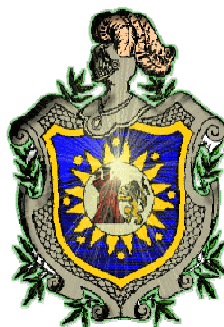


**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
(UNAN-León)**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICO Y CIRUJANO

***Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas.
Puesto de Salud “Lea Brackett”. Bluefields, enero - agosto
del 2006.***

Autores:

Bra. Ronda Arelis Berger Chow

Br. Nelson Marcial Rivera Torres

Tutora:

Dra. Walkiria Wong Sánchez¹

Asesor:

Dr. Juan Almendárez Peralta²

Bluefields, Abril de 2007

¹ Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en gineco-obstetricia.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Máster en Salud Pública. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.

CARTA DEL TUTOR

Considerando la importancia de conocer el comportamiento de las patologías que afectan a la embarazada y mucho más aún el de infecciones de transmisión sexual, que de alguna manera afectan la evolución del embarazo y al binomio madre e hijo y sabiendo que en la actualidad hemos venido observando un incremento notable de casos de HIV positivo en embarazadas.

Considero que es de interés de todos de poder establecer a través de estudios como este INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN EMBARAZADAS DEL PUESTO DE SALUD LEA BRACKETT, BLUEFIELDS, DEL PRIMERO DE ENERO AL TREINTA Y UNO DE AGOSTO DEL 2006, la prevalencia de este tipo de problema y las características asociadas, que afecta a nuestra población femenina y darle de alguna manera una mejor calidad de atención.

Dra. Walkiria Wong Sánchez
Especialista en Gineco-obstetricia

Agradecimiento

A la Dra. Walkiria Wong Sánchez, por habernos guiado desde la creación del estudio hasta su finalización.

Al Dr. Juan Almendárez Peralta, por su orientación en el presente trabajo.

Al Dr. Harold Bacon por su apoyo y enseñanza incondicional.

Al Dr. Arnoldo Toruño por su apoyo y enseñanza incondicional.

A la Dra. Yanet López por su apoyo y colaboración.

A la Dra. Yadira Real por su apoyo y colaboración.

Al personal del Puesto de Salud Lea Brackett y a todas las personas que de una u otra forma hicieron posible la conclusión del estudio.

Resumen

Para identificar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en el Programa de Atención Prenatal en el Puesto de Salud Lea Brackett, Bluefields, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se entrevistaron y evaluaron a 162 embarazadas que asistieron del primero de Enero al treinta y uno de Agosto, año 2006".

Los tipos de ITS más frecuentes son vaginosis y candidiasis y el grupo más afectado es el de 20 a 34 años (20.3% y 9.2%) respectivamente. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son flujo vaginal (33.9%), prurito (24.6%) y mal olor (16.7%).

Los barrios de procedencia de las embarazadas que resultaron más afectadas fueron: Fátima, Santa Rosa y El Canal, mientras que el área rural representa solamente el 4.9% de todos los casos.

La mayor cantidad de casos de vaginosis y candidiasis se observa en pacientes que acuden con 20 semanas de amenorrea ó menos (30.9% y 12.3%) y en pacientes que no tienen historia de haberse realizado PAPs (29.6% y 12.3%) respectivamente. Según la escolaridad son secundaria incompleta (23.9%), primaria incompleta (12.3%), analfabeta (8.1%) y primaria completa (6.1%).

Según la ocupación, las pacientes más afectadas con algún tipo de ITS, son amas de casa (30.8%), estudiantes (12.3%) y comerciantes (11.1%). Según la evaluación del riesgo para ITS, las más afectadas son las que refieren tener pareja nueva (16.6%)

Consideramos necesario que a nivel poblacional se refuercen las actividades de información, comunicación y educación alrededor del sexo seguro, promoviendo el uso correcto del condón. A nivel de las unidades de salud se organice la vigilancia alrededor de las ITS.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
MARCO TEÓRICO	12
DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	40
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	48

Introducción

Se entiende por ITS a una serie de infecciones que tienen como punto de partida la relación homo ó heterosexual, producidas por múltiples agentes, algunos de los cuales poseen una especial adaptación para multiplicarse en el tracto genitourinario y que originan lesiones locales: en el aparato urogenital, en la región inguinal, en la cavidad pelviana, o bien en todo el organismo. La denominación de enfermedad venérea con que se las distinguía anteriormente deriva de su relación con el monte de Venus. ⁽¹⁾

La incidencia de ITS, una de las enfermedades contagiosas más frecuentes en el mundo, aumentó de modo progresivo entre los años 50 y los 70, pero generalmente se estabilizó en la década de los 80. La incidencia de algunas de estas enfermedades (ej. sífilis y gonorrea) disminuyó desde mediados de los 80 hasta mediados de los 90 en Estados Unidos y en otros lugares. Desde 1978, el VIH se ha extendido con rapidez en varios grupos de población.

El efecto de los viajes se ilustra en forma dramática por la extensión rápida del virus del SIDA (VIH-1) desde África hasta Europa y América a finales de los años 70. ⁽²⁾

Las infecciones de transmisión sexual representan una de las principales causas de consulta de las mujeres durante la etapa reproductiva. Los agentes infecciosos abarcan un amplio espectro que va desde virus hasta protozoos pasando por bacterias y hongos, siendo una de sus principales manifestaciones clínicas la leucorrea. ⁽³⁾

En regiones donde las condiciones de pobreza, desempleo, analfabetismo, falta de acceso a servicios de salud, migración, conductas sexuales de riesgo, inicio temprano de vida sexual, entre otros, incrementa la vulnerabilidad de la población. En la R.A.A.S. de Nicaragua, estas condiciones se encuentran presentes, siendo mayores en comunidades con extrema pobreza. Desde 1991 hasta el 2006, el MINSA tiene registrado un total de 60 personas positivas al VIH, de éstos 49 casos son del municipio de Bluefields, el grupo de edad más afectado es el comprendido

entre 15-34 años con 35 casos. Con relación a las ITS, para los primeros 5 meses del 2006 se reporta un total de 3318 casos. Los municipios con mayores problemas de ITS son Corn Island, Karawala, Laguna de Perlas y Bluefields. Internacionalmente se conoce que una persona con ITS tiene 10 veces más probabilidad de adquirir el VIH que una persona sana o sin ITS.

La mujer es más vulnerable que el hombre desde el punto de vista biológico, porque la zona de exposición al virus durante el acto sexual es de mayor superficie y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, así mismo porque las ITS son frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer, lo cual debilita la mucosa vaginal. En la RAAS se ha captado hasta el 2006 a 3 mujeres embarazadas positivas por VIH, a las cuales se les garantiza seguimiento con antirretrovirales para reducir el riesgo de infección del bebé. ⁽⁴⁾

Durante la gestación ocurren marcados cambios del medio hormonal, debido a lo cual se produce un reemplazo de Lactobacilos de Doderlein volviendo el pH vaginal menos ácido, facilitando así la proliferación de diferentes agentes patógenos y haciendo de las ITS un trastorno frecuente durante el embarazo, esto afecta directamente la gestación de manera negativa. ⁽⁵⁾

En nuestro medio, el bajo nivel cultural, la depresión socio-económica, la frecuente promiscuidad sexual y la poca instrucción acerca de una higiene adecuada hacen de nuestras mujeres embarazadas un blanco frecuente de infecciones cervico vaginales y de transmisión sexual, por lo tanto la atención cuidadosa de estos trastornos debe ser parte integral del manejo obstétrico desde el control prenatal, de forma que podamos prevenir el alto índice de complicaciones e infecciones materno fetales ⁽⁶⁾

Durante la consulta médica es necesario realizar una historia clínica cuidadosa así como un examen físico ginecológico completo, para determinar la presencia de leucorrea, debiendo confirmarse los hallazgos mediante inspección microscópica de la secreción y de esta forma lograr un diagnóstico correcto del problema. ⁽⁷⁾

Antecedentes

En nuestro medio la leucorrea en la embarazada a sido objeto de diversos estudios al nivel de centros de salud y de control prenatal en varios departamentos de Nicaragua.

En 1991 en un estudio realizado por Medina P. en la Paz Centro encontró con mayor frecuencia: infección por bacterias *mixtas*, *levaduras* y *Trichomona vaginalis*.⁽⁸⁾

En Matagalpa en 1992 Fernández M. Encontró como principales agentes etiológicos: *Trichomona vaginalis* 23%, *Candida albicans* 8.9%, *Gardnerella vaginalis* 7.6 % y asociación *Candida / Trichomona* 8.3%.⁽⁹⁾

En 1992-93 Bjorn. y cols. realizaron un estudio en las ciudades de León, Matagalpa y Bluefields, sobre prevalencia de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*, utilizando test de anticuerpos directos fluorescentes o PCR. Ellos reportaron una frecuencia de 4.3% en mujeres examinadas rutinariamente, encontrando que los factores de riesgo más importantes fueron: edad menor de 20 años, vida sexual extramarital, historia de infección del tracto urogenital, uso de contraceptivos orales y uso de dispositivos intrauterinos.⁽¹⁰⁾

En los centros de salud de León durante el año 2000 López y Col. Encontraron dentro de las causas de leucorrea: Vaginosi bacteriana 29.5%, candidiasis vulvo vaginal 28.1%, Tricomoniasis 6.2%, 15.7% de las infecciones fueron mixtas y en el 24.7% restante no se logro identificar ningún agente etiológico.⁽¹¹⁾

En el 2001 Icaza R. y Col. Encontró en las embarazadas que asistieron a CNP en CARAS Sutiava, León, como causa de leucorrea, *Candida albicans* 59%, seguida de *Trichomona vaginalis* 16.4% y asociación *Candida / Gardnerella* 14.8% y en menor frecuencia *Gardnerella vaginalis* 9.4%.⁽¹²⁾

Para el año 2004 se captaron 9 personas de las cuales 5 son VIH y 4 casos SIDA, de estos 1 esta fallecido, para una letalidad de 11% en ese año. La letalidad

disminuyó, pasando de 63.8% a finales del 2003 a 47.7% al mismo período en el 2004. ⁽¹³⁾

Las Infecciones de Transmisión Sexual hasta el 2006 han aumentado con relación al año 2003, este aumento ha sido en 113 casos atendidos. Los grupos más afectados son los comprendidos entre 20-34 años, el sexo femenino es el más afectado. Hasta el momento se han reportado un total de 877 embarazadas con alguna ITS, sin embargo la mayoría de reportes es por Candidiasis y Tricomoniasis que por su condición podrían no referirse a una ITS si no a una infección oportunista, que por dañar la mucosa vaginal puede facilitar la transmisión del VIH. El municipio de Kukra Hill no reportó embarazos afectadas lo que aparentemente se debe a subregistros de información.

