

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas



Informe Final para optar al el título de:
Doctor en Medicina y Cirugía

Frecuencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en edad fértil en tres municipios de Nueva Segovia. Agosto/07 a febrero/08.

Autoras:

Br. Leyla María Chévez González
Br. Frynee Carolina Dávila Pérez

Tutores:

Dra. Yasmina Mayorga¹
Dr. Juan Almendárez Peralta²

¹—Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Gineco-Obstetricia. Profesora titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.

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

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo investigativo:

- ✧ Primeramente a Dios sobre todas las cosas, por todas las bendiciones brindadas, ya que sin EL no hubiese sido posible la culminación de este trabajo investigativo.

- ✧ A nuestros Queridos padres **Edgar Chévez, Martha González y Alvaro Dávila, Nora Pérez**, ya que siempre están dispuestos a extenderte una mano cuando más los necesitamos.

- ✧ A mi esposo **Napoleón Reyes** por su apoyo incondicional y a mi hija **Elvira Cecilia** que son la razón por lo que enfrento con sueños y esperanza el diario vivir.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos:

- ✧ A nuestros tutores por su valiosa colaboración en nuestra investigación:
Dr. Juan *Almendárez*.

Dra. Yasmina Mayorga.

- ✧ A todos los pacientes que aceptaron participar en nuestro estudio.

- ✧ A los Directores de cada centro de salud por permitirnos el acceso para la realización de nuestro estudio.

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública debido a su impacto en la salud sexual y reproductiva y a la afectación de la población económicamente activa. Son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión de persona-persona a través de un contacto sexual.

El objetivo de investigación es determinar la frecuencia de las ITS en mujeres en edad fértil que asisten a las unidades de salud en tres municipios de Nueva Segovia durante el período de Agosto/07-Febrero/08.

Se elaboró una encuesta donde explica la importancia del estudio y los fines del mismo. Se le realizó a todo paciente que reunieron los criterios de inclusión solicitándole autorización para participar en el estudio. Se realizaron toma de PAP y muestras sanguíneas. Dichas muestras se enviaron al laboratorio y fueron procesadas.

Los datos fueron introducidos por un método electrónico computarizados, utilizando SPSS (15.0). Estos se analizaron de acuerdo a la relación y clasificación de las variables en estudio, utilizando distribución de frecuencia y porcentajes como medida de resumen, los resultados se presentan en cuadros y gráficos.

En nuestra investigación encontramos que la mayor parte de las mujeres en estudio el 63.8% tuvieron algún tipo de ITS. De las cuales el tipo de mayor prevalencia fueron las candidiasis, seguido de las tricomoniasis y la de menor prevalencia es la sífilis, con una frecuencia mayor en las mujeres de 25-34 años. Las armas más importantes contra las ITS son la prevención, tomando medidas oportunas por medio del uso del condón e higiene adecuada, son elementos imprescindibles para una sexualidad responsable que reducen considerablemente el riesgo de contagio de estas infecciones.

INDICE

Introducción.....	1
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5
Diseño Metodológico.....	21
Resultados.....	27
Discusión.....	37
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos.....	43

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías trasmisibles, cuyo único elemento en común es compartir la vida sexual como mecanismo de transmisión. Constituyen un serio problema de salud pública en todo el mundo, ya que son responsables de una carga enorme de morbilidad y mortalidad en muchos países en desarrollo debido a sus efectos en la salud reproductiva y a su papel en facilitar la transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).^{1,2}

Estas patologías son muy frecuentes en el adolescente y adulto joven, por las relaciones sexuales precoces, promiscuidad, falta de uso de preservativos o espermicidas que los protegen, falta de una consejería adecuada y oportuna en los grupos de riesgo. Se dice que en aproximadamente el 70% de las infecciones corresponde al sexo femenino ya que la mujer se convierte en un reservorio sintomático y clínico.¹

En la actualidad los jóvenes tienden a iniciar su vida sexual más temprano, incluso antes de alcanzar la madurez social, emocional y fisiológica. En los países subdesarrollados como el nuestro la pobreza en todos sus niveles es el factor predominante y causante para que se presente en un porcentaje muy alto en los grupos de riesgo.^{1,3}

Más de 333 millones de casos de las 4 principales causas curables de ETS (sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis) se estimaron que ocurrieron en 1995, la mayoría en países en desarrollo, siendo estas las 4 infecciones de transmisión sexual más comunes en Nicaragua. Colectivamente las ETS están entre las principales causas de morbilidad en el mundo, una carga soportada desproporcionadamente por mujeres en edad reproductiva.⁴

Uno de los estudios de ITS realizados en Managua fue en 1997 por Hernández y Sánchez quienes estudiaron la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes en el hospital Bertha Calderón Roque, donde de 72 adolescentes estudiadas el 55.6% tenían algún tipo de enfermedad de transmisión sexual. Los gérmenes más aislados fueron Gardnerella Vaginalis 36.6%, Clamidia Trachomatis 31.9%, Tricomoniasis Vaginal 19.9% y úlceras del cérvix relacionado con HPV fue de 6.9%.⁵

En un estudio realizado en la ciudad de León, en el HEODRA, por el Dr. Ernesto Vilchez en agosto del 2004 a diciembre del 2006, se encontró que la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes estudiadas fue 91%. En orden de frecuencia encontramos Cándida Albicans 91%, Tricomonas Vaginallis 34%, Virus de Papiloma Humano 6%, Neiseria Gonorrea 4%, Garnerella Vaginallis 3% y Treponema Pallidum 2%.⁶

Nuestro estudio se orienta a conocer la frecuencia de infecciones más frecuentes en mujeres en edad fértil en tres municipios de Nueva Segovia, un sector con altos índices de pobreza, donde predomina un inicio de vida sexual a temprana edad, lo que se asocia frecuentemente a un mayor número de parejas sexuales. Esto conlleva a una mayor probabilidad de contraer una ITS, es por esto nuestro interés en realizar este estudio, con el fin último de utilizar esta información para mejorar y fortalecer las actividades de promoción dirigidas a este problema de salud con una intervención oportuna.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres en edad fértil en los municipios de El Jícaro, Quilalí y Jalapa Departamento de Nueva Segovia durante el período comprendido de Agosto del 2007 a Febrero del año 2008?

Objetivo

Objetivo General:

Determinar la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil que asisten a las unidades de salud en los municipios de El Júcaro, Quilalí y Jalapa durante el período comprendido de Agosto a Febrero del 2008, específicamente relacionado a:

- a. **Grupos poblacionales más afectado.**
- b. **Manifestaciones clínicas de la enfermedad.**
- c. **Agentes involucrados.**

Marco Teórico

Definición y clasificación⁷

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), antes conocidas con los nombres de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y enfermedades venéreas, son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de un contacto íntimo (que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales).⁷

La expresión ETS comprende un grupo de enfermedades infecciosas en las que la vía de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica. Actualmente se reconocen más de 25 agentes patógenos importantes para la ETS (Cuadro 1). Se trata de organismos que provienen de todo el abanico filogenético, desde virus a parásitos multicelulares, y comparten la transmisión sexual como parte importante de su epidemiología. Algunos de estos patógenos pueden también transmitirse mediante otros mecanismos, como ocurre con la sífilis o el virus B de la hepatitis, pero en ambos casos la transmisión sexual es relevante. Las principales vías de transmisión son las mucosas de la boca, los órganos genitales y el ano durante la relación coital.⁸

Las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas son cada vez más frecuentes, la mayor parte de ellas se curan exitosamente cuando el tratamiento es el adecuado, el oportuno y precoz, pero el mayor problema de ineficacia del tratamiento, de diagnóstico incorrecto y que las complicaciones se presenten muy tardíamente es la falta de sensibilización de la población de acudir en tiempo y forma a una ayuda especializada.²

Clasificación etiológica⁸

AGENTES ETIOLÓGICOS	ENFERMEDAD
VIRUS	
VIH	SIDA
Virus de Hepatitis B	Hepatitis
VPH	Molusco Contagioso
Citomegalovirus	Citomegalovirus
Herpes Hominis tipo II	Herpes Genital
HONGOS	
Candida Albicans	Moniliasis o Candidiasis
Torulopsis Glabrata	Moniliasis
PARASITOS	
Trichomonas Vaginalis	Tricomoniasis genitourinaria
Phtirus pubis	Pediculosis pubis
Sarcoptes Scabiei	Sarna o escabiasis
Amebas	Amebiasis
Giardia Lamblia	Giardosis
BACTERIAS	
Neisseria Gonorrhoeae	Gonorrea
Haemophilus Ducreyi	Chancro Blando
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma Inguinal
Gardnerella vaginalis	Vaginosis
Mobiluncus sp	Vaginosis
TREPONEMAS	
Treponema Pallidum	Sífilis
CLAMIDIAS	
Chlamydia Trachomatis	Uretritis no gonocócica
Infección genital no especifica	
Linfogranuloma venéreo	

Cuadro 1. Agentes etiológicos de las Infecciones de Transmisión Sexual.⁸

Clasificación Sindrómica de las Infecciones de Transmisión Sexual

- ✚ **Cursan con secreción uretral:** uretritis gonocócica y uretritis no gonocócica.
- ✚ **Cursan con flujo vaginal:** tricomoniasis, vaginosis, cervicitis por chlamydias, cervicitis gonorreica, candidiasis.
- ✚ **Cursan con úlcera genital:** chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, sífilis, herpes genital.
- ✚ **Cursan adenopatías:** linfogranuloma venéreo, chancro blando, sífilis, SIDA, herpes genital.
- ✚ **Cursan con sintomatología general:** Linfogranuloma venéreo, sífilis, herpes, SIDA, citomegalovirus.
- ✚ **Cursan con prurito:** pediculosis, Humana sarna, condilomatosis.
- ✚ **Cursan con tumoraciones inguinales de tamaño variables:** condilomatosis, molusco contagioso, granuloma inguinal, sífilis, linfogranuloma venéreo.
- ✚ **Ocasionan lesiones rectales:** Linfogranuloma venéreo, Granuloma inguinal, Sífilis.

