

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”.**

**Estrategia de intervención educativa para la disminución de la  
Infección Vaginal en embarazadas del Consejo Popular de  
Guadalupe.**

**Autora: Dra. Viviany Valdes Ortiz.**

**2012**

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”.**

**Estrategia de intervención educativa para la disminución de la Infección Vaginal en embarazadas del Consejo Popular de Guadalupe.**

**AUTORA: Dra. Viviany Valdes Ortiz. Residente de II año de la Especialidad de Medicina General Integral. Policlínica General Integral Docente “Mario Hernández Pedraza”.**

**TUTOR: Dr. Yoire Isbel Llames Arcia. Profesor Asistente. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico General Integral Docente “Mario Hernández Pedraza”.**

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

**2012**

## **PENSAMIENTO**

... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva..., en fin será un Guardián de la Salud.

Fidel Castro Ruz

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres y hermano pendiente de mis logros y hombros de mis lágrimas.

A mi esposo por su colaboración y preocupación, por esperar por mi durante largas horas.

A mis familiares que me dieron fuerza para seguir, aún en el cansancio.

A mis amigos cómplices de mis horas de nerviosismo y por su apoyo incondicional.

A mis profesores por su colaboración y apoyo.

A todos.....

## **ÍNDICE**

Introducción.....	1
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5
Material y Método.....	28
Resultado y Discusión.....	32
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
Referencias Bibliográficas.....	42

## **RESUMEN**

Se desarrolló una investigación descriptiva de antes y después para determinar el comportamiento epidemiológico de la Infección Vaginal en gestantes del Consejo Popular Guadalupe del Área de Salud de Florencia en el periodo comprendido entre el primero de enero del 2011 y el treinta de junio del 2012. Teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de Infecciones Vaginales en las embarazadas y la repercusión que tienen en el desarrollo del proceso gestacional y su producto, se realizó esta investigación con vistas a mejorar el proceso de prevención a partir de un mejor conocimiento de la problemática de salud en cuestión. El problema científico tratado consistió en ¿Cómo disminuir la Infección Vaginal en las embarazadas de los cinco consultorios del Consejo Popular de Guadalupe? Y el objetivo general fue Implementar una estrategia de intervención educativa con carácter sanitario preventivo para la disminución de la Infección Vaginal de las embarazadas en 5 Consultorios del Consejo Popular de Guadalupe. El universo estuvo constituido por el total de gestantes que fueron atendidas en los 5 consultorios de dicho consejo popular en el periodo en que se enmarcó la investigación y la muestra fue el total de gestantes que padecieron esta entidad durante su embarazo. Se consideraron un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos con carácter sistémico y una consistencia interna internacional y expresando este en las relaciones de interdependencia y variables controladas en la investigación. Se recogieron los datos a través de encuestas.

## INTRODUCCIÓN

Desde el principio de la humanidad, muchos microbios y gérmenes encontraron en nuestro organismo las condiciones ideales para vivir, unos lo hacen sin causar ningún daño, y otros de diferentes maneras son hasta indispensables en nuestras vidas. Sin embargo, hay otros que son más agresivos y provocan molestias, que en algunos casos hasta atentan contra la salud del ser humano. <sup>1</sup>

Varios de esos microbios viven y se desarrollan en lugares oscuros y húmedos como las regiones genitales, siendo imposible en algunos casos que puedan sobrevivir fuera de esos ambientes. <sup>1</sup>

Las enfermedades venéreas han existido y acompañado al hombre a lo largo de su propia historia. Los romanos por ejemplo denominaban a este tipo de enfermedades *morbus insidens*, y para protegerse de ellas, en sus relaciones sexuales usaban unos preservativos hechos de tripas de carnero. <sup>1</sup>

Después de la segunda guerra mundial, con la llegada de los antibióticos, se pudieron controlar varias de estas molestias, principalmente las provocadas por la sífilis que de mortal, pasó a ser curable. Llegan los años 60, época del amor libre; los jóvenes promueven una serie de cambios en el comportamiento social y sexual, se abren las puertas a la promiscuidad y al intercambio de parejas. Luego con la aparición de la píldora anticonceptiva, se relaja aún más el ambiente, porque se puede tener actividades sexuales sin el temor a los embarazos no deseados. Por otro lado, muchos hombres rompen el silencio y abiertamente dan a conocer su homosexualidad, se establecen grupos sociales que luchan por sus derechos en una serie de manifestaciones multitudinarias. Con todos estos eventos, no solo resurgen las enfermedades venéreas sino que se vuelven una epidemia.

En Venezuela las Infecciones Vaginales representan un problema de salud frecuente, ya que el 95% de las pacientes que van a consulta es por flujo vaginal. <sup>1</sup> Esta entidad se caracteriza por un cuadro clínico similar a las reportadas en Cuba y otras partes del mundo. No obstante, por tratarse de un territorio eminentemente rural, el desarrollo psicosocial y, en general, el modo de actuación de los sujetos de esta área geográfica presentan peculiaridades mediadas por su realidad social histórico-concreta. <sup>1</sup>

La Infección Vaginal en embarazadas, constituye unas de las necesidades a resolver en el banco de problemas de la Dirección Municipal de Salud Pública de Florencia. Las Infecciones Vaginales afectan a mujeres de todas las edades, tanto a las que están activas sexualmente, como a las que no lo están. La mayoría ha tenido una Infección Vaginal, por lo menos una vez en su vida. Esta es la razón principal de las visitas de las mujeres adultas a ginecólogos y médicos de la atención primaria.

El embarazo es un período por el cual atraviesan muchas mujeres y durante este, ellas no están exentas de padecer una Infección Vaginal, ya que la gestación constituye un factor para la aparición de las Infecciones Vaginales. Algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, por lo que representan un factor de riesgo para la producción de una rotura prematura de membrana, parto pre-término y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso. (2,5)

Las tres causas más comunes de las Infecciones Vaginales son la Vaginosis Bacteriana (40-50%), seguida por candidiasis (20-25%), y trichomoniasis (15-20%). También, se pueden producir secreciones vaginales si se tiene una infección en el cuello uterino con Gonorrea o Chlamydia que son también enfermedades de transmisión sexual (ITS). (2,5)

En opinión de la autora de este trabajo la disminución de la Infección Vaginal en embarazadas está mediada por manejos tradicionales inadecuados en relación con la higiene de los genitales. Igualmente, las relaciones desprotegidas contribuyen al aumento de la entidad propiciando que gérmenes patógenos oportunistas compliquen la situación de salud de la embarazada.

Teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de Infecciones Vaginales en nuestras embarazadas, y la repercusión que tienen en el desarrollo del proceso gestacional y su producto, se realizó esta investigación con vistas a mejorar el proceso de prevención a partir de un mejor conocimiento de la problemática de salud en cuestión.

Lo novedoso del trabajo consistió en una intervención educativa integral relacionada con Infección Vaginal en embarazadas. De la misma forma, se atendió a la interpretación de los resultados bajo un enfoque multifactorial e interdisciplinario en las condiciones de una población de reproductoras eminentemente rurales de montañas, sobre lo cual no existen antecedentes de estudios con esta especificidad. Sobre la base de lo antes declarado se dio solución al siguiente problema de investigación: ¿Cómo disminuir la Infección Vaginal en las embarazadas de los cinco consultorios del Consejo Popular de Guadalupe?

El objeto de la investigación fue: Infección Vaginal en embarazadas del Consejo Popular de Guadalupe. **Hipótesis** Si se aplica una estrategia de intervención educativa con carácter sanitario preventivo en las gestantes, entonces se podría disminuir la Infección Vaginal en las embarazadas del Consejo Popular de Guadalupe.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Implementar una estrategia de intervención educativa con carácter sanitario preventivo para la disminución de la Infección Vaginal en embarazadas en 5 Consultorios del Consejo Popular de Guadalupe.

### **Objetivos específicos**

1. Distribuir las pacientes según: -Grupos de edades. -Nivel de escolaridad.
2. Identificar el número de Infecciones Vaginales que padecieron las embarazadas.
3. Aplicar la estrategia de intervención educativa en las gestantes del Consejo Popular de Guadalupe.
4. Identificar los principales parásitos que inciden en la Infección Vaginal en embarazadas del Consejo Popular de Guadalupe.
5. Determinar los síntomas y signos de las Infecciones Vaginales.
6. Identificar el nivel de conocimiento sobre ITS, antes y después de la estrategia.
7. Determinar los medios a través de los cuales adquirieron información sobre Infección Vaginal, antes y después de la estrategia.
8. Describir la información sobre Infección Vaginal recibida en las pacientes por parte del médico y enfermera de la familia.

