



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

**EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS
DE VERA. PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL
2006.**

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

AUTORES

**DELGADO BRIONES JAIME TEMÍSTOCLES
FALCONES MERO ADOLFO GABRIEL**

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ GARCÍA JARAMILLO

**PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR
2006**

TEMA.

EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

DEDICATORIA

A Dios que me dio fuerza para seguir adelante y me enseñó a ser constante.

A mis padres que con su cariño me hicieron tener la valentía para continuar por el camino del bien.

A mi hermana que sin su ayuda no hubiese podido terminar mis estudios.

JAI ME

DEDICATORIA.

A Dios porque es el ser divino que siempre me acompaña por el camino del bien y en momentos difíciles estuvo presente.

A mis padres José Manuel e Isabel que me enseñaron lo que es el trabajo estudio, constancia, esfuerzo y dedicación que fueron valores importantes para conseguir este primer logro, porque estoy seguro que vendrán muchos más.

A mis hermanas(os) Sra. Martha por apoyarme y aconsejarme que cada vez que los necesite.

A mi esposa Yesenia que ingreso en una etapa importante de mi vida y que ahora pertenece a mi familia

Y a todas las personas que luchan incansablemente por lograr sus metas.

ADOLFO

AGRADECIMIENTOS

Al culminar esta carrera forjada por nuestro empeño y conocimiento de ser más para servir mejor, fueron muchas las personas que durante esta larga carrera estuvieron prestos a brindarnos todo su apoyo desmedido y desinteresado:

- ✧ A Dios nuestro creador divino; guía de nuestro esfuerzo, camino y esperanza.
- ✧ A nuestros padres pilares importantes de pujanza y devoción, seguidores de nuestras glorias y caídas, a ellos mil gracias; es hora de retribuirles todo lo que nos han enseñado y brindado.
- ✧ A la Universidad Técnica de Manabí y a la Facultad de Ciencia de la Salud por que nos brindaron la oportunidad de formarnos como profesionales.
- ✧ A los docentes, médicos, guías y amigos desde ya son quienes hicieron posible que este trabajo refleje el esfuerzo y empeño que dirigimos para llegar a este momento.
- ✧ Al Dr. José García Jaramillo, Dr. Carlos Sánchez, Lcda. Jacqueline Gorozabel y Lcda. Julia Espinel, que formaron un grupo de trabajo ideal capaz de vencer la barrera del tiempo.
- ✧ A todos ellos y a quienes no estén presentes en esta página, lo están en las páginas del alma donde ni el tiempo podrá borrarlos, a ellos mil gracias.

JAIIME

ADOLFO

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo Dr. José García Jaramillo, certifico que la presente tesis de investigación titulada: “EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006”, es trabajo original de las Sres.: Delgado Briones Jaime Temístocles y Falcones Mero Adolfo Gabriel, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección; por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento general de graduación de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ autorizo su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, 23 de mayo del 2006

Dr. José García Jaramillo
DIRECTOR DE TESIS

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y
EVALUACIÓN**

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

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título: “Doctor en Medicina General y Cirugía”

TEMA:

“EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006”

APROBADA

Dr. Bosco Barberán

DECANO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. José García Jaramillo

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Carlos Sánchez Icaza

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lcda. Jacqueline Gorozabel

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Julia Espinel

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Los estudiantes de la escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí Sres.: Delgado Briones Jaime Temístocles y Falcones Mero Adolfo Gabriel, realizamos el presente trabajo de investigación titulado: “EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006”. Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio; y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto

Sr. Delgado Briones Jaime Temístocles

CI: 130546177-2

Sr. Falcones Mero Adolfo Gabriel

CI: 130667698-0

ÍNDICE

PARTE PRELIMINAR	PAG.
TEMA _____	<u>I</u>
DEDICATORIA _____	<u>II</u>
AGRADECIMIENTO _____	<u>III</u>
CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS _____	<u>V</u>
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN _____	<u>VI</u>
DECLARATORIA AUTORÍA _____	<u>VII</u>
ÍNDICE _____	<u>VIII</u>
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS _____	<u>XI</u>
RESUMEN _____	<u>XIV</u>
SUMARY _____	<u>XV</u>

PARTE REFERENCIAL

I INTRODUCCIÓN _____	<u>1</u>
II. JUSTIFICACIÓN _____	<u>3</u>
III. ANTECEDENTES _____	<u>4</u>
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	<u>12</u>
V OBJETIVOS _____	<u>13</u>
4.1 Objetivo general _____	<u>13</u>
4.2 Objetivos específico _____	<u>13</u>
VI MARCO TEÓRICO _____	<u>14</u>
6.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL _____	<u>14</u>
6.1.1 DEFINICIÓN _____	<u>14</u>
6.1.2 DESCRIPCIÓN CLÍNICA _____	<u>14</u>
6.1.3 COMPLICACIONES _____	<u>15</u>
6.1.4 DETECCIÓN _____	<u>16</u>
6.1.5 DIAGNOSTICO _____	<u>17</u>
6.2. ENFOQUE SINDRÓMICO EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) _____	<u>17</u>
6.2.1 MANEJO SINDRÓMICO DE CASOS DE ITS _____	<u>19</u>
6.2.1.2 FLUJOGRAMAS _____	<u>20</u>

6.2.1.3 ENTREVISTA	21
6.2.2 ETAPAS DE LA CONSULTA POR ITS	21
6.2.2.1 RECOPIACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	21
6.2.2.2 EXAMEN FÍSICO	23
6.3. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINDRÓMICO DE ITS	24
6.3.1 ÚLCERA GENITAL	24
6.3.2 FLUJO URETRAL	27
6.3.3 FLUJO VAGINAL	29
6.3.4 DOLOR ABDOMINAL BAJO	34
6.3.5 BUBÓN INGUINAL	37
6.4. EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN	39
6.5. PREVENCIÓN	41
6.5.1 Prevención primaria	41
6.5.2 Prevención secundaria	43
VII VARIABLES	45
7.1 Variable dependiente	45
7.2 Variable independiente	45
7.3 Conceptualización de variables	45
7.4 Operacionalización de las variables	46
VIII DISEÑO METODOLÓGICO	49
8.1 Tipo de estudio	49
8.2 Universo	49
8.3 Población de estudio	49
8.4 Unidad de Observación	49
8.5 Tiempo	49
8.6 Criterios de inclusión	49
8.7 Criterios de exclusión	49
8.8 Variables	50
8.9 Fuente de información	50
8.10 Métodos y técnicas de recolección de datos	50
8.11 Procesamiento de la información	51

8.12 Instrumentos	51
8.13 Recursos	51
8.14 Fuente de la información	51
IX PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS	52
X INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	65
XII CONCLUSIONES	67
XIII RECOMENDACIONES	68
 PARTE REFERENCIAL	
PRESUPUESTO	69
CRONOGRAMA	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	73

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	PÁG.
TABLA Y GRÁFICO N° 1 _____	52
EDAD SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.	
TABLA Y GRÁFICO N° 2 _____	53
ESTADO CIVIL SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.	
TABLA Y GRÁFICO N° 3 _____	54
OCUPACIÓN SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.	
TABLA Y GRÁFICO N° 4 _____	55
GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.	
TABLA Y GRÁFICO N° 5 _____	56
PROCEDENCIA SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.	
TABLA Y GRÁFICO N° 6 _____	57
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.	

