



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**FACTORES DE RIESGO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NIVEL III DEL
DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRES EN LOS AÑOS 2018 Y 2019**

**RISK FACTORS AND SEXUAL TRANSMITTED INFECTIONS IN
PREGNANT WOMEN ASSISTED IN A III LEVEL HOSPITAL IN SAN
MARTIN DE PORRES DISTRICT DURING 2018 AND 2019**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

DOMINIQUE VANESA BUTRON GOIZUETA

FAVIO SOTELO RIVAS

ASESOR

DR. SEGUNDO CECILIO ACHO MEGO

LIMA-PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Carlos Augusto Hidalgo Quevedo

Vocal: Dr. Juan Elisban Mauricio Pachas

Secretario: Dr. Alexander Galindo La Matta

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Dr. Segundo Cecilio Acho Mego

Departamento académico de ginecología y obstetricia

ORCID: 0000-0002-2638-7819

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a nuestras familias por apoyarnos en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial a nuestro asesor por su paciencia, apoyo y compromiso en el desarrollo de la actual investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente proyecto de investigación fue autofinanciado.

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

FACTORES DE RIESGO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NIVEL III DEL DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRES EN LOS AÑOS 2018 Y 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	2%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	worldwidescience.org Fuente de Internet	2%
3	repositorio.fcmunca.edu.py Fuente de Internet	1%
4	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
7	prezi.com Fuente de Internet	<1%
8	search.scielo.org Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS	10
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	23
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	32
ANEXOS.....	

RESUMEN:

Antecedentes: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan el desarrollo gestacional y la salud de adultos, fetos y recién nacidos, resultando importante conocer los factores de riesgo más frecuentes. **Objetivo:** Describir el comportamiento de los factores de riesgo y las ITS en embarazadas atendidas en un hospital nivel III del distrito San Martín de Porres en 2018 - 2019, determinar su frecuencia y comparar el comportamiento de los factores de riesgo según nacionalidad. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, basado en la revisión de registros de gestantes con ITS. **Resultados:** De las 115 gestantes, 56,5% tuvo infección por VIH; 8,7%, por VHB; y 39,1%, sífilis. Los controles prenatales insuficientes se presentaron en 41,8% y 64,7%; el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, en 29,6% y 41,2%; el nivel educativo incompleto, en 15,3% y 11,8%; la violencia doméstica, en 12% y 0%; el consumo de alcohol, en 4,1% y 5,9% y el de drogas ilícitas en 3% y 0% de gestantes peruanas y venezolanas, respectivamente. **Conclusiones:** La ITS más frecuente en las gestantes es la infección por VIH, seguida por la sífilis y la hepatitis B. En peruanas predomina la infección por VIH; y en venezolanas, la sífilis. Los factores de riesgo más frecuentes son 1. controles prenatales insuficientes, 2. inicio precoz de relaciones sexuales y 3. educación incompleta, resultando necesario implementar estrategias para captar gestantes sin controles prenatales y fomentar la educación sexual.

Palabras clave: *Enfermedades de transmisión sexual, mujeres embarazadas, factores de riesgo, VIH, Hepatitis B, Sífilis*

ABSTRACT:

Background: Sexually transmitted infections affect gestational development and the health of adults, fetuses, and newborns, therefore its importance to study the most frequent risk factors. **Objective:** To describe the behavior of risk factors and STIs in pregnant women attended at a level III hospital in the San Martin de Porres district in 2018 - 2019, determine their frequency and compare the behavior of risk factors according to nationality. **Materials and methods:** Observational, retrospective, cross-sectional study, based on the review of pre-existing records of pregnant women with STI diagnosis attended at a level III hospital in the district of San Martin de Porres during 2018-2019. **Results:** Of the 115 pregnant women, 56.5% had HIV infection; 8.7%, HBV infection; and 39.1%, syphilis. Insufficient prenatal controls were present in 41.8% and 64.7%; early initiation of sexual relations in 29.6% and 41.2%; incomplete educational level, in 15.3% and 11.8%; domestic violence, in 12% and 0%; alcohol consumption, in 4.1% and 5.9%; and illicit drug use, in 3% and 0% of Peruvian and Venezuelan pregnant women, respectively. **Conclusions:** The most frequent STI in pregnant women is HIV infection, followed by syphilis and hepatitis B. HIV infection predominates in Peruvian women and syphilis in Venezuelan women. The most frequent risk factors are 1. insufficient prenatal checkups, 2. early initiation of sexual relations, and 3. incomplete education, making it a necessity to implement strategies to catch pregnant women without prenatal checkups and promote sex education.

Keywords: *Sexually transmitted diseases, pregnant women, risk factors, HIV, Hepatitis B, Syphilis*

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual son muy frecuentes a nivel mundial y conllevan significativa morbilidad y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta más de 1 millón de ITS adquiridas cada día en el mundo (1), y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) concluye que Estados Unidos (EEUU), en el 2017, presentó una incidencia de 20 millones de nuevos casos de ITS (2).

Aunque las relaciones sexuales conllevan, en general, un riesgo de adquirir alguna ITS, hay grupos con mayor tasa de contagios (3), y grupos con mayor riesgo por la morbilidad implicada. Las gestantes se consideran uno de estos por el amplio espectro de repercusiones materno fetales que pueden presentar (4). Cabe mencionar, que, sin tratamiento oportuno, las infecciones de transmisión sexual son una causa importante de infertilidad en las mujeres a largo plazo (5).

En este estudio se consideran tres ITS muy importantes para el sistema de salud peruano, es decir, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por virus de hepatitis B (VHB) y la sífilis, en gestantes adultas atendidas en un hospital general de la ciudad de Lima, en Perú.

En primer lugar, la infección por VIH predispone a una gran inmunosupresión celular, que sin tratamiento conlleva otras infecciones, neoplasias y el desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Continúa siendo un importante problema de salud pública en el Perú, a pesar de ser prevenible con el uso adecuado

del preservativo y controlable con un diagnóstico e inicio precoz del tratamiento. Según la CDC, “aproximadamente 1,2 millones de personas en EEUU vivían con el VIH en 2018, y se estima que una de cada siete no sabía que tenía el VIH” (3). El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú, en el 2018, estima que existen 72 mil personas con VIH a nivel nacional y que la prevalencia de gestantes con VIH/SIDA es de 0,23% aproximadamente (6). Asimismo, según una investigación del 2016 en el departamento de Arequipa, la prevalencia de VIH en gestantes es de 0.3% con una asociación importante a la presencia simultánea de sífilis y verrugas genitales (7). Según la OMS (8), las gestantes sin tratamiento antirretroviral tienen tasas de transmisión entre 15% y 45%, mientras que con tratamiento las tasas de transmisión vertical se reducen a niveles inferiores al 5%, por lo que es importante el diagnóstico precoz.

Por otro lado, la infección por el virus de Hepatitis B, que es entre 50 y 100 veces más contagioso que el VIH (9) es una de las causas principales de hepatitis viral y cirrosis hepática. Es importante el descarte de esta infección por su elevada morbimortalidad, 1,34 millones de muertes en el 2015, según la OMS, y un aumento entre 20% y 30% del riesgo de cirrosis o cáncer de hígado en el feto infectado (10). Según Edmunds et al. “el riesgo de adquirir una infección crónica de VHB es mayor en el periodo perinatal, y hasta el 90% de los recién nacidos infectados se convierten en portadores crónicos” (11), y a largo plazo estos niños infectados se convierten en un reservorio de transmisión vertical en la comunidad, y es por ello, que la medida más eficaz de prevención es la vacunación.