En la R.A.A.S. desde 1991 hasta el 2006, el MINSA tiene registrado un total de 60 personas positivas al VIH, de éstos 49 casos son del municipio de Bluefields, el grupo de edad más afectado es el comprendido entre 15-34 años con 35 casos. Con relación a las ITS, para los primeros 5 meses del 2006 se reporta un total de 3318 casos. Los municipios con mayores problemas de ITS son Corn Island, Karawala, Laguna de Perlas y Bluefields.

En la RAAS se ha captado hasta el 2006 a 3 mujeres embarazadas positivas por VIH, a las cuales se les garantiza seguimiento con antirretrovirales para reducir el riesgo de infección del bebé. ⁽⁴⁾

El Puesto de Salud Lea Brackett está ubicado en el barrio Fátima de la ciudad de Bluefields, RAAS. Este puesto de salud tiene asignada una población de 14,750 habitantes, de los cuales 4,003 son Mujeres en Edad Fértil. En el año 2005 se captó un total de 317 embarazadas y del primero de Enero al treinta y uno de Agosto del año 2006 se captó un total de 220 embarazadas.

Justificación

Los resultados de este trabajo nos va a permitir una mejor comprensión de la problemática de las Infecciones de Transmisión Sexual en las embarazadas que asisten al Puesto de Salud Lea Brackett, lo que nos permitirá identificar y orientar acciones de prevención y control de dichas infecciones, mejorando de este modo la calidad de trabajo de las unidades de salud en la preocupación por mejorar el estado de salud de la población Nicaragüense.

Planteamiento del problema.

¿Cuál es la frecuencia y las manifestaciones clínicas de las infecciones de transmisión sexual en las embarazadas que asisten al Puesto de Salud “Lea Brackett” de la ciudad de Bluefields, en el período del primero de Enero al treinta y uno de Agosto del año 2006?

Objetivos

Objetivo general:

Identificar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en el Programa de Atención Prenatal en el Puesto de Salud Lea Brackett, Bluefields, del primero de Enero al treinta y uno de Agosto, año 2006.

Objetivos específicos:

1. Establecer la frecuencia de las Infecciones de transmisión sexual en las embarazadas que atiende el Puesto de Salud "Lea Brackett".
2. Conocer el tipo de infecciones de transmisión sexual que están presentando las embarazadas y sus manifestaciones clínicas.
3. Identificar los grupos poblacionales más afectados según aspectos demográficos, gineco – obstétricos, sociales y comportamientos sexuales.

Marco Teórico

Se entiende por ITS a una serie de infecciones que tienen como punto de partida la relación homo ó heterosexual, producidas por múltiples agentes, algunos de los cuales poseen una especial adaptación para multiplicarse en el tracto genitourinario y que originan lesiones locales: en el aparato urogenital, en la región inguinal, en la cavidad pelviana, o bien en todo el organismo. La denominación de enfermedad venérea con que se las distinguía anteriormente deriva de su relación con el monte de Venus. ⁽¹⁾

Generalidades

La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), una de las enfermedades contagiosas más frecuentes en el mundo, aumentó de modo progresivo entre los años 50 y los 70, pero generalmente se estabilizó en la década de los 80. La incidencia de algunas de estas enfermedades (p. ej. sífilis y gonorrea) disminuyó desde mediados de los 80 hasta mediados de los 90 en Estados Unidos y en otros lugares. Desde 1978, el VIH se ha extendido con rapidez en varios grupos de población.

La incidencia de ITS sigue siendo elevada en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos que pueden convertir rápidamente en no contagiosos a los pacientes con muchas ITS y curar a la mayoría de ellos. Siendo un problema de salud pública mundial que afecta a la población en ambos géneros.

La morbilidad resultante de las enfermedades de transmisión sexual sigue imponiendo inmensas demandas a los recursos humanos y económicos de las comunidades. La secreción vaginal es uno de los motivos de consulta más frecuente en la mujer en edad fértil. La presencia de este síntoma causa en muchos casos una gran molestia para la paciente, además, suele acompañarse de otros como prurito, vulvovaginitis, disuria y dispareunia. La leucorrea en muchas ocasiones precede o acompaña enfermedades que pueden comprometer seriamente la salud de la mujer. Los medios económicos para controlar las ITS son casi siempre insuficientes.

El efecto de los viajes se ilustra en forma dramática por la extensión rápida del virus del SIDA (VIH-1) desde África hasta Europa y América a finales de los años 70. ^(2 y 14)

Las infecciones de transmisión sexual representan una de las principales causas de consulta de las mujeres durante la etapa reproductiva. Los agentes infecciosos abarcan un amplio espectro que va desde virus hasta protozoos pasando por bacterias y hongos, siendo una de sus principales manifestaciones clínicas la leucorrea. ⁽³⁾

El 7-20% de las mujeres al año presentan infecciones cervico vaginales. Su significado e importancia clínica tiene que ver con implicaciones de orden social, riesgo de contagio al compañero sexual y en caso de la embarazada, riesgo para el feto y el recién nacido. Las infecciones cervico vaginales suelen ser múltiples, latentes o asintomáticas con frecuencia pasan inadvertidas y siempre tienen un origen distinto en la paciente. ⁽¹⁵⁾

En regiones donde las condiciones de pobreza, desempleo, analfabetismo, falta de acceso a servicios de salud, migración, conductas sexuales de riesgo, inicio temprano de vida sexual, entre otros, incrementa la vulnerabilidad de la población. En la R.A.A.S. de Nicaragua, estas condiciones se encuentran presentes, siendo mayores en comunidades con extrema pobreza. Desde 1991 hasta el 2006, el MINSA tiene registrado un total de 60 personas positivas al VIH, de éstos 49 casos son del municipio de Bluefields, el grupo de edad más afectado es el comprendido entre 15-34 años con 35 casos. Con relación a las ITS, para los primeros 5 meses del 2006 se reporta un total de 3318 casos. Los municipios con mayores problemas de ITS son Corn Island, Karawala, Laguna de Perlas y Bluefields. Internacionalmente se conoce que una persona con ITS tiene 10 veces más probabilidad de adquirir el VIH que una persona sana o sin ITS.

La mujer es más vulnerable que el hombre desde el punto de vista biológico, porque la zona de exposición al virus durante el acto sexual es de mayor superficie y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, así mismo porque

las ITS son frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer, lo cual debilita la mucosa vaginal. En la RAAS se ha captado hasta el 2006 a 3 mujeres embarazadas positivas por VIH, a las cuales se les garantiza seguimiento con antirretrovirales para reducir el riesgo de infección del bebé. El bebé de una embarazada con VIH tiene 25-35% de riesgo de adquirir el virus ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia materna y este riesgo aumenta hasta el 40% si se amamanta al bebé hasta los 2 años de vida. Con seguimiento estricto del embarazo y el tratamiento antirretroviral ese porcentaje disminuye a menos del 2%, de ahí la importancia de que todas las embarazadas se hagan la prueba del VIH. ⁽⁴⁾

Durante la gestación las mujeres experimentan un aumento de las secreciones cervicales y vaginales debido a la alteración de la flora normal secundaria a fluctuaciones hormonales. Además hay un aumento de glucógeno y adelgazamiento del epitelio vaginal debidos a estrógeno y progesterona llevando a fluctuaciones del pH vaginal, se produce un reemplazo de Lactobacilos de Doderlein volviendo el pH vaginal menos ácido, facilitando así la proliferación de diferentes agentes patógenos, haciendo de las ITS un trastorno frecuente durante el embarazo, a menudo difícil de erradicar y las recurrencias son frecuentes, esto afecta directamente la gestación, incrementando el número de abortos espontáneos, rotura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y fiebre post parto. ^(1 y 5)

La flora vaginal normal es muy variada: *Estreptococos*, *Estafilococos*, *Lactobacillus*, *Difteroides* y muchas veces *Hongos*. El *Lactobacillus* es muy importante para mantener la acidez características de la secreción vaginal normal, producida por la presencia de ácido láctico que se forma al desdoblarse el glucógeno existente en las células epiteliales vaginales, con pH de 4.5 a 5. ⁽¹⁶⁾

En las infecciones vaginales hay varios factores. Durante los años de vida menstrual, los microorganismos productores de vaginitis más frecuentes son: *Trichomona vaginalis*, *Monilias* o *Candida*, *Haemophilus vaginalis* y *Virus de herpes*. Durante la pubertad y la post menopausia el epitelio vaginal delgado y deficiente en glucógeno fácilmente se infesta con varios microorganismos como *Gonococo* y muchos inespecíficos. ⁽¹⁷⁾

Algunas enfermedades sistémicas pueden predisponer a la vulvovaginitis. En la diabética, suele haber infección por *Monilia*, tanto en la vagina como en la vulva. En las alteraciones que provocan debilidad, especialmente en las cardiovasculares puede haber vaginitis enfisematosa. Esta alteración interesante de los tejidos epiteliales también es frecuente durante el embarazo y es producida por *Trichomona vaginalis*. En la infección vaginal desempeña un papel importante los efectos estrogénicos sobre el epitelio vaginal, su contenido en glucógeno, el pH vaginal, el tipo de flora especialmente la existencia del *Bacilo de Doderlein* el cual mantiene la acidez del medio. ⁽¹⁸⁾

La infección cervico vaginal es un trastorno frecuente del embarazo. El síntoma más común, es la leucorrea, que también se ve en mujeres embarazadas sin ninguna infección, de modo que el diagnóstico de estas algunas veces es difícil. El flujo vaginal normal, asociado con el embarazo en general es blanco y profuso. La leucorrea es consecuencia de los marcados cambios del medio hormonal que ocurren durante la gestación. Este aumento del flujo vaginal por lo común no es molesto para la mujer embarazada y carece de importancia clínica excepto cuando se confunde con una infección vaginal o la rotura de las membranas ovulares. Por el contrario, la vaginitis puede ser fastidiosa durante el embarazo a menudo es difícil de erradicar y las recurrencias son frecuentes. ⁽¹⁹⁾

Efectos del embarazo sobre la enfermedad

Como ya se ha mencionado que las infecciones por *Candida* son significativamente más comunes durante el embarazo y a menudo resulta muy difícil erradicarla. Se ha demostrado que la progesterona incrementa la adherencia de *Candida albicans* a las células epiteliales vaginales. Se ha informado que las células vaginales intermediarias tienen una mayor afinidad por la fijación de células de levaduras que las células epiteliales superficiales. El embarazo se asocia con niveles elevados de progesterona y por ende con una predominancia de células epiteliales vaginales intermediarias. No hay ninguna evidencia de que la gestación predisponga a la adquisición de una *Vaginosis bacteriana* o a infecciones por *Trichomona vaginalis* o que alteren su curso. ⁽²⁰⁾

Efectos de la enfermedad sobre el embarazo

Las ITS en mujeres embarazadas representan un alto riesgo tanto para la madre como para el bebé, ya que estas en la actualidad están aumentando la mortalidad perinatal tales como: el aborto espontáneo, embarazos ectópicos, parto prematuro, óbito fetal y enfermedades congénitas.