TABLA Y GRÁFICO N° 7 58

MOTIVO DE CONSULTA SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

TABLA Y GRÁFICO N° 8 59

TRATAMIENTO ANTERIOR SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

TABLA Y GRAFICO N° 9 60

PERSONAL QUE LE DIO TRATAMIENTO ANTERIOR SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

TABLA Y GRAFICO N° 10 61

FUENTE DE INFECCIÓN SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA, PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

TABLA Y GRAFICO N° 11 62

TIEMPO DE TRATAMIENTO SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

TABLA N° 12 63

ESQUEMA DE TRATAMIENTO SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA. NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

RESUMEN

El presente estudio identifica el manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual en las mujeres atendidas en el centro de Salud Andrés de Vera durante el período comprendido de noviembre del 2005 a abril del 2006

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte longitudinal, con el objetivo de determinar el manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual en las mujeres atendidas en el centro de Salud Andrés de Vera, el mismo contó con una población de 138 pacientes.

Se realizó la recolección de información mediante la entrevista a las pacientes y la revisión de los expedientes clínicos, para lo cual fue diseñada una guía de observación en donde se registraron todos los datos necesarios, los mismos que fueron tabulados y procesados para obtener las conclusiones y recomendaciones del presente estudio. Dentro de las principales conclusiones tenemos según el rango de edades, las mujeres comprendidas entre 21 a 30 años representan el 40%, Se encontró que el 21% de las pacientes no recordaban el tratamiento que recibieron al momento de la encuesta, pero un 11% recibió tratamiento con cotrimoxazol, seguida de un 7% con una combinación de metronidazol + nistatina + ciprofloxacino + fluconazol.

PALABRAS CLAVES: Manejo sindrómico, infecciones de transmisión sexual.

SUMMARY

The present study identifies the handling Sindromic of the Infections of Sexual Transmission in the women assisted in the center of Health Andrés of Vera during the understood period of November from the 2005 to April of the 2006

He/she was carried out a descriptive study, prospective of longitudinal court, with the objective of determining the handling Sindromic of the Infections of Sexual Transmission in the women assisted in the center of Health Andrés of Vera, the same one had a population of 138 patients.

He/she was carried out the gathering of information by means of the interview to the patients and the revision of the clinical files, for that which an observation guide was designed where you/they registered all the necessary data, the same ones that were tabulated and processed to obtain the conclusions and recommendations of the present study. Inside the main conclusions we have according to the range of ages, the women understood among 21 to 30 years represent 40%, it was found that 21% of the patients didn't remember the treatment that you/they received to the moment of the survey, but 11% he/she received treatment with cotrimoxazol, followed by 7% with a metronidazol combination + nistatina + ciprofloxacino + fluconazol.

KEY WORDS: Manage sindromic, infections of sexual transmission.

I. INTRODUCCIÓN.

El término infecciones de transmisión sexual (ITS) comprende todas las enfermedades infecciosas en las que la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica, ya que estas son un problema común y grave en todo el mundo, siendo en ciertos casos causas de infertilidad, embarazos ectópicos, abortos, infecciones congénitas y perinatales, cáncer de cérvix, ano y pene.

Actualmente las ITS constituyen en algunas zonas, como algunos países africanos, el grupo de enfermedades infecciosas más frecuente, mientras que han descendido en los países desarrollados.

“En Ecuador los datos de ITS y VIH/SIDA son escasos. Aunque existe información limitada sobre ITS provenientes de estadísticas hospitalarias existe una escasez de información epidemiológica confiable desagregada por sexo y edad. Existen 1,246 casos reportados de SIDA y 1,211 casos de VIH positivo de acuerdo a la última información disponible para el período 1984-2001. La mayoría de ecuatorianos infectados oscilan entre los 10 y 29 años de edad con una ligera predominancia masculina y siendo el contagio heterosexual la forma de transmisión más frecuente. Existe una incidencia preocupante en 1999 relacionada con casos crecientes de transmisión perinatal¹”

A nivel de la provincia de Manabí hay reportados 5.147 pacientes afectados de ITS distribuidos en todos los cantones, de los cuales 140 casos corresponden al área del presente estudio.²

Las ITS bacterianas, especialmente la gonococia, han desaparecido prácticamente de Europa, en tanto que las infecciones víricas, por el contrario, se mantienen o aparentemente han aumentado.

Su distribución no es uniforme dentro de la población, afectando dentro de la sociedad occidental cada vez a grupos más jóvenes, constituyendo actualmente un

¹ Fuente: MSP, Programa nacional de VIH/SIDA, Marzo 2000.

² Estadística Dirección Provincial de Manabí.

problema de dimensión escolar y familiar. Igualmente son muy prevalentes en minorías étnicas y grupos marginales en los países industrializados.

La epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la década de 1990 ha cambiado de manera considerable con respecto a la de la década pasada.

Es importante destacar que existen claras interrelaciones entre las ITS y el SIDA, ya que la infección por HIV altera la historia natural de estas enfermedades, así como los resultados microbiológicos favorecen la adquisición y transmisión del HIV, en especial las úlceras genitales, mientras que otras sólo favorecen su transmisión.

El manejo sindrómico de casos de ITS habilita a todo personal que presta atención primaria de salud para diagnosticar y tratar, de inmediato, a la persona que consulta por tener signos y/o síntomas de ITS. El objetivo principal del manejo sindrómico es habilitar cualquier establecimiento de salud para dar atención a las ITS, aún cuando no se cuenta con el apoyo de especialistas o de un laboratorio.

Didácticamente, las ITS son más fáciles de entender desde un enfoque sindrómico que etiológico, ya que una misma enfermedad puede estar producida por distintos agentes. Además, la diferenciación etiológica de estas es muy difícil a partir de las manifestaciones clínicas; de hecho, la etiología de muchas de ellas es mixta.

Por lo antes expuesto, con el presente estudio se identificó el manejo sindrómico de las ITS en las mujeres que asisten al centro de salud Andrés de Vera durante el periodo de noviembre del 2005 – abril del 2006, mediante el uso de una guía de observación, la misma que fue utilizada para recolectar los datos de las pacientes.

II. JUSTIFICACIÓN.

El control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.

Entre las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para su control es básica la búsqueda, detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir no solo la prevención secundaria a nivel individual, sino también la prevención primaria a nivel colectivo.

El presente trabajo ha tenido una orientación práctica y se ha centrado en aquellos aspectos relacionado con causas, tipos y tratamiento de la ITS más comunes que afectan a las pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera.

La realización de este estudio se basa en la alta incidencia de ITS a nivel del país y de la provincia, y básicamente a la falta de conocimiento por parte de la población en general.

Este trabajo beneficia indirectamente al equipo de salud, porque lo motiva a seguir brindando atención de este tipo, a la comunidad en general como información precisa de cuales son y como prevenirlas, a los estudiantes de la carrera de medicina en sí porque todo esto es un proceso de aprendizaje y de investigación de casos, causas y efectos a que pueden retomar futuros alumnos y ampliar la investigación de ITS.

El énfasis se ha puesto básicamente en aspectos dirigidos al manejo sintromico y al tratamiento de las usuarias que asisten a este centro de salud.

III. ANTECEDENTES.

Actualmente las ITS se definen como: un grupo de enfermedades endémicas, de múltiples etiologías, que cursan como entidades clínicas o síndromes, que tienen en común su transmisión durante la actividad sexual. Se reconocen hasta la fecha numerosos microorganismos y síndromes asociados a la transmisión sexual. En los últimos años se ha ido reconociendo su amplio espectro clínico, así como sus complicaciones, no sólo para el paciente y sus parejas sexuales, sino también para su descendencia.

Hasta hace poco tiempo, el término enfermedades venéreas comprendía cinco infecciones clásicas: Sífilis, Gonococia, Chancro Blando, Granuloma inguinal y Linfogranuloma venéreo.