☆ Patogenia

Muchas ITS se transmiten a través de la membrana mucosa del pene, de la vulva, y (menos a menudo) de la boca. La membrana visible que cubre la cabeza del pene es una membrana mucosa. Las membranas mucosas se diferencian de la piel en que permiten que ciertos patógenos (los virus o las bacterias) entren en el organismo. Muchas infecciones que se transmiten fácilmente de la boca a los órganos genitales o de los órganos genitales a la boca son mucho más difíciles de transmitir de una boca a otra. Con el VIH, los líquidos genitales suelen contener mucho más del patógeno que la saliva. Algunas infecciones etiquetadas como ITS se pueden transmitir por el contacto directo de la piel. El herpes y el VPH son dos muy buenos ejemplos.⁸

Debe considerarse que todos los comportamientos sexuales que implican el contacto con otra persona o con los líquidos corporales de otra persona pueden implicar un riesgo de transmisión de ITS. La mayor parte de la atención se ha centrado en controlar el VIH, que causa el sida, pero cada ITS presenta una situación diferente.

Como puede ser observado en el nombre, las ITS son transmitidas a partir de una persona a otra por ciertas actividades sexuales, más que causadas realmente por esas actividades sexuales. Las bacterias, los hongos, los protozoos (protozoarios) o los virus siguen siendo los agentes causantes. No es posible contraer ninguna ITS a partir de una actividad sexual con una persona que no esté contagiada; inversamente, una persona que tiene una ITS lo consiguió del contacto (sexual o de otra manera) con alguien que lo tenía, o sus líquidos corporales.

Es posible ser un portador asintomático de ITS. En particular, enfermedades de transmisión sexual en mujeres causa a menudo la condición seria de la enfermedad inflamatoria pélvica.⁸

Descripción clínica de las Infecciones de Trasmisión Sexual⁹

➤ Uretritis y Cervicitis gonocócica y no gonocócica

La secreción uretral en la gonorrea es similar a la de la uretritis no gonocócica causada por *Chlamydia trachomatis*. En la gonorrea el 90% de los casos presentan secreción purulenta o mucopurulenta, disuria, polaquiuria, urgencia miccional, erecciones dolorosas, enrojecimiento del meato uretral, puede haber adenopatías inguinales bilaterales, epididimitis y prostatitis. La uretritis no gonocócica causada por *Chlamydia trachomatis* o *Ureaplasma urealyticum* puede ser también asintomática.

Se establece el diagnóstico de uretritis no gonocócica por la presencia de polimorfonucleares sin *Neisseria* en la tinción de gram y por la continuidad del cuadro clínico a pesar de un buen tratamiento.⁹

➤ **Tricomonas**

Tricomonas vaginilis es un parásito microscópico que se propaga por contacto sexual y en algunas ocasiones no presentan síntomas. En la mujer produce flujo vaginal maloliente, espumoso, de color verde-amarillento, que se acompaña de molestias para orinar, ardor y escozor vaginal y en el hombre produce secreción de color blanco, dolor o ardor al orinar.^{9, 10}

Para el diagnóstico se toma una pequeña muestra del flujo sospechoso y se coloca en una gota de suero fisiológico sobre un portaobjetos (cristal) y se cubre con una delgada lámina de cristal. Si existen estos parásitos se les verá moverse ágilmente de un lado para otro. También se les verá parasitando algunas células epiteliales, usualmente en grupos.

En la preparación citológica con la tinción de Papanicolaou, se observan estos parásitos de forma alargada, ya aisladamente ó agrupados en forma de corona parasitando las células epiteliales.¹⁰

➤ **Úlcera genital con o sin adenopatías**

☆ **Sífilis**

La sífilis primaria se presenta como una ulceración genital mientras que la sífilis secundaria y terciaria son formas diseminadas de la enfermedad presentándose como manifestaciones sistémicas.

El Treponema pallidum es tan poco viable fuera del huésped, que la sífilis suele adquirirse por contacto sexual. Un individuo infectado deja de ser sexualmente infeccioso al cabo de 2-4 años. Algunos individuos son resistentes a la infección, ya que no todo aquel que tiene contacto con el Treponema pallidum adquiere la enfermedad.³

☆ **Sífilis Adquirida: estadio precoz**

La lesión primaria, o chancro, empieza en el sitio de inoculación después de un período de incubación que oscila entre 9 y 90 días con un promedio de unas 3 semanas. Aparece una pequeña mácula roja que evoluciona con rapidez hacia una pápula indolora y ulcerada. Esta úlcera típicamente es solitaria, pequeña y muestra una base limpia y brillante. Sus bordes son netos y se encuentran elevados e indurados. Típicamente, el chancro es una lesión única, bien delimitada del tejido circundante, con una superficie lisa, plana y de color rojo oscuro que puede estar cubierta de una fina costra de color marrón o amarillenta. Característicamente, la úlcera no es dolorosa a la palpación, y a la presión exuda un líquido seroso, pero no sangre.

El chancro puede localizarse en cualquier parte de los genitales externos, pero sobre todo en el surco balanoprepucial, en la cara interna del prepucio, en el glande y en el cuerpo del pene. En la mujer, los chancros pueden presentarse en los labios menores, mayores, horquilla vulvar, clítoris y cérvix.³

Sin tratamiento, la lesión primaria cura en un período de 3 a 8 semanas, dejando una cicatriz finamente atrófica. Alrededor del 50% de los casos de sífilis primaria no tratada progresará hacia enfermedad secundaria y el otro 50 % entrará en fase de latencia.³

☆ **Sífilis secundaria**

Los signos de la sífilis secundaria aparecen normalmente después de 7-10 semanas de adquirida la infección o después de 6-8 semanas de aparecida la lesión primaria. En una tercera parte de los pacientes con sífilis secundaria precoz aun está presente la lesión primaria. En ausencia de tratamiento las lesiones de la sífilis secundaria pueden desaparecer y reaparecer a lo largo de un período de 2 años.⁹

Después del estadio secundario, o después del chancro, o incluso en ausencia de estos estadios, la infección persiste, pero inaparente; en este estadio se denomina sífilis latente. El paciente con sífilis secundaria presenta a menudo mal estado general, con febrícula, cefalea y anorexia. Puede presentar una erupción cutánea no pruriginosa, pérdida del cabello en algunas zonas, ronquera, adenopatías, dolores óseos y raramente sordera u otro signo de alteración neurológica.

☆ **Etapas terciarias (tardías)**

Esta etapa puede causar serios problemas como trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro hasta llegar a la muerte.

El diagnóstico se basa en la positividad de las pruebas serológicas específicas para sífilis y en la falta de otra evidencia de enfermedad. El diagnóstico se realiza por medio: VDRL (Venérea Disease Research Laboratory) como método inespecífico y sospechoso en títulos 8 y 16 en la sífilis primaria y títulos entre 16 y 128 en casos de sífilis secundaria, tiende a ser negativo en sífilis latente no tratada y tardía. Pueden haber falsos biológicos positivos por lo que es necesario siempre repetirlos.¹⁰

➤ **Virus del papiloma humano**

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las Infecciones de Transmisión Sexual más comunes. Se han identificado más de 100 tipos de este virus. Algunos tipos se propagan de persona a persona por contacto sexual.¹¹

Como en el caso de muchas Infecciones de Transmisión Sexual, a menudo no hay signos del virus del papiloma humano genital. No obstante, algunos tipos de este virus causan verrugas.

En las mujeres, estas verrugas pueden aparecer en la vulva, la vagina, el cuello uterino y el ano. En los hombres, pueden aparecer en el pene, el escroto, el ano o en cualquier otro lugar del área genital. Algunas veces, las verrugas desaparecen por sí solas. Si no desaparecen, hay varios tratamientos disponibles para las verrugas. Aún después de desaparecer las verrugas es posible que el virus esté presente. El virus puede permanecer en el cuerpo por semanas o años sin mostrar ningún síntoma.¹¹

Algunos tipos del virus del papiloma humano están vinculados con el cáncer tanto en mujeres como hombres. El diagnóstico del VPH se realiza a través del Papanicolaou.

