asintomáticos.

La infección aguda por VIH es un síndrome muy heterogéneo y las personas que presentan síntomas más agresivos o más prolongados tienden a progresar más rápidamente hacia el SIDA.

Muchos síntomas y signos inespecíficos han sido descritos: fiebre en rango de 38°–40°C sumado a linfadenopatías concomitantes a la emergencia de la respuesta inmune. Un rash generalizado también es común, la erupción típicamente ocurre 48–72 horas después de la fiebre y persiste unos cinco a ocho días siendo las áreas más afectadas la parte superior del tórax, cervical y facial y son máculas o máculo-pápulas de color rojo.

Una de las manifestaciones más peculiar, pero menos frecuentes de este síndrome es la aparición de úlceras dolorosas en las mucosas vaginal, anal o peneana. Otros síntomas y signos frecuentes son las artralgias, faringitis, baja de peso, meningitis aséptica, mialgias, mononeuritis y trombocitopenia.

Ninguno de estos síntomas por sí solos hace el diagnóstico, es la combinación de ellos la que sugiere la posible infección aguda por el VIH.

En las mujeres con diagnóstico de HIV el objetivo del cuidado preconcepcional es lograr la reducción de la morbilidad materno feto neonatal, procurando lograr el bienestar materno y el nacimiento de un niño sano. En embarazadas se debe brindar apoyo y contención a la mujer, su familia o contexto social, proveer asesoramiento legal

respecto de pensiones y/o subsidios, favorecer la adherencia a la atención y al tratamiento durante el embarazo, parto puerperio y durante la atención del recién nacido, realizar actividades de educación en prevención y prácticas seguras para prevenir la transmisión, y así contribuir a que las personas que viven con el virus puedan volver a asumir su autonomía ya que el impacto que produce la noticia, en general ubica al paciente en una situación de extrema vulnerabilidad.

Según un estudio de viabilidad escrito por la ONUSIDA (Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA), el HIV tiene un impacto significativo en la salud ya que más del 90% de las infecciones afectan a los niños mediante la transmisión vertical. Por lo tanto, considera que para la eliminación de la misma, se debería ofrecer un servicio continuo de atención, apoyo y tratamiento de gran calidad a las mujeres embarazadas que viven con HIV.

Las recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral en la mujer embarazada es que se debe realizar una completa evaluación clínica, inmunológica (linfocitos CD4+) y virológica (carga viral) y ofertar tratamiento antirretroviral tipo TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad). El tratamiento debe realizarse a partir de la semana 14 de gestación.

El TARGA en el embarazo es, a su vez, la mejor profilaxis de la transmisión vertical ya que consigue mantener durante todo el embarazo y el parto una carga viral materna indetectable o muy baja. El tratamiento más habitual que se utiliza es la combinación de 3 antirretrovirales, los más utilizados son AZT-3TC-nevirapina o Kaletra (lopinavir/ritonavir). Los antirretrovirales son los medicamentos empleados para impedir la multiplicación del VIH. (Esteban, 2014)

En 1994 se conocieron los datos de un estudio, el ACTG 076 que, demostró que las mujeres embarazadas sin tratamiento transmitían la infección a su hijo en un 25% y las que realizaban el tratamiento lo hacían en un 8%.

El tratamiento consistía en administrar AZT vía oral durante el embarazo, AZT por vía endovenosa antes y durante el parto, AZT en jarabe para el bebé durante 6 semanas y la suspensión de la lactancia. (Cecchini & Gonzalez Ayala, 2008)

Este estudio fue fundamental porque demostró la utilidad del tratamiento con AZT para reducir la transmisión al bebé. Actualmente, no se utiliza ya que existen riesgos de

aparición de resistencias o no llegar al final del embarazo con carga viral indetectable. “La carga viral del HIV hace referencia al número de copias de ARN del HIV presentes por mililitro de plasma”. Es el factor más importante para predecir la transmisión vertical.

El objetivo del tratamiento es que la mujer embarazada llegue al parto con la carga viral lo más baja posible. Si la carga viral cercana al parto es menor a 1000 copias, aunque no se realice cesárea, la transmisión es cercana al 1-2%.

Existen evidencias científicas que demuestran la efectividad del tratamiento cuando se realiza correctamente. Una persona que muestra un alto cumplimiento en la toma de medicación (es decir, que toma más del 95% de la dosis indicada) tiene mayor probabilidad de una mejor respuesta, mejorando su evolución y disminuyendo el riesgo de mortalidad.

HPV: El VPH representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes a nivel mundial; más de 100 tipos virales se han identificado en el ser humano. La infección por Virus papiloma humano (VPH) ha alcanzado en los últimos años gran importancia principalmente por: su relación etiológica con el cáncer cervical, y por el incremento notable de su incidencia.

Los HPV son virus ADN, de la familia Papovaviridae. El genoma es una molécula única de ADN circular de cadena doble. Según la patogenia de los distintos tipos, se pueden clasificar en epiteliales (6 y 11 causan el 90% de las verrugas genitales) y mucosos (16, 18, 31, 33, 45) que pueden producir neoplasia.

El virus infecta primariamente las células epiteliales o mucosas y puede permanecer durante períodos prolongados en forma latente, reactivarse o persistir activamente acumulando mutaciones cromosómicas en el huésped.

La infección al gestante podría producirse in útero (por vía transplacentaria o hematogena), por semen en la fertilización, por vía transamniótica ascendente o por el canal de parto. (Gonzalez Ayala & Cecchini, 2008)

“La mujer adolescente puede adquirir la infección tempranamente, si inicia relaciones sexuales en los primeros 18 meses posteriores a la menarca”. (Selene Sam Soto, 2011)

La infección del cuello uterino por HPV es la causa más frecuente (99,8%) de cáncer en las mujeres que no se someten a una pruebas de Papanicolaou, al menos una vez al año desde el inicio de las relaciones sexuales.” (Barba, Soria, Intriago, & Morales, 2017)

En relación a su patogenia oncológica, el VPH se clasifica en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico.