Asimismo, la sífilis, infección causada por la bacteria *Treponema pallidum*, tiene su incidencia en constante incremento. La CDC en 2019 reportó más de 120 mil casos de sífilis en EEUU, siendo casi 40 mil de sífilis primaria y secundaria, las etapas más infecciosas, implicando esto un aumento de 11,2% en la etapa 2018-2019 (4). Esto también afecta a las mujeres embarazadas, resultando en más casos de sífilis congénita (2), enfermedad que se contrae en cualquier momento del embarazo o parto, y está asociado con mortalidad infantil y morbilidad a largo plazo como retraso en el crecimiento fetal, anomalías óseas, ictericia, lesiones oculares y problemas neurológicos como ceguera y sordera neurosensorial (3). Según la CDC, “hasta el 80% de los niños que nacen de personas infectadas con sífilis también están infectados, y el 40% de ellos presentan mortinatos y muertes infantiles” (4). Además, Korenromp et al. hizo una estimación global de gestantes con sífilis durante el 2016 y concluye que se presentaron 988 000 gestantes infectadas resultando en más de 350 000 resultados adversos en el parto incluidos 200 000 nacimientos de niños muertos y muerte de recién nacidos (12). En cuanto a Perú, una investigación del 2000 al 2010, realizada en varios hospitales públicos, encontró que la prevalencia de sífilis gestacional era de 0,7%, con una tasa de tamizaje para sífilis materna en 80,7%. Para el año 2010, la prevalencia según las regiones del Perú eran 0,2% en la costa, 0,23% en la sierra y 0,47% en la selva, probablemente por las brechas culturales y educativas que se agravan en esta última. Además de este factor regional, se mencionan el escaso nivel educativo, la ausencia de controles prenatales, la mayor paridad y un estado civil de conviviente o soltera. Sin embargo, se concluye que, en general, la prevalencia de sífilis gestacional se encuentra en tendencia decreciente (13).

Estas tres infecciones de transmisión sexual descritas se asocian a los variados factores de riesgo que existen, en su gran mayoría modificables, por lo que deben ser conocidos y trabajados por sectores poblacionales para modificar las estrategias de prevención y tamizaje.

Los factores de riesgo más comunes para la adquisición de una ITS en la población, incluyendo a las gestantes, son tener edad joven, haber tenido múltiples parejas sexuales y el antecedente de una ITS previa. Sin embargo, hay otros factores a considerar, como el bajo nivel de escolaridad, la edad de inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales, la violencia doméstica, el uso inconsistente o incorrecto del condón, el consumo de drogas y la falta de controles prenatales, y que sería importante definir en la población en la que se quiere mejorar el enfoque de la educación en salud sexual y reproductiva (3).

Con respecto al nivel educativo, algunos estudios (14) (15) han relacionado el bajo nivel de escolaridad con la presencia de sífilis. Otros han asociado el bajo nivel educativo, definiéndolo como menor al noveno grado de estudios americanos, con mayores tasas de ITS (16).

Por otra parte, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, por ejemplo, en la adolescencia media o antes, ha demostrado un mayor riesgo para contraer una ITS, pues los individuos de esta edad, por lo general, carecen de la educación sexual suficiente, no suelen permanecer con la misma pareja y tienen un uso inconsistente del preservativo (16). En un estudio chileno, el 34% de las pacientes con ITS inició

su vida sexual a los 15 años o antes, en comparación con el 18% de aquellas sin ITS. Asimismo, de las pacientes con ITS, casi la mitad, 46%, tuvo 2 o más parejas el último año y de estas el 70% no usó preservativo, versus el 18% y 22%, respectivamente, en el grupo sin ITS (17).

En cuanto a la violencia doméstica, esta se ha asociado a la transmisión de ITS, embarazos no deseados e inconsistente o incorrecto uso del preservativo, según The National Academies Press (3), citando a Rome y Miller en 2020. A pesar de que el concepto de violencia es afectado en gran manera por la comunidad que se esté estudiando, esta tiene contribuyentes universales, como el uso de sustancias psicoactivas, el antecedente de haber estado en prisión y el desorden de estrés postraumático. En Perú, la violencia doméstica representa un problema de gran magnitud y aún subestimado. Según una encuesta demográfica de salud familiar, realizada en Ica en el año 2012, 66,5% de las mujeres alguna vez en pareja sufrieron formas de control, 22,1% de las mismas reportaron haber sido víctimas de violencia verbal y 25,8% indicaron haber recibido amenazas de abandono, pérdida de sus hijos o del soporte económico y 9,2% señalaron haber recibido amenazas directas de daño hacia ellas o alguien cercano (18). Resulta importante entender los mecanismos por los cuales la violencia doméstica se puede asociar a una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, pues no siempre se trata de violencia en las relaciones de pareja, como, por ejemplo, la violencia de género que se ejerce al privar de la educación escolar y/o sexual a las hijas mujeres.

Otro factor de riesgo es el uso inconsistente del condón, un método de barrera eficaz para evitar ITS y muy accesible. Un estudio descriptivo realizado en Brasil encontró que el 80% de gestantes del estudio mantenían relaciones sexuales, pero 75% no usaba condón al percibirlo innecesario, por no tener la posibilidad de quedar embarazada, ignorando el riesgo de contraer una ITS (19). Además, en la encuesta de Ica previamente citada, se encontró que entre las mujeres que tenían información acerca del VIH/SIDA, casi el 100% conocía el uso del condón como una herramienta para prevenir enfermedades, más solo el 11% lo utilizó durante el último mes por lo que su uso frecuente y sostenido no era una práctica común en esta población (18).

Por otra parte, en países como Estados Unidos, donde el consumo de drogas ilícitas, específicamente las intravenosas, es más común, la asociación entre este factor y la transmisión de ITS entre heterosexuales es más notoria. Sin embargo, en Perú este es un problema muy infrecuente, resaltando en mayor medida el consumo de alcohol, por más del 50% de la población (20). Un estudio de cohortes de 30 años en Nueva Zelanda evidenció que, a mayor consumo de alcohol, mayor el riesgo de ITS e incluso, la toma ocasional pero desmedida de alcohol se vincula con un riesgo 5 veces mayor de adquirir gonorrea en mujeres, según investigaciones citadas en The National Press (3). Se plantea la asociación, pues las drogas aumentan las conductas sexuales de riesgo como las relaciones sin condón y el mayor número de parejas sexuales, y la dependencia del uso de las mismas puede conllevar al sexo transaccional (3).

Otro factor a considerar es la carencia de los controles prenatales. Estos constituyen uno de los pilares fundamentales en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva (21), pues el descarte temprano de ITS en gestantes es una de las estrategias para disminuir la morbimortalidad neonatal. Estudios peruanos de Lozano et al. (21) e Idrogo et al. (22) manifiestan que aquellos recién nacidos con un número menor a 6 controles prenatales tienen mayor riesgo de tener alguna morbimortalidad. Estos estudios concuerdan con Navarro (23) que indica que la ausencia de atención prenatal aumenta 15 veces las probabilidades de muerte fetal. Por último, Aguilar (24) encontró que, en un grupo de 62 gestantes con diagnóstico de sífilis, casi el 62% de ellas presentaba entre 1 a 5 controles prenatales.

Estos factores de riesgo, en las gestantes, se describen en los carnés perinatales, y es de importancia conocerlos y su asociación con las ITS, pues son modificables y su consideración en la atención primaria de salud podría generar un impacto positivo.

Respecto al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Cayetano Heredia, donde se realiza esta investigación, entre los años 2018 y 2019 se atendió un total de 10472 partos. De estos, 9920 fueron de mujeres adultas, de las cuales 160 presentaron algún diagnóstico de infección de transmisión sexual, entre infección por VIH, sífilis e infección por VHB, aproximando una prevalencia de 16 por cada 1000 mujeres atendidas.

En conclusión, las ITS son aún un problema global de salud pública, pero en Perú no hay información local detallada, mucho menos que considere a las gestantes en una región de Lima con alta densidad demográfica, que permita eventualmente la mejora de este abordaje. Por tales motivos, el presente proyecto de investigación pretende describir el comportamiento de los factores de riesgo y las infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el comportamiento de los factores de riesgo y las infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019
2. Comparar el comportamiento de los factores de riesgo entre las embarazadas peruanas y las extranjeras atendidas en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: (25)

- El presente proyecto de investigación tiene un diseño no experimental, pues no se realizará manipulación de las variables.
- Es un estudio descriptivo, pues busca indagar en el comportamiento de los factores de riesgo con respecto a la frecuencia de ITS en la población estudiada.
- Es transversal y retrospectivo, porque se recolectarán datos en un solo periodo de tiempo, en este caso del 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2019.