Excepto por la posible asociación entre el parto pretérmino y la Vaginosis bacteriana los efectos fetales adversos secundarios a una vaginitis materna son raros o inexistentes. Hasta donde se sabe la Tricomoniasis materna no se asocia con ningún efecto fetal adverso. La mejor forma de prevenir potenciales efectos fetales consiste en detectar y erradicar la infección materna.

Ha habido informes de una asociación entre la Vaginosis bacteriana y resultados adversos del embarazo. La Vaginosis bacteriana se asocia con un aumento de dos a tres veces en la incidencia de parto pretérmino, rotura prematura de las membranas y endometritis puerperal. Algunos autores comunicaron que el tratamiento con antibióticos redujo la incidencia de parto pretérmino en las mujeres con Vaginosis bacteriana. ⁽²¹⁾

La estomatitis micótica del neonato asociada con una vulvovaginitis candidiásica materna es la manifestación fetal más común de la infección vaginal materna. La infección in útero que da como resultado una candidiasis congénita es rara. No hay evidencia sustancial de que la vaginitis candidiásica materna se asocie con una mayor incidencia de pérdidas fetales.

Existe cada día más evidencia que la infección por Chlamydia Trachomatis puede causar una serie de lesiones adversas al embarazo entre las que se encuentran aborto temprano y tardío, infección fetal intrauterina y neonatal, parto prematuro, rotura prematura de membranas y endometritis post parto, aproximadamente 60-70% de los recién nacidos que atraviesan un canal cervical con Chlamydia Trachomatis, pueden adquirir la infección durante el nacimiento. Uno de cada tres recién nacidos expuestos desarrolla conjuntivitis de inclusión y uno de cada seis puede desarrollar neumonía caracterizada por dificultad respiratoria y taquipnea, que

en algunos casos requiere ventilación asistida. ⁽²²⁾

Etiología

Los tres agentes más comunes de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo son: La *candidiasis*, la *Tricomoniasis* y la *Vaginosis bacteriana*. La incidencia real de infecciones sintomáticas es difícil de establecer y hasta cierto punto depende de la población estudiada. Se informa que es posible recuperar *Candida* y *Tricomonas* en el 25 al 30% de las pacientes embarazadas, se ha informado que el factor que con mayor frecuencia predispone a una infección candidiásica es el embarazo y que la incidencia y la severidad de la infección aumentan con la duración de la gestación. Es probable que la mayor producción de estrógeno y progesterona, junto con el mayor contenido de glucógeno de la vagina durante el embarazo, sean responsables de este aumento en la incidencia. La mujer embarazada con candidiasis suele permanecer asintomática. La Vaginosis bacteriana puede afectar del 15 al 23% de mujeres embarazadas y hasta el 50% de las pacientes están libres de síntomas. ⁽¹⁹⁾

Infecciones de Transmisión Sexual ⁽¹⁾

1. Pediculosis pubiana

 2. Vulvovaginitis
 - ✓ Tricomoniasis vaginal
 - ✓ Moniliasis vaginal
 - ✓ Infección por *Haemophilus* o *Gardnerella vaginalis*
 - ✓ Infección por estreptococo β -hemolítico

 3. Uretritis
 - ✓ Específica
 - Gonocócica
 - ✓ Inespecíficas
 - Infección por *Chlamydia trachomatis*
 - Infección por *Mycoplasma hominis* o *Mycoplasma T*
-

4. Sífilis

5. Lesiones papuloulcerosas genitales

- ✓ Chancro blando de Ducrey
- ✓ Granuloma inguinal
- ✓ Linfogranuloma venéreo

6. Virosis de transmisión sexual

- ✓ Cutaneomucosas
 - Enfermedad por inclusión citomegálica
 - Herpes simple
 - Condiloma acuminado
 - Molusco contagioso
- ✓ De transmisión hematossexual
 - Hepatitis B
 - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

La mayor parte de los casos de infecciones micóticas son causadas por el género *Candida albicans* es la especie aislada con mayor frecuencia en general puede encontrarse en el tracto gastrointestinal y en la cavidad oral, así como en la vagina. Otras especies de este género, como ejemplo *Candida glabrata* y *Candida tropicalis*, son patógenos y pueden ser responsables de una vaginitis micótica además, estos otros microorganismos pueden ser responsables de infecciones recurrentes o de fracasos terapéuticos. Si bien no está del todo claro por que las *Cándidas* son patógenas en algunas mujeres y en otras no, la infección por *Candida* es más común en las mujeres con una inmunidad celular disminuida y en circunstancia de glicemia elevada, lo que se ve con mayor frecuencia durante el embarazo. Por otra parte, mientras que el desarrollo de *Candida* en general es inhibido por los diversos *Lactobacilos* y *Corynebacterias* normalmente presentes en la vagina las fluctuaciones hormonales que se producen durante el embarazo generan una alteración de la microflora vaginal que permite que prospere *Candida albicans*.⁽²³⁾

La especie *Trichomona vaginalis*, es un parásito flagelado, es el agente etiológico de la vaginitis por *Tricomonas*. Este protozoo anaerobio muy a menudo es transmitido sexualmente y con frecuencia coexiste con otros microorganismos de transmisión sexual, este parásito suele existir en las secreciones vaginales y cervicales de las mujeres y en el líquido seminal de los hombres. Por lo tanto, el reservorio de la *Trichomona vaginalis* puede estar dado tanto por hombres como por mujeres, si bien el hombre es más propenso a permanecer asintomático que la mujer y sirve principalmente como un vector para la transmisión. El ser humano es el único huésped conocido de *Trichomona vaginalis*.⁽²⁴⁾

Todavía continúan las controversias en cuanto al agente etiológico específico de la *Vaginosis bacteriana*, si bien esta afección por lo común se asocia con *Gardnerella vaginalis*. La *Vaginosis bacteriana* es un proceso de la vagina que implica el sobrecrecimiento de especies anaerobias que producen Proteasas, colagenasas y fosfolipasas A₂. Estos microorganismos incluyen especies de *Mobiluncus*, Especies de *Bacteroides*, *Peptoestreptococos*, *Peptococos* y *Mycoplasma hominis*. La *Vaginosis bacteriana* también se asocia con una disminución de los *Lactobacilos facultativos vaginales normales*. Los *Lactobacilos* de las mujeres con una flora vaginal normal parecen incluir más especies productoras de peróxido de hidrógeno, las que lesionan a los microorganismos que carecen de recolectores de radicales libres como muchos de los microorganismos asociados con la *Vaginosis bacteriana*. Vaginitis polimicrobiana puede ser un término más apropiado para esta entidad. Entre otros agentes etiológicos asociados con la producción de un flujo vaginal inflamatorio figuran *Chlamydia trachomatis*, el *Virus Herpes simple* y *Neisseria gonorrhoeae*. El flujo vaginal producido por estos microorganismos es secundario a una *Cervicitis*.⁽²⁵⁾

La infección por *Chlamydia trachomatis* es en la actualidad la infección de transmisión sexual más frecuente entre las mujeres en edad fértil. Un alto porcentaje de las mujeres cursa su infección de forma asintomática (70%).

Factores de riesgo asociados a ITS

En nuestro medio, el bajo nivel cultural, la depresión socio-económica, la frecuente

promiscuidad sexual y la poca instrucción acerca de una higiene adecuada hacen de nuestras mujeres embarazadas un blanco frecuente de infecciones cervico vaginales y de transmisión sexual, por lo tanto la atención cuidadosa de estos trastornos debe ser parte integral del manejo obstétrico, desde el control prenatal, de forma que podamos prevenir el alto índice de complicaciones e infecciones materno fetales. ⁽⁶⁾

Diversos estudios han reportado las siguientes conductas de riesgo asociadas a la Infección:

- Personas menores de 25 años
- Cambios recientes de pareja sexual
- Múltiples compañeros sexuales (más de 3)
- No uso de métodos de anticoncepción como anticonceptivos orales
- Cervicitis y la presencia de otra enfermedad de transmisión sexual
- Deserción escolar

Como ocurre con otras enfermedades de transmisión sexual, las mujeres son más propensas a contraer la infección. El 40% de las mujeres adquiere la infección en un acto sexual aislado con un compañero sexual afectado, en comparación con el 20% de los hombres (cuando sostienen una relación sexual aislada con una mujer infectada). Así mismo, estadísticas muestran que las adolescentes poseen una capa de células delgada en el cuello de la matriz o cérvix, haciéndolas más vulnerables a inflamación del mismo (cervicitis) y por consiguiente a infección por *Chlamydia Trachomatis*.