- Serotipo 6 y 11 bajo riesgo
 - Serotipo 16 y 18 se considera de alto riesgo oncogénico están íntimamente vinculados a displacías cervicales
 - Serotipos 31, 33, 45, 51, 52, 56, 58, y 59 han sido considerados de riesgo intermedio
- Generalmente las infecciones por VPH ceden espontáneamente en un plazo máximo de dos años, pero pueden persistir y producir lesiones precancerosas de cuello uterino, que si no se tratan puede evolucionar en 20-30 años a un cáncer cervical.

Aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cuello de útero son producidos por los tipos de VHP 16 o 18. (Barbara L. Hoffman, 2014)

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en ambos sexos.

Las manifestaciones clínicas más comunes son las verrugas o papilomas genitales, la mayoría de ellas tienen forma de coliflor; en los varones suelen localizarse en el pene, la uretra y la región perianal; en las mujeres, se encuentran en la vagina, la vulva, el ano y el cérvix uterino. Las verrugas vulgares suelen localizarse en el dorso de las manos, entre los dedos o alrededor de las uñas. Las verrugas plantares suelen hallarse en las plantas de los pies o la palma de las manos. Las verrugas planas, son múltiples y se localizan en brazos, el rostro, el cuello y las rodillas. (Margall Coscojuela, 2006)

Muy bajo porcentaje de recién nacidos adquieren la enfermedad por aspiración de secreciones infectadas en el momento del nacimiento. Las manifestaciones clínicas se dan entre los dos y cinco años de edad, momento en el cual pueden tener cambios en las voz (disfonía), estridor, llanto anormal y obstrucción. (Gonzalez Ayala & Cecchini, 2008)

La consecuencia de la condilomatosis durante la gestación es que en el momento del parto, el canal de parto se vuelve obstruido por los condilomas.

El HPV infecta piel y algunas mucosas presentando selectividad según tipo de HPV. Ingresa al epitelio a través de varios mecanismos:

- Microtrauma, durante la relación sexual
- Contacto directo con piel u objetos infectados
- En el embarazo y período perinatal es posible el paso ascendente y vertical.

El período de latencia es variable hasta su expresión clínica (meses a años).

El inicio precoz de actividad sexual es reconocido como un factor de riesgo central en la infección por HPV. Respecto al número de parejas sexuales, se ha demostrado la presencia de HPV, cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con 1 pareja sexual y en 69-83% de aquellas con 5 o más parejas sexuales. En las mujeres con paridad presentan un mayor riesgo de infección por HPV. Respecto a factores nutricionales, el déficit de folato sérico ha sido vinculado como factor de riesgo independiente. El consumo de cigarrillo aumenta el riesgo, el uso de anticonceptivos orales por 5 a 9 años. El HPV cervical aumenta el riesgo de Ca de cérvix. (Barba, Soria, Intriago, & Morales, 2017)

El tratamiento de las verrugas se realiza con crioterapia, ácido tricloroacético, electrocauterización, cirugía láser y exéresis quirúrgica.

Las vacunas para prevenir el HPV son:

a. Vacuna bivalente VPH 16 y 18. Sintetizada gracias a un sistema de expresión celular de un baculovirus, combinado con un compuesto de aluminio más lípido A monofosforilado (AS04), que permite protección e inducción de altos y prolongados títulos de anticuerpos, además de un aumento de la inmunidad mediada por células. El protocolo de administración sería a los 0, 1 y 6 meses.

b. Vacuna tetravalente VPH 6, 11, 16 y 18. Preparada mediante una proteína recombinante sintetizada en levaduras, administrada también con un compuesto aluminico convencional. Pauta de vacunación 0, 2 y 6 meses.

La vacuna VPH se administra en tres dosis intramusculares a las adolescentes de 12 años, requiriendo dosis de refuerzo a los 10 ó 20 años, según protocolos. El efecto protector se prolongaría más allá de diez años de la dosis de recuerdo.

La mayoría de los efectos secundarios fueron de intensidad leve o moderada. El más frecuente fue la reacción en el lugar de inyección con dolor, tumefacción y enrojecimiento. El síntoma sistémico más común fue cefalea. (Barba, Soria, Intriago, & Morales, 2017)

Hepatitis B: La infección por virus de la hepatitis B (VHB) es considerada como un problema de salud pública. La infección crónica puede generar daños irreversibles del tejido hepático, tales como la cirrosis y el carcinoma hepatocelular.

El VHB es el único hepadnaviridae capaz de infectar a los seres humanos. Las vías de transmisión son por sangre y líquidos corporales, mediante las relaciones sexuales, por transmisión vertical, transfusiones sanguíneas y por accidente punzocortante con material infectante.

El período de incubación de la hepatitis B aguda es de 4 a 28 semanas, pero en la mayoría de los casos el intervalo es de 60 a 110 días. En muy pocos casos existe una fase prodrómica manifestada como una enfermedad del suero, con erupción cutánea eritematosa y pruriginosa, artralgias o artritis y fiebre, que aparece de días a semanas antes de la enfermedad hepática evidente y que se resuelve espontáneamente en 7 a 10 días, sin secuelas. En los casos asintomáticos, a veces existe evidencia de actividad inflamatoria hepática en las pruebas de laboratorio. Los casos sintomáticos pueden cursar de forma leve y anictérica o de forma más grave y con ictericia. Inicialmente las personas suelen presentar cefalea, cansancio, anorexia, náuseas y vómitos, estos síntomas aparecen de 2 a 7 días antes de la ictericia, que suele acompañarse de coluria, hipocolia y a veces, dolor en el hipocondrio derecho. En la mitad de los enfermos puede que tengan prurito. En algunos casos puede presentarse artralgias. En la exploración física suele hallarse hepatomegalia dolorosa e ictericia cutánea y conjuntival.

Otras alteraciones frecuentes son la elevación de la fosfatasa alcalina, hipoglucemia e hipergammaglobulinemia.

La hepatitis B aguda puede ser sintomática o asintomática siendo esta última una enfermedad subclínica que generalmente no es diagnosticada. Puede presentar complicaciones como: depresión, meningitis, síndrome de Guillain- Barré, mielitis, encefalitis, anemia aplásica, agranulocitosis y trombopenia. Si no existen complicaciones, la recuperación clínica y analítica se produce en niños alrededor de 2 semanas y en adultos entre 4 a 6 semanas.

La variante más grave es la hepatitis fulminante, que cursa con insuficiencia hepática y encefalopatía y se asocia a una mortalidad muy elevada.

