

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EMBARAZADAS

*Dr. Dennis A. Castro Bobadilla**

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual ha ido en aumento desde el momento en que "las libertades" socialmente aceptadas lo han permitido.

Cabe citar en ejemplo de que en los Estados Unidos de América en donde los servicios de estadística han registrado una incidencia mayor de estas enfermedades así: en 1971 se reportaron 621,371 casos y, en 1977 se reportaron 1.007,518 casos que equivale a un aumento- del 61.40/o.

En el caso de Honduras y específicamente del tema que se enfoca, no hay datos estadísticos al respecto.- En vista de lo anterior, tomando como base el plan de control prenatal del Ministerio de Salud Pública que se aplica en los diferentes centros de salud del país es que se agregó como de rutina en el centro de salud de la ciudad de El Paraíso, Dpto. de El Paraíso, la toma de muestras de frotis vaginal a todas las pacientes que asisten a control prenatal.

Explicando que el frotis se realizaba en cualquier período del embarazo, razón que se basa en el hecho de que nuestras pacientes no son cumplidas en sus citas de control prenatal por diferentes motivos, por lo que aprovechamos la primera visita para realizar la toma de muestras independientemente del período en que se encontraba el embarazo.

Quiero adelantar que únicamente se realizó el estudio en base a frotis de canal endocervical y no a cultivos como propiamente sería el caso ideal, dicha razón fue por la escasez de recursos para dicho estudio.

Al hablar de Frotis se refiere al descubrir diplococos gram negativos intra y extracelular que presumiblemente corresponde a infección por gonococos y, no como parte de la flora bacteriana normal.

(*} Director Centro de Salud "Dr. Luis Lazo Amaga",
El Paraíso.

El estudio se inició en el mes de agosto de 1982 y, finalizó en Enero de 1983, el cual fue motivado por el taller de enfermedades de transmisión sexual realizado en Julio de 1982 en donde participamos como parte activa de ese programa. Se obtuvo los siguientes resultados:

AGOSTO DE 1982

Frotis Total: 12 Pacientes Frotis
Positivas: 1 Paciente Frotis
Negativa: 11 Pacientes
Porcentaje: 8.33 o/o

SETIEMBRE DE (1982)

Frotis Total: 23 Pacientes Frotis
Positivas: 2 Pacientes Negativas:
21 Pacientes Porcentaje: 8.69 o/o

OCTUBRE DE 1982

Frotis Total: 23 Pacientes Frotis
Positivas: 3 Pacientes Frotis
Negativas: 20 Pacientes
Porcentaje: 13.04o/o

NOVIEMBRE DE 1982

Frotis Total: 23 Pacientes Frotis
Positivas: 4 pacientes Frotis
Negativos: 20 pacientes
Porcentaje: 16.66%

DICIEMBRE DE 1982

Frotis Total: 6 Pacientes Frotis
Positivas: 0 Pacientes Frotis
Negativas: 6 Pacientes Porcentaje:
0%

ENERO DE 1983

Frotis Total: 24 Pacientes Frotis
Positiva: 9 Pacientes

Frotas Negativas: 24 Pacientes
Porcentaje: 0%

El total en seis meses fue así:

Frotis Total: 112 Pacientes Frotis
Positivo: 10 Pacientes Frotis
Negativos: 102 Pacientes

Porcentaje: 8.93o/o

COMENTARIOS

Con lo anterior vimos que la incidencia es bastante alta (8.93o/o) en relación de referencia de estudio en los Estados Unidos en donde se ha reportado incidencia de 2.75o/o. en casos similares.- Quedó establecido en el centro de salud como norma el tomar frotis vaginal a todas las pacientes que asistían al mismo a control prenatal. De excelencia era tomar un frotis por cada visita subsiguiente.

Aquellos pacientes que lograron recibir tratamiento a causa del Frotis positivo recibieron en posterior visita controles que mostraron negativización del mismo. El tratamiento fue a base de Penicilina Procaínica 4.8 millones de Unidades dividida intramuscularmente en una sola sesión previa toma de 1 gramo de probenecid. Solamente tuvimos un caso de alergia a la penicilina, por lo que se alicó la solución de Diclorhidrato pentahidratado de Espectinomicina (TOGAMICYN) en dosis de 3 gramos por glúteo.

CONCLUSIONES

Creo debe ejecutarse un plan de detección de enfermedades de transmisión sexual en pacientes embarazadas en los centros de salud estatales y privados a pesar de la limitación de recursos, ya que durante el embarazo, las mujeres con infección de este tipo tienen alto riesgo de desarrollar infección diseminada por diplococos.