En las mujeres embarazadas el diagnóstico puede basarse en la historia clínica y el examen físico. Las pruebas de Chlamydia, Sífilis y Gonorrea deben ser realizadas en el tercer trimestre de embarazo en mujeres de alto riesgo. Los factores de riesgo de infección por Chlamydia durante el embarazo incluyen:

- Edad menor de 25 años.
- Historia pasada o la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual
- Nuevo compañero sexual en los últimos 3 meses
- Múltiples compañeros sexuales.

Por lo antes expuesto, se consideran tres grupos de alto riesgo, a los que se deberían aplicar métodos de tamizaje para *Chlamydia Trachomatis*:

- Mujeres embarazadas.
- Adolescentes.
- Mujeres con múltiples compañeros sexuales. ⁽¹⁹⁾

Durante la consulta médica es necesario realizar una historia clínica cuidadosa así como un examen físico ginecológico completo, para determinar la presencia de leucorrea, debiendo confirmarse los hallazgos mediante inspección microscópica de la secreción y de esta forma lograr un diagnóstico correcto del problema. ⁽⁷⁾

Diagnostico

El diagnóstico de la infección cervico vaginal en general se establece por medio del interrogatorio y el examen físico y con la ayuda de análisis de laboratorio simples en donde las muestras pueden tomarse fácilmente en el consultorio del médico. La principal manifestación clínica de estas infecciones vaginales es la leucorrea. Las mujeres con una vaginitis por *Candida* suelen referir una leucorrea blanca y espesa similar al queso cottage. En las mujeres con infecciones significativas puede haber prurito así como dolor, irritación e incluso disuria en caso de vulvitis coexistente. El aspecto de la leucorrea asociada con una Tricomoniasis variara de cuerdo con la severidad de la inflamación y la infección secundaria. Si bien, el flujo clásico es espumoso y amarillo puede variar de blanco y acuoso a espeso y verde. Las infecciones por *Trichomonas* en general se asocian con un flujo mal oliente que puede provocar prurito, ardor o disuria. La expresión cérvix en frambuesa describe lesiones puntiformes rojas características que pueden verse en el examen del cérvix, aunque estas lesiones pueden ser difíciles de diferenciar de los cambios cervicales normales hallados durante el embarazo y se observan en menos del 5% de mujeres con una infección activa por *Trichomona vaginalis*. Puede haber eritema vaginal y vulvar cuando la infección es severa. La leucorrea asociada con la Vaginosis bacteriana suele tener un color blancogrisáceo y un olor muy desagradable. A diferencia de lo que sucede en la infección por hongos y *Trichomonas* hay pocos o ningún signo o

síntoma de inflamación, como por ejemplo eritema, tumefacción, prurito o ardor. Para confirmar las infecciones por *Candida* se coloca una muestra del flujo en un portaobjeto y se agrega Hidróxido de Potasio (KOH) al 10%, lo que provoca la lisis de las células epiteliales vaginales. El hallazgo microscópico característico consiste en la presencia de micelios-pseudo hifas ramificadas y con brotes de las *Cándidas*- el preparado con KOH permite detectar *Cándidas* en aproximadamente el 80% de las pacientes infestadas. En ocasiones puede ser necesario realizar un cultivo del flujo en medios de Nickerson para confirmar el diagnóstico de una infección por *Candida*. El empleo de un preparado húmedo de secreciones vaginales con el agregado de una gota de solución salina permite demostrar fácilmente las *Trichomonas* flageladas móviles en el examen microscópico en el 80-90% de las pacientes infestadas. La especie *Trichomona vaginalis* también puede ser sometida a cultivo y este es el método diagnóstico más sensible, si bien no se trata de una herramienta práctica para el médico. La *Trichomona vaginalis* también pueden identificarse en frotis de Papanicolau pero no en forma tan confiable como con el preparado húmedo con solución salina. El diagnóstico de Vaginosis bacteriana con frecuencia se establece clínicamente una vez que se han excluido todas las otras causas. Cuando se agrega una pequeña gota de KOH al 10% a las secreciones vaginales a menudo se libera un olor a pescado (prueba de la Vaharada positiva) este olor es causado por las aminas liberadas por el metabolismo del microorganismo anaerobio asociado con *Gardnerella vaginalis*. Las mujeres con Tricomoniasis pueden tener una prueba de aminas positiva aunque el olor no es tan intenso. Algunos médicos utilizan la presencia de “células claves” en el examen microscópico para confirmar el diagnóstico de Vaginosis bacteriana, las “células claves” son células epiteliales descamadas con cúmulos de bacterias adheridas a su superficie no obstante, hasta el 40% de mujeres infestadas no se observan células claves. Otros criterios que se han utilizado para establecer el diagnóstico de una Vaginosis bacteriana incluyen un flujo homogéneo que está adherido a la pared vaginal pero que se quita fácilmente frotando y un pH vaginal aumentado a más de 4.5. En la actualidad la presencia células claves más dos de los otros tres signos (flujo homogéneo, pH vaginal aumentado y olor a pescado) se considera diagnóstica de Vaginosis bacteriana. Se ha informado que las células claves constituyen un indicador más específico de Vaginosis bacteriana cuando representan un mínimo del 20% de las células epiteliales.

Se han utilizado diversos métodos de laboratorio para el diagnóstico de la Vaginosis bacteriana. Entre estos métodos figuran el cultivo de la *Gardnerella vaginalis*, la tinción de Gram de secreciones vaginales para la determinación de la cantidad de Lactobacilos, *Gardnerella vaginalis* y especies de *Mobiluncus*, la cromatografía con gas líquido para los productos metabólicos intermedios de las bacterias vaginales anaerobios, y el ensayo de prolina aminopeptidasa. El cultivo de la *Gardnerella vaginalis* tiene un escaso valor predictivo positivo. La tinción de Gram tiene una sensibilidad del 62 al 97%, una especificidad del 74 al 95% y un valor predictivo del 69 al 76%. La cromatografía con gas líquido tiene un valor predictivo positivo del 50%. La prueba de prolina aminopeptidasa todavía es experimental. Por lo tanto, si bien hay pruebas de laboratorio que ayudan a establecer el diagnóstico de Vaginosis bacteriana los criterios clínicos tienen la ventaja de que lo establecen de manera relativamente fácil, son baratos y no resultan complicados. Como ya se ha mencionado en el diagnóstico diferencial del flujo vaginal debe considerarse una cervicitis, la que puede deberse a una infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* o el virus del Herpes Simple. El diagnóstico de cervicitis debe sospecharse en toda mujer con flujo persistente y ninguna etiología evidente. Se realizan cultivos apropiados para presuntas infecciones cervicales/vaginales gonocócicas, por *Chlamydia* o herpéticas.⁽²²⁾

Se han utilizado diversos métodos de laboratorio para el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*. Para aumentar la sensibilidad de los cultivos hay que tener mucho cuidado al momento de recolectar la muestra tomando la mayor cantidad de células epiteliales como sea posible, se deben remover el moco y los detritos celulares, el uso de hisopos de madera reduce el rendimiento de los cultivos del espécimen almacenados en los medios de transporte debido a los productos derivados de la madera como el Alginato de calcio el cual inhibe el crecimiento de los microorganismos, por lo que la muestra deben tomarse con hisopos de plástico o metal con punta de dacron Las técnicas de no cultivo han sido desarrolladas. Una de ellas es el ensayo Inmunoenzimático (ELISA) En poblaciones de mujeres de alto riesgo su sensibilidad ha sido de un 90% y su especificidad de 97%. El otro método utilizado es a través de sistemas de detección de anticuerpos monoclonales el cual en poblaciones de mujeres de alto riesgo tiene una sensibilidad de 89% y una especificidad de 98% En grandes centros, el diagnóstico se basa

predominantemente en la primera generación de análisis de inmunoensayo, los cuales son conocidos por tener sensibilidad sub-óptima, o en cultivos con técnica de Giemsa o yodo. Más recientemente, la introducción del Test de anticuerpos directos fluorescentes ha mejorado la detección de este microorganismo. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un Test con alta sensibilidad y especificidad para la detección de infección genital por *Chlamydia trachomatis* y presenta resultados equivalentes o mejores que los primeros métodos de cultivos celulares utilizados. ⁽²⁶⁾

Tratamiento

Siempre deben considerarse los posibles efectos fetales adversos de los medicamentos administrados a una mujer durante el embarazo. Por fortuna, muchos de los fármacos que se emplean en el tratamiento de la infección cervico vaginal han sido ampliamente utilizados durante el embarazo sin efectos adversos obvios.

Existen numerosos regímenes antimicóticos para el tratamiento de la vaginitis candidiásica con poca o ninguna absorción vaginal. El fármaco antimicótico más utilizado es la nistatina, se presenta en forma de supositorios vaginales o cremas 100,000 unidades aplicados por vía intravaginal dos veces al día por 7 días. Durante el embarazo se informa una alta tasa de fracasos con la nistatina y las infecciones recurrentes son comunes. Se ha demostrado que los imidazoles más nuevos, incluye el Miconazol y el Clotrimazol son más eficaces para erradicar las infecciones. Tanto como en el caso del Miconazol y el Clotrimazol la dosis usual consiste en un supositorio o un aplicador lleno de crema que se coloca cada noche por vía intravaginal durante 7 días. Se informa que un antimicótico triazolico el Terconazol, es eficaz en el tratamiento de la infección por *Candida albicans* y puede ser más eficaz contra la *Candida glabrata* y *Candida tropicalis*. La dosis usual consiste en un aplicador lleno de crema que se coloca por vía intravaginal una vez en el día durante 7 días o un supositorio vaginal una vez al día por 3 días. Con el Terconazol la tasa de infecciones recurrentes es de alrededor del 3%, el Terconazol es un fármaco de la categoría C de la FDA y no sé a hallado que sea teratógeno en animales de laboratorio, sin embargo es probable que deba evitarse durante el primer trimestre.

