



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**Proyecto de tesis previo a la obtención
del título de
Doctor en Medicina y Cirugía.**

TEMA:

***“MANEJO INTEGRAL DE LAS INFECCIONES POR
TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN NORMAS TÉCNICAS
DEL MINISTERIO SALUD PÚBLICA EN LOS USUARIOS
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO
DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006”***

AUTORES

**MUÑOZ PONCE DÁMASO HUMBERTO
PONCE ALENCASTRO JHON ALEXANDER**

**DIRECTOR DE TESIS
Dr. José García Jaramillo**

**PORTOVIEJO MANABÍ ECUADOR
2006**

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Alma Máter que nos ha formado en su regazo a través de los señores catedráticos, que de una u otra manera nos guiaron aportándonos sus conocimientos científicos y técnicos.

Al Dr. José García Jaramillo, nuestro Director de Tesis, quién nos ha guiado, brindándonos las facilidades para realizar nuestro trabajo con gran contenido científico tal como la ciencia moderna lo exige.

A la Lcda. Araceli Romero y Jacqueline Gorozabel, quienes contribuyeron con sus conocimientos a enriquecer nuestra investigación.

Nuestro agradecimiento al Personal Médico y Paramédico del Centro de Salud Portoviejo, que colaboraron con información para la realización de esta investigación, para todos ellos..... “Gracias”.

Los Autores.

DEDICATORIA

Este trabajo de Investigación se lo dedico:

A Dios, guía y fortaleza en el transitar de la vida.

A mis padres Lcda. Marisol Alencastro de Ponce y Lcdo. José Ponce Álava, por apoyarme incondicionalmente formándome como un hombre correcto y justo, los amo.

A mi hermano José Miguel Ponce, gracias por motivarme a ser cada día mejor y por alegrarme la vida con sus ocurrencias.

A Varinia, compañera leal en mis penas y alegrías, pilar importante en mi vida y carrera, Te amo “IDEM”.

Sharack, mi eterno niño, gracias por darme una lección de amor, siempre estarás en mi corazón, a pesar que te hayas reunido con el Señor.

A Lic. Víctor Sabando Saltos, excepcional persona, ganadora de mi amistad, mentor de mi tesis.

Finalmente no podría olvidarme nunca de mis compañeros (as) de carrera, que tanto con sus virtudes y defectos se ganaron mi afecto y admiración, sobre todo Carlos Poveda y Luis Segovia, amigos que me apoyaron en los momentos difíciles de mi vida.

Jhon Alexander

DEDICATORIA

En este momento de mi vida en la cual sello otra etapa más de mi carrera estudiantil y la que a su vez me convierte en profesional de salud de mi país, no quiero ser ególatra y no compartir mi felicidad y satisfacción con quienes estuvieron conmigo siempre apoyándome de una u otra manera, estando en las penas y las alegrías, en las derrotas y los triunfos hasta llegar donde ahora estoy, y lo digo, no fue fácil ni tampoco lo hice solo, lo hice con la ayuda del ser supremo y mi familia.

Dedico este trabajo investigativo y este triunfo:

A **DIOS**, por estar conmigo siempre a mi lado, por darme vida y sobre todo salud para poder enfrentarme a todos los retos que el día me imponía que aunque no lo veía sabía que estaba ahí.

A mis **PADRES** el Sr. Dámaso Felipe Muñoz Mendoza y la Sra. Betty Elizabeth Ponce Ponce por tener la felicidad y la dicha de que me hayan puesto en este mundo, permitirme ser hijo de ellos y brindarme sus deberes de padres. Por ser ellos los impulsores de la idea de estudiar Medicina al término de mis estudios secundarios; los cuales me apoyaron en todo momento, cuando alguna vez me vieron derrotado y no perdieron la confianza en mi.

Para llegar hasta aquí no necesite de la abundancia, solo lo necesario que ellos me brindaron y que significaba mucho para mi porque era un esfuerzo desinteresado. Por esto y muchas cosas más, “viejos” les quedo eternamente agradecido.

A mis **HERMANOS**, Melva, Iter, Zoila, Steeven, mis sobrinos Jhonfer, Jhomel y mi cuñado Jhonny a ellos por quererme y estar siempre pendientes de mi.

Mis **ABUELOS**, el Sr: Jacinto Muñoz, la Sra: Zoila Mendoza y la Sra: María Ponce los cuales soñaron un día, ser yo el primer Médico de la familia.

A mi **NOVIA** Merly Giler, por darme animo en mis momentos de tristeza y agobio.

Para mis **AMIGOS**, que mencionarlos a todos seria difícil, pero quiero dedicarles también a ellos este logro.

Dámaso Humberto

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR

Los suscritos *Dámaso Humberto Muñoz Ponce* y *Jhon Alexander Ponce Alencastro*, autores del trabajo investigativo titulado “Manejo Integral de las Infecciones por Transmisión Sexual”, según Normas Técnicas del Ministerio de Salud Pública en los usuarios que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo Diciembre 2005 – Mayo 2006, nos responsabilizamos del contenido total de la tesis y declaramos que es un trabajo original de los Autores.

Dámaso Humberto Muñoz Ponce

Jhon Alexander Ponce Alencastro

CERTIFICACIÓN

Yo, *Dr. José García Jaramillo*, Director de la Tesis titulada: **“MANEJO INTEGRAL DE LAS INFECCIONES POR TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN NORMAS TÉCNICAS DEL MINISTERIO SALUD PÚBLICA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006”**, tengo a bien Certificar que:

El presente trabajo Científico de Investigación es original, ha sido supervisado bajo mi dirección, por lo que autorizo su presentación, defensa y sustentación habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto y apta para los tramites correspondientes de los Sres.: **MUÑOZ PONCE DÁMASO HUMBERTO** y **PONCE ALENCASTRO JHON ALEXANDER**.

.....

Dr. José García Jaramillo
DIRECTOR DE TESIS

RESUMEN

En la ciudad de Portoviejo se realizó una investigación: “El Manejo Integral de las Infecciones por Transmisión Sexual según Normas Técnicas del Ministerio de Salud Pública en los usuarios que acuden al Centro de Salud Portoviejo Diciembre 2005 – Mayo 2006”, y su objetivo principal es: Evaluar el manejo de las I.T.S. Según Normas Técnicas del Ministerio de Salud Pública, identificar las causas patológicas y enfermedades concomitantes de los usuarios con diagnóstico de I.T.S, establecer la incidencia y el sistema de vigilancia de las I.T.S., métodos diagnósticos y terapéuticos y proponer un protocolo de atención para el manejo y medidas de prevención.

Se determinó que las I.T.S. fueron más frecuentes en el grupo de edades comprendidos entre 21 – 30 años, el sexo femenino representó el 95%, de las cuales 27% estaban embarazadas.

La unión libre predominó con 54%; la procedencia de los usuarios correspondió al área urbana con un 53%, las causas parasitarias predominaron con el 40%, y 87% de los usuarios presentaron manifestaciones clínicas.

Entre las enfermedades concomitantes sobresalió las I.V.U. con el 60% y la anemia con 23%, el tratamiento predominante fue el Clínico – Farmacológico con 98% y el medio de diagnóstico más empleado fue el examen físico con espéculo 31%, mientras que la discapacidad sexual como complicación de las I.T.S. representó el 96% de los casos.

La calidad en el manejo de las I.T.S. según Normas del Ministerio de Salud Pública fue no adecuada 100% de los casos, dejando sugerencias a la Institución y la Facultad.

Palabras Clave: Sífilis – Infecciones por Transmisión Sexual.

SUMMARY

In the city of Portoviejo was carried out an investigation: "The integral handling of the Infections for Sexual Transmission according to Technical Norms of the Ministry of Public Health in the users that Portoviejo goes to the Center of Health December 2005 - May 2006", and its main objective is: To evaluate the handling of the I.T.S. according to Technical Norms of the Ministry of Public Health, to identify the pathological causes and the users' concomitant illnesses with diagnostic of I.T.S, to establish the incidence and the system of surveillance of the I.T.S., methods diagnoses and therapeutics and to propose a protocol of attention for the handling and measures of prevention.

It was determined that the I.T.S. was more frequent in the group of ages understood among 21 - 30 years, the feminine sex represented 95%, of which 27% was pregnant.

The free union prevailed with 54%; the origin of the users corresponded to the urban area with 53%, the parasitic causes they prevailed with 40%, and the users' 87% they presented clinical manifestations.

Among the concomitant illnesses the I.V.U stood out. with 60% and the anemia with 23%, the predominant treatment was the Clinical one - Pharmacological with 98% and the means of diagnostic more employee was the physical exam with espéculo 31%, while the sexual incapacity as complication of the I.T.S. it represented 96% of the cases.

The quality in the handling of the I.T.S. according to norms of the Ministry of Public Health it was not adapted 100% of the cases, leaving suggestions to the Institution and the Ability.

Key words: Syphilis - Infections for Sexual Transmission

INDICE

CONTENIDOS	PÀG.
Certificaciòn	
Declaraciòn sobre los derechos del autor.	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Dedicatoria	
Resumen	
Summary	
Introducciòn	1-2
Justificaciòn	3
Planteamiento del Problema	4-5
Objetivos	6
Marco Teòrico	7-10
Principales I.T.S.	11
Clasificaciòn Sindròmica de las I.T.S.	12 – 13
Principales agentes que producen las I.T.S.	14
Herpes simple	15 – 19
Sifilis (Chancro duro)	19 – 24
Gonorrea	24 – 28
Chancroide (Chancro blando)	28 – 30
Tricomoniasis	30 – 31
Condiloma Acuminado	31 – 33
Clamidiasis	33 – 36
Linfogranuloma Venèreo	36 – 38
Enfermedad pèlvica inflamatoria	38 – 44

Hepatitis B	45 – 48
Candidiasis	48 – 50
Donovanosis	50 – 52
Escabiosis	52 – 54
Pedibulosis pùbis	54 – 55
Molusco contagioso	56 – 57
Sida	57 – 58
Incidencia del Sida en Manabì	58 – 63
Componentes del sistema de vigilancia en virus de inmunodeficiencia humana/sìndrome de inmunodeficiencia adquirida/infecciones de transmisiòn sexual.	63 – 64
Componentes del sistema de vigilancia epidemiològica	64
Operaciòn de los componentes del sistema.	65
Descripciòn de las poblaciones objeto de la prevenciòn en virus de inmunodeficiencia humana/sìndrome de inmunodeficiencia adquirida/infecciones de transmisiòn sexual.	66
Riesgos probables de la infecciòn por VIH dados en diferentes comportamientos	67
Poblaciones de objeto de riesgos en VIH/SIDA/ITS.	68
Atenciòn integral en materia de VIH/SIDA.	68 – 69
El gradiente de atenciòn en VIH/SIDA	70 – 72
Transmisiòn sexual	72 – 73
Transmisiòn sanguìnea	73
Transmisiòn vertical	73 – 74
Transmisiòn por inyecciòn de drogas y accidentes laborales	74 – 75
Descripciòn de las actividades de prevenciòn	75 – 76
Diagnòstico de otras ITS	76

Normas Tècnicas del MSP en el manejo sindròmico de las ITS.	76
Sìndrome de ùlcera genitales (Flujograma)	77
Sìndrome del Bubòn Inguinal (Flujograma)	78
Sìndrome de Secreciòn Uretral (Flujograma)	79
Sìndrome de Secreciòn Vaginal (Flujograma)	80
Sìndrome de Dolor Abdominal bajo (Flujograma)	81
Sìndrome del Edema escrotal (Flujograma)	82
Sìndrome de Conjuntivitis Neonatal (Flujograma)	83
Operacionalizaciòn de Variables	84 – 87
Diseño Metodològico	88 – 89
Presupuesto	90
Resultados	91 – 108
Discusiòn y Anàlisis	109 – 111
Recomendaciones	112
Conclusiones	113 – 114
Cronograma	115-116
Bibliografia	117

INDICE DE CUADROS

GRÀFICO No. 1

EDAD DE LOS USUARIOS CON ITS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DIC. 2005 – MAYO 2006.	92
--	----

GRÀFICO No. 2

SEXO DE LOS USUARIOS CON DIAGNÒSTICO DE ITS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006.	93
--	----

GRÀFICO No. 3

NIVEL ACADÈMICO DE LOS USUARIOS BAJO DIAGNÒSTICO DE ITS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006.	94
--	----

GRÀFICO No. 4

ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS CON DIAGNÒSTICO DE ITS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006.	95
--	----

GRÀFICO No. 5

OCUPACIÒN DE LOS USUARIOS CON DIAGNÒSTICO DE ITS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006.	96
---	----

GRÀFICO No. 6

PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS CON DIAGNÒSTICO DE ITS 97
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE
SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006.

GRÀFICO No. 7

USUARIAS EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS CON ITS 98
QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE
SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006.

GRÀFICO No. 8

USUARIAS EMBARAZADAS CON ITS ATENDIDAS EN LA 99
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO.
DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006

GRÀFICO No. 9

LOCALIZACIÒN DE LAS ITS EN LOS USUARIOS ATENDIDOS 100
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006

GRÀFICO No. 10

ENFERMEDADES CONCOMITANTES DE LOS USUARIOS CON 101
DIAGNÒSTICO DE ITS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO.
DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006

GRÀFICO No. 11

CALIDAD EN EL MANEJO DE LAS ITS SEGÙN LAS NORMAS DEL MSP, EN LAS PERSONAS AFECTADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 102

GRÀFICO No. 12

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS USUARIOS CON DIAGNÒSTICO DE ITS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 103

GRÀFICO No. 13

MÈTODOS DIAGNÒSTICOS UTILIZADOS EN LOS USUARIOS CON ITS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 104

GRÀFICO No. 14

TRATAMIENTO DE LA ITS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 105

GRÀFICO No. 15

CAUSAS ETIOLÒGICAS DE LAS ITS, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 106

GRÀFICO No. 16

COMPLICACIONES DE LA ITS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 107

GRÀFICO No. 17

TIPO DE ITS PRESENTADOS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2005 – MAYO 2006 108

I. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones por Transmisión Sexual (ITS) son unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad especialmente el sida, en la población adolescente y adulta, principalmente entre los 15 y 29 años de edad. (1)

Se denominan de este modo aquellas afecciones que se adquieren fundamentalmente a través del contacto sexual. Antiguamente se les llamaba enfermedades venéreas, haciendo alusión a Venus, la Diosa del Amor, posteriormente denominada ETS y actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) las denomina ITS.

Anualmente en el mundo mueren más de 10.000 personas por ITS que con mayor preponderancia la ocupa el VIH/Sida según la OMS, esta cifra se incrementaran en los próximos diez años ya que no existe medicamentos retrovirales, y vacuna alguna que disminuya esta incidencia. Sumado a esto hay que considerar el nivel cultural y la importancia que la población adulta tome sobre la gravedad de estas patologías.(14)

En el Ecuador, el grupo de edad comprendido entre 15-29 años de edad es que presenta mayor incidencia de I.T.S. Con respecto a la Sífilis existe dos picos entre los grupos etareos de 15 a 19 y de 25 a 29 años y para la Gonorrea la mayor incidencia aparece en los grupos con edades comprendidas entre 15-19 y 20 a 29 años de edad. Es de destacar que también se registran casos adquiridos de ambas enfermedades en los grupos de 5 a 9 y 10 a 14 años de edad. (6)

El incremento de la actividad sexual de los adolescentes, las características de sus prácticas sexuales, así como la falta de educación sexual, desconocimiento de las I.T.S. y sus mecanismos de transmisión son algunos de los factores que se vinculan a la mayor incidencia de aquellas , entre la población de jóvenes.

1. **CERRUTI**, Stella, et, al.: Sexualidad Humana, 4ta Edición, Pag. 17 OPS, Montevideo 1992.

14. <http://www.aciprensa.com/Sida/Libro3.htm>.

6. **M.S.P.**: Normas para la Vigilancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual y S.I.D.A en el Ecuador, Quito 2002.

Deben considerarse también, las situaciones de abuso sexual infantil que con relativa frecuencia determinan el desarrollo en ellos, de estas infecciones.

Si bien existen más de veinte I.T.S. cuya aparición puede realizarse en el transcurso de la adolescencia, algunas adquieren mayor significación por su frecuencia, la evolutividad de su cuadro clínico o por las secuelas que aparecen.

Es por lo tanto importante para el personal de Salud conocer los aspectos relevantes de las ITS, como son: Epidemiología, Etiología, Fisiología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento para brindar una atención de calidad y disminuir la incidencia de la morbi-mortalidad. (10)

II. JUSTIFICACIÓN

El Ecuador por ser un país subdesarrollado, presenta una alta tasa de morbilidad y mortalidad por ITS, dado especialmente por el SIDA.

En Manabí las I.T.S son unas de las principales causas de consulta en las unidades de salud, siendo la población adolescente y adulta la mas afectada , el bajo nivel socioeconómico, la falta de control sanitario en los centros de diversiones nocturnas y la poca conciencia de la población en mantener una relación sexual con protección y no la abstinencia , ha permitido que las I.T.S sean parte de los programas de prevención diagnosticó y tratamiento del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador ; razón por la cual creemos necesario realizar esta investigación para conocer el Manejo integral de las Infecciones de Transmisión Sexual según Normas Técnicas del Ministerio Salud Pública en los usuarios que acuden al Centro de Salud Portoviejo durante Diciembre del 2005-Mayo 2006.

Escogimos esta unidad de salud por ser una institución pública que presta servicios a toda la población urbana y rural del Cantón Portoviejo y sobre todo brinda atención a las trabajadoras sexuales, el control mensual y profilaxis de las ITS.

Esperamos que el presente trabajo sirva de apoyo para futuras investigaciones sobre el manejo adecuado I.T.S con la finalidad de brindar una atención adecuada y disminuir la morbilidad en la población.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

ANTECEDENTES.

Estudios realizados en Asia, África y los Estados Unidos han demostrado que la población más afectada es la adolescente seguida de la adulta. Representa la segunda causa de muerte a nivel mundial. Se estima que la mortalidad por I.T.S y sobre todo el VIH/SIDA es alrededor de 1000 veces mayor en países subdesarrollados que en los del primer mundo, y que los adolescentes entre 15 a 24 años sufren en promedio dos episodios de I.T.S anualmente, lo que significa aproximadamente entre 2,3 a 2,7 miles de I.T.S al año. (13)

El grupo etareo más afectado es de 15 a 25 años de edad, la I.T.S son las causa de más del 15% de los ingresos hospitalarios en países en vías de desarrollo. Hay que determinar que estas enfermedades pueden ser bacterianas, virales, micóticas y parasitarias. (16)

La prevalencia de las ITS ha sido dos veces más alta en adolescentes que, asisten a centro diversiones nocturnos donde el sexo no tiene control sanitario, sumado a esto la promiscuidad en comparación con aquellos adolescentes que practican las abstinencias, aplican medidas preventivas o tienen sus parejas estables.

En el Ecuador las I.T.S representan la principal causa de muerte. Por los trabajos realizados por las Direcciones de Salud del país se conoce que esta enfermedad que afecta a toda la población sin distinción de raza sexo religión u ocupación.

13.<http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/ugandaindiva.pdf>.

16. www.proyectin.form.org.

DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Por lo tanto se delimita el estudio de acuerdo a los siguientes criterios:

CONTENIDO: Manejo Integral de las Infecciones por Transmisión Sexual según Normas Técnicas del Ministerio de Salud Pública.

- Característica de las ITS.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las ITS.
- Causas etiológicas de las ITS
- Tipo de infecciones
- Tipos de manejo de las ITS
- Normas para la atención de las ITS
- Prevención de las ITS
- Protocolo de atención de las I.T.S.

DELIMITACIÓN ESPACIAL.- Centro de salud Portoviejo.

DELIMITACION TEMPORAL.-Diciembre del 2005 a Mayo del 2006.

En conclusión el tema quedara estipulado de la siguiente manera:

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES EL MANEJO INTEGRAL DE LAS INFECCIONES POR TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN NORMAS TECNICAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO 2006?

IV. OBJETIVOS

GENERAL

- Evaluar el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual según Normas Técnica del Ministerio Salud Pública en los usuarios que acuden a la Consulta Externa del Centro de Salud Portoviejo Diciembre del 2005- Mayo del 2006.

ESPECÍFICOS.

- Identificar las causas patológicas y enfermedades concomitantes de los usuarios con diagnóstico de ITS.
- Establecer la incidencia y el sistema de vigilancia de la ITS.
- Evaluar el método diagnóstico y terapéutico de los pacientes con diagnóstico de ITS.
- Proponer un protocolo atención para el manejo y medidas de prevención del paciente con I.T.S.

V. MARCO TEÓRICO.

Dios creo el cielo, la tierra, y las enfermedades por transmisión sexual (E.T.S).

A lo largo de la historia, el hombre ha caminado de la mano con muchos microorganismos, algunos de ellos se quedaron a formar parte de la flora bacteriana normal de ciertos sistemas del cuerpo humano.

Las (E.T.S), se las llama también enfermedades venéreas, como término proveniente de Venus, la diosa del amor según la mitología griega, atribuyendo estas enfermedades infecciosas al contagio por contacto sexual. Algunas se pueden transmitir también por vía no sexual, pero representan una minoría del número total de casos. (5)

No se sabe cuando la promiscuidad sexual y en especial la prostitución pasaron a estigmatizar estas infecciones, los romanos las llamaban enfermedades indecentes, de manera que los soldados en sus invasiones usaban condones hechos con tripas de carnero, llamándolos camisa de Venus.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) las denomina Infecciones por transmisión sexual (I.T.S) como un término más apropiado para este extenso grupo de patologías.

Varias I.T.S pueden llegar a ser epidémicas, incluidas la gonorrea, la uretritis no gonocócica, el herpes genital, las verrugas genitales (condilomas acuminados), la sarna (escabiosis) y las infecciones uretrales y vaginales causadas por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, el protozoo *Trichomonas* y ciertos hongos.

El sexo entra profundamente en un mercado de consumo intenso, de manera que la escolaridad y el nivel económico dejan de tener importancia.

La conducta sexual de las parejas hetero y homosexuales tanto masculinos como femeninas conllevan a que se adquieran muchas enfermedades, entre estas conductas podemos mencionar:

Anolinguismo : Contacto oro – anal.

Cunilinguo : Contacto buco – vaginal.

Felation : Contacto buco – peniano.

Tribadismo : Contacto entre mucosas vulvares.

Además se deben tener en cuenta el uso de instrumentos que reemplazan los órganos sexuales, que también constituyen como causa de transmisión.

Toda esta multiplicidad de conductas sexuales, han permitido que la flora normal de un área orgánica se aloje en otros sitios, desencadenando cuadros clínicos que conllevan a la cronicidad, repercutiendo en la economía corporal. (5)

Además de las enfermedades ya mencionadas, están la sífilis, la infección por ladillas (*Pediculus pubis*), la infección vaginal causada por la bacteria *Haemophilus*, el molusco contagioso (enfermedad infecciosa de la piel causada por un virus), el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son muchos los organismos que causan estas enfermedades. Los protozoos del género *Trichomonas* causan una infección del aparato urogenital denominada tricomoniasis; la moniliasis o candidiasis es un tipo de micosis muy común que está causada por una levadura; los organismos que producen chancroide, gonorrea, sífilis, granuloma inguinal y vaginitis por *Haemophilus*, son bacterias; el herpes genital, las verrugas genitales (causadas por el papovavirus) y el molusco contagioso se deben a la acción de ciertos virus; finalmente, el linfogranuloma venéreo y la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas están producidos por la bacteria *Chlamydia*.

La transmisión de todas estas enfermedades se efectúa en la mayoría de los casos por contacto íntimo con una persona infectada, ya que los organismos que las producen mueren con rapidez si se los separa del cuerpo humano.

Aunque la zona normal de contacto suele ser los genitales, el sexo oral y anal también produce casos de infecciones orales o anales.

Algunas de estas afecciones, en concreto el chancroide y la producida por las ladillas, pueden extenderse de una parte de la piel a otra por la misma persona infectada a través de sus manos; las ladillas, los piojos, el herpes genital y la vaginitis producidos por *Trichomonas* y hongos también se pueden adquirir por otros medios que no son el contacto sexual. La gonorrea, la sífilis y las infecciones por *Chlamydia* pueden pasar de la mujer embarazada a su hijo, ya sea en el embarazo o durante el parto., produciendo infecciones congénitas bastante graves.

Aunque las infecciones de transmisión sexual comienzan en los genitales externos, se pueden extender también a la próstata, al útero, a los testículos y ciertos órganos cercanos. La mayoría de estas infecciones causan irritación, picores y ligeros dolores a nivel local, pero otras como la gonorrea y la uretritis por *Chlamydia* son una causa importante de esterilidad en las mujeres.

El aumento de la incidencia de las I.T.S se puede dar por:

- ✓ Por la disminución de campañas educativas que produce desinformación del asunto de salud pública.
- ✓ El nivel socio-económico bajo y la migración, que contribuyen a perpetuar estas enfermedades.
- ✓ La automedicación que incrementa el número de gérmenes resistentes a los antibióticos resistentes.
- ✓ Los métodos anticonceptivos como la píldora que invitan a intensificar la actividad sexual.
- ✓ Los anuncios comerciales en Tv., revistas, periódicos, incrementan el deseo de tener más sexo.
- ✓ Las I.T.S. no dejan inmunidad y no existen vacunas para las mismas.
- ✓ El menor temor del público a las I.T.S. por la facilidad del diagnóstico y tratamiento. (2) (5).

El carácter epidémico de las enfermedades de transmisión sexual da testimonio de la dificultad de controlarlas. Algunos organismos oficiales de salud pública atribuyen el incremento de muchas de estas enfermedades al aumento de la actividad sexual.

También puede ser significativa la sustitución del preservativo (que proporcionaba cierta protección) por otros métodos de control de natalidad como anticonceptivos orales y diafragma.

Los modelos de enfermedad de transmisión sexual también cambian. La sífilis y la gonorrea fueron epidémicas en un tiempo, pero el uso masivo de la penicilina consiguió un control moderado sobre la sífilis.

La atención se centró entonces en el control de la gonorrea, y en ese momento empezó a aumentar de nuevo la frecuencia de aparición de la sífilis. Aumentaron también, en las décadas de 1970 y 1980 el herpes genital y la infección por *Chlamydia*.

El tratamiento básico de las enfermedades de transmisión sexual producidas por bacterias es mediante el uso de antibióticos.

La penicilina ha sido efectiva contra la sífilis y la gonorrea, pero muchos organismos gonorreicos resisten hoy la acción de este fármaco. En estos casos es efectivo la ceftriaxona o la espectinomicina.

La tetraciclina se emplea para tratar el linfogranuloma venéreo, el granuloma inguinal y la uretritis por *Chlamydia*. Hay también tratamientos específicos para otras enfermedades de transmisión sexual como los fármacos antivíricos (aciclovir por ejemplo), que resultan efectivos contra el virus herpes. (13).