## MARCO TEÓRICO

Las enfermedades venéreas han existido y acompañado al hombre a lo largo de su propia historia. Los romanos por ejemplo denominaban a este tipo de enfermedades "morbus incidens" y para protegerse de ellas, en sus relaciones sexuales ya usaban unos preservativos hechos de tripa de carnero que un pastor anónimo los llamó "camisa de Venus".

A fines del siglo XVI Jacques de Bitencourt las denominaba "enfermedades venéreas". Posteriormente, Siboulei las califica como "efectos colaterales del amor". Muchos años atrás grandes personajes, artistas, miembros de la realeza, militares y otros, cayeron víctimas de estas enfermedades, que en ese entonces, eran fatales. Pero con la llegada del microscopio, se hizo posible la identificación de los microbios causantes de tales padecimientos, dando con ello un gran paso en su conocimiento

Llegan los años 60, época del amor libre; los jóvenes promueven una serie de cambios en el comportamiento social y sexual, se abren las puertas a la promiscuidad y al intercambio de parejas

Luego con la aparición de la píldora anticonceptiva, se relaja aun más el ambiente, porque se puede tener actividades sexuales sin el temor a los embarazos no deseados.

En Venezuela 50 de cada 100 embarazos no son deseados, y el 20% de los nacimientos venezolanos provienen de madres adolescentes y una de cada cinco mujeres menores de 20 años ha tenido la experiencia de ser madre. En este país el embarazo precoz ha sido calificado como un problema de salud pública y pese a las múltiples campañas de prevención y educación el problema no ha podido ser erradicado. Este grave problema se debe en parte a la carencia por parte del Estado de programas de inversión en capital humano.

Lo que se traduce en que aproximadamente el 48% de las mujeres en edad reproductiva en Latinoamérica no usan ningún método anticonceptivo. En la práctica médica las Infecciones Vaginales representan un problema de salud frecuente, debido a que el 95% de las pacientes consulta por flujo vaginal.<sup>3</sup>

En 1950 se sugirió que la infección del tractus vaginal genital inferior podía extenderse a las membranas causando "una inflamación que los hace friables, cediendo a las contracciones fuertes. Se plantea por Dukes y Gardner que el crecimiento anormal entre otras bacterias Gardnerella vaginales podía facilitar la rotura prematura de membranas (RPM); posteriormente en estudios de 10 años se reafirmó. En la actualidad existen suficientes evidencias epidemiológicas para considerar que la Vaginosis Bacteriana constituye un factor de riesgo de la RPM y amenaza de parto prematuro.

La Infección Vaginal es una infección bulbo vaginal producida por diferentes gérmenes entre los que se encuentran la Cándida Albicans, Trichomonas Vaginalis, Vaginosis Bacteriana etc. Estas infecciones del tracto reproductivo son muy frecuentes, y pueden traer complicaciones serias para la gestante y su producto como son: gestorragias del segundo trimestre del embarazo, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), RPM, parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección del recién nacido, infección puerperal y muerte fetal

La Infección Vaginal es reconocida en diferentes medios científicos como una patología recurrente en mujeres sexualmente activas. Según la literatura consultada las Infecciones Vaginales afectan a las mujeres de todas las edades, pero durante el embarazo estas aumentan, dada la depresión inmunológica que la caracteriza, constituyendo un factor predisponente importante.

Está descrito que el mayor número de gestantes afectadas son las menores de 20 años, esto se explica porque mantienen una vida sexual activa y cambian de pareja con frecuencia. Es la promiscuidad uno de los factores de riesgo más importantes para adquirir una Infección Vaginal en esta etapa de la vida.

La autora de la presente investigación considera que las relaciones sexuales no estables están condicionadas por tradiciones culturales del medio social. Asimismo, la acumulación de las historias de amor que constituyen una necesidad para adolescentes como una de las formas de autoafirmación propia y en el grupo, estimulan el cambio frecuente de pareja, que, unido a la no interiorización de las 7 medidas de prevención, estimulan la aparición de enfermedades que comprometen la salud reproductiva de la mujer.<sup>6</sup> La vagina es una cavidad fisiológicamen

La vagina es una cavidad fisiológicamente húmeda, ya que contiene las secreciones de las glándulas vestibulares y endocervicales. Este fenómeno que se conoce como secreción fisiológica puede ser más pronunciado durante ciertas fases del ciclo menstrual (peri menstrual y ovulatorio), durante y después del coito, durante el embarazo y la lactancia.<sup>6</sup>

El profesional de la salud puede diferenciar el contenido vaginal fisiológico del patológico por medio de los siguientes elementos: El contenido vaginal fisiológico

resulta de moco cervical, decamación del epitelio vaginal por acción estrogénica, trasudación vaginal y secreción de las glándulas vestibulares. En la observación microscópica de este contenido se observa el predominio de bacilos de Doderlein sobre las otras posibles bacterias, así como pequeñas cantidades de polimorfonucleares. La flora vaginal normal es muy variada. Pueden encontrarse: estreptococos, estafilococos, lactobacilos, difteroides y muchas veces, hongos, el pH es ácido (4,0 a 4,5), es más abundante durante período ovulatorio, la gestación y el puerperio, la coloración es clara o ligeramente castaña, tiene aspecto flocular, poca cantidad, y es inodoro

Las mujeres generalmente se quejan de secreción vaginal sólo cuando se modifican sus características en cuanto a cantidad, color y olor, o cuando sienten prurito o molestias.

Las tres Infecciones Vaginales que frecuentemente se asocian a la gestación son: Trichomona Vaginalis, Vaginosis Bacteriana, Cándida Albicans; y con menor frecuencia la infección por Neisseria Gonorrhoeae y la Chlamydia Trachomatis.<sup>6</sup>

Un análisis metodológico de las causas por gérmenes se expone a continuación:

### **Trichomona Vaginalis**

La Trichomona Vaginalis es un protozooario ovoide y flagelado que tiene un cuerpo en forma de corazón de naipes de baraja francesa, y ha sido reconocido como un patógeno vaginal desde comienzos de 1900.

Este organismo se encuentra únicamente en el tracto genito-urinario inferior de la mujer (vagina, glándulas de Skene, glándulas de Bartolina y uretra) y en el tracto genito-urinario inferior del hombre. Es un germen anaerobio estricto que se puede desarrollar con un pH que varía desde 3.5 a 8.0, aunque la movilidad se altera cuando este es mayor de 4.5

Se transmite por contacto sexual y aproximadamente el 80% de las parejas de hombres infectados contraen la infección. (1,

La Trichomonas Hominis, conocida también como Pentatrichomonas Hominis ya que la mayoría de los trofozoitos presentan 5 flagelos anteriores. Puede habitar el tracto intestinal del ser humano, de algunos primates y varios animales domésticos. Su transmisión es a través del consumo de agua o alimentos contaminados con deposiciones o vectores mecánicos.

La Trichomonas Tenax de aspecto piriforme, que mide entre 5 y 16 nanómetros de longitud y de 2 y 15 nanómetros de ancho: presenta 4 flagelos libres en su parte anterior y un quinto sobre la membrana ondulante, que no alcanza el extremo posterior del cuerpo. Se localiza en la boca y preferiblemente entre los dientes y las encías, también en cavidades de caries dentales o en las criptas amigdalinas y es más abundante en individuos con deficiente higiene bucal. Es un

microorganismo inocuo que se alimenta de detritus celular. La transmisión es directa, a través de la saliva, besos y del uso común de utensilios de cocinas y bebidas contaminadas.

*Trichomonas vaginalis* es el más sencillo de todos los parásitos protozoos. Sólo existe en forma de trofozoito. Es unicelular y cosmopolita. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se tiene un estimado anual de 180 000 000 de personas afectadas en el planeta.

Ninguna de las especies del género *Trichomonas* produce quistes, por lo tanto, sólo se conoce su estado de trofozoito. Multiplicación: asexual por fusión binaria longitudinal. Tiene forma piriforme y mide de 7 a 23 nanómetros de longitud y de 5 a 12 nanómetros de ancho; presenta 4 flagelos anteriores libres y un quinto sobre la membrana ondulante. Posee un grueso axostilo. El núcleo es ovalado, excéntrico y localizado hacia el extremo anterior. El parásito vive en un medio anaeróbico y están obligados a realizar fermentación. Se desplaza con movimientos rotatorios y vacilantes característicos. (1,8)

*Epidemiología* Su incidencia es de un 15 a 40%. Se observa en el 15% de las mujeres atendidas en la clínica de las enfermedades de transmisión sexual. Es la enfermedad no viral de transmisión sexual más prevalente. Existe un acuerdo general de que el contagio se realiza por transmisión sexual, y en cuanto a la no sexual la adquisición perinatal representa la única forma de transmisión demostrada. Ciclo de vida: el hombre es el único huésped natural conocido de la infección, tiene como mecanismo de transmisión principal el contacto sexual, la infección a través de ropa interior, toallas, etc. Es altamente improbable y se ha comprobado en niñas y mujeres vírgenes. En forma ocasional se ha visto a través de piscinas y aguas termales.