Además de esa infección antes dicha el riesgo de desarrollar la enfermedad pelviana inflamatoria

aguda deberá ser considerada mutuamente excluyente con el embarazo porque ocurre en mujeres embarazadas usualmente durante el primer trimestre y, puede llegar a ser más severa que en las mujeres no embarazadas.

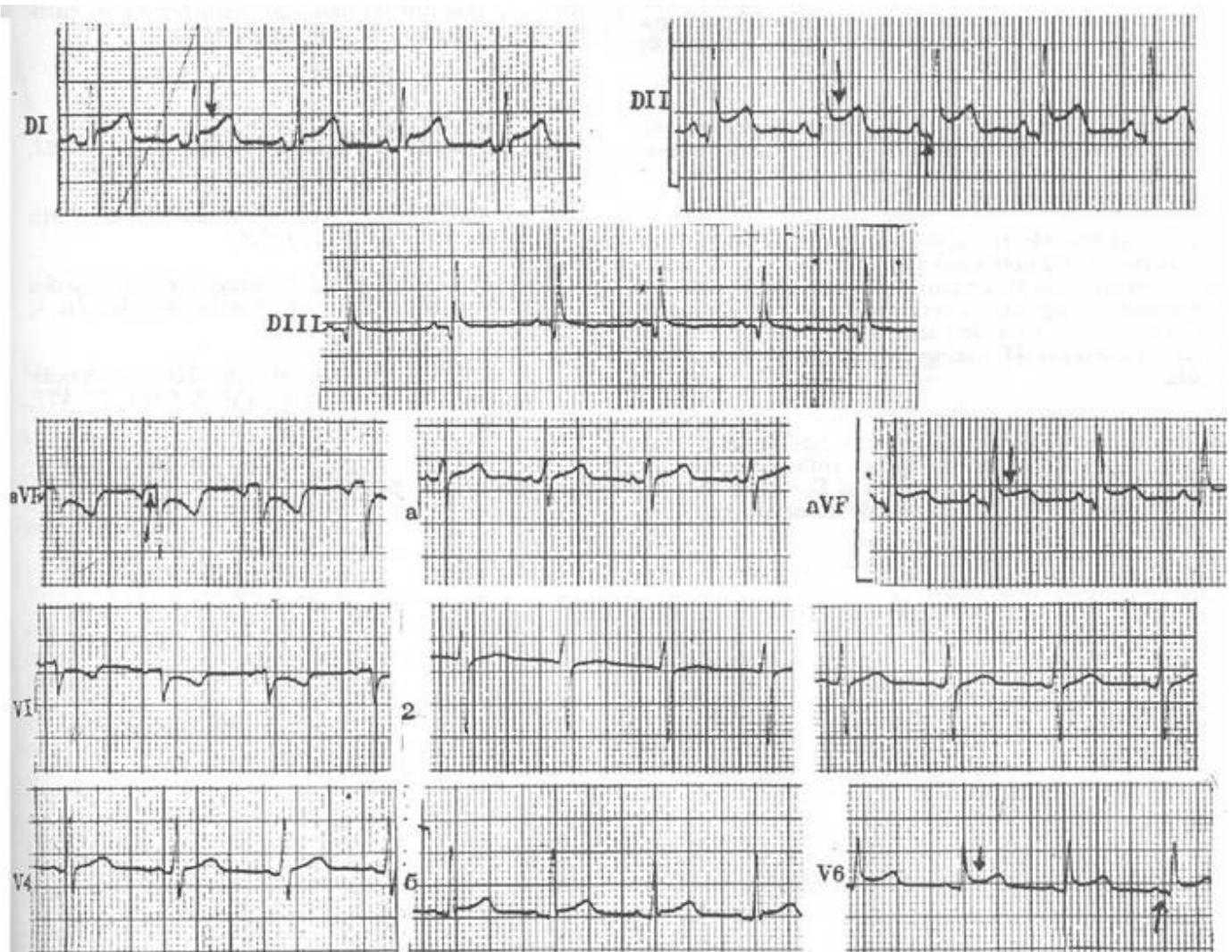
Conocemos que enfermedades de transmisión sexual son una seria enfermedad sanitaria en los tiempos modernos, conocemos la alta incidencia de morbilidad puerperal, Ruptura prematura de membranas y de carioamnonitis en' la madre, la prematuridad de casi 80o/o en niños de madres infectadas y sin tomar en cuenta, los efectos de la conjuntivitis gonocócica en el recién nacido, es que creo debe ejecutarse el control de todas las mujeres que asisten a las consultas de control prenatal en las clínicas estatales como privadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Beachler CW et Al. "Group B Streptococcal Colonization an antibody Status in lower socioeconomic parturiente womans". American J. Obstet. Gynecol 133(2) 171-3, Jan 15, 79.
- 2.- Edwards LE, ET al. "Gonorrhea in Pregnancy". Am. J. Obstet Gynecol 132(6):637-41, 15 nov. 78.
3. Gibbs RS, et al. "Streptococcal infections in pregnancy. A Study of 48 bacteremias" Am. J. Obstet Gynecol. 140 (4): 405-11, Jun. 15. 1981.
4. Nasah BJ et al. "Gonorrhea, trichomonas and candida among gravid and nongravid women in cameroon". Inst J. Gynaecol Obstet. 18 (1) 48-52, Jul-Aug. 1980.
- 5.- Me Comack W M "Genital infections of perinatal importance" Clin. Obstet. Gynecol. 22 (2) 313-9, Jun. 79.
- 6.- Schneider GT. "Sexually transmissible vaginal infections in pregnancy 2 Less common infections" Postgraduate Medicine 65 (4): 184-8-apr,79