La única forma de prevenir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual es identificando a las personas con las cuales ha tenido contacto sexual la persona infectada y proceder a determinar si también necesitan tratamiento. Por lo general esto se lleva a cabo en los centros de salud pública, que es donde se informa de la mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual. Otras personas infectadas acuden a un médico privado para su tratamiento, y no se detectan todos los casos. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la hepatitis B se transmiten también por contacto sexual.

PRINCIPALES I.T.S. (5)

HERPES SIMPLE

SÌFILIS

GONORREA

CHANCROIDE

SIDA

TRICOMONIASIS

CLAMIDIASIS

CANDIDIASIS

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

URETRITIS NO GONOCOCICA

VAGINITIS NO ESPECIFICA

HEPATITIS B

LINFOGRANULOMA VENÈREO

DONOVANOSIS

MOLUSCO CONTAGIOSO

CONDILOMA ACUMINADO

PIOJO PUBICO

ESCABIOSIS

CLASIFICACIÓN SINDRÓMICA DE LAS I.T.S

Las I.T.S se pueden abordar de diferentes maneras, siendo el Manejo Sindrómico la forma más eficaz de diagnóstico y tratamiento presentada por el M.S.P, agrupandolas en 8 grandes síndromes , incluyendo ectoparásitos como Phthirus púbis, el Sarcoptes Scabiei (Piojo Pùbico y Sarna Inguino – Escrotal respectivamente) en un nuevo Síndrome , el de Dermatitis Ectoparàsitaria. (10)

SINDROME	CAUSA MÀS COMÙN
ULCERAS GENITALES	Sifilis Chancroide Herpes genital
BUBÓN INGUINAL	Linfogranuloma venèreo Chancroide
URETRAL	Gonorrea Clamydia
VAGINAL	Vaginitis : Trichomoniasis Candidiasis Gardnerella Cervicitis : Gonorrea Clamydia

<p>DOLOR ABDOMINAL INFERIOR</p>	<p>Gonorrea Clamidia Anaerobios mixtos</p>
<p>EDEMA ESCROTAL</p>	<p>Gonorrea Clamidia</p>
<p>CONJUNTIVITIS NEONATAL</p>	<p>Gonorrea Clamidia</p>
<p>DERMATOSIS ECTOPARASITARIA</p>	<p>Piojo Pùbico Sarna Inguino - Escrotal</p>

PRINCIPALES AGENTES QUE PRODUCEN LAS I.T.S. (7)

GRUPO	AGENTE ETIOLOGICO
BACTERIAS	<p>Neisseria gonorrhoeae (Gonorrea)</p> <p>Treponema pallidum (sífilis)</p> <p>Clamidia trachomatis (Linfogranuloma venéreo)</p> <p>Haemophilus ducreyi (Chancro blando)</p> <p>Calymmatobacterium granulomatis (Donovanosis)</p> <p>Ureaplasma Urealyticum (Uretritis no gonocócica)</p> <p>Gardnerella Vaginalis (Vaginitis no específica)</p>
VIRUS	<p>Virus de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)</p> <p>Virus del herpes simple tipo 1 y 2 (Herpes Simple)</p> <p>Papiloma virus humano (Condiloma Acuminado)</p> <p>Virus de la hepatitis tipos A, B, C Y D (Hepatitis)</p> <p>Cytomegalovirus (Cytomegalovirus)</p> <p>Virus Espstein-Barr. (Mononucleosis Infecciosa)</p> <p>Molluscum Contagiosum (Molusco contagioso genital)</p>
PROTOZOOS	<p>Trichomonas Vaginalis (Tricomoniasis)</p> <p>Entamoeba histolytica (Amebiasis)</p> <p>Giardia Lamblia (Giardiasis)</p>
ECTOPARASITARIO	<p>Phthirus púbis (Piojo púbico)</p> <p>Sarcoptes Scabiei (Sarna)</p>
HONGOS	<p>Cándida Albicans (Candidiasis)</p> <p>Tiña Crural (Tiña crural)</p>

HERPES SIMPLE

El Herpes simple es una infección viral recidivante causada por herpesvirus, de los que el tipo 1 provoca lesiones orofaríngeas, oculares o meningoencefálicas y el tipo 2 provoca lesiones genitales o infecciones neonatales.

El agente causal es el virus del herpes simple (VHS) de la familia Herpesviridae, subfamilia Alphaherpesvirinae.

Su distribución es mundial de 50 a 90% de los adultos poseen anticuerpos circulantes contra el virus del Herpes simple tipo 1; la infección inicial se produce antes del quinto año de la vida, pero cada vez se notifica más infecciones primarias en adultos. La infección por el tipo 2 comienza con la actividad sexual y es rara antes de la adolescencia excepto en menores que han sido objeto de abuso sexual.

En los Estados Unidos el anticuerpo contra el tipo 2 se identifica en aproximadamente 20 a 30 % de los adultos. La prevalencia es mayor hasta (60% en los grupos socioeconómicos más bajos y en las personas promiscuas. (2)

El método de elección para detectar el VHS en una lesión determinada es el aislamiento en cultivo; es más eficaz en episodios iniciales o en lesiones recurrentes de menos de 2 días: se recomienda como rutina en pacientes con enfermedad genital ulcerosa.

En algunos laboratorios se realiza Reacción en Cadena de Polimerasa (RCP) para el ADN del VHS, con mayor sensibilidad que el cultivo, aunque aún no está comercializado; las pruebas de inmunofluorescencia directa para VHS pueden llegar a aproximarse a la sensibilidad del cultivo en muestras de lesiones genitales recientes, pero no son capaces de discriminar entre VHS-1 y VHS-2; las pruebas citológicas (como el análisis de Tzanck con tinción con Giemsa o Papanicolaou) son poco sensibles y se emplean rara vez. (6)

Las pruebas serológicas de elección son las sondas de Wester blot, que no están a la venta; se dispone desde hace poco de análisis de anticuerpos específicos para VHS-2; la mayoría de los otros análisis empleados (p. ej., anticuerpos de inmunofluorescencia indirecta, pruebas de neutralización) no son capaces de distinguir entre VHS-1 y VHS-2, aunque digan lo contrario, por lo que no se utilizan para diagnóstico.

El diagnóstico clínico es a menudo fiable en los casos típicos (p. ej., acúmulos (las vesículas); en los casos de sospecha se recomienda diagnóstico virológico; el método definitivo es la identificación del VHS-2 por cultivo, RCP o métodos inmunohistoquímicos. aunque un resultado negativo no excluye el diagnóstico; los análisis de anticuerpos específicos para VHS-2 son útiles a menudo en pacientes con lesiones atípicas o cultivo negativo; descartar sífilis, chancro blando (chancroide) y otras causas de úlcera genital. (6).

El eje principal de la terapia es el aciclovir, valaciclovir o famciclovir sistémico; valaciclovir y famciclovir tienen mejor biodisponibilidad comparados con el aciclovir: los laboratorios recomiendan la administración del aciclovir 5 veces al día, aunque la experiencia clínica y farmacocinética apoyan una posología menos frecuente; el tratamiento acelera la mejoría, evita recidivas clínicas y disminuye de forma importante la diseminación viral, aunque no erradica el VHS; no se han encontrado evidencias de un brote más grave o recidivas más frecuentes (“efecto rebote”) tras suprimir el tratamiento; se desconoce el efecto del tratamiento sobre la transmisión de la infección a la pareja; la terapia tópica está poco indicada ya que su efecto es muy escaso.

Herpes genital (primario o no). Todos los casos se deben tratar, aunque clínicamente parezcan banales, para acortar la duración de los casos y prevenir una evolución acelerada

- Valaciclovir 1.0 g V.O (Vía oral) 2 veces al día durante 7-10 días.
- Famciclovir 250 mg V.O 3 veces al día durante 7-10 días.
- Aciclovir 400 mg V.O 3 veces al día durante 7-10 días. (7)

- Los casos graves que requieran hospitalización: aciclovir 5-10 mg/Kg. de peso 1V (Intravenoso) cada 8 horas , durante 5-7 días o hasta producir mejoría, luego cambio a valaciclovir oral, famciclovir o aciclovir hasta completar una terapia total 2 veces al día por 7-14 días.

Herpes genital recidivante. El tratamiento de ataque acelera la curación de los brotes repetidos si se inicia el primer día de presentación; los pacientes con pródromos pueden abortar el brote con un tratamiento inmediato; la terapia supresora disminuye las recidivas sintomáticas en un 70%-80%; se debe ofrecer tratamiento supresor a todos los pacientes con herpes recidivante, sobre todo en los casos graves, si hay ansiedad, estrés o depresión asociados al herpes o si el paciente tiene más de 6 episodios anuales; una vez alcanzada la supresión, se debe ajustar la terapia para determinar la dosis y frecuencia óptimas; interrumpir la terapia supresora con intervalos de un año para volver a estudiar la frecuencia y severidad de los brotes; se desconoce el efecto del tratamiento sobre la transmisión a las parejas sexuales.

Regímenes para el tratamiento de ataque:

- Valaciclovir 500 mg V.O 2 veces al día durante 5 días.
- Famciclovir 12.5 mg V.O 2 veces al día durante 5 días.
- Aciclovir 400 mg V.O 2 veces al día durante 5 días.

Regímenes para el tratamiento supresor

- Valaciclovir 500 mg V.O a diario; o 1 g V.O a diario en pacientes con >10 brotes sintomáticos anuales.
- Famciclovir 250 mg V.O 2 veces al día.
- Aciclovir 400 mg V.O 2 veces al día.

Como tratamiento de apoyo se debe mantener las lesiones limpias y secas lavándolas 2- 3 veces al día y el uso de ropa interior de algodón no muy ajustada; las pomadas de anestésico tópico pueden ayudar a controlar el dolor.

Hay que informar al paciente sobre la posibilidad de recidiva, la frecuencia de extensión subclínica (especialmente en los primeros 6-12 meses de la infección inicial) y potencial de contagio; recordar que el parto por cesárea no suele ser necesario en mujeres con herpes recidivante; instruir sobre la disponibilidad de fármacos para prevenir o tratar futuras recidivas; recomendar el uso de preservativo para evitar el contagio, especialmente el primer año tras la infección inicial.

En la prevención se debe tener en cuenta el tratamiento de las parejas sexuales, estudiar a todas las parejas que desconozcan tener herpes genital; la serología con especificidad de tipo está indicada de forma rutinaria en las parejas para diagnóstico de infección subclínica y asesoramiento; educar al paciente y a sus parejas para la detección de infección subclínica y reconocimiento de síntomas sutiles; explorar a las parejas de forma inmediata (en 24-48 horas) ante la aparición o recidiva de síntomas; tranquilizar al paciente y a sus parejas asegurando que en caso de ocurrir el contagio, la infección suele ser asintomática y si tiene síntomas existe tratamiento eficaz de los mismos. (4)

SIFILIS (CHANCRO DURO)

La sífilis se conoce desde finales del siglo XV. Se caracteriza por una historia natural compleja, determinada por las características peculiares de la espiroqueta que la produce, *Treponema pallidum*, y por la respuesta inmunológica que origina. La patogénesis es similar a la de la tuberculosis.

Ambas infecciones se producen por patógenos de replicación lenta y son contenidas por una respuesta inmune mediada por células; ambas comienzan típicamente por una infección primaria de aspecto benigno que se continúa por bacteriemia silente con diseminación de los microorganismos a diversos órganos.

Se ha descrito en los pacientes sífilíticos infectados por el VIH una respuesta débil a antibióticos, resultados anómalos en las pruebas serológicas y riesgo aumentado de neurosífilis; aunque parece que es poco frecuente. (6)

Las tasas declaradas de Sífilis se elevaron en los 70 y a comienzos de los 80 principalmente por el aumento de casos en hombres homosexuales y bisexuales, pero desde mediados de los 80 la frecuencia de sífilis entre homosexuales (HSH) disminuyó de forma drástica como resultado de los cambios adoptados tras la aparición del sida. (21)

La tasa de sífilis temprana volvió a elevarse de forma espectacular a finales de los 80, sobre todo en población heterosexual con alto índice de abuso de drogas y; desarraigo social. En los 90 la incidencia descendió al nivel más bajo desde que se realizan estadísticas nacionales y en 1999 el Center for Disease Control and Prevention (CDC, centro para el control y prevención de enfermedades) anuncio un plan para erradicar la transmisión de sífilis en Estados Unidos. Desde 1998 a 2000 se ha producido un incremento llamativo en el número de casos en determinadas zonas geográficas, sobre todo entre HSH coinfectados por el VIH.

La Sífilis se transmite sexualmente en las etapas primaria, secundaria y latente inicial; el tipo congénito se transmite por infección transplacentaria; hay casos poco frecuentes de transmisión sexual, a veces en un contexto nosocomial; existe susceptibilidad a todas las edades, pero sobre todo entre 21 y 34 años. (2)

En la evolución de las manifestaciones clínicas hay que estimar el periodo de incubación suele ser 2-6 semanas (a veces hasta 3 meses) desde la exposición al desarrollo de sífilis primaria clínicamente detectable. (4)

En la Sífilis primaria el chancro suele presentarse a modo de úlcera única indolora, oval o redondeada, típicamente indurada de fondo limpio; la presencia de un chancro clásico no es sensible pero sí muy específica de sífilis; la mayoría de los chancros aparecen en genitales externos, pero también son habituales las lesiones vaginales o perianales y hay casos de chancro oral; las adenopatías regionales son frecuentes y suelen ser bilaterales con ganglios firmes que no fluctúan, indoloros o mínimamente dolorosos sin eritema suprayacente; por lo general no hay síntomas sistémicos; es

frecuente la infección asintomática, probablemente por chancros no detectados (p. ej., vaginal, anal o rectal). (2)

En la Sífilis secundaria la forma de presentación más habitual es como una erupción cutánea papuloescamosa generalizada sin prurito; otras manifestaciones frecuentes incluyen placas mucosas, placas de alopecia parcheada, linfadenopatía generalizada, fiebre, dolor de cabeza, malestar; manifestaciones neurológicas focales de forma ocasional. (2)

La sífilis terciaria clásica es poco frecuente; se presenta como lesiones granulomatosas localmente destructivas en piel, hígado, hueso u otros órganos; los signos de neurosífilis incluyen el tabes dorsal y la demencia, a menudo de carácter paranoide (“paresia general”); las manifestaciones cardiovasculares principales son aneurismas de aorta ascendente e insuficiencia aórtica valvular.

La Sífilis latente se define como una infección asintomática que sigue a la sífilis primaria; sólo se detecta en análisis serológicos: se divide en latente temprana (infecciosa, < 1 año) y latente tardía (> 1 año, generalmente no infectante).

La Sífilis Congénita su severidad varía desde asintomática a mortal; las manifestaciones iniciales más frecuentes son aborto espontáneo, mortinatos, encefalitis, erupción cutánea generalizada, entre otras. (2) (6)

El diagnóstico de laboratorio se lo realiza mediante la identificación de *T. pallidum* que puede ser visual o antigénica.

El Microscopio de Campo Oscuro identifica las espiroquetas móviles características del *T. pallidum* (10 μ m -13 μ m de longitud, con una vuelta de espiral por mm y movimiento rotacional con flexión) en raspados montados en suero del chancro o lesión de sífilis secundaria, o bien en punción de ganglio linfático; en lesiones de mucosa oral esta técnica es de valor limitado por la frecuente colonización bucal de bacilos helicoidales.

La serología es el pilar fundamental del diagnóstico de laboratorio, sobre todo después de una sífilis primaria o con pruebas de microscopio negativas.

En las pruebas no treponémicas tenemos el Análisis VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y sus variantes, incluyendo la rearginina plasmática rápida (RPR); detectan anticuerpos anti-cardiolipina, un componente de las células normales de mamíferos; son sensibles, pero no específicos; los resultados positivos necesitan confirmación con un análisis de anticuerpos treponémicos. (2)

Los usos principales de las pruebas no treponémicas son detección selectiva y valoración de la actividad de la enfermedad. El VDRL o la RPR comienzan a ser reactivos en la sífilis primaria; aproximadamente el 70% de pacientes con sífilis primaria tienen pruebas positivas, según el momento de toma de la muestra. Prácticamente todos los pacientes que no han recibido tratamiento tienen una prueba positiva después de la etapa primaria. La positividad adquiere títulos máximos (de 1:16 a 1:256) en la sífilis secundaria. Los títulos luego descienden espontáneamente de forma característica hasta 1:1 a 1:8 en la infección latente tardía y a menudo vuelven a subir si hay progresión a sífilis terciaria.

El Análisis de Anticuerpo Treponémico detecta el anticuerpo específico contra *T. Pallidum*, como las pruebas de absorción de anticuerpo treponémico Fluorescente (FTA-ABS), las de microhemaglutinación para *T. Pallidum* (MHA-TP) y la aglutinación de partículas de *T pallidum* (TPPA).

La mayoría de las pruebas treponémicas no son cuantitativas, ya que su uso esencial es para confirmar los resultados positivos de VDRL o RPR. En pacientes con sífilis secundaria o tardía, las pruebas treponémicas suelen permanecer positivas de forma indefinida, aun después de un tratamiento eficaz, pero se vuelve negativas hasta en un 25% de los pacientes con sífilis primaria tratados.

Una vez el análisis treponémico es positivo, no suele estar indicada la repetición del mismo; como prueba de monitorización del tratamiento se utilizan las pruebas cuantitativas no treponémicas. (5)

El tratamiento sigue siendo la Penicilina G Benzatínica, fármaco de elección en todos los estadios de la enfermedad.

El régimen recomendado en la infección primaria, secundaria y latente inicial comprende:

Tratamiento de elección (7)

- Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades IM, monodosis.

Los regímenes alternativos en pacientes alérgicos a penicilina son el uso de Doxiciclina 100 mg V.O 2 veces al día durante 2 semanas.

- Clorhidrato de tetraciclina 500 mg V.O 4 veces al día durante 2 semanas.

El tratamiento de los enfermos con infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana) VIH se basa en el uso exclusivo de Penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM, como en los enfermos no infectados por el VIH; algunos especialistas recomiendan repetir el régimen semanalmente hasta un total de 2 a 3 dosis.

En la Sífilis tardía (> 1 año de duración), excepto neurosífilis el tratamiento de elección comprende:

- Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades IM semanales, 3 dosis.

Regímenes alternativos:

- Doxiciclina 100 mg V.O 2 veces al día durante 4 semanas.
- Clorhidrato de tetraciclina 500 mg V.O 4 veces al día durante 4 semanas.

En la Neurosífilis el tratamiento de elección comprende:

- Penicilina G acuosa 3 a 4 millones de unidades IV cada 4 h durante 10-14 días.

Regímenes alternativos:

- Penicilina G procaína 2,4 millones de unidades IM diarias, con probenecid oral 500 mg 4 veces al día durante 10-14 días. (6)

Sólo se ha demostrado efectiva la penicilina; se debe desensibilizar a los alérgicos y tratar con penicilina.

Para Sífilis en mujeres embarazadas se utiliza la penicilina, según el estadio clínico; en las pacientes alérgicas se debe realizar desensibilización previa y posterior tratamiento con penicilina; están contraindicadas las tetraciclinas; la eritromicina no previene la infección fetal.

Infección Primaria Secundaria y Latente Inicial. Nueva exploración y obtención de VDRL o RPR 1, 3, 6, 12 y 24 meses después del tratamiento o hasta la negativización; si permanecen positivos a cualquier título VDRL o RPR. repetir con intervalos de 6-12 meses durante 1-2 años.

Sífilis Tardía. Reevaluar con obtención de VDRL o RPR a los 3, 6 y 12 meses; repetir con intervalos de 12 meses durante 2-3 años si las pruebas continúan positivas.

Pacientes con Infección por VIH. Nueva exploración y realización de VDRL o RPR en 1, 2, 3, 6, 9, 12 y 24 meses después de finalizar el tratamiento, aunque se negativicen antes de los 24 meses.

Neuro Sífilis. Seguimiento según estadio y VIH; si el LCR está alterado antes del tratamiento, repetir el estudio del LCR con intervalos de 6 meses hasta que el recuento celular esté dentro de límites normales y el VDRL en LCR sea negativo.

GONORREA

La Gonorrea se sitúa entre las Infecciones por Transmisión Sexual (ITS) más frecuentes y conocidas en todo el mundo. La *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo

Gram negativo que suele encontrarse en el interior de leucocitos polimorfonucleares (PMN), afecta de forma primaria las superficies mucosas de endocérvix o uretra y puede extenderse secundariamente a mucosas rectal, faríngea y conjuntival. En mujeres, la infección ascendente puede originar Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) gonocócica, la complicación más frecuente y una causa importante de infertilidad femenina. La diseminación hematógena ocasiona un síndrome característico de artritis-dermatitis y más raramente endocarditis bacteriana o meningitis. Otras complicaciones son la epididimitis y, en recién nacidos de madres infectadas, ceguera por conjuntivitis con cicatrices corneales (oftalmía neonatorum). La transmisión se realiza casi exclusivamente por vía sexual o exposición perinatal.

Desde finales de los 70 la incidencia está disminuyendo en Estados Unidos; en 1998 se notificaron 355.000 casos (se estima un total de 700.000) lo que supone 133 casos por 10.000 habitantes y constituyen las cifras más bajas desde 1930, cuando se comenzó a realizar esta estadística; los casos declarados varían mucho ya que la mayor parte de ellos se producen en poblaciones de bajo nivel socioeconómico debido a la alta frecuencia de drogadicción y prostitución y en HSH. La mayoría de los casos se adquieren por coito anal o vaginal, con un riesgo de contagio del 20 %-50% en cada exposición no protegida, el contacto oro-genital es menos eficaz, sobre todo de faringe a genitales, pero el sexo oral explica el incremento en la frecuencia de uretritis gonocócica entre HSH. (6)

Hay susceptibilidad a todas las edades; casi el 80% de los casos se dan en mujeres entre 15-29 años y en hombres de 15 a 34 años; la media de edad es varios años mayor que la de la infección por Chlamydia.

La proporción hombre mujer es aproximadamente 1:1 a 1:2; la variación depende del éxito en la detección de mujeres asintomáticas, la frecuencia de la prostitución y la proporción de casos entre HSH.

Respecto a su orientación sexual desde comienzos de los 80 a mitad de los 90 se produjo una disminución espectacular en la incidencia entre HSH, aunque desde

finales de los 90 ha vuelto a ascender, posiblemente por una actitud más relajada ante el SIDA en respuesta a los avances en el tratamiento del VIH; la tasa anual de gonorrea en HSH sigue siendo varias veces mayor que en heterosexuales; es bastante raro en mujeres exclusivamente homosexuales.. Estado civil soltero; bajo nivel socioeconómico y cultural; drogadicción; prostitución; infección gonocócica previa; poca frecuencia de utilización de preservativo; las cifras son varias veces más altas en afroamericanos o hispanos que entre blancos o asiáticos. (2)

El tiempo de incubación es de 2 a 5 días para la uretritis en hombres y 5-10 días en mujeres. El 1%-5% de las infecciones en hombres y 20%-40% en mujeres son subclínicas durante mucho tiempo; el periodo de incubación para la EPI, proctitis e infección diseminada es variable; la mayoría de las infecciones faríngeas y rectales permanecen asintomáticas.

La sintomatología en hombres se caracteriza por secreción uretral a menudo en grandes cantidades con o sin disuria; en mujeres, combinaciones de secreción vaginal, disuria, sangrad inter-menstrual.

Los principales síntomas de las complicaciones son dolor abdominal bajo, dolor e hinchazón testicular, poliartralgias, artritis, lesiones cutáneas, dolor y supuración conjuntival y síndrome constitucional.

La exploración física en hombres comprende la secreción uretral, casi siempre manifiesta aunque en ocasiones sólo se evidencia tras "ordeño" uretral (2)

En mujeres el exudado endocervical es purulento o mucopurulento así como otros signos de cervicitis mucopurulenta; ocasional exudado purulento al exprimir la uretra, glándulas de Bartolino a veces dolor uterino o perianexial; la exploración puede ser normal.

En el diagnóstico de laboratorio tenemos la identificación bacteriana utilizando la Tinción con Gram (extensiones citológicas) en donde se observan leucocitos polimorfonucleares (PMN) con diplococos intracelulares Gram. negativos (DICGN); es una prueba sensible y específica para la uretritis sintomática; detecta < 50% de los casos de infección cervical, rectal o uretral asintomática, aunque un resultado claramente positivo es fiable para diagnosticar gonorrea; no es útil para la infección faríngea.

El cultivo en medio selectivo detecta > 95 % de gonorrea uretral masculina y 80%-90% de infecciones cervicales, rectales y faríngeas; el cultivo es el método de elección en la mayor parte de los casos y el único que posibilita la realización de un antibiograma.

El tratamiento se enfrenta a las variantes de *N. gonorrhoeae* resistentes a la penicilina son frecuentes en el mundo entero y continuamente se desarrollan y difunden especies con resistencias a otros antibióticos

En Asia actualmente hay abundantes gonococos resistentes a fluoroquinolonas aunque en Estados Unidos no es así todavía; no se ha desarrollado gran resistencia a cefalosporinas; se debe tratar con regímenes monodosis al que se le añade tratamiento para la infección por *Chlamydia trachomatis*, ya que está presente en el 15%-30% de hombres y mujeres heterosexuales y en < 5% de HSH; Al gunos esquemas se mencionan de acuerdo a la etipificación de la gonorrea:

Infección gonocócica no complicada en adultos

Tratamiento inicial monodosis con administración supervisada:

Cefixima 400 mg V.O

Ceftriaxona 125 mg intramuscular (I.M)

Ciprofloxacina 500 mg V.O

Ofloxacina 400 mg V.O

Tratamiento complementario:

Azitromicina 1,0 g V.O, monodosis

Doxiciclina 100 mg V.O 2 veces al día durante 7 días. (6)

En mujeres embarazadas evitar el ciprofloxacino, ofloxacino y doxiciclina.

En alérgicos a la cefalosporina, usar espectinomina 2.0 g IM en una sola dosis; para tratamiento anti-chlamydias utilizar amoxicilina, azitromicina o eritromicina. (3)

En las infecciones gonocócicas diseminadas utilizar ceftriaxona 1,0 g IM o intravenosa (IV) cada 24 h, o ciprofloxacino 500 mg IV cada 12 h, durante 1-2 días o hasta evidenciar mejoría; luego cefixima 400 mg V.O 2 veces al día, ciprofloxacino 500 mg V.O 2 veces al día u ofloxacino 400 mg VO 2 veces al día hasta completar 7 días de tratamiento en total. (7)

No está indicada la realización de pruebas de curación en casos de gonorrea no complicada tratada con los regímenes recomendados administrados con supervisión; las mujeres deberían realizarse una nueva detección selectiva de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* 2-4 meses después del tratamiento.

Hay que notificar, analizar y tratar a todas las parejas en las 2-4 semanas previas a la infección; el ministerio o consejería de sanidad puede ayudar a localizarlos.

