

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
GUANTANAMO

INFECCION VAGINAL EN GESTANTES.

Dra. Elizabeth Pereira Relis¹, Dra. Nereida Rivera Castañeda², Dra. Ileana de la Torre Rosés³, Tec. Nuria Santos Romero⁴, Tec. María Palmero Bertot⁴, Lic. Yadileidi Elías Oquendo⁵, Dra. Esperanza Cardosa Aguilar.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de describir la situación de la infección vaginal en gestantes de los municipios San Antonio del Sur y El Salvador en 93 gestantes con diagnóstico clínico de infección vaginal de los Grupos Básicos de Trabajo: Hospital Comunitario Docente "IV Congreso" y "Francisco Castro Ceruto", en el período enero-diciembre de 2006. Para la obtención de los datos se pide consentimiento y luego se aplica entrevista y test de conocimientos. Los resultados muestran que la infección vaginal predomina en gestantes de edades entre 20-29 años de secundaria básica y de estado civil unión consensual. El posible factor que más favoreció la infección es el inadecuado tratamiento del agua para el aseo. Predomina candidiasis, la no correspondencia entre el diagnóstico clínico y microbiológico, tratamiento con nistatina, incumplimiento del tratamiento y nivel inadecuado del conocimiento en las gestantes con infección vaginal en los municipios estudiados.

Palabras clave: COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL EMBARAZO/ epidemiología; CANDIDIASIS VULVOVAGINAL/ quimioterapia.

INTRODUCCION

Existen numerosos eventos adversos asociados a la infección vaginal en el embarazo, entre ellos: parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer e infección neonatal, por mencionar algunas.¹⁻⁵

¹ *Especialista de I Grado en Farmacología. Profesor Auxiliar.*

² *Médico. Asistente.*

³ *Especialista de I Grado en Microbiología. Asistente.*

⁴ *Técnico en Microbiología.*

⁵ *Licenciada en Farmacia.*

⁶ *Especialista de II Grado en Farmacología. Asistente.*

Mundialmente, el parto prematuro es considerado uno de los problemas de salud pública más importantes y es la principal causa de la mortalidad perinatal, neonatal tardía y postneonatal. El bajo peso al nacer es otra de las consecuencias adversas de la infección vaginal en la gestante. La sepsis cervicovaginal se ha encontrado como uno de sus principales factores de riesgo en la literatura.^{2,3}

Todos los autores coinciden en plantear que el principal factor etiológico de la ruptura prematura de membranas es de causa infecciosa. Se piensa que los gérmenes pueden acceder a las membranas por vía transplacentaria o por vía ascendente endocervical a través de infecciones vulvovaginales, las cuales pueden causar corioamnionitis, y que ésta puede pasar a infección del líquido amniótico e infección fetal directa. La patología infecciosa neonatal continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad en este período de la vida.³⁻⁵

Nuestro país tiene como política elevar la calidad de la atención a la madre y al neonato y ha logrado reducir la morbilidad y la mortalidad infantil y materna, mostrando indicadores comparables a países desarrollados. Sin embargo, estos resultados alentadores en las tasas de mortalidad infantil del país no son totalmente correspondidos por la provincia Guantánamo, que en los años 2004 y 2005, mostró tasas superiores a las del país y la infección neonatal, en alguna de sus manifestaciones, ocupó el tercer y cuarto lugar entre estas causas.

En estudio descriptivo realizado sobre los factores asociados a la infección neonatal en Guantánamo, en los años 2000-2002, se constató que entre los factores relacionados con su aparición estuvieron los antecedentes de infecciones maternas durante el embarazo y que la infección vaginal estuvo presente en el 88.4 % de los casos.⁶

A pesar de existir un Programa Nacional para el control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), donde se aborda de manera diferenciada al síndrome de flujo vaginal en el embarazo y de haberse publicado normas y protocolos terapéuticos bien establecidos por parte del MINSAP y del Centro de Desarrollo de la Farmacoepidemiología, no existe un adecuado control en nuestra provincia de las infecciones vaginales durante el embarazo. En el año 2005 su morbilidad provincial fue aproximadamente del 32.1 % y los municipios San Antonio del Sur y El Salvador fueron dos de los que más incidieron.⁶

Las problemáticas anteriormente mencionadas constituyen problemas prácticos de relevante importancia y se pueden sintetizar en la pregunta de investigación: ¿Cuál es la situación de la infección vaginal en las gestantes de los municipios San Antonio del Sur y El Salvador?