⁽²⁷⁾

El único fármaco eficaz para el tratamiento de la infección por *Trichomona vaginalis* es el Metronidazol que en general se administra como una dosis única de 2 gr por vía oral. Esta dosis puede dividirse en dos tomas de 1 gr para minimizar las molestias gastrointestinales. En el caso de mujeres con recurrencias frecuentes puede ser necesario administrar un tratamiento más prolongado 250 mg tres veces al día por 7 días. Un efecto colateral del tratamiento con Metronidazol en especial cuando su duración es más prolongada, es el desarrollo de una candidiasis, probablemente debido a la erradicación de la flora vaginal específica. El compañero sexual debe ser tratado también con la misma pauta aunque no presente síntomas. Debe aconsejarse a las mujeres que se abstenga de relaciones sexuales durante el tratamiento o que sólo las tenga si el hombre emplea un preservativo para prevenir la reinfección. El Metronidazol no debe emplearse durante el primer trimestre del embarazo por su efecto teratógeno, la mayoría de los médicos utilizan Clotrimazol para el alivio sintomático durante el primer trimestre del embarazo, comprimidos de 100 mg. Durante 14 días por vía vaginal, aunque la curación definitiva sólo se consigue en el 20% de los casos, pero siempre mejoran los síntomas. ⁽²⁸⁾

Se han utilizado numerosos fármacos para el tratamiento de Vaginosis bacteriana, incluidos cremas vaginales con sulfamidas y las tabletas vaginales con Tetraciclinas, así como agentes sistémicos como Tetraciclinas, Ampicilinas, Cefalosporinas y más recientemente Metronidazol. Las cremas vaginales con sulfamidas, las Tetraciclinas y la Ampicilina no son eficaces contra *Gardnerella*. Además, la Tetraciclina esta contra indicada en el embarazo debido a sus potenciales efectos adversos sobre el feto. El tratamiento de elección es con Metronidazol pues sé a hallado que este fármaco es más eficaz en Vaginosis bacteriana. Un tratamiento alternativo de Vaginosis bacteriana consiste en la administración de Clindamicina oral o vaginal que es tan eficaz como el Metronidazol oral. No obstante durante el primer trimestre del embarazo debe utilizarse en primer lugar Clindamicina, Ampicilina o una Cefalosporina. El Metronidazol debe utilizarse después del primer trimestre en mujeres sintomáticas que no responden al tratamiento inicial. ⁽²⁹⁾

En el tratamiento de la infección por *Chlamydia trachomatis*, los regímenes terapéuticos comunes incluyen Tetraciclina 500mg, oral cuatro veces por día o Doxiciclina 100mg oral dos veces por día durante 7 días, la Eritromicina base es un

régimen alternativo a una dosis de 500mg, cuatro veces durante 7 días. Si aparecen síntomas gastrointestinales, puede sustituirse por una dosis de 250mg cuatro veces por día durante 14 días. Estos regímenes menos costosos en la actualidad se reemplazan por terapéuticas más costosas pero convenientes. Se probó que una sola dosis de Azitromicina (1gr) es efectiva para el tratamiento de la infección uretral y cervical por *Chlamydia trachomatis*. La Ofloxacin también ofrece una alternativa conveniente, aunque más costosa, con una dosis de dos veces por día durante 1 semana. Para la infección por *Chlamydia trachomatis* en el embarazo, la Doxiciclina, Tetraciclina y Ofloxacin están contraindicadas. Por consiguiente, la Eritromicina base es el régimen recomendado. Los regímenes alternativos eficaces en el embarazo incluyen Amoxicilina, 500mg tres veces por día durante 7 días o una sola dosis de 1gr de Azitromicina. Sin embargo, debe recordarse que la seguridad de la Azitromicina en el embarazo no fue bien establecida. Por último, es de suma importancia que todos los compañeros sexuales de mujeres con *Chlamydia* se traten con uno de los regímenes anteriores por que es una enfermedad de transmisión sexual. ⁽³⁰⁾

Prevención

La prevención de las infecciones cervico vaginales durante el embarazo puede ser difíciles sino imposible de lograr. El uso de preservativos por parte de los hombres infestados puede resultar de algún beneficio en la prevención de las infecciones por *Trichomona vaginalis* y *Chlamydia trachomatis* en las mujeres. Sin embargo el papel del hombre en la Vaginosis Candidiásica o bacteriana no esta claro. Algunos hombres no circuncisos alojan Cándidas debajo del prepucio y esto puede representar un reservorio para la infección. En las mujeres que reciben antibióticos de amplio espectro durante lapsos prolongados debe considerarse la profilaxis antimicótica.

Complicaciones

La infección cervico vaginal en general puede causar complicaciones, especialmente en las mujeres embarazadas, ya que se comprobado que gérmenes patógenos del canal cervicovaginal tienen capacidad de producir enzimas proteolíticas que puedan

destruir el colágeno necesario para la resistencia de las membranas ovulares y producir ruptura prematura de membranas. La colonización cervicovaginal por *Streptococo beta- hemolítico*, *Neisseria gonorrhoeae* o *Gardnerella vaginalis*, pueden desencadenar abortos, parto prematuro y ruptura prematura de membranas, cuando esta ultima ocurre el principal riesgo materno es la corioamnionitis, seguido o no de sepsis generalizada, esto depende de las condiciones nutricionales, estado de salud de la paciente y periodo de latencia.

Otros Estudios Sobre ITS

En nuestro medio la leucorrea en la embarazada ha sido objeto de diversos estudios al nivel de centros de salud y de control prenatal en varios departamentos de Nicaragua.

En 1991 en un estudio realizado por Medina P. en la Paz Centro encontró con mayor frecuencia: infección por bacterias *mixtas*, *levaduras* y *Trichomona vaginalis*.⁽⁸⁾

En Matagalpa en 1992 Fernández M. Encontró como principales agentes etiológicos: *Trichomona vaginalis* 23%, *Candida albicans* 8.9%, *Gardnerella vaginalis* 7.6 % y asociación *Candida / Trichomona* 8.3%.⁽⁹⁾

En 1992-93 Bjorn. Y cols. realizaron un estudio en las ciudades de León, Matagalpa y Bluefields, sobre prevalencia de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*, utilizando test de anticuerpos directos fluorescentes o PCR. Ellos reportaron una frecuencia de 4.3% en mujeres examinadas rutinariamente, encontrando que los factores de riesgo más importantes fueron: edad menor de 20 años, vida sexual extramarital, historia de infección del tracto urogenital, uso de contraceptivos orales y uso de dispositivos intrauterinos.⁽¹⁰⁾

En los centros de salud de León durante el año 2000 López y Col. Encontraron dentro de las causas de leucorrea: Vaginosis bacteriana 29.5%, candidiasis vulvo vaginal 28.1%, Tricomoniasis 6.2%, 15.7% de las infecciones fueron mixtas y en el 24.7% restante no se logro identificar ningún agente etiológico.⁽¹¹⁾

En el 2001 Icaza R. y Col. Encontró en las embarazadas que asistieron a CNP en CARAS Sutiava, León, como causa de leucorrea, Candida albicans 59%, seguida de Trichomona vaginalis 16.4% y asociación Candida / Gardnerella 14.8% y en menor frecuencia Gardnerella vaginalis 9.4%. ⁽¹²⁾

Para el año 2004 se captaron 9 personas de las cuales 5 son VIH y 4 casos SIDA, de estos 1 esta fallecido, para una letalidad de 11% en ese año. La letalidad disminuyó, pasando de 63.8% a finales del 2003 a 47.7% al mismo período en el 2004. ⁽¹³⁾

Las Infecciones de Transmisión Sexual hasta el 2006 han aumentado con relación al año 2003, este aumento ha sido en 113 casos atendidos. Los grupos más afectados son los comprendidos entre 20-34 años, el sexo femenino es el más afectado. Hasta el momento se han reportado un total de 877 embarazadas con alguna ITS, sin embargo la mayoría de reportes es por Candidiasis y Tricomoniasis que por su condición podrían no referirse a una ITS si no a una infección oportunista, que por dañar la mucosa vaginal puede facilitar la transmisión del VIH. El municipio de Kukra Hill no reportó embarazos afectadas lo que aparentemente se debe a subregistros de información.

En la R.A.A.S. desde 1991 hasta el 2006, el MINSA tiene registrado un total de 60 personas positivas al VIH, de éstos 49 casos son del municipio de Bluefields, el grupo de edad más afectado es el comprendido entre 15-34 años con 35 casos. Con relación a las ITS, para los primeros 5 meses del 2006 se reporta un total de 3318 casos. Los municipios con mayores problemas de ITS son Corn Island, Karawala, Laguna de Perlas y Bluefields. ⁽⁴⁾

En la RAAS se ha captado hasta el 2006 a 3 mujeres embarazadas positivas por VIH, a las cuales se les garantiza seguimiento con antirretrovirales para reducir el riesgo de infección del bebé. ⁽⁴⁾

La vía causante de la transmisión para el VIH es la sexual con el 97.7%(43 casos) y la perinatal con 2.3%(1caso). Donde el 88.3% son Heterosexuales y el 11.6% son Homosexuales.

Las personas VIH positivas están acercándose a buscar atención a las unidades de salud y en los sitios de atención alternativos (ACRIC).

Se cuenta con Antirretrovirales para las personas con SIDA, esto ha mejorado su calidad de vida, para que se integren nuevamente a sus trabajos y lleven el sustento a sus familias.

Se ha mejorado la capacidad técnica de los recursos humanos en consejería y en el abordaje de la persona con VIH y SIDA.⁽¹³⁾

EVALUACION I SEMESTRE 2005-2006 PROGRAMA ITS-VIH/SIDA MUNICIPIO BLUEFIELDS

En relación a las ITS: Hubo un aumento de 104 casos de ITS para este primer semestre 2006 en relación al primer semestre del 2005, esto se debe a que se esta realizando mayor registro de los casos de personas que han acudido a las unidades de salud a solicitar atención por alguna ITS que estos presentan.

En relación al grupo etáreo y el sexo, la situación en este primer semestre del año 2005 y 2006 no varia mucho, pero si los casos han aumentado, 119 casos más de ITS se captaron en relación al sexo, correspondiendo esto al sexo femenino, mientras que en el sexo masculino vemos una baja para el 2006 de 15 casos menos en relación con el 2005, en el mismo semestre y en ambos años no se observa diferencia en cuanto al grupo de edad que mas esta siendo afectado el cual corresponde al de 15-49 años.

Esto nos sirve de pauta y enfoque para saber en que grupos de edades se debe realizar más énfasis en cuanto a educación y concientización de la práctica de medidas preventivas.