CHANCROIDE (Chancro blando)

El Chancroide (Chancro blando) es una enfermedad ulcerosa genital producida por *Haemophilus ducreyi*. Es una de las cinco ITS "clásicas" junto con la Gonorrea, Sífilis, Linfogramuloma Venéreo y Granuloma Inguinal. (6)

En la mayoría de los entornos sociales, el chancro blando está asociado más íntimamente con el abuso de drogas y la prostitución que el resto de ITS. Esto se puede explicar por la baja frecuencia relativa de portadores asintomáticos; un brote mantenido de chancro blando requeriría una población con individuos que mantienen relaciones sexuales a pesar de tener úlceras genitales dolorosas.

El Chancroide, como otras I.T.S. úlcero-inflamatorias, aumenta de forma significativa la eficiencia de la transmisión sexual del VIH. (2)

En lo que respecta a la incidencia y prevalencia en la década de los 90 ha ido disminuyendo; 3.476 casos declarados en 1991, 189 casos en 1998; su transmisión es exclusivamente por contacto sexual; es susceptible en todas las edades; la mayor parte de los casos entre 25 y 30 años y tiene una predilección clara por el género masculino en los que se han diagnosticado el mayor número de casos

Posterior al periodo de incubación de 2 a 10 días, lo típico son úlceras dolorosas, a veces múltiples; el 50% de los pacientes tienen linfadenopatía regional (habitualmente inguinal); no suele haber sintomatología sistémica. A menudo relacionada con prostitución, abuso de drogas o viaje reciente a zonas endémicas.

En la exploración física podemos encontrar una o más úlceras genitales de base no indurada y fondo purulento; la localización más frecuente en hombres es en glándula, corona o superficie interna del prepucio; en mujeres la mayoría de las lesiones están en el introito o en los labios, a veces intra-vaginales; las úlceras suelen ser muy dolorosas, aunque en ocasiones hay lesiones indoloras; es frecuente el eritema y los bordes excavados; las úlceras múltiples a veces se originan de lesiones que "se besan" por aposición de una lesión inicial con piel o mucosas sanas; linfadenopatía inguinal unilateral o bilateral en el 50%-60%; la linfadenopatía es la típica de infección piógena, con eritema suprayacente, dolor y fluctuación ocasional; los ganglios afectados a veces drenan una secreción purulenta. (4)

El diagnóstico de laboratorio se lo puede realizar mediante el aislamiento de *H. ducreyi* de la lesión o de punción aspiración de un ganglio linfático; la sensibilidad del cultivo es del 60%-80% según sea el manejo de la muestra, el medio de cultivo y la experiencia del laboratorio. La tinción con Gram. del aspirado ganglionar puede mostrar bacilos pequeños Gram.-negativos, aunque es poco sensible e inespecífica. Todos los casos sospechosos precisan estudio en microscopio de campo oscuro, cultivo para VHS y análisis serológicos de Sífilis. (5)

Como criterio diagnóstico la identificación por RCP o cultivo de *H. ducreyi* es definitiva; de lo contrario el diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y epidemiológicos así como por exclusión de herpes genital y sífilis. (22)

El tratamiento depende del contenido de plásmidos con B-lactamasas, que confieren resistencia a la penicilina; las cefalosporinas de tercera generación, fluoroquinolonas (p. ej., Ciprofloxacino) y macrólidos conservan su actividad; todos los regímenes terapéuticos, aunque se recomiendan de forma especial cefalosporinas o fluoroquinolonas, son menos efectivos en personas infectadas por VIH.

Tratamientos recomendados (6)

Azitromicina 1.0 g VO (monodosis).

Ceftriaxona 250 mg IM (monodosis).

Ciprofloxacina 500 mg VO 2 veces al día durante 3 días.

Eritromicina 500 mg VO 4 veces al día durante 7 días.

TRICOMONIASIS

Enfermedad común y persistente del aparato genitourinario, causada por un protozoo flagelado la *Trichomonas vaginalis*, que en las mujeres se caracteriza por vaginitis, y en los hombres es parte del 5 al 10% de los casos de uretritis no gonocócica. (6)

La tricomoniasis es una enfermedad de amplia distribución geográfica, frecuente en todos los continentes y en todas las razas, especialmente en los adultos, con mayor incidencia entre las mujeres de 16 a 35 años de edad.

Puede causar uretritis o cistitis, pero a menudo es asintomática; también puede ocasionar esterilidad y facilitar la infección por el VIH.

En general aproximadamente 20% de las mujeres pueden infectarse en los años de vida reproductiva. El modo de transmisión es por contacto con secreciones vaginales y uretrales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales. El período de incubación va de 4 a 20 días, con un promedio de 7 días; muchas personas son portadoras asintomáticas durante años.

En las mujeres se caracteriza por la presencia de vaginitis, a menudo con pequeñas Petequias o lesiones hemorrágicas puntiformes “de color fresa”, y una secreción profusa, poco espesa, espumosa y verde amarillenta de olor fétido.

En los hombres, el agente infeccioso invade y persiste en la próstata, la uretra o las vesículas seminales produciendo solo síntomas leves, pero a veces gran disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, acompañado a veces de secreción uretral fétida. (4)

El diagnóstico se hace por identificación del parásito móvil, por estudio microscópico de secreciones o por cultivo, que es la técnica más sensible. Las tricomonas se identifican también en el frotis de Papanicolaou.

La tricomoniasis suele coexistir con la gonorrea, hasta en 40% de los infectados, según algunos estudios. Si se diagnostica tricomoniasis, hay que hacer una evaluación completa de los agentes patógenos que intervienen en las I.T.S. (10)

El Tratamiento específico comprende el uso de Metronidazol 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días, resultando eficaz pero esta contraindicado durante el embarazo.

Se puede utilizar Cotrimazol al 1% aplicación intravaginal 2 veces al día por 5 días, previo lavado e higiene continua de los genitales externos y el conducto vaginal.

Recordar siempre que todo tratamiento debe ser simultáneo a las parejas sexuales, para evitar la reinfección. (11)

CONDILOMA ACUMINADO

Enfermedad vírica que se manifiesta por la presencia de neoformaciones cárneas con aspecto de una coliflor, que la mayoría de las veces aparecen en las zonas húmedas de los genitales, zona perianal y dentro del conducto anal. Deben diferenciarse del condiloma plano y de la sífilis secundaria.

También se la denomina como verruga vulgar, papiloma venéreo, verruca vulgaris, condilomas genitales, crestas de gallo, vegetaciones venéreas. (4)

Su agente etiológico es el virus del papiloma humano (VPH), del grupo papovavirus ADN (virus de las verrugas humanas) tipo 16 (HPV 16); a veces son causados por los tipos 5, 6, 8, 11 y 18. Los tipos 16, 18, 31 y 35 son los más frecuentemente implicados en el cáncer de cuello uterino. (2)

El condiloma acuminado suele transmitirse por contacto sexual, de ahí incuba por aproximadamente 2 a 3 meses, con límites de 1 a 20 meses.

El período de transmisibilidad se desconoce, pero probablemente sea mientras persistan las lesiones visibles.

Una vez que se ha producido la primoinfección y se lleva a cabo el período de incubación se produce la aparición de vegetaciones carnosas de superficie irregular y altura variable con aspecto típico de coliflor o crestas de gallo, que se distribuyen en las áreas perianales, vulvares, balanoprepuciales.

Existe el riesgo de presentar displasia genitouterina y neoplasia intraepitelial escamosa de la vulva, el pene, y el ano. En el diagnóstico se debe realizar una anamnesis general incluyendo el examen físico completo del paciente, determinando la localización, aspecto, distribución y coloración de las lesiones.

Investigar el papilomavirus mediante la presencia de coilocitos característicos en los frotis vaginales coloreados por Papanicolaou, métodos inmunohistoquímicos, (RCP) que permite revelar el genoma viral en las células. El tratamiento de las personas afectadas disminuirá el número de virus de verrugas que se puedan transmitir, a pesar de esto las verrugas casi siempre muestran regresión espontánea en el término de meses-años.

Se mencionan los siguientes métodos farmacológicos y no farmacológicos:

Podofilina al 10-25% en tintura de benjuí, ácido tricloroacético o nitrógeno líquido, excepto en las mujeres embarazadas. (2)

Para las lesiones genitales diseminadas ha sido útil el 5-fluorouracilo.

Además se ha demostrado que la inyección intralesional de Interferón alfa-2b recombinante es eficaz pero aún sigue en estadio experimental. (6)

Existen otros métodos como Crioterapia con nitrógeno líquido, electrocauterización y la escisión quirúrgica, ha mostrado cierta mejoría en esta enfermedad. Pero todos estos métodos deben ir acompañados del control de los pacientes tratados y de sus compañeros sexuales para prevenir la difusión de la infección.

CLAMIDIASIS

La *Chlamidia trachomatis* es una bacteria de pequeño tamaño que invade células eucariotas y necesita cultivos celulares para su aislamiento. La infección por chlamydias es la ITS bacteriana más prevalente en los países industrializados y probablemente a nivel mundial; junto con el herpes genital y la infección por virus del papiloma humano (H.P.V), constituye una de las tres ITS más frecuentes en los Estados Unidos. (6)

Algunos serotipos ocasionan ceguera por tracoma, que constituye aún hoy un problema de salud en varios países en vías de desarrollo. En adultos, las manifestaciones predominantes de la infección por los serotipos no-Linfogranuloma venéreo de *Chlamidia trachomatis* son uretritis, cervicitis, proctitis y conjuntivitis, que suelen ser leves y a menudo asintomáticas. Este espectro clínico es parecido al de la gonorrea, pero con síntomas y signos inflamatorios menos llamativos, período de incubación más largo y con mayor frecuencia de infección subclínica. De forma paradójica, la naturaleza aparentemente leve de la infección por Chlamidias puede incrementar la frecuencia de complicaciones, ya que se suele demorar el tratamiento,

y una infección subclínica puede originar cicatrices importantes (como obstrucción de trompas de Falopio). El organismo se puede detectar en el tracto genital superior de la mayoría de las mujeres con infección cervical, a pesar de la ausencia de síntomas de endometritis o salpingitis y la mayor parte de las mujeres con infertilidad tubárica por *C. trachomatis* no tienen antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) o dolor abdominal no justificado

La prevención y control se ven entorpecidos de forma importante por las dificultades en el reconocimiento clínico y diagnóstico.

Se estima una incidencia anual de tres millones de infecciones en Estados Unidos; en Seattle, las infecciones declaradas son aproximadamente 300 de cada 100.000 totales y 2.000 por cada 100.000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años; la prevalencia es típicamente del 5%-10% en varones sexualmente activos con edades entre 15 y 30 años.

Su transmisión es exclusivamente por contacto sexual o de forma perinatal, pero la infección faríngea y por sexo oral es rara. (22)

Los casos son más declarados en personas con bajo nivel socioeconómico y educativo, así como con grupos raciales afroamericanos o hispanos; los anticonceptivos hormonales se asocian con mayor prevalencia de estas infecciones en mujeres promiscuas, aunque no está claro si esto refleja susceptibilidad o sensibilidad del diagnóstico de laboratorio.

El período de incubación va desde una semana a varios meses (normalmente 1-3 semanas) en personas sintomáticas, aunque muchas infecciones permanecen subclínicas. La sintomatología en hombres se manifiesta con secreción uretral, a menudo escasa, y disuria leve, a veces referida como picor u hormigueo uretral.

En mujeres se manifiesta con secreción vaginal, disuria, sangrado vaginal intermenstrual o postcoital, dolor abdominal; u otros síntomas como uretritis, cervicitis, salpingitis, epididimitis o conjuntivitis. (4)

En la exploración física del Aparato Urogenital se deben detectar signos de uretritis, cervicitis, salpingitis, proctitis, epididimitis y otras manifestaciones; es más frecuente la secreción mucoide o mucopurulenta que un exudado claramente purulento; pero a menudo la exploración no aporta muchos datos, sobre todo en las etapas asintomáticas.

Para la identificación del organismo se emplean las sondas de amplificación de ADN que utilizan reacción en cadena ligasa (RCL), reacción en cadena polimerasa (RCP), o amplificación mediada por transcripción (AMT) detectan 90%-95% de las infecciones en orina o secreciones genitales, constituyendo la prueba de elección.

El cultivo detecta 70%-80% de infecciones y puede realizarse tanto en muestras rectales como en orina. (19)

El tratamiento para la infección no complicada, comprende: azitromicina 1,0 g vía oral (VO), una sola dosis supervisada; o doxiciclina 100 mg V.O dos veces al día durante 7 días, si está asegurado el cumplimiento; cada uno tiene una eficacia > 95%. Como regímenes alternativos tenemos ofloxacino 300 mg V.O 2 veces al día durante 7 días; eritromicina base 500 mg V.O cuatro veces al día durante 7 días (eficacia < 90%).

En mujeres embarazadas amoxicilina 500 mg V.O 4 veces al día durante 7-10 días; o azitromicina 1,0 g V.O una sola dosis supervisada. (7)

En el seguimiento de la infección no complicada no está indicada la realización de un análisis de curación al finalizar la terapia con azitromicina o doxiciclina, a menos que se cuestione el cumplimiento de la misma; se recomienda la realización de análisis de curación 2-3 semanas después del tratamiento con eritromicina en toda mujer embarazada sin importar el régimen empleado.

La prevención consiste en la enfatización la importancia de la prevención de infecciones futuras, por el incremento en el riesgo de complicaciones, sobre todo

para mujeres, fomentando la monogamia, la utilización de condón y la selección cuidadosa de parejas sexuales. (11)

Se debe analizar a todas las mujeres sexualmente activas < 20 años y a las de 21-30 años con >1 compañero sexual, nueva pareja o pareja con síntomas; también llevar a cabo la detección selectiva de varones jóvenes (< 30 años) mediante análisis de orina; se debe analizar de rutina a todas las mujeres embarazadas para prevenir la infección neonatal.

Hay que realizar una nueva detección selectiva (rescreening) a las mujeres con infección por chlamydias 3-4 meses después del tratamiento, ya que 10%-20% tienen infección recurrente/persistente debido a nueva exposición sexual o incumplimiento terapéutico. (2).

LINFOGRANULOMA VENÉREO

El Linfogranuloma venéreo (L.G.V) es una enfermedad sistémica de transmisión sexual causada por *Clamidia trachomatis*; también se la conoce como Bubón tropical, Poradenitis inguinal. (4)

La relación varones:mujeres es de 5:1 tiene carácter endémico en Africa, India, ciertas zonas del sudeste asiático, América del sur y es raro en E.E.U.U.

En el estadio primario el período de inoculación va de 3 a 21 días con la aparición de una lesión primaria o lesión herpetiforme más una pápula y úlcera superficial, así mismo puede haber curación espontánea sin dejar cicatriz.

La localización más frecuente de esta lesión en las mujeres puede ser la pared posterior vaginal, en la foseta o vulva.

El estadio secundario comienza 1-4 semanas después de la lesión primaria. Con la aparición de adenopatía inguinal unilateral (Síndrome Inguinal) constituyendo el signo clínico más frecuente de esta enfermedad en el 70% de los casos, con síntomas como adenitis dolorosa extensa (bubón) y supuración con numerosos tractos

sinusales. El signo del surco indica afectación de los ganglios inguinales y femorales en el 20% de los casos, siendo más frecuente en los varones. Sin embargo la afectación de los ganglios linfáticos retroperitoneales e ilíacos profundo en la mujer puede manifestarse como una masa pélvica.

El estadio terciario se caracteriza por un síndrome anogenital que puede ser :

Subagudo: proctocolitis.

Tardío: destrucción o fibrosis hística, senos, abscesos, fístulas, estenosis del perineo, elefantiasis.

El diagnóstico diferencial se lo hace con la adenitis inguinal, adenitis supurativa, adenitis retroperitoneal, proctitis, esquistosomiasis. (6)

Las pruebas de laboratorio más relevantes constituyen:

Prueba de Frei positiva: Detectaba el antígeno intradérmico de Clamidia, pero ya no se lo utiliza, solo tiene importancia histórica.

Prueba de fijación del complemento: Valores > 1:64 nos indica infección activa, los tipos de la convalecencia no son distintos.

Cultivo de Clamidia en células: El líquido aspirado de un ganglio linfático fluctuante proporciona la mayor frecuencia de aislamiento.

Recuento sanguíneo completo: Leucocitosis ligera con linfocitosis o monocitosis.

Velocidad de sedimentación globular elevada.

VDRL y pruebas de detección selectiva para VIH: Con el fin de descartar otras I.T.S.

Los estudios por imagen con enema de bario pueden revelar la estructura alargada de LGV y la tomografía computada tiene utilidad en la localización de adenitis retroperitoneal.

El tratamiento clínico farmacológico consiste en evitar el consumo de leche y otros productos lácteos mientras se administra medicación; abstinencia sexual; tratar a las parejas sexuales.

Para tratamiento clínico a largo plazo: Doxiciclina 100mg V.O 2 veces al día durante 21 días; eritromicina base 500 mg V.O 4 veces al día durante 21 días; sulfisoxazol 500 mg V.O 4 veces al día durante 21 días.

Quirúrgicamente se puede realizar aspiración de ganglios fluctuantes y drenaje de abscesos.

Como tratamiento a largo plazo, será necesario un ciclo terapéutico más prolongado para la infección crónica o recidivante, que puede deberse a reinfección o tratamiento inadecuado. La estenosis rectal requiere colostomía y su cirugía solo debe considerarse después del tratamiento antibiótico.

La enfermedad tiene buen pronóstico cuando el tratamiento es precòz, que suele conseguir la completa resolución de los síntomas.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (E.P.I)

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) es la complicación grave más frecuente de las I.T.S. Se define como salpingitis, generalmente acompañada de endometritis o peritonitis secundaria, que se produce como consecuencia de una infección genital ascendente no asociada a parto o manipulación quirúrgica.

Al menos el 90% de los casos que reúnen estos requisitos son de adquisición sexual, pero algunos se atribuyen a infección ascendente de microorganismos de transmisión no sexual. Las principales secuelas de la EPI son infertilidad y embarazo ectópico por cicatrización tubárica. (21)

Tiene sinónimos como Infección pélvica, infección pélvicogenital, proceso inflamatorio pélvico, anexitis, salpingitis, salpingooforitis, pelviperitonitis. El agente

causal más frecuente en países industrializados es la *Chlamydia trachomatis*, también se considera a la *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis* y algunos componentes aerobios y anaerobios de la flora vaginal.

Se estima de 600 mil a un millón de casos anuales en EE.UU.; se diagnóstica en 1-5% de las mujeres que acuden a clínicas de I.T.S. estadounidenses.

El período de incubación es variable de 1-2 días a varios meses tras la adquisición de *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*

Los síntomas son leves o subclínicos, a la exploración física encontramos dolor anexial, casi siempre bilateral, intensidad variable, dolor al movimiento de fundus uterino y cérvix; suele haber fiebre, leucorrea amarillenta fétida, dispareunia, menorragia, sangrado intermenstrual, fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas, vómitos. (4)

Aunque no en todos los casos puede presentarse una masa anexial palpable; dolor abdominal en el cuadrante inferior, a veces de rebote u otros signos de peritonitis, en ocasiones dolor en el cuadrante abdominal supero-derecho por peri hepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis), sobre todo en EPI por Clamidias.

A parte de la exploración física y las manifestaciones clínicas antes mencionadas es importante recalcar que previamente encontramos la presencia de una infección del tracto genital inferior, por lo general hay confirmación de cervicitis mucopurulenta, vaginosis bacteriana o ambas.

En los exámenes microbiológicos mencionamos las pruebas endocervicales para *N. Gonorrhoeae* y *C. trachomatis*; si se realiza laparoscopia, analizar el aspirado tubárico o el líquido peritoneal para dichos organismos así como cultivos para bacterias aerobias y anaerobias. Entre otros análisis se debe realizar un recuento leucocitario y velocidad de sedimentación globular (VSG), Proteína C reactiva ; en ocasiones es útil la ecografía pélvica; la laparoscopia esta indicada en los casos graves con dudas en el diagnóstico o mala respuesta al tratamiento antibiótico.

La biopsia endometrial puede utilizarse para demostrar endometritis que suele estar presente en la EPI; se recomienda realizar serología de VIH en todas las pacientes. Hay que tratar todos los presuntos casos mientras se espera la confirmación diagnòstica. Los regímenes recomendados en caso de internaciòn hospitalaria pueden ser.

Régimen A: Doxiciclina 100 mg I.V o V.O cada 12 horas, mas o bien cefotetan 2,0g IV cada 12 h o cefoxitina 2,0 g IV cada 6 horas; continuar hasta el comienzo de la mejoría clínica (al menos 48 horas), luego administrar Doxiciclina 100 mg VO dvd hasta completar 14 días de tratamiento.

Régimen B: Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas, mas Gentamicina 2,0 mg/Kg. de peso (Dosis de carga), luego 1.5 mg/Kg. cada 8 horas (o régimen diario unidosis equivalente); continuar ambos hasta que se aprecie mejoría clínicamente (al menos 48 horas), luego Doxiciclina 100 mg VO dvd o Clindamicina 450 mg VO cvd, o ambos hasta llegar hasta 14 días de tratamiento total.

Pautas paranterales alternativas: Otros regimenes que también confieren cobertura contra todos los patógenos pero que están menos estudiados son Ofloxacino 400 mg I.V cada 12 horas más Metronizazol 500 mg I.V cada 8 horas; Ampicilina/Sulbactam 3 gr. I.V cada 6 horas más Doxiciclina 100 mg V.O cada 12 horas más Metronidazol 500 mg I.V cada 8 horas.

En pacientes no hospitalizados se recomienda dos regimenes alternativos

Régimen A: Ofloxacino 400 mg 2 veces al día, mas Metronidazol 500 mg V.O 2 veces al día durante 14 días.

Régimen B: Ceftriaxona 250 mg I.M o Cefoxitina 2,0 gr I.M más Doxiciclina 100 mg V.O 2 veces al día durante 14 días.

Como tratamiento de apoyo hay que extraer inmediatamente el DIU, si existe. Los casos graves requieren reposo en cama, analgésicos según se precisen; abstinencia sexual durante al menos 2 semanas.

Volver a reconocer al paciente con intervalos de 1 a 3 días hasta la mejoría; la progresión clínica o falta de mejoría en 3 a 4 días indican laparoscopia y tratamiento parenteral; tras el comienzo de la mejoría, reconocimientos semanales hasta la resolución completa. (2) (6)

Uretritis no gonocócica

La uretritis no gonocócica (UNG) se define como una uretritis que no está causada por *Neisseria gonorrhoeae*.

Es el trastorno clínico más frecuente en hombres que acuden a la mayoría de clínicas de ITS. No se recomienda el uso del término "uretritis inespecífica", ya que implica el desconocimiento del agente causal. Aunque estudios anteriores indicaban que el 30%-50% de los casos estaban originados por *Chlamydia trachomatis*, hoy en día la infección por Clamidias sólo justifica un 20%-30% de los casos, no se tiene seguridad sobre el agente causal del resto.

El *Ureaplasma Urealyticum* podría producir hasta el 20%-40% de casos, pero hay datos controvertidos y en al menos un tercio de los hombres con UNG no se puede aislar ni *C. trachomatis* ni *U. urealyticum*. Hay datos recientes que apoyan la posibilidad de que algunos casos estén producidos por *Mycoplasma genitalium*, un delicado organismo de difícil aislamiento.

La asociación en HSH de la UNG con el sexo oral sugiere que la flora orofaríngea podría causar uretritis. Menos del 5% de los casos se explican por *Trichomonas vaginalis* o VHS; este último se acompaña de lesiones herpéticas en genitales externos y disuria importante.

Las bacterias coliformes pueden producir uretritis ocasional tras realizar sexo anal con el papel activo, sobre todo en HSH. El diagnóstico diferencial también incluye los cuerpos extraños uretrales y las fístulas perúretrales, aunque ambas entidades son raras.

La UNG persistente o recidivante es un problema frecuente que desespera tanto al médico como al paciente. Este síndrome parece ser distinto de la UNG aguda ya que son frecuentes las recaídas, a menudo sin nuevo contacto sexual, y casi nunca se aísla *C. trachomatis* ni otros patógenos. Aunque la UNG recidivante puede asociarse de forma ocasional con prostatitis no bacteriana o síndrome del dolor pélvico crónico, no suele haber afectación prostática.

Algunos cuadros pueden estar justificados por factores inmunológicos no infecciosos, como en el caso de la uretritis que en ocasiones acompaña al síndrome de Reiter de adquisición no sexual, desencadenado por infecciones entéricas.

La mayoría de los casos se presentan entre 15-35 años con susceptibilidad en todas las edades.

Por definición la UNG acontece tanto en hombres heterosexuales como HSH; en éstos, la *C. trachomatis* sólo justifica < 10% de los casos, y la gran mayoría se pueden explicar por contacto urogenital. No sólo afecta a hombres ya que la cervicitis mucopurulenta puede ser el equivalente femenino de esta I.T.S.

Las complicaciones principales de la UNG incluyen la epididimitis y síndrome de Reiter y están desencadenadas por *C. trachomatis* ya que ninguno de estos síndromes se ha detectado en la UNG no asociada a Clamidias. (6)

El periodo de incubación característicamente es de 1-3 semanas, aunque puede ser más prolongado; es frecuente la infección subclínica.

Principalmente secreción uretral; a menudo prurito uretral; la disuria suele ser leve o inexistente; una disuria importante sugiere infección herpética además existe el antecedente de nueva pareja u otra historia de exposición.

A la exploración física encontramos secreción uretral mucoide o mucopurulenta, aunque puede ser en ocasiones purulenta; muchos pacientes no presentan secreción evidente, según el tiempo transcurrido desde la última micción, en ocasiones eritema

meatal. El dolor localizado en el cuerpo del pene sugiere herpes; el "edema venéreo del pene" es una complicación rara tanto del herpes como de la uretritis y es indoloro con ausencia de eritema u otros signos inflamatorios. (3) (7)

Los exámenes de laboratorio como la tinción con Gram del exudado, nos demuestra > 5PMN por campo de inmersión (1000X), en la zona de la extensión con mayor celularidad en monocapa; ausencia de diplococos gram negativos.

Para *C. trachomatis* son preferibles las pruebas de amplificación de ADN o el cultivo para *N. gonorrhoeae*; la muestra tomada con una torunda en uretra, 2 cm-4 cm. más allá del meato, es la mejor, tanto para la tinción de Gram como para diagnóstico de Clamidas o gonorrea.

Se pueden emplear los primeros 30 ml de orina en las pruebas de amplificación de ADN, pero no para cultivo. No está indicada la realización de análisis de *U. urealyticum*, buscar uropatógenos con urocultivos en aquellas pacientes que hayan participado con el papel activo en sexo anal; en ocasiones según la historia y presentación, esta indicada la realización de pruebas para VHS o *T. vaginalis*.