METODO

Con el propósito de describir la situación de la infección vaginal en las gestantes de los municipios San Antonio del Sur y El Salvador, de la provincia Guantánamo, se realiza un estudio descriptivo de corte transversal en los Grupos Básicos de Trabajo (GBT): Hospital Comunitario Docente "IV Congreso" y "Francisco Castro Ceruto" en el año 2006.

La población de estudio está constituida por todas las gestantes con diagnóstico clínico de infección vaginal, a las que se les realiza captación del embarazo en los GBT de estudio en los primeros 6 meses de la investigación.

Se describen variables sociodemográficas, tales como: edad, estado civil y escolaridad; se identifican los posibles factores que favorecen la infección vaginal, para lo cual se tiene en cuenta: antecedentes patológicos personales, medicamentos usados frecuentemente durante la gestación, baños en piscinas o tinas e higiene ano-genital.

Se establece, además, correspondencia entre diagnóstico clínico realizado por el médico de familia y microbiológico obtenido del análisis de la muestra de secreciones vaginales (determinación del pH, prueba de aminas y examen microbiológico que incluye: tinción de Gram, estudio directo, cultivo y antibiograma) realizado en el laboratorio de microbiología del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Se precisa la terapéutica empleada. La adherencia terapéutica fue clasificada en adecuada e inadecuada y el nivel de conocimiento acerca de la infección vaginal en las gestantes fue clasificado en adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado, según las respuestas al test de evaluación de conocimiento aplicado.

Para obtener los datos de las pacientes, luego de haber firmado el consentimiento informado de participar en la investigación, se realiza una entrevista que fue aplicada por el investigador del estudio. Para medir el nivel

de conocimiento de las gestantes se elabora un test de evaluación de conocimiento. Los datos relacionados con la muestra de secreciones vaginales se recogen en un modelo confeccionado para tal fin.

Después de obtenida la información se procesa de forma computadorizada, utilizando el sistema de procesamiento de base de datos Microsoft Excel. Los resultados se exponen en tablas y se representan en frecuencias absolutas. Se utiliza el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se observó en las gestantes estudiadas del municipio San Antonio del Sur que la infección vaginal predominó en el grupo de edad 25-29 años (40.35 %), mientras que en el municipio El Salvador predominó el grupo entre 20-24 años (27.8 %). En ambos municipios predominaron las infecciones vaginales en gestantes cuyo estado civil es la unión estable o unión consensual en el 80.7 y 75 %, respectivamente (Tabla 1).

El predominio de gestantes en las edades comprendidas 20-29 años y la unión estable son resultados similares a los referidos por otros autores^{7,8} donde se plantea que las infecciones vaginales aparecen con más frecuencia entre los 20 y 35 años y en estado civil unión estable, por ser este el período fértil de la mujer y donde más relaciones sexuales se establecen. Aunque en nuestra muestra no se manifestó, no se puede dejar de mencionar la alta incidencia de embarazos e infecciones vaginales asociadas a estos en las adolescentes, por las repercusiones sociales que trae consigo.

Tanto en el municipio San Antonio del Sur como en El Salvador la infección vaginal predominó en gestantes cuya escolaridad se corresponde con secundaria básica terminada, para el 50.87 y 55.5 %, respectivamente (Tabla 2).

La escolaridad que primó fue secundaria terminada, lo cual podría ser explicado, coincidiendo con los planteamientos de otros autores^{7,8}, con el hecho de que el nivel de cultura sanitaria, tan importante para el manejo y prevención de los factores que favorecen la aparición de la infección vaginal, está en correspondencia con el nivel de cultura general y, en este caso, tiende a ser bajo si se tiene en cuenta la escolaridad.

Al analizar el diagnóstico clínico, en ambos municipios predominan como causa de infección vaginal, candidiasis (78.9 y 41.7 %, respectivamente), seguida de tricomoniasis (12.3 y 38.9 %, respectivamente) (Tabla 3).

Según resultados de los exudados vaginales, también predomina la candidiasis en ambos municipios; sin embargo, en San Antonio del Sur como segunda causa de infección aparecen otras bacterias como: *Streptococcus*, *Escherichia coli* y *Klebsiella*; en El Salvador se mantiene la tricomoniasis.

