

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL AUMENTO DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN
CONSULTANTE POR DICHA PATOLOGÍA EN LA UNIDAD DE SALUD DE
CARA SUCIA, DEPARTAMENTO DE AHUACHAPÁN,
DE JUNIO DE 2001 A JUNIO DE 2002”**

PRESENTADO POR:

**ESMERALDA JEANETH ARANIVA SOSA.
ROXANA BEATRÍZ BARRIENTOS VEGA.
ERICKSON GIOVANNI CISNEROS RAMÍREZ.**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORADO EN MEDICINA.

**ASESOR METODOLÓGICO:
DR. JULIO MENDOZA DURÁN**

SANTA ANA, 10 DE ABRIL DE 2003.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES.

RECTORA:

Dra. María Isabel Rodríguez.

VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA:

Licda. María Hortensia Dueñas de García.

VICE-RECTOR ACADÉMICO:

Ing. Francisco Marroquín.

SECRETARIO GENERAL:

Licdo. Pedro Rosalío Escobar.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES.

DECANO:

Licdo. Remberto Elías Mangandí Portillo.

SECRETARIA GENERAL:

Licda. Ana Emilia Padilla de Padilla.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA:

Dr. Julio Mendoza Durán.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS TODOPODEROSO Y A LA SANTÍSIMA VIRGEN MARÍA:

Por haber estado junto a nosotros en los momentos más difíciles llenando nuestro corazón de fe y nuestra mente de sabiduría para enfrentar y superar cada obstáculo en nuestro camino.

A NUESTROS PADRES:

Por sus incontables sacrificios y por esmerarse en hacer de nosotros hombres y mujeres de bien.

A NUESTROS HERMANOS:

Por el cariño y la comprensión que siempre nos brindaron.

A NUESTROS CATEDRÁTICOS:

Por su entrega en la formación de profesionales al servicio de la patria.

A NUESTRO ASESOR DR. JULIO MENDOZA DURÁN:

De manera muy especial por todo el tiempo y dedicación con que nos orientó a lo largo de la elaboración de nuestro trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	2
Resumen.....	3
Objetivos.....	4
Antecedentes y justificación	5
Planteamiento del problema	6
Metodología	7
Marco teórico	8
Análisis e interpretación de resultados.....	30
Conclusiones	33
Recomendaciones	35
Bibliografía	36
Anexos	37

INTRODUCCIÓN.

Dado que en nuestro país es alarmante el índice de infecciones de transmisión sexual y representan a su vez un importante problema en términos de salud, economía y consecuencias sociales, es importante analizar que factores contribuyen al apareamiento de dicha patología.

En muchas áreas las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las cinco primeras causas de demanda de atención médica. Estas infecciones son importantes por su magnitud en la población, su potencial de causar complicaciones graves y porque facilitan la transmisión del VIH, lo que ha motivado nuestro estudio, así como la urgente necesidad de prevenir y controlar las infecciones de transmisión sexual.

En los últimos años, principalmente después del agravamiento de las epidemias del SIDA, las infecciones de transmisión sexual han adquirido especial relevancia como importante problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que cada año se presentan más de 333 millones de casos de infección de transmisión sexual curables, de los cuales más de 36 millones corresponden a Latinoamérica y al Caribe.

Así como en el país la tasa anual de prevalencia de las infecciones de transmisión sexual es de 35 x 100,000 habitantes, esto constituye un aumento considerable si se toma en cuenta que las infecciones de transmisión sexual son un factor facilitador de la transmisión sexual del VIH. Los costos asociados con las infecciones de transmisión sexual plantean una carga evitable para el individuo, la comunidad y el gobierno.

Los pacientes con infecciones de transmisión sexual siguen siendo discriminados en los distintos niveles del sistema de salud, siendo la atención muchas veces inadecuada, puesto que son pocas las Unidades de Salud con capacidad para ofrecer los resultados de las pruebas de laboratorio en el momento de la consulta.

Así, la baja capacidad resolutoria de los servicios de salud y mala atención, facilita que los pacientes se conviertan en los principales continuadores de la cadena de transmisión de las infecciones de transmisión sexual.

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el propósito de descubrir aquellos factores que intervienen en el aumento de las infecciones de transmisión sexual en la población de Cara Sucia, dado que se ha observado una alta prevalencia de dichas patologías en la mencionada población.

Para la obtención de los datos de nuestra investigación se elaboraron encuestas que fueron pasadas a la población que consultó en la Unidad de Salud de Cara Sucia por dicha patología, además se revisaron expedientes clínicos y datos estadísticos de meses anteriores, tomando en cuenta variables como la edad, sexo, escolaridad, prácticas sexuales de riesgo.

Con la información obtenida pudimos encontrar que la mayoría de la población consultante por dichas patologías son mujeres, no significando eso que sean las únicas que presenten infecciones de transmisión sexual, además que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo, así como el bajo nivel de educación, lo que lleva a que la población no tenga un adecuado conocimiento de éstas patologías y cómo prevenirlas, lo cual hace que la promiscuidad juegue un papel importante en el creciente apareamiento de las infecciones de transmisión sexual.

OBJETIVO GENERAL.

Analizar los factores que contribuyen al aumento de infecciones de transmisión sexual en la población consultante en la Unidad de Salud de Cara Sucia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir qué factores contribuyen al apareamiento de infecciones de transmisión sexual en los distintos grupos etáreos.
- Conocer el grado de información, con respecto a las infecciones de transmisión sexual, de las personas que consultan por dicha patología.
- Mencionar qué grupos por edad y sexo son más frecuentemente afectados por infecciones de transmisión sexual.
- Conocer el grado de educación de la población consultante en la Unidad de Salud de Cara Sucia y establecer si éste influye en el comportamiento de dicha patología.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

Como sabemos, las enfermedades de transmisión sexual son un problema, en la actualidad, de mucha trascendencia vinculado a factores económicos, sociales, culturales y de salud.

A pesar de las medidas implementadas por distintas instituciones involucradas con el sector salud, cada día se extienden afectando muchas regiones de nuestro país, por lo que se analizarán factores que impiden que las estrategias utilizadas tengan el impacto deseado en la disminución de éstas patologías.

Este estudio pretende colaborar al SIBASI Ahuachapán para que puedan implementar medidas y estrategias que velen por la salud sexual de la población a su cargo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las primeras causas de consulta en muchos establecimientos de salud de nuestro país, por lo que es importante establecer la relación existente entre los diversos factores que contribuyen al aumento de dicha patología.

Es importante tener en cuenta el subdesarrollo en que se encuentra nuestro país, impactando a la población de recursos precarios que son muy vulnerables y representan la gran mayoría de población consultante en los establecimientos públicos de salud.

El nivel de educación de la mayoría de nuestra gente se encuentra muy bajo, esto no le permite tener un mejor conocimiento y, mucho menos, una idea de los riesgos a largo plazo a los que se exponen, así como de los recursos que se pueden utilizar para disminuir la morbimortalidad que conlleva el padecimiento de éstas patologías.

En resumen, el problema del padecimiento de estas patologías engloba diferentes factores:

- Bajos recursos socioeconómicos.
- Falta de estrategias del sistema de salud.
- Edad.
- Bajo nivel educacional.
- Sexo.

METODOLOGÍA.

El presente estudio es un estudio retrospectivo descriptivo en el cual se utilizó como material de investigación los expedientes clínicos de pacientes que constituyeron parte del estudio.

Toda la información a parte de indagar en expedientes clínicos y datos estadísticos de meses anteriores, también se apoyó en encuestas, con las cuales se buscó revelar y correlacionar factores de riesgo planteados en dicha encuesta, con lo que un paciente en particular enfrenta, y pudiera haberle llevado al padecimiento de infecciones de transmisión sexual.

En base a las encuestas, recopilación de información de meses anteriores, estudios de expedientes clínicos de los pacientes, se ordenaron en grupos etéreos basándonos en factores de riesgo estudiados y predominantes cuales fueron los que mas influyeron en la población en estudio, para obtener al final gráficas, datos estadísticos, conclusiones, etc. que explicarán en forma más precisa el resultado de la investigación.

Recordemos que en nuestro estudio el universo lo constituyó la población consultante en la Unidad de Salud de Cara Sucia, específicamente aquellos que sufren el efecto.

En nuestro estudio se incluyeron 143 casos y para seleccionar la muestra tomamos en cuenta la población con vida sexualmente activa que sufría el efecto.

Estos datos fueron recopilados por el Médico Consultante en dicha Unidad de Salud.

MARCO TEÓRICO.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Las enfermedades de transmisión sexual son un grupo diverso de infecciones, por agentes microbianos biológicos diferentes, que se agrupan por ciertas características clínicas y epidemiológicas comunes. En los últimos años ha habido un cúmulo notable de información sobre infecciones venéreas. El advenimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fomentó el reconocimiento público de la importancia de enfermedades de transmisión sexual y los peligros de las costumbres sexuales no seguras. Se han acumulado con rapidez nuevos conocimientos sobre enfermedades antiguas; por ejemplo se ha aclarado que el carcinoma cervical es una complicación de ciertas infecciones por virus del papiloma. Se sabe que algunas infecciones menos graves, como las causadas por clamidia, tienen una prevalencia alarmante en personas jóvenes.