En relación a la captación de casos según unidad de salud, en su mayoría han realizado más captación de casos en relación al primer semestre del 2005 y 2006.

El número de casos de ITS en las embarazadas se observa similar en ambos años y semestres, los flujos vaginales son los que tienen mayor incidencia.

Hay un aumento de entrega de condones para el primer semestre del 2006 en relación al 2005 un total de 2595 condones se entregaron más, así mismo se realizó entrega de condones de sabor en el primer semestre del 2006 un total de 22174 condones, esto como estrategia en la aceptación del condón por parte de la población al igual en cuanto al uso y aceptación del condón femenino, en el 2005 en el primer semestre no se hizo de este tipo de condones, mientras que en el 2006 siempre en el primer semestre se realizó entrega de 500 condones femeninos teniendo bastante aceptación este tipo de preservativos y no por parte de las mujeres si no también por parte de los hombres.

En relación a pruebas VIH realizadas: Tenemos un aumento de 498 pruebas más en el primer semestre del 2006 en relación al primer semestre del 2005.

En relación al sexo tenemos que en el primer semestre 2006 hubo un aumento de pruebas de 521 en relación al primer semestre del 2005, mientras que en el sexo masculino tenemos 23 pruebas menos realizadas en este primer semestre del 2006 en relación al primer semestre del 2005, esto no demuestra que tanto en relación a las ITS y toma de pruebas VIH nos hace falta más incidir en captar más a los del sexo masculino, buscar estrategias que los motiven y concienticen más a que es importante acudir a las unidades de salud a buscar atención por alguna ITS que tengan y así mismo saber la importancia que tiene el realizarse la prueba ellos como hombres que son y el hecho de que la mujer se realizó el examen en el cual tiene un resultado satisfactorio no indica que este resultado vale para ambos como persona.

Tenemos un 498 de pruebas realizadas más por las unidades de salud en el primer semestre 2006 en relación al primer semestre 2005, cabe mencionar que para este semestre 2006 la ONGs Campaña Costeña comenzó a realizar pruebas quienes captan también a personas en la realización de pruebas.

En cuanto a la toma de pruebas en mujeres embarazadas tenemos 424 pruebas realizadas en este primer semestre 2006 más que en el primer semestre 2005, se

esta realizando mayor oferta y énfasis en la importancia se realizarse la prueba en las mujeres embarazadas y así disminuir la transmisión vertical.

Del programa de personas afectadas con Tuberculosis tenemos 7 pruebas menos realizadas en el I semestre del 2006 en relación al 2005. ⁽¹³⁾

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: *Sector del* Puesto de Salud Lea Brackett el cual está ubicado en el barrio Fátima de la ciudad de Bluefields, RAAS. Este Puesto de Salud atiende a la población de los barrios: Central, Punta Fría, Canal, Fátima y Santa Rosa y tiene asignada una población de 14,750 habitantes, de los cuales 4,003 son Mujeres en Edad Fértil. En el año 2005 se captó un total de 317 embarazadas y del primero de Enero al treinta y uno de Agosto del año 2006 se captó un total de 220 embarazadas.

Unidad de análisis: Mujer embarazada atendida en el programa de atención prenatal del Puesto de Salud “Lea Brackett” en el periodo en estudio, de la cual se obtuvo la información requerida para este estudio.

Población de estudio: Todas las mujeres embarazadas que asistieron al programa de atención prenatal del puesto de Salud “Lea Brackett” en el periodo del primero de Enero al treinta y uno de Agosto, año 2006 y aceptaron participar del estudio (162).

Definición de caso: Toda mujer embarazada asistente al programa de atención prenatal cuya valoración médica indique la presencia de infección de transmisión sexual y que haya sido diagnosticado con exámenes de laboratorio en el transcurso del período en estudio.

Instrumento para la recolección de los datos: Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento que responde a los intereses de los objetivos. Está organizada por bloques de preguntas que incluyeron datos generales, antecedentes gineco-obstétricos, comportamientos de riesgo para ITS, características sociodemográficas y otras variables.

Fuente de información: La fuente de información fue primaria mediante entrevista y secundaria mediante revisión de expedientes Clínicos.

Procedimiento para la recolección de la información:

- 1) Se realizaron contactos con el SILAIS y las autoridades municipales para la realización del estudio y consensuar los objetivos del mismo. Una vez aceptado los términos del mismo se procedió a organizar la recolección de los datos.
- 2) Durante la fase de organización fue de vital importancia la autorización de la directora del Puesto de Salud “Lea Brackett”, para la revisión de los registros de cada paciente incluida en el estudio, para lo cual se le extendió una carta solicitando su aprobación. (Ver anexo # 10)
- 3) Todas las pacientes incluidas en el estudio fueron debidamente informadas de los objetivos de la investigación. El primer paso durante la recolección de la información fue solicitarle su colaboración. A cada paciente se le solicitó su consentimiento para participar en el estudio, el cual se realizó verbalmente.
- 4) Una vez realizadas estas gestiones se procedió a entrevistar a cada una de las mujeres y revisar los registros en sus expedientes.
- 5) Los resultados fueron registrados en nuestro instrumento y posteriormente procesados y analizados.

Plan de Análisis: Los datos fueron procesados y analizados en el programa de microcomputadoras de Microsoft office, Excel 2003. Se estimó frecuencia simple de las variables y se estableció la prevalencia de infecciones de forma global y por grupos según las variables establecidas.

Los datos se presentan en gráficos y tablas.

Operacionalización de variables

Frecuencia, tipo y manifestaciones clínicas			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
ITS actual	Presencia de ITS durante el embarazo actual	Expediente clínico Encuesta	Vaginosis Tricomoniasis Candidiasis Condilomatosis Sífilis
Manifestaciones clínicas de ITS	Presencia de signos y síntomas indicativos de ITS durante su embarazo	Encuesta Expediente clínico	Flujo vaginal Prurito Ardor genital Mal olor Masa en área genital Úlcera genital
Aspectos demográficos			
Edad	Tiempo de vida de la madre en años expresado por la misma al momento de la entrevista	Encuesta	≤ de 19 años 20 a 34 años 35 a 49 años
Origen	Lugar de procedencia de la paciente	Encuesta	Urbana Rural

Aspectos gineco - obstétricos			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
Semanas de Amenorrea	Número de semanas y días desde la fecha del inicio de su última menstruación	Tarjeta de control prenatal	<p>≤ a 20 semanas</p> <p>21 a 28 semanas</p> <p>≥ a 29 semanas</p>
Número de CPN	Cantidad de controles prenatales realizados por la paciente en su embarazo actual	Tarjeta de control prenatal	<p>1</p> <p>2 – 4</p> <p>5 y MAS</p>
Nº de PAP realizados	Número de PAP que se ha realizado la paciente	Encuesta	<p>Ninguno</p> <p>Uno</p> <p>Dos y Más</p>
Antecedentes de ITS	Antecedente de enfermedades sexualmente transmisibles previas al embarazo actual	<p>Expediente clínico</p> <p>Encuesta</p>	<p>EIPA</p> <p>Cervicitis</p> <p>Vaginosis</p> <p>Tricomoniasis</p> <p>Candidiasis</p> <p>Condilomatosis</p> <p>Sífilis</p>

Aspectos sociales			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
Escolaridad	Máximo nivel académico alcanzado por la madre al momento de su inclusión al estudio	Encuesta	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria Otros
Estado civil	Condición civil de la madre al momento de su ingreso	Encuesta	Soltera Casada Acompañada Divorciada Viuda
Ocupación	Labor que desempeña la paciente durante el periodo en estudio.	Encuesta	Agricultura Ama de casa Comerciante Enfermera Estudiante Policía Profesora Secretaria

ASPECTOS SEXUALES			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
Pareja nueva	Paciente con pareja sexual nueva en los últimos 3 meses	Encuesta	SÍ NO
Múltiples parejas sexuales	Paciente con más de una pareja sexual en los últimos 3 meses	Encuesta	SÍ NO
Mujer sola	Paciente que no tiene una relación estable pero tiene vida sexual activa	Encuesta	SÍ NO
Pareja con ITS	Pareja de la paciente con ITS actual.	Encuesta	SÍ NO

Resultados

Después de procesar los datos de la encuesta y la revisión bibliográfica, encontramos los siguientes resultados:

De las 162 pacientes incluidas en este estudio un 58% presentaba algún tipo de ITS ó combinaciones de estas. (Ver Grafico 1)

El mayor porcentaje de prevalencia de ITS en embarazadas se observa en el grupo de 35 – 49 años, seguido del grupo de 15 – 19 años. Los tipos de ITS más frecuentes son vaginosis y candidiasis. (Ver Tablas 1 y 2)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en las embarazadas con candidiasis atendidas en el Puesto de Salud Lea Brackett durante el periodo en estudio son flujo vaginal, seguido de prurito, mientras que en la vaginosis se encontraron los siguientes valores, flujo vaginal, prurito y mal olor. (Ver Tablas 3 y 4)

Los barrios con mayor prevalencia de ITS son: Barrio Central, Teodoro Martínez y Punta Fría seguido del Barrio Fátima, Canal, Santa Rosa y el grupo de pacientes que acuden del área rural. (Ver Tablas 5).