Si se particulariza en cada una de las causas de infección vaginal que se muestran en la Tabla 3, se puede apreciar que de las 45 gestantes con candidiasis clínica sólo 23 (51.1 %) tenían diagnóstico microbiológico de candidiasis, para las demás resultó negativo (37.8 %) o se diagnosticó *Gardnerella* u otra bacteria como *Klebsiella*, *Streptococcus*, *Escherichia coli*.

En el caso de tricomoniasis sucedió algo similar: el 57.1 % correspondió a esta infección según microbiología. El diagnóstico de infección en las otras pruebas (42.9 %) fue por *Escherichia coli*. El diagnóstico microbiológico de los 5 casos de vaginosis bacteriana diagnosticada clínicamente aportó que el 60 % de esta correspondió a infección por *Gardnerella* y el 40 % a otras bacterias como *Escherichia coli* y *Streptococcus*.

Podemos apreciar los mismos resultados en el caso de El Salvador. En ningún caso los diagnósticos clínicos coinciden en el 100 % con los resultados del exudado vaginal.

La frecuencia con que aparecen las diferentes causas de infección vaginal es variable y esto podemos corroborarlo con dos estudios nacionales donde se emplea el diagnóstico microbiológico para definir las causas de infección vaginal en gestantes. El primero es un estudio de causas de infección vaginal realizado en el Hospital "Reynaldo Chiang Vargas" del municipio Songo-La Maya, donde se encontró que predominó la vaginosis (45.0 %), seguida de la tricomoniasis; sin embargo, en el segundo estudio realizado en el Hospital "Julio Trigo López" y en la sala de cuidados perinatales del Hospital Ginecobstétrico "Lebredo", la *Candida S.P* se encontró en el 53.7 %, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestra investigación.^{9,10}

No encontramos en la literatura ningún estudio similar donde se comparen los resultados del diagnóstico clínico con el microbiológico en cada una de las causas de infección vaginal. En un estudio de aislamiento e identificación de

Gardnerella vaginalis se analizó un total de 402 exudados vaginales procedentes de mujeres con síntomas de infecciones vaginales o sin estos, que asistieron a las consultas ginecológicas de los hospitales "Ramón González Coro", "Luis de la Puente Useda", en Ciudad de La Habana y "Piti Fajardo" de Güines, en La Habana y, de las 402 muestras analizadas, se identificó la presencia de *Gardnerella vaginalis* en 188 pacientes (46.8 %), según el cultivo microbiológico.

Los criterios de Amsel para vaginosis bacteriana se detectaron sólo en 113 mujeres (28.2 %) de este estudio de aislamiento, lo cual demuestra que los criterios de Amsel y el diagnóstico clínico no son tan efectivos como el estudio microbiológico para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana, como se aprecia en nuestro estudio.

Todo esto permite sugerir que de no contarse con la posibilidad de realizar cultivos para precisar el diagnóstico del tipo de infección vaginal, entonces, se debe aplicar el criterio de diagnóstico y tratamiento de forma sindrómica como recomienda el MINSAP, para garantizar el tratamiento a todas las posibles causas de la infección vaginal.¹¹

Los posibles factores que más influyeron en la aparición de infección en los municipios estudiados fueron: inadecuado o no tratamiento del agua para el aseo (49.2 y 34.56 %, respectivamente), seguido del no uso del condón (33.8 y 35.8, respectivamente) y, por último, deficiente forma de aseo anogenital (16.9 y 29.62 %, respectivamente) (Tabla 4).

Si se analizan estos datos y los relacionamos con la variable diagnóstico microbiológico, se puede apreciar que en ambos municipios la mayoría de los casos de candidiasis (65.0 y 55.0 %) tenía como factor influyente el inadecuado tratamiento del agua para aseo. En el caso de la tricomoniasis los factores que más aparecieron fueron: no uso del condón (43.8 y 37.5 %), seguido de deficiente método de aseo genital (37.5 y 34.4 %) y, en el caso de la infección por *Gardnerella*, el 44.4 y el 37.9 % presentó como factor favorecedor el no uso del condón, respectivamente.