➤ **Linfogranuloma Venéreo**

El Linfogranuloma venéreo es una infección por *Chlamydia trachomatis* LI, L2, L3. El período de incubación es corto (2-5 días), después del cual aparece una lesión primaria evanescente a nivel de genitales, recto, y/o más raramente en otra parte del cuerpo. A las 2-3 semanas de infección los ganglios linfáticos regionales aumentan de tamaño, se vuelven blandos, adherentes entre sí, fluctuantes y ocasionalmente se abren al exterior secretando pus.^{11, 12}

En ausencia de tratamiento, la región anogenital se puede volver cicatrizal y edematosa, y puede desarrollarse fístulas y retracciones. Cuando los ganglios pélvicos que drenan al cérvix, vagina superior y el recto están afectados, el exudado puede fistulizar al interior de las vísceras pélvicas, pudiendo causar cicatrices y posteriormente retracciones.

Se inicia como Papulovesícula indolora en cualquier parte del pene que cura en pocos días, ocasionalmente hay dolor en el meato uretral que puede hacer pensar en uretritis no gonocócica. Los linfáticos regionales se adhieren entre sí son dolorosos, blandos, pueden abcedarse y fistulizarse, el aumento de los ganglios linfáticos por encima y por debajo del ligamento inguinal da lugar a una apariencia en la ranurada en la ingle, (signo de la ranura), que es patognomónico del LGV las

lesiones pueden curar dejando cicatrices residuales, aunque puede persistir una formación fistulosa recurrente.^{5. 8}

El diagnóstico se da por la Microinmunofluorescencia en ambos sexos. Giemsa raspando la lesión primaria sospechosa o aspirando el pus del ganglio linfático abscedado y luego cultivándolo en Células del Tejido McCoy.¹²

➤ **Chancroide (Chancro Blando)**

La enfermedad se origina por el bacilo anaerobio facultativo *Haemophilus Ducreyi*. Su incidencia es elevada en los países tropicales particularmente en aquellos en que el nivel de vida es bajo. Las trabajadoras del sexo constituyen un reservorio importante de la infección, dado que la mayoría no muestra evidencia clínica de la enfermedad.

Tras un período de incubación que oscila entre 3 y 7 días aparece una pápula inflamatoria pequeña en el sitio de inoculación que se vuelve pústula y se ulcera (una o más úlceras) blanda, dolorosa, cubierta por una membrana grisácea en su fondo, con tejido de granulación que sangra fácilmente. Los bordes de las úlceras son irregulares, desiguales, socavados y rodeados de un halo eritematoso, las úlceras generalmente son múltiples y asociadas, en más de la mitad de los casos, con adenitis inguinal. Después de varios días se erosiona y aparece una úlcera profunda, muy dolorosa, de márgenes blandos e irregulares. La base de la úlcera es poco friable y suele estar cubierta por exudado fétido de color amarillo grisáceo. Lo característico en el chancroide es que se presenten 2 o más ulceraciones en posición opuesta debido a autoinoculaciones (úlceras satélite).¹⁰

El diagnóstico se realiza por medio de Giemsa del aspirado del bubón o del borde irregular de la úlcera.¹⁰

➤ **Granuloma Inguinal**

Es una infección granulomatosa crónica, causada por *Calymmatobacterium Granulomatis* que afecta la región anogenital y con menor frecuencia otras zonas de la piel. Esta enfermedad tiene capacidad de destrucción extensa, e incluso mutilante, de los genitales. A veces presenta diseminación hematológica a diversos órganos corporales.

Después de un período de latencia variable de 3 días a 6 meses (7 a 30 días en más de un tercio de los pacientes) se desarrolla una pápula, un nódulo subcutáneo, o una úlcera, por lo general estas lesiones son pruriginosas. La pápula mide de 5 a 15 mm de diámetro, es de superficie plana y está cubierta por piel o mucosa, la lesión se eleva por encima de la piel circundante y se ulcera, a los pocos días la úlcera va aumentando progresivamente de tamaño.¹³

La úlcera es blanda, de tamaño variable, aterciopelada, de color rosado brillante y tiene un borde serpiginoso, su base está cubierto por un exudado serosanguinolento o por una fina membrana transparente, generalmente es indolora a menos que halla una infección sobreagregada.

Se diagnostica por medio de biopsia de úlcera o borde de la lesión para la observación de cuerpos de inclusión tiñendo el frotis con Leishman, Giemsa o tinción de Wright.¹³

➤ **Herpes Simple**

El herpes simple es una enfermedad infecciosa aguda, caracterizada a menudo por una erupción vesicular recurrente, que se produce en cualquier lugar de la piel pero preferentemente por encima o cerca de los labios o de los genitales y que en ocasiones afecta el ojo, causando conjuntivitis con afección corneal o sin ella.

El VHS puede dividirse en dos tipos, el tipo 1 se aísla de lesiones situadas alrededor de la boca o del ojo y se transmite por contacto directo al besarse o a

través de gotitas de Pfluger a partir de portadores de este virus; el tipo 2 es responsable de la mayoría de las infecciones del tracto genital y su contagio se produce por contacto directo durante las relaciones sexuales. Puede encontrarse el tipo 1 en los genitales y el tipo 2 en la cavidad oral.¹⁴

El VHS-2 es la causa más frecuente de herpes genital, los portadores asintomáticos constituyen probablemente la principal fuente de infección. En tales casos el virus puede ser aislado del cérvix en la mujer o de la uretra en el varón; puede que no haya síntomas y que los signos de uretritis sean ligeros.

En la mucosa edematosa y enrojecida de la vulva, vagina y cérvix hay placas blanquecinas; en los labios se ven vesículas erosionadas que pueden extenderse a la piel perianal y al muslo. Los ganglios linfáticos regionales se hallan aumentados de tamaño y blandos; puede haber secreción vaginal.

La curación suele producirse en una o 2 semanas, si bien pueden aparecer nuevas lesiones durante un período de 6 semanas. En la cervicitis primaria puede haber solamente edema y enrojecimiento de la mucosa, pero a menudo hay una ulceración necrótica del cérvix que sangra fácilmente. El espectro de las lesiones clínicas es amplio y los casos asintomáticos son frecuentes.¹⁴

Las ETS en países en desarrollo¹⁵

En muchos países de África, Asia y Latinoamérica, los programas de control de las ETS bacterianas se veían limitados por el costo económico de las pruebas de diagnósticas y de detección; a ello se ha sumado, en el momento actual, el impacto de las infecciones víricas incurables, particularmente del VIH, que han tenido una enorme trascendencia social y económica.

Las cifras de incidencia disponibles en estos países no son fiables, pero las estimaciones de las grandes ciudades de África sugieren tasas de incidencia anuales de gonorrea de 3,000a 10,000 casos por 100,000 habitantes. En países

asiáticos con datos fidedignos de incidencia, en 1986 se registraban tasas de 40 casos de sífilis por 1000,000. Actualmente se ha comenzado a identificar, en estos países, patógenos de transmisión sexual de segunda generación, en general, los estudios de prevalencia de infecciones por Chlamydia Trachomatis en mujeres muestran datos similares a los de los países industrializados.¹²

Factores de riesgo⁹

- ✚ Las enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas son cada vez más frecuentes. Aunque es posible contagiarse con el VIH por el uso de agujas contaminadas o, en raras ocasiones, por transfusiones sanguíneas, el contacto sexual es la forma más común de contagio del VIH y demás ETS.

- ✚ La única forma segura de prevenir las ETS y el SIDA es a través de la abstinencia sexual o que las relaciones sexuales tengan lugar exclusivamente entre dos personas no infectadas. En caso de contar con varios compañeros sexuales o que uno de ellos esté infectado, el individuo está en alto riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.¹