Las pacientes que acuden con 20 semanas de amenorrea ó menos presentan mayor prevalencia de ITS, seguido del grupo de 21 a 28 semanas de gestación. Mientras que la prevalencia según el número de PAPs es mayor en las que solamente se han realizado el examen en una ocasión seguido del grupo que se lo ha realizado en dos o más ocasiones. Por otro lado, la mayor prevalencia de ITS se observa en aquellas pacientes con cinco ó más CPN (Ver Tablas 6, 7 y 8)

Las pacientes cuyo estado civil es soltera presentaron mayor prevalencia de ITS, seguido de las acompañadas y las casadas, según la escolaridad de estas pacientes las que tienen escolaridad secundaria obtuvieron la mayor prevalencia, seguidas de primaria y analfabetas. (Ver Tablas 9 y 10)

Según la ocupación, las pacientes más afectadas con algún tipo de ITS, son las profesoras, estudiantes y amas de casa. (Ver Tabla 11)

Según determinadas condiciones de las embarazadas, la prevalencia de ITS es mayor en las que refieren tener múltiples parejas sexuales, seguido de las que refieren ser mujer sola, pareja nueva y las que han tenido pareja con secreción uretral. (Ver Tabla 12)

Discusión de los resultados

Es elevada la frecuencia de ITS en la población estudiada, es posible que esto se relacione con el bajo nivel académico de las embarazadas que se traduce en pobre conocimiento sobre salud sexual, así como las condiciones propias de la región tales como pobreza e inicio de vida sexual temprano y dado que la mayor prevalencia de ITS según el estado civil se encuentra en las solteras, seguido de quienes refieren ser acompañadas, se orienta a relaciones inestables y posiblemente múltiples compañeros sexuales lo cual predispone a las ITS, encontrándose así resultados compatibles con la bibliografía, en las que se menciona que el hecho de ser mujer sola es un riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual. Además en este estudio no se incluye a las parejas de las embarazadas quienes podrían contribuir a la presencia de este alto porcentaje de ITS, tomando en cuenta que según la ocupación la mayor prevalencia de ITS se observa en enfermeras, este se debe a un caso único encontrado en esta profesión durante el periodo en estudio, estas son seguidas de profesoras, estudiantes y amas de casa y que es bajo el porcentaje de mujeres que refiere tener factores de riesgo.

El tipo de ITS que predomina es la vaginosis, seguido de la candidiasis, lo cual se correlaciona con las manifestaciones clínicas que aqueja la mayoría de las embarazadas, estas son flujo vaginal prurito y mal olor. Ambos tipos de ITS tienen efectos negativos sobre el buen curso del embarazo y podrían ser causa de complicaciones incluso en el parto y puerperio.

Los barrios con mayor prevalencia de ITS son Teodoro Martínez, Central, Punta Fría y Fátima y el grupo etáreo mayormente afectado es el de 35 – 49 seguido del grupo de 15 – 19 años. Estos grupos poblacionales tienen en su territorio, discotecas, bares, clubes nocturnos, entre otros que podrían influir de alguna manera en esta situación.

La mayoría de las embarazadas con ITS acudieron con 20 semanas de amenorrea ó menos, período en el cual se producen hemorragias en el embarazo e incluso abortos asociados directa ó indirectamente a ITS. El alto porcentaje de embarazadas

con ITS en las pacientes que presentan cinco CPN y más, se podría explicar por el seguimiento que se le realiza a estas pacientes para prevenir complicaciones.

Se observa una alta prevalencia de ITS en pacientes que se han realizado PAPs, esto sugiere que éste ha servido como medio diagnóstico para algunas ITS. Esto puede significar que existe la probabilidad que aquellas pacientes que no se han realizado PAPs en ninguna ocasión podrían cursar con ITS y no presentar sintomatología alguna.

Conclusiones

Después de procesar los datos de nuestro estudio sobre Frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas del Puesto de Salud Lea Brackett, Bluefields, del primero de Enero al treinta y uno de Agosto, año 2006, concluimos que la frecuencia de ITS en las pacientes que acuden a CPN es del 58%.

En relación a la bibliografía consultada este porcentaje es elevado, sin embargo se coincide en que los tipos de ITS que se presentan con mayor frecuencia son la vaginosis y la candidiasis y las manifestaciones clínicas que más aquejan las pacientes son flujo vaginal, prurito y mal olor.

Los barrios con mayor prevalencia de ITS son Teodoro Martínez, Central, Punta Fría y Fátima y el grupo etáreo mayormente afectado es el de 35 – 49 seguido del grupo de 15 – 19 años.

El porcentaje de casos de ITS es alto en embarazos de 20 semanas y menores, así como en pacientes que no se han realizado PAPs en ninguna ocasión. Debido al seguimiento de las embarazadas con ITS, se observa un aumento del porcentaje de casos en pacientes con dos CPN ó más.

Las pacientes con bajo nivel académico representan más de la mitad de la población estudiada y presentan algún tipo de ITS. La mayor prevalencia de ITS se observa en enfermeras, este se debe a un caso único encontrado en esta profesión durante el periodo en estudio, estas son seguidas de profesoras, estudiantes y amas de casa.

Según la evaluación del riesgo para ITS, el grupo de pacientes más afectadas son las que refieren tener pareja nueva.

La frecuencia elevada de ITS encontrada en nuestro estudio podría tener su origen en factores propios de esta región tales como la pobreza, el bajo nivel académico de las pacientes, pobre conocimiento sobre salud sexual, inicio de vida sexual temprano y múltiples compañeros sexuales y aunque no se incluye a las parejas de las

embarazadas en este estudio, es probable que estos contribuyan a este elevado porcentaje de ITS, ya el porcentaje que refiere tener factores de riesgo es bajo.

Recomendaciones

Consideramos que el número de pacientes con ITS que se atienden en este Puesto de Salud es considerablemente alto y dado que éstas tienen un efecto negativo sobre el curso del embarazo y el bienestar de la paciente, recomendamos lo siguiente:

Que el SILAIS realice acciones de prevención dirigidas a la población sexualmente activa, tales como impartir temas sobre salud sexual y reproductiva, ITS y sus manifestaciones clínicas y la importancia de su tratamiento, esto a través de medios audiovisuales de manera periódica, para mejorar el conocimiento de las pacientes sobre el tema y disminuir así la elevada frecuencia de ITS. Enfatizando en sectores estratégicos.

Que el SILAIS informe periódicamente a la población datos locales actualizados sobre la incidencia de ITS en la región y conductas sexuales de riesgo, dándole así la importancia que merece este tema.

Que el SILAIS solicite medios diagnósticos de laboratorio útiles en la detección de este tipo de infecciones, ya que en nuestro medio son limitados y los existentes no detectan un sinnúmero de agentes patógenos.

Que en el puesto de salud se promuevan conductas sexuales de bajo riesgo, además de la realización de PAPs y exudados vaginales de forma periódica a toda mujer en edad fértil que ha iniciado su vida sexual y que acude al puesto de salud, independientemente del motivo de consulta. Así se disminuiría la frecuencia de ITS en las pacientes que acuden para captación a CPN.

Que se utilice el formato para pacientes con ITS en las embarazadas que acuden con este problema a las unidades de salud, para facilitar así el seguimiento adecuado de estas enfermedades.

Bibliografía

1. Schwarz, Ricardo. et al. Obstetricia. Pág. 280-297. Quinta Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 2003.
2. Mark H. Beers, M.D., y Robert Berkow, M.D. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones Hartcourt S.A. Décima Edición Española. 1999.
3. Guilles R. G. Monif. Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología. Pag. 497-592, Segunda Edición Salvat Barcelona 1985.
4. El VIH y el SIDA en la RAAS, un reto para todos. Volumen 1, Nº1. Julio 3-2006. MINSA, Dpto. Salud Ambiental y Epidemiología. Prog. de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA, RAAS.
5. Roger B. Flujo Vaginal Diagnóstico y Tratamiento. Pag.15-20. Tribuna Médica, Mayo 1980.
6. Pérez Sánchez A y Donoso Siña E. Obstetricia Cap.46 Pag. 693-701. Segunda Edición Mediterráneo. Santiago Chile, 1992.
7. Pernoll M. Benson R. Diagnostico y Tratamiento Gineco-obstétrico. Pag. 629-640. Quinta Edición El Manual Moderno. México DF.1998
8. Medina Paiz J. Manejo de Vaginitis y Embarazo. Tesis UNAN – León 1992.
9. Fernández M. Factores de Riesgo de Leucorrea. Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa, Abril a Septiembre de 1992. Tesis UNAN – León 1992.
10. Bjorn. H, Espinoza. F, Rivera. R, Davey. G, Ramos. A, Matthias. E. General chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. Genitourinary Medicine. The Journal of Sexual Health, STD & HIV. February 1996. Vol 72. No 1.

11. López Medina y col. Tres agentes de leucorrea en embarazadas que asisten al control prenatal en los centros de salud de León. Tesis UNAN León 2000.
12. Icaza R y col. Diagnostico y Manejo de Leucorrea en Adolescentes Embarazadas que Asistieron a Control Prenatal en Caras Sutiava. Tesis UNAN – León 2001.
13. Dra. Yanet López G. Evaluación Programa ITS/VIH/SIDA Año 2003-2006. Prog ITS/VIH/SIDA. Bluefields, SILAIS RAAS. Fuente. Prog. Regional. ITS/VIH/SIDA, RAAS.
14. Copeland Larry J. Ginecología. Cap. 34. Pag. 831-846. Segunda Edición Editorial Médica Panamericana S.A. 2002.
15. Jawetz E. Melnick J. Abdelberg E. Microbiología Médica Pag. 333-382. Catorceava Edición Manual Moderno. México, DF 1992
16. Jones H, Coltons A, Burnett L. Tratado de Ginecología de Novak, Capitulo 23 Pag. 507-511. Onceava edición Interamericana Mcgraw-Hill México 1991.
17. J. González Merlo. Ginecología. Cap. 11 Pag. 185-205. Séptima Edición Masson 2000.
18. Uranga Imaz F. Obstetricia Practica. Cap. 4. Quinta Edición Editorial Interamericana 1979. Infección Cervico Vaginal en Embarazadas HEODRA 2003.
19. ACOG Technical Bulletin. Gonorrhea and Chlamydial Infections. Number 190- March 1994.
20. Sober JD. Epidemiology and Pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis, AM J. Obstet. Gynecol. 1989, 152: 294.
21. Kurh T, Sivonen A, et al. Bacterial Vaginosis in early pregnancy and pregnancy outcome, Obstet Gynecol. 1992; 80: 173.