A nivel mundial, se reconoce que el control y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son elementos importantes en la prevención y control del VIH/SIDA. La epidemiología de las ITS requiere la atención desde diferentes campos de acción y no solamente desde el punto de vista médico-sanitario. Hace algunos años, se ha iniciado un proceso en la atención integral al problema planteado por la emergencia de las ITS para responder mejor a la diversidad de factores que intervienen en la epidemiología de estas enfermedades.³

“Refiriéndonos a las ITS, el número estimado de nuevos casos de ITS curables en adultos, en el mundo, alcanza para el 2000, según la OMS”:

- ✦ 14 millones en América del Norte
- ✦ 38 millones en América Latina y el Caribe
- ✦ 17 millones en Europa occidental
- ✦ 22 millones en Europa Oriental y Asia Central
- ✦ 18 millones en Asia del Este y Pacífico
- ✦ 151 millones en Asia del Sur y del Sur Este
- ✦ 10 millones en África del norte y medio oriente
- ✦ 69 millones en África Subsahariana

³ Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, 2002.

✦ 1 millón en Australia⁴

La distribución de las tasas anuales de incidencia y prevalencia de ITS a nivel mundial, son:

ITS	INCIDENCIA ANUAL	PREVALENCIA
Sífilis	0.41 %	0.95 %
Gonorrea	2.09 %	0.77 %
Clamidia	3.04 %	2.89 %
Tricomoniasis	5.75 %	3.85 %

Las dificultades en la atención de las infecciones de transmisión sexual, especialmente en aquellas relacionadas con la baja disponibilidad de recursos tecnológicos de laboratorio y la insuficiente accesibilidad de las personas afectadas a estos recursos, han generado la necesidad de buscar nuevas modalidades en la atención de las ITS que faciliten su diagnóstico y tratamiento sin el requerimiento de pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

En este sentido, el Proyecto Contra SIDA financiado por USAID, inició un proceso en la aplicación del enfoque sindrómico para la atención de las ITS en base a criterios establecidos por la OPS/OMS y elaboró un conjunto de manuales con este propósito, que han sido aprobados por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) como instrumentos nacionales de capacitación para el personal de salud.⁵

“Por otro lado, el MSP ha definido en el Plan Estratégico de Salud (PES), el desarrollo del Seguro Básico de Salud, que brinda un conjunto de atenciones gratuitas a la población general que incluyen la atención a las infecciones de transmisión sexual en el primer nivel de la red de servicios de salud. Se utilizará el enfoque sindrómico para mejorar la calidad de esta atención en el primer nivel facilitando el diagnóstico para asegurar el tratamiento oportuno y adecuado”⁶.

⁴ HIV/AIDS/STI Initiative, UNAIDS, WHO, 2000.

⁵ Proyecto contra SIDA, USAID; disponible en: www.oms.com

⁶ OMS; Guías de Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual; 2005.

El enfoque sindrómico de las ITS, implica el agrupamiento de un conjunto de síntomas y signos que presentan las infecciones en “síndromes”. Un síndrome es causado por una o varias infecciones de transmisión sexual y el tratamiento tienen una combinación de fármacos para atacar las infecciones que presumiblemente conforman el síndrome correspondiente.

“Las ITS son un problema común y grave en todo el mundo sin embargo, y a pesar de que hay más de 20 tipos de microorganismos que pueden transmitirse por vía sexual, estas suelen manifestar síntomas y signos parecidos, entre los cuales son comunes las secreciones de la vagina y las úlceras genitales. Se han llamado síndromes a cada uno de este conjunto de síntomas y signos a continuación se presentan algunos de los más comunes”⁷.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. Se considera que la incidencia de las ITS agudas es alta en muchos países. Las fallas en el diagnóstico y el tratamiento de las ITS en estadios tempranos pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas, entre las que se incluyen la infertilidad, la pérdida fetal, el embarazo ectópico, el cáncer anogenital y la muerte prematura, así como infecciones en recién nacidos y lactantes. Los costos de la atención de una ITS, tanto a nivel individual como nacional, pueden ser considerables.

Con la aparición del VIH y del SIDA, el control de las ITS comenzó a atraer más atención. Existe una fuerte correlación entre la diseminación de las ITS convencionales y la transmisión del VIH, y se ha demostrado que tanto las ITS ulcerosas como las no ulcerosas aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH. La aparición y diseminación de la infección por VIH y SIDA también han complicado el manejo y control de otras ITS. Por ejemplo, el tratamiento del chancroide es cada vez más difícil en zonas de alta prevalencia de infección por VIH debido a la inmunosupresión relacionada con el VIH.

⁷ OMS-OPS; Atención de las ITS; Manual 1; Introducción al Programa de Prevención y Control de las ETS y el VIH

La resistencia antimicrobiana de varios agentes patógenos transmitidos sexualmente está aumentando, por lo que algunos tratamientos no son eficaces. Aunque se dispone de nuevos agentes como las cefalosporinas de tercera generación y las fluoroquinolonas, para el tratamiento de infecciones causadas por cepas resistentes, su costo continúa siendo elevado. Sin embargo, el alto costo inicial debe compararse con los costos de un tratamiento inadecuado, incluidas las complicaciones, la recidiva y la continuación de la transmisión

Las ITS constituyen en la actualidad el grupo de infecciones más frecuente en muchos países. Su distribución no es uniforme en todas las áreas geográficas. La reciente aparición del SIDA, la ITS más severa, ha supuesto cambios en el comportamiento y los hábitos sexuales de algunos grupos poblacionales.

A pesar de la tendencia mundial del diagnóstico y tratamiento por síndromes con el fin de mejorar la ecuación costo-beneficio, no somos partidarios absolutos de esta metodología por motivos que luego analizaremos.

Cada vez se percibe con mayor claridad la importancia de las ITS para la salud pública, dado el grado de morbilidad y mortalidad que causan y el hecho, plenamente demostrado, de que facilitan la transmisión de la infección por el VIH.

Los conocimientos y la experiencia técnica reunidos en la última década en la lucha contra la infección por el VIH, el SIDA y las ITS hicieron posible una prevención eficaz y el establecimiento de mecanismos de intervención en materia de asistencia. Ninguna estrategia podrá dar resultados por sí sola, ni ningún país puede combatir aisladamente a esas enfermedades. Para lograr repercusiones apreciables es necesario aplicar, a escala mundial, regional y local, un enfoque unificado basado en sólidos principios

El mayor número de casos de muchas ITS se presenta en el grupo etario de 20 a 24 años, aunque otros autores señalan un predominio en el grupo de 25 a 29 años. Pero si para calcular las tasas de ITS en el denominador utilizamos el

porcentaje de individuos sexualmente activos por cada grupo de edad, la mayor tasa de gonorrea, sífilis, citomegalovirus y chlamydias así como las mayores tasas de hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) se encuentra en el grupo de 15 a 19 años.

Los datos de prevalencia de las distintas ITS varían en función del país, del segmento de población estudiado, del tipo de prácticas sexuales y del servicio sanitario que realiza la consulta.

En la epidemiología de las ITS se deben abordar aspectos relativos a la frecuencia y distribución de estas enfermedades y también aspectos sobre aquellos factores que determinan su aparición en la comunidad o en grupos de población.

Muchas personas que padecen estas enfermedades consideran que son consecuencia de un deterioro de su conducta moral, siendo este carácter vergonzante de las mismas el que conduce a evitar la atención en servicios asistenciales, a los que acudirían para consultar otros procesos, incluso con automedicación siguiendo el consejo de amigos y conocidos.

Esto conlleva además que los registros sobre morbilidad (asistida y declarada) no reflejen lo que ocurre en la realidad.

“Las ITS son distintas según donde se realice la consulta: clínicas de obstetricia, de ginecología, de ITS, consultas de planificación familiar. El conocimiento de la situación global de las ITS en nuestro país no es el adecuado ya que los actuales sistemas de recogida de información y vigilancia epidemiológica son recientes, deficientes e infrautilizados, tendiendo a recurrir a la información de otros países para describir la epidemiología de las ITS”⁸.