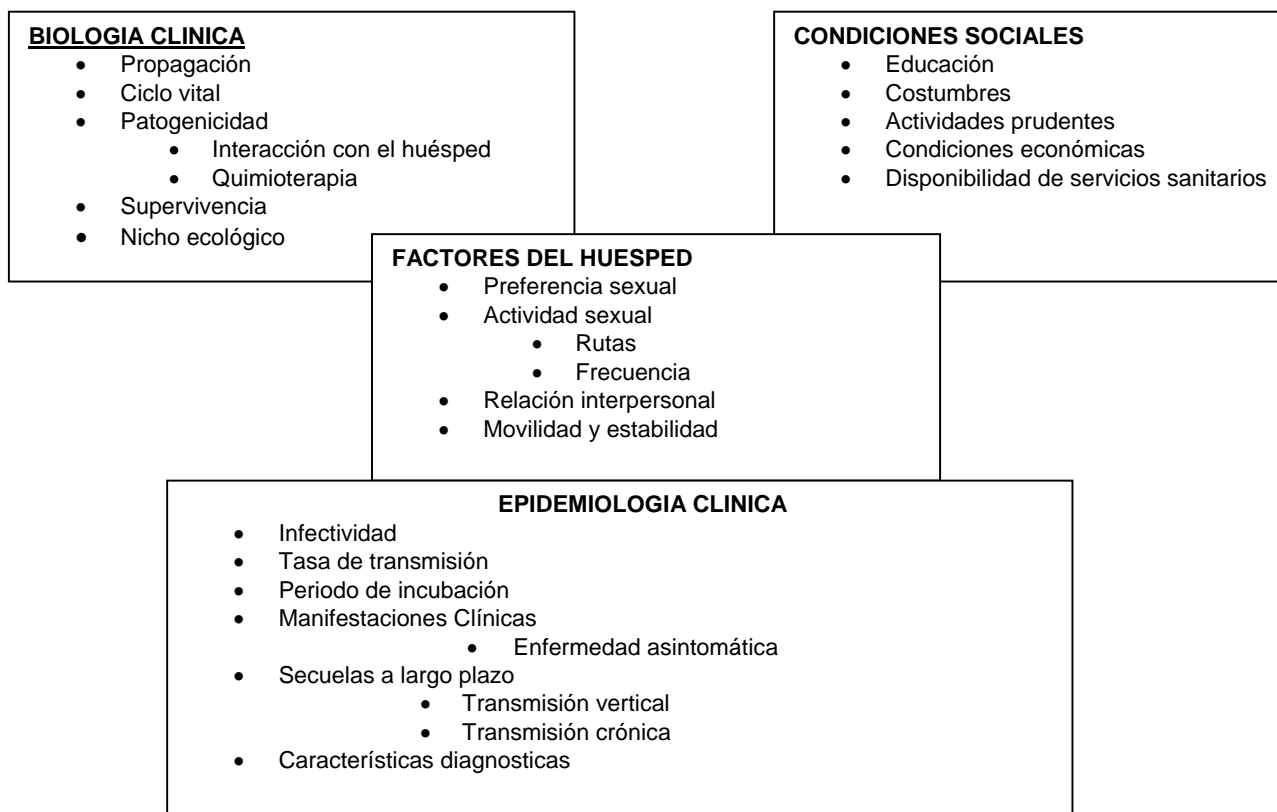
- ✚ El uso constante y correcto de un condón de látex, así como evitar ciertas prácticas sexuales, puede disminuir el riesgo de contraer SIDA u otras ETS; pero los condones no eliminan por completo el riesgo. Para que sea eficaz, el condón no debe estar dañado, debe aplicarse antes del contacto genital y debe permanecer íntegro hasta que se extraiga al terminar la actividad sexual. La lubricación adicional (y ello sucede incluso con los condones lubricados) puede colaborar a que se evite la rotura del condón.¹²

- ✚ Un nuevo condón para mujeres puede ayudar a reducir el riesgo de contraer una ETS. Muchas formas de anticoncepción en la mujer (como la píldora) no brindan protección contra las ETS; pero los resultados de estudios indican que el uso del nonoxinol-9, que es un espermicida, reduce

la frecuencia de gonorreas e infecciones por clamidias. El uso conjunto de espermicidas y un diafragma también ayuda a dar muerte a las bacterias.¹⁰

- ✚ Las diferentes prácticas sexuales acompañan distinto grado de riesgo de contraer la infección por el VIH. El coito anal receptivo (pasivo) es la más riesgosa, ya que el daño al ano y recto permite que el VIH ingrese a la sangre. En dicha relación, el copulante pasivo está en riesgo mucho mayor de contraer el VIH que el copulante activo, si bien este último puede adquirir la gonorrea y sífilis del recto del copulante pasivo.¹¹
- ✚ La relación vaginal heterosexual, sobre todo con varios compañeros sexuales, conlleva el riesgo de contraer el VIH o cualquier otra ETS. Se piensa que el VIH se transmite más fácilmente del hombre a la mujer que a la inversa.¹²
- ✚ El riesgo a exponerse a una ETS guarda asociación con la edad de inicio de la vida sexual; los jóvenes con inicio temprano de relaciones coitales tienen un riesgo mayor de presentar una infección genital.
- ✚ En personas que inician relaciones coitales en forma precoz se observa, de la misma manera, un alto nivel de actividad sexual, poco uso de contraceptivos, alta tasa de embarazos no planeados y de ETS, incluyendo la infección por VIH. El consumo, el abuso y la dependencia de sustancias, constituyen un factor relacionado con conductas sexuales de riesgo para contraer una ETS.^{11, 12}
- ✚ La educación es un elemento importante en el control de ETS. Las deficiencias y limitaciones de la educación en sexualidad de toda la población en los países en vía de desarrollo se reflejan en diversos indicadores como embarazos no deseados y prevalencia de ETS.⁹

Fig. 1 Factores que afectan la epidemiología de las ITS¹³



Resultados adversos de las ETS durante el embarazo¹³

Las ETS entre las embarazadas frecuentemente reciben tratamiento tardío o no lo reciben del todo, debido principalmente a que son asintomáticos o no reconocidos. Muchas ETS son transmitidas de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. El grado de infección neonatal debido a estos agentes en países en desarrollo es difícil de estimar. Efectos adversos del embarazo asociados a las ETS oscila desde aborto y parto pretérmino a infecciones congénitas de mortalidad materna, neonatal y fetal.¹³

Mundialmente entre las mujeres, hay aproximadamente 7 millones de casos nuevos de sífilis cada año. Las tasas de sífilis congénita son paralelas a las de

sífilis en mujeres en edad reproductiva. Muchos países en desarrollo han encontrado tasas de sífilis entre mujeres embarazadas de 5-15%, o por encima del doble de la magnitud más altas en países desarrollados; en Sudáfrica, las tasas de infección en las mujeres embarazadas oscila entre 6-19%. La sífilis no tratada durante el embarazo incrementa el riesgo de muerte fetal tardía, bajo peso al nacer, nacido pretérmino, y enfermedad neonatal severa.³

La complicación más devastadora de la sífilis congénita tardía o no tratada son manifestaciones neurológicas que incluyen retardo mental, hidrocéfalo, parálisis de nervios craneales, y epilepsia. Con Tratamiento adecuado de madres infectadas la sífilis es una causa prevenible de morbilidad y mortalidad neonatal. Los recién nacidos por vía vaginal de madres con gonorrea no tratada están en mayor riesgo de desarrollar conjuntivitis gonocócica, la cual, si se deja sin tratar, puede llevar a ceguera. Raramente, los neonatos desarrollan infección gonocócica diseminada.¹³

La infección neonatal con herpes simple usualmente ocurre durante el parto, por un canal de parto infectado o una infección ascendente seguida de la ruptura de las membranas de la mujer con herpes genital primaria al momento del parto. La infección puede diseminarse al sistema nervioso central y mas allá, y tiene tanto una tasa alta de mortalidad y una alta probabilidad de secuelas neurológicas y del desarrollo entre los sobrevivientes.³

TRATAMIENTO⁴

➤ **Secrecion uretral (Sin Microscopio)**

Ciprofloxacina 500 mg po dosis única y Doxiciclina 100 mg po 2 v al día x 7 días.

En caso de no contar con Ciprofloxacina indicar: Espectinomicina 2 g IM dosis única. En caso de no contar con Doxiciclina indicar: Tetraciclina 500 mg po 4 v al día x 7 días o Eritromicina 500 mg po 4 v al día x 7 días.⁴

➤ **Secrecion uretral (Con Microscopio)**

Ciprofloxacina 500 mg po dosis única y Doxiciclina 100 mg po 2 v al día x 14 días.

En caso de no contar con Ciprofloxacina indicar: Espectinomicina 2 g IM dosis única. En caso de no contar con Doxiciclina indicar: Tetraciclina 500 mg po 4 v al día x 7 días o Eritromicina 500 mg po 4 v al día x 7 días.⁴

➤ **Flujo vaginal**

Vaginitis

Tinidazol 2 g po Dosis única y Metronidazol 2 g po Dosis única y Clotrimazol 100 mg óvulos vaginales 1 diario x 5 días

Cervicitis

Ciprofloxacina 500 mg po Dosis única o Espectinomicina 2 g IM Dosis única y Doxiciclina 100 mg po 2 v al día x 7 días o Tetraciclina 500 mg po 4 v al día x 14 días.⁴

➤ **Úlcera Genital**

Penicilina Benzatinica: 2.4 ml IM Dosis única o Eritromicina 500 mg po QID x 7 días.⁴

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal

Área de Estudio:

El presente estudio se realizó en los centros de salud de los municipios de El Jícaro, Jalapa y Quilalí. El primero tiene como límites: al norte, el municipio de Jalapa, al sur se encuentra el municipio de Quilalí, al este colinda con el municipio de Murra y al oeste con el municipio de San Fernando, este territorio tiene una extensión de 404 km², con una población aproximada para el 2006 de 27,572 habitantes, con 6,336 mujeres de edad fértil. El municipio de Jalapa, limita: al norte y al oeste con Honduras, al este con Murra y al sur con El Jícaro, presenta una extensión de 629 km², con una población estimada para el 2006 de 41,756 habitantes mujeres en edad fértil de 7,442. Quilalí cuenta con una población de aproximadamente 27,887 mujeres en edad fértil de 6,633.

Universo: Todas las mujeres en edad fértil residentes en los municipios en estudio.

Muestra: Se estimó una muestra de 754 pacientes en cantidades proporcionales al municipio de residencia según muestra la tabla

Distribución proporcional de la muestra.			
Municipio	MEF	Proporción	Muestra
Jalapa	7,442	36.5	275
Quilalí	6,633	32.5	245
Jícaro	6,336	31.0	234
Total	20,411	100.0	754

Criterios de Inclusión:

- a. Mujeres con edades entre 15 a 45 años.
- b. Que acudan a consulta de los servicios de salud de los municipios en estudio.
- c. Que la paciente acepte participar en el estudio.
- d. Mujeres con vida sexual activa o haya tenido, que tengan examen ginecológico y PAP.
- e. Que se tenga la información completa.