Los pacientes con hepatitis crónica activa tienen ictericia de forma permanente o esporádica con mayor frecuencia. La progresión a cirrosis es elevada y rápida. (Echeverría Moyano & Antela López, 2006)

Los dos procedimientos principales en la actualidad utilizados para el diagnóstico inicial y seguimiento de la infección por el VHB son la detección del antígeno de superficie (HBsAg), y la detección de anticuerpos contra el core (anti-HBc). La detección de HBsAg es muy útil sobre todo en las fases tempranas de la infección.

Luego de la exposición al virus se considera que hay un periodo de incubación de 1-6 meses. La demostración de infección aguda coincide con la detección del HBsAg y de anti-HBcIgM. Otros marcadores como el HBeAg, títulos elevados del genoma viral (carga viral) y niveles altos de aminotransferasas (ALTs) pueden ser detectados.

La resolución clínica de la infección se caracteriza por el descenso de la carga viral a valores negativos o no detectables, producción de anti-HBe, normalización de los niveles de ALTs y seroconversión de HBsAg a anti-HBs. Debido al aumento en la persistencia del genoma del VHB en los hepatocitos, actualmente se considera que el marcador anti-HBs no es marcador del aclaramiento viral. Por esta razón los individuos con resolución clínica pueden eventualmente desarrollar infección crónica.

En la mayoría de los casos la evolución de la hepatitis aguda por virus B es favorable, con una resolución espontánea del cuadro clínico en 4-8 semanas, el 90% de los casos en la infancia y el 5-10% en los adultos progresan a hepatitis crónica. Cuando la infección crónica se establece, puede concluir con cáncer hepatocelular o con la muerte de la las personas por causa de la cirrosis. (Márquez-Toro, y otros, 2016)

La infección aguda en la madre no tiene tratamiento específico. En la hepatitis crónica se logró la remisión de largo plazo con el tratamiento con interferón- pegilado.

En los recién nacidos de madre infectada, se debe aplicar la vacuna contra hepatitis B antes de las 12 hs de vida y la gammaglobulina hiper inmune contra hepatitis B en las primeras 48 hs de vida (idealmente dentro de las primeras 12 hs de vida), a los 9- 15 meses del neonato se solicita anti- HBc y anti- HBs, si el anti- HBc da positivo se solicita HBsAg, si este da reactivo, se confirma infección y se repite el mismo estudio a los 6 meses, si vuelve a dar reactivo, el bebé presenta infección crónica. Si el primer resultado fue que el niño es no reactivo, se solicita ADN VHB para descartar infección oculta, si el resultado es negativo se inicia nuevamente esquema completo de vacunación contra VHB y se solicita anti HBs un mes luego de la última dosis de vacuna. Si el ADN VHB es positivo, se confirma infección. (Dra. Miriam Bruno, 2016)

Herpes Vaginal: los virus Herpes simplex de tipos 1 y 2 (VHH-1 y VHH-2) son herpesvirus adaptados a la especie humana. Estos producen una infección citolítica en los períodos de actividad y establecen una latencia prolongada en los ganglios sensitivos nerviosos durante toda la vida, con reactivaciones ocasionales.

Los herpesvirus infectan mucosas y epitelios. La infección puede manifestarse en diversos sitios, pero los más comunes son la mucosa oral y genital. El contagio es a partir del contacto directo con secreciones infectantes. Una vez fijado en la superficie celular, el virus fusiona su cápside y libera en el citoplasma la nucleocápside, que es transportada al núcleo. Allí se produce la replicación de ADN y de productos genéticos virales. Puede infectar localmente otras células o diseminarse por conducción nerviosa hacia áreas distantes.

Durante la primoinfección, los herpesvirus ingresan en las terminaciones sensitivas y son transportados hasta los ganglios nerviosos, asimismo establecen una infección latente en las neuronas.

La respuesta inmune es tanto humoral como celular. Pocos días después de producida la infección se detecta IgM específica, seguida de dos semanas de anticuerpos de tipo IgG e IgA. (Michaan & Contarelli, 2008)

El virus VHS-2 es la causa más importante de ulceración genital.

La infección primaria tiene un período de incubación de 2 a 12 días, seguido de pródromos como quemazón, dolor y eritema. Después aparecen múltiples vesículas dolorosas que se ulceran en la región perineal o perianal, vulva, vagina o cérvix, a veces con linfadenopatía inguinal muy dolorosa y raramente supurativa. Espontáneamente se forma una costra y la úlcera cura a los 14 ó 21 días. A veces se acompaña de síntomas sistémicos con fiebre, cefalea, mal estado general, mialgias y dolor abdominal. En ocasiones el virus suele reactivarse provocando una enfermedad recurrente con sintomatología local más limitada y sin clínica sistémica.

Las mujeres embarazadas con herpes genital infectadas cerca del parto el riesgo de transmisión al bebé es muy elevada por lo que se recomienda efectuar una cesárea dentro de las 4 a 6 horas luego de la rotura de membranas, para reducir el riesgo de contagio al neonato. Otro factor que influye en la transmisión del VHS al neonato es el tipo de infección genital materna y la transmisión de anticuerpos maternos transplacentarios. La mujer también puede infectar al niño si presenta lesiones en la mama durante la lactancia.

En los recién nacidos, se puede manifestar por medio de enfermedad localizada en la piel, ojos y/o boca, encefalitis con o sin compromiso de piel, ojos y/o boca, enfermedad diseminada con compromiso de múltiple órganos, como: hígado, pulmones, SNC, suprarrenales, ojos y/o boca.

El tratamiento en neonatos es con Aciclovir intravenoso. Los niños con compromiso ocular además deben recibir fármacos tópicos oculares. (Vidal, 2008)

El diagnóstico se basa en la clínica, el aislamiento viral y tipificación de muestras, siendo el método de elección para el diagnóstico, tomar material de la vesícula o realizar un raspado sobre el fondo de la úlcera. Existen análisis complementarios con detección directa de antígenos, técnicas moleculares y serología.

El tratamiento se realiza para reducir los síntomas y la infectividad, sin que influya en la frecuencia de recurrencias posteriores.