⁸ **GARCÍA, JOAQUÍN Y COLS;** enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención; 2005

Significación de las ITS

“Las ITS no sólo son una causa de morbilidad aguda en los adultos, sino que pueden dar lugar a complicaciones con secuelas tales como esterilidad masculina y femenina, embarazos ectópicos, cáncer cervical, mortalidad prematura, sífilis congénita, pérdidas fetales, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y oftalmia neonatorum”⁹.

Las ITS que son causadas por agentes bacterianos, micóticos y protozoarios se curan con antibióticos y agentes quimioterapéuticos apropiados desde hace más de 40 años. No obstante, esas ITS siguen constituyendo un problema de salud pública tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

Sin embargo en la mayoría de los países industrializados se ha logrado un equilibrio con tasas de infección bajas (inclusive, en muchos casos, el proceso de disminución no se ha detenido). En contraste, el equilibrio logrado en muchos países en desarrollo se caracteriza por niveles de enfermedad sumamente endémicos. En muchos países en desarrollo las ITS figuran desde hace varias décadas entre las cinco principales enfermedades para las cuales los adultos tratan de obtener servicios de asistencia sanitaria. Rara vez se cuenta con mecanismos de vigilancia confiables, y es frecuente que no se conozca la magnitud exacta del problema.

Cuando se dispone de datos, éstos arrojan tasas considerablemente superiores en el grupo de personas de 15 a 44 años de edad. Mediante la utilización de información sobre la prevalencia de ITS proveniente de países en desarrollo (incluidos los de África, Asia, América Latina y el Caribe), estimaciones oficiales de la prevalencia de ITS provenientes de países industrializados e información de archivo de la OMS, tomada de informes de países determinados, se han estimado, por sexos y por regiones, tasas de prevalencia de la blenorragia, la clamidiosis, la sífilis y las infecciones por tricomonas. Se calculó la prevalencia regional en adultos

⁹ **ONUSIDA- OMS;** Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia; 2005.

correspondiente a 1995 utilizando estimaciones de población de mediana edad de adultos de 15 a 49 años de edad.

Tomando como base ese cálculo se estima el número total de enfermedades de transmisión sexual curables por año en 340 millones de nuevos casos, incluidos los correspondientes al chancro blando.

En virtud de la frecuencia de su ocurrencia y de la morbilidad que pueden suscitar, las ITS constituyen de por sí una prioridad en la esfera de la salud pública. No obstante, ha sido la aparición de un nuevo agente patógeno de transmisión sexual (el VIH) y la pandemia, de desarrollo extraordinariamente rápido y con su complicación fatal (el SIDA), lo que ha conducido a una urgente revisión de los sistemas de control de ITS.

Esta reducción del 40% evitó, según se estima, 254 infecciones. Este estudio demostró que el tratamiento de las ITS constituye una importante estrategia de prevención de la infección por el VIH en la población en general. En el pasado, los objetivos principales del control de las ITS eran:

- ⊗ Interrumpir la transmisión de las infecciones adquiridas por vía sexual.
- ⊗ Impedir el desarrollo de enfermedades, complicaciones y secuelas.

A esos objetivos debe agregarse ahora el siguiente:

- ⊗ Reducir el riesgo de infección por el VIH.

Los programas pueden alcanzar esos objetivos a través de medidas de prevención primarias encaminadas a reducir la incidencia de la enfermedad, y a través de una prevención secundaria encaminada a reducir la prevalencia provocando la disminución de la duración de la enfermedad y reduciendo de ese modo al mínimo la probabilidad de complicaciones o secuelas.

La labor encaminada a reforzar la atención de personas con ITS se centra en gran medida en lograr que el tratamiento dispensado sea eficaz. Es improbable que este enfoque influya de manera importante sobre la situación, dado el gran número de personas infectadas que no reciben tratamiento.

IV. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

El centro de Salud Andrés de Vera es un dispensario médico que brinda atención a una población de 21.851 habitantes de los cuales 7318 corresponden a la mujeres en edad fértil las mismas que son la base de este estudio, de esta población se encontró que el 1.8% (138 pacientes) se encuentra afectados por ITS.

Esto básicamente es debido a que el área de Andrés de Vera es una zona urbano-marginal, que abarca una población con escasos recursos económicos y de baja instrucción académica.

Por todo lo antes expuesto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el manejo Sindrómico de las Infecciones Transmisión Sexual en las mujeres atendidas en el centro de Salud Andrés de Vera durante el periodo comprendido de noviembre del 2005 a abril del 2006?

V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual en las mujeres atendidas en el centro de Salud Andrés de Vera durante el periodo comprendido de noviembre del 2005 a abril del 2006

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar las características generales y los factores de riesgo de las paciente con diagnostico de ITS que asisten al centro de salud Andrés de Vera
2. Conocer la incidencia y prevalencia de las Infecciones de transmisión sexual.
3. Establecer las pautas del manejo sindrómico de las ITS
4. Identificar la conducta sexual y promover la importancia que tiene el uso de los medios de prevención y el tratamiento eficaz de las ITS
5. Elaborar un sistema práctico y sencillo de información para el usuario sobre las ITS mas comunes y como controlarlos y prevenirlos.

VI. MARCO TEÓRICO.

6.1. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

6.1.1 DEFINICIÓN

“Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo”¹⁰.

Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos UN contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ITS, o se conoce que la tiene. En la presente guía se tomara la infección como sinónimo de enfermedad.

6.1.2 DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las ITS pueden ser sintomáticas o asintomáticas; alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ITS no desarrollan síntomas^{3, 4, 5}. Por eso deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas. De hecho, las ITS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran.

Cuando una ITS es sintomática, se puede manifestar más frecuentemente como alguno de los síndromes relacionados en la clasificación por síndromes, sin embargo no son las únicas manifestaciones posibles; en general, es importante recordar que así como no toda manifestación en genitales es una ITS.

¹⁰ **GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL; 2005 ;** Disponible en: medicosgeneralescolombianos.com

Los períodos de incubación son muy variables para cada síndrome. Los períodos de transmisibilidad también son variables, e incluyen estados asintomáticos; sin embargo algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas (HSV 2, VPH).

Las ITS pueden clasificarse, entre otras maneras, según el síndrome asociado con mayor frecuencia; el presente trabajo referencia al manejo de los síndromes de secreción uretral, cervicitis mucopurulenta, epididimitis, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, vulvovaginitis, vaginosis bacteriana, lesiones ulcerativas de los genitales, bubón o inflamación inguinal, verrugas anales y genitales, escabiosis, y pediculosis púbica.

6.1.3 COMPLICACIONES

A nivel individual, las ITS tienen un enorme impacto por sus frecuentes complicaciones, siendo más vulnerables las mujeres, y los niños cuando las adquieren por transmisión vertical.

“En mujeres, la complicación más frecuente es la enfermedad pélvica inflamatoria, con sus consecuencias como infertilidad, dolor pélvico crónico, y embarazo ectópico con mortalidad materna asociada; el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir el cáncer de cérvix, la enfermedad hepática crónica, cirrosis, y carcinoma hepático, neoplasias linfoides, y todas las implicaciones de la paraparesia espástica, además de las alteraciones del embarazo”¹¹.

En niños el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir el aborto, la muerte perinatal, malformaciones congénitas, ceguera, sordera, lesiones óseas, lesiones neurológicas irreversibles.