Entre los aspectos esenciales que se tratan en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva se encuentra el preventivo, donde se abordan los principales factores relacionados con la aparición de las infecciones del aparato reproductivo como son: no uso del condón, conducta promiscua e inadecuada selección de la pareja. Algunos de éstos fueron factores identificados en este

estudio como posibles causantes de aparición de infección vaginal por *Trichomonas* y vaginosis bacteriana. En otro artículo se hace referencia a otros factores relacionados a la aparición de infección vaginal, como es el caso del inadecuado tratamiento del agua para el aseo y el deficiente aseo anogenital, factores encontrados, de igual forma, en este estudio.¹²

En la candidiasis, el no tratamiento del agua para el aseo de los genitales es considerado como el principal factor causal del comienzo de esta infección; además, la técnica incorrecta de ese aseo contribuye directa y progresivamente a la invasividad y multiplicación de *Monilia* en el aparato femenino, similares resultados fueron obtenidos en este estudio.^{12,13}

Otros autores señalan como posibles factores relacionados la toma de antibióticos, los anticonceptivos hormonales, la diabetes, el estrés, los esteroides, entre otros. Es por ello, también, que no se considera una ITS típica pues son muchos los factores que actúan rompiendo el equilibrio ecológico que mantiene la *Candida* con el organismo humano, lo que provoca la aparición de los síntomas y signos de la enfermedad.¹³

En la tricomoniasis, según criterio de algunos autores, los factores más importantes relacionados con su aparición son la promiscuidad sexual, relaciones sexuales desprotegidas (sin condón) y tratamiento de la paciente obviando a su pareja; resultados similares a los referidos en el presente estudio. Esta infección se adquiere habitualmente por transmisión sexual, se asocia a infecciones por *Gardnerella*, *Candida*, gonorrea y *Clamidia*, y se aceptan como otros factores favorecedores de la infección el pH vaginal alcalino e hipoestronismo.¹²

En el caso de la vaginosis bacteriana, su patogénesis y transmisión, así como factores influyentes en su aparición, no son conocidas del todo. Además, persisten muchas interrogantes en relación con su vinculación o no a un historial sexual, infección concomitante por *Trichomonas* u otras infecciones de transmisión sexual anteriores, así como la existencia de importantes planteamientos que la relacionan con el uso del dispositivo intrauterino.¹⁴⁻¹⁶

En ningún caso se utilizó el diagnóstico sindrómico para realizar el diagnóstico de infección vaginal y se empleó el diagnóstico clínico, clasificado en: candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana (Tabla 5).

Se aprecia que para candidiasis en San Antonio del Sur y El Salvador fue usada nistatina en el 61.2 y 86.7%, respectivamente, seguida de clotrimazol con el 34.69 y 13.33 %, respectivamente. En tricomoniasis, se empleó con mayor frecuencia el metronidazol (60.0 y 78.6 %), mientras que la vaginosis bacteriana, se empleó metronidazol en el 60 y 100 %, respectivamente. Todos estos medicamentos fueron usados en monoterapia.

Según recomienda el Programa Nacional de Control de ITS/VIH/SIDA y teniendo en cuenta que en una misma mujer puede coexistir más de una forma clínica (vaginitis y/o cervicitis) y que el examen ginecológico no permite afirmar la presencia de un agente etiológico en particular, el tratamiento debe ser enfocado de forma sindrómica a las tres infecciones más frecuentemente asociadas con el síndrome de flujo vaginal, vaginitis (vaginosis bacteriana, tricomoniasis y candidiasis) y cervicitis, que aparece con menor frecuencia, producida por *Neisseria gonorrhoeae* y *Clamidia Trachomatis*, por lo que se considera que en los grupos básicos de trabajo estudiados no se realizó un diagnóstico ni tratamiento correctos de la infección vaginal, demostrado con el análisis de los medicamentos empleados.^{17,18}

Al no realizarse el diagnóstico sindrómico tampoco se realizó el tratamiento con enfoque sindrómico, por lo que los medicamentos que debían emplearse para el tratamiento adecuado del síndrome de flujo vaginal eran nistatina o clotrimazol en combinación con metronidazol y en ningún caso fue empleado así, en todos los casos fue empleada la monoterapia.