Definiciones. Los agentes infecciosos que suelen transmitirse por contacto sexual*, y para los cuales esta vía es epidemiológicamente importante, se consideran enfermedades de transmisión sexual. En algunos casos, como la gonorrea y la infección genital por virus del herpes simple, es la única forma importante de transmisión, cuando menos entre adultos. En otras, como virus de hepatitis, giardiasis, shigelosis y amibiasis, también son importantes algunos medios no sexuales para adquirir la infección.

Consideraciones epidemiológicas. Las infecciones de transmisión sexual prevalecen en muchos segmentos de la sociedad pero, por razones obvias, son más comunes en los grupos con la actividad sexual más promiscua. No es la actividad sexual en sí, sino el número y tipo de diferentes compañeros sexuales lo que determina el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. La frecuencia de infección gonorreica puede ser 50 veces mayor en personas jóvenes, solteras, de las ciudades, que en las casadas de la clase media a media alta.

*Incluye la amplia gama de conducta heterosexual y homosexual, inclusive el contacto genital, bucogenital, bucoanal y genitoanal.

El control de las infecciones de transmisión sexual se complica por la ausencia frecuente de síntomas importantes. Casi en todas las infecciones gonocócicas y clamidiales en mujeres, tal vez haya pocos síntomas. Diez a 50% de las infecciones gonorreicas uretrales en varones son oligosintomáticas o no presentan síntomas. Las infecciones uretrales por clamidia en varones son más comunes que las gonorreicas y con frecuencia no causan síntomas. La importancia de varones asintomáticos destaca por la observación repetida de mujeres con una enfermedad inflamatoria pélvica o gonorreica cuyo compañero varón padece una infección asintomática. En consecuencia, uno de los principales problemas en el tratamiento es el diagnóstico y terapéutica adecuadas de los compañeros infectados sin síntomas.

En nuestro medio es importante recordar que el abordaje de estos pacientes se hace a través de un enfoque sindrómico, el objetivo de esto es proveer a los pacientes, en una única consulta, de diagnóstico, tratamiento y consejería adecuada.

Esto quiere decir que la conducta de actuación a seguir no puede esperar los resultados de las pruebas de laboratorio, esto no quiere decir que aquellas no se realicen.

PRINCIPALES SÍNDROMES

Un **síndrome** es el conjunto de síntomas y signos asociados a un número de agentes etiológicos bien definidos. El siguiente cuadro resume los síntomas y signos de los principales síndromes y su etiología. Se incluyen sólo los síndromes causados por microorganismos que responden a los tratamientos y que tienen consecuencias graves si no se tratan (infecciones de transmisión sexual curables).

SÍNDROME	SÍNTOMAS	SIGNOS	ETIOLOGÍA DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMÚN.
Flujo vaginal	Secreción vaginal Picazón vaginal Disuria Dispareunia	Secreción vaginal	Vaginitis .Tricomoniasis .Vagin. bacteriana .Candidiasis Cervicitis .Gonorrea .Clamidia
Secreción uretral	Secreción uretral Disuria Necesidad de orinar frecuentemente.	Secreción uretral (si es necesario pídale al paciente que se exprima la uretra)	Gonorrea Clamidia
Úlcera genital	Úlcera genital, ardor, dolor, supuración.	Herida o llaga genital.	Bubón inguinal Sífilis Chancro blando Herpes genital, LGV
Dolor abdominal inferior	Dolor abdominal inferior y durante las relaciones sexuales.	Secreción vaginal Dolor abdominal inferior a la palpación Temperatura más de 38°	Gonorrea Clamidia Anaerobios Mixtos
Inflamación de escroto	Dolor de escroto	Hinchazón del escroto	Gonorrea Clamidia
Verrugas genitales	Prurito, condilomas	Verrugas genitales, pápulas	FVPA Molusco contagioso

Infecciones del aparato genital bajo en mujeres. Las infecciones de las vías genitourinarias femeninas producen diversos síndromes, a menudo con síntomas superpuestos (disuria, exudado vaginal, irritación vulvar). Estas infecciones son muy comunes, la mayoría de los médicos las comprende poco, en ocasiones son difíciles de tratar y a menudo frustrantes para el médico y para la paciente. Sin embargo, suele ser posible diferenciar los diversos síndromes por los datos clínicos y de laboratorio relativamente sencillos y con frecuencia establecer una etiología microbiana precisa.

Es muy útil determinar primero el sitio anatómico primario de la infección: uretra o vejiga, endocérnix o vagina. En ocasiones se logra con la historia; las mujeres con infección de vías urinarias (IVU) suelen tener disuria "interna" en tanto que en mujeres con disuria por vaginitis suele ser "externa" por el paso de orina sobre los labios inflamados. La cervicitis se diagnostica por examen físico; hay secreciones muco-purulentas en el conducto endocervical, y con frecuencia la mucosa cervical tiene aspecto enrojecido "en guijarros", e hipertrófico, mucoide. Las enfermas con cervicitis también pueden tener uretritis o vaginitis.

Esta última se acompaña de un aumento del exudado vaginal de varios tipos, y a menudo hay signos y síntomas concurrentes de irritación vaginal, vulvar y perineal (§). En enfermas con infecciones genitourinarias bajas, es importante determinar si están afectadas las vías genitourinarias altas (pielonefritis, salpingitis).

Vaginitis. En un gran estudio en una clínica de cuidados primarios de mujeres que presentaron molestias genitourinarias bajas, la vaginitis fue cinco veces más frecuente que las infecciones de vías urinarias. En este estudio y otros similares predominaron tres tipos de vaginitis: infección por levaduras (*Candida albicans*), tricomonas (*T. vaginalis*) y vaginosis bacteriana (VB) por microorganismos diferentes a *Candida* y *T. vaginalis*. La frecuencia de estos tipos de vaginitis varía en las distintas poblaciones de pacientes, pero en general son más comunes las vaginitis por *Candida* y VB que por *T. vaginalis*.

Los síntomas de vaginitis incluyen aumento del volumen de exudado vaginal, que a menudo es anormalmente amarillento o verde y puede tener mal olor. Es posible que el prurito vulvar sea muy molesto, en especial en infecciones por *Candida*. Puede haber hipersensibilidad y dolor, dispareunia o disuria.

El signo más común de vaginitis es un aumento del exudado vaginal. En infecciones por *T. vaginalis* suele haber un exudado profuso y espumoso; en las causadas por *Candida* es común un exudado blanco, como cuajo, y muchas pacientes con VB suelen tener un exudado adherente, con frecuencia gris y a menudo de mal olor. El examen microscópico muestra muchos leucocitos polimorfonucleares en el exudado, excepto en VB. El examen con espejo también puede mostrar signos de endocervicitis, con exudado purulento a través

(§) Dispareunia, disuria externa, prurito, dolor.

del orificio cervical. En algunas pacientes no se encuentran signos de inflamación vaginal a pesar de la presencia de síntomas molestos. (Ver cuadro)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VAGINITIS			
Características del exudado vaginal	Microorganismos que causan vaginitis		
	C. albicans	T. vaginalis	VB
Ph	4.5	>5.0	>5.0
Coágulo blanco	Por lo general	No	No
Olor con KOH	No	Si	Si
Células indicadoras	No	No	Por lo general
Tricomonas movibles	No	Por lo general	No
Células de la levadura	Si	No	No

Vaginitis por Candida. Casi todas las infecciones vaginales por levaduras se deben a *C. albicans*. El diagnóstico suele establecerse al observar las levaduras o pseudohifas en el examen microscópico de secreciones vaginales suspendidas en solución salina normal o KOH al 10%. El examen microscópico es menos sensible que el cultivo; sin embargo, en muchas mujeres asintomáticas los cultivos vaginales para *C. albicans* son positivos (‡). El exudado en la vaginitis por *Candida* no es de mal olor y su pH es menor de 4.5 cuando se aplica una gota a papel tornasol con límites de 4.0 a 5.5.

La vaginitis por *Candida* se trata con uno de los compuestos del imidazol (p. ej., clotrimazol, miconazol, butaconazol, o terconazol) intravaginal diario por las noches durante tres a siete días. No hay pruebas que indiquen que los intentos por eliminar la levadura del aparato digestivo tengan algún efecto importante en los índices de curación o recaídas de vaginitis por *Candida*.

Tampoco hay pruebas que justifiquen el tratamiento de los compañeros sexuales. Es necesario intentar corregir trastornos anteriores que aumentan la susceptibilidad a candidiasis vaginal: antibioticoterapia, diabetes o tratamiento con anovulatorios bucales. En algunos pacientes las recaídas son un problema importante.

(‡) En consecuencia algunos autores aconsejan utilizar la microscopía de preferencia al cultivo.

Vaginitis por *T. vaginalis*. El diagnóstico suele establecerse al observar las tricomonas movibles en una suspensión salina normal de secreciones vaginales. Los microorganismos se observan con facilidad a gran aumento-seco (100 X) y por lo general también deben observarse a bajo aumento. Es necesario examinar con rapidez la suspensión salina. El cultivo es más sensible, pero casi 80 a 90% de los casos con cultivos positivos se descubren con el microscopio. La adición de una gota de KOH al 10% a las secreciones vaginales suele producir olor a pescado, que se atribuye a la liberación de aminas volátiles. El pH de las secreciones vaginales suele ser mayor de 5.0. En estos dos últimos aspectos, la vaginitis por *T. vaginalis* es similar a VB.