Para demostrar inflamación uretral se puede sustituir la tinción con Gram del exudado por tiras reactivas en orina o análisis microscópico de los primeros 30 ml.

El diagnóstico necesita constatación de la inflamación uretral, junto a sintomatología, signos diagnósticos o evidencia de inflamación repetitiva; explorar al paciente una vez transcurridas al menos 4 horas desde la última micción. (22)

Como evidencias de uretritis tenemos leucocitosis uretral, por tinción con Gram del exudado uretral o por torunda endouretral, con >5 PMN 100x campo o positividad de la tira reactiva para los leucocitos en los primeros 30 ml de orina.

Otra evidencia puede ser más de una historia de secreción uretral, disuria o prurito uretral o dos episodios de exudado uretral a la exploración clínica. Si el paciente

tiene leucocitosis uretral sin secreciones ni sintomatología, volver a analizar transcurridos 5-7 días después de 4 horas sin orinar.

A veces una uretritis persistente, varios días después de comenzar un tratamiento; se debe confirmar la leucocitosis planteando la realización de un análisis de T. vaginalis por la gran incidencia de este parásito en estas infecciones. Si hay disuria importante u otros síntomas de herpes genital, realizarse análisis de VHS.

Tras la desaparición de los síntomas la uretritis recidiva en los 10%-20% de los hombres con UNG por Clamidias y en el 20%-40% del resto se debe realizar confirmación de la inflamación uretral con tinción de Gram o tira reactiva. (22)

El tratamiento de la UNG inicial, no recidivante comprende:

Doxiciclina 100 mg V.O 2 veces al día durante 7 días

Tratamientos alternativos:

Eritromiocina 500 mg V.O 4 veces al día durante 7 días.

Ofloxacino 300 mg V.O 2 veces al día durante 7 días

Tetraciclina 500 mg V.O 4 veces al día durante 7 días

En las UNG persistente considerar el Metronidazol 2,0 g V.O en monodosis, ante posibilidad de tricomoniasis, o plantear terapia antiviral si se sospecha VHS.

En las UNG recidivante para la primera recidiva se debe tratar con Doxiciclina 100mg V.O 2 veces al día durante 7 días, si se empleo Azitromicina o Eritromicina en el tratamiento inicial.

Administrar Eritomicina 500 mg V.O 4 veces al día durante 7 días, si se receto inicialmente Doxiciclina o Tetraciclina.

Para nuevas recidivas, muchos expertos recomiendan Ofloxacino 300mg V.O. durante 2-3 semanas. (7)

HEPATITIS B

Enfermedad hepatotrópica en la que una pequeña proporción de las infecciones agudas pueden ser reconocidas sobre bases clínicas; menos del 10% de los niños y entre 30 y 50% de los adultos con esa forma aguda de hepatitis tendrán un cuadro icterico. (4)

Se la llama además Hepatitis de tipo B, hepatitis por suero, ictericia por suero homólogo, hepatitis por antígeno de Australia, HB.

El virus de la hepatitis B, es un hepadnavirus, de ADN de doble cordón, de 42 nm, compuesto de una nucleocápside central de 27 nm (HBcAg) rodeada por una cubierta lipoproteica externa que contiene el antígeno superficial (HBsAg).

La distribución es mundial, en forma endémica, con pocas variaciones estacionales. Según cálculos de la OMS se han infectado con el VHB más de 2.000 millones de personas (que incluye unos 350 millones que padecen la infección crónica). (7)

Cada año mueren aproximadamente un millón de personas como resultado de infecciones por el VHB y se producen más de cuatro millones de nuevos casos clínicos agudos.

En países en que la hepatitis por virus B es altamente endémica, casi todas las infecciones se producen durante la lactancia y la primera infancia. En países en que es medianamente endémica, las infecciones afectan a todos los tipos de edad. En países de nivel endémico bajo, casi todas las infecciones se observan en adultos jóvenes, en particular personas que pertenecen al grupo de riesgo conocido.

Usuarios de drogas inyectables, promiscuidad, homosexualidad (el coito anal , penetrante o receptivo, se asocia con mayor peligro de infección), contactos domiciliarios, compañeros sexuales de individuos infectados por el VHB, personal de atención de la salud y de seguridad pública que está expuesto a la sangre en su sitio de trabajo, los clientes y el personal de instituciones para discapacitados del

desarrollo, los pacientes sometidos a hemodiálisis y los internos de instituciones correccionales.

En el pasado, las personas que recibían hemoderivados también corrían alto riesgo. En muchos países en que se exigen el análisis de sangre en busca de HBsAg antes de la transfusión, y donde los factores de coagulación sanguínea de múltiples donantes (especialmente el factor antihemofílico) se tratan para destruir el virus, dicho riesgo se ha eliminado casi por completo aunque persiste en muchos países subdesarrollados.

Se estima que el número de portadores asintomáticos del VHB asciende a 300 millones en el mundo. El período de incubación es de 45 a 180 días, con un promedio de 60 a 90 días, pudiendo llegar hasta 6 meses.

El cuadro clínico comprende tres fases:

Fase preictérica.- Va de 3-8 días, se caracteriza por la presencia de astenia profunda, fiebre, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea.

Aproximadamente el 90% de las hepatitis virales agudas son paradójicamente anictéricas en donde se observa a veces un síndrome caracterizado por fiebre, artralgias, erupciones cutáneas de tipo urticariano, polimicroadenopatías, proteinuria.

Fase ictericia.- Clásicamente la fiebre cede en el momento de aparición de la ictericia. El prurito es raro excepto en las formas colestáticas desde el principio, la orina es escasa y oscura; la materia fecal se decolora, el hígado esta moderadamente agrandado, es liso, firme y algo doloroso a la palpación; en un cuarto de los casos hay esplenomegalia.

La curación de la ictericia sobreviene en dos a tres semanas, muchas veces anunciada por un aumento de la diuresis y por recoloración progresiva de la materia fecal. Pero la desaparición de la ictericia no siempre significa curación completa.

Las complicaciones pueden ser intrahepáticas y extrahepáticas:

Dentro de las Intrahepáticas están la Hepatitis B aguda, Hepatitis colestásica, estado portador asintomático (HBsAg sin anticuerpo anti-HBs), Hepatitis crónica persistente, Hepatitis crónica activa, Cirrosis posnecrótica o macronodular, Carcinoma hepatocelular.

Las Extrahepáticas: Periarteritis nudosa, Hemopatías (Aplasia medular), Glomerulonefritis, Rectocolitis hemorrágica, Polineuritis, Pleuresía recidivante.

En el diagnóstico el cuadro clínico nos ayuda, pero es inespecífico, teniendo entre estos: Astenia, fiebre, trastornos digestivos, artralgias, subictericia, hepatomegalia en ausencia de medicación y de patología de las vías biliares.

Fundamentalmente el diagnóstico se basa en pruebas serológicas con aumento sérico de las transaminasas y presencia del antígeno de superficie del VHB (HBsAg), anticuerpos contra el antígeno de superficie (anti-HBs) y anticuerpo contra el antígeno nuclear o Core (anti-HBcAg).

El HBsAg indica infección aguda o crónica activa y se asocia con infectividad. El anti-HBs suele indicar un episodio pasado o infección inactiva. El antígeno HBcAg indica aumento en la infectividad y alta probabilidad de transmisión. No se conoce terapia curativa, no es necesario el reposo en cama, salvo en caso de astenia importante; se tolera una actividad moderada.

Solo se hospitaliza las formas graves o las que plantean un problema diagnóstico.

La dieta es normal, no hay restricción cuantitativa de grasas; dieta rica en carbohidratos durante el período de anorexia.

El Interferón alfa y la Lamivudina son los únicos medicamentos aprobados para tratar la hepatitis B crónica en los EE.UU. (2)

Los candidatos para recibir tratamiento deben mostrar signos de hepatitis crónica de tipo B en la biopsia de hígado; el tratamiento es más eficaz en individuos que están en la fase de gran réplica del virus infectante, porque son los que están más propensos, a mostrar síntomas, ser infectantes y estar expuestos al máximo peligro de sufrir secuelas perdurables.

Como medidas profilácticas se deben descartar los donantes de sangre HBsAg positivos o con antecedentes de hepatitis. Extracción de sangre con guantes en pacientes sospechosos o con HBsAg positivo. Esterilización de los instrumentos medicoquirúrgicos a 160°C durante 20 minutos

Inmunización administrando tres dosis (0-1-6 meses) de vacuna con HBsAg 20 mg. I.M seguida de un refuerzo al año y después cada cinco años. En caso de insuficiencia renal avanzada, se agrega una cuarta dosis dos meses después de la tercera dosis. Se recomienda finalmente el uso de preservativos en cada contacto sexual sobre todo en promiscuos, para evitar la transmisión sexual de esta enfermedad.

CANDIDIASIS

Micosis aguda o subaguda caracterizada por la aparición de puntos o placas blancas sobre fondo rojo en la piel y mucosas, localizadas particularmente en la boca y a veces en la vagina.

También llamada Moniliasis, muguet, candidiasis. (4)

Su agente etiológico es la *Candida albicans*, hongo saprófito habitual de la piel y mucosas del hombre. Es la segunda forma más común de vaginitis en EE.UU. Se estima que hasta el 75% de todas las mujeres sufren al menos un episodio de candidiasis vulvovaginal (CVV) durante la época de la vida fértil, y que alrededor del 45% experimentan un segundo episodio.

Un pequeño subconjunto, probablemente <5% de las mujeres adultas, sufre episodios recidivantes y muchas veces refractarios. Se puede aislar *Candida* hasta en el 20% de las mujeres sintomáticas en edad fértil. Los factores que predisponen al desarrollo de CVV con síntomas comprenden embarazo, uso de antibióticos y diabetes.

La administración de antibióticos trastorna la flora vaginal normal y permite la proliferación de los hongos; el embarazo y la diabetes se asocian con disminución de la inmunidad mediada por células.

La Candida es un hongo dimórfico (esporas y formas miceliales) es responsable del 85-90% de las infecciones vaginales por levaduras; la *C. glabrata* y *C. tropicalis* también causan vaginitis y pueden ser más resistentes al tratamiento convencional.

El modo de transmisión por contacto con secreciones o excreciones de la boca, piel, vagina y heces fecales de enfermos o portadores.

La candida es un saprófito de la piel y mucosas, se torna patógena cuando las defensas locales o generales del huésped se debilitan. La frecuencia de las infecciones genitales está aumentando, en la mujer la vulvovaginitis con leucorrea rebelde es favorecida por los anticonceptivos orales, la diabetes, el embarazo y la corticoterapia. (22)

En el hombre, la infección suele ser asintomática o provoca irritación del glande, prepucio, ocasionalmente erosiones constituyendo la forma como se transmiten durante las relaciones sexuales.

El diagnóstico se basa en la observación de las lesiones en piel y mucosas seguida de la identificación del germen examinando las secreciones vaginales o uretrales sobre el portaobjeto con ácido acético diluido, en donde encontraremos levaduras redondas u ovals, con brotes, filamentos de micelio intensamente positivos con la coloración de Giemsa.

El exudado puede variar desde acuoso hasta espeso; la paciente quizás se queje de irritación vaginal, dispareunia, ardor vulvar cuando el pH vaginal no puede mantenerse en su valor normal (<4,5). (4)

La preparación húmeda de las secreciones vaginales suele ser normal, las células inflamatorias pueden estar aumentadas en los casos intensos. El KCL al 10% es útil y más sensible que la preparación húmeda para la identificación microscópica. Es posible establecer un diagnóstico presuntivo por la sintomatología, en ausencia de elementos micóticos demostrados al microscopio, cuando el pH y la preparación húmeda son normales. Se recomienda el cultivo de hongos para confirmar el diagnóstico.

Las pruebas para cultivos se envían en medio de Nickerson o en placas para cultivo semicuantitativo. No existen pruebas serológicas fiables para el diagnóstico. El diagnóstico diferencial se lo hace con la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis.

El tratamiento a corto plazo comprende: Butoconazol tópico crema vaginal al 2%, 5 g durante 3 días; clotrimazol tópico crema al 1%, 5 g durante 7-14 días . 1 tableta vaginal de 100mg durante 7 días; 2 tabletas vaginales de 100mg durante 3 días; o también 1 tableta vaginal de 500mg monodosis.

Miconazol Tópico crema al 25%, 5g por vía intravaginal durante 7 días.

Ovulo de 200mg durante 3 días.

Ovulo de 100mg durante 7 días.

Fluconazol 150mg V.O monodosis

Tratamiento a largo plazo: Ketoconazol 400mg V.O 1 tableta al día o fluconazol 200mg V.O 1 tableta al día hasta que cedan los síntomas.

Se puede mantener con dosis profiláctica de estos fármacos durante 6 meses (ketoconazol 100mg/día, fluconazol 150mg a la semana)

DONOVANOSIS

Es una enfermedad bacteriana usualmente transmitida por contacto sexual de evolución crónica, poco contagiosa caracterizada por lesiones granulomatosas, ulceradas, indoloras, autoinoculables.

Afecta principalmente piel, tejido celular subcutáneo de los genitales, las zonas perianales, zonas inguinales, pudiendo con menos frecuencia comprometer otros sectores de la piel, mucosas u órganos internos. Se lo conoce también como Granuloma inguinal, Granuloma venéreo, Granuloma tropical, Granuloma pudendo tropical, Granuloma contagioso, Granuloma ulcerativo, Granuloma esclerosante, úlcera venérea crónica, Granuloma Donovanii. (4)

El agente causante es un bacilo gramnegativo cuyo nombre es *Calymmatobacterium granulomatis*.

Esta enfermedad es más frecuente en los trópicos, existiendo algunas áreas endémicas en países como India, China, Malasia, Australia, Nueva Guinea, Zambia, Madagascar, Guinea Francesa.

El agente de la Donovanosis es un germen residente en el intestino, pasando a las áreas genital, anal e inguinal, donde determinaran la aparición de lesiones, favorecido esto por las bajas condiciones de higiene y el coito pene – anal.

El periodo de incubacion es de 3 días a 6 meses o de 42 a 50 días.

El chancro de inoculación se presenta como una ulceración indolora, de límites netos, sobre una base granulomatosa roja que sangra con facilidad, localizada en las mucosas genital y rectal.

Las manifestaciones inguinales son secundarias a la lesión genital, pero pueden parecer primarias cuando aquella pasa inadvertida.

En ocasiones se observa una placa ulcero vegetante, sobre todo en la mujer, que se extiende al pubis y al periné. Su evolución es lenta y las sobreinfecciones son frecuentes, en especial por asociación fusoespirilar, que torna al chancro doloroso y purulento. A veces hay asociación con cáncer de pene.

El diagnóstico se confirma por el hallazgo en el examen directo por raspado de las lesiones o en la toma de biopsia de microorganismos (Cuerpos de Donovan) incluso en mononucleares grandes. El cultivo del germen es posible y hay una reacción de desviación del complemento. Se postulan una serie de fármacos utilizados en esta patología, pero entre estos mencionamos:

Doxiciclina 100 mg. V.O 2 veces al día por 7– 21 días.

Trimetropim-Sulfametoxazol 160 mg / 800 mg. V.O 2 veces al día por 7-21 días.

Eritromicina 250 a 500 mg. V.O cada 6 horas por 7 días.

Ciprofloxacino 500 mg. V.O 2 veces al día por 7 días.

Ceftriaxona 1 g I.M. monodosis.

Siempre se debe investigar simultáneamente serología para sífilis en búsqueda de una eventual asociación.

ESCABIOSIS

Es una infestación parasitaria de la piel causada por un ácaro cuya penetración se advierte en la forma de pápula, vesícula o surcos lineales diminutos que contienen los ácaros y sus huevos.

Sinónimos: Escabiosis, sarna noruega, salpullido inglés, rasca bonito. (4)

El agente etiológico es un ácaro cuyo nombre es *Sarcoptes scabiei*. Es una enfermedad muy extendida pues en las epidemias pasadas se atribuían a la pobreza, falta de higiene, aglomeraciones por guerra, y desplazamiento de refugiados.

A partir de los años 60 la escabiosis ocupó un lugar destacado entre las dermatosis más frecuentes, teniendo tendencia a vincularse con otras enfermedades de preferencias con las ITS.

Los nuevos conceptos de ITS abarcaron un mayor número de entidades clínicas incluyéndose la escabiosis como un capítulo más de las infecciones adquiridas por individuos con múltiples parejas sexuales fijas o eventuales. (6)

Tal criterio para clasificar la escabiosis carece de consistencia porque para ser considerada de transmisión sexual es necesario que su principal medio de contagio suceda con la variación de parejas sexuales, requisito solo presente en la escabiosis pubis.

Las lesiones típicas son los “surcos” trazados por los parásitos que forman líneas onduladas oscuras, de algunos milímetros a un centímetro de longitud; las lesiones se acompañan de prurito nocturno muy intenso. En los hombres las lesiones predominan cerca de los pliegues interdigitales, en la cara anterior de las muñecas, codos, pliegues anteriores de la axila, cintura, muslos y órganos genitales externos.

En las mujeres afecta a los pezones, el abdomen, la porción inferior de los glúteos y los órganos genitales externos. En los lactantes afecta la cabeza, el cuello, las palmas de las manos, las plantas de los pies. Todas estas lesiones se acompañan de sobre infección bacteriana por el rascado. En los inmunodeprimidos y en los ancianos la infestación aparece como una dermatitis generalizada con una distribución más amplia que los surcos, con descamación extensa y a veces vesículas y costras.

Los parásitos se transfieren por contacto directo con la piel infectada; pudiendo adquirirse durante las relaciones sexuales. El desplazamiento de los ácaros desde la ropa interior y de cama solo se produce si la ropa ha sido contaminada por personas infectadas inmediatamente antes. Los ácaros pueden perforar la superficie de la piel en 2,5 minutos, se incuban de 2 a 6 semanas antes de la aparición del prurito en las personas sin exposición previa al ácaro.

Las personas que han estado infectadas anteriormente, manifiestan síntomas de uno a cuatro días después de la nueva exposición.

El período de transmisibilidad persiste mientras no se destruyen los ácaros y los huevos por medidas adecuadas.

Se ha sugerido que existe alguna resistencia, porque las personas inmunológicamente deficientes son susceptibles a demostrar superinfestación. El diagnóstico puede corroborarse al localizar el ácaro del surco e identificarlos microscópicamente, para el raspado o la biopsia, hay que tener cuidado de elegir las lesiones que no hayan sufrido excoiación por el rascado repetido.

Se debe tratar a todos los miembros de la familia al mismo tiempo. Después de un baño jabonoso, pincelar la piel todavía húmeda con Benzoato de benzilo al 25% insistiendo en los pliegues genitales y articulares y se deja secar practicando una segunda aplicación al cuarto de hora, después de 24 horas se elimina el producto; cambiar la ropa de cama y lavar las prendas de vestir.

El Gama-hexa-cloro-ciclo-hexano (lindano) al 1% se lo puede aplicar después del baño durante 3 días, algunos autores mencionan que solo se lo debe aplicar un día con una duración de 12 horas, porque su uso prolongado tiene efecto hepatotóxico. También puede indicarse Ivermectina en una dosis oral única de 0.1 a 0.2 mg/Kg./peso. (6)

En niños menores de dos años hacer una sola aplicación y eliminar el producto después de 12 horas.

PEDICULOSIS PÚBIS

La pediculosis pubis es una enfermedad causada por un ectoparásito localizado primeramente en los vellos púbicos, esta afectación con el paso de los años ha aumentado su incidencia anual, siendo el principal modo de transmisión el acto sexual.

Según Felman se la considera la I.T.S más contagiosa (2) (6), porque las probabilidades de adquirir Sífilis o Gonorrea en un contacto sexual con una pareja infectada es cerca de 33%, mientras que las probabilidades de adquirir pediculosis púbis en un contacto sexual con una pareja infectada es del 95%, sin dejar a un lado la posibilidad de transmisión a través de la ropa de cama y vestimenta contaminada.

Se lo conoce como Ladillas o Ftiriasis y su agente etiológico es el *Pthirus pubis*. Los insectos son transmitidos a personas durante el acto sexual, pero no se descarta la posibilidad de transmisión por el uso de vestimentas, ropas de camas, toallas y servicios higiénicos siendo estos modos de transmisión frecuentemente sobrestimados.

Una vez que se encuentran en el huésped las hembras inician la postura de huevos (liendras), las mismas que incuban en 7 a 8 días nuevos insectos, estos pasan por tres estadios de ninfas, que pronto se reproducen entre 13 a 17 días completando un ciclo aproximadamente de 25 días.

La vida de los insectos dura de 30 a 35 días, siendo más larga la existencia de la hembra poniendo en total como término medio unos 40 huevos. El piojo púbico se alimenta succionando la sangre humana, el contacto con productos de su saliva causa el prurito característico de esta parasitosis. La velocidad de locomoción es lenta cerca de 10 cm por día. La pediculosis púbis afecta a adultos jóvenes entre los 15 y 19 años de edad, es más común en el sexo femenino sin predilección racial. Las localizaciones de estos parásitos son la región pubiana, abdomen inferior, ano, caderas.

El síntoma principal es el prurito intenso y constante a cualquier hora, presencia de manchas de color azul pizarra en los flancos que miden de 0.5 a 1 cm de diámetro, conociéndose las como mácula caerulae. Estas lesiones son causadas por una sustancia de la saliva del parásito o por alteraciones de los pigmentos sanguíneos del individuo.

Como complicaciones podemos citar: infecciones dérmicas por estreptococo betahemolítico con repercusión renal (glomerulonefritis) y eczemas extensos.

El diagnóstico no presenta dificultades por la presencia de las lesiones causadas por el prurito en el área comprometida, sin olvidarnos del uso de una lupa de mano para observar la presencia de los piojos y las liendras entre los vellos públicos. Aplicar medidas higiénicas generales como aseo personal diario, lavar con agua caliente la ropa de vestir, de cama, y otros objetos de contacto íntimo con el individuo. El tratamiento específico consiste en la aplicación local de un preparado que contenga Permetrina al 1 %, piretrinas sinergizadas con butóxido de piperonilo, Benzoato de benzilo al 25%, Gama-hexa-cloro-ciclo-hexano al 1% (lindano).

Los fármacos en polvo recomendados por la OMS incluyen Malathion al 1%, Permetrina al 0.5%, temefós (Abate) al 2%, yodofenfos al 5%, propoxur al 1%, carbarilo al 5%, DDT al 10% (esta muy difundida la resistencia al DDT y al lindano). (2)

MOLUSCO CONTAGIOSO

Enfermedad vírica de la piel que causa pápulas de superficie lisa, consistencia firme y forma esférica con umbilicación del vértice de la lesión. Se la conoce también como Enfermedad de Bateman y molusco verrucosum. (4)

El agente etiológico es el Molluscipoxvirus, miembro de la familia Poxviridae. Su distribución es mundial, los estudios epidemiológicos de la enfermedad se basan en encuestas realizadas a la población de Papua Nueva Guinea y en las Islas Fiji, donde la incidencia máxima se observa en la niñez. Las limitaciones en los datos epidemiológicos se deben a que las pruebas serológicas no se han estandarizado adecuadamente, siendo la inspección de la piel la única técnica de detección inicial con que se cuenta en los países subdesarrollados.

El modo de transmisión generalmente sigue mecanismos sexuales y no sexuales así como también la posibilidad de autoinoculación. El período de incubación va de 7 días a 6 meses, luego de este tiempo comienza a aparecer uno o varios tumores cutáneos pequeños que pueden ser de coloración húmeda rosácea, blanco, transparente o amarillenta; el diámetro puede ser de 2 a 5 mm, pero en ocasiones pueden tener más de 15 mm de diámetro en cuyo centro se puede exprimir una sustancia cremosa que contiene el virus.

Las lesiones en los adultos son más comunes en la mitad inferior de la pared abdominal, el púbis, los genitales, la cara interna de los muslos. En los niños suelen presentarse en la cara, el tronco y la zona proximal de las extremidades. A veces son pruriginosas de orientación lineal, lo cual sugiere autoinoculación por rascado; en algunos pacientes pueden confluir de 50 a 100 lesiones formando una sola placa. En las personas VIH positivas tienden a diseminarse por todo el cuerpo.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico cuando existen múltiples lesiones, para confirmarlo, el núcleo puede exprimirse en una laminilla y estudiarse por microscopio común en busca de las clásicas inclusiones intracitoplásmicas basófilas

Feulgen-positivas, que son los “cuerpos del molusco” o “cuerpos de Henderson-Paterson”. El diagnóstico se confirma por medio de estudios histopatológicos. (6)

Como tratamiento está indicado para reducir al mínimo el peligro de transmisión el curetaje previo anestesia local de las lesiones, aplicación tópica de agentes exfoliativos (ácido salicílico o ácido láctico), también se puede realizar criocoagulación con nitrógeno líquido o electrocoagulación de las lesiones. (15)

SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en uno de los principales problemas de salud mundial y una de las ITS más importante de todos los tiempos. Los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipos 1 y 2 se transmiten por contacto íntimo con sangre y otros fluidos corporales, siendo el contacto sexual la vía de transmisión más frecuente en el mundo entero.

En Estados Unidos predomina el VIH-1. Se ha demostrado por estudios epidemiológicos y de laboratorio, que las ITS que producen úlceras (p. ej., sífilis, herpes), muchas ITS inflamatorias (p. ej., gonorrea, tricomoniasis) y probablemente algunas infecciones genitourinarias no inflamatorias (como la vaginosis bacteriana) aumentan la eficacia en la transmisión y contagio del VIH. (2).

Las diferencias en la incidencia y prevalencia globales de otras ITS podrían explicar la distinta frecuencia de transmisión heterosexual del VIH en diversos grupos poblacionales. Todo médico que atiende a pacientes con ITS o que pertenecen a grupos de riesgo deben estar instruidos para reconocer los síntomas de la infección por VIH y el Sida, recoger en la historia comportamientos de alto riesgo, disponer de pruebas serológicas para la detección del VIH, dar pautas de comportamiento para disminuir el riesgo de exposición y aconsejar a los pacientes seropositivos que disminuyan las posibilidades de contagio.

Se transmite por contacto sexual, contacto parenteral con sangre, tejidos, órganos, leche materna, en útero o de forma perinatal; el coito vaginal o anal supone la mayoría de las infecciones.

La transmisión sexual está favorecida por otras ITS, mientras que la ausencia de circuncisión en varones, prácticas sexuales traumáticas, vaginosis bacteriana, sexo durante la menstruación y contraceptivos hormonales también predispone la transmisión; siendo mayor cuando la carga viral es muy alta.

Se observan picos en las edades de mayor actividad sexual y abuso de drogas, la mayor parte de los casos ocurren en hombres, aunque tanto la infección por VIH como el Sida están aumentando más rápidamente en mujeres.