Si analizamos que algunas de estas gestantes, diagnosticadas y tratadas a partir del diagnóstico clínico, presentaban otra causa de infección vaginal corroborada por microbiología para la cual no se usó tratamiento estamos en presencia de un serio problema: una prescripción inadecuada que puede predisponer a la aparición de reacciones adversas en la gestante y el feto por un medicamento que no es necesario y, además, el no tratamiento de la causa de la infección vaginal, lo cual genera persistencia de la infección con todas las consecuencias negativas para la embarazada y el feto, como: corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, bajo peso y sepsis connatal, entre las más importantes.

Predominó el nivel parcialmente adecuado del conocimiento, seguido del no adecuado, en ambos municipios (Tabla 6).

Si lo relacionamos con la adherencia terapéutica, podemos observar que las gestantes con conocimiento adecuado eran cumplidoras del tratamiento: el 100 % en San Antonio del Sur y el 66.6 % en El Salvador; las que tenían conocimiento inadecuado eran incumplidoras del tratamiento: 95.7 y 75 %, respectivamente. En el municipio San Antonio del Sur predominó el incumplimiento del tratamiento (82.5 %) pero en El Salvador predominó el cumplimiento del tratamiento en el 63.9 %.

Estudios realizados han demostrado que el nivel de conocimiento o cultura sanitaria y general de la población influye de manera positiva en el cumplimiento del tratamiento, pues permite la percepción del riesgo que significa no tratar la infección vaginal tanto para la gestante como para su futuro bebé. En nuestro estudio se demuestra esta tesis, pues las gestantes con conocimiento adecuado en su mayor número cumplían con el tratamiento y viceversa.¹⁹⁻²³

CONCLUSIONES

En los casos de infección vaginal estudiados en los municipios San Antonio del Sur y El Salvador predominan inadecuadas conductas que se manifiestan tanto en la gestante como en el médico y enfermera de la familia.

Estas inadecuadas conductas van desde el tratamiento del agua y método para el aseo de los genitales de forma inadecuada, el no uso de condón y sexo no seguro hasta la no adherencia al tratamiento, dificultades con la correspondencia entre el diagnóstico clínico y el microbiológico, ausencia de enfoque sindrómico en el diagnóstico clínico y tratamiento de la infección vaginal y el inadecuado conocimiento de las gestantes acerca de ésta: medidas para su prevención, importancia del tratamiento adecuado y consecuencias negativas para su salud y el futuro bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dammann O, Leviton A. Maternal intrauterine infeccion, cytokines, and brain damage in the preterm newborn. *Pediatr Res.* 1997; 42(1):1-8.
2. Montoya BJ, Avila VMA, Vadillo OF, Hernández GC, Peraza GF, Olivares MS. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretérmino. *Ginecol obstet Méx.* 2002; 70(4):203-9.

3. Cota LG, Morales CA, Prince VR. Infección cervicovaginal y riesgo de parto prematuro. Rev Med IMSS. 2001; 39(4):289-93.
4. Carey JC, Klebanoff AM, Hauht CJ, Hillier LS, Thom AE. Metronidazol to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis[serie en internet]. N Engl J Med. 2000[citado 13 mar 2001]; 342:534-40. Disponible en: http://www.cedip.cl/Educacion/metronidazol_VB.pdf.
5. Valdeiglesias CN, Medrano VA. Vaginitis en mujeres sexualmente activas. SITUA. 2001; 10(19):47-9.
6. González MD, Blanco MN, Lucas MF, Kindelán EL. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el Hospital "Reynaldo Chiang Vargas" durante enero-abril del 2001[serie en Internet]. MEDISAN. 2002[citado 4 jul 2003]; 6(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.htm.
7. Estadísticas del Grupo Provincial de PAMI. Guantánamo 2005.
8. Gallardo J, Valdés S, Díaz ME, Romay C. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológica. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000; 26(1).
9. Rodríguez PM, Mora RM, Mora VI. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso[serie en Internet]. Rev Cubana Enfermer. 2001[citado 4 mar 2002]; 17(2):101-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf06201.htm
10. González MD, Blanco MN, Lucas MF, Rosa KE. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el Hospital "Reynaldo Chiang Vargas" durante enero-abril del 2001[serie en Internet]. MEDISAN. 2002[citado 20 mar 2003]; 6(3):44-48. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.htm
11. Gallardo J, Valdés S, Díaz ME, Romay C. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológica[en internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-X2000000100002&script=sci_arttext
12. Espinosa I, Lorenzo M, Betancourt A, Riverón Y, Romero M, Álvarez E. Caracterización bioquímica y antigénica de diferentes aislamientos de Gardnerella vaginalis[serie en internet]. Rev Cubana Invest Biomed 2005[citado 5 may 2006]; 24(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol24_2_05/ibi03205.htm.
13. Peláez MJ. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/Capitulo%20VIII.pdf
14. Toloí TM, Candido RC, Franceschini SA. Vaginal candidiasis: risk factors. Rev Chil Cienc Med Boil. 2001; 11(1):11-4.