Criterios de Exclusión:

- a. Que la paciente no acepte participar en el estudio.
- b. Menores de 15 años y mayores de 45 años.
- c. Mujeres sin vida sexual activa.
- d. Que no se tenga la información completa.

Fuente:

Primaria: datos obtenidos directamente del paciente a través de una encuesta, para la cual se elaboró una carta de consentimiento informado donde se explica la importancia del estudio y los fines del mismo.

Secundaria: datos fueron obtenidos por la revisión de expedientes.

Procedimiento de Recolección de Información: A toda paciente que reunieron los criterios de inclusión se realizó entrevista estandarizada, utilizando el formulario previamente elaborado. Se visitó una vez a la semana los municipios en estudio para la realización de entrevistas, revisión de expedientes, se realizaron toma de PAP para determinar la existencia de Tricomonas, Cándida Sp y el HPV, tinción de Gram para determinar la existencia de secreción uretral gonocócica, VDRL para la Sífilis; todos estos métodos diagnósticos fueron asociados a la clínica. Con ayuda de médicos de los municipios previamente entrenados en el manejo del formulario, se completaron las muestras del estudio.

Posteriormente se enviaron las muestras del PAP y Tinción de Gram al laboratorio donde se procesaron por personal capacitado. Las muestras sanguíneas (VDRL) se procesaron inmediatamente después de la entrevista de igual manera que las muestras del PAP y Tinción de Gram. Los resultados fueron archivados en los expedientes correspondientes.

Aspectos Éticos: A todos los participantes se les solicitó su autorización para participar en el estudio, previa explicación de objetivos del mismo. Asegurando que la información obtenida será conocida únicamente por los autores y utilizada para fines del estudio. En los casos positivos para cualquier ITS, se le facilitó tratamiento y se dio el seguimiento correspondiente.

Operacionalización de Variable

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	15-24 25-34 35-45
Procedencia	Origen o localidad de donde procede la paciente	Jícara Jalapa Quilalí Rural ----- Urbano
Escolaridad	Nivel de educación escolar o técnica alcanzada	Ninguna Primaria Secundaria Técnica Universitaria

Estado civil	Relación conyugal que tiene la entrevistada al momento de la encuesta	Sotera Acompañada Casada
Ocupación	Situación laboral actual de la paciente y su compañero	Ninguna Ama de casa Profesora Comerciante Agricultor Estudiante Profesional Otro
Compañeros Sexuales	Es el número de compañeros sexuales que refiere la mujer entrevistada haber tenido	Uno Dos Tres o más
Gestaciones	Número de veces que se ha embarazado la mujer sin incluir el embarazo actual	Ninguno Uno Dos-Cuatro Cinco o más
Para	Número de partos vaginales que ha tenido la mujer	Ninguno uno Dos-Cuatro Cinco o más

Abortos	Número de abortos que ha tenido la paciente	Ninguno uno Dos-Cuatro Cinco o más
Cesáreas	Número de cesáreas que ha tenido la entrevistada Por vía abdominal	Ninguno uno Dos-tres
Uso de Método anticonceptivo	Protección que ha utilizado la mujer o su pareja para evitar un embarazo	Condón Inyectables Gestágenos orales DIU Ninguno
IVSA	Es el momento donde el individuo inicia su vida sexual.	Menor 14 años 15-19 años 20-24 años Mayor de 25 años

Diagnóstico	<p>Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad.</p> <p>Se establece a partir de síntomas, signos y los hallazgos de exploraciones complementarias incluyendo examen físico y de laboratorio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cándida sp. 2. Tricomonas. 3. Sífilis. 4. Virus del Papiloma Humano. 5. Cervicitis gonorréica. 6. Inflamación. 7. Ninguna.
Manifestaciones Clínicas	<p>Son síntomas que presenta la paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Leucorrea. 9. Prurito. 10. Enrojecimiento.

Plan de Análisis: Los datos fueron introducidos por un método electrónico computarizados, utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 15.0. Estos se analizaron de acuerdo a la relación y clasificación de las variables en estudio, utilizando distribución de frecuencia y porcentajes como medida de resumen, los resultados se presentan en cuadros estadísticos y gráficos.

Resultados

En el estudio se tomaron en cuenta 754 mujeres en edad fértil atendidas en tres municipios del departamento de Nueva Segovia.

Frecuencia de Infecciones:

En general el 63.8% de las mujeres en estudio tuvieron algún tipo de Infección de Transmisión Sexual. De las cuales el tipo de Infección de mayor frecuencia fueron las candidiasis, seguido de las tricomoniasis y entre ellas la de menor prevalencia se encontró la sífilis (ver grafico 1y2).

Con respecto a las manifestaciones clínicas más frecuentes en mujeres en edad fértil, podemos decir que son pocas, ya que de 754 mujeres en estudio solo 242 presentaron algún tipo de sintomatología clínica, entre ellas la de mayor frecuencia la leucorrea.

Según el lugar de procedencia encontramos una prevalencia bastante similar en relación con lo Urbano/Rural (63.8%/63.7% respectivamente), Siendo más alto en Jícaro con el 72.2% en zona Urbana y Jalapa con 73.7% en la zona Rural. (ver cuadro 1).

En relación a la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en las mujeres encontramos que las mujeres con edades promedio de 25-34 años de 382 casos 256 presentaron ITS con una prevalencia de 67.0% caso contrario de las mujeres con edades entre 35-45 años de 183 casos 99 presentaron ITS y una prevalencia mínima de 54.1% (ver cuadro 2), se estimó que aquellas mujeres con grado de escolaridad primaria padecen de ITS con mayor frecuencia ya que de 278 casos, 192 presentaron una ITS para una prevalencia de 69.1% en comparación con las que cursaron hasta educación superior, que de 28 casos, 16 que presentaron una prevalencia de ITS de 57.1%. Con respecto al estado civil de las pacientes encontramos que sobresalen las mujeres acompañadas con 65.0% seguido de las solteras con 63.5% (ver cuadro 2).

Características sexuales:

En relación al número de compañeros las mujeres que han tenido de tres o más compañeros sexuales en su vida tienen mayor predisposición para contraer una ITS que aquellas con un solo compañero sexual, ya que de 393 casos de mujeres con un compañero en 235 encontramos al menos una ITS, con una prevalencia de 59.80%; caso contrario de aquellas con más de tres compañeros que de 125 casos, 85 tenían ITS con una prevalencia de 68.0%.(ver cuadro 3)

Al valorar el efecto del Inicio de su Vida Sexual Activa, 427 mujeres entre 15-19 años 282 presentaron algún tipo de ITS con una prevalencia de 66.0%, seguidas de las mujeres que iniciaron menor o igual a 14 años con una prevalencia 63.1%. Se obtuvo que estos pacientes tienen más probabilidades de padecer ITS que aquellos que retrasan su IVSA (ver cuadro 3).

De acuerdo con los métodos de planificación familiar prevaleció las que usan Gestágenos Orales con 73.5% y con una menor prevalencia las pacientes que usan condón con el 54.2% (ver cuadro 3).

Características reproductivas.

Del total de los casos de Paras estudiados 45 pacientes con gestas de 5 a más se les encontró ITS para una prevalencia de 67.2%, de igual forma aquellas con ninguna gesta obtuvieron que 105 pacientes de 181 de los casos hace referencia a padecer ITS con una prevalencia de 58.0% siendo estos los valores máximos y mínimos de los casos. Se determinó que pacientes con mayor número de gestas tienen mayor frecuencia de padecer ITS (ver cuadro 4).

Se obtuvo también que de los 21 casos de mujeres que tuvieron de 2-4 abortos, 19 presentaron ITS con una prevalencia de 90.5% caso contrario a la de aquellas mujeres que nunca han tenido un aborto ya que 81 de los 143 casos hicieron referencia a las ITS con una prevalencia de 56.6%, de igual forma para las mujeres que han tenido de 2-3 cesáreas que de 10 casos 7 de ellas hicieron referencia a las ITS para una prevalencia de 70.0% y para aquellas mujeres que no se han practicado una cesárea de 63 de los casos, 34 hicieron referencia a las ITS para una prevalencia de 54.0%(ver cuadro 4).

Gráfico 1. Frecuencia de Infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en tres municipios del departamento de Nueva Segovia. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.