*Patogenia* La *Trichomonas Vaginalis* se adhiere a las superficies mucosas del aparato genital masculino y femenino produciendo lesiones superficiales, ya que el parásito es incapaz de penetrar a los tejidos del huésped. En la mujer la infección se asocia a pérdidas de los bacilos de Doderlein productores de ácido láctico. 8

Las lactantes infestadas por los parásitos durante el paso por el canal del parto en el momento del nacimiento, son capaces de auto limitar el proceso eliminando espontáneamente los parásitos en pocas semanas. Pocos días después de la llegada a la vagina (aproximadamente 6 días) los parásitos proliferan y provocan degeneración y decamación del epitelio vaginal con infiltración leucocitaria y aumento de las secreciones vaginales.

Cuando la infección es aguda, el orificio uretral, las glándulas vestibulares y el clítoris se observan intensamente inflamados. Cuando se hace crónica se produce una atenuación de los síntomas; las secreciones pierden su aspecto purulento debido a la disminución del número de parásito y leucocitos, debido al aumento de células epiteliales y al establecimiento de una flora bacteriana mixta.9

Se requiere de un gran número de parásitos para causar síntomas. Un número pequeño puede ser encontrado en una paciente sin síntomas con un pH vaginal normal y una flora normal, lo que puede ser interpretado como portador. El período de incubación es de 4 a 28 días. Produce un ascenso del pH vaginal. En la mujer el desarrollo de la Infección Vaginal puede estar influido por factores como el pH, la flora bacteriana asociada y por el nivel de estrógenos circulante. La baja acidez vaginal causada por la sangre menstrual, mucoreea cervical, semen e infecciones concomitantes, facilitan el establecimiento del parásito

Histológicamente la reacción inflamatoria suele estar circunscrita a la mucosa y a la lámina propia inmediatamente subyacente.<sup>9</sup>

### *Asociación con otras infecciones*

Hoy en día, un número importante de pacientes presentan esta infección asociada con otros gérmenes, en lo que se ha dado en llamar infecciones mixtas, dentro de las que se destacan la *Cándida Albicans*, los gérmenes que producen vaginosis bacterianas, las clamidias *trachomatis*, el gonococo en un 40%, la *Gradenela* en un 30% y los virus como HPV, VIH/SIDA y herpes genital. Todo ello hace que el hecho de enfrentar su terapéutica se dificulten y aparezcan las resistencias antibióticas, las cuales muchas veces no lo son, sino que la desaparición de la sintomatología de la paciente no se produce porque coexisten más de un germen. Se asocia a Vaginosis Bacteriana en un 22% de los casos, al virus del papiloma humano (VPH), al VIH, a la Moniliasis y a los NIC.<sup>9</sup>

### *Repercusión perinatal de la trichomoniasis*

La trichomoniasis se presenta en un 12 a 30 % de las gestantes, y se asocia a partos pretérmino, recién nacidos con bajo peso al nacer, así como RPM. De esta manera un 5% de los neonatos pueden adquirir la infección en el momento del parto. En la niña recién nacida este parásito puede colonizar la vagina debido a la estrogenización temporal, y se produce una curación espontánea.

Estas verdades ya no son del todo absolutas, y un ejemplo de ello es la revisión de la Cochrane en el 2002, que realizó un estudio randomizado hecho con 842 gestantes, lo que arrojó como consecuencia que en las embarazadas de los Estados Unidos de América (EUA) los peores resultados en cuanto al bajo peso al nacer, la prematuridad y la corioamnionitis la presentaron las gestantes que se sometieron a tratamientos habituales para las trichomoniasis, no así las que no recibieron ningún tratamiento; y en cuanto a las gestantes de África, no existió diferencia entre las que recibieron tratamiento contra las que no los recibieron, por lo que se concluye que el tratamiento convencional no mejora los resultados perinatológicos de estas dentro de la muestra que ellos estudiaron. En otro estudio realizado en Uganda se encontraron los peores resultados perinatológicos (bajo peso al nacer, parto pretérmino y mortalidad perinatal) en relación con el tratamiento con Metronidazol para la Trichomoniasis.

## *Diagnóstico*

Se realiza por el conjunto de síntomas, signos y las complicaciones. Existen hoy varios autores que hablan del diagnóstico, seguimiento y alta de las pacientes por la clínica, lo cual es una opción muy alentadora para profesionales adaptados a manejar estas infecciones en países con bajos recursos económicos, los cuales dejan los métodos de diagnóstico más sofisticados para los casos que no resuelven con esta estrategia de los cuales el Ministerio de Salud Pública de Cuba es un exponente. Como es lógico, ninguna de estas estrategias es infalible y presentan algunas dificultades como son:

- La clínica se hace difícil en ocasiones cuando la infección es provocada por más de un germen.
- Evidentemente excluye la posibilidad del diagnóstico de gran número de pacientes asintomáticos, a menos que se pesquise al 100% de la población.
- Un elemento de mucho valor es el hecho que permite conocer cuando una paciente continúa con la enfermedad después del tratamiento, cuestión esta que no pocas veces se nos va de las manos cuando las pacientes se diagnostican y siguen por exámenes complementarios, puesto que estos pueden resultar negativos y la paciente continuar con los gérmenes e incluso con sintomatología.<sup>9</sup>

## *Aspectos clínicos*

Estos son más frecuentes cuando las cifras de parásitos son más altas. Las pacientes asintomáticas representan de un 10 a un 20 %, y las sintomáticas en más del 50% de los casos. Los síntomas son: leucorrea (fluida, incolora, bien ligada, espumosa, fluido de color amarillo-verdoso o grisáceo, fétida), prurito vaginal y ardor sobre todo luego de la menstruación, dispareunia, disuria, dolor abdominal bajo, hemorragia post coito y pH mayor de 4.5.<sup>9</sup>

## *Signos*

Inspección: enrojecimiento y tumefacción de la vulva y vagina, en la cual se observa la inflamación y punteado hemorrágico que le da el aspecto de vagina en fresa. Esto se observa entre el 2 y 3 % de las pacientes.

Colposcopia:

1. Colpitis focal: cérvix con aspecto de fresa en manchas constituidas por puntas rojas sobre una mucosa hiperemia "Colpitis tigre" (más frecuente).
2. Colpitis difusa: fondo rosado y punteado rojo intenso en todo el epitelio.
3. Colpitis hipertrófica: granulomatosa (más frecuente en gestantes). 1

En las mujeres embarazadas se han señalado los siguientes síntomas: flujo amarillo, grisáceo o sanguinolento procedente de la vagina o el cuello, olor anormal luego de añadir KOH a la muestra vaginal, pH vaginal mayor de 5.0 y cuello friable. (

#### *Medios para hacer el diagnóstico*

El diagnóstico se realiza mediante pH mayor que 4.5, examen directo (sensibilidad 60-97%) en fresco del flujo vaginal, en el que se ven agitarse con sus movimientos característicos rodeado de abundantes leucocitos, coloración de Gram o de Zield, por método de May-Grurwald-Giemsa, tinción de Papanicolaou. Las Trichomonas tiñen de azul. Cultivo: medios de Diamond. Se puede cultivar en diferentes medios sólidos o líquidos libres de células, en cultivos de tejidos y en el embrión de pollo. La solución salina con suero de carnero es un buen medio de cultivo para la Trichomona Hominis y Trichomona Tenax. La Trichomona Vaginalis requiere medios más complejos para su crecimiento óptimo (cisteína-peptina-hígado-maltosa CPHM), es uno de los requerimientos para el crecimiento: crece bien en condiciones anaerobias y menos bien en aerobias. El pH óptimo es de 5.5 a 6 y la temperatura de 35-37 grados Celsius. (1,9)

Los medios de cultivos especiales se hacen positivos de 2 a 7 días. (1,9) En el examen de orina se pueden ver como organismos móviles unicelulares. (1,9) *Métodos indirectos (estudian la respuesta inmunitaria al parásito):*

1. Hemoaglutinación.

2. Inmunofluorescencia indirecta.

3. ELISA: fijación del complemento. Muchas técnicas sensibles así como complementarias, inmunofluorescencia y enzimas por inmunoensayo son útiles, pero muy costosos para el diagnóstico. Requieren también mucho tiempo especialmente para los países subdesarrollados. En la actualidad han creado varios Kits para el diagnóstico rápido.