En hombres el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir la orquitis y epididimitis, la infertilidad, el cáncer de pene, la enfermedad

¹¹ **MANEJO SINDRÓMICO ITS**; Disponible en: www.latinsalud.com

hepática crónica, cirrosis, carcinoma hepático, las neoplasias linfoides, y todas las implicaciones de la paraparesia espástica.

6.1.4 DETECCIÓN

La detección de las ITS se inicia cuando cualquier persona de cualquier sexo entre 10 y 29 años entra en contacto con el prestador de servicios por cualquier motivo.

En estas personas, como parte de la anamnesis rutinaria, en el interrogatorio de antecedentes personales debe investigarse y establecerse su vulnerabilidad a las ITS.

Para efectos del procedimiento, la vulnerabilidad se establece cuando la persona tiene un comportamiento sexual de riesgo, según la definición previamente consignada.

Esto implica que el interrogatorio debe dirigirse específicamente a establecer si existe o no un comportamiento sexual de riesgo, se sugiere preguntar por ejemplo: ¿ha tenido relaciones sexuales?, y en caso afirmativo ¿con qué planifica?, para establecer la existencia de un comportamiento sexual de riesgo, a menos que esa relación no protegida haya sido con una persona de la cual se tiene certeza de que no tiene una ITS (por ejemplo, porque haya sido su primera relación sexual).

Si no existe un comportamiento sexual de riesgo se termina la detección, y se envía el paciente a la actividad grupal de educación para la prevención si no ha asistido durante el año.

Si existe un comportamiento sexual de riesgo, se determinará si hay síntomas como secreción uretral o ardor al orinar el hombre, o flujo, molestias al orinar o dolor vulvar o pélvico en la mujer, en caso de ser así, debe remitirse a consulta médica general para examen completo y tratamiento.

6.1.5 DIAGNÓSTICO

Todo paciente que consulte por una ITS, o que ésta se le identifique durante el proceso de detección, debe ser diagnosticado sindromáticamente y su ITS resuelta en el mismo día en que solicita la atención, según los síndromes definidos en la clasificación consignada previamente.

En caso de hallazgos positivos, debe diagnosticarse y tratarse sindromáticamente en la misma cita y debe enviarse a consejería preprueba, la cual debe ser realizada por un psicólogo, o por otro profesional entrenado en consejería, en la cual el paciente decidirá si desea realizarse la prueba presuntiva de VIH.

Deben solicitarse los siguientes paraclínicos para identificar ITS no manifiestas: citología cervicouterina en la mujer, serología RPR o VDRL en hombre y mujer.

Finalmente debe ser enviado a una sesión individual de educación para prevención.

La detección de ITS debe ser realizada por el médico general, y deberá ser resuelta en la misma consulta no requiriendo control rutinario.

6.2. ENFOQUE SINDRÓMICO EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

“Hablamos de infecciones (ITS) y no de enfermedades de transmisión sexual (ITS) ya que muchas de ellas están presentes en forma asintomática en 8 de cada 10 mujeres y en 5 de cada 10 hombres”¹².

¹² **GAVIRIA;** Mónica; Manejo de las infecciones de transmisión sexual., Programa para manejo integral de las ITS – Clínica Universitaria Bolivariana, Bolivia, 2005

Las ITS causadas por más de 30 agentes, continúan siendo un problema de salud pública en el mundo; son más frecuentes en adultos jóvenes, solteros y del área urbana, pero sin que nadie con vida sexual activa esté exento de sufrirlas. Además pueden producir complicaciones o secuelas tanto en hombres, como en mujeres y niños, siendo algunas de ellas: orquiepididimitis, enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad en ambos sexos, cáncer de pene o de cérvix, complicaciones del embarazo y del parto, malformaciones congénitas y mayor riesgo de transmitir o infectarse por el VIH como lo han demostrado varios estudios.

Por todo lo anterior se ha venido trabajando en el mundo una estrategia para lograr un manejo eficaz, que ofrezca soluciones inmediatas, accesible, seguro, adaptable a las condiciones particulares de cada región, simple, barato, que disminuya la automedicación, que disminuya la transmisión o la reinfección, que permita la consejería de los pacientes y el uso racional de los recursos, de tal forma que los pacientes con una ITS recuperen la confianza y encuentren en los servicios de salud la satisfacción a sus expectativas.

El **Manejo Sindrómico** rompe con el paradigma médico de manejo etiológico de las enfermedades, que sin demeritarlo, en las ITS no va bien, ya que no tienen cuadros clínicos patognomónicos, las coinfecciones son muy frecuentes y las pruebas de laboratorio para tratar de definir el agente etiológico de cada ITS generalmente tienen una sensibilidad insuficiente, son costosas y requieren alta tecnología que no siempre está disponible y que reduce la accesibilidad a la atención, lo que retarda los diagnósticos, los tratamientos y el control de dichas infecciones y de la infección por VIH.

En un paciente que consulta por una ITS la aplicación del **Manejo Sindrómico** es la siguiente:

1. Elaboración de la historia clínica, identificando la presencia de comportamiento sexual de riesgo
2. Examen físico

3. Diagnóstico del síndrome
4. Tratamiento para el paciente y su(s) contacto(s) sexual(es)
5. Consejería en reducción de riesgos
6. Promoción del uso del preservativo
7. Solicitud de serología para sífilis y ELISA para VIH bajo consentimiento informado.

Las desventajas en la implementación del **Manejo Sindrómico de las ITS** pueden ser las siguientes: Requiere entrenamiento, motivación y validación periódica, no incluye ITS asintomáticas, necesita disponibilidad de medicamentos y puede haber sobretratamiento que teóricamente aceleraría la resistencia microbiana, aunque los estudios después de varios años han mostrado que no es así.

6.2.1 MANEJO SINDRÓMICO DE CASOS DE ITS

“El objetivo del diagnóstico sindrómico es de confirmar la presencia de uno de estos siete síndromes en el (la) usuario(a) para tratar por la(s) correspondiente(s) ITS, con cierto grado de confiabilidad sino se cuenta con apoyo de laboratorio. Para el manejo sindrómico de casos de ITS, se incluye sólo los síndromes generados por las ITS que responden a tratamientos y que tienen consecuencias graves si no se tratan. El cuadro muestra que más de una ITS frecuentemente generan un solo síndrome; por lo cual el diagnóstico sindrómico proporciona tratamiento inmediato contra la combinación de las ITS. Esto significa que, si están disponibles los medicamentos necesarios, el tratamiento sindrómico curará a el (la) usuario/a de su(s) infección(es)”¹³.

6.2.1.2 FLUJOGRAMAS

Se ha diseñado un flujograma para cada uno de los siete síndromes principales. El flujograma es un árbol de decisión-acción y sirve de guía para confirmar la presencia del síndrome por lo cual se debe dar tratamiento a el (la) usuario(a).

¹³ UNAP-OPS; Guía Manejo Sindrómico ITS; 2001

El primer paso es de utilizar los síntomas de el (la) usuario(a) para identificar el posible síndrome de ITS correspondiente. Después, el (la) proveedor(a) de salud consulta el flujograma pertinente y, a lo largo de la consulta, va tomando las decisiones y acciones que en él se recomiendan.

Los flujogramas están diseñados gráficamente para mejor comprensión. Cada acción o decisión está enmarcada en una caja y tiene una o dos rutas de salida hacia otra caja que encierra otra acción o decisión. La primera caja (ovalada), en cada flujograma, es la caja del problema clínico. Las siguientes cajas son las de decisión (hexagonal) y de acción (rectangular).

6.2.1.3 ENTREVISTA

Para usar cualquier flujograma en forma efectiva, es importante obtener información específica y veraz de el (la) usuario(a) que permite dirigir las acciones y decisiones que se toman al seguir el flujograma.