La tricomoniasis se trata con uno de los nitroimidazoles, sea metronidazol o compuestos más recientes, como tinidazol. El metronidazol no debe utilizarse en el primer trimestre del embarazo. Como más de 33 % de los compañeros sexuales de mujeres con tricomoniasis son portadores asintomáticos uretrales de *T. vaginalis*, también deben tratarse.

Aunque *T. vaginalis* suele transmitirse sexualmente, es probable que también se transmita por otros medios. Esta conclusión se basa en los estudios de frecuencia que indican un máximo en mujeres jóvenes sexualmente activas, y un segundo pico en mujeres mayores sin otras pruebas de infecciones de transmisión sexual.

Vaginosis bacteriana (VB). Es probable que este síndrome se deba a infección por un microorganismo que se denominó con anterioridad *Corynebacterium vaginale* o *Haemophilus vaginalis*, pero que ahora se conoce como *Gardnerella vaginalis*, aunado a bacterias anaerobias, como los bacilos en forma de curva o coma, que se conoce en la actualidad como especies *Mobiluncus*. *G. vaginalis* es un pequeño cocobacilo variable a la tinción de Gram que puede cultivarse con bastante éxito en medios enriquecidos en parte selectivos. En mujeres con exudado vaginal anormal sin infección por levaduras o tricomoniasis, en más del 90% crece *G vaginalis*, en tanto que en menos del 10% de testigos comparables se cultiva el mismo microorganismo. También suele haber mayor número de bacterias vaginales anaerobias y disminución de los lactobacilos vaginales normales. La sintomatología completa quizá requiera *G. vaginalis* y anaerobios vaginales, aunque aún se investiga la fisiopatología precisa de este síndrome.

La vaginosis bacteriana se diagnostica al excluir tricomoniasis, candidiasis y cervicitis purulenta. Con frecuencia se observan células anormales que se denominan "células indicadoras" en un montaje húmedo de secreciones vaginales en solución salina normal; son células epiteliales vaginales punteadas, de aspecto granular, que contienen un gran número de *G. vaginalis* adherente. Hay algunos leucocitos polimorfonucleares. La adición de una gota de KOH al 10% suele producir olor a pescado desagradable. El pH de las secreciones vaginales casi siempre es mayor de 5.0.

Se investiga el tratamiento óptimo. El Metronidazol sólo tiene actividad limítrofe in vitro contra *G. vaginalis*, pero a dosis de 500 mg por vía bucal dos veces al día por siete días, fue eficaz para erradicar *G. vaginalis* y los síntomas de vaginitis en 80 de 81 pacientes en un estudio clínico; se han obtenido resultados similares en otras investigaciones. Ello sugiere que la causa principal de este síndrome es un anaerobio, ya que el metronidazol es eficaz sobre todo contra estos gérmenes. También es útil la Clindamicina (300 mg por vía bucal dos veces al día por siete días). Más de 90% de los compañeros varones son portadores uretrales de *G. vaginalis* y en consecuencia es probable que deban tratarse con el mismo régimen que la paciente, aunque no existen datos que lo apoyen.

Vaginitis mixta. En 2 a 16% de pacientes puede haber vaginitis por infección polimicrobiana con dos o tres microorganismos. Estas infecciones mixtas pueden explicar algunos casos de fracasos terapéuticos. Hay que tener particular cuidado para identificar todos los microorganismos causales en pacientes con vaginitis recurrente o recaídas.

A continuación se resume el tratamiento recomendado para las afecciones antes mencionadas:

CANDIDIASIS	
	Elección:
No embarazada	<i>Agentes intravaginales tópicos.</i> CLOTRIMAZOL 1% crema 5 gr. intravaginal / 7-14 días O

	<p>CLOTRIMAZOL 100 mg aplicación vaginal, c/noche por 7 noches ; O</p> <p>MICONAZOL óvulo 200 mg aplicación intravaginal diaria por 3 noches; O</p> <p>MICONAZOL 2% crema 5 gr. intravaginal diariamente durante 7 noches; O</p> <p>NISTATINA 100.000 unidades intravaginal, una vez al día por 14 días ; O</p> <p><i>Agentes vía oral</i></p> <p>FLUCONAZOL 150 mg VO, dosis única;</p> <p>Alternativas:</p> <p>ITRACONAZOL cápsulas de 100 mg 2 caps/día/3 días; O</p> <p>KETOCONAZOL 400 mg VO; 1/12 h/5 días.</p>
Embarazadas	Tratamientos vaginales tópicos descritos durante 7 días.
Pareja sexual	No se recomienda tratamiento de rutina en la pareja, sólo si son asintomáticos. Administrar terapia tópica similar a su pareja.
TRICOMONIASIS	
No embarazada	<p>Elección:</p> <p>METRONIDAZOL 2 gr. VO, dosis única</p> <p>Alternativa:</p> <p>METRONIDAZOL 500 mg VO, 1 dos veces al día por 7 días</p> <p>Infecciones de repetición:</p> <p>METRONIDAZOL 2 gr /día /3-5 días</p>
Embarazada	METRONIDAZOL 2 gr VO, dosis única (sólo después de completado el primer trimestre de embarazo)
Pareja sexual	METRONIDAZOL 2 gr VO, dosis única, al mismo tiempo que a la paciente.

VAGINOSIS BACTERIANA	
No embarazada	<p>Elección: METRONIDAZOL 500 mg VO 1/12 h/7 días; O</p> <p>CLINDAMICINA al 2% en crema vaginal, aplicar cada noche por 7 noches; O</p> <p>METRONIDAZOL gel al 0.75%, aplicación vaginal 2 veces al día por cinco noches; O</p> <p>TINIDAZOL 2 gr VO dosis única; O</p> <p>SECNIDAZOL 2 gr VO, dosis única</p> <p>Alternativa: METRONIDAZOL 2 gr VO dosis única; O</p> <p>CLINDAMICINA 300 mg VO 1/ 12 h/ 7 días</p>
Embarazada	<p>Recomendado: METRONIDAZOL VO 250 mg 1/ 8h /7 días (sólo después de completado el primer trimestre de embarazo)</p> <p>Alternativas: METRONIDAZOL 2 gr VO, dosis única (sólo después de completado el primer trimestre de embarazo) ; O</p> <p>CLINDAMICINA 300 mg VO 1 / 12h / 7 días</p>
Pareja sexual	No se recomienda tratamiento de rutina en la pareja.
TRICOMONIASIS Y VAGINOSIS BACTERIANA	
No embarazadas	<p>METRONIDAZOL 500 mg VO 1 / 12h / 7 días; O</p> <p>METRONIDAZOL 2 gr VO, dosis única; O</p> <p>TINIDAZOL 2 gr VO, dosis única; O</p> <p>SECNIDAZOL 2 gr VO, dosis única</p>
Embarazadas	METRONIDAZOL VO 250 mg 1 / 8h / 7días (sólo después de completado el primer trimestre de embarazo)
Pareja sexual(es)	METRONIDAZOL 2 gr VO, dosis única, al mismo tiempo que a la paciente.

Cervicitis. Se han identificado dos microorganismos como causas probables de endocervicitis mucopurulenta: *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. En compañeras sexuales de varones con uretritis no gonorreica (UNG) positiva a clamidias es mucho mayor la frecuencia de cultivos de clamidias del cuello que en quienes tienen compañeros con UNG negativa a clamidia, y asimismo tienen una frecuencia mucho mayor de cervicitis mucopurulenta. El virus del herpes simple también puede causar cervicitis, en especial en infecciones primarias. Sin embargo, el aspecto clínico de la cervicitis herpética es diferente, con vesículas y úlceras cervicales en lugar de cervicitis mucopurulenta.

No debe confundirse la cervicitis verdadera con la ectopia cervical, que es sólo la presencia de epitelio cilíndrico endocervical en el exocérnix visible, expuesto. Ello origina un cuello de aspecto rojizo y puede aumentar la producción de un exudado vaginal mucoso pero no requiere tratamiento.

Para el diagnóstico de endocervicitis mucopurulenta es necesario observar el exudado purulento en el orificio cervical. Con frecuencia, el cuello tiene aspecto "en guijarro" áspero. La tinción de Gram es casi 60 % sensible y más de 90 % específica para gonorrea si se observan los gonococos intracelulares típicos, pero hay que hacer cultivos para *N. gonorrhoeae*. Si se dispone de ellos también puede utilizarse cultivo de tejido para *C. trachomatis*. La citología no es lo bastante sensible para justificar su uso amplio. Nuevas inmunovaloraciones para *C. trachomatis* permiten un diagnóstico rápido, sensible, específico, en las secreciones y sin duda deben utilizarse en forma más amplia para comprobar la etiología e iniciar el tratamiento inmediato de cervicitis por clamidia.

Al parecer, el tratamiento con antibióticos mejora clínicamente la cervicitis mucopurulenta. Es probable que las pacientes con cultivos negativos para gonococo deban tratarse con Doxiciclina (100 mg dos veces al día por siete días) o Eritromicina, 500 mg cuatro veces al día por un mínimo de siete días; quizá deban tratarse de igual manera los compañeros sexuales.