15. Ulloque JA. Vaginosis bacteriana. Disponible en: <http://www.obgyn.net/english/pubs/features/presentations/ulloque02/JAU-VAGINOSIS.ppt>.
16. Medina GR, Rechkemmer PA, García HM. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered.* 1999; 10(4):144-50.
17. Mendoza GA, Sánchez VT, Sánchez PI, Ruiz SD, Tay ZJ. Frecuencia de vaginosis producida por *Gardnerella vaginalis* y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital en la mujer. *Ginecol Obstet Méx.* 2001; 69(7):272-6.
18. Guía para la práctica clínica: tratamiento de las infecciones vaginales. Boletín de información terapéutica para la APS. 2002; 15:1-8.
19. Dirección Nacional de Epidemiología. Dirección materno-infantil. Manejo Sindrómico del flujo vaginal en gestantes. En: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. La Habana : Ministerio de salud pública. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/aps_flujo.pdf.
20. Adherencia al tratamiento. Información terapéutica del sistema nacional de salud. *Rev Cubana Farmac.* 2004; 28(4): 112-21. Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.
21. Martín PM, Echemendía MM, Díaz RI, Valdivia MI. Conocimientos sobre educación sexual de un grupo de adolescentes pertenecientes a una ESBU. Disponible en: <http://www.socumefa.sld.cu/eventosconcluidos/viiaps8.htm#32>
22. Quintana RA, Bencomo BA. Comportamiento de las ITS y su relación con la falta de orientación sexual en adolescentes en una comunidad rural de Pinar del Río. Disponible en: <http://www.socumefa.sld.cu/eventosconcluidos/viiaps8.htm#32>
23. Orozco MC, Ruiz GX, Barreto FE, Quintero FJ, Prado ZEI, Milvia HE. Factores relacionados con la formación de recursos humanos hacia la educación de la sexualidad. Disponible en: <http://www.socumefa.sld.cu/eventosconcluidos/viiaps8.htm#32>.
24. Brito MEC, Guerra VC, Fernández CE. Exploración de algunos aspectos importantes que deben conocer las gestantes en 2 hospitales de Granma[serie en Internet]. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002[citado 8 ago 2003]; 8(2): 13. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin01202.htm

TABLA 1. GRUPO DE EDADES Y ESTADO CIVIL.

GRUPO DE EDADES	ESTADO CIVIL												TOTAL			
	Casada				Soltera				Unión Estable				SAS		El Salvador	
	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%
15 - 19	-	-	-	-	2	22.22	3	50	7	77.77	3	50	9	15.78	6	16.7
20 - 24	2	11.1	1	10	2	11.11	1	10	14	77.77	8	80	18	31.57	10	27.8
25 - 29	2	8.7	1	12.5	2	8.69	1	12.5	19	82.6	6	75	23	40.35	8	22.2
30 - 34	1	16.6	1	12.5	-	-	-	-	5	83.33	7	87.5	6	10.52	8	22.2
35 - 39	-	-	-	-	-	-	1	33.3	1	100	2	66.7	1	1.75	3	8.3
40 y más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	1	2.8
TOTAL	5	8.77	3	8.3	6	10.52	6	16.7	46	80.7	27	75	57	100	36	100

SAS: San Antonio del Sur.