La población del estudio incluye las mujeres embarazadas, mayores de 18 años, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres, del 2018 al 2019. Los criterios de selección son los siguientes:

Criterios de inclusión

- Gestantes
- Mayores de 18 años de edad
- Diagnóstico de ITS en los años 2018 y 2019
- Atención por servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia (HCH)

Criterios de exclusión

- Historia clínica inaccesible

Muestra

- No requiere definición del tamaño muestral
- La unidad de muestreo consistirá en gestantes mayores de 18 años, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres, con el diagnóstico de ITS, en los años 2018 y 2019
- El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia debido a que la muestra pertenece a un hospital de fácil acceso por los investigadores
- Las unidades de análisis son el carné de atención prenatal realizado a las gestantes mayores de 18 años, atendidas en un hospital nivel III en SMP, con el diagnóstico de ITS, en los años 2018 y 2019, las historias clínicas de las mismas pacientes, la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) y el Sistema Registro de Hechos Vitales - RENIEC (SRHV).

Definición operacional de variables (ver Anexo 1)

Procedimientos y técnicas

Se solicitará un permiso firmado al jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia para el acceso al SIP, al SRHV y para la revisión del carné de atención perinatal y las historias clínicas. Mediante la base de datos del SIP y el SRHV se identificará a aquellas gestantes con el diagnóstico de alguna de las ITS en estudio (VIH, Hepatitis B, Sífilis) y sus nacionalidades, y después se utilizará los carnés de atención perinatal e historias clínicas de aquellas que cumplan con los criterios de inclusión. El presupuesto de la investigación se encuentra en el Anexo 2.

Aspectos éticos del estudio

Los procedimientos del estudio están planteados con base en la declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores modificaciones. El proyecto será evaluado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y será presentado ante el jefe del servicio de ginecología y obstetricia del HCH para su posterior ejecución. La recopilación de la información se hará por revisión de registros preexistentes, por lo cual los investigadores no tendrán contacto con pacientes y no se requerirá el uso del consentimiento informado.

La información de estudio se vaciará en una base de datos original creada en Microsoft Excel 16 (Anexo 3) a la cual tendrán acceso exclusivo los investigadores, y donde no se tendrá ningún identificador del paciente, manteniendo en anonimato a las gestantes. Si bien la recopilación se hará de historias clínicas determinadas, se generará un código alfanumérico aleatorio para cada una. Estos códigos solo serán válidos para la recopilación y análisis de los datos. La base de datos se conservará hasta concluir la investigación y posteriormente será eliminada.

Plan de análisis:

Los datos de interés serán registrados en un formato de Microsoft Excel 16, previamente validado por los asesores, y posteriormente se procederá a realizar la descripción estadística mediante el paquete de software estadístico STATA 17.

La descripción estadística de los datos consistirá en obtener las frecuencias de las dimensiones en estudio, medidas de dispersión (máximos y mínimos, rangos) y

tendencia central (media, moda). Para las variables cualitativas se usarán gráficos de barras y para las cuantitativas, histogramas.

IV. RESULTADOS

De las 115 historias clínicas aptas para la recopilación de información en este estudio, 14,8% fueron de gestantes con nacionalidad extranjera, en su totalidad de procedencia venezolana (17/115) y 85,2% de nacionalidad peruana (98/115).

De las historias clínicas, 56,5% correspondió a gestantes con diagnóstico de infección por VIH, 8,7% tuvo infección por VHB, y 39,1%, fueron casos de sífilis, de los cuales 0,8% tuvo coinfección con VHB y 3,5% coinfección con VIH. Ninguna gestante presentó coinfección por VIH y VHB (ver diagrama #1).

La edad de inicio de relaciones sexuales varió entre 12 y 30 años, con una media y moda de 17 años (ver histograma #1). Como factor de riesgo, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, antes de los 16 años, estuvo presente en 31,3% de las gestantes.

Respecto al número de parejas sexuales, la moda fue de 2 parejas (38,3%), en un rango de 1 a 20, concentrándose el 87,8% entre 1 y 4 parejas.

Los controles prenatales presentaron una media de 5 y una moda de 6 (14,8%), en un rango de 0 a 13 (ver histograma #2). Y como factor de riesgo, los "controles prenatales insuficientes", es decir, 5 o menos, se identificaron en 45,2% de las gestantes con alguna ITS.

Respecto a los métodos anticonceptivos usados por las gestantes, 41,7% refirió no usarlos, 27,8% optó por los métodos hormonales, 28,7% por los de barrera y 1,8% por usar varios métodos de forma indistinta.

En cuanto a los factores sociodemográficos, en primer lugar, un nivel de educación incompleta, es decir, inferior a secundaria completa, estuvo presente en 14,8% de las gestantes incluidas. Se encontró que 14,8% tuvo educación superior universitaria, 10,4%, superior técnica; 60%, secundaria completa; 13%, secundaria incompleta y 1,7% no superó primaria.

En segundo lugar, la violencia doméstica se reportó presente en 10,4% del total de gestantes, ausente en 70,4% y no se reportó en 19,1%.

Y en tercer y cuarto lugar, el consumo de alcohol y de drogas ilícitas, que se identificaron como presentes en 4,4% y 2,6% y como ausentes en 89,6% y 91,3% respectivamente. No se reportó el consumo ni de alcohol ni de drogas en 6,1% de las pacientes.

A continuación, se procederá a describir el comportamiento de los factores de riesgo para ITS y algunos factores sociodemográficos correspondientes, según la nacionalidad de las gestantes. Como ya se mencionó previamente, la única nacionalidad extranjera identificada fue la venezolana.

En el grupo de gestantes peruanas, 61,2% tuvo el diagnóstico de infección por VIH; 9,1%, infección por VHB y 33,6%, sífilis, mientras que, en las extranjeras, 29,4% tuvo infección por VIH; 5,8%, infección por VHB y 70,5%, sífilis. En peruanas predominó la infección por VIH y en las extranjeras, la sífilis. Con respecto a las coinfecciones, las más frecuentes son las de VHB y sífilis, con 5,9% de frecuencia en gestantes extranjeras y la de VIH y sífilis con 4,1% en las peruanas. En ninguna gestante se encontró coinfección por VIH y VHB. En el caso de las peruanas tampoco hubo casos de infección por VHB y sífilis, y en las extranjeras no hubo diagnóstico de coinfección por VIH y sífilis (ver diagrama #2).

En relación con los controles prenatales, las peruanas tuvieron una media de 6, en un rango de 0 a 12, mientras que las extranjeras tuvieron una media de 5, en un rango de 0 a 13. Solo 1% de las peruanas y 5,9% de las extranjeras careció de al menos 1 control prenatal. El factor de riesgo "controles prenatales insuficientes", estuvo presente en 41,8% de gestantes peruanas y en 64,7% de las venezolanas.

Sobre el inicio de relaciones sexuales, en las gestantes peruanas la edad media fue de 17 años y la moda fue de 16 (20,4%), con un rango de 12 a 30, mientras que en las extranjeras la edad media fue de 16,5 años, pero con un rango más estrecho de 14 a 22 años y una distribución bimodal en las edades 15 y 17 años, ambas con 23,5% de frecuencia (ver histogramas #3 y #4). El factor de riesgo "inicio de relaciones sexuales a temprana edad" estuvo presente en 29,6% de peruanas y 41,2% de extranjeras, y sobre el número de parejas sexuales, el promedio fue aproximadamente 3 en ambas poblaciones (3,1 en peruanas y 2,9 en extranjeras),

siendo la mayor cantidad descrita de 20 en las peruanas y de 5 en las extranjeras. Respectivamente, 38,8 y 35,3% tuvieron 2 parejas sexuales, siendo esa la moda.