Es necesario reconocer que estas recomendaciones sólo se apoyan en pocos datos. No se ha demostrado que alguna otra forma de cervicitis responda al tratamiento antimicrobiano.

Síndrome uretral. En mujeres con disuria, polaquiuria y piuria suele diagnosticarse cistitis bacteriana, con pielonefritis o sin ella, si las cuentas de colonias son cuando menos de 10^5 bacterias/ml de orina. Si se encuentran síntomas similares pero en los cultivos usuales crecen menos de 10^4 bacterias/ml de orina, es probable el "síndrome uretral".

En un estudio de mujeres jóvenes sexualmente activas que se presentaron a clínicas de pacientes externos con disuria y polaquiuria, y que no presentaban vaginitis ni infección activa por herpes simple, en 43% se encontró síndrome uretral (uretritis). En mujeres con uretritis, en 25 % los cultivos uretrales fueron positivos para *Chlamydia trachomatis*. En mujeres sin uretritis rara vez se cultivaron clamidias de la uretra. En otros estudios también se demostró que el síndrome era causado por gonococos. En consecuencia, mujeres y varones pueden presentar uretritis por gonococos y clamidias.

Uretritis en varones. Esta afección es un síndrome muy común. Suele clasificarse como uretritis gonorreica o no gonorreica (UNG), según que se demuestre o no la presencia de gonococos en frotis teñidos con Gram o cultivos.

En un gran número de estudios se ha establecido que *Chlamydia trachomatis* causa 40% de los casos de UNG. Para establecer el diagnóstico de uretritis es necesario demostrar un exudado uretral inflamatorio. Quizá no sea obvio si el paciente ha orinado recientemente y es preferible examinarlo varias horas después de su última micción. Tal vez el exudado sólo se presente por la mañana, antes de orinar. Con frecuencia, para demostrarlo es necesario "exprimir" la uretra y quizá insertar un pequeño escobillón de alginato de calcio o similares en la uretra, y examinar un frotis teñido con Gram, directo del exudado en el escobillón en busca de leucocitos. La presencia de un promedio cuando menos de cinco leucocitos polimorfonucleares por campo a gran aumento (100 X) sugiere el diagnóstico de uretritis.

Es necesario interrogar al paciente sobre antecedentes de uretritis y síntomas que sugieran una afección sistémica, como síndrome de Reiter o infección gonocócica diseminada. Es necesario buscar signos de conjuntivitis, artritis, dermatitis y epididimitis. Rara vez se presenta prostatitis a menos que haya síntomas de molestia perineal suprapúbica o rectal y no suele estar indicado de manera sistemática un tacto rectal. Esta

exploración y el urocultivo están indicados en varones con disuria, pero sin signos de exudado uretral anterior.

Los estudios de laboratorio suelen limitarse a frotis de Gram del exudado uretral. La comprobación de diplococos gramnegativos típicos, muchos de ellos dentro de neutrófilos, establece el diagnóstico de uretritis gonococal. Cuando menos 90% de varones con gonorrea uretral sintomática comprobada con cultivo tiene un frotis grampositivo. En algunos enfermos, en especial en quienes los frotis de Gram son equívocos, quizá se requiera cultivo de la uretra anterior o del sedimento de orina recién eliminada en busca de gonococos. Ello es en particular importante en varones asintomáticos contactos de pacientes con infección gonorreica diseminada o salpingitis gonococal, ya que el frotis de Gram uretral sólo es positivo un 60% de varones con gonorrea uretral asintomática.

El diagnóstico de UNG suele establecerse al excluir la gonorrea. Se dispone de anticuerpos monoclonales para el diagnóstico de clamidias en las secreciones; los resultados indican una sensibilidad mayor de 90% en comparación con cultivos, que tienen casi un 100% de especificidad. En esta prueba es necesario utilizar microscopía de fluorescencia, y el costo impide su uso amplio. Se dispone de otras inmunovaloraciones de igual eficacia. En fecha reciente se introdujo una prueba de hibridización de DNA. Ahora se dispone de manera más amplia de cultivos para *Chlamydia* que antes, y es la mejor prueba (pero cara). No existe una prueba serológica útil en clínica. No se dispone con facilidad de pruebas para *Ureaplasma* y rara vez están indicadas. El examen de una suspensión salina de exudado uretral puede revelar en ocasiones tricomonas movibles en pacientes con uretritis recurrente que no responden al tratamiento apropiado. Es necesario hacer una prueba serológica para sífilis, pero los datos diagnósticos de este estudio son bajos.

Los compañeros sexuales de varones con gonorrea o uretritis no gonocócica deben tratarse para evitar la reinfección del paciente y prevenir el desarrollo de complicaciones en los compañeros.

El síndrome de *uretritis posgonococal* (persistencia o recrudesencia de uretritis después del tratamiento que elimina la infección gonorreica) suele deberse a una infección uretral concurrente por clamidias que no se eliminó con la terapéutica original. Este síndrome es más común después del tratamiento con un antibiótico Betalactamasa que con

un régimen de Tetraciclina, sin duda por la mayor eficacia de esta última para el tratamiento de infecciones clamidiales. En consecuencia, es muy útil la Tetraciclina por vía bucal después del tratamiento con Ceftriaxona de una gonorrea genital.

TRATAMIENTO PARA GONORREA Y CLAMIDIA O SOLO CLAMIDIA:

URETRITIS GONOCOCICA	+	URETRITIS POR CLAMIDIAS
TRATAMIENTO RECOMENDADO		
CEFTRIAXONA 250 mg, dosis única IM, puede usarse en embarazadas y niños. <p style="text-align: center;">O</p> CIPROFLOXACINA 500 mg VO, dosis única, (contraindicado en menores de 18 años y embarazadas), O CEFIXIME 400 mg, VO dosis única, O ESPECTINOMICINA 2 G.M IM dosis única (se puede usar en el embarazo)	+	AZITROMICINA 1 gr VO dosis única <p style="text-align: center;">O</p> DOXICICLINA 100 mg 1/ 12h / 7 días (No usar en embarazadas) <p style="text-align: center;">O</p> CLORHIDRATO DE TETRACICLINA 500 mg 4 veces al día VO por 7 días. (Contraindicado en el embarazo)
TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS		
KANAMICINA 2 G.M IM dosis única TRIMETROPRIM SULFAMETOXAZOL 80 /400, 4 tab. VO dosis única		ERITROMICINA 500 mg VO 1/ 6h / 7días, es el tratamiento de escoge en embarazadas. OFLOXACINA 300 mg VO 2 veces por día por 7 días. (Contraindicado en el embarazo)

Síndrome de úlcera genital. Las lesiones de la piel de los genitales pueden ser ulcerosas o no ulcerosas. Las lesiones genitales de transmisión sexual no ulcerosas más

comunes se deben a sarna, verrugas genitales, molusco contagioso o especies *Candida*, pero el diagnóstico diferencial incluye una larga lista de trastornos dermatológicos.

La causa más común de lesiones genitales ulcerosas en EUA es el virus del herpes simple, pero el diagnóstico diferencial incluye sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo (LGV), granuloma inguinal (GI), y traumatismos. El chancroide es cada vez más común en ciertas ciudades de EUA; LGV y GI son raros. La diferenciación más importante es entre sífilis, herpes genital y chancroide. En ocasiones, el aspecto es casi diagnóstico: las vesículas superficiales dolorosas, agrupadas, son casi diagnósticas de herpes, en tanto que una úlcera indolora de base limpia, aislada, con bordes indurados sugiere sífilis primaria. En estudios recientes, sólo 60% de los chancros sifilíticos del pene tenían este aspecto clásico. Las úlceras dolorosas sugieren herpes o chancroide. El herpes genital puede presentarse por una úlcera, en particular en pacientes con herpes recurrente, y la sífilis con múltiples úlceras. Las lesiones de sífilis primaria con infección secundaria pueden ser dolorosas.

Como regla, es útil hacer una prueba serológica para sífilis en todos los pacientes con úlceras genitales y si la serología inicial es negativa y el diagnóstico aún incierto, obtener una segunda serología una o dos semanas después. También debe hacerse un examen de campo oscuro para sífilis, y repetirse dos veces en días sucesivos si se sospecha con firmeza sífilis y el examen inicial es negativo.

Las infecciones por virus del herpes simple se diagnostican con corrección mediante cultivo viral o por métodos de inmunofluorescencia, pero a menudo no se dispone de ellos en la práctica. Un frotis de Papanicolau sugiere herpes en casi 67% de los pacientes con cultivo positivo. Las tinciones de Giemsa o Wright de células raspadas de la base de una vesícula pueden mostrar células gigantes multinucleadas (prueba de Tzanck), pero este estudio es en particular insensible en lesiones herpéticas que se han ulcerado. Las pruebas serológicas para virus herpético no son útiles en el tratamiento, pero pueden indicar a las personas con infección latente. Quizá esté indicado referir a los pacientes a centros con posibilidades de cultivos virales cuando existen dificultades para el diagnóstico.

Además de la infección por virus herpético, en pacientes con úlceras genitales dolorosas debe sospecharse chancroide. Esta afección ocurre en epidemias en ciudades de EUA, en particular en quienes asisten a lupanares. Es necesario intentar cultivar el agente

causal, *Haemophilus ducreyi*. Los medios selectivos para cultivos son un adelanto de los métodos disponibles con anterioridad. No hay pruebas serológicas para el diagnóstico.