En la forma crónica los trofozoitos de Trichomonas pueden semejar a un leucocito. *Tratamiento profiláctico*

1. Uso del condón: Este aspecto es muy discutido, puesto que hay evidencias clínicas que reportan una irritación de la mucosa vaginal por el uso del condón, con lo cual la remisión del cuadro sería más problemática y esto ha llevado a que ya no se indique por parte de un grupo importante de médicos.

2. Pareja estable.

3. Evitar promiscuidad.

4. Sería ideal la no realización del contacto sexual durante el tiempo que dure el tratamiento hasta el alta para evitar las re infecciones. (1,9)

#### *Tratamiento local*

1. Aumentar la acidez de la vagina con dos cucharadas de vinagre diluido en un litro de agua hervida.
2. Embrocaciones vaginales de 2 a 3 veces a la semana con mercurio cromo al 20%, solución lugol y ácido acético al 2% o yodo povidona.
3. Metronidazol (tabletas 250mg) una tableta tres veces al día por 7 días, o dos gramos en una dosis oral única. 7 (tabletas vaginales de 500mg) una tableta cada 12 horas por 7 días.<sup>8</sup> En embarazadas utilizar el tratamiento de Metronidazol a partir del segundo trimestre. La pareja debe ser tratada simultáneamente.
4. Clotrimazol (tabletas vaginales de 100 mg) una tableta al día por 7 días (de elección en el primer trimestre del embarazo) <sup>(1,9)</sup>

En cuanto al tratamiento del compañero sexual se ha visto según las evidencias médicas que los resultados son mejores si se trata al mismo, puesto que a pesar de que son asintomáticos la mayoría de las veces esta es la causa de la re infección de las pacientes. Se recomienda el tratamiento con Metronidazol por vía oral (VO), 2 gramos en una sola dosis o divididos en dos dosis o 750 mg divididos en tres dosis durante 10 días. <sup>(1,9)</sup>

La revisión de la *Cochrane* hizo una comparación entre la efectividad de varios agentes útiles en el tratamiento de las gestantes con Trichomoniasis clínica y asintomáticas (Clotrimazol, Metronidazol, Tinidazol, Ornidazol y Nimorazole) y encontró que el Miconazol era el más útil e inocuo para el primer trimestre de la gestación. <sup>(1,9)</sup>

El *National Institute of Child Health and Human Development, Bethesda, MD* encontró que el tratamiento de la Trichomoniasis en gestantes sintomáticas no mejoraba los resultados perinatales. French JI y colaboradores encontraron que cuando el tratamiento era impuesto en mujeres que además de la Infección Vaginal habían tenido algún tipo de sangramiento genital durante el primer trimestre de la gestación, los resultados perinatales sí mejoraban ostensiblemente.

#### *Conducta ante una Trichomoniasis persistente*

1. Comprobar el cumplimiento por parte de los dos miembros de la pareja.
2. Descartar la re infección.
3. Repetir tratamientos a dosis más altas.
4. Usar tratamiento a mayores dosis por 7 días y asociado a tratamiento por vía vaginal.
5. Las Trichomoniasis resistentes al Metronidazol lo son a los derivados de los Nitroimidazoles. Sólo excepcionalmente se recomendará una terapia intravenosa.

La literatura sugiere que el tratamiento con Mebendazol, Furazolidona y la Anisomycina pueden ser efectivos para las Trichomoniasis Metronidazol resistentes. (1,9) 16

**Vaginosis Bacteriana** Las bibliografías más actualizadas plantean que la Infección Vaginal más común en todo el mundo en las mujeres en edad reproductiva es la Vaginosis Bacteriana, la cual representa un tercio de todas las infecciones bulbos vaginales.

Esta no es producida por un patógeno único sino que es un síndrome clínico poli microbiano. (5,10) La Vaginosis Bacteriana es una infección superficial de la vagina que se caracteriza por un aumento de la flora anaeróbica sin que exista una respuesta inflamatoria, de allí el término de vaginosis.

Esta condición ha sido denominada con diversos nombres: vaginitis no específica, vaginitis por *Gardenella*, Vaginitis Bacteriana mixta y Vaginosis anaeróbica. En 1955, Gardner y Duke identificaron un organismo que posteriormente se denominó *Gardenella Vaginalis*, que se aísla en la vagina de más del 95% de las pacientes con esta condición y en el 60 % de las pacientes asintomáticas. (9,1)

*Weström* y colaboradores en 1984, recomendaron el nombre actual del síndrome en el Primer Simposio Internacional sobre Vaginitis en Estocolmo. Aquí se probó que la enfermedad se caracteriza por una cantidad anormal de bacterias tanto anaerobia como aerobia, con predominio de las primeras; por tanto, se propuso utilizar el término bacteriano, puesto que la enfermedad no produce un flujo de células sanguíneas blancas (como respuesta inflamatoria), la denominación vaginitis fue considerada incorrecta y se propuso el término vaginosis.

Por consiguiente se denominó Vaginosis Bacteriana y se concluyó como un síndrome clínico poli microbiano que se distingue por anomalías características de las secreciones vaginales y alteración de la ecología vaginal con desplazamiento de la flora lacto bacilar. (1,10) En la actualidad señalan una prevalencia de Vaginosis Bacteriana entre un 12 y un 50 %, dependiendo de la población estudiada.

**Patogenia** Existen ciertos organismos anaerobios como: *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Eubacterium*, *Bifidobacterium*, *Mobiluncus*, *Streptococcus viridans* y *Mycoplasma hominis* que se encuentran como componentes de la flora vaginal normal, pero, al igual que la *Gardenella Vaginalis*, aumentan en la Vaginosis Bacteriana. Las enzimas de los anaerobios (trimetilamina, putrescina y cadaverina) metabolizan los aminoácidos en diversas aminas que producen un aumento del pH vaginal y una decamación del epitelio, que se manifiesta en la forma de un flujo. A medida que el pH aumenta, las aminas se hacen volátiles y aparece el olor típico a "pescado", que puede empeorar luego de las relaciones sexuales, haciéndose evidente. También ocurre una disminución en el número de lactobacilos.

**Diagnóstico:** Puede establecerse clínicamente o mediante tinción de Gram de las secreciones. El diagnóstico clínico se hace si están presentes al menos 3 de las siguientes 4 características.

1. Aspecto acuoso y homogéneo de las secreciones.

2. pH superior a 4,5.

3. Olor a pescado tras la alcalinización de las secreciones con hidróxido de potasio (KOH) al 10%.

4. Presencia de más del 20% de células guías en el extendido húmedo, que son células del epitelio vaginal recubiertas de bacterias. (1,10)

La Vaginosis Bacteriana se ha relacionado con: ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnionitis diagnosticada histológicamente y mayor incidencia de endometritis post cesárea.

*Tratamiento* Las pacientes sintomáticas deben recibir Metronidazol a la dosis de 500 mg por VO cada 12 horas, que es activo contra la mayoría de los anaerobios y la infección se resuelve en la gran mayoría de las pacientes.

Si la infección se presenta en el primer trimestre no se puede usar el Metronidazol, en estos casos se usa la Clindamicina, a la dosis de 300 mg VO cada 8 horas por 7 días. Cuando ocurren infecciones recurrentes se deben alternar estos medicamentos, usar preservativos y tratar a la pareja. (9,10)

### **Cándida Albicans**

La Candidiasis o Moniliasis es una micosis vaginal engendrada por hongos del género *Monilia*, producida por varias especies, de las cuales el 80 % corresponde a la *Cándida Albicans*. 10

Dentro del género *Cándida*, existen más de 100 especies, la mayoría de las cuales no son comensales ni tampoco parásitos del hombre. Algunas especies como la *Cándida stellatoidea*, la *Cándida tropicalis* y la *Cándida Krusei*, pueden ser causas ocasionales de candidiasis humana.

Al faltar la habitual flora microbiana de la vagina, proliferan cepas de hongos que antes eran controlados competitivamente por las bacterias, se crea un antagonismo entre los dos grupos, de manera que los hongos tienden a crecer en los medios en que las bacterias han sido destruidas. 10

Representan entre el 20 al 25% de las infecciones vulvovaginales. Es más frecuente en las mujeres tratadas con antibióticos de amplio espectro (penicilinas, 19

cefalosporinas y tetraciclinas), que originan una disminución de los lactobacilos, con anticonceptivos hormonales con elevada concentración de estrógenos que producen un aumento del glucógeno vaginal, que al degradarse provocan cambios en el pH, en embarazadas, producto a la alteración de la inmunidad mediada por células, en diabéticas hiperestrínicas y en las edades de mayor actividad sexual (16 a 30 años).