Ante el tratamiento del primer episodio se aconseja la revisión de los compañeros sexuales y si son sintomáticos deben ser tratados como la pareja con aciclovir 400 mg/8h/7-10 días o 200 mg/5veces al día/7-10días o valaciclovir 1g/12h/7-10 días o famciclovir 250 mg/8h/7-10 días. (Ibarrola, Benito, Azcona, & Zubeldía, 2009)

El tratamiento de las recurrencias sólo es efectivo cuando se inicia en fase prodrómica o tras 1 día de aparición de las vesículas. En ocasiones no es necesario al ser cuadros leves. Las pautas recomendadas son aciclovir 400 mg/8h/5 días ó 800 mg/12h/5 días o 800 mg/8h/2 días o valaciclovir 500 mg/12h/3 días ó 1 g/24h/5 días o famciclovir 125 mg/12h/5 días ó 1 g/12h/1 día. (Ibarrola, Benito, Azcona, & Zubeldía, 2009)

No se desconoce la existencia de determinantes biológicos en el proceso salud-enfermedad-muerte, lo que se intenta hacer, es articular lo biológico en un contexto social, en la tesis de que las causas sociales pueden desencadenar y transformar los factores biológicos. (Behm, 2011)

El conjunto de factores socioeconómicos forman los distintos niveles. El nivel socioeconómico se define como “La jerarquía o posición que tiene una persona o un grupo con respecto a otro o al resto”. Se define por los ingresos, nivel de instrucción y la ocupación. El nivel socioeconómico se puede clasificar en nivel bajo, medio y alto.

El nivel socioeconómico se mide en: bajo, que se define como el nivel o estatus de las personas que no poseen educación formal o poseen una educación básica, No poseen un trabajo estable o son desempleados, realizando changas o recibiendo una ayuda social. Son trabajos de menor prestigio social como cocineros, albañiles, camareros, ayudante, etc.; y de bajos salarios. En estas familias los ingresos familiares son menores a la canasta básica y son gastados en necesidades inmediatas (alimentación, vestimentas, etc.), y no para adquirir bienes que puedan transmitirse a las generaciones futuras, incrementando las desigualdades. Usualmente no poseen viviendas propias; alquilan o viven en asentamientos irregulares, precarios o deficitarios.

En estudios sobre este tipo de familias se observa que prevalecen los factores de riesgo de padecer ciertos problemas de salud; son consideradas familias vulnerables, con alto riesgo de enfermar y morir.

En estos estudios se han determinados que los niños nacidos en familias de bajo nivel socioeconómico tiene menor acceso a la educación formal, menores logros académicos y acceso a carrera profesionales, hecho que aumenta la inequidad social.

El nivel socioeconómico medio se define como el estatus que alcanzan las familias, en donde en nivel educacional de uno de los padres o de ambos alcanzan un secundario completo o mayor. Usualmente uno o ambos padres poseen un trabajo estable remunerado y los ingresos familiares son al menos iguales o superiores a la canasta básica del INDEC. Los miembros de estas familias poseen trabajos con mayor prestigio social, estableciéndose la relación a mayor nivel de estudio, mejor puesto de trabajo y mejor remuneración. Estas familias usan sus ingresos para acumular bienes y ahorros, además de disfrutar de ciertos lujos.

Este nivel se puede dividir en nivel socioeconómico medio bajo y medio alto, según el tipo de profesión y la cantidad de ingresos.

Las familias de nivel socioeconómico alto (las llamadas " ricas") son las familias que poseen trabajos de alto prestigio social como cirujanos, empresarios, asesores, políticos y poseen acceso a los bienes de lujo. Este tipo de familia no es tomado en cuenta en esta tesina por no ser usualmente usuarios del sistema de salud público.

Los ingresos son la cantidad de dinero que un individuo o familia dispone para gastar en sus necesidades inmediatas (alimentos, vestimentas, etc.), se refiere a cualquier salario, ganancia, renta, pensión o cualquier asistencia gubernamental. Se miden en base a la canasta básica para una familia tipo, la cual según el instituto nacional de estadística y censo se define como el conjunto de productos que cubren las necesidades básicas de un hogar o familia tipo compuesta por padre, madre y dos hijos.

La canasta básica total incluye la canasta básica de alimentos y, la de bienes y servicios. La canasta básica de alimentos se elabora en base a los hábitos de consumo de la población teniendo en cuenta los requerimientos calóricos y proteicos para una alimentación saludable de una familia tipo .La canasta de bienes y servicios incluye los gastos de vestimenta, transporte, educación, salud y recreación de una familia tipo.

El nivel de instrucción determina normalmente el tipo de empleo y los ingresos. Mientras mayor sea el nivel de educación mayor serán los ingresos y el nivel social. Se

puede clasificar en: analfabeto (persona que no curso educación formal alguna, no sabe leer ni escribir), primaria incompleta o completa según haya cursado la educación básica finalizándola o no, secundario completo o incompleto según haya finalizado o no este tipo de estudio medio, y estudio superior según haya o no completado el plan de estudios universitario o terciario.

La educación primaria es la enseñanza básica, elemental que alfabetiza, enseña a leer y escribir, calculo básico y conceptos culturales elementales. Su finalidad es proporcionar una educación y formación que permite a los estudiantes el desarrollo de sus capacidades personales como integrantes de la sociedad. Es el primer paso del niño para la educación secundaria y superior. Es obligatoria y se imparte en escuelas y colegios. Tiene una duración de 7 años en la Argentina.

La educación secundaria o media tiene como objetivo preparar y capacitar al alumno para poder iniciar los estudios superiores o universitarios. Este tipo educación tiene una modalidad técnica que permite la capacitación para la inserción en el mundo laboral, con diferentes especialidades técnicas y profesionales. Tiene una duración de 5 o 6 años según la modalidad elegida.

La educación superior es la última etapa del proceso de aprendizaje y permite la capacitación para insertarse en el mundo laboral, permite acceder a mejores puestos de trabajo. Es un paso posterior a la enseñanza secundaria. Puede ser terciaria o universitaria.

La educación o formación terciaria se imparte en instituciones o academias de formación profesional; suele durar 3 o 4 años, no se consideran títulos de grado. Pueden ser profesorados o tecnicaturas.

La educación universitaria es la educación superior realizadas en las facultades y universidades, otorga títulos de grado y de post grado.