I ELECTROCARDIOGRAFÍA PRACTICA

Dr. Marco A. Bográn I. (*)



Observe el Electrocardiograma ilustrado.- El ritmo es sinusal, la frecuencia cardíaca de ,94, el PR mide 0.13 de seg., el QRS 0.09 de seg., el eje eléctrico es normal.

(*) Jefe del servicio de Cardiología, Dpto. M. Interna
Hospital Escuela

"Hay elevación del segmento ST con concavidad superior en varias derivaciones, mas aparente en derivaciones DI, D2, AVF y V6, (flechas para abajo); se puede observar depresión ST en AVR y aplanamiento difuso de ondas en precordiales V2, V3, V4 y V5.- Existe pequeña depresión del segmento PT a

(intervalo PR), en AVR con depresión recíproca en D2 y V6.- (Flechas para arriba).

El trazado corresponde a paciente del sexo masculino de 32 años, que ingresó con dolor pleurítico y fiebre de 3 días de evolución, sin antecedentes patológicos de importancia.- El primer electrocardiograma no fue concluyente pero el segundo tomado dos días después, es el que vemos.

Otro trazo tomado a los 5 días de su ingreso mostró notable disminución de los cambios ST, sin aparición de ondas Q patológicas ni signos clínicos de Derrame Pericárdico.

COMENTARIO: El Electrocardiograma en Pericarditis Aguda puede ser normal en un pequeño número de pacientes, o mostrar cambios ST importantes y diagnósticos de esta entidad clínica.

Los cambios electrocardiográficos se deben a daño superficial del epicardio y es por eso que se manifiestan más en el segmento ST que en el resto del electrocardiograma- Puede ser bajo voltaje cuando la Pericarditis se acompaña de Derrame, en este caso los cambios ST tienden a hacerse menos aparentes.

El diagnóstico diferencial electrocardiográfico mas importante debe hacerse con el Infarto Agudo del Miocardio que también afecta el Epicardio dándonos cambios ST similares.- Es de notar que en la Pe-

ricarditis no aparecen ondas Q de Necrosis lo que ayuda mucho al diagnóstico.

La etiología de la Pericarditis es muy variada y puede ser debida a Infecciones Virales, Bacterianas, por Protozoos, Enfermedad del Tejido Conectivo, Traumática, por Neoplasmas, Enfermedades Metabólicas, (Uremia) o por daño de Tejidos circunvecinos (Aneurisma de la Aorta).

El Ecocardiograma es un método diagnóstico no invasivo que nos da hallazgos característicos cuando existe derrame de más de 50 ml.

REFERENCIAS

1. FOWLER ND, MANITSAS GT: Infectious Pericarditis, Prog. Cardiovasc. Dis., 16:323, 1973-
2. FRANCO AE Ct AL: Rheumatoid Pericarditis anint. med. 77:837, 1972.
3. HANCODC EW: Management of pericardial disease. Mod. Concepts Cardiovasc. Dis. 48: 1, Jan, 1979.
4. SURAWICZ B. LASSITER KD: Electrocardiogram in Pericarditis AM. J. Card. 26:471, 1970.
5. J. WILLIS HEART. The Heart, 4th Ed., McGROW MILL, New York, Pag. 1645, 1980.