Pueden tener un origen endógeno por disminución de las defensas inmunitarias del huésped, o exógeno, por transmisión sexual y contagio en piscinas, baños, etc. (9,10)

### *Epidemiología:*

Muchas especies de animales y pájaros transportan un hongo tipo levadura, ya sea la especie *Cándida* o la torulosis dentro del intestino, como parte de la flora comensal normal. El hombre no es una excepción, la *Cándida Albicans* es un habitante frecuente del tracto gastrointestinal. Parece que ocurre la colonización, ya sea de manera directa al nacimiento o durante la infancia. Es muy probable que la colonización muy precoz de la boca esté seguida por cambios patológicos francos, pero si se adquiere más tardíamente, el organismo no los muestre.

La Candidiasis es una enfermedad cosmopolita y por tanto la micosis más frecuente. Debido a que la *Cándida Albicans* y otras especies son parte integral de nuestra población de microorganismo, regularmente van a provocar enfermedades endógenas favorecidas por algún factor pre disponible del huésped. <sup>10</sup>

### *Factores pre disponibles*

1. Factores fisiológicos: Cambios de pH (desequilibrio en la flora microbiana, sobre todo en vagina.
2. Enfermedades o procesos debilitantes: Diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar, desnutrición y absceso hepático amebiano.
3. Inmunodeficiencias primarias o adquiridas: Leucemia, linfoma, VIH/SIDA, y otros.
4. Iatrogénicos: Tratamientos prolongados con antibióticos corticosteroideos y citostáticos.
5. Misceláneos: Factores higiénicos alimentarios, corporales o de vestimentas; por ejemplo: obesidad o desnutrición, prácticas exageradas de limpiezas o viceversa.

Las principales formas de infección son a través de manos, toallas, coito, ropa, agua de baño y otros utensilios. <sup>10</sup> *Etiología* Las levaduras son un grupo de hongos grampositivos que desarrollan filamentos (seudomicelios), habitualmente unicelulares que se reproducen por gemación. La Candidiasis es una de las infecciones más frecuentes y polimórficas que afectan al hombre por lo que el nivel de profundidad y la sistematización no solo depende del agente causal en si, sino del factor pre disponible con el que se asocia.

*Manifestaciones y Formas Clínicas.* Existen múltiples clasificaciones y ejemplo de ellas, tenemos las basadas en la extensión y localización de las tensiones.

1. Formas localizadas: Genitales y ano, vulva, vagina, glande y región peri anal.
2. Formas diseminadas y profundas.
3. Formas sistémicas. (1,10)

Síntomas:

1. Prurito vulvar y vaginal intenso.
2. Leucorrea inodora, blanquecina, espesa, con grumos (apariencia de leche cortada), que tiende a formar placas ligeramente adheridas a la pared vaginal, las cuales al desprenderse dejan manchas hemorrágicas múltiples.
3. Irritación local y gran enrojecimiento vulvo vaginal, con lesiones satélites en la periferia del eritema vulvar (escoriaciones) y sensación de quemazón.
4. Dispareunia.
5. Disuria. (9,10)

*Diagnóstico* Se realiza a través del cuadro clínico, glicemia, examen microscópico “en fresco”, exudado vaginal simple y con cultivo (hebras filiformes llamadas micelios unidas a pequeños botones o conidios) y tinción de Gram. 10 El diagnóstico de laboratorio puede realizarse con un examen directo de la leucorrea además a través de cultivos y biopsia, pruebas inmunológicas y serología. (1,10)

*Tratamiento:*

Dependerá del tipo de Candidiasis y del factor predisponente al que este mezclado.

1-Preventivo

-Evitar las relaciones sexuales y ropas ajustadas. -No usar ropa interior confeccionada con nylon o poliéster. (8,10)

2-Local

-Si existe vulvitis o signo de irritación en la vulva indicar fomentos de manzanilla y hojas de guayaba por 2 días, luego se pasará al tratamiento que incluye sustancias químicas. (8,10)

-Alcalinizar el medio vaginal con Bicarbonato o Biborato de Na al 2%. (1,10) - Embrocaciones vaginales con agua oxigenada, violeta genciana al 2%,

bicarbonato al 1 x 1 000, acriflavina al 1 x 4 000 o solución de jabón verde (una cucharadita por cada 100 mL de agua), durante 2 ó 3 veces por semana. (8,10)

-Nistatina: (tableta vaginal 100 000 u):

1 tableta vaginal 2 veces al día de 10 a 14 días, en crema 2 veces por día, aplicada en la vulva.

-Clotrimazol: (Tableta vaginal 100 mg): 1 tableta vaginal cada 12 horas de 10 a 14 días, en crema al 1% 2 veces al día aplicada en la vulva. - Ketoconazol (tableta vaginal): 1 tableta vaginal al día de 5 a 7 días. - Miconazol (crema o pomada al 2%) dosis de 5g. -Miconazol (óvulos) 1 óvulo al acostarse por 7 días. -Anfotericin B (tableta vaginal de 50 mg) 2 veces al día por 1 semana. - Anfotericin B (crema) con aplicador (4g), por la noche, de 7 a 10 días. (8,10)

3-Sistémico: Tenemos los Imidazoles, Triazoles e Itraconazoles. La dosis en los adultos es de 100 mg por día, de 3 a 5 días. (8,10) En las embarazadas con resultados positivos a infección en etapa temprana de la gestación, es conveniente la repetición del examen entre las 30 y las 34 semanas (8,10)

### **Clamidia Trachomatis**

Es una enfermedad infecciosa causada por varios serotipos de Clamidia Trachomatis, transmitida por contacto sexual, que afecta a ambos sexos por igual 11.

En la actualidad se considera una de las afecciones más frecuentes transmitidas por vía sexual, incluso más que la Gonorrea; causante de un tercio o la mitad de uretritis no gonocócica en el hombre, y se asocia a factores de riesgo como la edad, el número de parejas sexuales, bajo nivel socioeconómico, uso de anticonceptivos orales, parejas con uretritis no gonocócica y presencia de endocervicitis mucopurulenta y piuria abacteriúrica.<sup>1</sup>

*Etiopatogenia* Constituye un grupo de microorganismos parásitos intracelulares estrictos, que no pueden sintetizar adenosín trifosfato (ATP), por lo que dependen de la energía que les proporciona el huésped para desarrollarse y multiplicarse (10,11).

El agente etiológico es la Clamidia Trachomatis, la que se diferencia serológicamente en 15 serotipos: los L1, L2 y L3 son los causantes del linfogranuloma venéreo; los A, B, Ba y C, son responsables del tracoma o ceguera endémica; y los D, E, F, G, H, I, J y K, son los productores de lesiones oculares y genitales, sexualmente transmitidas.

La Clamidia Trachomatis es una bacteria intracelular obligada del hombre, se distingue por poseer ADN y ARN, cromosomas bacterianos y pared celular químicamente similar a las bacterias Gram negativas. Se divide por fusión binaria y es sensible a determinados antibióticos<sup>11</sup>.

La Clamidia Trachomatis muestra diferentes estructuras antigénicas importantes para el diagnóstico. La membrana proteica contiene epítropes específicos de la

especie y del serotipo y un antígeno polisacárido que es común a todas las especies y, por tanto, específicos de un orden, que se asemeja al antígeno de algunas bacterias Gram negativas, y pueden provocar reacciones cruzadas.

### *Epidemiología*

Las infecciones genitales por Clamidia Trachomatis y sus secuelas han tenido gran impacto en las últimas décadas. La OMS considera que cada año se producen en el mundo cerca de 90 000 000 de infecciones genitales por Clamidia Trachomatis y que muchas mujeres quedan estériles como consecuencia de las secuelas crónicas de estas, por lo que ha sido considerada la ITS de mayor incidencia en el ámbito mundial. La prevalencia de la infección por Clamidia Trachomatis fluctúa en el 3% en mujeres. Entre las adolescentes sexualmente activas la prevalencia es mayor al 10%.

En estudios realizados, hallaron una prevalencia de infección por Clamidia Trachomatis del 12% en mujeres en edad reproductiva, 50% de todos los casos de cervicitis y aproximadamente, el 60% de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP); estimaron, además, que esa es la causa de la mitad de los casos de uretritis no gonocócica (UNG), y coincide con otros autores que responsabilizan a la Clamidia Trachomatis con el 50% de los casos de UNG y de la mayoría de los casos de cervicitis.