TABLA 2. GRUPO DE EDADES Y ESCOLARIDAD

GRUPO DE EDADES	ESCOLARIDAD																TOTAL			
	SAS		U		SAS		PUT		SAS		ST		SAS		PT		SAS		El Salvador	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 19	-	-	-	-	1	11.1	1	16.7	2	22.22	5	83.3	6	66.7	-	-	9	15.78	6	16.7
20 - 24	1	5.55	-	-	2	11.1	3	30	10	55.55	4	40	5	27.8	3	30	18	31.57	10	27.8
25 - 29	1	4.34	2	25	1	4.34	1	12.5	14	60.86	5	62.5	7	30.4	-	-	23	40.35	8	22.2
30 - 34	1	16.7	-	-	1	16.7	3	37.5	3	50	5	62.5	1	16.7	-	-	6	10.52	8	22.2
35 - 39	-	-	-	-	-	0	1	33.3	-	-	1	33.3	1	100	1	33.3	1	1.75	3	8.3
40 y más	-	-	-	-	1	11.1	1	16.7	2	22.22	5	83.3	6	66.7	-	-	9	15.78	6	16.7
TOTAL	1	5.55	-	-	2	11.1	3	30	10	55.55	4	40	5	27.8	3	30	18	31.57	10	27.8

SAS: San Antonio del Sur.

U: Universitaria.

PUT: Preuniversitario terminado.

ST; Secundaria terminada.

PT; Primaria terminada.

TABLA 3. DIAGNOSTICO CLINICO Y MICROBIOLOGICO.

RESULTADO EXUDADO VAGINAL	CANDIDIASIS				TRICOMONIASIS				VAGINOSIS BACTERIANA				TOTAL			
	SAS		El Salvador		SAS		El Salvador		SAS		El Salvador		SAS		El Salvador	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Candida	23	51.1	9	60	-	-	3	21.4	-	-	1	14.3	23	40.4	13	36.11
Trichomona	-	-	-	-	4	57.1	8	57.1	-	-	1	14.3	4	7.01	9	25
Gardnerella	2	4.44	-	-	-	-	-	-	-	60	4	57.1	5	8.77	5	1.38
Otras bacterias	3	6.66	3	20	3	42.9	2	14.3	2	40	1	14.3	8	14	6	16.66
Negativo	17	37.8	3	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.33
TOTAL	45	78.9	15	41.7	7	12.3	14	38.9	5	8.77	7	19.4	57	100	36	100

SAS: San Antonio del Sur.

TABLA 4. FACTORES RELACIONADOS Y DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO.

POSIBLES FACTORES	DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO												TOTAL			
	CANDIDIASIS				TRICOMONIASIS				VAGINOSIS BACTERIANA				SAS		El Salvador	
	SAS		El Salvador		SAS		El Salvador		SAS		El Salvador		SAS		El Salvador	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ITAA	26	65	11	55	3	18.8	9	28.1	3	33.33	8	27.6	32	49.2	28	34.56
No uso de condón	11	27.5	6	30	7	43.8	12	37.5	4	44.44	11	37.9	22	33.8	29	35.8
DMAAG	3	7.5	3	15	6	37.5	11	34.4	2	22.22	10	34.5	11	16.9	24	29.62

SAS: San Antonio del Sur.

ITAA: Inadecuado o no tratamiento del agua para el aseo.

TABLA 5. DIAGNOSTICO CLINICO Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO CLINICO												TOTAL			
	CANDIDIASIS				TRICOMONIASIS				VAGINOSIS BACTERIANA				SAS		El Salvador	
	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%
Nistatina	30	61.2	13	86.7	1	10	-	-	-	-	-	-	31	48.4	13	36.11
Clotrimazol	17	34.7	2	13.3	3	30	3	21.4	2	40	-	-	22	34.4	5	13.88
Metronidazol	2	4.08	-	-	6	60	11	78.6	3	60	7	100	11	17.2	18	50
TOTAL	49	76.6	15	41.7	10	15.6	14	38.9	5	7.81	7	19.4	64	100	36	100

SAS: San Antonio del Sur.

TABLA 6. NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ADHERENCIA TERAPEUTICA								TOTAL			
	Adecuada				Inadecuada				SAS		El Salvador	
	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%	SAS No.	%	El Salvador No.	%
Adecuado	5	100	6	66.6	-	-	3	33.3	5	8.77	9	25
Parcialmente adecuado	4	13.8	14	93.3	25	86.2	1	6.66	29	50.87	15	41.7
Inadecuado	1	4.34	3	25	22	95.7	9	75.0	23	40.35	12	33.3
TOTAL	10	17.5	23	63.9	47	82.5	13	36.1	57	100	36	100

SAS: San Antonio del Sur.