Asimismo, respecto al nivel educativo, más de la mitad de gestantes tiene secundaria completa, 61,2% de las peruanas y 52,9% de las extranjeras. El factor de riesgo "nivel de educación incompleta" estuvo presente en 15,3% de las gestantes peruanas y 11,8% de las gestantes extranjeras. (ver gráficos de barra #1 y #2).

Sobre los métodos anticonceptivos, estos fueron utilizados en 61,2% de peruanas y 41,2% de venezolanas. Las que usaron métodos hormonales fueron 28,6 y 23,5%, y métodos de barrera, 30,6 y 17,7%, respectivamente. Además, en las peruanas, 2% usaron varios métodos, en contraste con el 0% de extranjeras. 38,8% de las peruanas y 58,8% de las gestantes venezolanas no usaba ningún método anticonceptivo.

Respecto al consumo de drogas ilícitas, 3,1% de las gestantes peruanas reportó consumirlas, en contraste con 0% de las extranjeras. En cuanto al consumo de alcohol, en las peruanas estuvo presente en 4,1% y ausente en 90,8%, mientras que, en las extranjeras, 5,9% señaló consumir alcohol y 82,4% negó hacerlo. No se reportó el consumo de drogas y alcohol en 5,1 y 11,8% de peruanas y venezolanas, respectivamente.

En torno a la violencia doméstica, el 12% de gestantes peruanas y 0% de venezolanas refirió sufrir de este problema. Aproximadamente el 70% de gestantes

de ambos grupos lo descartó (70,4% de peruanas y 70,5% de venezolanas). No se reportó la información en 17,4% de peruanas y 29,4% de venezolanas.

V. DISCUSIÓN

Todas las historias clínicas consideradas en esta investigación fueron de mujeres gestantes con infecciones de transmisión sexual, por lo que no se puede pretender comparar con la población de gestantes que no tiene estas infecciones. Se encontró que la infección más frecuente fue la de VIH, con 56,5%, seguida de la sífilis con 39,1% de los casos y finalmente la infección por VHB con 8,7%.

Por una parte, la edad de inicio de relaciones sexuales mostró una media de 17 años. Al comparar con los resultados de la ENAHO-98 (28), la media ha disminuido en un año respecto a la población general (18 años) y dos respecto a las mujeres limeñas (19 años), una leve diferencia que puede deberse al tamaño muestral o a la tendencia general de un inicio cada vez más temprano de la vida sexual.

El número de parejas sexuales, con media de 3, y con 13% de las gestantes con una única pareja sexual, fortalece la importancia que se le debe dar al uso del preservativo.

En las gestantes de este estudio, 69,7% de ellas no estaban previniendo correctamente el contagio de ITS al no utilizar métodos de barrera. Según Gonzáles Hernando et al. (29), existe evidencia que respalda el uso masivo del preservativo en la población para una reducción importante en la incidencia del VIH y otras ITS, lo cual hace mucho más importante recalcar el uso del preservativo en la población ya diagnosticada. En la actualidad, los preservativos de calidad, usados de forma correcta y sistemática en cada relación sexual, son los únicos métodos

anticonceptivos de barrera que previenen el contagio de múltiples infecciones de transmisión sexual (29).

En torno a los controles prenatales insuficientes, estos se identificaron en 45,2% de las gestantes con alguna ITS, cifra superior a la encontrada por Arispe et al. (30), en el año 2011 en el mismo hospital, correspondiendo a 34% de puérperas con controles prenatales insuficientes. Como lo menciona el estudio de Silva et al. (31) en el 2016, estas gestantes tienen más probabilidad de falla en el diagnóstico y tratamiento de una ITS, por lo cual resulta necesario implementar estrategias para captar a las gestantes que no acuden a sus controles de embarazo y facilitar el acceso médico para así aumentar la adherencia a los mismos.

En cuanto al nivel educativo de las gestantes en esta investigación, el 60% tenía nivel educativo de secundaria completa. Esta información está en consonancia con un perfil sociodemográfico de las gestantes en el Perú en el 2019 (32), donde se ve que el nivel de educación secundaria es el predominante en las embarazadas en costa (50,8%), sierra (46,4%) y selva (47,6%). Sin embargo, en el mismo estudio se ve que 23,5% de todas las gestantes, y 11,2% de las de la costa peruana, no superaban el nivel primario, a diferencia del 1,7% encontrado en esta investigación, probablemente porque se ha realizado en un hospital en una zona urbana de la capital. Comparando según las nacionalidades, el nivel educativo fue incompleto en 15,3% de las gestantes peruanas y 11,8% de las venezolanas. En conjunto con la mayor cantidad de extranjeras con educación superior universitaria (35,3 vs 11,2%) y peruanas con educación en nivel primaria (2%), esta información sugiere mayores

déficits educativos en Perú que en Venezuela o la posibilidad de que la mayoría de población venezolana migrante ya contara con estudios superiores (33). Según los datos estadísticos del INEI en el 2018 (34), de los peruanos de 15 años a más, 20% contaba con educación primaria; 44%, secundaria; 13%, superior técnica y 17%, superior universitaria, mientras que la ENPOVE (35), en el mismo año, revela que, de los venezolanos de 15 años a más, 10,2% tenía nivel primario; 31,9%, secundaria; 19,2%, nivel superior técnico y 38,7%, superior universitario. Esta información, entonces, explicaría que se encuentre un mayor nivel educativo en las gestantes extranjeras.

Por otra parte, la violencia doméstica, que se reportó presente en 10,4% del total de gestantes, contrasta con la realidad de la ciudad limeña según el INEI (36), donde se refiere que la violencia familiar alguna vez ejercida afecta al 60,7% de mujeres. Las cifras de violencia en gestantes venezolanas encontradas en este estudio (0%) se muestran tan bajas como lo describe la investigación de Ruiz, Páez y Essensfeld (37) en la que se identifica un 0,68% de violencia doméstica en gestantes en un Hospital General de Caracas. Con respecto a las peruanas, los resultados encontrados (12,2%) son inferiores a los descritos en 2015 por De la cruz et al. (38) y en el año 2020 por Barzola et al. (39), quienes encuentran respectivamente un 46,47% y 29,44% de violencia durante la gestación. Estas diferencias podrían deberse al tamaño muestral de esta investigación, a los conceptos personales de violencia o al temor de reportar ser víctima de violencia doméstica por parte de las mismas pacientes.

Asimismo, el consumo de alcohol y de drogas ilícitas solo se identificó en 4,4% y 2,6% de las gestantes, respectivamente, y no se reportó en 6,1%. Al escasear la estadística nacional del consumo de estas sustancias en la población general y más específicamente, en mujeres gestantes, las cifras descritas posiblemente subestimen la realidad del problema (ver tabla #1).

VI. CONCLUSIONES

La ITS más frecuente en las gestantes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia durante los años 2018 y 2019 es la infección por VIH, seguida por la sífilis y por último, la infección por VHB. En las gestantes peruanas predomina la infección por VIH; y en las venezolanas, la sífilis.

Los principales factores de riesgo para contraer ITS son 1. Controles prenatales insuficientes, 2. Inicio de relaciones sexuales a temprana edad y 3. Nivel de educación incompleta. Por eso, resulta necesario implementar estrategias para captar y facilitar el acceso de las gestantes a sus controles prenatales y fomentar la educación sexual integral.

El nivel de educación incompleta y la violencia doméstica están más presentes en las peruanas que en las venezolanas, mientras que en estas últimas predominan los controles prenatales insuficientes y el inicio precoz de relaciones sexuales.

Respecto al consumo de drogas y alcohol, aún se necesita mucha investigación estadística para determinar su rol como probable factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual en las mujeres y gestantes en Perú .