La ocupación o tipo de trabajo/ empleo se define como la actividad remunerativa realizada. El estatus ocupacional mide la posición social y está influenciado por nivel de instrucción.

El tipo de empleo define la posición social según las características del trabajo, la dependencia, la autonomía en la toma de decisiones, el prestigio, y el tipo de

habilidades psicofísicas-intelectuales necesarias para su realización. Los puestos de mayor prestigio están ocupados por las personas con niveles de estudios más altos.

Otro factor que determina el nivel socioeconómico es el tipo de vivienda. Se define a la vivienda como el lugar cerrado y cubierto que es habitado por una familia; esta edificación ofrece refugio y protección, además proporciona intimidad y lugar seguro para guardar las pertenencias familiares.

Según los datos de la Encuesta Nacional de población, hogares y viviendas las poblaciones con menores recursos económicos y de nivel socioeconómico bajo viven en asentamientos irregulares y en viviendas precarias o deficitarias.

Se definen como viviendas precarias a las edificaciones que ofrecen escasa seguridad y protección; son edificaciones provisionales, inestables, con utilización de diferentes elementos para su construcción, que no cuentan con los servicios básicos de eliminación de excretas y agua potable. Son factores de riesgo en las viviendas precarias el hacinamiento, ya que al vivir en una misma edificación un excesivo número de personas, en relación al número de habitaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de una investigación cuyo abordaje es **cuantitativo** ya que es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no se puede eludir pasos, según el tipo de diseño es **descriptivo**: tiene por objeto determinar cómo es la situación de las variables; aparición de enfermedades Infectocontagiosas y factores socioeconómicos que se están estudiando en una población, la presencia o ausencia de alguna de ellas, la frecuencia con la que se presentan y en quienes. Describe lo que está pasando en un lugar en un tiempo determinado. Según la cantidad de mediciones que deben realizarse la investigación es **transversal**, por lo que las variables se miden simultáneamente, el tiempo no es relevante para el fenómeno que se está midiendo. Se realizará una única medición. Dependiendo del momento de ocurrencia de los hechos que se desean medir, la investigación será **prospectiva**: se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

Sitio o contexto

Para la selección del sitio se elaboró una guía de convalidación, en esta investigación se realizó un relevamiento de datos. (Ver anexo I) Informe de dicho relevamiento. (Ver anexo III)

El lugar seleccionado para realizar este estudio, corresponde a una maternidad pública, dependiente de la municipalidad de Rosario, donde según estadísticas institucionales se efectúan el mayor número de partos anuales. De este efector se tomará el sector de internación.

Población y muestra

La población en estudio serán todas las mujeres embarazadas que concurran a una maternidad pública de la ciudad de Rosario durante el 2do. semestre de 2019.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son: todas las embarazadas que tengan entre 16 y 36 años de edad, que concurran a la maternidad pública de la ciudad de Rosario, para ser atendidas en el nacimiento de sus bebés durante el 2do. semestre de 2019. Estas mujeres pueden ser primigestas o multíparas sin controles prenatales, o con falta de control en el último trimestre del embarazo.

Los criterios de exclusión para participar en el estudio son: las mujeres embarazadas que ingresan a la institución con patologías infectocontagiosas ya diagnosticadas.

La población de embarazadas que concurrió a la institución pública en el segundo semestre de 2017 fue según datos estadísticos de 1.920. Debido al elevado número de mujeres embarazadas se realizará un muestreo de tipo no probabilístico por disponibilidad del investigador. En las muestras de este tipo la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador o grupo de personas que recolectan los datos. La ventaja de una muestra no probabilística, desde la visión cuantitativa, es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una "representatividad" de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

La elección de las unidades de análisis será durante el tiempo predeterminado en que se realizará el estudio, el tamaño de la muestra será de 170 mujeres, que se encuentren internadas cursando el puerperio inmediato durante los 3 primeros días de la semana en el horario de 6 a 12 horas. Se les entregará el cuestionario a dichas usuarias para que sea contestado en el momento en que se lo entrega, y el mismo será retirado por la investigadora o sus colaboradoras teniendo en cuenta un tiempo prudencial para que dicho instrumento sea contestado.

Los resultados obtenidos permitirán ser generalizados sólo a la población estudiada.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica con la que se llevará a cabo la recolección de datos será encuesta, utilizando como instrumento cuestionarios y un formulario.

Para la medición de la variable dependiente aparición de enfermedades infectocontagiosas, se aplicará un formulario de observación y lectura para confirmación de la aparición o no de enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual, este dato lo obtendrá el investigador por medio de las historias clínicas de las embarazadas. En dicho formulario se registrarán distintos datos de laboratorio, y se marcará con una cruz en la columna que corresponda si el resultado es positivo o negativo. (El formulario se encuentra en anexo II).

El cuestionario que se utilizará para medir la variable independiente: factores socioeconómicos, es de autoría del investigador. La entrevistada, deberá marcar con una X (cruz) las opciones que tienen las 7 condiciones, en la cual se realizarán preguntas cerradas con una opción de respuesta, asignando a cada respuesta un valor numérico. (El cuestionario completo se encuentra en anexo II).

Las ventajas de utilizar cuestionarios son: menor costo, mayor cobertura de población; menor tiempo en la recolección de datos; menor riesgo de distorsiones producidas, se preserva el anonimato del sujeto; y mayor tiempo de reflexión para las respuestas por parte del encuestado.

Las desventajas que presenta es el riesgo de elevado porcentaje de cuestionarios incompletos; exclusión de quienes no saben leer y escribir; imposibilidad de ayudar al informante con explicaciones complementarias; y la dificultad de verificación de la veracidad de los datos.