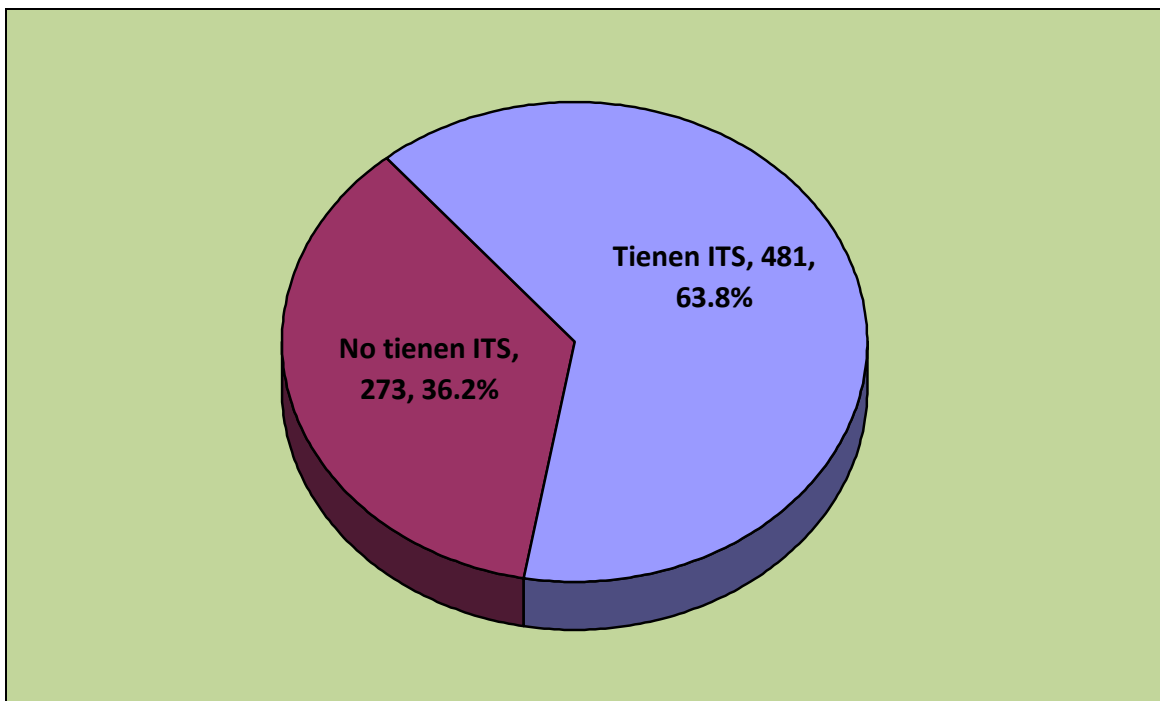


Gráfico 2. Tipos de Infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en tres municipios del departamento de Nueva Segovia. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.

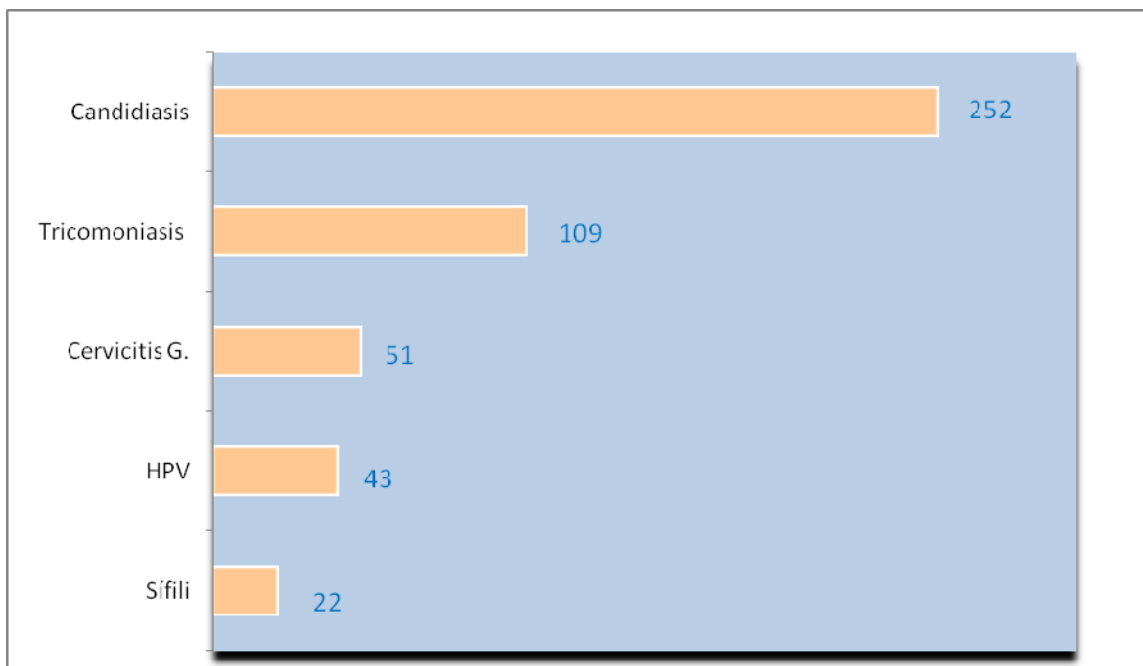
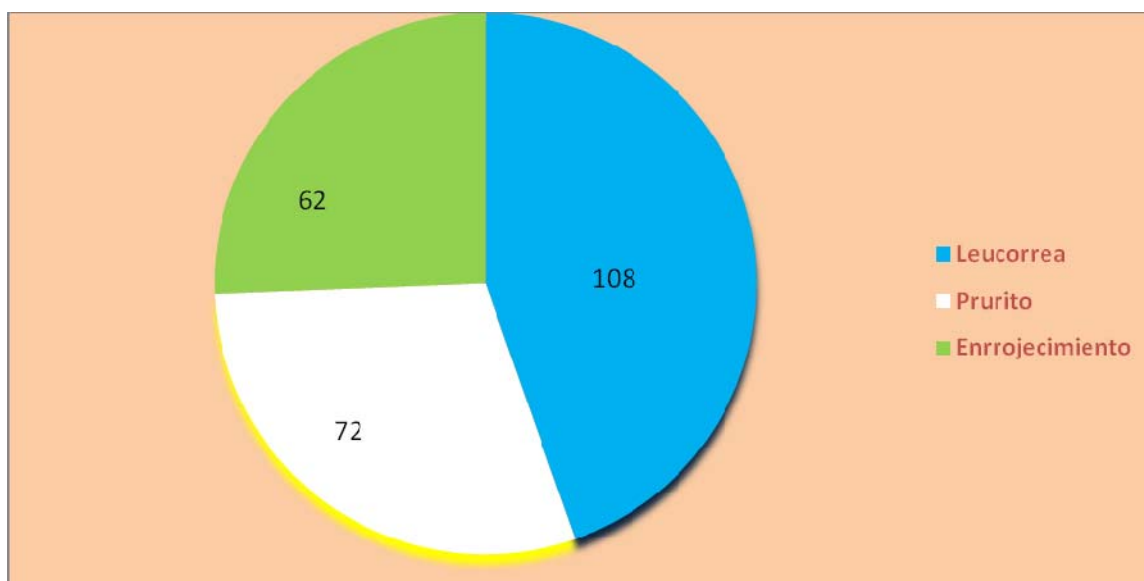


Gráfico 3. Manifestaciones clínicas más frecuentes en mujeres en edad fértil atendidas en tres municipios del departamento de Nueva Segovia. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.



Cuadro 1. Frecuencia de Infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en tres municipios del departamento de Nueva Segovia, según lugar de procedencia de las mujeres. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.

Variables	Lugar de procedencia					
	Urbano			Rural		
	Poblac.	ITS	Preval.	Poblac.	ITS	Preval.
Jalapa	180	105	58.3%	95	70	73.7%
Quilalí	128	81	63.3%	117	73	62.4%
Jícaro	79	57	72.2%	155	91	58.7%
Total	387	247	63.8%	367	234	63.7%

Cuadro 2. Frecuencia de Infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en tres municipios del departamento de Nueva Segovia, según características generales de las mujeres. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.

Variables	Población	ITS	Prevalencia
Edad			
• 15 a 24	189	122	64.6%
• 25 a 34	382	256	67.0%
• 35 a 45	183	99	54.1%
Escolaridad			
• Ninguna	159	96	60.4%
• Primaria	278	192	69.1%
• Secundaria	258	154	59.7%
• Técnica	31	19	61.3%
• Superior	28	16	57.1%
Estado civil			
• Soltera	156	99	63.5%
• Acompañadas	357	232	65.0%
• Casada	241	146	60.6%
Total	754	477	63.8%

Cuadro 3. Características sexuales e infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil estudiadas en las unidades de salud de tres municipios del departamento de Nueva Segovia. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.

Variables	Población	ITS	Prevalencia
IVSA			
• Menor o igual a 14 años	236	149	63.1%
• 15-19 años	427	282	66.0%
• 20-24 años	72	38	52.8%
• 25 años a más	19	8	42.1%
Compañeros sexuales			
• Uno	393	235	59.8%
• Dos	256	157	66.5%
• tres a más	125	85	68.0%
Planificación			
• Inyectable	273	164	60.1%
• GO	49	36	73.5%
• DIU	52	29	55.8%
• Est.Qx	92	67	72.8%
• Condón	24	13	54.2%
• Ninguno	158	94	59.5%
• Embarazada	106	74	69.8%
Total	754	477	63.8%

Cuadro 4. Características reproductivas e infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil estudiadas en las unidades de salud de tres municipios del departamento de Nueva Segovia. Agosto 2,007 a Febrero 2,008.