Los factores de riesgo identificados han sido la presencia de otras ITS o la coinfección, la conducta sexual, el no uso de anticonceptivos, el número de compañeros sexuales, inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 18 años), antecedentes de abortos y de inflamación pélvica (antes de los 24 años), la Candidiasis a repetición, el estado socioeconómico bajo y la prostitución.

### *Diagnóstico positivo*

En la mayoría de los pacientes la infección es superficial, y afecta la mucosa del cérvix, la uretra y el recto. Muchas de estas afecciones son asintomáticas o producen pocos síntomas, lo que hace difícil el diagnóstico. Se reporta que las dos terceras partes de las mujeres infectadas y casi un cuarto de los hombres infectados son asintomáticos.

De forma general, debido a su alta incidencia, el diagnóstico se debe sospechar en todo paciente sexualmente activo con secreción genital mucopurulenta y en mujeres con EIP. Los factores de riesgo identificados son muy importantes para establecer el diagnóstico.

En las mujeres que son sintomáticas, el signo más común es la secreción vaginal mucopurulenta debido a la cervicitis, aunque algunas refieren manchas de sangre durante el coito. Al examen físico se observa un cuello uterino edematoso, eritematoso, sangrante y cubierto con una secreción amarillenta verdosa, aunque se pueden observar otros tipos de secreciones.

Aproximadamente el 40% de las mujeres con cervicitis muco purulenta refiere manifestaciones propias de endometritis; la cervicitis también puede aparecer relacionada con salpingitis, por lo que se deben realizar exudados adicionales. En ocasiones, la endometritis, se presenta después del parto, y se manifiesta entre dos días y seis semanas. Si el exudado del endocérvix es negativo, no se excluye la posibilidad de infección.

### *Complicaciones*

Salpingitis, endometritis crónica, infertilidad tubárica y embarazo ectópico. La salpingitis crónica repetida puede provocar oclusión de las trompas, aunque la esterilidad tubárica no necesariamente debe estar precedida de una salpingitis aguda. <sup>15</sup>

### *Tratamiento.*

#### *Medidas Preventivas.*

1. Desarrollar la educación sexual de la población, y en especial, de los grupos con conductas de riesgo, así como fomentar el uso del preservativo.
2. Asegurar el acceso a los anticonceptivos de barrera (preservativos femeninos y masculinos).
3. Educar a la población sobre los síntomas y el modo de transmisión de la enfermedad.
4. Realizar medios diagnósticos en todos los casos sospechosos y en los contactos.
5. Aplicar tratamiento oportuno y eficaz a los enfermos y sus contactos.

#### *Medidas Generales.*

1. Notificación.

2. Búsqueda de los contactos y de la fuente de infección. El tratamiento también se indicará a la pareja sexual y a todas las personas con las cuales el paciente infectado haya tenido contacto sexual durante los últimos 60 días; si el paciente no ha tenido relaciones sexuales en este período, el último compañero sexual debe ser tratado. <sup>16</sup>

#### *Tratamiento farmacológico.*

Las pacientes sintomáticas deben ser sometidas a exámenes diagnósticos, pero el tratamiento no debe esperar los resultados, debido a que la prevalencia de la infección en estos pacientes es alta <sup>(1,16)</sup>

Para el tratamiento durante el embarazo se recomienda Eritromicina a la dosis de 500 mg VO cada 6 horas por 7 días. Las parejas deben ser tratadas con Tetraciclina (500 mg cada 6 horas por 14 días) o Doxiciclina (100 mg cada 12 horas de 7 a 14 días). No se recomienda para adolescentes menores de 17 años. Además de los tratamientos mencionados existen nuevas alternativas como la Azitromicina (1gr por VO en dosis única) (

En las embarazadas con resultados positivos a infección en etapa temprana de la gestación, es conveniente la repetición del examen entre las 30 y las 34 semanas <sup>(1,16)</sup>

**Gonorrea** Es producida por *Neisseria Gonorrhoeae*, descubierta por Neisser en 1879. Es la ITS con mayor prevalencia en el mundo. Puede verse en niñas y ancianas, pero es más común en la edad reproductiva, en especial en las jóvenes promiscuas. <sup>17</sup> La autodepuración de la vagina protege en cierta medida de esta enfermedad, y la limita más frecuentemente a las glándulas de Bartolin, Skene y endocervicales.

*Síntomas y signos* Puede evolucionar asintómicamente o producir leucorrea amarillo-purulenta o amarillo verdosa fétida, acompañada de escozor y ardor vaginal. Si se propaga a los genitales internos puede causar EIP aguda.

*Diagnóstico* Se realiza por el cuadro clínico o el antecedente de coito infectante. También se emplea el exudado vaginal, endocervical, anal, uretral con coloración de Gram, donde se demuestra la presencia de diplococos arriñonados Gram negativos intracelulares en el 50% de los casos. Se utilizan cultivos en medios especiales como Agar chocolate y Thayer-Martin. <sup>19</sup> La forma de transmisión fundamental es la sexual, aunque se ha planteado contagio por frómites. <sup>20</sup>

#### *Tratamiento*

Para el tratamiento en pacientes embarazadas se recomienda Ceftriaxone a la dosis de 250 mg por vía intra muscular (IM). También se puede utilizar Amoxicilina 3 gr, Ampicilina (3,5 gr por VO) o Penicilina Procaínica (4,8 millones de u por vía IM en aquellas áreas donde no se conocen cepas productoras de penicilinasas resistentes a la penicilina, siempre usando una dosis única.

Estos últimos se deben acompañar de Probenecid, 1gr por vía oral, en dosis única). ACOG, 1988. Fuera del embarazo se pueden utilizar las Quinolonas como la Ofloxacina (400 mg por 14 días) <sup>21</sup>

En opinión de la autora de esta investigación la disminución de la Infección Vaginal en embarazadas está mediada por manejos tradicionalistas inadecuados en relación con la higiene de los genitales. Asimismo, las relaciones desprotegidas coadyuvan al aumento de la entidad, propiciando que gérmenes patógenos oportunistas complejicen la situación de salud de la embarazada <sup>22</sup>

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre experimental, de antes y después con la población femenina embarazada del Consejo Popular de Guadalupe, en el municipio de Florencia, en el período comprendido desde el 14 de Septiembre de 2011 hasta el 01 de Junio de 2012.

El universo de estudio estuvo constituido por 13 embarazadas dispensarizadas en los cinco consultorios del Consejo Popular de Guadalupe. De las mismas se tomó una muestra holística que coincidió con el total del universo de estudio y que cumplió los criterios de inclusión y salida expuestos a continuación:

Criterio de inclusión:

- Estar de acuerdo en formar parte de la investigación.
  - Que sean pacientes embarazadas
  - Que pertenezcan al Consejo Popular de Guadalupe
- Criterio de salida:
- Embarazadas que no desearon continuar participando en la investigación.
  - Gestantes que perdieron el embarazo.
  - Embarazadas que abandonaron el Consejo Popular.

De las 13 embarazadas que constituían la muestra 2 perdieron la gestación. La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

**Métodos de obtención de información** Métodos del nivel teórico: -Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

-Análisis histórico

– lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la Infección Vaginal.

-Inducción

– deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

-Hipotético

– deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada.

## **Técnicas y procedimientos de recolección**

La recolección de los datos fue a través de formularios, por encuesta a pacientes embarazadas. Se exploró clínicamente la vagina buscando signos de sospecha. La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por los encuestados y que también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y las pacientes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación será voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo desearan, se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio debidamente firmado por ellas y el investigador, quien dio fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

El Programa de Intervención educativa se estructuró en 3 etapas: la primera de diseño y aprobación del programa, la segunda organizativa, la tercera de aplicación.

Las variables utilizadas fueron: Grupos de edades, nivel de escolaridad, padecimiento de Infección Vaginal, agentes patógenos presentes en las gestantes, síntomas y signos de Infección Vaginal, nivel de conocimiento sobre ITS, medios a través de los cuales adquirieron la información, información recibida sobre Infección Vaginal por el médico y enfermera de la familia.

**Métodos de procesamiento de la información.** La decisión estadística definitiva adoptada a los efectos del desarrollo de la investigación, estuvo relacionada con frecuencias absolutas en términos de número, cantidad y porcentaje. Esta determinación estuvo avalada por la práctica del trabajo de campo, incluyendo el procesamiento de datos, que no demandaba de otros tipos de decisiones. De hecho, la investigación está mediada, significativamente, por lo cualitativo, en tanto se trataba de modificar modos de actuación sanitarios en los sujetos que conformaban la muestra.