Contemplando el principio de justicia, preservando la identidad y el trato justo en todos los pasos de la investigación, y de respeto a la dignidad humana se otorgará adjunto al cuestionario el consentimiento informado (Ver anexo II) el cual constará de Información clara, concisa, explicación de las actividades a realizar, la preservación de anonimato y el carácter de voluntario. En caso de las menores se adjunta el asentimiento informado.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

- Variable 1: Independiente: Factores socioeconómicos

Dimensión 1: Tipo de vivienda

Indicadores:

- Material
- Madera
- Chapa
- Adobe
- Prefabricada

Dimensión 5: Personas que tiene a cargo

Indicadores:

- Ninguna
- Pareja
- Hijos: _ 1
 - _ 2
 - _ 3
 - _ Más de 3
- Padres: _ Madre
 - _ Padre
 - _ Ambos
- Hermano: _ 1
 - _ 2
 - _ más de 2

Dimensión 6: Condición laboral

Indicadores:

- Desempleada
- Changas
- Trabajo en negro con ingreso mensual fijo
- Monotributista
- Contrato provisorio
- Planta permanente
- ¿Cuántas personas trabajan en la casa?.....
- Variable 2: Dependiente: Aparición de enfermedades infectocontagiosas

Dimensión 1: Sífilis

Indicador:

- Laboratorio VDRL (+)

Dimensión 2: Gonorrea

Indicador:

- Muestra de orina, o hisopado en garganta, recto o cuello uterino (+)

Dimensión 3: HIV

Indicador:

- Laboratorio HIV (test rápido) (+)

Dimensión 4: HPV

Indicador:

- Laboratorio HPV (+)

Dimensión 5: Herpes Vaginal

Indicador:

- Muestra y prueba de la llaga y/o laboratorio (+)

Dimensión 6: Hepatitis B

Indicador:

- Laboratorio HVB (+)

Teniendo en cuenta los controles de validez interna, se realizó una prueba piloto, esta fase consistió en administrar el instrumento a una pequeña muestra de embarazadas para probar su entendimiento, así como las condiciones de la aplicación. A partir de esta prueba que se realizó el día 26 de octubre de 2018 en 10 mujeres entre 16 y 36 años cursando su puerperio mediano en la institución pública, se logra asegurar la confiabilidad y la validez del instrumento. Luego de otorgarles el consentimiento y el asentamiento informado a menores y mayores de edad respectivamente y de decidir voluntariamente a participar de la investigación, el instrumento fue aceptado con agrado, los resultados obtenidos de la prueba permiten concluir que el cuestionario mide las variables en estudio.

Personal a cargo de la recolección de datos

Para la aplicación del instrumento, será necesario el adiestramiento de encuestadores, 2 enfermeras que trabajan en el sector de internación, estas personas serán consultadas y adiestradas previamente por la autora para lograr la unificación de criterios.

Plan de análisis

Para la medición de la variable nivel socioeconómico se utilizará una escala nominal, la cual consta de 3 categorías siendo las mismas; baja, mediana y alta. Cada categoría se desprende de la sumatoria que arrojan los resultados de los cuestionarios que se le realizaron a la población en estudio, siendo los mismos, de 6 a 18 puntos; de 19 a 31 puntos y de 32 a 44 puntos, respectivamente.

Como se mencionó anteriormente esta sumatoria es resultado del valor que fue asignado a cada opción de respuesta, siendo las mismas. La variable se compone de 6 condiciones, por lo cual la puntuación máxima será de 44 puntos y la mínima de 6 puntos; lo que indica que a menor nivel socioeconómico, menor es el puntaje.

Los datos obtenidos se podrán presentar en gráficos de barras simples o sectores circulares.

Para la medición de la variable aparición de enfermedades infectocontagiosas se confeccionó un formulario con 6 indicadores, y dos respuestas (-) que vale 1 y (+) que vale 2, si el resultado es 6 la mujer no posee enfermedad aparente, si da 7 posee 1 enfermedad infectocontagiosa (e. i), si es 8 posee 2 e.i., si es 9 posee 3 e.i, si es 10 posee 4 e.i, si es 11 posee 5 e.i, y si el resultado es 12 presenta las 6 e.i.

Los datos obtenidos se podrán presentar en gráficos de barras simples o sectores circulares.

La primera tarea es describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas esto se logra al describir la distribución de las puntuaciones o frecuencias de cada variable. Para ello se utilizará la medida de frecuencia, media y mediana.

Plan de trabajo y cronograma

ACTIVIDAD	PERIODO
Recolección de datos: Cuestionario a usuarias, formulario de aparición de enfermedades infectocontagiosas. Recursos (papel, lapiceras, transporte)	Julio- Diciembre 2019
Análisis e interpretación de datos	Enero 2020
Tabulación de datos Recursos (pc, papel, lápiz)	Enero 2020
Análisis de resultados	Enero 2020
Elaboración del Informe Final	Enero 2020
Presentación del Informe Final	Enero 2020
Difusión de resultados	Enero 2020

ANEXOS

Anexo I

Relevamiento de datos

Guía:

- _ ¿La institución autoriza la realización del estudio?
- _ ¿El efector es de dependencia municipal?
- _ ¿Posee departamento de estadística?
- _ ¿Permite el acceso a los datos?
- _ Número de nacimientos mensuales y anuales
- _ ¿Es una maternidad centrada en la madre y el niño?
- _ ¿Atiende a embarazadas con enfermedades infectocontagiosas?
- _ ¿Cuál es el rango de edades de las embarazadas que asisten?
- _ ¿Cuál es la enfermedad infectocontagiosa de mayor prevalencia en las embarazadas?
- _ ¿Posee datos estadísticos sobre embarazadas con enfermedades infectocontagiosas por edad?
- _ ¿Cuántas camas útiles hay?
- _ ¿Cuál es el giro cama?
- _ ¿Cuál es el promedio de día de estada?
- _ ¿Cuál es el % ocupacional de cama?

Carta de Autorización

Solicitud de autorización:

Rosario,..... de..... de 20.....

SR. Director de la MM.

Dr.....

S/D _____

Me dirijo a Ud., en mi carácter de enfermera, cursando el último año de la Carrera Licenciatura en Enfermería a fin de solicitar autorización para cumplimentar el trabajo de investigación, requisito de la actividad académica Tesina.

El tema seleccionado es la relación que existe entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y el nivel socioeconómico en las mujeres embarazadas que hayan realizado el trabajo de parto en dicha institución. El citado estudio se realizará durante el segundo semestre del año 2019 se incluirán preguntas que requerirán la participación de las usuarias en una encuesta.

Desde ya agradezco su deferencia y lo saludo con mi mayor respeto.

Firma

Firma

Anexo II

Instrumento de recolección de datos

Variable: Factores socioeconómicos

Edad:.....