Variables	Población	ITS	Prevalencia
Para			
• Ninguna	181	105	58.0%
• Uno	217	138	63.6%
• de 2-4	289	189	65.4%
• 5 o más	67	45	67.2%
Abortos			
• Ninguna	143	81	56.6%
• Uno	590	377	63.9%
• de 2-4	21	19	90.5%
Cesáreas			
• Ninguna	63	34	54.0%
• Una	681	436	64.0%
• de 2-3	10	7	70.0%
Total	754	477	63.8%

Discusión

En la población muestreada se encontró una alta frecuencia de ITS en mujeres que se encuentran en edad fértil, con rangos de edades donde predominan las adultas jóvenes, representativas de diferentes sectores sociales, están ubicadas en áreas urbanas y rurales de tres municipios distintos de Nueva Segovia.

Se encuentra mujeres con diferentes comportamientos de sexualidad en lo relacionado con el número de compañeros sexuales, número de hijos y método de planificación. Por lo tanto podemos decir que la muestra es representativa.

En cuanto al grado de conocimiento encontramos que la mayoría de la población tiene conocimientos inadecuados esto debido a la situación socioeconómica, el acceso a la educación, su procedencia y los bajos impactos de los programas educativos. Se encontró que existe una correlación entre el lugar de procedencia y el grado de escolaridad para contraer una ITS esto se hace más agudo a medida que la encuesta se situaba más en los casos rurales lejos de las ciudades con facilidad de captar información.

Es importante destacar que la gran mayoría no se reconoce como portadora de alguna manifestación de ITS debido a que quizás sus relaciones de pareja no son seguras en cuanto a estabilidad conyugal y fidelidad, aunque el condón es el método de menor riesgo para contraer una ITS es el menos utilizado. Además de que el inicio de la vida sexual activa por su precocidad y el número de compañeros que esta tenga serán un factor que predispone alguna ITS.

Según Ruiz Claudia en el libro; El control de la fertilidad: Desde una percepción de una población semirural, encontró que el hombre considera su sexualidad como un patrimonio que se la ha dado en calidad de su condición de género y ve la salud sexual y reproductiva de la mujer como “cosa de ella”, lo cual es el detonante del riesgo de contraer ITS ya que las principales fuentes de infección están condicionadas por la actitud sexual del hombre de las comunidades rurales¹⁶.

Un elevado número de paras, abortos y gestas que tenga una mujer en su vida están relacionadas como características reproductivas de un individuo y dependiendo del rango de edad que se muestra como una condición de vida, de una conducta establecida de forma natural por los grupos sociales que termina en adquirir ITS.

Conclusiones

- ✧ En base a los resultados del estudio, realizados en los tres municipios de Nueva Segovia, podemos concluir, que la frecuencia de las ITS es alta ya gran parte de las mujeres en estudio presentaron algún tipo de ITS (63.8%).
- ✧ Se encontró que las mujeres con mayor frecuencia de tener alguna ITS son entre 25-34 años.
- ✧ Con respecto a las manifestaciones clínicas el 67% de las mujeres no presentaron ninguna sintomatología clínica a diferencia del 33% que presentó alguna, entre ellas leucorrea, prurito y enrojecimiento.
- ✧ En relación a las características sexuales se encontró una mayor frecuencia de contraer alguna ITS en aquellas mujeres que inician temprano su Vida Sexual Activa, así como las que tienen más de una pareja sexual y las que tienen relaciones sin ningún tipo de protección(condón).
- ✧ Los gérmenes aislados fueron en forma descendiente Cándida A. (52.8%), Trichomonas V.(22.8%), Neisseria G.(10.6%), HPV (9%) Y Treponema P.(4.6%).

Recomendaciones

Consideramos importantes elaborar una propuesta de intervención educativa amplia en su abordaje y en su participación, que con la ayuda de diferentes sectores sociales y culturales que incluya:

- Información, comunicación y educación para un cambio de valores hacia la prevención, tomando las medidas oportunas por medio del uso del condón y la higiene adecuada, elementos imprescindibles para una sexualidad responsable y que reducen considerablemente el riesgo de contagio de estas infecciones.
- Fortalecer los valores en la relación de parejas, ya que todavía hay tabúes, las personas sienten cierta incomodidad al expresar una parte de su vida sexual.
- Mejorar la búsqueda, captación, tratamiento y control de contactos por todos los medios posibles.

REFERENCIAS

1. Rodríguez López, Ricardo. Conocimientos, Actitudes y Prácticas que presentan mujeres Nicaragüenses sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA: Nicaragua, encuesta nacional de Salud 1998. Nicaragua. 2004.
2. Aral SO, Over M, Manhart L, Colmes KK, Sexually Trasmitd Infections. Chap. 17. In Jasmison DT, and editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed Washinton, DC:World Bank/Oxford University press. 2006.
3. Hernández I, Perez-Izquierdo JM. Epidemiología y prevención de las Enfermedades de Trasmisión Sexual. Capitulo 38. En Martinez F, editors. Salud Pública. Madrid España; McGraw-Hill-Interamericana: 752-765.
4. Manual de manejo Sindrómico de Infecciones de Trasmisión Sexual de Nicaragua. 2005.
5. Ministerio de Salud. Análisis del Sector Salud en Nicaragua, Managua-Nicaragua: MINSa/OPS.2000.
6. Vilchez, Ernesto. Enfermedades de Transmisión Sexual en adolescentes embarazadas Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello. Julio 2004 – Dic 2006. León. Marzo 2007 (Monografía).
7. Estrada I., Espinoza I., García A., Estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS atendidas en el Centro de Salud de Sutiava, Enero 2001 a Diciembre 2002. León 2003. (Monografía).

8. Bale Judith. Improving birth outcomes: meeting the challenge in the development World. Washinton, DC,USA: National Academy Press. 2003.
9. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2004-2005 Managua, Nicaragua: MINSA 2004.
10. Lindgrand. A Bergstrom S, Rosling H, et al. Global health: an Introductory textbook. Denmark Student litteratur. 2006.
11. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Trasmisión Sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2005.
12. Aral SO, Over M, Manhart L, Colmes KK, Sexually trasmitd infections. Chap. 17. In Jasmison DT, and editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed Washinton, DC:World Bank/Oxford University press. 2006.
13. Braveman PA, Tarimo E Screening in primary health care: setting priorities with limited resources. Geneva: World Health Organization .1994.
14. Connolly MA. Commicable Disease control in emergency. A field manual. Albany, NY, USA: World Health Organization. 2005.
15. Ainbinder SW, Ramin SM. Sexually Transmitted Diseases & Pelvic Infection. Chap. 38. In DeCherney AH, Nathan L, editors. CURRENT Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 9th ed New York: MCGraw-Hill.2003.
16. Ruiz Aguilar Claudia; Romero Meza Yira. El control de la Fertilidad: Desde una percepción de una población semirural. Trabajo Monográfico. Biblioteca del Complejo Docente de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León, Nicaragua 1999.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos:

Infecciones de transmisión sexual en mujeres de edad fértil y en el municipio de El Jícaro, Quilali y Jalapa departamento de Nueva Segovia.

Datos Generales:

1. No.: _____

Datos de identificación:

2. **Procedencia** Urbano _____ Rural _____

- a) Jalapa
- b) Quilalí
- c) Jícaro

3. Edad

- a) 15-24
- b) 25-34
- c) 35-44

4. Escolaridad:

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico
- e) Universitaria

5. Ocupación:

Paciente

Pareja

- | | |
|----------------|----------------|
| a) Ama casa | a) Ninguna |
| b) Maestra | b) Agricultor |
| c) Estudiante | c) Estudiante |
| d) Profesional | d) Profesional |
| e) Otra | e) Otra |

6. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Acompañada

Antecedentes Gineco-obstétricos:

9. No de compañero:

Uno____ Dos____ Tres o más

10. IVSA

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| a) Menor o igual 14_____ | c) De 20 a 24_____ |
| b) De 15 a 19_____ | d) Mayor de 25_____ |

11. Gestas:

- | | |
|-----------------|---------------------|
| a) Ninguna_____ | c) Dos-Cuatro_____ |
| b) Uno_____ | d) Cinco o más_____ |

12. Paras

- | | |
|-----------------|---------------------|
| a) Ninguna_____ | c) Dos-Cuatro_____ |
| b) Uno_____ | d) Cinco o más_____ |

13. Abortos

- | | |
|-----------------|--------------------|
| a) Ninguna_____ | c) Dos_____ |
| b) Uno_____ | d) Tres o más_____ |

14. Cesáreas

- a) Ninguna____ b) Uno__ c) Dos o Tres_

Antecedentes sexuales:

15. Método de planificación

- a) Condón____ d) DIU____
b) Inyectables____ e) Embarazada____
c) Gestágenos Orales____ f) Ninguno____

16. Diagnóstico

- a) Candidiasis____ e) Cervicitis gonorréica ____
b) Tricomoniasis ____ f) Inflamación____
c) Sífilis ____ g) Ninguna____
d) Virus del Papiloma Humano__