En los países industrializados es rara la transmisión que no sea por sexo o jeringuillas compartidas; hoy en día en EE.UU prácticamente no hay casos por hemoderivados contaminados o donaciones de órganos o semen; es rara la transmisión perinatal y por lactancia así como a trabajadores sanos por contacto ocupacional

INCIDENCIA DEL SIDA EN MANABÌ

Desde 1988 hasta el 30 de Abril del 2006, se reportaron 595 casos de SIDA, siendo la mayor incidencia en el año 2005 con 152 casos.

Los grupos etéreos màs afectados fueron los comprendidos entre 21-30 años, donde el sexo masculino fue el màs afectado y la conducta heterosexual presenta 74,6% de los casos, seguido por los homosexuales 13,8% y bisexuales 11,6%.

En el año 2006, los cantones con altos índices fueron: Portoviejo, con el 17% y Manta con el 14%. (Datos facilitados por el Dpto. de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de Manabì (DPSM).

La historia epidemiológica nos menciona comportamientos de alto riesgo o exposición a un portador conocido: el contacto homosexual con hombres, residencia

en áreas geográficas de alta prevalencia, consumo de drogas no parenterales y una ITS actual o pasada son indicadores indirectos.

Los síntomas de infección primaria por VIH comienzan 7- 10 días tras el contacto. Sin terapia antirretroviral el SIDA se manifiesta en 1-10 años, aunque a veces no aparece hasta pasados 20 años.

Los síntomas y signos están comprendidos en las siguientes etapas:

Infección primaria por VIH.- Un 50% (entre 30%-70%) experimentan un síndrome similar a la Mononucleosis, con dolor de garganta, fiebre, fatiga, malestar y mialgias; a veces dolor de cabeza, erupción cutánea morbiliforme, linfadenopatías, úlceras bucales, aftas; la duración media de los síntomas es de 14 días a 6 semanas.

Infección crónica por VIH.- Tras la infección primaria, la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos hasta que sobreviene una infección oportunista; una linfadenopatía generalizada persistente sin más sintomatología no indica progresión clínica; los síntomas subsecuentes son muy variables, según el estadio clínico; las manifestaciones de inmunodeficiencia creciente y enfermedades oportunistas incluyen fiebre, pérdida de peso, diarrea, dermatitis seborreica, foliculitis, úlceras herpéticas (orofaciales, genitales, perianales), verrugas anogenitales recidivantes, molluscum contagiosum, deterioro neuropsicológico, neuropatía periférica, tos, disnea, lesiones cutáneas de sarcoma de Kaposi, trombocitopenia inmune, síndrome nefrótico y otras.

Entre las manifestaciones orales frecuentes destacan la gingivitis, aftas candidiásicas, leucoplasia vellosa de la lengua, úlceras aftosas y lesiones de sarcoma tipo Kaposi.

(18)

La valoración por laboratorio incluyen los análisis de infección por VIH como las Pruebas de anticuerpos de VIH: Inmunoanálisis enzimático (IAE) para el VIH tipos 1 y 2, comprobados por Western blot u otros métodos; los anticuerpos demuestran infección por VIH-I y transmisión potencial, a excepción de algunos recién nacidos

que adquieren el anticuerpo de forma pasiva en el seno materno y lo mantienen hasta 15 meses; es raro que los análisis de confirmación no sacan concluyentes, aunque se resuelve repitiendo la prueba. (18)

Las pruebas virológicas determinan la carga viral y respuesta al tratamiento, aquí tenemos a la transcripción inversa con RCP cuantitativa que detecta el ARN del VIH; los niveles de ARN viral en plasma predicen el riesgo de contagio y la tasa de progresión de la inmunodeficiencia; se está investigando sobre métodos de detección del ADN viral en tejidos y podría tener aplicaciones clínicas; el genotipado o fenotipado del VIH puede predecir la eficacia de ciertas drogas antiretrovirales en determinados pacientes.

La valoración de la función inmunológica es fundamental y es la cuantificación de poblaciones linfocitarias; el número normal de linfocitos CD4 (T4, "helper") es > 600 por mm³; < 200 células CD4 por mm³ implica inmunodeficiencia grave y es un criterio de Sida. (18)

Categorías CDC	Categorías clínicas		
	A	B1	C
	Asintomáticos, VIH primario o linfadenopatía generalizada	Sintomáticos, sin criterios persistente A o C	Criterios indicadores de Sida
(1) > 500 cels/mm³	A 1	B1	C 1
(2) 200-499 cels/mm³	A 2	B2	C 2
(3) < 200 cels/mm³	A 3	B3	C 3

Los individuos asintomáticos, los que tienen sólo linfadenopatía generalizada persistente y los que padecen infección primaria por VIH se engloban en la categoría A; aquellos con manifestaciones clínicas o infecciones oportunistas específicas que se consideran criterios de Sida tienen enfermedad tipo C; el resto de los enfermos

sintomáticos se engloban en la categoría B; el recuento linfocitario establece los subgrupos 1, 2 y 3; el sida se define como enfermedad en estadio B3 o C.

Las pruebas complementarias se recomiendan de forma rutinaria para la evaluación inicial de los pacientes diagnosticados, la realización de hemograma, cuantificación de plaquetas; análisis serológicos de sífilis, hepatitis A, B y C y Toxoplasma, reacción cutánea a la tuberculina (con 2 controles como mínimo), bioquímica, análisis de orina, radiografía de tórax.

De forma opcional según la zona de procedencia del enfermo y sus factores de riesgo, realizar análisis de VHS, Citomegalovirus (CMV), antígeno plasmático de *Cryptococcus* y análisis de parásitos en heces. En el diagnóstico y clasificación clínica la infección por VIH se suele sospechar clínicamente y posteriormente se confirma por serología; muchos casos se diagnostican por métodos de detección selectiva (screening) en personas con infección subclínica.

El tratamiento tiene a la orden las drogas antirretrovirales que incluyen los inhibidores de la proteasa del VIH (p. ej., indinavir, ritonavir, nelfinavir); inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (p. ej., zidovudina, didanosina, zalcitabina, stavudina, lamivudina); e inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosídicos (p. ej., nevirapina, delviridina).

La terapia combinada, generalmente con inhibidor de la proteasa y otras dos drogas, disminuye el nivel plasmático de ARN viral, enlentece la progresión de la inmunodeficiencia, parece prolongar la vida, previene la transmisión perinatal y probablemente previene la infección después de uso continuado; muchas autoridades recomiendan el tratamiento de todas las personas infectadas capaces de tolerar estos regímenes; otros propugnan esperar hasta que se desarrollen los síntomas o hasta que las cifras de CD4 disminuyan de un nivel determinado; hay VIH resistente a drogas, probablemente favorecido por terapias intermitentes.

Para prevenir infecciones oportunistas hay que tener en cuenta si la tuberculina es positiva en ausencia de tuberculosis activa, administrar isoniacida 300 mg V.O

diariamente durante un año; vacuna pneumocócica; inmunización anual contra la gripe; profilaxis antibiótica de la neumonía por *Pneumocystis carinii* si el recuento de CD4 < 200 por mm³ y contra *Mycobacterium avium* si < 100 por mm³. (6)

Además hay que tener en cuenta la profilaxis post-exposición tras daño importante con instrumental cortopunzante contaminado, pudiéndose prevenir la infección por VIH con drogas antirretrovirales; su eficacia no está clara para los contactos sexuales, si se administra debe incluir tres drogas (un inhibidor de la proteasa y dos de la transcriptasa inversa) comenzando lo antes posible, preferible en las primeras 6 horas, probablemente no sea efectiva si se comienza > 72 horas tras el contacto.

Continuar el tratamiento durante 28 días más la repetición mensual de pruebas serológicas tras finalizar el tratamiento.

Las medidas principales se basan en la educación y asesoramiento para reducir conductas de riesgo dirigidas a personas infectadas, a individuos no infectados con riesgo y a la población general; se está investigando sobre una vacuna, pero la inmunización efectiva es poco probable que esté disponible en los próximos 5 años; las medidas que limiten el contacto habitual (p. ej., cuarentena a infectados, restricciones en el empleo) están injustificadas.

La detección selectiva serológica (scree-ming) tiene como papel modificar conductas de alto riesgo, beneficiando el diagnóstico precoz con remisión del paciente a un especialista para su manejo.

En los enfermos con ITS o alto riesgo, los médicos deben recomendar un análisis serológico de VIH con asesoramiento antes y después de la prueba; el análisis de los donantes previene la transmisión por hemo-derivados, órganos o inseminación artificial.

La detección selectiva (screening) en embarazadas ha disminuido la frecuencia de infección neonatal en los países desarrollados. Todos los pacientes infectados deben notificar a sus parejas sexuales o con quienes comparten jeringuillas, en algunos

estados los médicos están obligados por ley a garantizar la notificación a las parejas, habitualmente por medio de las autoridades sanitarias.

El sida manifiesto es de declaración obligatoria; en la mayoría de los estados ahora se obliga a dar los nombres de todos los infectados por VIH. (7) (18)

**COMPONENTES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL (VIH/SIDA/ITS).**

Para poder cumplir el propósito y objetivos planteados por un sistema de vigilancia se requieren varios componentes, no tomados en forma aislada sino integrados en un solo:

1. La vigilancia clínica y biológica de la enfermedad, permite identificar los grupos de alta prevalencia y por lo tanto estratificar el problema para focalizar intervenciones. Este componente involucra varios eventos y mecanismos entre los cuales se pueden destacar:
 - La notificación de casos de SIDA, seropositivos y defunciones.
 - La notificación de ITS, incluyendo la sífilis congénita
 - El tamizaje regular de grupos específicos de población, como donantes de sangre, embarazadas, trabajadoras sexuales. (1)
 - Estudios centinela de grupos o subgrupos específicos: se recomienda tomar grupos de bajo riesgo como las embarazadas y grupos de alto riesgo como las TS y los HSH.
2. Vigilancia de comportamientos, que establece las conductas y los grupos con conductas de riesgo, suele suceder que en algunas fases de evolución de la epidemia, no son los mismos grupos los que tienen alto riesgo. Adicionalmente, se puede identificar los grupos puentes entre los grupos de alta prevalencia y la población general. Las intervenciones preventivas deben orientarse en los resultados de la vigilancia de conductas, de hecho el énfasis en lo preventivo no

se materializa sino hay información sobre conductas.

3. Vigilancia de factores asociados y grupos vulnerables, que facultan identificar procesos socioeconómicos y culturales que actúan como determinantes de las conductas o de la transmisión misma de la enfermedad; por ejemplo el grado de urbanización, la magnitud y distribución de la pobreza crítica, etc. Su conocimiento permite definir políticas de promoción intersectoriales que disminuyan estos determinantes. Adicionalmente, el conocimiento de grupos por etnia, grupo social, género y su relación con la prevalencia y las conductas permitirá identificar grupos vulnerables.
4. El monitoreo de la ejecución de las intervenciones y políticas, tanto como mecanismo gerencial que garantizan el cumplimiento de los planes, pero también como una estrategia de corrección continua de las intervenciones. Actualmente tiene mucha importancia la vigilancia del tratamiento antiretroviral, particularmente de la adhesión al tratamiento y el monitoreo de la resistencia y fracaso terapéutico.

No se trata solamente de obtener información aislada de estos cuatro componentes, es importante integrarles en un análisis global, que de cuenta del complejo sistema de la dinámica de la enfermedad y de las respuestas sociales. Por ello, la triangulación adquiere una importancia fundamental en esta propuesta de epidemiología de 2da. Generación.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. (7)



OPERACIÓN DE COMPONENTES DEL SISTEMA

1. La infección por el VIH y el SIDA son objeto de notificación obligatoria (anónima y codificada para proteger la honorabilidad, dignidad y privacidad de las personas).
2. Los Coordinadores/Epidemiólogos de área y los responsables de los CETS (Control de Enfermedades por Transmisión Sexual) promoverán y velarán para que se cumplan estas disposiciones; adicionalmente los epidemiólogos de área son los encargados de remitir mensualmente la información a las Direcciones Provinciales de Salud y estas a la Dirección Nacional de Epidemiología y promover el análisis local.
3. El llenado de los formatos de notificación de VIH/SIDA y de registro de las actividades será de responsabilidad de los epidemiólogos de área y de Hospital y notificará al epidemiólogo provincial para su consolidación y envío de los formatos (fichas) al epidemiólogo de la Dirección Provincial de Salud (DISA) para el ingreso de datos en el Software SIVE-VIH/SIDA, desde donde se envía el formato electrónico a la Dirección Nacional de Epidemiología.
Las Unidades Operativas y centros especializados de ITS/VIH/SIDA del IESS, Seguro Campesino, Policía y Fuerzas Armadas, así como los establecimientos del sector privado, notificarán a las Direcciones Provinciales de Salud correspondiente, utilizando las definiciones caso y formato estandarizado.
4. Una mujer embarazada infectada por el VIH tiene un 30% de probabilidades que hijos se infecten a través de la leche materna durante la lactancia. Se estima que el 50% de las infecciones perinatales son durante la lactancia.

**DESCRIPCIÓN DE LAS POBLACIONES OBJETO DE LA
PREVENCIÓN EN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA/SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA/ INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
(VIH/SIDA/ITS).**

DESCRIPCIÓN DE LAS POBLACIONES OBJETO

El personal del programa deberá identificar y describir aquellas poblaciones objeto o destinatarias de las intervenciones de prevención en el país describiendo:

1) Su tamaño, 2) Comportamientos de riesgo, 3) Posibles factores que contribuyen al riesgo de infección y 4) Posibilidad de que la población se infecte o infecte a otros. Finalmente, se clasificarán los grupos como de prioridad primaria o secundaria, según su importancia relativa para la prevención.

La población objeto comprende aquellos individuos en riesgo de contraer infección por VIH. Esta población se puede clasificar en distintos grupos, identificándolos de tal manera que facilite una mejor planificación de intervenciones y actividades de prevención del VIH. Los grupos se pueden describir según características específicas comunes, como comportamientos, prácticas y situaciones que conllevan riesgo de adquirir el VIH o de infectar a otros.

Asimismo, las poblaciones objeto se pueden describir en términos de características demográficas como edad, sexo, educación, ocupación y situación geográfica. En circunstancias específicas de alta prevalencia se puede considerar que la población en su totalidad está en riesgo.

**RIESGOS PROBABLES DE INFECCIÓN POR VIH DADOS DIFERENTES
COMPORTAMIENTOS. (8)**

GRADO DE RIESGO	SEXUAL	PERINATAL	SANGRE
SIN RIESGO	Se evita actividad sexual (abstinencia). Fantasías, abrazos, relaciones sexuales sin penetración: masturbación, frotación de pares corporales.	Evitar el embarazo o la lactancia materna si la madre o la pareja tienen infección VIH	Abstenerse del uso de drogas inyectables. Abstenerse de inyección con equipo usado. Abstenerse de compartir equipos de inyección. Evitar las transfusiones
MENOR RIESGO	Acto sexual vaginal con uso correcto y regular de condones cunilingus. Felatio sin eyaculación oral Felatio con eyaculación oral Acto sexual anal con condón	Lactancia natural si la mujer está infectada por el VIH Infección de la mujer del embarazo (concepción cuando la mujer tiene infección VIH)	Desinfectar con cloro el equipo compartido de inyección. Usar equipo de punción o perforación de la piel contaminada Usar equipo de inyección sin esterizar. Exposición a sangre contaminada
MAYOR RIESGO	Acto sexual vaginal sin condón. Cualquier contacto que implique sangre Acto sexual anal sin condón	Infección durante el embarazo o parto	Exposición a sangre contaminada (transfusión)

POBLACIONES OBJETO DE RIESGO EN VIH/ SIDA/ ITS. (9)

Los patrones han cambiado de acuerdo a la tendencia epidemiológica y entre los grupos vulnerables encontramos:

1. Juventud sexualmente activa (jóvenes de 12 a 19 años de edad)
2. Mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad)
3. Grupos ocupacionales especiales (camioneros, militares, trabajadores migratorios, obreros industriales, prisioneros)
4. Clientes de quienes ejercen la prostitución
5. Personas que ejercen la prostitución.
6. Pacientes de ITS (personas con síntomas de ITS que demandan atención en instituciones de salud u otros proveedores de atención.
7. Personas que reciben transfusiones de sangre
8. Usuarios de drogas inyectables
Las personas que usan drogas intravenosas y/o intramusculares con fines no medicinales.
9. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) incluye hombres con conductas homosexuales y bisexuales.
10. Adultos con parejas no regulares
Hombres y mujeres que informan haber tenido al menos una pareja sexual además de su pareja habitual en los últimos doce meses. (Se define como “habitual” la persona con quien se ha mantenido una relación sexual por más de doce meses.)
11. Otros, como por ejemplo, las parejas de usuarios de drogas inyectables El riesgo de esta población se debe a su contacto sexual con personas que se inyectan. Las parteras tradicionales son otro ejemplo población en riesgo, dado que atienden partos sin los cuidados necesarios para prevenir la infección.

ATENCIÓN INTEGRAL EN MATERIA DE VIH/SIDA

La atención integral en VIH/SIDA consta de cuatro elementos interrelacionados a saber:

- Manejo Clínico (diagnóstico precoz y acertado, que incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento).
- Cuidados de enfermería (promoción de prácticas de higiene y de nutrición adecuadas, cuidados paliativos, atención domiciliaria y educación a los proveedores de atención en el hogar y a la familia, promoción de las medidas de precaución universal).
- Consejo y apoyo emocional (apoyo psicosocial y espiritual, en especial reducción del estrés y la ansiedad, planificación de la reducción del riesgo y suscitar la capacidad de sobrellevar la enfermedad, de aceptar su estado serológico en cuanto al VIH y su comunicación a otras personas, vivir siendo VIH positivo y planificación para el futuro de la familia).
- Apoyo social (Información, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal).

Los programas de atención integral para las personas con SIDA y sus sistemas de apoyo deberían abarcar servicios que van desde los consejos que requieren servicios sociales, al apoyo nutricional, así como los cuidados paliativos, apoyo para vivir el duelo y apoyo a los familiares o amigos que cuidan al enfermo. Estos programas deberían servir también para mejorar la situación emocional de las personas afectadas y velar por que cuenten con los medios para llevar una vida digna y con respeto hacia sí mismos. (7)

La formulación de programas de atención integral para el VIH/SIDA no debería considerarse como una distracción de los recursos de las actividades de prevención, sino como una estrategia para ampliar su impacto. Estos programas deberían mejorar los esfuerzos en atención primaria y también tener efectos preventivos por si mismos y derivados de los niveles primario, secundario y terciario. Como estrategia de prevención primaria, dichos programas de atención integral deberían velar porque:

1. Las personas que no estén infectadas no se contagien con el VIH
2. Quienes ya están infectados no transmitan el VIH a otros y,
3. Aquellos que ya están infectados no se reinfecten.

EL GRADIENTE DE ATENCIÓN EN VIH/SIDA

El desarrollo de la atención integral adecuada en materia de VIH/SIDA debería servir para dar orientación sobre una secuencia lógica de acontecimientos que pueden ser utilizadas para priorizar acciones y establecer puentes destinados a llevar a cabo intervenciones de creciente complejidad, en los diferentes niveles del sistema de salud.

La atención integral para el VIH/SIDA debería estar disponible y prestarse en todos los niveles del sistema de salud. Esto incluye: atención domiciliaria, atención comunitaria, atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. Cada uno de estos niveles debería ser un elemento de un gradiente o espectro en la atención para personas que viven con VIH/SIDA y todos estos elementos a su vez, forman una red integral de atención. Para que funcione adecuadamente se requiere lo siguiente:

- Definición de roles y funciones dentro de cada uno de los elementos que participan en el gradiente o espectro de la atención para el VIH/SIDA
- Establecimiento de los servicios apropiados y movilización de los recursos necesarios para desempeñar estos roles y funciones
- Construcción de puentes entre cada uno de los elementos del gradiente o espectro de la atención

Si estos requisitos se cumplen, será posible satisfacer las necesidades individuales de las personas que viven con VIH/SIDA en cualquier punto de la evolución de la infección proporcionando las respuestas más apropiadas y oportunas y la referencia a los servicios especializados.

Hay una creencia generalizada de que la mayoría de las necesidades de atención de salud de las personas que viven con VIH/SIDA podría abordarse plenamente garantizando el acceso a los medicamentos, en particular a los tratamientos antirretrovíricos. Sin embargo, esto no logra satisfacer de manera eficiente toda la gama de las necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas de dichas personas.

El acceso a los medicamentos debería considerarse como parte de un manejo clínico adecuado de las personas que viven con VIH/SIDA. Habría que velar porque los elementos que constituyen la base de la atención de salud (proveedores cualificados, instalaciones de laboratorio, unidades de tratamiento, acceso a consejo y pruebas, apoyo emocional y social) estén sólidamente establecidos antes de concentrar todos los esfuerzos y recursos en asegurar el acceso a los medicamentos. (11)

En el Ecuador el diagnóstico de VIH positivo se realiza en forma pasiva a donantes de sangre, contactos de pacientes y personas que voluntariamente solicitan la prueba y personas referidas de Organizaciones no Gubernamentales) ONGs que tienen centros de información y consejería (telefónica). Las pruebas de tamizaje con Elisa en los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene (I.N.H) son cobrados, pero el diagnóstico de confirmación es gratuito. En los Bancos de Sangre las pruebas de ELISA para donantes son gratuitas, pero las pruebas confirmatorias son pagadas por el paciente.

El monitoreo del acceso al diagnóstico por el número de laboratorios por provincia, el número de pruebas realizadas por 1000 habitantes y el porcentaje de VIH + para Elisa confirmados con Wester Blood (WB) o Inmuno Fluorescencia (IF) son indicadores a considerar en el monitoreo de ésta actividad. (8)

Se debe proveer tratamiento para infecciones oportunistas y quimioprolifaxis anti TB a PVVS- VIH. Los afiliados a la Seguridad Social reciben además tratamiento antirretroviral.

Se debe realizar consejería pre y post prueba (positivo y negativo) de VIH y de soporte a las Personas Viviendo con (PV)-VIH/SIDA, así como consejería a personas que consultan con ITS.

DATOS A REPORTAR (7)

- **Tamizaje** No. de personas tamizadas para VIH por razón de tamizaje
No. de instituciones cuyos laboratorios reportan pruebas de diagnósticos de VIH/SIDA
% de personas positivas para Elisa reactivas.
- **Profilaxis** No. de atención a pacientes con SIDA
No. de atención a pacientes con SIDA que recibió profilaxis con clotromoxazol
No. de pacientes con VIH/SIDA nuevos que recibieron profilaxis con INH.
No. de pacientes con VIH/SIDA que completó profilaxis con INH
- **Consejería** No. de consejerías pret test para VIH
No. de consejería post test para VIH positivo
No. de consejería post test para VIH negativo
No. de consejería a personas que viven con VIH/SIDA
No. de consejería en casos de ETS

TRANSMISIÓN SEXUAL

El Programa de Control de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Infecciones de Transmisión Sexual (VIH/SIDA/ITS) debe priorizar dos estrategias:

1. Implementación de manejo sindrómico, en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud
2. Implementación de centros de referencia de atención de ITS para población general a nivel de Áreas de salud (Centro de Salud u Hospital cantonales) para la atención a grupos de alta prevalencia.

Intervención en grupos vulnerables.- El Programa ejecutará de prevención y promoción de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ Infecciones de Transmisión Sexual (VIH/SIDA/ITS) en jóvenes entre 10 y 24 años dentro y fuera del espacio escolar, como grupos blanco prioritario.

Adicionalmente, se debe identificar otros grupos vulnerables por condiciones socioeconómicas y étnicas, en los que se deberían realizar intervenciones. En actividades con jóvenes escolarizados, no escolarizados. Se reportarán los datos en la ficha epidemiológica.

TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

La institución responsable del control de transmisión sanguínea y sangre segura es la Cruz Roja Nacional. El PCS mantiene una coordinación directa con este Programa. La Cruz Roja coordina la Red de Bancos de Sangre, que está constituida por los Bancos de Sangre de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Instituto de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Clínicas Privadas.

A pesar de las limitaciones financieras del PRONAHEBAS, hay un avance significativo de la cobertura y calidad de la sangre. El porcentaje de sangre que se obtiene por donación voluntaria ha aumentado considerablemente en los últimos años (30%) y se pretende disminuir al máximo la obtención de sangre por reposición. La donación voluntaria de sangre se ha incrementado en los últimos años gracias a actividades que estimulan la solidaridad, considerando que el día 23 de mayo ha sido institucionalizado como el día del Donante Voluntario.

Las actividades a reportar serán las donaciones de sangre, en porcentaje de sangre que se obtiene por donación voluntaria y por reposición número de muestras de sangre tamizadas.

TRANSMISIÓN VERTICAL

Para el control de la transmisión vertical se ejecutan dos estrategias:

1. Tamizaje gratuito para VIH a todas las gestantes previa consejería y consentimiento firmado.

2. Tratamiento gratuito con AZT a la gestante a partir de la semana 35 de gestación hasta el nacimiento del niño; después del parto pasa a recibir tratamiento con AZT el recién nacido hasta las 6 semanas de vida; además se le brinda leche maternizada para los 3 primeros meses.

ACTIVIDAD	DATOS A REPORTAR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamizaje a gestantes 	<p>% de gestantes con tamizaje de VIH y Sífilis en primera consulta.</p> <p>% de gestantes con tamizaje de VIH y Sífilis antes de la semana 20 de gestación</p> <p>% de gestantes con tamizaje de VIH y Sífilis hasta el momento de parto.</p> <p>Nº y % de mujeres seropositivas para VIH y Sífilis del total de tamizadas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento gestantes 	<p>Nº de gestantes seropositivas para VIH que reciben tratamiento antiretroviral del total de seropositivas.</p> <p>Nº y % de gestantes reaginina positivas que reciben tratamiento para sífilis del total de gestantes tamizadas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento RN 	<p>Nº de niños de madres VIH positivas que recibe tratamiento antoretroviral hasta las seis semanas.</p>

TRANSMISIÓN POR INYECCIÓN DE DROGAS Y ACCIDENTES LABORALES

En el Ecuador no se han reportado problemas de transmisión de VIH por inyección de drogas, aunque no se han hecho investigaciones al respecto. Es importante estar atentos al apareamiento de seropositivos o casos de SIDA en los registros de notificación de casos.

En relación a actividades de prevención de VIH por accidentes, es necesario formular normas de bioseguridad e implementar actividades de promoción de bioseguridad en hospitales y en centros de atención de pacientes. Adicionalmente se debe dotar de medicación antiretroviral para accidentes.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

Es muy útil conocer todas las actividades que se llevan a cabo o han sido programadas por los diversos grupos, ministerios y organizaciones en el país. Esto permitirá coordinar todas las actividades relacionadas con el VIH/SIDA, evitar duplicación de esfuerzos y lograr un clima que permita, a los distintos grupos, compartir experiencias y aprender unos de otros.