Con este objetivo, se desarrolla la entrevista entre el (la) proveedor(a) de salud y el (la) usuario(a) a lo largo de la consulta. La entrevista se enmarca en las cuatro etapas de la consulta: la recopilación de la historia clínica, el examen físico, el diagnóstico y tratamiento y la educación y/u orientación.

Es imprescindible entender que, aunque se tenga mucha experiencia de la entrevista en la consulta, entrevistar a las personas que tienen síntomas de ITS es diferente. Es necesario crear un ambiente de confianza con las personas con síntomas de ITS para que ellos(as) hablen de su vida personal y sexual.

No lograr esto, podría llevar a las personas a no dar toda la información por considerarla delicada, o a tener dificultad para responder con exactitud a las preguntas sobre sus síntomas.

Por esto, el proveedor(a) de salud debe asegurar que la entrevista durante la consulta por ITS:

- ⊗ Sea una intervención confidencial, personalizada, humana, respetuosa y sin juicios de valor.
- ⊗ Utilice lenguaje y términos comprensibles a el (la) usuario(a).
- ⊗ Formule preguntas “abiertas” al inicio, siguiendo con preguntas “cerradas” para ganar la confianza de el (la) usuario(a).
- ⊗ Contenga las siguientes técnicas de una buena entrevista: facilitación, dirección, resumen y verificación, comprensión, asociación.

Mucha gente cree que el tema de las ITS es estigmatizante; al mismo tiempo puede considerarlo un tema “prohibido”. Para poder trabajar respetuosamente con las personas con ITS, el (la) proveedor(a) de salud debe analizar sus propias actitudes hacia ellos(as) para asegurar que algunos prejuicios personales no entran en sus relaciones profesionales. Todo(a) proveedor(a) de salud debe tener una actitud abierta y positiva en el manejo de casos de ITS.

6.2.2 ETAPAS DE LA CONSULTA POR ITS

6.2.2.1 Recopilación de la historia clínica

Durante la recopilación de la historia clínica de una persona con ITS, se recoge información sobre datos personales, antecedentes patológicos y no patológicos, factores de riesgo para contagiarse o transmitir ITS y antecedentes médicos. Una recopilación adecuada de la historia clínica involucra a los siguientes aspectos:

- ⊗ Buena comunicación y confidencialidad
- ⊗ Formulación adecuada de preguntas
- ⊗ Determinación del motivo de la consulta
- ⊗ Identificación de factores de riesgo
- ⊗ Recolección de antecedentes de enfermedades

Buena comunicación y confidencialidad: Ayuda a ganarse la confianza de la persona dando la bienvenida cuando entra al consultorio, mirándola durante la

entrevista, escuchándola atentamente y siempre guardando el carácter privado y confidencial de la atención.

Formulación adecuada de preguntas: Se formula preguntas que recogen información general de el (la) usuario(a) (ej. edad, estado civil, residencia, ocupación de el (la) usuario(a) y de su pareja, viajes, número de hijos(as), etc.) e información específica (ej. síntomas, problemas, etc.). Se debe estructurar las preguntas en forma cortés y respetuosa utilizando términos y lenguaje comprensible a el (la) usuario(a). Se debe utilizar los dos tipos de preguntas: abiertas y cerradas. Las preguntas cerradas se contestan en una palabra o frase y piden información precisa, mientras que las preguntas abiertas se contestan de manera más larga y piden que la persona explique en sus propias palabras los problemas que tiene o como se siente. Se comienza a tomar la historia clínica utilizando las preguntas abiertas y se termina utilizando las preguntas cerradas.

Determinación del motivo de la consulta: Se identifica los síntomas y/o signos que motivaron la consulta y su duración.

Identificación de factores de riesgo: Se recoge información sobre el comportamiento sexual de el (la) usuario(a) utilizando preguntas sencillas que buscan medir riesgo de contagiarse o el riesgo de transmitir una ITS.

- ⊗ La identificación de factores de riesgo de contagiarse o de transmitir una ITS se basa en:
- ⊗ Datos personales (ej. edad, estado civil)
- ⊗ Datos de su comportamiento sexual (ej. uso del condón, tipo y/o número de pareja(s), comportamiento sexual de la(s) pareja(s), salud de la pareja(s))
- ⊗ La identificación de factores de riesgo forma una parte esencial del flujograma para el diagnóstico del Flujo Vaginal

Recolección de antecedentes de enfermedades: Se recolecta antecedentes de ITS, antecedentes de tratamiento previo y alergia a medicamentos.

6.2.2.2 Examen Físico

Previo al examen es importante establecer una buena relación entre el (la) proveedor(a) de salud y el (la) usuario(a). Durante el examen es necesario asumir y mantener una actitud profesional para que el (la) usuario(a) acepte el examen de sus órganos genitales.

- ⊗ Es necesario considerar los siguientes aspectos:
- ⊗ Proporcionar un ambiente privado
- ⊗ Explicar el propósito del examen físico y qué se examinará
- ⊗ Demostrar delicadeza durante el examen
- ⊗ Percibir manifestaciones y expresiones del rostro que demuestran sentimientos de incomodidad de el(la) usuario(a) durante el examen
- ⊗ Es importante contar con buena iluminación y una mesa o camilla de examen.

Examen Físico de la Mujer

Región a examinar	Propósito del examen
Boca	Buscar placas blanquecinas y/o úlceras
Cuello/cabeza	Buscar adenopatías cervicales, occipitales y retroauriculares
Piel del tórax anterior/ posterior	Buscar rash o erupción cutánea
Abdomen	Realizar palpación superficial y profunda en búsqueda de embarazo o una tumoración
Áreas axilares e inguinales	Buscar aumento en volumen de ganglios linfáticos
Miembros superiores e inferiores	Buscar erupciones cutáneas
Pubis	Buscar parásitos en el vello pubiano
Vulva y en comisuras interlabiales y en el área perivulvar	Buscar úlceras, verrugas, vesículas, alteraciones de color de la piel y flujo uretral
Ano y área perianal	Buscar úlceras, verrugas, vesículas y exudado

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

6.3. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINDRÓMICO DE ITS

6.3.1 ÚLCERA GENITAL

Generalidades:

La prevalencia relativa de los agentes causantes del síndrome de úlcera genital (SUG) varía considerablemente en distintos lugares del mundo y puede cambiar en forma significativa con el transcurso del tiempo. El diagnóstico clínico diferencial de las úlceras genitales es inexacto, especialmente en aquellos lugares donde es común encontrar diferentes etiologías. La presencia de una infección por VIH también puede alterar las manifestaciones clínicas y los patrones de SUG.

Después de confirmar mediante examen la presencia de ulceración genital, se debe instaurar el tratamiento adecuado según las etiologías y los patrones de sensibilidad antimicrobiana locales. Por ejemplo, en las zonas donde la sífilis y el chancroide son prevalentes en el momento de la primera consulta, los pacientes con úlceras genitales deben recibir un tratamiento que aborde ambas patologías para asegurar el tratamiento adecuado en caso de pérdida durante el seguimiento. Por la

misma razón, en las regiones donde el granuloma inguinal o linfogranuloma venéreo son prevalentes, se debe incluir un tratamiento para una o ambas patologías.

Los últimos informes publicados sobre regiones de África, Asia y América Latina indican que el SUG es, con mucha frecuencia, el resultado de infecciones por VHS2. Este hecho puede afectar la eficacia del manejo sindrómico del SUG si no se tiene en cuenta el tratamiento antiviral específico para VHS2. En zonas de alta prevalencia de VIH / SIDA, la presentación clínica de estas úlceras por VHS2 no coincide con las descripciones clásicas.

El diagrama de flujo del SUG que se presenta en esta sección propone, cuando corresponda, un tratamiento específico para VHS2.