Además, existe un porcentaje considerable de población venezolana en la atención del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Cayetano Heredia por lo cual es importante considerar su idiosincrasia en futuros estudios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. WHO; 2019 [citado el 4 de junio del año 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
02. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). Reported STDs in the United States [Internet]. CDC; 2017 [citado el 6 de junio del año 2021]. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/59579>
03. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Sexually Transmitted Infections: Adopting a Sexual Health Paradigm [Internet]. The National Academies Press; 2021 [citado el 10 de junio del año 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/25955>
04. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). The State of STDs in the United States in 2019 [Internet]. CDC; 2019 [citado el 6 de junio del año 2021]. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/105054>
05. Lochner H, Maraqa N. Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women: Integrating Screening and Treatment into Prenatal Care. *Pediatric Drugs* [Internet]. 2018 [citado el 20 de junio del año 2021]; 20: 501–509. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40272-018-0310-4>
06. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. MINSA; 2018 [citado el 21 de julio del año 2021] Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/47.pdf>
07. Canales Y. Factores de riesgo que explican la prevalencia de infección por VIH en mujeres gestantes detectadas en los servicios de los establecimientos

- del sector salud Arequipa 2016. [Tesis de Doctorado]. Arequipa: Universidad San Pedro; 2016. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/2523>
08. World Health Organization. WHO validates elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba [Internet]. WHO; 2015 [citado el 3 de abril del 2021]. Disponible en <https://www.who.int/news/item/30-06-2015-who-validates-elimination-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-in-cuba>
09. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). Hepatitis B y salud sexual [Internet] CDC; 2013 [citado el 24 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/pdfs/hepbsexualhealth_sp.pdf
10. Wang K, Yan M, Tzu T. Prevention of perinatal hepatitis B virus transmission. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2019 [citado el 8 de julio del 2021]; 300: 251–259. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05190-0>
11. Edmunds W, Medley G, Nokes D, Hall A, Whittle H. The influence of age on the development of the hepatitis B carrier state. Proc Biol Sci [Internet]. 1993 [citado el 8 de julio del 2021]; 253(1337):197–201. Disponible en: <https://doi.org/10.1098/rspb.1993.0102>
12. Korenromp E, Rowley J, Alonso M, Mello M, Wijesooriya N, Mahiané S, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. PLOS ONE [Internet]. 2019 [citado el 14 de julio del 2021]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>

13. Gonzales G, Tapia V, Serruya S. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000 - 2010. *Rev Perú med exp salud publica* [Internet]. 2014 [citado el 22 de julio del 2021]; 31(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200004
14. Caballero S. Infecciones de transmisión sexual en mujeres de edad fértil usuarias del Hospital Regional de Villa Hayes, Paraguay. *Mem Inst Invest Cienc Salud* [Internet]. 2015 [citado el 10 de junio del 2021]; 13(2):39–49. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n2/v13n2a08.pdf>
15. Hogben M, Leichliter J. Social Determinants and Sexually Transmitted Disease Disparities. *J. Sex Transm Dis* [Internet]. 2008 [citado el 10 de agosto del 2021];35(12): S13–8. Disponible en: https://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2008/12001/Social_Determinants_and_Sexually_Transmitted.2.aspx
16. Vidal E, Hernández B. Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2017 [citado el 18 de agosto del 2021]; 16(4):625-634. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400014&lng=es
17. Pérez R, Ceballos A, Sanhueza M, Rebolledo M, González M, Durán V. Comportamiento sexual y factores biodemográficos asociados a infecciones de transmisión sexual. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 [citado

- el 18 de agosto del 2021]; 34(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100007&lng=es.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Ica, Perú [Internet]. INEI; 2012 [citado el 16 de agosto del 2021] p.190. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1120/Libro.pdf
19. Patriota A, Rocha M. Sexual health of pregnant women in a basic healthcare unit: a descriptive study. OBJN [Internet]. 2013 [citado el 22 de agosto del 2021];12(2). Disponible en <http://www.objnursing.uff.br/index.php/>
20. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Programa presupuestal de prevención y tratamiento del consumo de drogas 2013-2018 [Internet]. Perú: DEVIDA; 2018 [citado el 26 de julio del 2021]. Disponible en: <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/0/>
21. Lozano O, Correa L, Luna C. Controles prenatales y su asociación con la morbilidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales, Enero-Mayo 2016. Rev Fac Med Hum URP [Internet]. 2016 [citado el 16 de agosto del 2021];18(1):38-44. Disponible en:
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1267>
22. Tuesta I, Augusta S. Control prenatal y su relación con la morbilidad perinatal en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre del 2013. Repositorio Institucional Digital UNAP [Internet].

- 2014 [citado el 26 de julio del 2021]. Disponible en <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3716>
23. Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015. [Tesis de Pregrado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4194>
24. Aguilar R. Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3573/Aguilar_tr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Fernández C, Baptista P, Hernández R. Metodología de la Investigación. 6.^a ed. México: Editorial McGraw Hill; 2014.
26. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú [Internet]. Lima; 2015 [citado el 16 de agosto del año 2021] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf>
27. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú. Compendio de definiciones de caso de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica [Internet]. Lima; 2011 [citado el 16 de agosto del año 2021]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3255.pdf\(minsa.gob.pe\)](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3255.pdf(minsa.gob.pe))

28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud productiva, pobreza y condición de vida en el Perú [Internet]. 1999 [citado el 17 de septiembre del año 2022]. Disponible en: proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0078/indice.htm
29. Gonzáles C, Sánchez-Crespo J, Puentes R. Preservativos y prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Enferm Docente* [Internet]. 2012 [citado el 08 de septiembre del año 2022]; 97: 4-8. Disponible en: www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-97-03.pdf
30. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* [Internet]. 2011 [citado el 17 de septiembre del año 2022]; 22(4): 159-160. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es.
31. Silva-Chávarro AM, Bois-Melli F. Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. *Rev Mex Pediatr* [Internet]. 2017 [citado el 17 de septiembre del año 2022]; 84(2) :54-60. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172c.pdf
32. Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A, Arango-Ochante P, Minaya-León P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 1999 [citado el 08 de septiembre del año 2022]; 8(2):14-20. Disponible en:

investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/149/153/567

33. ONG Fundaredes. Informe de Educación 2020 - 18 de diciembre #1 [Internet]. 2020 [citado el 17 de septiembre del año 2022]. Disponible en: www.fundaredes.org/informes/Educativo-Informe-2020-obs-educacion.pdf
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Logro educativo [Internet]. 2020 [citado el 17 de septiembre del año 2022]. Disponible en: www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/education/
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Condiciones de vida de la población venezolana que reside en Perú [Internet]. ENPOVE 2018. Lima: Editorial Súper Gráfica EIRL; 2019. [citado el 17 de septiembre del año 2022] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1666/
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012-2019 [Internet]. 2019 [citado el 08 de septiembre del año 2022]. Disponible en: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1686/libro.pdf
37. Ruiz Y, Páez G, De Sekler E. Análisis epidemiológico de las patologías en mujeres de edad reproductiva que acudieron a un Hospital General tipo IV. Medicina Interna [Internet]. 2017 [citado el 17 de septiembre del año 2022];

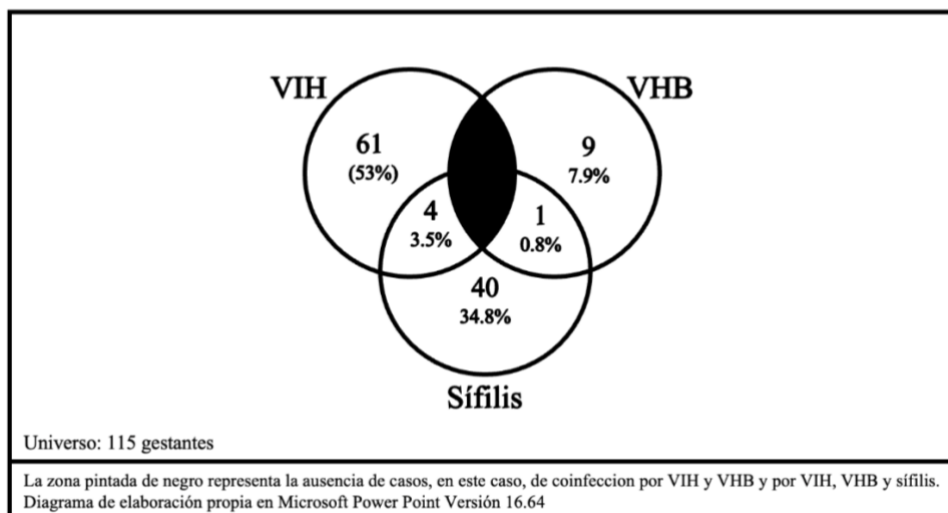
33(3): 141-155. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009082/432-833-1-sm.pdf>