El tratamiento depende claramente del diagnóstico correcto. Nunca están indicados los antibióticos tópicos. No es posible llegar a un diagnóstico inequívoco de la causa de úlceras genitales en todos los pacientes.

TRATAMIENTO DE HERPES GENITAL

Primer episodio	ACICLOVIR 200 mg VO 5 veces al día por 7 a 10 días O VALACYCLOVIR 1 gm VO 2 veces al día por 7 a 10 días.
Recurrencias (Iniciar preferentemente con la aparición de los primeros prodromos)	ACICLOVIR 200 mg VO 5 veces al día por 5 días O ACICLOVIR 400 mg VO 3 veces al día por 7 a 10 días VALACYCLOVIR 500 mg VO 2 veces al día por 5 días.
Gestantes	Evitar las recidivas. Primer episodio: ACICLOVIR 200 mg, VO 5 veces al día por 7 a 10 días. Durante el primer trimestre del embarazo NO se recomienda el uso de ACICLOVIR y solo deben darse medidas locales, excepto en casos severos. En el segundo trimestre solo se tratan casos de recurrencias severas. ACICLOVIR 200 mg, VO 5 veces al día por 7 a 10 días. En el tercer trimestre se dará tratamiento de acuerdo a los esquemas mencionados anteriormente para el primer episodio y recurrencias.

TRATAMIENTO DE SÍFILIS Y CHANCRO BLANDO

SÍFILIS		+	CHANCRO BLANDO
Adultos	PENICILINA G BENZATINA 2,4 mill U , IM, dosis única. Alergia a penicilina (no embarazo) DOXICICLINA 100 mg VO 2 veces al día por 15 días	+	ZITROMICINA 1 gr VO, dosis única. O CEFTRIAXONA 250 mg IM dosis única. O CIPROFLOXACINA 500 mg VO , dosis única (Contraindicado en menores de 18 años y embarazo) O

	<p>O</p> <p>TETRACICLINA 500 mg VO 1 / 6h / 15 días.</p>		<p>ERITROMICINA 500 mg VO 1/ 6h / 7 días.</p>
Gestantes	<p>PENICILINA G BENZATINA 2,4 mill U IM, dosis única.</p> <p>Alergia a penicilina: Desensibilizar</p> <p>O</p> <p>ERITROMICINA 500 mg VO cada 6h por 15 días.</p>	+	<p>CEFTRIAXONA 250 mg IM dosis única</p> <p>O</p> <p>ERITROMICINA 500 mg VO 1/ 6h/ 7 días</p> <p>O</p> <p>AMOXICILINA 500 mg + 125 mg de Ác. Clavulánico cada día por 7 días.</p>

SÍFILIS LATENTE TARDÍA, DE EVOLUCIÓN DESCONOCIDA Y SÍFILIS TERCIARIA

PENICILINA G BENZATÍNICA 2,4 mill U / semana por 3 semanas O

PENICILINA G PROCAÍNICA 1,2 mill U , IM por día por 20 días consecutivos.

Sífilis latente tardía en pacientes **embarazadas alérgicas** a la Penicilina:

Referir a paciente a Establecimiento de Salud donde pueda aplicarse esquema de desensibilización o **ERITROMICINA** 500 mg VO 4 veces al día por 30 días.

Sífilis latente tardía en pacientes **no embarazadas alérgicas** a la Penicilina:

TETRACICLINA 500 mg VO 4 veces al día por 30 días ; O

DOXICICLINA 100 mg VO, 2 veces al día por 30 días.

Neurosífilis : (Manejo hospitalario por especialista).

PENICILINA G SÓDICA 12 a 24 mill U al día (2 a 3 mill cada 4 h, IV por 14 días)

Régimen alternativo:

PENICILINA G PROCAÍNICA 2,4 mill U al día IM , + 500 mg de **PROBENECID** VO, durante 10 a 14 días.

La Penicilina G Benzatínica no proporciona niveles terapéuticos en el líquido cefalorraquídeo.

Afección del aparato genital alto en mujeres: Salpingitis. Es un problema clínico de gran interés que origina gran morbilidad en las 250 000 a 500 000 mujeres que se estima padecen esta afección cada año en EUA.

Etiología. Es posible que el gonococo cause hasta el 50% de los casos en EUA, en particular en mujeres con el primer episodio de salpingitis relativamente grave. Casi 15 a 20% de pacientes con cervicitis gonorreica quizá presente después salpingitis. Pruebas firmes indican que ahora las infecciones genitales por clamidia son otra causa importante de salpingitis.

La salpingitis por infecciones clamidiales genitales puede ser leve, y es posible que las pacientes no busquen atención médica. No obstante, puede haber complicaciones, en particular cicatrización tubaria y esterilidad.

Pruebas menos convincentes indican que en ocasiones *Mycoplasma hominis* causa un síndrome similar. Muchos casos de salpingitis se deben a una infección combinada con estreptococos microaerófilos y bacilos entéricos, que con frecuencia incluyen especies *Bacteroides*. Al parecer, estas infecciones polimicrobianas son más comunes en los ataques recurrentes de salpingitis.

Diagnóstico. El diagnóstico clínico de salpingitis no es exacto. Es posible que sólo 20% de las pacientes tenga el síndrome clásico de dolor e hipersensibilidad en abdomen bajo y cervical, fiebre, leucocitosis. Los datos más comunes son hipersensibilidad en abdomen bajo, por lo general bilateral, y de los anexos y cervical. Es más probable que las pacientes con salpingitis gonococal presenten fiebre, y con mayor frecuencia se haya iniciado cerca de la menstruación, en tanto que las enfermas con salpingitis no gonococal presentan más a menudo masas en los anexos.

En algunos países suele utilizarse laparoscopia para diagnosticar salpingitis, pero es un procedimiento invasor que requiere anestesia general. En EUA, por lo general sólo se utiliza en pacientes especiales cuyo diagnóstico diferencial incluye embarazo ectópico, apendicitis, absceso roto u otras posibles urgencias.

Complicaciones. Son sobre todo esterilidad y embarazos ectópicos. Los índices de esterilidad involuntaria son de casi 15% con un ataque de salpingitis y 75% después de tres o más. Quizá se requiera al final histerectomía total por síntomas de salpingitis crónica.

Tratamiento.

Tratamiento ambulatorio:

A. Cefoxitin 2 gr. I.M. más 1 gr. de Probenecid.

más

Doxiciclina 100 mg. vía oral 2 veces al día por 10-14 días; O

Tetraciclina 500 mg. vía oral 4 veces al día por 10-14 días.

B. Ceftriaxona 1 g. I.M. cada día.

más

Doxiciclina 100 mg. vía oral 2 veces al día por 10-14 días; O

Tetraciclina 500 mg. vía oral 4 veces al día por 10-14 días

C. Ciprofloxacina 500 mgs., vía oral, 2 veces al día por 7 días

más

Metronidazole 500 mgs. dos veces al día por 7 días; O

Clindamicina 450 mgs., vía oral, 4 veces al día por 7 días.

Criterios para el manejo hospitalario:

- Diagnóstico incierto o dudoso.
- Sospecha de absceso pélvico.
- Paciente embarazada
- Grave estado general
- Paciente que no cumple o no tolera tratamiento ambulatorio
- Paciente que no mejora con tratamiento ambulatorio

Regímenes recomendados para pacientes hospitalizadas:

Régimen A:

Cefoxitin 2 gr. IV cada 6h. o Cefotetan 2 gr. IV cada 12h

O

Ceftriaxone 1 gr. IV cada 12h + Doxiciclina 100 mg VO o EV cada 12h

Régimen B:

Clindamicina 900 mg IV cada 8h

+

Gentamicina (IV o IM) 2 mg/kg de peso inicial, seguido por dosis de mantenimiento:
1.5 mg/kg de peso cada 8h.

Patologías con presencia de verrugas.

Infección por virus del papiloma humano (i.v.p.h.) Agente etiológico: Virus del Papiloma Humano

Diagnóstico Clínico: Se conocen 63 serotipos diferentes del V.P.H., de los cuales el 6 y el 11, causan lesiones benignas. Los serotipos 16,18 y 31 se consideran oncogénicos. Los serotipos 31, 33, 35, 42 y 45 se han encontrado en tumores cervicales benignos y malignos.

Clínicamente dan origen a las lesiones llamadas condilomas que pueden ser exofíticas o planas, y atacan órganos genitales, ano y boca. Están asociadas a lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado. En el niño, causan papilomatosis laríngea. Se reportan casos de carcinoma genital en el hombre.

La incidencia mundial es del 10%, aunque no existen datos actualizados, en nuestro país parece ser más alto el porcentaje.

Además de la transmisión sexual, también puede contagiarse a través de la vía sanguínea y la autoinoculación.

Período de incubación: de 3 semanas a 8 meses, con un promedio de 3 meses.

El 30% de los pacientes pueden curarse de forma espontánea. El 35% tienen lesiones recurrentes y no existe tratamiento específico de erradicación del virus.

Diagnóstico de laboratorio: Además de las lesiones clínicas, el diagnóstico puede hacerse mediante:

- Biopsia con o sin dirección colposcópica. En lesiones del cérvix deben ser dirigidas por colposcopia.
- Citología cérvico vaginal: Este estudio debe practicarse en toda paciente con verrugas genitales o extragenitales aun si tuviere papanicolau reciente.