A.VIVIENDA

- _ De chapa1
- _ De Adobe2
- _ De madera.....3
- _ Prefabricada4
- _ De material.....5

B.NIVEL DE INGRESOS

- _ Plan dado por el gobierno de asignación familiar.....1
- _ Menos de \$10.000.....2
- _ Entre \$10.000 y \$20.000.....3
- _ Entre \$20.000 y \$30.000.....4
- _ Entre \$30.000 y \$40.000.....5
- _ Más de \$40.000.....

C. NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN

- _ Analfabeto.....1
- _ Primario Completo.....2
- _ Primario incompleto.....3
- _ Secundario Completo.....4
- _ Secundario Incompleto.....5
- _ Terciario Completo.....6

<input type="checkbox"/> _Terciario Incompleto.....	7
<input type="checkbox"/> _Universitario Completo.....	8
<input type="checkbox"/> _Universitario Incompleto.....	9

E. ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> _Soltera.....	1
<input type="checkbox"/> _Casada.....	2
<input type="checkbox"/> _Viuda.....	3
<input type="checkbox"/> _Divorciada.....	4
<input type="checkbox"/> _Concubina.....	5

F. PERSONAS QUE TIENE A CARGO

<input type="checkbox"/> _ Padres (madre y padre).....	1
<input type="checkbox"/> _ Padre.....	2
<input type="checkbox"/> _ Madre.....	3
<input type="checkbox"/> _ 1 Hermano.....	4
<input type="checkbox"/> _ 2 Hermanos.....	5
<input type="checkbox"/> _ Más de 2 Hermano.....	6
<input type="checkbox"/> _ 1 Hijo.....	7
<input type="checkbox"/> _ 2 Hijos.....	8
<input type="checkbox"/> _ 3 Hijos.....	9
<input type="checkbox"/> _ Más de 3 Hijo.....	10
<input type="checkbox"/> _ Pareja.....	11
<input type="checkbox"/> _ Ninguna.....	12

G. CONDICIÓN LABORAL

<input type="checkbox"/> _Desempleada.....	1
--	---

- _Changas.....2
- _Trabajo en negro con ingreso fijo.....3
- _Monotributista.....4
- _Contrato provisorio.....5
- _Planta permanente.....6
- _ ¿Cuántas personas trabajan en la casa?.....7

Variable: Aparición de enfermedades infectocontagiosas

Formulario de observación y lectura para confirmación de enfermedades infectocontagiosas

Enfermedades	Resultado de Laboratorio	
	Negativo (-)	Positivo (+)
Sífilis		
Gonorrea		
HIV		
HPV		
Herpes Vaginal		
Hepatitis B		

(Fuente de datos: Laboratorio)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Universidad Nacional de Rosario de la Actividad Académica Tesina. Tiene como objetivo recabar información, sobre si existe o no relación entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos de las mujeres que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario.

“Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizaran, y de lo que se espera de mí.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial .En los registros del estudio apareceré con un código personal, y los datos que y aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración es este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna .Una vez concluida las actividades a las que se hizo mención ,renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.”

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Yo _____, mayor de 21 años, certifico que he leído el

Procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada:

Título de la investigación

Él/La investigador/a me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma. Estoy de acuerdo en participar de la investigación.

Participante

Fecha.

ASENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE (Menor de edad)

El presente cuestionario es parte de una investigación que se realizará como requisito de la Actividad Académica Tesina. Tiene como objetivo recabar información, sobre si existe relación entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos de las mujeres que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario.

Acta de consentimiento informado.

“Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizarán, y de lo que se espera de mí.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento.

Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código personal, y los datos que y aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación.

Mi colaboración en este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluidas las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.”

Yo,..... de..... años de edad certifico que

(Nombre del padre/tutor legal, encargado)

he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada:

“Relación entre la aparición de enfermedades infectocontagiosas y los factores socioeconómicos de las mujeres que acuden a una maternidad pública de la ciudad de Rosario.”

El/La investigador/a me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma.

Estoy de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación

SI NO

Firma del participante

Fecha

ANEXO III

Resultado del estudio exploratorio

El sitio seleccionado para realizar el estudio, es una de las maternidades de la ciudad de Rosario, dependiente de la Municipalidad de dicha ciudad, de este efector se tomará el área de internación.

Esta institución tiene la característica de dedicarse a la atención de embarazadas y puérperas en diferentes condiciones de salud y nivel socioeconómico haciendo partícipe a su núcleo.

La institución cuenta con el sector internación con un total de 39 camas, distribuidas en 10 habitaciones de 3 camas, 4 habitaciones de 2 camas, 1 habitación con una cama para aislados, y 1 habitación para residencia de madres con 3 camas.

Cuenta con un servicio de estadísticas quien nos permitió el acceso de los datos.

También en uno de sus pisos cuenta con 2 salas de guardia, 7 box de pre- parto con una cama en cada uno, 4 salas de parto de las cuales 3 están en funcionamiento, 2 salas quirúrgicas.

Además cuenta con servicio de neonatología el cual cuenta con 6 cunas de baja complejidad, 6 Neo-Cunas, 2 incubadoras en la guardia y un total de 20 incubadoras de alta complejidad.

Está dotada con la más alta tecnología para brindar la mejor atención a los recién nacidos y madres.

Uno de los piso está destinado a las áreas de internación gineco-obstétricas, el otro piso están distribuidas las áreas de urgencias-emergencias gineco-obstétricas, pre-partos y partos, quirófanos, cuidados intermedios gineco-obstétricos y neonatología.

Se abandona así la modalidad de las salas generales, lo que permite una mayor posibilidad para las madres y los bebés de estar en contacto con sus seres queridos y una mayor preservación de la intimidad familiar.

La institución provee de todos los elementos necesarios para brindar la atención adecuada (elementos estériles, antisépticos, telas adhesivas, materiales descartables, etc).

En ella se producen entre 300 y 350 nacimientos mensuales. Dicha maternidad tiene como característica fundamental atender a las necesidades centrada a la familia, dirigido a aquellas que no tienen recursos (obras sociales o prepagas).

Éste efector de la salud pública municipal está dotado con la más alta tecnología para brindar la mejor atención de los recién nacidos y sus madres.

Al efectuar el estudio exploratorio que figura en el Anexo I, se convalidó el sitio seleccionado ya que cumple con los requerimientos de la investigación. En dicha Institución, se haya presente la población que reúne los requisitos necesarios para ser incluidos en este estudio, estando presentes las variables que hacen al interés del mismo.