La preparación de listas de actividades, en curso y programadas, servirán de referencia para, más adelante, elaborar descripciones detalladas de las poblaciones objeto en el país y para seleccionar intervenciones. Dichas listas serán útiles también para desarrollar o modificar el Plan Nacional.

Intervención en grupos vulnerables.- El Programa ejecutará de prevención y promoción de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ Infecciones de Transmisión Sexual (VIH/SIDA/ITS) en jóvenes entre 10 y 24 años dentro y fuera del espacio escolar, como grupos blanco prioritario. Adicionalmente, se debe identificar otros grupos vulnerables por condiciones socioeconómicas y étnicas, en los que se deberían realizar intervenciones. En actividades con jóvenes escolarizados, no escolarizados. Se reportarán los datos en la ficha epidemiológica.

Promoción de condones.- El Ministerio de Salud tiene puestos de información telefónica que usualmente están en las ONGs. El Programa a nivel central eventualmente compra condones para distribuirlos en actividades de promoción o apoyo a trabajo educativo. En algunos Centros de Atención para Infecciones de Transmisión Sexual (CITS) y Organismos No Gubernamentales (ONGs) se distribuyen gratuitamente y se venden condones a bajo precio a población con

conductas de riesgo como Trabajadoras Sexuales (TS), Hombres teniendo Sexo con Hombres (HSH) y usuarios con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). El mayor volumen de condones es comercializado por empresas y farmacias privadas. Por lo que se reportarán:

ACTIVIDAD	DATOS A REPORTAR
Accidentes laborales	Nº de condones importados por instituciones estatales, ONGs y empresas privadas. Nº de condones comercializados por farmacias públicas o privadas.

DIAGNÓSTICO DE OTRAS ITS

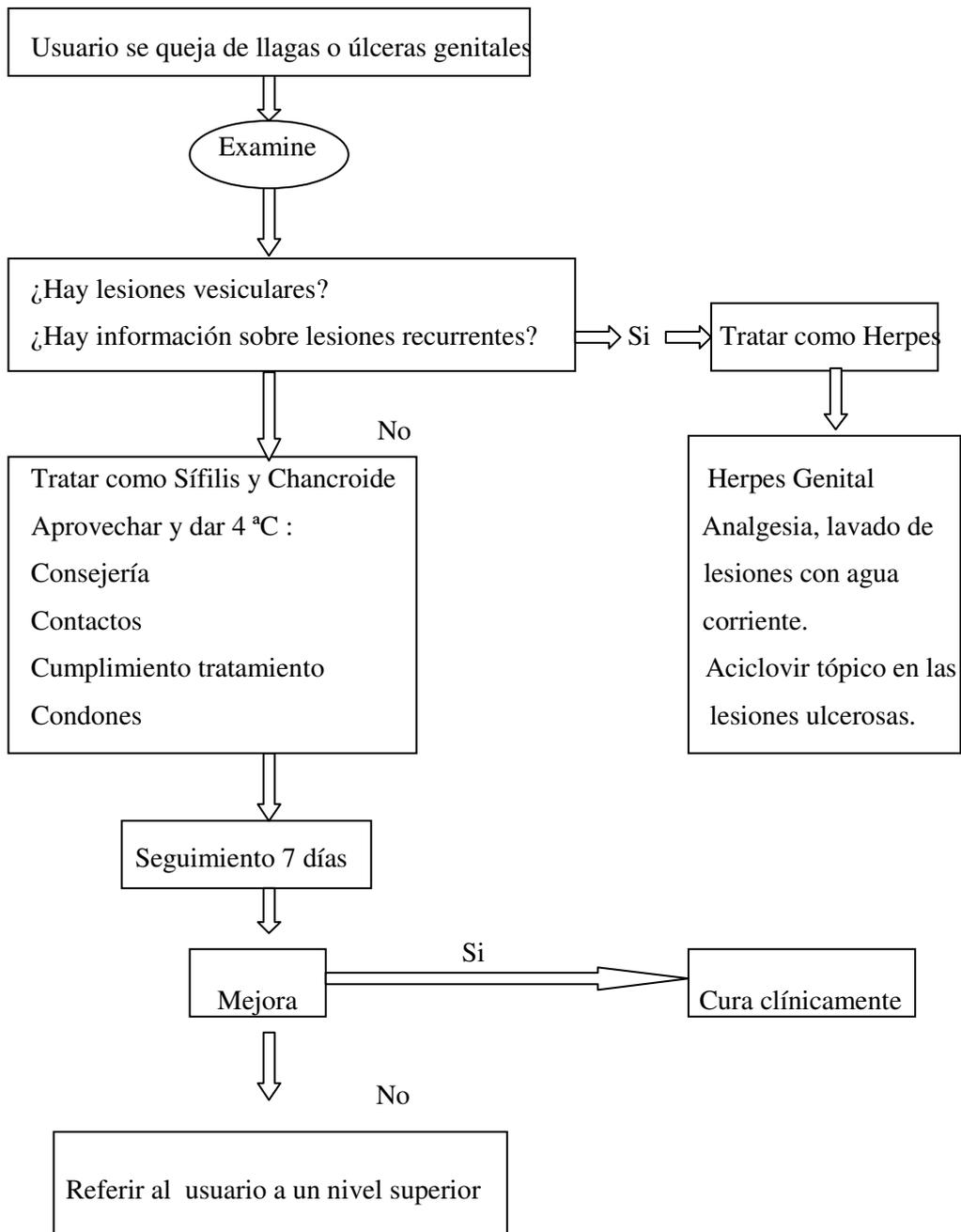
Los laboratorios locales realizan el diagnóstico de sífilis; los Centros de Referencia de ITS y Hospitales realizan la confirmación etiológica de otras ITS. Los laboratorios de referencia nacional del INH realizan la confirmación etiológica de otras ITS y el control de calidad de los procedimientos de laboratorio.

NORMAS TÉCNICAS DEL M.S.P EN EL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS I.T.S (10)

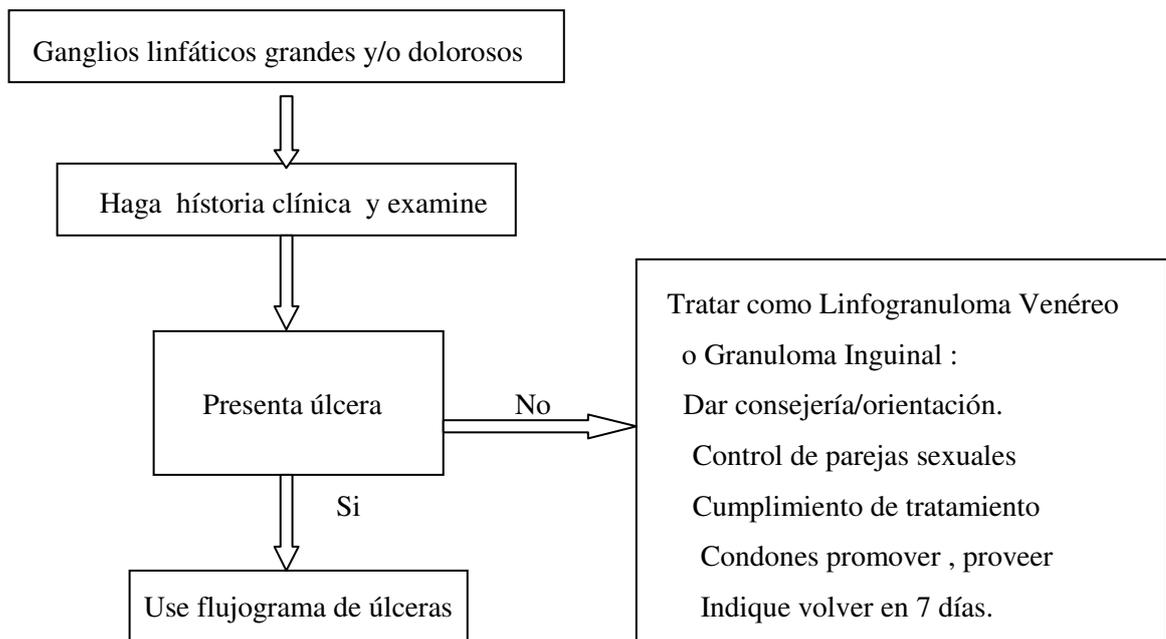
Se recomienda:

- Dar atención oportuna con el fin de emitir un diagnóstico rápido, sencillo, preciso y ofrecer o dar un tratamiento eficaz, inmediato y de costo módico.
- Ofrecer la realización de pruebas en el laboratorio en la población en riesgo, previo la obtención del consentimiento informado como estrategia de la detección de los casos.
- Informar, atender los contactos sexuales, educar y comunicar a la población general.
- Notificar y registrar los casos de las Infecciones por Transmisión Sexual y VIH/Sida.
- Realizar investigaciones operativas.

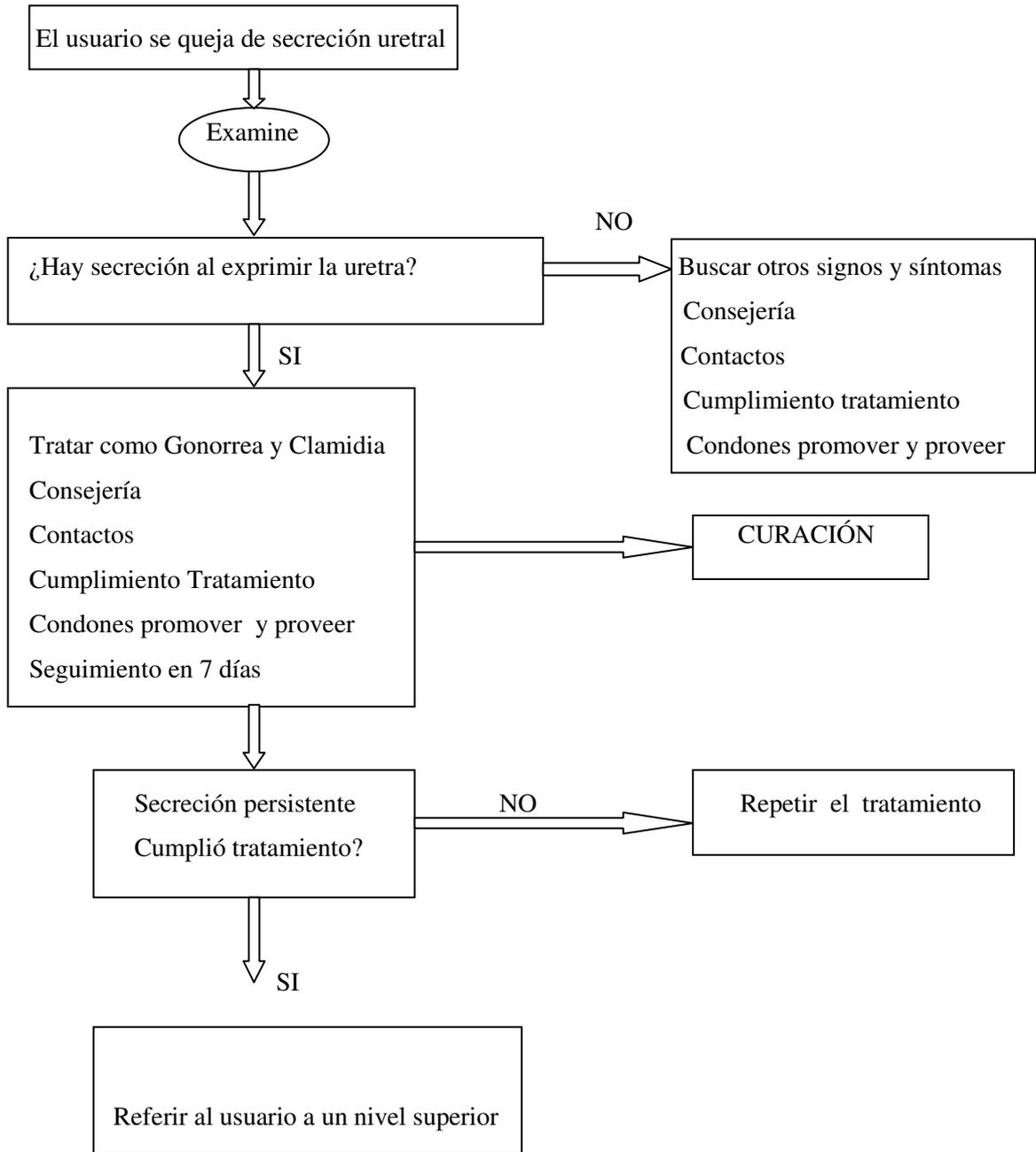
Síndrome de Úlceras genitales.



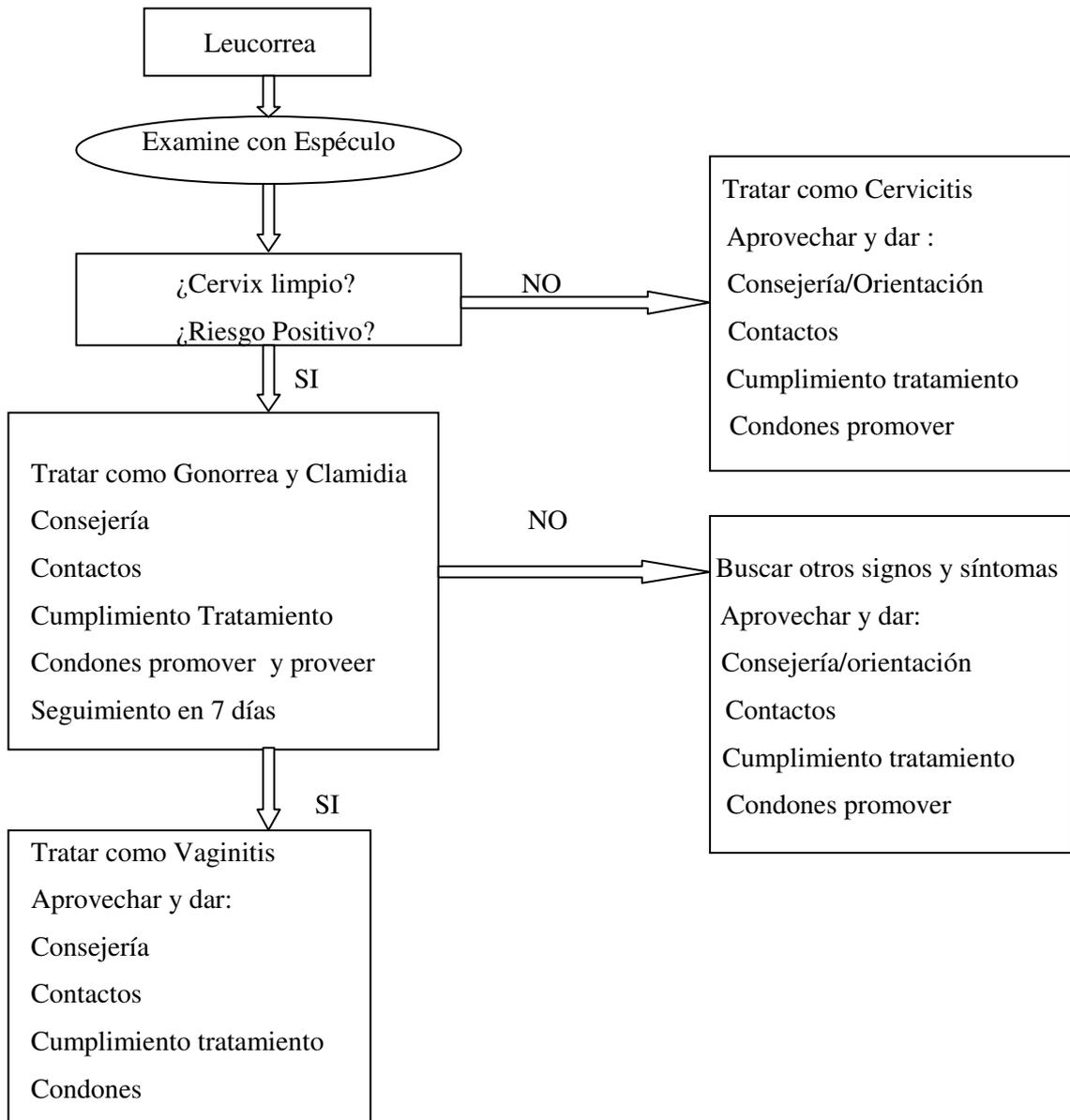
Síndrome del Bubón Inguinal.



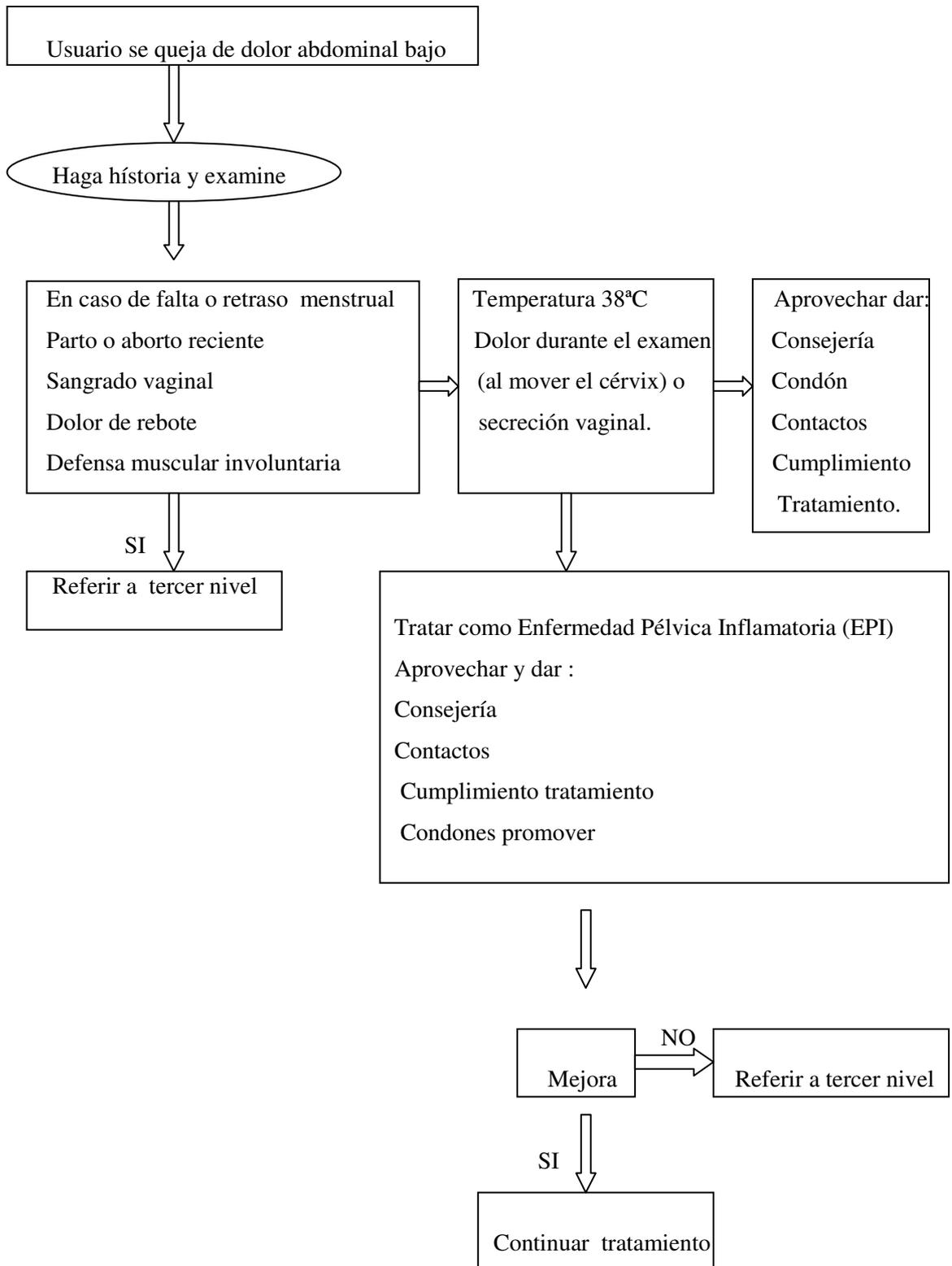
Síndrome de Secreción Uretral.



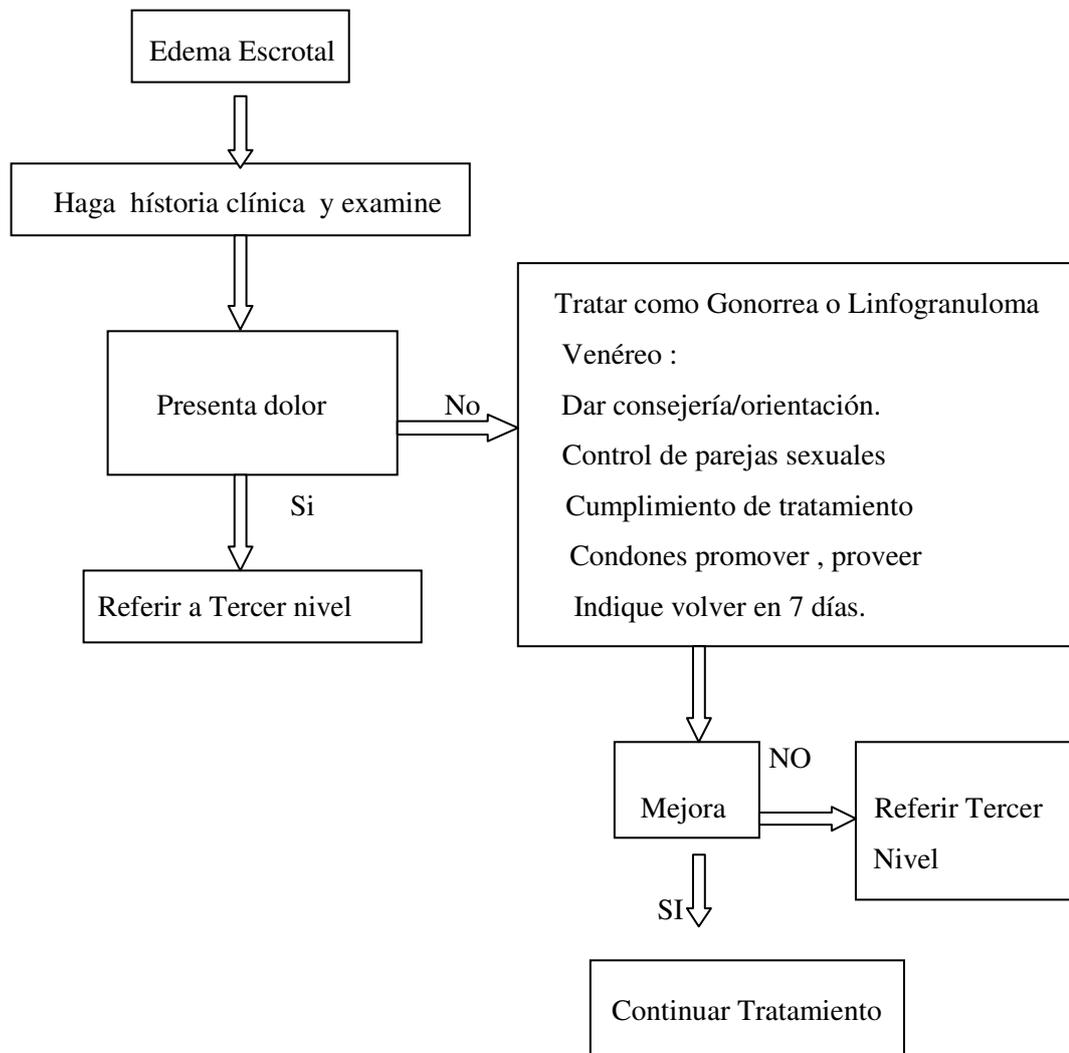
Síndrome de Secreción Vaginal.



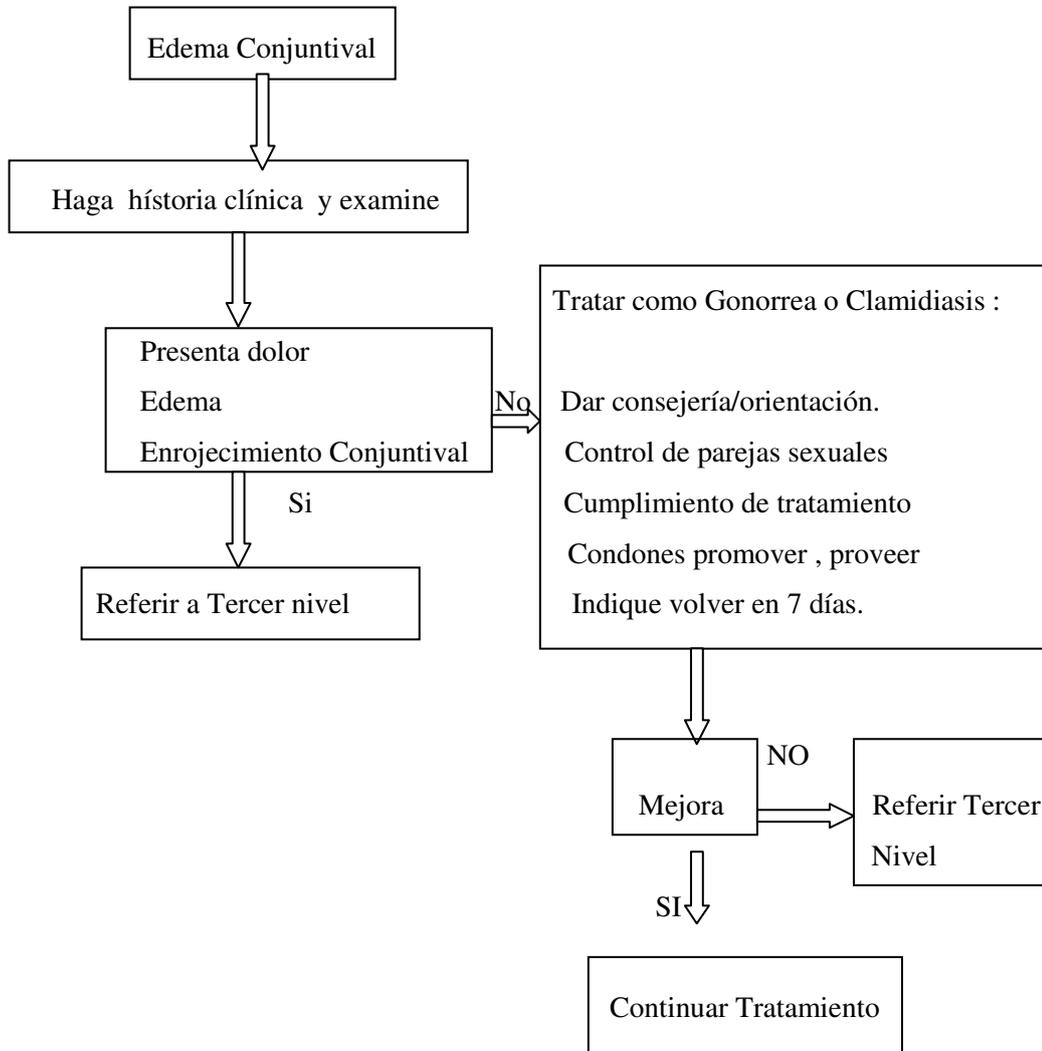
Síndrome de Dolor Abdominal Bajo.