Tratamiento: El tratamiento va orientado a la destrucción de lesiones y no a la erradicación del virus dado que no existe ninguna droga antiviral específica. Es recomendable que la aplicación del tratamiento sea realizado por el médico manteniendo las Normas de Bioseguridad necesaria.

Para el tratamiento puede utilizar alguna de las alternativas siguientes:

- Podofilina al 25 % en tintura de benzoina o benjuí. Es tóxica y absorbible por lo que está contraindicada en el embarazo. Debe utilizarse en lesiones no queratinizadas y se aplica semanalmente en áreas no mayores de 10 cms. de diámetro. Es recomendable el lavado del área de aplicación con agua y jabón 4 horas después de la aplicación.
- Podofilotoxina: (Condilox), es menos tóxica que la podofilina. Se puede aplicar hasta 3 veces por semana, dependiendo de la extensión de la lesión.
- Ácido Tricloroacético al 80%. Es sumamente erosivo. De aplicación semanal. Puede usarse en la embarazada. Para protección contra quemaduras es necesario aplicar bicarbonato de sodio en áreas adyacentes a la lesión
- Crioterapia con nitrógeno líquido (-196) ó Anhídrido Carbónico. Tratamiento de elección para verrugas cervicales, orales o del meato urinario. No se necesita anestesia y el tratamiento no deja cicatriz. Cauterío bipolar o monopolar para lesiones duras. Se necesita anestésico local.
- El uso de Láser no tiene diferencia significativa con la crioterapia y es sumamente costoso.
- 5-fluoracilo en crema (Efudex), puede ser aplicado por el paciente. Funciona en lesiones blandas.

- Interferón, inyección local intralesional 3 veces por semana.
- Cirugía.

VIH positivo: Se pueden aplicar los tratamientos antes descritos.

Condilomatosis y embarazo:

La enfermedad tiende a empeorar durante el embarazo y la mayoría de las lesiones se tienen que manejar en forma expectante, sobre todo las cervicales. En lesiones vaginales o genitales externas puede emplearse ácido tricloroacético, crioterapia o cauterio. Cuando hay verrugas que ocluyen el canal del parto se puede considerar la terminación del parto por cesárea.

Seguimiento o Prevención:

- 35% de las pacientes pueden tener recurrencia en los 8 meses posteriores al descubrimiento de la lesión, aun sin tener vida sexual activa y debe alertarse a la pareja en relación con esta posibilidad.
- Idealmente deben ser tratadas y examinadas todas las parejas sexuales.
- Promover el uso del preservativo para disminuir el contagio a parejas no infectadas dado que la infectabilidad puede darse aún sin lesiones visibles.
- Dar orientación y consejería para la toma del VIH.
- Toda mujer cuya pareja sexual presente verruga genital y/o extragenital, tomarle citología cérvico-vaginal.

Moluscum contagioso. Agente Etiológico: Es un virus grande perteneciente a la clase de los pox-virus.

Período de incubación: De 2 a 7 semanas.

Vías de Transmisión:

- Sexual
- Sanguínea
- Por autoinoculación

Diagnóstico clínico: Las lesiones tienen aspecto de pápulas de color perlado, umbilicadas en el centro, a veces pruriginosas, preferentemente en el área genital. Son de evolución benigna y pueden durar de 6 meses a 2 años si no se da tratamiento

Tratamiento:

-Podofilina al 25%, aplicación semanal. No usar en la cara ni en mujeres embarazadas; O

-Curetaje local de las lesiones.; O

- Criocirugía

VIH positivo: Se pueden aplicar los tratamientos antes descritos.

Seguimiento y Prevención: La enfermedad tiene un curso benigno. Deben ser tratadas las parejas sexuales sintomáticas. Recomendar el uso de preservativo y evitar la manipulación de las lesiones para prevenir la autoinoculación.

Dado el alto porcentaje de recurrencia, debe alertarse a los pacientes de esta posibilidad aun en ausencia de vida sexual activa.

Se debe indicar control cada semana hasta el desaparecimiento de las lesiones.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Como se mencionó al principio, éste trabajo de investigación se ha basado en la realización de un estudio retrospectivo descriptivo, el cual como ya sabemos comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes, o sobre cómo una persona, grupo o cosa, se conduce o funciona en el presente.

Una vez recopilados los datos por los instrumentos diseñados para este fin es necesario procesarlos, es decir, elaborarlos matemáticamente, ya que la cuantificación y su tratamiento estadístico nos permitirán llegar a conclusiones en relación con las variables planteadas.

Primero los datos fueron codificados , procedimiento técnico mediante el cual los datos son categorizados. Codificar es clasificar todos los datos en base a las variables relacionadas con la investigación. El juicio que asigna una respuesta a una categoría fue emitido por el interrogado.

Luego, la tabulación de los datos, que es una parte del proceso técnico en análisis estadístico de los datos. La operación esencial en la tabulación es el recuento para determinar el número de casos que encajan en las distintas categorías. Se han elaborado tablas en las cuales se han “vaciado” ordenadamente los datos obtenidos (tabulación).

Posteriormente el análisis y la interpretación, se analizan la dependencia e interdependencia de las variables consideradas inicialmente. Básicamente la interpretación es ya la “expresión de la relación existente entre los fenómenos”. Esto es simplemente lo que en ciencia se define en la actualidad como ley: La expresión de la relación existente entre las variables consideradas en el estudio.

- **Grado de escolaridad.** Nuestra investigación nos refleja que un 44 % de la población consultante con vida sexualmente activa que sufría de infecciones de transmisión sexual no tiene educación académica y de los que han asistido a la escuela sólo tienen educación primaria. (ver anexo 1).
- **Edad de inicio de relaciones de sexuales.** Los datos obtenidos nos muestran que el mayor porcentaje (45%) de pacientes que sufre de infecciones de transmisión sexual inició su actividad sexual entre los 15 y 20 años, por cuanto sabemos que la vulnerabilidad biológica de las mujeres jóvenes debido a las características de su aparato genital, les hizo ser más susceptibles al efecto. (ver anexo 2)
- **Número de compañeros sexuales.** Aunque el 56 % de la población encuestada sólo tienen un compañero sexual recordemos que 121 pacientes pertenecían al sexo femenino, y que generalmente en nuestro medio es el sexo masculino el más propenso a prácticas sexuales de riesgo. (ver anexo 3).
- **Sexo.** Con respecto a esta variable, se nos refleja que es el sexo femenino el más frecuentemente afectado, aún siendo el mismo el que menos prácticas sexuales de riesgo realizan, específicamente la promiscuidad. (ver anexo 4)
- **Grado de información con respecto a infecciones de transmisión sexual.** La investigación nos muestra que el 77 % de los pacientes no tienen ningún conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, lo que coincide con el alto grado de analfabetismo encontrado en los pacientes que forman parte del estudio. (ver anexo 5)
- **Conocimientos sobre métodos para prevenir las infecciones de transmisión sexual.** Según los datos obtenidos, el 80 % de los pacientes no tienen conocimiento de la forma de cómo protegerse para no adquirir una infección de transmisión sexual, lo que nos dice que era prácticamente inevitable que estos pacientes desarrollaran estas patologías. (ver anexo 6).

- **Pacientes que consideran a su pareja un obstáculo para utilizar métodos preventivos (condones).** El 59 % de los pacientes nunca han utilizado métodos de protección y por lo tanto no saben si su pareja les pediría que no lo usen. Sin embargo 31% sí consideran que su pareja les impide protegerse, sobre todo fueron mujeres quienes consideran que al hombre no le gusta utilizar condones. (ver anexo 7).
- **Patología más frecuente de la población encuestada que sufre el efecto.** Nuestra investigación arroja que la patología que más se diagnostica fue Tricomoniasis con un 76% de los casos. (ver anexo 8).
- **Edades más frecuentemente afectadas por infecciones de transmisión sexual.** Según nuestra investigación las edades más frecuentemente afectadas están comprendidas entre los 15 y 25 años con un 45% y entre los 26 y 35 años con un 47 % . (ver anexo 9).

CONCLUSIONES

- El grado de educación influye en el apareamiento de infecciones de transmisión sexual, puesto que el 44% de los pacientes no tenía educación académica y el 54% de los pacientes que asistieron a la escuela solo recibieron Educación Básica.
- El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual puesto que el 45% de la población inició relaciones sexuales entre los 15 a 20 años de los cuales el 85% lo constituye la población femenina. Como sabemos la constitución de la mucosa vaginal y del tejido cervical de la mujer joven la hacen más susceptible a las infecciones de transmisión sexual.
- Las campañas de promoción para la prevención de las infecciones de transmisión sexual a través del uso de condones y de practicas sexuales seguras ha tenido el mínimo impacto en la población encuestada, ya que un 80% de los pacientes no conocen método alguno para protegerse y evitar ser contagiado o contagiar a otras personas.
- Concluimos que un alto porcentaje de la población encuestada (77%) no tenía ningún conocimiento respecto a las infecciones de transmisión sexual, lo que coincide con el alto grado de analfabetismo (63%) encontrado en la población, por lo que esta situación aumenta en gran medida el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.
- En nuestro estudio es la población femenina la mas frecuentemente afectada con un 85%. Esto puede deberse a que, por razones culturales, en nuestro medio la mujer no esta en posición de protegerse, aun si lo quisiera o tuviese los medios para hacerlo, esto queda demostrado por el hecho de que un 31% de la población encuestada consideraba a su pareja un obstáculo para poder protegerse, recordemos que el 85% de la población es femenina.