22. Moller BR, Ahrons S, Laurin J, et al. Pelvic Infection After Elective Abortion Associate With Chlamydia trachomatis. *Obstet Gynecol.* 1992; 59:210
23. Penza J, Renkin J.S. Infections Vaginopathias During Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 13: 223.
24. Kaufman RH, Benign diseases of the Vulve and Vagine 4th Edition. St Levis MC: CV Mosby, 1994:321
25. Ariel JD, Denney MJ, et al. Genital Yearst Infections. *BJM*, 1992, 4:761
26. Gleicher. Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo. Cap. 127, Pág. 1012-1016. Tercera Edición Editorial Médica Panamericana 2000.
27. Mcnelis D, Mc Leod M, Lauson J, et al Treatment of Vulvovaginal Candidiasis in Pregnancy a Comparative Study *Obstet Gynecol.* 1997; 50:674
28. Fischbach F, Peterson EE, et al. Efficacy of Clindamycin Vaginal Cream vs. Oral Metronidazole in the Treatment of Bacterial Vaginosis. *Obstet Gynecol.* 1993; 82:405
29. Heggie D, Lumicao GC, Stuart La, et al. Chlamydia trachomatis Infection In Mothers and Infants. *Am J Dis Child.* 1991; 135:507
30. Robinson SC, Mirchendon G. Trichomonas Vaginales. Future Observations on Metronidazole. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 93: 502.

ANEXOS

GRÁFICOS y TABLAS

Gráfico - 1. Frecuencia de ITS en embarazadas atendidas en el Programa de Atención Prenatal, Puesto de Salud Lea Brackett, Bluefields, Enero - Agosto, 2006. (n = 162)

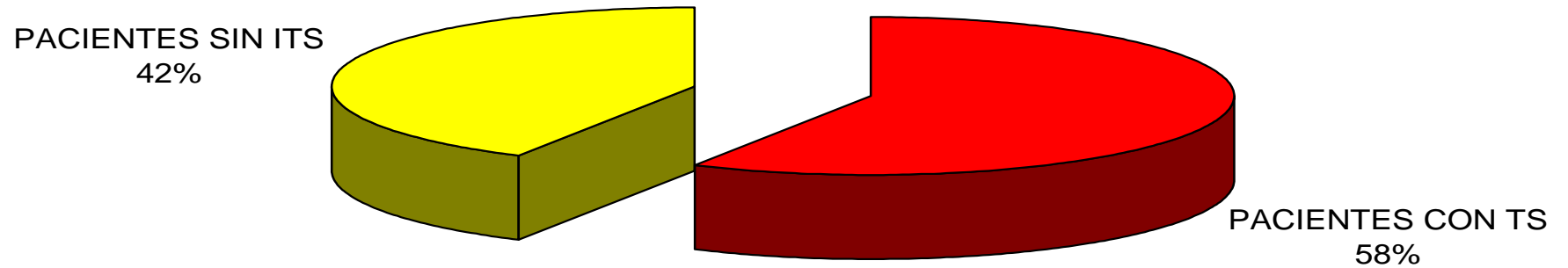


TABLA # 1

Prevalencia de ITS, según edad de las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Edad	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
15 a 19 años	59	38	64.4
20 a 34 años	97	53	54.6
35 a 49 años	6	4	67.5

TABLA # 2

Porcentaje de embarazadas que presentaban determinadas ITS atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Tipo de ITS	Prevalencia % (n = 162)
Vaginosis	33.7
Candidiasis	15.4
Tricomoniasis	3.7
Condilomatosis	1.2
Sífilis	1.2

TABLA # 3

Frecuencia de determinadas manifestaciones clínicas en embarazadas con candidiasis atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Manifestaciones clínicas	% (n =40)
Flujo vaginal	62.5
Prurito	27.5
Mal olor	7.5
Masa en área genital	2.5

Nota: una de las pacientes presentaba además condilomatosis

TABLA # 4

Frecuencia de determinadas manifestaciones clínicas en embarazadas con vaginosis atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Manifestaciones clínicas	% (n =128)
Flujo vaginal	43.0
Prurito	31.2
Mal olor	21.1
Ardor genital	3.1
Masa en área genital	1.5

Nota: dos de las pacientes presentaban además condilomatosis

TABLA # 5

Prevalencia de ITS, según barrios de las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Barrios, comunidades	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Barrio Central	7	7	100.0
Teodoro Martínez	1	1	100.0
Punta Fría	12	10	83.3
Fátima	44	27	61.3
Canal	29	17	58.6
Santa Rosa	39	22	56.4
Comunidades rurales	30	10	33.3

TABLA # 6

ITS según semanas de amenorrea en las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Semanas de amenorrea	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
≤ a 20 semanas	113	77	68.14
21 a 28 semanas	24	9	37.5
≥ a 29 semanas	25	6	24

TABLA # 7

Prevalencia de ITS según datos Gineco – obstétricos de las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Número de PAPs	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Uno	17	12	70.5
Dos y más	10	6	60.0
Ninguno	135	38	28.1

Nota: algunas mujeres presentaban más de una ITS.

TABLA # 8

Prevalencia de ITS según datos número de CPN de las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Número de CPN	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Uno	36	11	30.5
Dos a cuatro	82	41	50.0
Cinco y más	44	32	72.7

TABLA # 9

Prevalencia de ITS según datos Gineco – obstétricos de las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Estado civil	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Soltera	12	8	66.6
Acompañada	117	65	55.5
Casada	33	11	33.3

TABLA # 10

ITS según escolaridad de embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Escolaridad	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Secundaria	71	40	56.3
Primaria	47	25	53.1
Analfabeta	29	13	44.8
Universidad	15	6	40.0

TABLA # 11

ITS según ocupación de embarazadas, atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Ocupación	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Enfermera	1	1	100.0
Profesora	3	2	66.6
Estudiante	34	19	55.8
Ama de casa	77	43	55.8
Comerciante	32	16	50.0
Policía	2	1	50.0
Secretaria	3	1	33.3
Agricultura	5	1	20.0
Doméstica	5	0	0.0

TABLA # 12

Frecuencia de ITS según determinadas condiciones de las embarazadas atendidas en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields. Enero – Agosto, 2006.

Determinadas condiciones	Población total	Con ITS	Prevalencia % (n = 162)
Múltiples parejas sexuales	2	2	100.0
Mujer sola	1	1	100.0
Pareja nueva	25	21	84.0
Pareja con secreción uretral	7	5	71.4

ENCUESTA

La presente encuesta pretende ser el instrumento para identificar la Frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas atendidas en el Programa de Atención Prenatal en el Puesto de Salud Lea Brackett, Bluefields, del primero de Enero al treinta y uno de Agosto, año 2006. Aunque la encuesta es anónima, es de carácter voluntario y dado que interesa información personal solicitamos su consentimiento.

Consentimiento Informado de la Paciente:

"Estoy informada del propósito del estudio y doy fe que los datos proporcionados por mi persona son reales, a la vez autorizo la utilización de esta información para los fines que la presente investigación estime conveniente."

FIRMA DE LA PACIENTE: _____

FECHA: ___ / ___ / ___ No de Ficha _____ Exp. _____

DATOS GENERALES

Edad: _____ Origen: Rural: _____ Urbana: _____ ¿Barrio? _____

Escolaridad: Analfabeta _____ Secundaria Completa _____
Primaria Incompleta _____ Universitaria _____
Primaria Completa _____ Otros _____ Secundaria Incompleta _____

Estado civil: Soltera _____ Viuda _____
Acompañada _____ Divorciada _____ Casada _____

Ocupación: _____

DATOS GINECO OBSTÉTRICOS

Nº Cros. _____ FUR _____ Sem. Amenorrea _____
Número de PAPs _____
Antecedentes de ITS: SÍ _____ NO _____ Tipo: _____

EVALUACIÓN DE RIESGO PARA ITS

- ¿Tiene su pareja secreción uretral? SÍ _____ NO _____
- ¿Es usted mujer sola y tiene vida sexual activa? SÍ _____ NO _____
- ¿Ha tenido más de una pareja sexual en los últimos 3 meses? SÍ _____ NO _____
- ¿Ha tenido pareja nueva en los últimos 3 meses? SÍ _____ NO _____

MANIFESTACIONES CLINICAS DE ITS

1. ¿Ha tenido alguna de las siguientes manifestaciones clínicas durante el embarazo?

- Flujo vaginal SÍ _____ NO _____
- Prurito SÍ _____ NO _____
- Ardor en área genital SÍ _____ NO _____
- Mal olor SÍ _____ NO _____
- Masas en área genital SÍ _____ NO _____
- Úlcera genital SÍ _____ NO _____

2. ¿Tiene alguna ITS? SI _____ NO _____Cuál? _____

Observaciones:

03 de Octubre de 2006

Dra. Yadira Real
Directora – P/S Lea Brackett
MINSA – SILAIS RAAS
Bluefields, Nicaragua


Su Despacho


Reciba cordiales saludos.

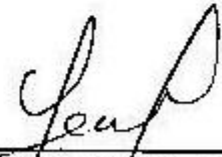
Nuestros nombres son, Ronda Arelis Berger Chow y Nelson Marcial Rivera Torres, ambos somos médicos en servicio social, estamos realizando nuestro trabajo de Tesis para optar al título de medico general, cuyo título es " Frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas atendidas en el Programa de Atención Prenatal en el Puest de Salud Lea Brackett, Bluefields, del primero de Enero al treinta y uno de Agosto, año 2006 ", para lo cual es necesaria la revisión de expedientes de mujeres embarazadas atendidas en este puesto de salud.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para permitirnos la revisión de dichos expedientes de las mujeres embarazadas que se han atendido en esta unidad durante el año en curso, esto sería de gran ayuda para nosotros en la realización de nuestro trabajo de tesis.

Sin más a que referirnos y esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud, nos despedimos de usted.

Att. 
Dra. Ronda Berger Chow
Medico en servicio social
Bluefields, Nic.


Dr. Nelson Rivera Torres
Medico en servicio social
Bluefields, Nic.


V^oB^o Dra. Yadira Real
Directora + P/S Lea Brackett
MINSA – SILAIS RAAS



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León
Facultad de Ciencias Médicas

Marzo 01 del 2007


Br. Ronda Arelis Berger Chow
Br. Nelson Marcial Rivera Torres
Sus manos

Estimado(a) Bachiller(a):

Por medio de la presente informo a ustedes que el protocolo de investigación monográfico, después de ser revisado y cumplir con los requisitos que la Facultad exige, ha sido aprobado puede presentar el informe final.

Deseándoles éxito en el desarrollo del trabajo de investigación, le saluda.

Atentamente,


DRA. MERCEDES CÁCERES SALINAS
Vice - Decana

Facultad de Ciencias Médicas



MCS/maag
Cc: Archivo