## **Metódica**

Operacionalización de las variables.

### ➤ Edad.

Se expresa: Edad cumplida en años a partir de la fecha del último cumpleaños  
Menores de 20 años

De 20 a 30 años

Mayor de 30 años

- Escolaridad de la mujer.

Se expresa en el último nivel de enseñanza aprobado:

Estudios primarios sin terminar

Estudios primarios concluidos

Estudios secundarios concluidos

Estudios preuniversitarios concluidos

Estudios Universitarios concluidos.

- Cantidad de padecimiento de Infección Vaginal

Se expresa:

1 infección: Aquellas gestantes que padecieron una Infección Vaginal durante el embarazo.

2 infecciones: Aquellas gestantes que padecieron dos Infecciones Vaginales durante el embarazo.

- Agentes patógenos presentes en las Infecciones Vaginales.

Se expresa:

No presentaron: Las gestantes que no presentaron Infección Vaginal.

Gardenella Vaginal.

Trichomonas Vaginal.

Cándida Albicans.

- Presencia de síntomas y cuadro clínico de las Infecciones Vaginales

Se expresa:

Si: Cuando la paciente refiere que tuvo síntomas y además el médico encontró signos de Infección Vaginal.

No: Cuando la paciente refiere que tuvo síntomas y además el médico encontró signos de Infección Vaginal.

- Nivel de conocimiento sobre ITS.

Se expresa:

Adecuado: Cuando las pacientes refieren que tienen información sobre lo que es un ITS y además como prevenirla.

Inadecuado: Cuando las pacientes refieren que no saben nada sobre las ITS y no conocen como prevenirlas.

- Recepción de información a través de los medios audiovisuales y/o auditivos.

Se expresa:

Si: Cuando la paciente refiere que obtuvo información a través de los medios audiovisuales.

No: Cuando la paciente refiere que no obtuvo información a través de los medios audiovisuales.

➤ Información recibida en las pacientes sobre Infección Vaginal a través del médico y enfermera de la familia.

Se expresa:

Si: Cuando las pacientes refieren que recibieron información a través del médico y enfermera de la familia.

No: Cuando las pacientes refieren que no recibieron información a través del médico y enfermera de la familia.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se exponen los resultados más relevantes obtenidos durante la investigación y que se expresan en tablas, a partir de los resultados revelados como efectos del desarrollo del programa planificado, que se presenta a continuación. Tabla 1 Agrupación de los diferentes grupos de edades. N=11

ASPECTOS	No.	%
Menores de 20 años.	5	45.4
De 20 a 30 años	5	45.4
Más de 30 años	1	9.09

En la Tabla 1 se observa que existe un predominio de las mujeres con edades menores de 20 años en número de 5, que representa un 45.4%, lo cual coincide con la literatura consultada. Está descrito que el mayor número de gestantes afectadas son las menores de 20 años, esto se explica porque mantiene una vida sexual activa y cambian de pareja con frecuencia, y es la promiscuidad uno de los factores de riesgo más importantes para adquirir una Infección Vaginal en esta etapa de la vida.<sup>1</sup> Además existe un predominio de las mujeres con edades de 20 a 30 años en número de 5, que representa un 45.4%.

Según el criterio de la autora de la presente investigación, es la adolescencia la etapa donde ocurren mayores cambios y generalmente es cuando comienza la vida sexual activa, por lo que se exponen a factores de riesgo importantes para adquirir una Infección Vaginal. De acuerdo con las encuestas y visitas de terreno realizadas a estos casos, se apreció que la presencia de una pareja estable ayudaría a disminuir los riesgos de padecer de Infección Vaginal. He aquí, la importancia de un seguimiento eficaz por parte de los equipos de los Consultorios Médicos de Familia

(CMF), como una forma de intervención sanitaria orientadora que ayudaría a la compensación emocional de los casos en estudio. Tabla 2: Agrupación de los diferentes grados escolares. N=11

ASPECTOS	No.	%
Estudios secundarios concluidos.	2	18.1
Estudios preuniversitarios concluidos.	6	54.5
Estudios universitarios concluidos.	3	27.2

En la Tabla 2 se puede apreciar que las mujeres con estudios preuniversitarios concluidos sumaron un número de 6, lo que representa un 54.5%, seguidos de las mujeres con estudios universitarios y secundarios concluidos en número de 3 y 2, respectivamente, lo que representa un 27.2% y un 18.1% correspondientemente. Lo que no coincide con la bibliografía consultada por cuanto la muestra corresponde a un territorio eminentemente rural. Asimismo, se aprecia que el desarrollo psicosocial y, en general, del modo de actuación de las sujetos de esta área geográfica, presentan peculiaridades mediadas por su realidad social histórico-concreta.<sup>1</sup>

En opinión de la autora, este predominio del nivel educacional preuniversitario concluido, seguido de los estudios universitarios y secundarios, aumenta las posibilidades de provocar la aparición de Infecciones Vaginales, dado por su directa relación con la baja comprensión, valoración y raciocinio para enfrentarse a las responsabilidades de la gestación. En esto inciden las necesidades psicosexuales y el desconocimiento o subvaloración de lo divulgado acerca de la protección en las relaciones sexuales.

Tabla 3: Cantidad de padecimiento de Infección Vaginal.  
N=11

ASPECTOS	No.	%
1 infección	6	54.5
2 infecciones	5	45.4

En la tabla 3 se puede apreciar que existe un predominio de mujeres que han padecido de una infección en número de 6, lo que representa un 54.5%, seguido de las mujeres que han padecido de dos infecciones, en número de 5, lo que representa un 45.4%, coincidiendo con la literatura consultada en relación con las Infecciones Vaginales que afectan a mujeres de todas las edades, tanto a las que están activas sexualmente, como a las que no lo están. La mayoría ha tenido una Infección Vaginal, por lo menos una vez en su vida. Esta es la razón principal de las visitas de las mujeres adultas a ginecólogos y médicos de la atención primaria.<sup>1</sup>

Tabla 4: Agentes patógenos presentes en Infección Vaginal.  
N= 11

ASPECTOS	EI		EF	
	No.	%	No.	%
Gardenella Vaginal	1	9.09	1	9.09
Trichomonas Vaginal	2	18.1	2	18.1
Cándida Albicans	8	72.7	4	36.3
No presentaron	0	0	4	36.3

En la tabla 4 se puede apreciar que existe un predominio de mujeres que han padecido de *Cándida Albicans*, en número de 8, lo que representa un 72.7%, seguido de *Trichomonas Vaginalis* y *Gardenella Vaginal* en número de 2 y 1, respectivamente lo que representa un 18.1% y 9.09 %, lo cual no coincide con la bibliografía consultada que refiere que las tres causas más comunes de las Infecciones Vaginales son la Vaginosis Bacteriana (40-50 %), seguida por Candidiasis (20-25 %), y Trichomoniasis (15-20 %). También, se pueden producir secreciones vaginales si se tiene una infección en el cuello uterino con Gonorrea o Chlamydia (ITS). (3,5). Luego de la aplicación del programa se determinó que aparecieron modificaciones favorables en las gestantes, porque 4 de ellas no presentaron Infección Vaginal, lo que representa un 36.3%.

Tabla 5: Presencia de síntomas y cuadro clínico de las Infecciones Vaginales en las gestantes.

N= 11

ASPECTOS	EI		EF	
	No.	%	No.	%
Si presentaron	11	100	7	63.6
No presentaron	0	0	4	36.3

En la tabla 5 se puede apreciar que todas las gestantes presentaron síntomas de Infección Vaginal, que representa un 100 %, lo que no coincide con la bibliografía consultada, que refiere que algunas mujeres pueden no tener síntomas, ni siquiera darse cuenta de este si no es demasiado severo. El médico puede notar signos de una Infección Vaginal, como secreción u olor durante un estudio ginecológico e indicar un análisis del líquido vaginal para determinar si hay una infección 3. Luego de la aplicación del programa se evidenció que aparecieron modificaciones favorables en las gestantes, porque 4 de estas no presentaron síntomas, lo cual representa un 36.3 %.

Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual.