- La promiscuidad sexual sigue siendo un factor determinante en el apareamiento de infecciones de transmisión sexual. Nuestro estudio reveló que un 44% tenía más de un compañero sexual. Si bien es cierto el 56% de los pacientes referían tener solo un compañero sexual, recordemos que la mayoría de los encuestados son mujeres y que son precisamente ellas quienes sufren las consecuencias de la promiscuidad de sus compañeros de vida.

RECOMENDACIONES

- Se debe tomar muy en cuenta el nivel educativo, los factores sociales y culturales para poder orientar adecuadamente a los pacientes respecto a las infecciones de transmisión sexual y que sean las instituciones educativas o relacionadas con la salud las encargadas de brindar esta orientación.
- Que sea el personal Médico el encargado de ayudar al paciente a entender el peligro relacionado a su comportamiento sexual puesto que los pacientes con información incorrecta sobre las causas y consecuencias de las infecciones de transmisión sexual puede desarrollar un falso sentido de seguridad y como consecuencia tener aun mas riesgo de perpetuar la cadena de transmisión de dichas enfermedades.
- Que el Ministerio de Salud Pública, a través de los medios de comunicación intensifique las actividades de motivación y promoción para estimular a la población a que solicite ayuda o consulte por su problema
- Que el Ministerio de Salud Pública organice grupos capacitados en la atención de esta patología (en el departamento de Ahuachapán) para disminuir el impacto de esta enfermedad en dicha población.
- Recomendamos al personal de salud, específicamente a los promotores de salud de la región estudiada, intensificar los programas de prevención y promoción de salud sexual puesto que es clara la falta de atención a la población masculina y femenina sexualmente activa.

BIBLIOGRAFÍA

ADASHI, Eli Y.

BEREK, Jonathan S.

HILLARD, Paula D. Ginecología de Novak 12º Edición. México D.F. Editorial Interamericana. McGraw – Hill, 1997.

BENNETT, J. Claude.

SMITH, Lloyd H.

WYNGAARDEN, James B. Cecil Tratado de Medicina Interna. 19º Edición Vol. II, México. Editorial Interamericana. McGraw – Hill, 1994.

TAMAYO y TAMAYO, Mario. El Proceso de la Investigación Científica 2ª Edición, México D.F. Editorial Limusa, 1992.

Infecciones de Transmisión Sexual. Normas y Procedimientos de Atención. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador, El Salvador. 2000.

Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Novena Edición Española. Grupo Editorial Océano. 1994.

ANEXOS

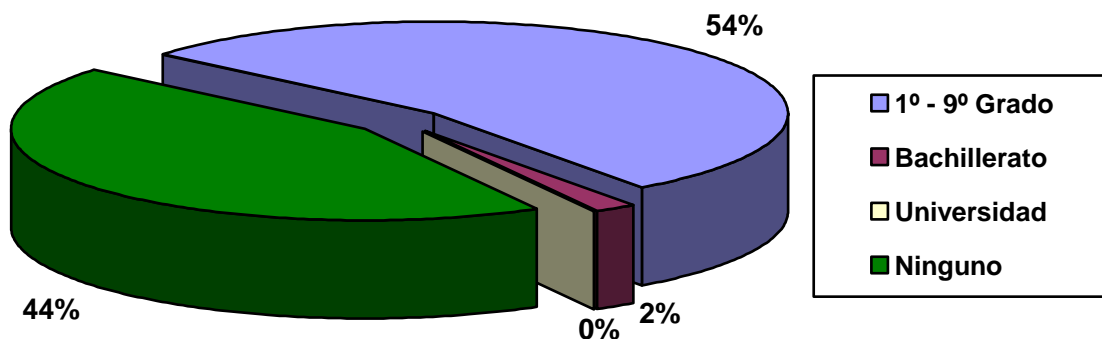
ANEXO 1

TABLA 1. Grado de escolaridad de los pacientes con infecciones de transmisión sexual consultantes en la Unidad de Salud de Cara Sucia.

Grado de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1° - 9° Grado	77	54%
Bachillerato	3	2%
Universidad	0	0%
Ninguno	63	44%
TOTAL	143	100%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 1.



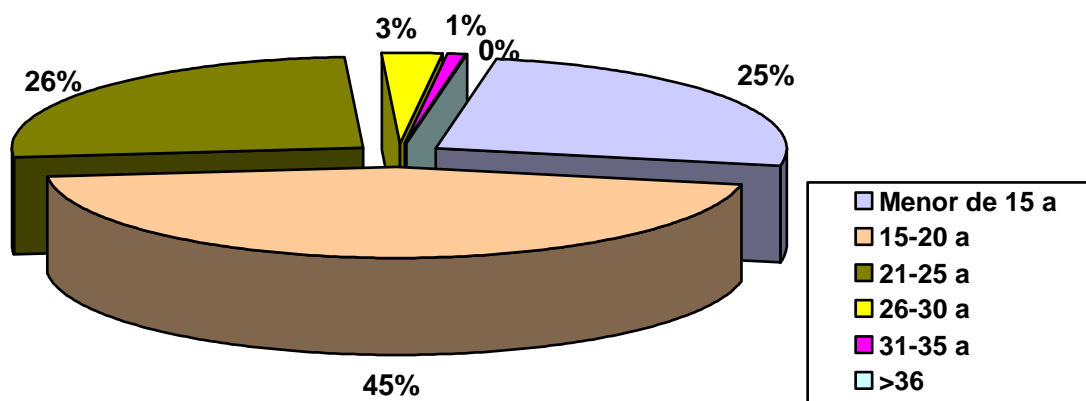
ANEXO 2

TABLA 2. Edad de inicio de relaciones sexuales.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15 años	36	25%
15 – 20 años	65	45%
21 – 25 años	37	26%
26 – 30 años	4	3%
31 – 35 años	1	1%
> 36 años	0	0%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 2.



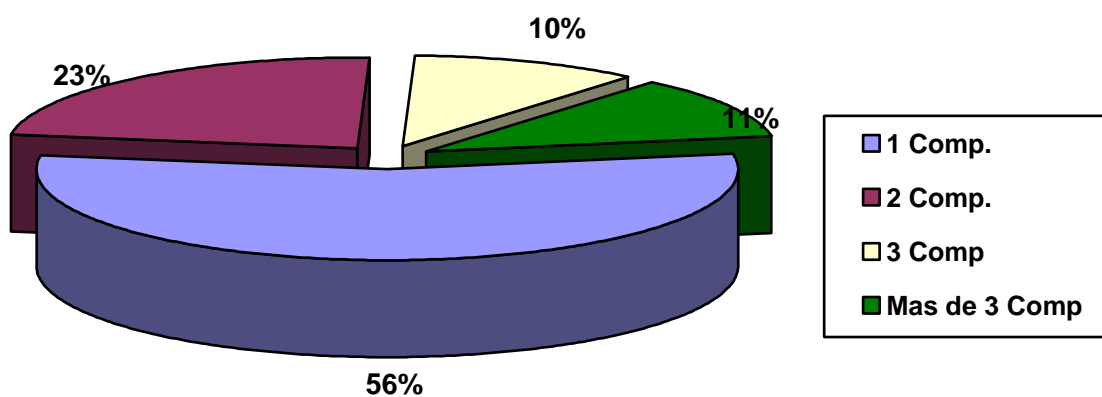
ANEXO 3.

TABLA 3. Número de compañeros sexuales

Compañeros sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1 compañero sexual	79	56%
2 compañeros sexuales	33	23%
3 compañeros sexuales	15	10%
Más de 3	16	11%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 3



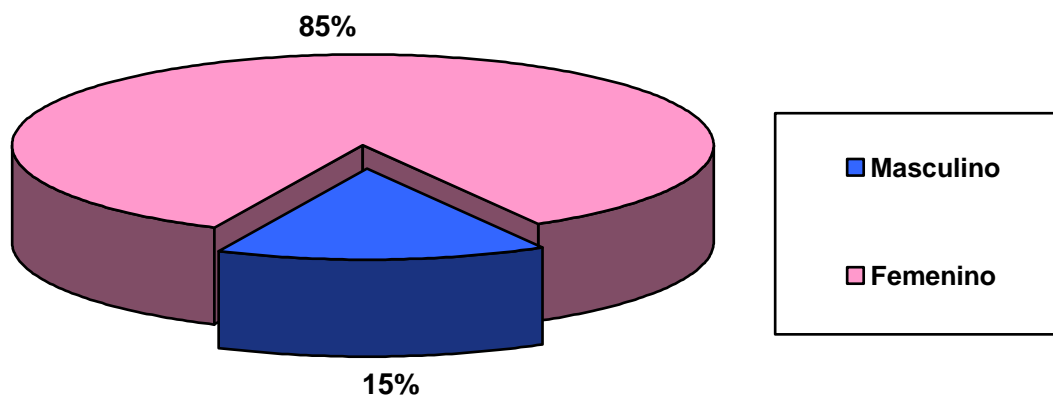
ANEXO 4.