38. De la Cruz C, Edgardo Y. Relación de violencia familiar y funcionalidad familiar en gestantes en el primer nivel de atención - Lima – 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado el 17 de septiembre del año 2022]. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13577/Cuellar_De_la_Cruz_Yuri_Edgaro_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Barzola M, Moquillaza V, Diaz C. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2020 [citado el 17 de septiembre del año 2022];85(6):641-653. Disponible en:
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600641

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

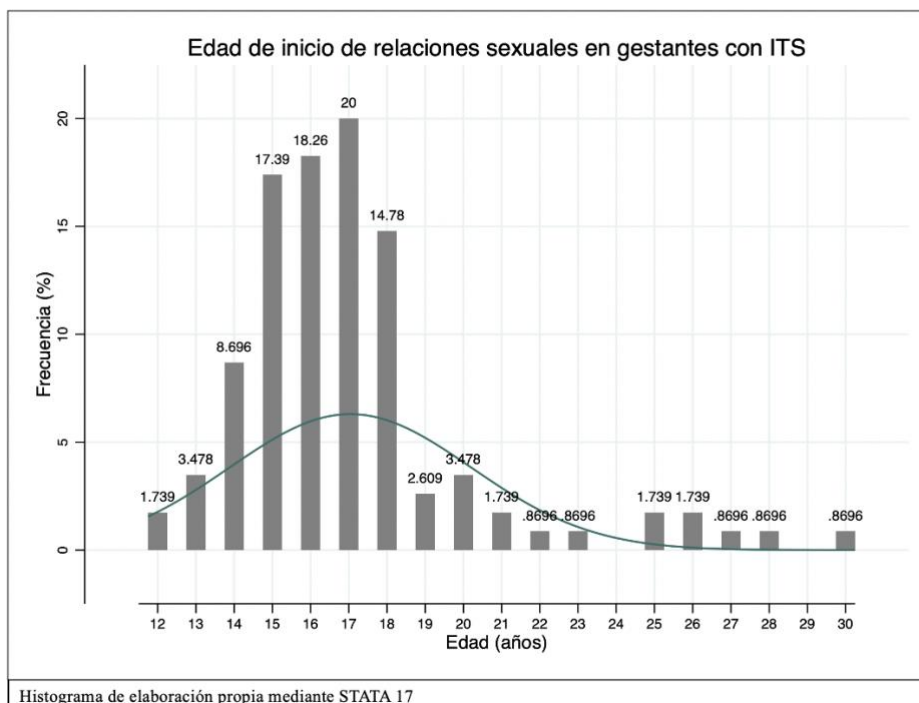
Diagrama #1:

Frecuencia de infecciones de transmisión sexual en las gestantes atendidas en un hospital de nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019



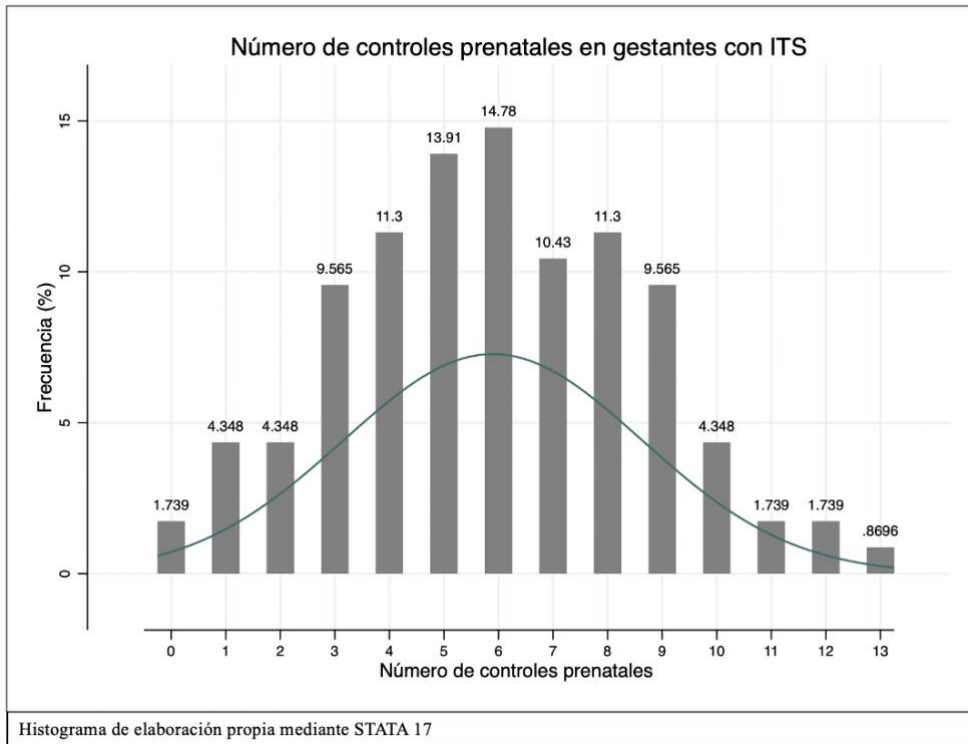
Se presentaron 61 casos de infección por VIH, 9 casos de infección por VHB y 40 casos de sífilis. 4 gestantes presentaron coinfección por VIH y sífilis y 1 paciente tuvo infección por VHB y sífilis. No hubo casos de infección por VIH y VHB.

Histograma #1:



La media y la moda de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años, en un amplio rango de 12 a 30 años.

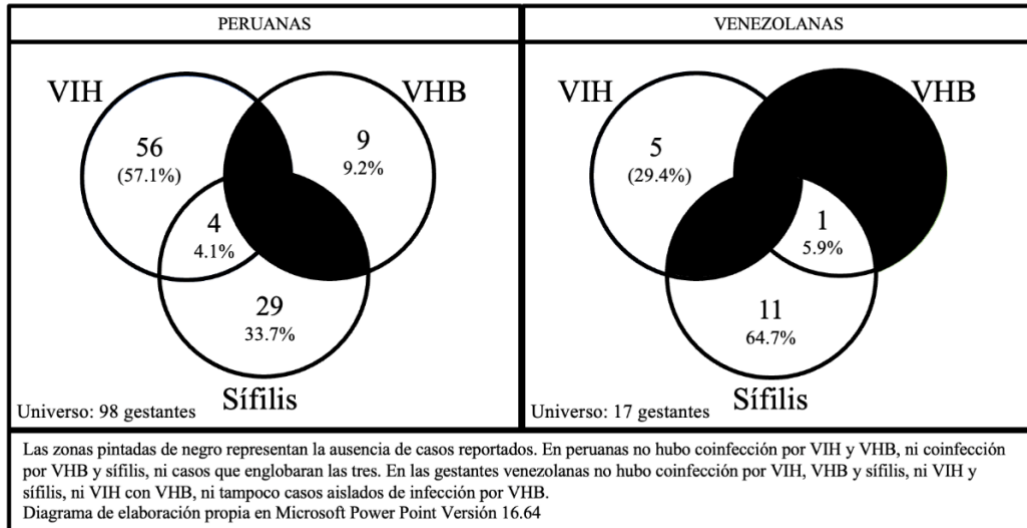
Histograma #2:



La media de controles prenatales fue de aproximadamente 6. 1,7% de las gestantes no tuvo ningún control, siendo 0 el mínimo y 13 el máximo de controles asistidos.