En la primera visita, el diagnóstico diferencial mediante pruebas de laboratorio raramente resulta útil, dado que las infecciones mixtas son frecuentes. En zonas de alta prevalencia de sífilis, es posible que una prueba serológica reactiva sólo sea el reflejo de una infección previa y que, por lo tanto, dé lugar a una interpretación incorrecta de la enfermedad actual del paciente, mientras que una prueba negativa no excluye necesariamente una úlcera de sífilis primaria, ya que pueden transcurrir entre 2 y 3 semanas hasta que se manifieste la seroreactividad.

Etiología:

Las ITS que producen el síndrome Úlcera Genital son:

1. Sífilis primaria (causada por el *Treponema pallidum*)
2. Chancroide (causado por el *Haemophilus ducreyi*)
3. Herpes genital (causado por el Herpes simplex virus/Tipo I-II)

Signos y síntomas

Si la persona presenta úlcera(s) genital(es), este signo puede corresponder a sífilis primaria y/o chancroide. Una úlcera es una solución de continuidad de la superficie cutánea o de una membrana mucosa.

Las úlceras son generalmente únicas, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto (sífilis). Sin embargo, pueden ser varias, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio y blandas al tacto (chancro blando). Si la persona presenta lesiones vesiculares, este signo puede corresponder a herpes genital. Las lesiones vesiculares son un conjunto de pequeñas ampollas agrupadas y dolorosas que aún no se han abierto. Si estas lesiones se han sobre infectado, se pueden parecer a úlceras.

Úlcera genital confirmada.

Tratar contra sífilis y chancroide:

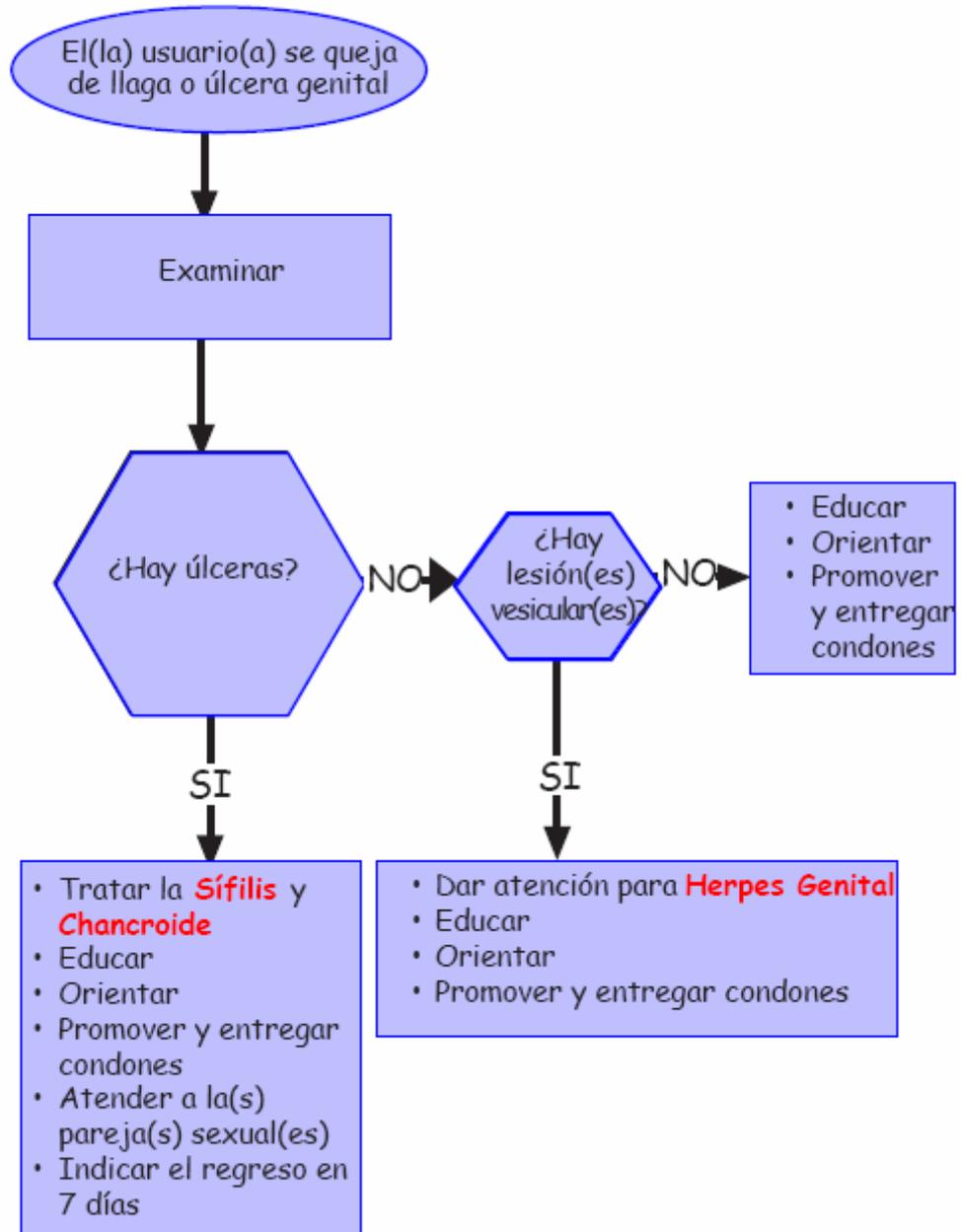
Penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía intramuscular, dosis única; más
Eritromicina 500 mg vía oral, cuatro veces al día, cada 6 horas, durante 7 días.

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Atender: No existe tratamiento que cure el herpes genital, las lesiones desaparecen pero pueden volver a presentarse. Sin embargo, pueden tratarse los síntomas (fiebre, etc.) con analgésicos. En casos recurrentes, se refiere a el (la) usuario(a) a un establecimiento de salud de segundo o tercer nivel.

Educación y orientación, Se señala a el (la) usuario(a) afectado(a) con herpes genital que, a pesar de que esta ITS no se cura, las lesiones desaparecen aunque pueden volver a presentarse. Se recomienda mantener limpia y seca la zona afectada por las lesiones y suspender las relaciones sexuales mientras las lesiones no hayan desaparecido completamente o usar condón para evitar contagio a su(s) pareja(s) sexual(es).

ULCERA GENITAL



FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

6.3.2 FLUJO URETRAL

Definición:

El usuario se queja de eliminar flujo por uretra, con o sin dolor al orinar.

Etiología:

Las ITS principales que producen el síndrome Flujo Uretral son:

1. Gonorrea (causada por la *Neisseria gonorrhoeae*)
2. Clamidia (causada por la *Chlamydia trachomatis*)

Flujo uretral confirmado.