TABLA 4. Datos encontrados por distribución de sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	22	15%
Femenino	121	85%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 4.



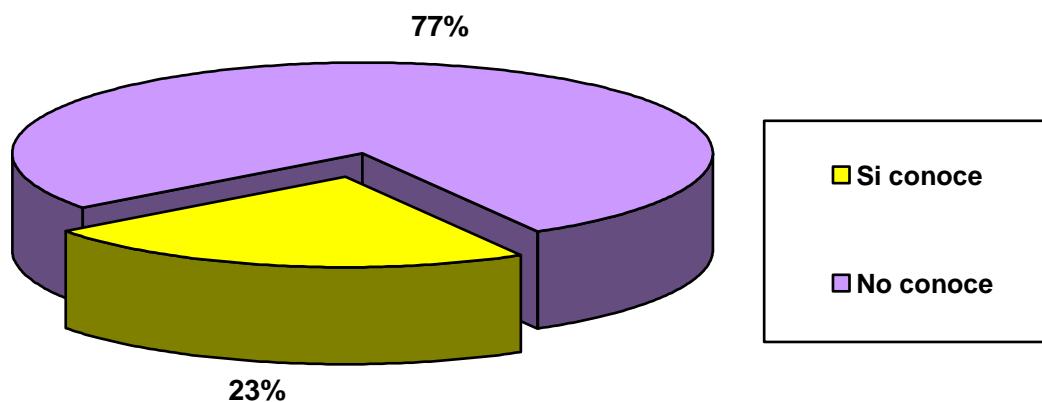
ANEXO 5.

TABLA 5. Grado de información con respecto a infecciones de transmisión sexual

Grado de información	Frecuencia	Porcentaje
Conoce que son las infecciones de transmisión sexual	33	23%
No conoce que son las infecciones de transmisión sexual	110	77%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 5



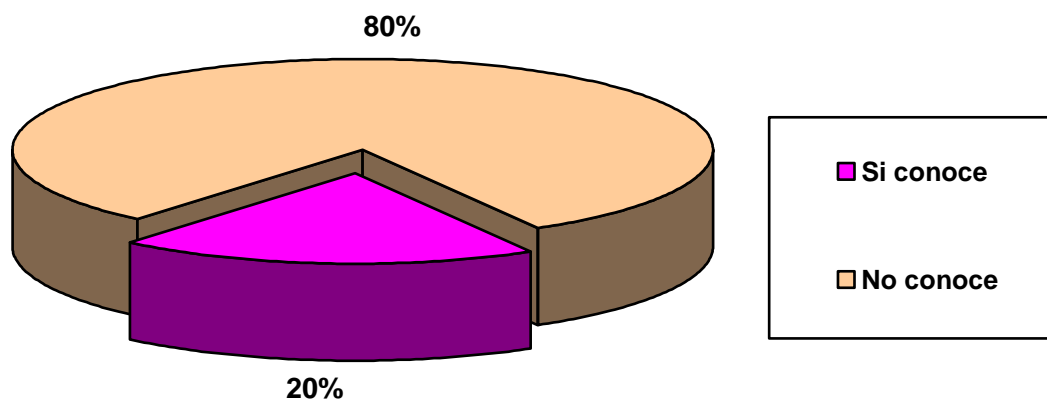
ANEXO 6.

TABLA 6. Conocimientos sobre métodos para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Conocimiento de métodos	Frecuencia	Porcentaje
Conocen algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual	28	20%
No conocen método para prevenir infecciones de transmisión sexual	115	80%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 6.



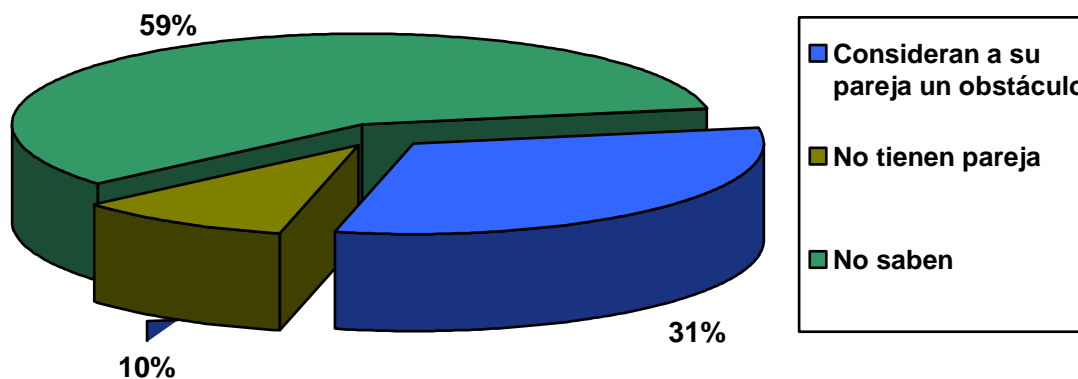
ANEXO 7.

TABLA 7. Pacientes que consideran a su pareja un obstáculo para utilizar métodos preventivos (condones).

	Frecuencia	Porcentaje
Consideran a su pareja un obstáculo	45	31%
No tienen pareja	14	10%
No saben	84	59%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 7.



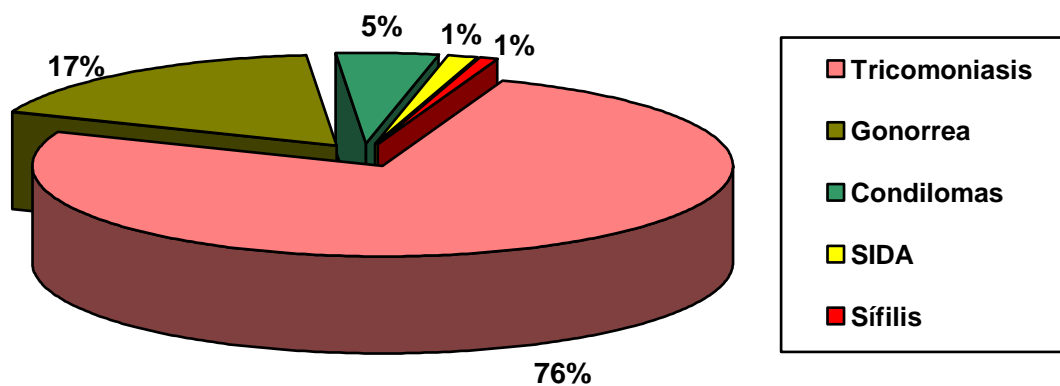
ANEXO 8.

TABLA 8. Patología más frecuente de la población encuestada que sufre el efecto.

Tipo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Tricomoniasis	108	76%
Gonorrea	25	17%
Condiloma	7	5%
SIDA	2	1%
Sífilis	1	1%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 8



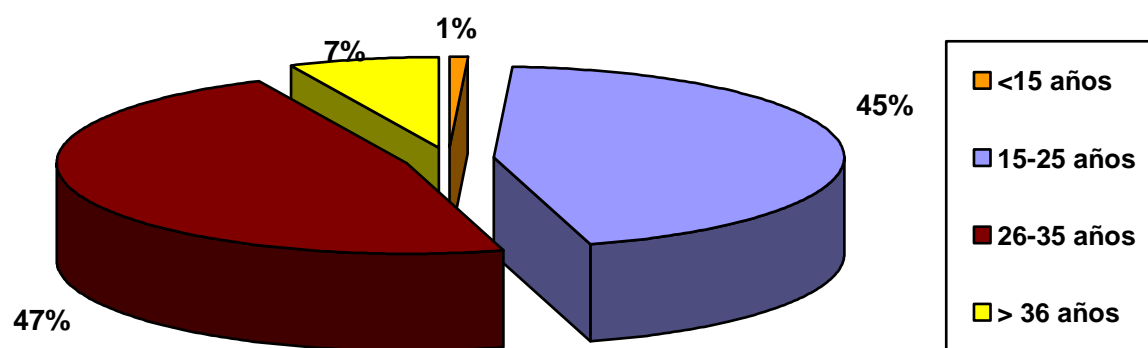
ANEXO 9.

TABLA 9. Edades más frecuentemente afectadas por infecciones de transmisión sexual

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15 años	1	1%
15-25 años	64	45%
26-35 años	68	47%
>36 años	10	7%

Fuente: Encuesta realizada en Unidad de Salud de Cara Sucia a la población sexualmente activa que sufría de infección de transmisión sexual.

Gráfico 9



ENCUESTA

➤ Datos generales:

- a) Edad:
- b) Sexo:
- c) Estado civil:
- d) Escolaridad;

➤ Conoce qué son las enfermedades de transmisión sexual?

SI___ NO___

➤ Conoce que métodos utilizar para prevenir las enfermedades de transmisión sexual?

SI___ NO___

➤ Qué métodos conoce? _____

➤ Ha padecido enfermedades de transmisión sexual?

NUNCA___ UNA VEZ _____ MÁS DE UNA VEZ_____

➤ A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

➤ Cuánt@s compañer@s sexuales ha tenido?

UNO _____ DOS _____ TRES Ó MÁS _____

➤ Considera a su pareja un obstáculo para utilizar métodos preventivos?

SI___ NO___ Porqué?_____