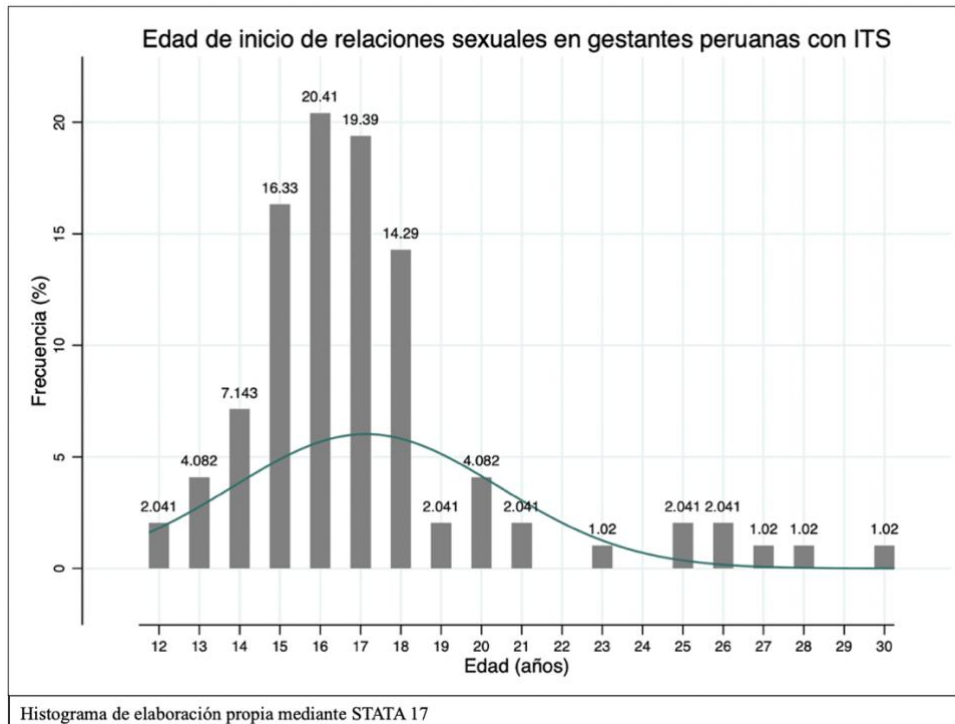
Diagrama #2:

Frecuencia de infecciones de transmisión sexual en las gestantes atendidas en un hospital de nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019 según su nacionalidad



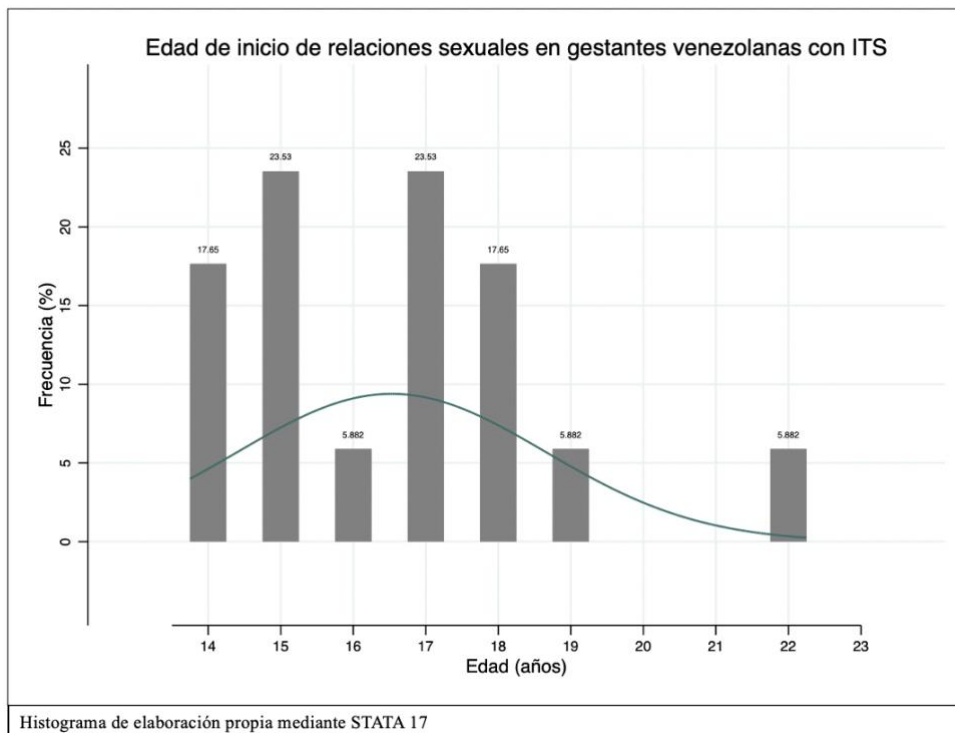
En las gestantes peruanas hubo 56 casos de infección por VIH, 9 de infección por VHB y 29 casos de sífilis. 4 tuvieron coinfección por VIH y sífilis y ninguna presentó infección por VHB ni con VIH ni con sífilis. En las gestantes venezolanas, se encontró 5 casos de infección por VIH, 1 caso de infección por VHB y 11 de sífilis. Solo 1 gestante extranjera presentó coinfección, y fue por VHB con sífilis.

Histograma #3:



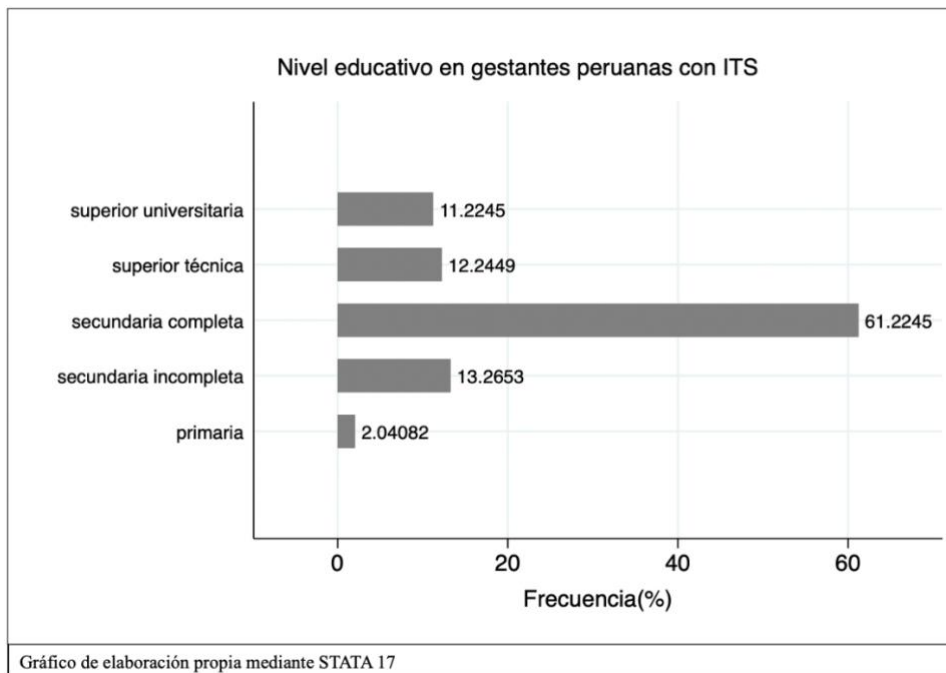
La edad de inicio de relaciones sexuales en peruanas presentó una media de 17 años y una moda de 16 con un rango de 12 a 30 años.