Síndrome del Edema Escrotal.



Síndrome de Conjuntivitis Neonatal.



VARIABLES

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Manejo Integral de las ITS	Conjunto de servicios que proporcionan a un individuo con el fin de promover y proteger la salud	Método de Diagnostico	Exámen físico con espèculo Hemograma - Completo Exámen Heces Examen de Orina Colposcopía Frotis Inmunología Cultivo Antibiograma Normas Tècnicas	Si-No Si -No Si -No Si -No Si -No Si -No Si -No Adecuado No Adecuado
Sistema de Vigilancia	Es la detección de incidencias de las I.T.S.	Características generales del individuo con ITS	Edad Sexo Embarazadas	< 10 años 11-15 años 16-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51 > Masculino Femenino Si No

			Ocupación	Doméstica Prostitución controlada Prostitución no controlada Otras
			Estado Civil	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Union Libre
			Embarazadas	I Trimestre II Trimestre III Trimestre
			Grado de Instrucción Escolar	Analfabetismo Primaria Secundaria Superior
			Procedencia	Urbano Rural
			Cuadro Clinico	Si - No
		Causas	Bacterianas	Si -No
			Viral	Si -No
			Micótica	Si -No
			Parasitaria	Si -No

		Localización	Sistema	
			Tegumentario	Si -No
			Hematológico	Si -No
			Inmunológico	Si-No
			Genital	Si-No
			Digestivo	Si -No
		Tratamiento	Clínico-	
			Farmacológico	Si -No
			Quirúrgico	Si-No
			Profiláctico	Si-No
			Psicológico	Si-No
			Empírico	Si-No
		Complicaciones	Discapacidad	Si-No
			Deformidad	Si-No
		Enfermedades concomitantes	Diabetes	Si-No
			Hipertensión	Si-No
			Anemia	Si-No
			I.V.U	Si-No
			Dermatitis	Si-No
			Enfermedades Digestivas	Si-No

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

1.- TIPO DE ESTUDIO:

El estudio realizado es de tipo Analítico-Descriptivo-Prospectivo-Observacional.

2.- ÁREA DE ESTUDIO:

Nuestro estudio será realizado en el Centro de Salud de Portoviejo durante el periodo Diciembre 2005 a Mayo 2006.

3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En nuestro estudio incluimos a:

- ★ Todos los usuarios que fueran atendidos por enfermedades de transmisión sexual en el centro de salud de Portoviejo en el periodo Diciembre 2005-Mayo 2006.

4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ★ Todos usuarios que reciben un diagnostico y tratamiento oportuno.

5.- POBLACIÓN

350 pacientes.

6.- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Técnica Secundaria:

Fichaje: Revisión de archivos y hoja de ingreso (008).

Historias clínicas

7.-PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

La información que se obtenga será procesada con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificará en porcentaje para facilitar la tabulación.

Para los datos cuantificados se emplearán gráficos y cuadros estadísticos para interpretar y analizar mejor los resultados de la investigación, a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

8.- RECURSOS

HUMANOS

- Personal administrativo, Médico, y Paramédico del Centro de Salud de Portoviejo.
- Pacientes con I.T.S.
- Egresados en Medicina: Muñoz Ponce Dámaso Humberto
Ponce Alencastro Jhon Alexander

MATERIALES

- Encuesta
- Computadora
- Materiales
- Formularios y Libros.
- Internet.

ECONÓMICOS

Los gastos que se generen de la investigación serán solventados por los investigadores. (VER PRESUPUESTO)

INSTITUCIONALES

- Área de Salud No. 1
- Dirección Provincial de Salud
- Centro de Salud Portoviejo
- Biblioteca de la Universidad Técnica de Manabí

PRESUPUESTO

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO (En dólares)	VALOR TOTAL (En dólares)
30	Internet (horas)	1.50	45,00
100	Alquiler de Computadora (horas)	1,20	120,00
24	Artículos de Escritorio	(Plumas, papeles, sobres, carpetas; etc)	18,50
220	Copias de Bibliografía (hojas)	0,03	6,60
8	Especie Valorada	1,50	12,00
2	Certificados	2,00	4,00
	Gastos de Transporte	(Taxi, bus, etc)	160,00
336	Impresión de Protocolos (hojas)	Negro 0,25	84,00
4	Anillado de Protocolo	1,50	6,00
2	Alquiler de DATA Show (hora)	10,00	20,00
	Insumos Varios	(Alimentos, bebidas, etc)	55,00
450	Impresión de Tesis	Negro 0,25	112,50
85		Color 0,60	51,00
5	Empastado de Tesis	5,00	25,00
7	CD (Tesis)	1,20	8,40
TOTAL			728,00

RESULTADOS

GRAFICO No. 1

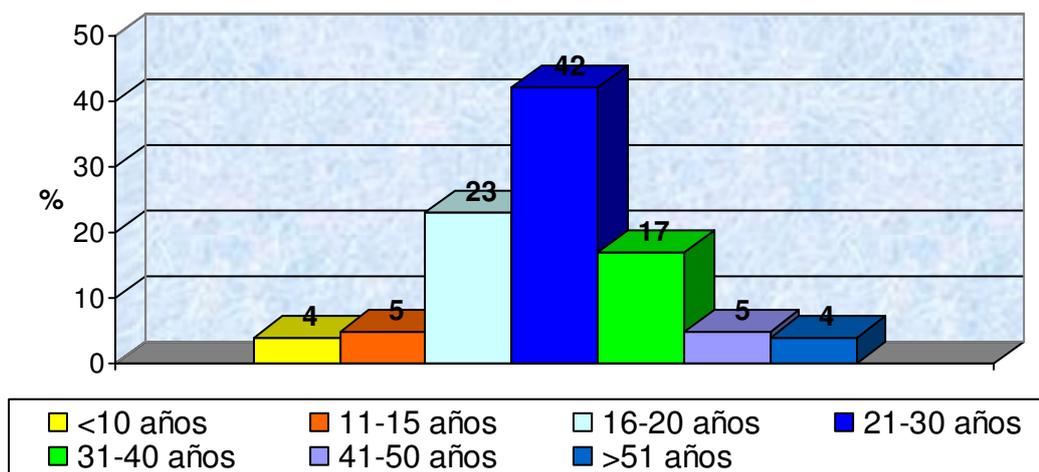
EDAD DE LOS USUARIOS CON I.T.S QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006'

EDAD	F	%
< 10 años	14	4
11-15 años	16	5
16-20 años	83	23
21-30 años	150	42
31-40 años	58	17
41-50 años	17	5
> 51 años	12	4
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Podemos apreciar en este gráfico que el 42% corresponde a las edades de 21-30 años, seguido de un 23% en las edades de 16-20 años y por último en los > 51 años corresponde un 4%.

GRAFICO No. 2

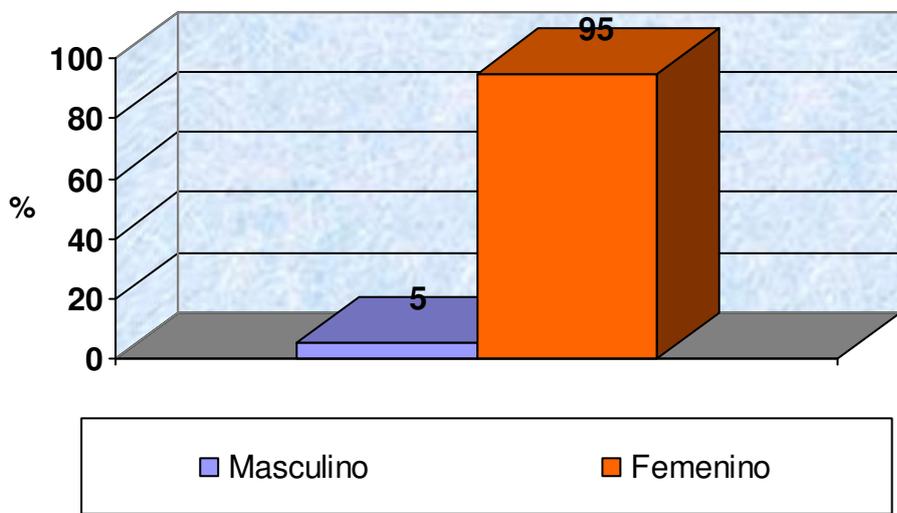
SEXO DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO I.T.S QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006''

SEXO	F	%
Masculino	17	5
Femenino	333	95
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

El gráfico nos indica que el 95% corresponde al sexo Femenino, mientras que el 5% al Masculino.

GRAFICO No.3

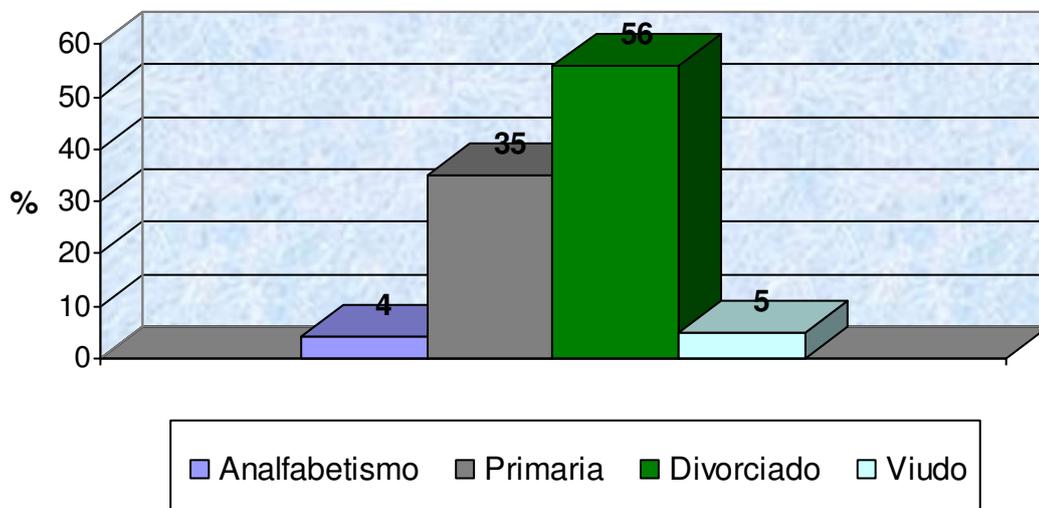
NIVEL ACADEMICO DE LOS USUARIOS BAJO EL DIAGNOSTICO DE I.T.S QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.

NIVEL ACADENICA	F	%
Analfabetismo	10	4
Primaria	128	35
Secundaria	199	56
Superior	19	5
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Observamos que el nivel académico de las personas con I.T.S que se atienden en la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo corresponde un 56% al nivel secundario, un 35% al nivel primario, y por último el analfabetismo con un 4%.

GRAFICO No. 4

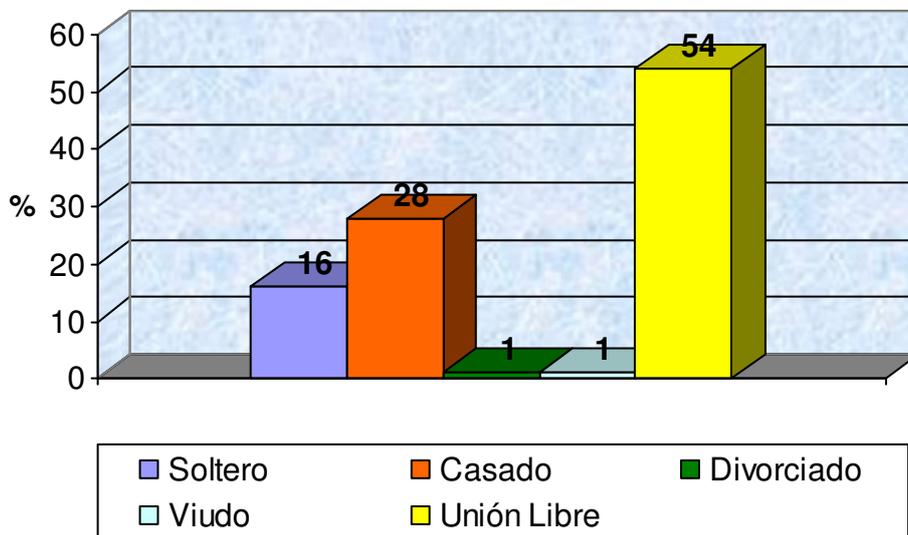
ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE I.T.S QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006''

ESTADO CIVIL	F	%
Soltero	55	16
Casado	102	28
Divorciado	3	1
Viudo	2	1
Unión Libre	188	54
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

El estado civil registra el 54% para la Unión Libre, seguido por un 28% en los casados, finalmente los divorciados y los viudos con 1%.

GRAFICO No 5

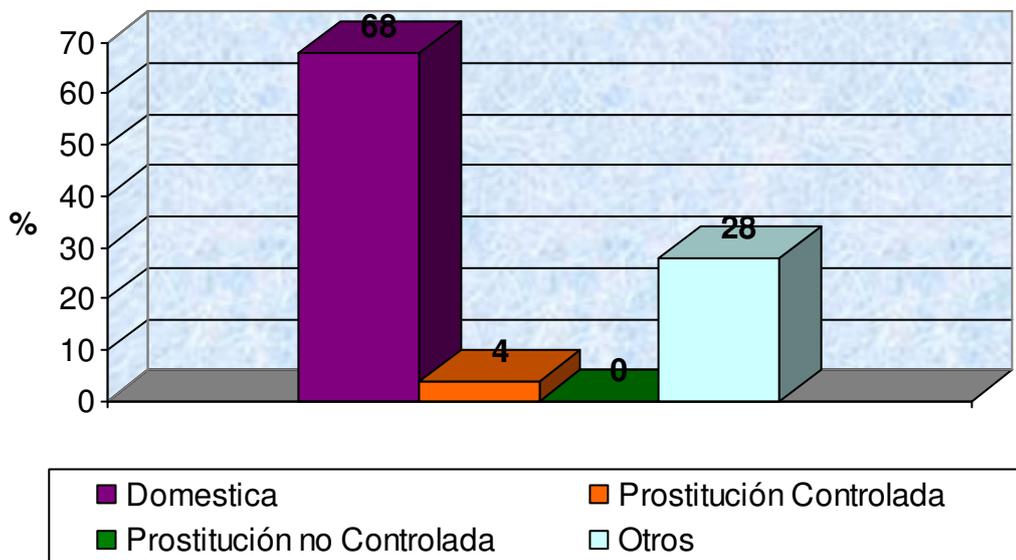
OCUPACION DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE I.T.S ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006”

OCUPACIÓN	F	%
Domestica	239	68
Prostitución Controlada	15	4
Prostitución no Controlada	0	0
Otros	96	28
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

En la ocupación de las personas con diagnóstico de I.T.S observamos que el 68 % corresponde a las domésticas, seguido de otros con 28 % y la prostitución controlada con un 4%.

GRAFICO No.6

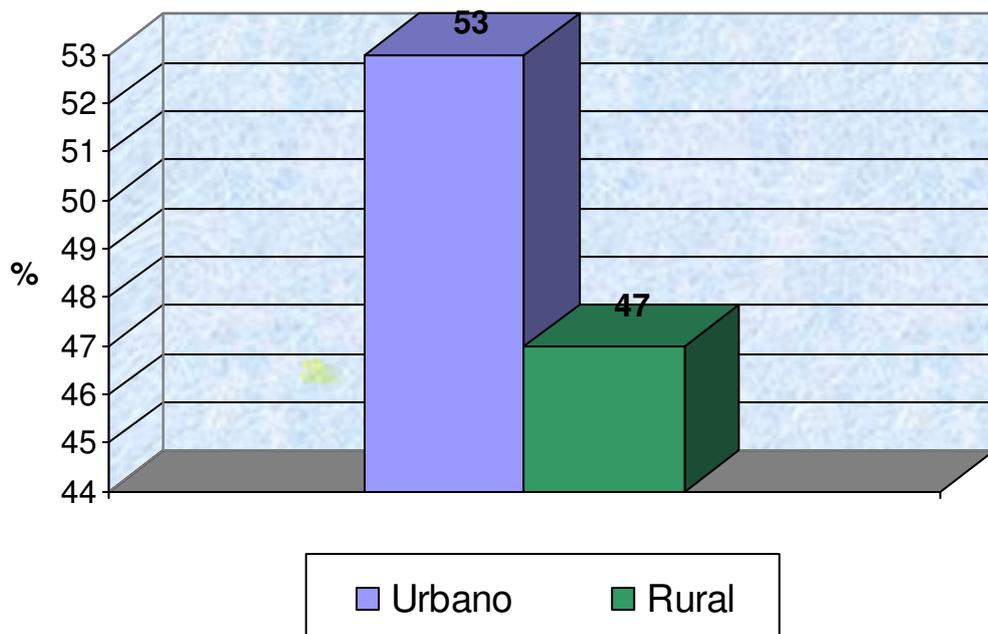
PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE I.T.S ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006''

PROCEDENCIA	F	%
Urbano	187	53
Rural	163	47
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Podemos apreciar que la procedencia de las personas con diagnóstico de I.T.S. corresponde un 53% al área Urbana y el 47 % al área Rural.

GRAFICO No. 7

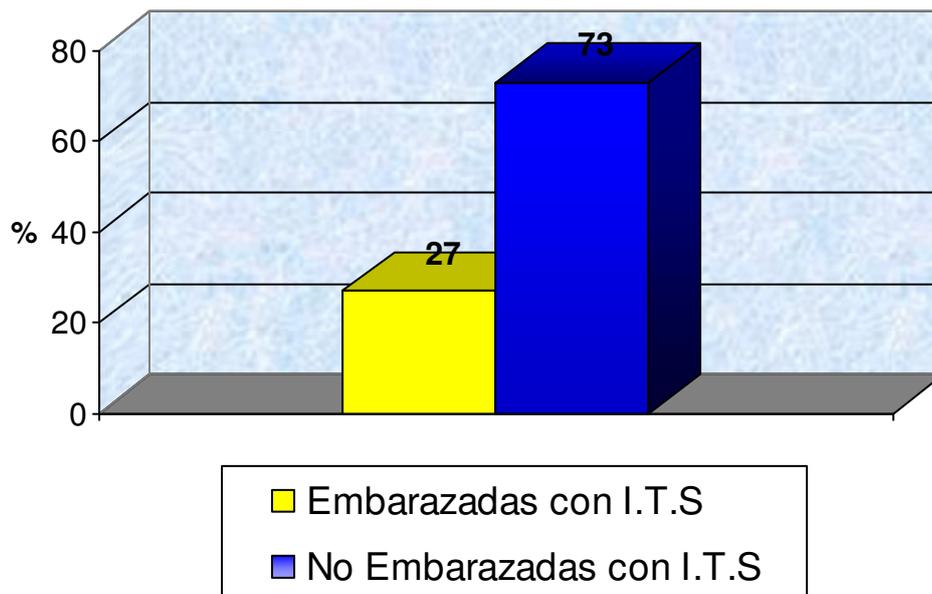
**USUARIAS EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS CON I.T.S QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006”**

SEXO	F	%
Embarazadas con I.T.S	89	27
No Embarazadas con I.T.S	244	73
Total	333	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

El gráfico nos indica que existe un porcentaje considerable de embarazadas con I.T.S que es del 27% , mientras que un 73% corresponde a las no embarazadas.

GRAFICO N 8

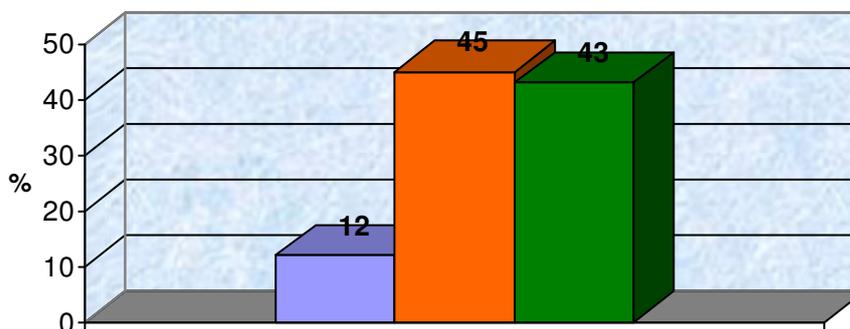
USUARIAS EMBARAZADAS CON I.T.S ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006”.

EMBARAZADAS	F	%
1er Trimestre	11	12
2do Trimestre	40	45
3er Trimestre	38	43
Total	89	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



■ 1er Trimestre ■ 2do Trimestre ■ 3er Trimestre

ANÁLISIS:

Observamos que en las usuarias embarazadas con diagnóstico de I.T.S atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo un 45% corresponde al segundo trimestre de embarazo, seguido del 43% en el tercer trimestre de embarazo, y un 12% en el primer trimestre de embarazo.

GRAFICO No. 9

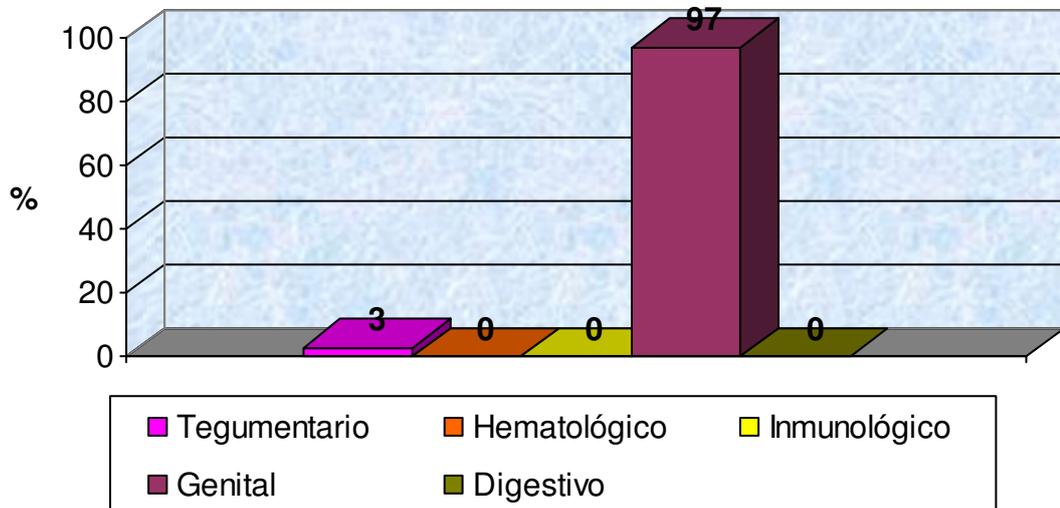
LOCALIZACION DE LAS I.T.S EN LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.

LOCALIZACION	F	%
Tegumentario	10	3
Hematológico	0	0
Inmunológico	0	0
Genital	339	97
Digestivo	0	0
TOTAL	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

La incidencia de la localización de las I.T.S según el gráfico, nos demuestra que el Sistema Genital es el más afecto con un 97%, mientras que un 3% corresponde al Sistema Tegumentario.

GRAFICO No 10

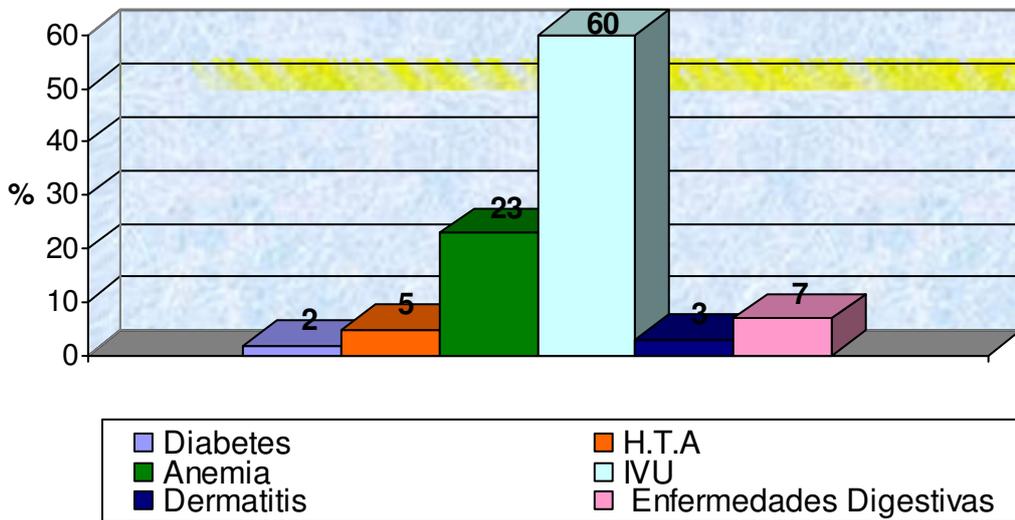
**ENFERMEDADES CONCOMITANTE DE LOS USUARIOS CON
DIAGNOSTICO DE I.T.S QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA
DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO
DEL 2006’.**

ENFERMEDADES	F	%
Diabetes	5	3
H.T.A	14	5
Anemia	66	23
IVU	170	60
Dermatitis	8	2
Enfermedad Digestiva	19	7
TOTAL	282	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Dentro de las enfermedades concomitantes de las personas afectadas con I.T.S resalta la I.V.U con el 60% , seguido de un 23% por la Anemia y por último la Dermatitis con un 2%.

GRAFICO No.11

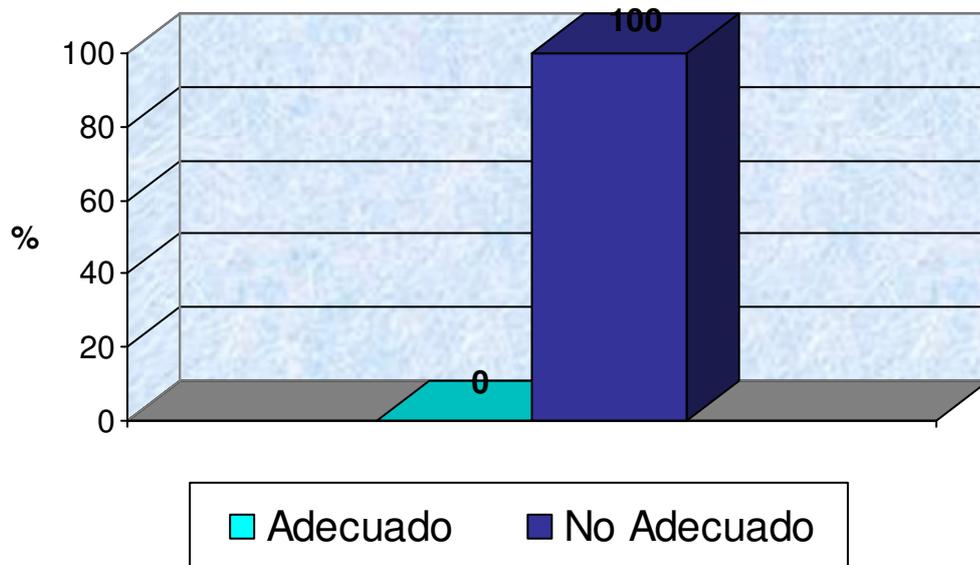
**CALIDAD EN EL MANEJO DE LAS I.T.S SEGÙN NORMAS TÈCNICAS
DEL MINISTERIO DE SALUD PÙBLICA EN LAS PERSONAS
AFECTADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO
DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006”.**

CALIDAD EN EL MANEJO	F	%
Adecuado	0	0
No Adecuado	350	100
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

El resultado de la investigación nos indica que la calidad en el manejo de las I.T.S según normas técnicas del Ministerio de Salud Pública en las personas afectadas que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo es no adecuada en un 100%.