N=11

ASPECTOS	EI		EF	
	No.	%	No.	%
Adecuado	7	72.7	11	100
Inadecuado	4	27.2	0	0

En la tabla 6 se puede apreciar que existe un predominio de mujeres que refieren haber sido informadas sobre las ITS, en número de 7, lo que representa un 72.7%, lo cual coincide con la bibliografía consultada, la que refiere que, por tratarse de un territorio eminentemente rural con determinadas tradiciones higiénico-sanitarias en lo relacionada con la salud genital femenina, el desarrollo psicosocial y en general,

el modo de actuación de los sujetos de esta área geográfica, presentan peculiaridades mediadas por su realidad social histórica-concreta. 1

Luego de la aplicación del programa se reveló que aparecieron modificaciones favorables en las gestantes, por cuanto las 11 embarazadas recibieron la información necesaria, actualizada y en un lenguaje acorde con todos los niveles educacionales existentes en ellas, eliminando así la existencia de dudas y contribuyendo de forma directa a la disminución de la aparición de Infección Vaginal y, en los casos que presentaron infecciones, la sintomatología que refirieron fue escasa. Teniendo en cuenta lo antes expuesto se precisa una diferencia importante respecto al estudio previo en estas gestantes.

Tabla 7: Recepción de información de las pacientes a través de los medios audiovisuales y/o auditivos.

N=11

audiovisual y/o auditivos		EI		EF	
No.	%	No.	%	No.	%
Si	7	63.6		11	100
No	4	36.3		0	0

En la tabla 7 se puede apreciar que 7 de las embarazadas han recibido información sobre las ITS, a través de los medios audiovisuales y/o auditivos, lo que representa 38

un 63.6% y 4 embarazadas no recibieron información sobre las ITS, lo que representa un 36.3% no coincidiendo con la bibliografía consultada, la cual refiere que, después del triunfo de la Revolución, se han realizado estrategias como la creación de programas de prevención de ITS, los que se promocionan por la Radio y la TV.

La población no cuenta con la tradición de escuchar la radio, utilizan generalmente la televisión solo para ver novelas, deportes y reproducen a través del video programas grabados en los horarios de tarde y la noche; sustituyendo así la posibilidad de recibir la información transmitida mediante los spots.

Luego de la aplicación del programa se apreció que aparecieron modificaciones favorables en los saberes de las gestantes, por cuanto 11 de ellas recibieron información sobre las ITS, además de entender mucho mejor la información transmitida por TV y Radio.

Tabla 8: Recepción de información de las pacientes a través del médico y enfermera de la familia.

N=11

Médico y Enfermera de la familia		EI		EF	
No.	%	No.	%	No.	%
Si	6	54.5		11	100
No	5	45.4		0	0

En la tabla 8 se puede apreciar que 6 de las embarazadas han recibido información sobre las ITS, a través del médico y enfermera de la familia lo que representa un 54.5%, lo cual no coincide con la bibliografía consultada que refiere que, después del triunfo de la Revolución, se han realizado estrategias como la creación de Programas de Atención Familiar, Programa de Atención Materno Infantil y Programa de Prevención de las ITS, los que se promocionan mediante actividades educativas adecuadas para distintos grupos poblacionales, los cuales cuentan con diferentes niveles educacionales realizadas por los médicos y enfermeras de la familia.

Luego de la aplicación del programa, se evidenció que aparecieron modificaciones favorables en el conocimiento de las gestantes, porque las 11 encuestadas recibieron información sobre las ITS por parte del médico y enfermera de la familia. La fuente utilizada para realizar las tablas fue la encuesta.

## **CONCLUSIONES.**

La investigación contribuyó a la implementación de un programa de intervención educativa dirigida a la disminución de la Infección Vaginal en embarazadas del Consejo Popular de Guadalupe, municipio de Florencia. Donde la *Cándida Albicans* fue el parásito que predominó en la infección vaginal de las pacientes estudiadas y en la mayoría hubo síntomas y signos presentes. Antes de la intervención educativa el 72.7 % de las gestantes tenían un nivel de conocimiento adecuado sobre ITS y después de la intervención en la totalidad de las embarazadas el nivel de conocimiento fue adecuado. Después de aplicada la intervención educativa el total de las pacientes refiere recibir información sobre ITS a través de los medios audiovisuales y del médico y enfermera de la familia.

## **RECOMENDACIONES.**

Extender la aplicación del programa de intervención educativa a todo el Municipio de Florencia y otras áreas de salud de la provincia donde se registre alta prevalencia de gestantes con Infección Vaginal, en las cuales las características de las gestantes y el medio donde se desenvuelven e interactúan, sean similares a la del estudio de origen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Ojeda A, Sepsis vaginal [tesis], Ciego de Ávila, Policlínico docente Florencia, 2010.
2. González Milian D, Blanco Miclín N, Lucas Mecías F, La Rosa Kindelan E, Principales causas de infección vaginal en gestantes en el Hospital “Reinaldo Chiang Vargas” durante enero- abril 2001, Medisan [serie en internet] 2001 [citado 27 enero 2011] 6 (3) <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_3\\_02/san10302.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.htm)> [aprox 7 p].
3. Montes de Oca Mejías E, Payán M, Pérez de Ávila M, Loyola Domínguez M, Comportamiento clínico – epidemiológico de la infección vaginal en gestantes de dos consultorios. Arch Médico Camagüey, 2006, 9 (3), ISSN 1025 – 0255.
4. Argota Matos N, Abreu Reyes DR, Comportamiento de la sepsis vaginal en el embarazo de la adolescencia, Caracas, 2010.
5. Robles Mirabal V, Sepsis vaginal y embarazo, Cárdenas, Policlínico “Héroes del Moncada”, 2006.
6. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología, Dirección Materno Infantil, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, Manejo sindrómico del Flujo vaginal en Gestantes.2007.
7. Lantero Abreu M I, Cabeza Cruz E, Estrada Muñoz R, Torres Días I H, Ochoa Soto R, Pautas para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, p 38-39.2008.
8. Armenteros Artilles R, Dorta Chapín G M, Nieves Ramos L, Manual Básico Integral para Estudiantes de Medicina en la Atención Primaria de Salud 2009, p 142.
9. Perret M, De Cardinale G, Obstetricia Moderna, cap. 32, Infecciones bacterianas micóticas y parasitarias, p 426.
10. Álvarez Sintés R, Afecciones ginecológicas más frecuentes, Temas de Medicina General Integral, T2, La Habana, editorial Ciencias Medicas, 2008, p 770-773.
11. Rigol Ricardo O, Obstetricia y Ginecología, 4ta edición, La Habana, editorial Ciencias Medicas, 2006.
12. Baracaldo Barrera N, Morell González L, Baracaldo Barrera A, Tratamiento de la Sepsis vaginal con homeopatía, S. Spíritus, FMC “Faustino Pérez Hernández”, 2001.
13. Balasch CI, Casos clínicos. Obstetricia y Ginecología, 2005.
14. Cabeza Cruz E, Cutié León N, Santiesteban Alba S, Infección de transmisión sexual, Enfermedad inflamatoria pélvica y vulvovaginitis e infecciones ginecológicas, La Habana, editorial Ciencias Medicas, 2006, p 90-124.
15. Cervantes Bauté I, Mena Rodríguez M, Heredia Áreas A, Doce Rodríguez UR, Aspectos biosociales presentes en las gestantes de un área de salud, Santiago de Cuba, Policlínico docente “Victoria de Girón, 2004.
16. Anteler de Francisco N, Maestría en enfermedad infecciosa, [CD-ROM], Ciudad de La Habana, MINSAP, 2005.
17. Ivares Sintés, Temas de Medicina General Integral, vol II, editorial Ciencias Medicas, La Habana, 2da edición, 2007.
18. Laffita Batista A, Lugones Botell M, Roa León P, Obstetricia y Ginecología, 4to año de medicina [CD-ROM], La Habana, Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana, Grupo de tecnología educativa, 2007.
19. Miranda Guerra AI, Hernández Vergel LL, Romero Rodríguez C, Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del PAMI, La Habana, 2008.

20. Ojeda Pérez Y, Carbajales León MI, Martínez Leiva L, Carbajales León E, Infección vaginal en gestantes [tesis], Ciego de Ávila, Hospital Provincial “Antonio Loaces Iraola”, 2007.

21. Ortiz Rodríguez C, Ley Cárdenas M, Llanente Acebo C, Almansa Martínez C, Vaginosis Bacteriana en mujeres con leucorrea, Rev. Cubana, Obstetricia y Ginecología [serie en internet] 2006 [citado 27 enero 2011] 26 (2) [APROX 19 P], Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=50138-600x2000000000000000&strip=sciarttext&ting=es>.

22. Sardiñas Barrio, Aguiar Pérez Y, Infección durante la gestación en el Hogar materno de las Arabas, Rev. Médica electrónica [serie en internet] 2007 [citado 27 enero (2011) 29 (5), Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema04.htm>.