Histograma #4:



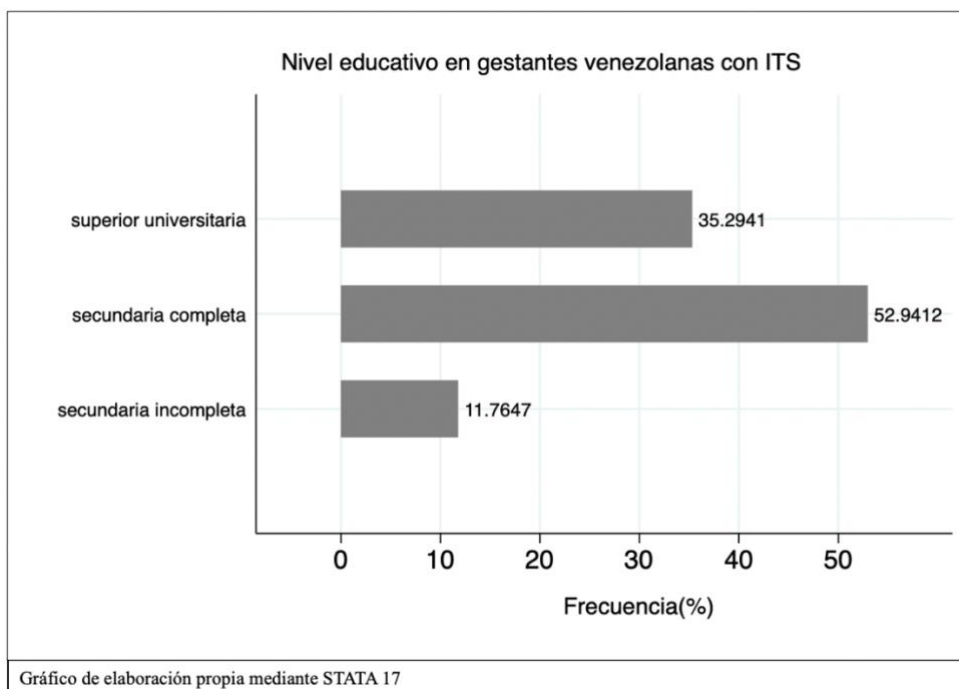
La edad de inicio de relaciones sexuales en venezolanas presentó una media de 16,5, en un rango de 14 a 22 años y con 2 modas en 15 y 17 años.

Gráfico de barras #1:



11,2% de las gestantes peruanas tuvo educación superior universitaria; 12,2%, educación superior técnica; 61,2%, secundaria completa, 13,3% secundaria incompleta y 2% primaria.

Gráfico de barras #2:



35,3% de las gestantes venezolanas tuvo educación superior universitaria; 52,9%, secundaria completa; y 11,8%, secundaria incompleta.

Tabla #1:

Frecuencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo

	Total de gestantes	Gestantes peruanas	Gestantes venezolanas
Infección por VIH	56,5%	61,2%	29,4%
Infección por VHB	8,7%	9,2%	5,9%
Sífilis	39,1%	33,7%	70,6%
Inicio de relaciones sexuales a temprana edad	31,3%	29,6%	41,2%
Controles prenatales insuficientes	45,2%	41,8%	64,7%
Consumo de alcohol	4,4%	4,8%	5,9%
Consumo de drogas ilícitas	2,6%	3,1%	0%
Nivel de educación incompleta	14,8%	15,3%	11,8%
Violencia doméstica	10,4%	12,2%	0%

Tabla de elaboración propia en Microsoft Power Point Versión 16.64

La infección por VIH fue más frecuente en las peruanas y; la sífilis, en las venezolanas. Los factores de riesgo más frecuentes fueron 1. controles prenatales insuficientes, 2. inicio de relaciones sexuales a temprana edad y 3. nivel de educación incompleta, con el mismo orden tanto en peruanas como venezolanas. Los menos frecuentes fueron consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas y la violencia doméstica.

ANEXOS

Anexo 1: Definición operacional de variables

Variables de caracterización	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Factores de riesgo	Violencia doméstica	Agresión física, psicológica, económica o sexual cometida por el conviviente u otro familiar	- Sí - No	Sí sufre de violencia doméstica. No sufre de violencia doméstica.	Cualitativa Nominal
	Nivel de educación incompleta	Educación secundaria incompleta o grados de nivel educativo inferiores	- Sí - No	Sí tiene educación incompleta No tiene educación incompleta	Cualitativa Nominal
	Falta de uso de condón	Falta de uso del condón durante las relaciones sexuales	- Sí - No	Sí tiene falta de uso de condón. No tiene falta de uso de condón	Cualitativa Nominal
	Consumo de drogas ilícitas	Consumo de alguna droga ilícita antes o durante la gestación	- Sí - No	Sí consume drogas No consume drogas	Cualitativa Nominal
	Consumo de Alcohol	Consumo de bebidas alcohólicas previo o durante la gestación	- Sí - No	Sí consumió alcohol antes o durante la gestación No consumió alcohol antes o durante la gestación	Cualitativa Nominal
	Inicio de relaciones sexuales a temprana edad	Primera relación sexual a los 16 años o antes	- Sí - No	Sí tuvo relaciones sexuales a temprana edad No tuvo relaciones sexuales a temprana edad	Cuantitativa Discreta
	Número de parejas sexuales mayor a 2 en el último año	Número de individuos con quien se tienen relaciones sexuales mayor a 2 en los últimos 12 meses	- Sí - No	Sí tuvo 2 o más parejas sexuales el último año No tuvo 2 o más parejas sexuales el último año	Cuantitativa Discreta
	Controles prenatales insuficientes	Menos de 6 controles prenatales	- Sí - No	Sí tiene controles prenatales insuficientes No tiene controles prenatales insuficientes	Cuantitativa Discreta

Variable de interés	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
ITS	VIH	<p>La definición de un caso de infección por VIH en personas mayores de 18 meses de edad y menores de 18 meses sin evidencia de transmisión madre-niño, se considera cuando se cumple alguno de los 3 siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una prueba de tamizaje para VIH reactiva y una prueba para VIH, diferente a la inicial, reactiva - Un resultado positivo o una cantidad detectable en una prueba confirmatoria serológica para VIH - Una prueba de tamizaje reactiva en la presencia de una enfermedad oportunista que define estadio SIDA según esta guía e inexplicable por otra condición. (26) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Positivo ● Negativo ● No se hizo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Con infección por VIH ● Sin infección por VIH ● No se hizo la prueba 	Cualitativa nominal
	Hepatitis B	<p>La definición de caso confirmado de Hepatitis B según el Ministerio de Salud (MINSa) es aquel con al menos un marcador serológico positivo para hepatitis viral B, siendo los más utilizados el AgHBs y el anti-HBc IgM. (27)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Positivo ● Negativo ● No se hizo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Con infección por virus de Hepatitis B ● Sin infección por virus de Hepatitis B ● No se hizo la prueba 	Cualitativa nominal
	Sífilis	<p>Un caso confirmado de sífilis se define según con al menos 1 prueba reactiva de tamizaje para sífilis, con títulos iguales o mayores a 8 diluciones, con 1 prueba confirmatoria reactiva, con o sin clínica. (26)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Positivo ● Negativo ● No se hizo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Caso positivo de sífilis ● Caso negativo de sífilis ● No se hizo la prueba 	Cualitativa nominal

Anexo 3: Base de datos original creada en Microsoft Excel 16

CÓDIGO	Señalar con una X		Descripción
	SI	NO	
Factores de riesgo	Nivel de educación incompleta		Nivel educativo <i>colocar # de descriptor</i>
	Violencia Domestica		
	Consumo de drogas ilícitas		
	Consumo de alcohol		
	Inicio de relaciones sexuales a temprana edad (<16 años)		Edad Inicio de RS <i>escribir</i>
	Número de parejas sexuales mayor a 2 en el último año		# de PS <i>escribir</i>
	Controles prenatales insuficientes		# de CPN <i>escribir</i>
Falta de uso de condón		Tipo de anticoncepción <i>colocar # de descriptor</i>	
			Uso de anticoncepción <i>colocar # de descriptor</i>
ITS	Positivo	Negativo	No se hizo tamizaje/ No se reporta
	VIH		
	Hepatitis B		
	Sífilis		

#	Nivel educativo	Anticoncepción	
		Tipo	Uso
1	Superior Universitario	Hormonal	Regular
2	Superior Tecnico	Barrera	Inconsistente
3	Secundaria Completa	Método de ritmo	No uso
4	Secundaria Incompleta	Ninguna	
5	Primaria	Varios	
6	Analfabetismo		