17. Manifestaciones clínicas.

- a) Leucorrea____
b) Prurito____
c) Enrojecimiento____
d) Ninguna____

Carta de consentimiento informado

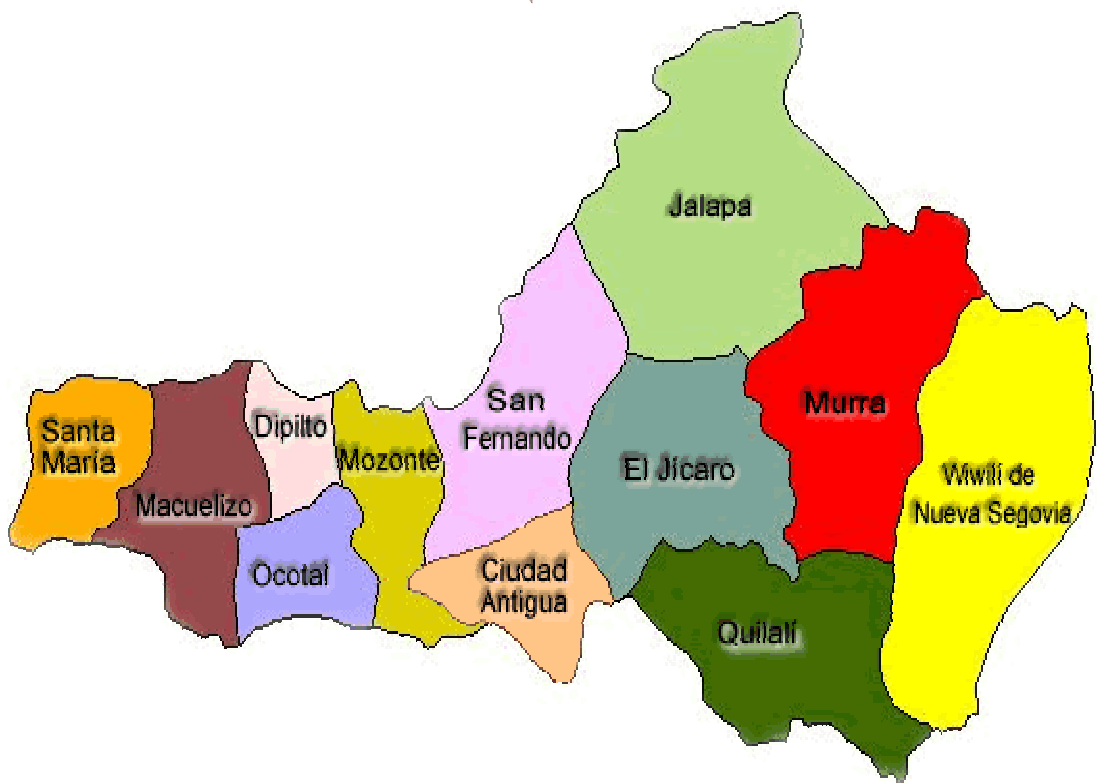
Por este medio, yo -----, hago constar que he recibido información de las Doctoras Leyla María Chévez y Frynee Carolina Dávila, sobre su estudio: **“Frecuencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil de tres municipio de Nueva Segovia”**. Y me han explicado de la existencia de estas enfermedades en nuestro municipio y me han sugerido la realización de una serie de estudios que consisten en la toma del Papanicolaou.

Las doctoras se han comprometido a entregarme los resultados a más tardar un mes después de tomada la muestra, ha hacer la entrega de manera personal (Ninguna otra persona participará de intermediaria) asegurando la confidencialidad que amerita la información en estos temas y de prescribir el tratamiento necesario y de gestionar cualquier ayuda si fuese el caso.

Después de haber escuchado las explicaciones y los compromisos, he decidido convencida de su importancia participar en el estudio.

Lugar y fecha: -----/---/---/---

MAPA LOS DIFERENTES
MUNICIPIOS DE NUEVA SEGOVIA

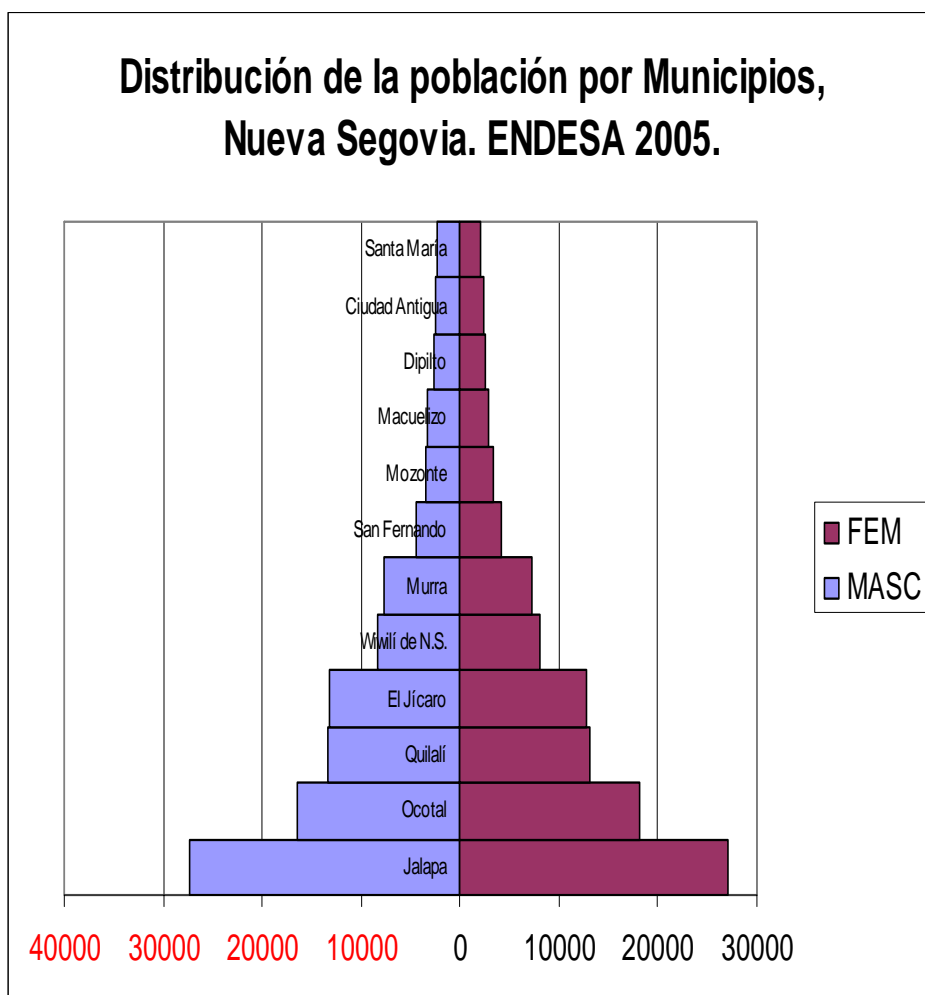


Analfabetismo por Municipios en personas de 15 y más años. ENDESA 2005.

Municipios	Analfabetas de 15 años y más
Murra	43.71
Wiwilí de N.S.	41.55
Ciudad Antigua	39.06
Quilalí	39.05
Mozonte	33.63
Dipilto	32.22
Macuelizo	32.03
El Júcaro	31.24
Santa María	30.53
San Fernando	27.42
Jalapa	25.42
Ocotal	15.66
Deparatamental.	29.49

POBLACION

El Jícaro cuenta con 27,572 habitantes según asignación de población por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para este año(2005), las que se encuentran distribuidas en 86 comunidades, esto representa en



población el cuarto Municipio con más población, ocupando el primer lugar Jalapa, seguido de Ocotal y Quilalí.



Síndrome de Ulcera reciente en periné.



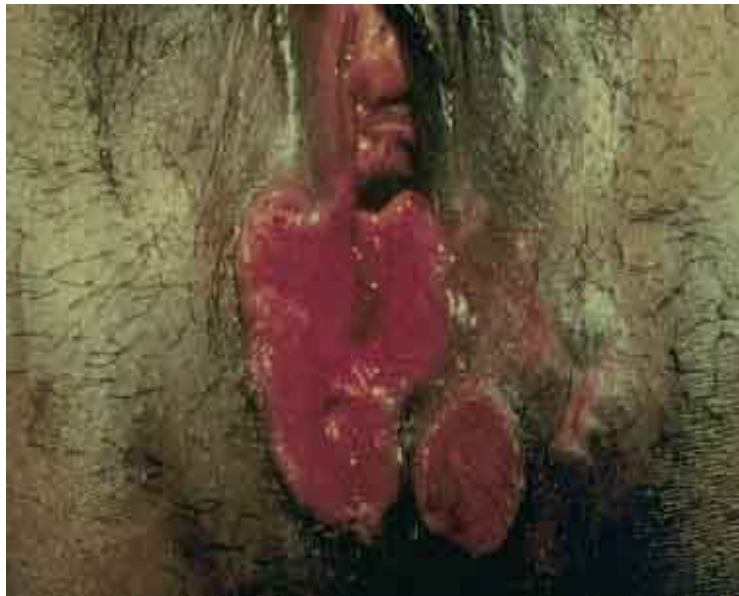
linfogranuloma venereo



Lesiones ulcerativas de una Sifilis Secundaria (Lo característicos es que las lesiones cubren la cara palmar y plantar algo que se presenta solamente en esta patología)

Síndrome de Ulcera Genital diferentes aspectos en genitales femeninos.





Leciones chancroide



Granuloma Inguinal