ANEXO IV

Resultado de la prueba piloto

La finalidad de una prueba piloto es evaluar la confiabilidad de los instrumentos a utilizar, es decir que al ser aplicado repetidas veces y en condiciones semejantes al grupo, se obtienen resultados similares. Por otra parte la validez del instrumento nos indica si miden realmente aquello que se espera medir.

Se realizó una prueba piloto en la institución elegida en sujetos de atención cumpliendo los criterios de inclusión, previo a la recolección de datos. Para ello se elaboraron tres instrumentos uno para la variable independiente nivel socioeconómico; fue fácilmente interpretado.

Con respecto a la variable dependiente aparición de enfermedades infectocontagiosas, se elaboró un cuestionario con 13 preguntas que fueron contestadas por las usuarias y otro instrumento, un formulario de observación y lectura para la confirmación de enfermedades infectocontagiosas que la autora de esta investigación realizó recabando información de los resultados de laboratorio en la historia clínica.

El cuestionario es aceptable el nivel de validez, dado que las preguntas fueron contestadas con precisión, es decir evidenciaban medir lo que se esperaba y con respecto al formulario para la obtención de datos a través de fuentes secundarias, no se presentó ningún inconveniente.

BIBLIOGRAFIA

- Barba, Y. d., Soria, C. L., Intriago, N. E., & Morales, R. M. (2017). Complicaciones y manejo de la condilomatosis provocada por el virus del papiloma humano. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 420-432.
- Behm, H. (Agosto de 2011). *Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina*. Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de scielo: <http://www.scielo.org.ar>
- Cecchini, E., & Gonzalez Ayala, S. E. (2008). *Infectología y enfermedades infecciosas*. Buenos Aires: Journal.
- Conde, C. J., & Uribe, F. (1997). Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual. *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 6, 1-7.
- Cuba, F. S., & Flores, C. L. (2010). Sífilis en la Gestación. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 202-208.
- Dra. Miriam Bruno, D. S. (2016). *Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Algoritmos para diagnóstico y tratamiento*. Recuperado el 18 de diciembre de 2018, de Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones>
- Echeverria Moyano, J. M., & Antela López, A. (2006). Hepatitis B y D. En V. Ausina Ruiz, & S. Moreno Guillen, *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (págs. 807- 821). Málaga: Panamericana.
- Esteban, C. S. (2014). VIH: Infección aguda, pesquisa y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 25, núm. 3, 419-424.
- Gonzalez Ayala, S. E., & Cecchini, E. (2008). Otras enfermedades infecciosas virales prenatales y perinatales. En E. Cecchini, & G. A. E., *Infectología y enfermedades infecciosas* (págs. 576- 577). Buenos Aires: Journal.
- Ibarrola, M., Benito, J., Azcona, B., & Zubeldía, N. (2009). *Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de trasmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo- ováricos*. Recuperado el 2 de Agosto de 2018, de Anales del Sistema Sanitario de Navarra: scielo.isciii.es
- INDEC . (2018). Recuperado el 23 de Noviembre de 2018, de Instituto Nacional de Estadística y Censos República Argentina: <https://www.indec.gov.ar>
- Inmaculada Teva, M. P.-C. (marzo/ abril de 2009). *Revista Española de Salud Pública*. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200013

- Leguizamón, R., Vega, M. E., & Godoy, G. (junio de 2013). *Sífilis en gestantes y en recién nacidos*. Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de scielo: scielo.iics.una.py
- Margall Coscojuela, N. (2006). Infecciones por papilomavirus. En A. Ausina Ruiz, & S. Moreno Guillen, *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (págs. 783- 793). Málaga: Panamericana.
- Márquez-Toro, Y., Bastidas-Azuaje, M. A., Teran-Angel, G., Silva-Gutiérrez, N., Colmenares, M., Marquez-Miranda, M., y otros. (2016). Desarrollo de un ensayo casero para la detección de IgG contra el core del virus de la Hepatitis B. *Avances en Biomedicina*, 167- 172.
- Michaan, M. G., & Contarelli, J. M. (2008). Infecciones de transmisión sexual. En E. Cecchini, & S. E. Ayala, *Infectología y enfermedades infecciosas* (págs. 209- 228). Buenos Aires: Journal.
- Pastor, G. P., & Pertejo, J. A. (2006). Patogenia de las enfermedades infecciosas. En V. A. Ruiz, & S. M. Guillen, *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (págs. 19- 32). Málaga: Panamericana.
- Pérez, E. J., & Pichardo, A. R. (2006). Infecciones por Neisseria Gonorrhoeae. En V. A. Ruiz, & S. M. Guillen, *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (págs. 311- 319). Málaga: Panamericana.
- Ruiz, V. A., & Guillen, S. M. (2006). *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. Málaga: Panamericana.
- Salomón, H., Quarleri, J., & Gómez Carrillo, M. (2008). Etiología y fisiopatogenia del VIH/ SIDA. En E. Cecchini, & G. A. E., *Infectología y enfermedades infecciosas* (págs. 726- 731). Buenos Aires: Journal.
- Tejeda, M. D., Velasco, M. S., & Nieto, F. G.-P. (2007). *Oncología (Barcelona)*. Recuperado el 20 de Mayo de 2018, de Cancer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (HPV): scielo.isciii.es
- Torrens Sigalés, R. M., & Martinez Bueno, C. (2012). *Enfermería obstétrica y ginecológica*. Barcelona: DAE.
- Vázquez, L. (2008). Sífilis congénita. En E. Cecchini, & S. E. Ayala, *Infectología y enfermedades infecciosas* (págs. 553- 581). Buenos Aires: Journal.
- Vidal, G. I. (2008). Herpes simplex: infección prenatal y perinatal. En E. Cecchini, & S. E. Gonzales Araya, *Infectología y enfermedades infecciosas* (págs. 536- 542). Buenos Aires: Journal.

VIH/SIDA), O. (. (2011). *Podemos evitar que las madres mueran y que los bebés se infectan por en VIH*. Recuperado el 30 de noviembre de 2018, de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20101031_JC1965_PMTC_es_0.pdf

Yessica Alexandra Sánchez Valencia, L. A. (2013). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005