GRAFICO No. 12

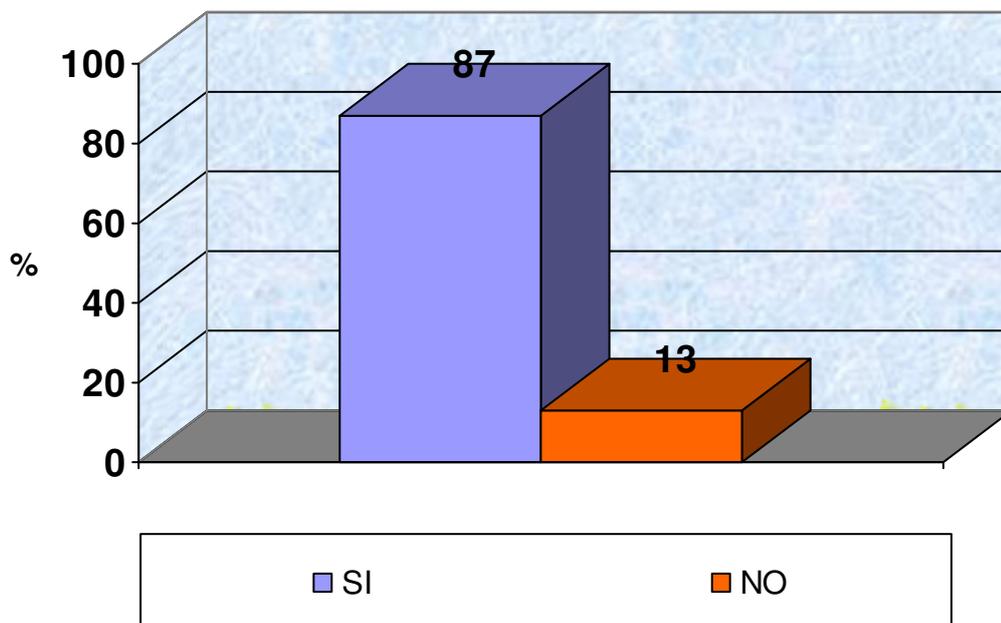
**MANIFESTACIONES CLINICAS EN LOS USUARIOS CON
DIAGNOSTICO I.T.S EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE
SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.**

MANIFESTACIONES CLINICAS	F	%
SI	305	87
NO	45	13
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Observamos en el presente gráfico que los usuarios con I.T.S presentaron manifestaciones clínicas en un 87%, mientras que un 13% no las presentaron.

GRAFICO No.1 3

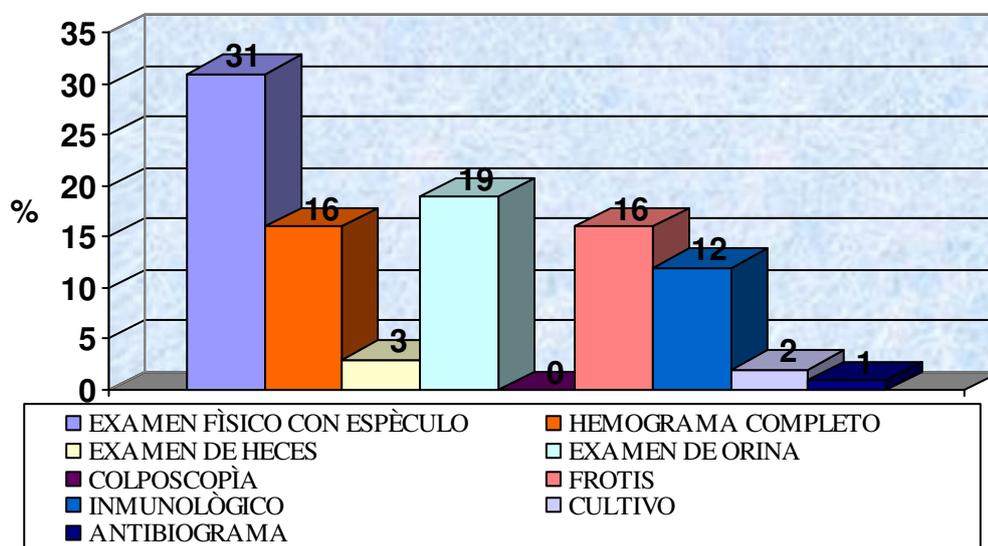
**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EN LOS USUARIOS CON I.T.S
QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.**

TRATAMIENTO	F	%
Examen Físico con Espéculo	194	31
Hemograma Completo	96	16
Examen de Heces	21	3
Examen de Orina	115	19
Colposcopía	2	0
Frotis	96	16
Inmunológico	76	12
Cultivo	9	2
Antibiograma	8	1
TOTAL	617	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

En el presente gráfico observamos que de las personas atendidas en el Centro de Salud Portoviejo se les realizó Examen Físico con Espéculo al 31%, Exámenes de Orina al 19%, Hemograma Completo y Frotis al 16%, Exámenes Inmunológicos al 12%, mientras que los Cultivos y los Antibiógramas representan el 2% y 1% respectivamente.

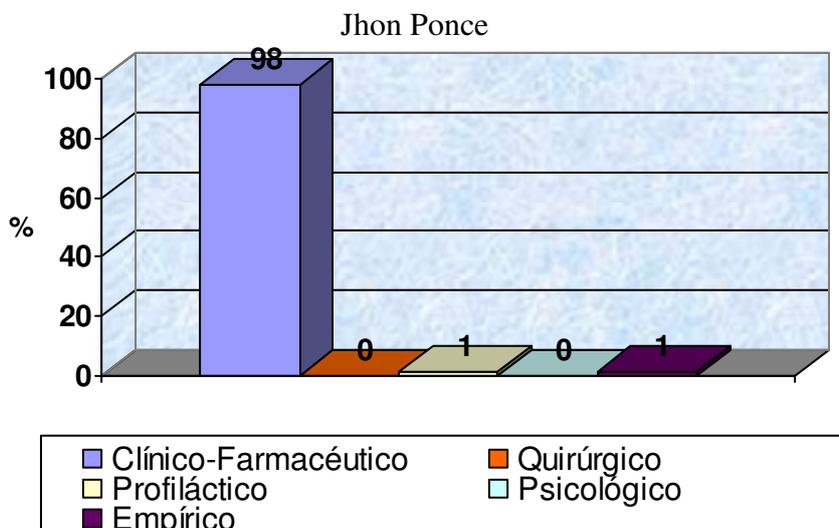
GRAFICO No. 14

**TRATAMIENTO DE LAS I.T.S EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO
DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.**

TRATAMIENTO	F	%
Clínico-Farmacológico	343	98
Quirúrgico	1	0
Profiláctico	2	1
Psicológico	0	0
Empírico	4	1
Total	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz



ANÁLISIS:

En el presente gráfico observamos que el 98% corresponde al tratamiento Clínico Farmacológico que recibió el paciente con I.T.S, mientras con 1% el tratamiento Empírico y Profiláctico.

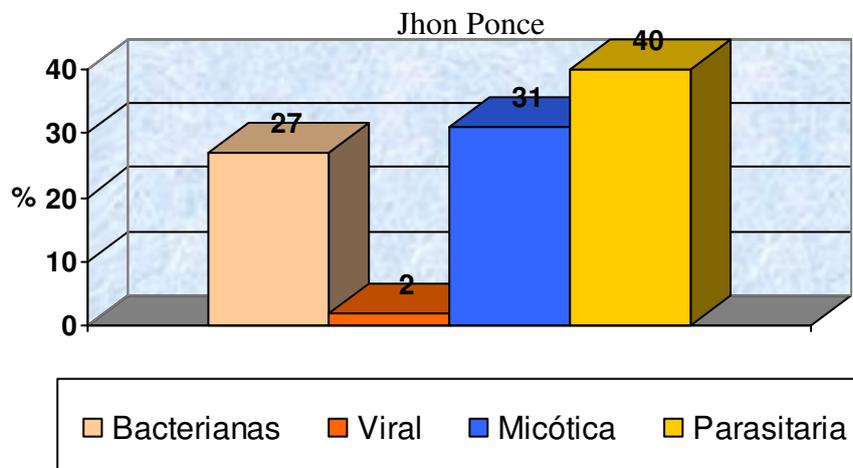
GRAFICO No. 15

CAUSAS ETIOLOGICAS DE LAS I.T.S EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.

CAUSAS	F	%
Bacterianas	96	27
Viral	7	2
Micótica	110	31
Parasitaria	137	40
TOTAL	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz



ANÁLISIS:

Observamos que el 40% de las causas de las I.T.S son parasitarias y el 31% micótica, y un 27 % Bacterianas y por último las virales con un 2%.

GRAFICO No. 16

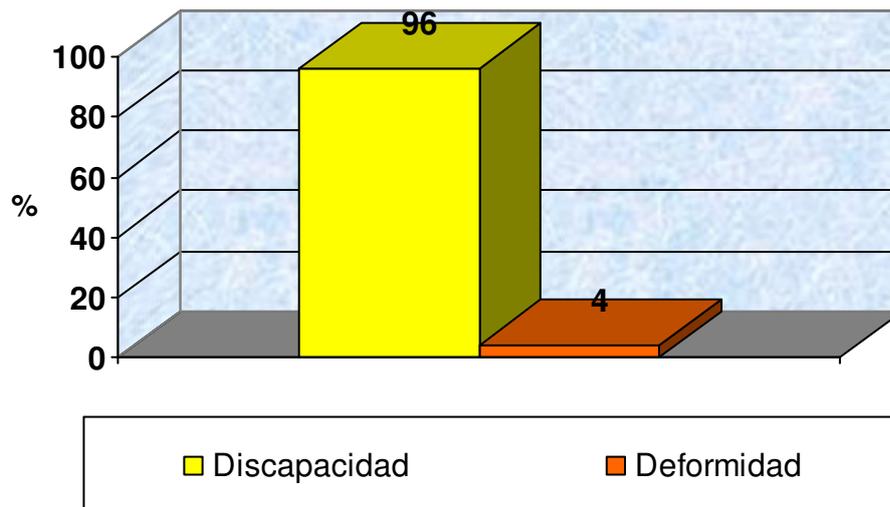
COMPLICACIONES DE LAS I.T.S EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.

COMPLICACIONES	F	%
Discapacidad	26	96
Deformidad	1	4
Total	27	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Entre las complicaciones que producen las I.T.S en las personas afectadas, observamos que el 96% presentaron discapacidad, y el 4% de deformidad .

GRAFICO No. 17

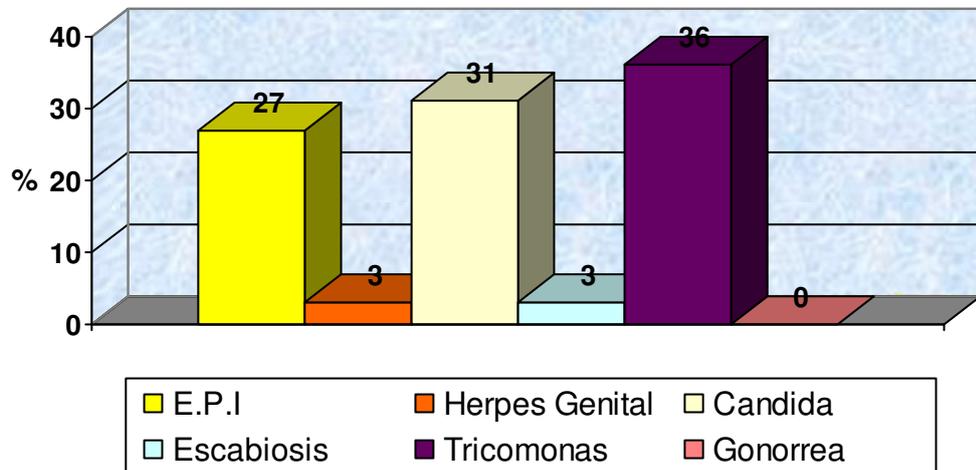
TIPO DE I.T.S PRESENTADOS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO DICIEMBRE DEL 2005-MAYO DEL 2006’.

TIPO I.T.S	F	%
E.P.I	93	27
Herpes Genital	9	3
Candida	110	31
Escabiosis	10	3
Tricomonas	127	36
Gonorrea	1	0
TOTAL	350	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dámaso Muñoz

Jhon Ponce



ANÁLISIS:

Los tipos de I.T.S presentados en los usuarios que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo corresponden el 36% a las Tricomonas como el mayor de los tipos de I.T.S registrados, seguido de un 31% de las Candidas y por último con un 3% el Herpes Genital.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El presente estudio se basa en determinar el Manejo Integral de las I.T.S. según Normas Técnicas del Ministerio de Salud Pública en los usuarios que acuden al Centro de Salud Portoviejo Diciembre del 2005 a Mayo del 2006.

Las edades con mayor porcentaje de los usuarios atendidos en la consulta externa del Centro de Salud de Portoviejo estuvieron comprendidos 21-30 años con un 42% el mismo que concuerda con los datos estadísticos epidemiológicos de los grupos de edades 15-29 años con mayor incidencia de las I.T.S. en nuestro país.

El sexo femenino ocupa el 95%, y un 5% corresponde al sexo masculino, observando que los usuarios del sexo femenino son los más afectados, pero esto no implica que ambos sexos estén en riesgo de presentar I.T.S.

Entre las causas de las I.T.S. esta el nivel académico de los usuarios que acudieron al Centro de Salud Portoviejo, los mismos que poseen un 56% del nivel académico secundario y un 35% del nivel primario existiendo también analfabetismo con un 4% siendo este factor de riesgo, por el predominio del bajo conocimiento sobre las medidas de prevención de estas infecciones.

La unión libre ocupa un 54%, de un 28% del estado civil casado y un 16% del estado civil soltero lo que no se relaciona con los estudios epidemiológicos los que dan a conocer que el estado civil soltero es el más propenso a sufrir I.T.S.

Entre las ocupaciones de los usuarios con diagnóstico de I.T.S. el 68% son domésticas y el 28% corresponden a otras actividades entre ellas: profesionales, estudiantes, comerciantes, etc. Esto evidencia el alto grado de promiscuidad y la infidelidad en el hogar, los mismos que no concuerdan con los datos epidemiológicos, ya que las prostitutas no controladas son las que con mayor grado pueden transmitir I.T.S.

La procedencia de los usuarios atendidos en la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo están los del área urbana con un 53% los mismos que cuentan con mayor accesibilidad de los servicios de salud de un 47% del área rural estos usuarios son por

lo general de bajos recursos económicos lo que impide un tratamiento eficaz de las I.T.S.

Las usuarias embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Portoviejo ocupan un porcentaje considerable como portadoras de las I.T.S. ya que el 45% las ocupan las gestantes del segundo trimestre de un 43% de gestantes del tercer trimestre y un 12 % del primer trimestre siendo este un factor de riesgo para el bienestar del producto y el estado físico y psicológico de la madre.

El Sistema Genital ocupa el 97% de las localizaciones de las I.T.S., un 35% el Sistema Tegumentario relacionado con la clínica que hace énfasis en el sistema de contagio por el contacto físico y por ende la puerta de entrada de agentes infecciosos que producen dichas infecciones.

Las I.V.U. con un 60% son la enfermedad concomitante con mayor prevalencia en los usuarios con I.T.S. que acuden a la Consulta Externa del Centro de Salud Portoviejo según los estudios clínicos esta enfermedad es la más subsiguiente por su relación al contacto físico, higiene y puerta de entrada de los agentes infecciosos y de relación de las embarazadas con disminución del Ph en su Sistema Genital lo que la hace sensible a estas infecciones.

El método de diagnóstico de mayor elección para determinar las I.T.S. en los Usuarios que acudieron al Centro de Salud Portoviejo fue el Examen Físico con espéculo ocupando un 31%, técnica que identifica a simple observación los cambios fisiopatológicos causados por las I.T.S. en el Sistema Genital. Cabe mencionar que este examen no puede dar con un diagnóstico efectivo ni definitivo ya que la clínica menciona como pruebas eficaces los exámenes especiales tales como los inmunológicos, cultivo, antibiogramas y otros que determinan el agente etiológico de las I.T.S.

En el análisis de la calidad del tratamiento el 100% fue no adecuado ya que estos pacientes no fueron tratados integralmente por las Normas del Ministerio de Salud Pública, y a la no ejecución de programas de educación y vigilancias epidemiológicas, y atención psicológica por parte de la unidad de Salud a los usuarios con I.T.S.

Los usuarios manifestaron sintomatología clínica en un 87% mientras un 13% no presentan dichas manifestaciones, estos datos concuerdan con la clínica, ya que los usuarios con I.T.S. entre su sintomatología precoz presentan leucorrea, prurito vulvovaginal, disuria, polaquiuria, entre otras.

En la relación al tipo de tratamiento el 98% corresponde al tratamiento clínico-farmacológico, y un 1% al tratamiento empírico, siendo una de las causas de complicación o deformidad del Sistema Genital.

Entre las causas de las I.T.S. con un 40% están las parasitarias y un 27% las bacterianas, datos que concuerdan con la clínica en referencia con los resultados de laboratorio en la detección de tricomonas, candidas, gonococo, entre otras causas etiológicas de las I.T.S.

En relación a las complicaciones el 96% presenta discapacidad funcional y un 45% deformidad del Sistema Genital.

Entre los tipos de I.T.S. presentados en los usuarios que acudieron al Centro de Salud de Portoviejo las Tricomonas ocupan un 36%, un 31% las Candidas y un 27% las E.P.I, lo que no concuerda con la referencia clínica la que indica que el mayor porcentaje de las I.T.S las ocupa la Gonorrea en la población joven.

RECOMENDACIONES

A la Institución :

1. Capacitar al personal médico y paramédico del Centro de Salud Portoviejo en el Manejo Integral de las I.T.S según Normas Técnicas del M.S.P.
2. Promover el mejoramiento de la Historia Clínica con el fin de identificar los características del individuo con diagnóstico de I.T.S.
3. Mejorar la calidad de atención de los usuarios con I.T.S. , mediante un curso de Relaciones Humanas dirigido al personal que labora en el Centro de Salud Portoviejo.
4. Manejar al usuario con I.T.S. de acuerdo a las Normas del M.S.P.

A la Facultad :

1. Profundizar en los Programas de Estudio, el Manejo Sindrómico de las I.T.S, tomando como base el Sistema de Vigilancia del M.S.P.
2. Que la Universidad Técnica de Manabí y por su intermedio la Facultad de Ciencias de la Salud, establezca convenios con el M.S.P. para organizar conferencias dirigidas a la comunidad, dando mayor información, sobre la prevención, identificación y manejo de las I.T.S e introduzca esto dentro de los programas de estudio.

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio por las características de la población se concluye que :

- De acuerdo al grupo de edades, las I.T.S son más frecuentes en pacientes comprendidos entre los 21-30 años .
- En relación al sexo, el más afectado fue el femenino con un total de 333 casos, dentro de estas 89 estaban embarazadas.
- El estado civil de Unión Libre, resulto más afectado con 188 casos .
- El mayor número de usuarios con I.T.S se registro en el área urbana con un porcentaje del 53%.
- En la investigación realizada, las I.T.S por causas parasitarias, son las más relevantes con el 40% de los casos.
- Un 87% de los usuarios atendidos en la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo presentaron manifestaciones clínicas de I.T.S., evidenciandose que un 13% de los mismos no las presentaron.

- La enfermedad concomitante de los usuarios con I.T.S fue la Infección de las Vías Urinarias (I.V.U) con un porcentaje del 60% de los casos reportados.
- El Tratamiento más utilizado para mejorar la calidad de vida de usuarios atendidos en la consulta externa del Centro de Salud Portoviejo, fue Clínico – Farmacológico con un 98% de los casos, mientras que el otro 2% corresponde al Tratamiento Profiláctico y Empírico.
- El método de diagnóstico más empleado fue el examen físico con espéculo en el 31% de los casos.
- Entre las complicaciones de las I.T.S la discapacidad ocupó el 96% de los casos.
- Las I.T.S más frecuentes fueron la Tricomonirosis con el 36%, Candidiasis con el 31%, seguidos por la Enfermedad Inflamatoria Pélvica con el 27%, finalmente el Herpes Genital y la Escabiosis con el 3%.
- Finalmente en el estudio que realizamos se concluye que la calidad en el manejo de las I.T.S según Normas Técnicas del Ministerio de Salud Pública en las personas afectadas que acuden a la Consulta Externa del Centro de Salud Portoviejo, no fue adecuada en el 100% de los casos.

VIII. CRONOGRAMA DE TRABAJO

#	ACTIVIDADES	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	FASE I																								
1	ELECCIÓN DEL TEMA																								
2	REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍAS																								
3	ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO																								
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																								
5	PROBLEMATIZACION																								
6	INTRODUCCIÓN																								
7	JUSTIFICACIÓN																								
8	OBJETIVOS																								
9	MARCO TEÓRICO																								
10	SELECCIÓN DE VARIABLES																								
11	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES																								
12	DISEÑO METODOLÓGICO																								
13	CRONOGRAMA DE TRABAJO																								

BIBLIOGRAFÍA

1. **CERRUTI**, Stella, et, al. : Sexualidad Humana, 4 ta Edición, pag. 17 OPS, Montevideo 1992.
2. **CHIN**, James, et.al.: El control de las Enfermedades Transmisibles, 17ma Edición, pag. 320-592 OPS, Washington Dc 2001.
3. **FARRERAS/ROZMAN**, CD Medicina Interna, 14va Edición, Ediciones Harcourt. Madrid 2000.
4. **FATTORUSSO**, Victor, et.al.: Vademécun clínico, 9na Edición, pag. 435-606 El Ateneo, Buenos Aires 2001.
5. **FARVIERO**, L, et, al.: Doencas Venèreas, 4ta Edición,capítulo I-II Editorial Brasilia, Sao Paulo 1992.
6. **HANDSFIELD**, H, et.al.: ETS, 2da Edición , capítulo I-II-III-V Editorial Marbàn , Madrid 2002.
7. **M.S.P.**: Normas para la vigilancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual y S.I.D.A en el Ecuador, Quito 2002.
8. **M.S.P.**: Sistemas de Vigilancia de “Segunda Generación en VIH/S.I.D.A/I.T.S del Área Andina . Quito 2003.
9. **M.S.P.**: Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de las E.T.S y el S.I.D.A en el Perú, Editorial Procetss, Lima-Perú 2000.
10. **M.S.P.**: Las Normas de Atención y procedimientos en la Salud Reproductiva. Quito 1998.

11. **OMS.** Carta de Ottawa para la “Promoción de la Salud”, Ginebra, 1986.
12. **SMITH,** Joseph, et. Al.: Guía Didáctica de Educación en Sexualidad Adolescente y Prevención del S.I.D.A, Instituto Save The Children, Washington Dc 1993.

INTERNET

13. <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/ugandain-diabb.pdf>.
14. <http://www.aciprensa.com/sida/libro3.htm>.
15. <http://www.ctv.es/users/fparolo/virus.htm>.
16. www.proyectin.form.org.
17. www.aciprensa.com/sida/.
18. www.aids-sida.org/
19. www.hoy.com.cc/libro6/fasce18/enfer13.htm.
20. www.unisids.org.unside.org.htm.
21. www.Monografías.com
22. www.tuotromedico.com

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

PLANTILLA PARA REGISTRO DE DATOS

Objetivo: Analizar el Manejo Integral de los Usuarios con el Diagnóstico de I.T.S atendidos en la Consulta Externa del Centro de Salud Portoviejo durante los meses Diciembre 2005 – Mayo del 2006.

Características Generales.

Registro #:

Edad al momento del estudio:

- | | | | |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| • < 10 años | <input type="checkbox"/> | • 31–40años | <input type="checkbox"/> |
| • 11 – 15 años | <input type="checkbox"/> | • 41 – 50 años | <input type="checkbox"/> |
| • 16 – 20 años | <input type="checkbox"/> | • > 51 años | <input type="checkbox"/> |
| • 21 – 30 años | <input type="checkbox"/> | | |

Sexo:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| • Masculino | <input type="checkbox"/> | • Femenino | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|

Edad al momento del estudio:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| • Doméstica | <input type="checkbox"/> | • Prostitución no controlada | <input type="checkbox"/> |
| • Prostitución controlada | <input type="checkbox"/> | • Otras | <input type="checkbox"/> |

Estado Civil:

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| • Soltero (a) | <input type="checkbox"/> | • Viudo (a) | <input type="checkbox"/> |
| • Casado (a) | <input type="checkbox"/> | • Unión libre | <input type="checkbox"/> |
| • Divorciado (a) | <input type="checkbox"/> | | |

Embarazadas:

- **Si**
- **No**

Embarazadas:

- **I Trimestre**
- **II Trimestre**
- **III Trimestre**

Instrucción Escolar:

- **Analfabetismo**
- **Primaria**
- **Secundaria**
- **Superior**

Procedencia:

- **Urbano**
- **Rural**

Método de Diagnóstico:

- **Examen Físico con Espéculo**
- **Hemograma Completo**
- **Examen de Orina**
- **Examen de Heces**
- **Colposcopia**
- **Frotis**
- **Inmunología**
- **Cultivo**
- **Antibiograma**

Normas Técnicas:

- **Adecuado**
- **No adecuado**

Enfermedades concomitantes:

- **Diabetes**
- **Hipertensión**
- **Anemia**
- **I.V.U**
- **Dermatitis**
- **Enfermedades Digestivas**

Cuadro Clínico:

- **Si**
- **No**

Causas:

- **Bacterianas**
- **Virales**
- **Micóticas**
- **Parasitarias**

Localización:

- **Sistema Tegumentario**
- **Sistema Hematológico**
- **Sistema Inmunológico**
- **Sistema Reproductor**
- **Sistema Digestivo**

Tratamiento:

- **Clínico – Farmacológico**
- **Quirúrgico**
- **Profiláctico**
- **Psicológico**
- **Empírico**

Complicaciones:

- **Discapacidad**
- **Deformidad**