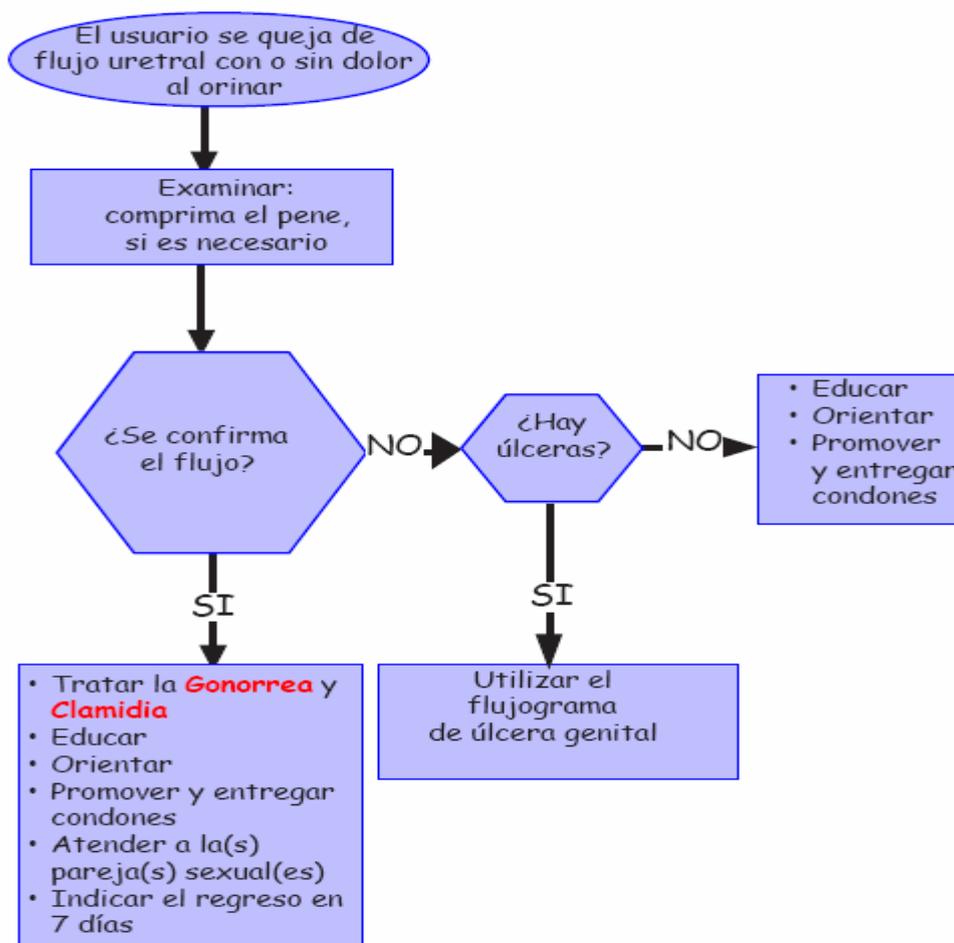
Tratar contra gonorrea y clamidia:

Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; más
Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Educar y orientar,

FLUJO URETRAL



FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

6.3.3 FLUJO VAGINAL

Definición:

La usuaria se queja de flujo vaginal anormal. Es normal que las mujeres tengan algo de flujo vaginal. Este fenómeno, que se conoce como flujo fisiológico, puede ser más pronunciado durante ciertas fases del ciclo menstrual, durante y después del coito, durante el embarazo y lactancia.

Generalmente, las mujeres no buscan atención para el flujo fisiológico. Solo se quejan de flujo vaginal cuando este es diferente del común o cuando sienten molestias, como dolor en el abdomen bajo y/o picazón vaginal.

Generalidades:

La presentación súbita de flujo vaginal anormal (en cuanto a cantidad, color y olor) frecuentemente se debe a una infección vaginal. En casos excepcionales, puede estar causada por cervicitis mucopurulenta asociada a una ITS. Las causas más comunes de infección vaginal son *T. vaginalis*, *C. albicans* y la vaginosis bacteriana (VB). La *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* causan infección cervical. La detección clínica de una infección cervical es difícil debido a que en una gran cantidad de mujeres la infección cervical gonocócica o por clamidiasis es asintomática. El síntoma de flujo vaginal anormal es altamente indicativo de infección vaginal, aunque es un mal predictor de infección cervical. Por lo tanto, todas las mujeres que presentan flujo vaginal deberían recibir tratamiento para trichomoniasis y vaginosis bacteriana.

Entre las mujeres con flujo anormal, se podría intentar identificar a aquellas que presentan mayores probabilidades de estar infectadas por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*. Por lo tanto, podría ser útil realizar una evaluación del nivel de riesgo de la mujer para identificar a aquellas con mayor riesgo, especialmente cuando los factores de riesgo se adaptan a la situación local. Dado que la microscopía exige una capacitación especial, demanda mucho tiempo y no aporta demasiada información en relación con el tiempo y los recursos necesarios, en general esta técnica no se recomienda a nivel de la atención primaria de la salud. Sin embargo, en aquellos lugares donde se puede realizar una tinción de Gram de manera eficiente, como una

clínica de referencia, puede intentarse la identificación de diplococos Gram negativos intracelulares o de *T. vaginalis*.

Para tomar la decisión de instaurar el tratamiento para la infección cervical, es importante conocer cuál es la prevalencia local de la *N. gonorrhoeae* o la *C. trachomatis* en mujeres que presentan flujo vaginal. Cuanto mayor sea la prevalencia, mayor será la justificación para comenzar un tratamiento. Las mujeres con una evaluación de riesgo positiva tienen más posibilidades de desarrollar una infección cervical que aquéllas con riesgo negativo. Por lo tanto, se debe ofrecer tratamiento para la cervicitis gonocócica y por clamidia a mujeres con secreción vaginal y evaluación de riesgo positiva. Cuando se dispone de los recursos necesarios, se debe tener en cuenta el uso de pruebas de laboratorio para tamizar a mujeres con flujo vaginal. Dicho tamizaje podría aplicarse a todas las mujeres con flujo anormal o, de manera selectiva, a aquellas con flujo anormal y evaluación de riesgo positiva.

Etiología

Las ITS principales que producen el síndrome Flujo Vaginal son:

1. Tricomoniasis genital (causada por *Trichomona vaginalis*)
2. Gonorrea (causada por *Neisseria gonorrhoeae*)
3. Clamidia (causada por *Chlamydia trachomatis*)

El flujo vaginal anormal se presenta en las mujeres afectadas por una vaginitis (infección en la vagina), una cervicitis (infección del cuello del útero) o ambas. Es importante distinguir estas dos afecciones, porque los agentes que causan una cervicitis provocan complicaciones graves y plantean la necesidad de tratar a las parejas sexuales. Es difícil distinguir una cervicitis de una vaginitis cuando no se puede hacer un examen ginecológico. Sin embargo, utilizando los resultados de estudios sobre la etiología de ITS en la atención sindrómica, se ha desarrollado una forma de señalar que la usuaria está afectada por una cervicitis, mediante un análisis que evalúa la existencia de factores de riesgo, asociados a su contagio con los agentes que causan una cervicitis.

Ante la consulta de una mujer que refiere tener flujo vaginal anormal, se pregunta si es sexualmente activa. Si la respuesta es positiva, se pregunta lo siguiente:

1. Si su pareja sexual presenta flujo uretral
2. Si es menor de 21 años
3. Si ha tenido relaciones sexuales con más de una persona en los tres meses anteriores
4. Si ha tenido relaciones sexuales con una pareja nueva en los tres meses anteriores

Se considera cervicitis (para ITS) cuando la respuesta a la primera pregunta (a) es afirmativa, o cuando dos o más de las siguientes respuestas (b, c y d) son afirmativas (presencia de factores de riesgo).

Flujo vaginal cuando se considera la cervicitis.

Tratar la cervicitis y la vaginitis. El tratamiento para la cervicitis incluye medicamentos contra la gonorrea y la clamidia como:

Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; además
Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días; más
Metronidazol 2 g vía oral, dosis única y

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Adicionalmente, si existe picazón vaginal, tratar contra candidiasis.

Clotrimazol 100 mg vía vaginal, una vez al día, antes de dormir, durante 7 días

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Flujo vaginal cuando no se considera la cervicitis.

Tratar la vaginitis. El tratamiento para la vaginitis incluye medicamentos contra la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana.

Metronidazol 2 g vía oral, dosis única

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Además, si existe picazón vaginal, tratar contra candidiasis.

Clotrimazol 100 mg vía vaginal, una vez al día, durante 7 días

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Contraindicaciones:

En el embarazo, está contraindicado utilizar:

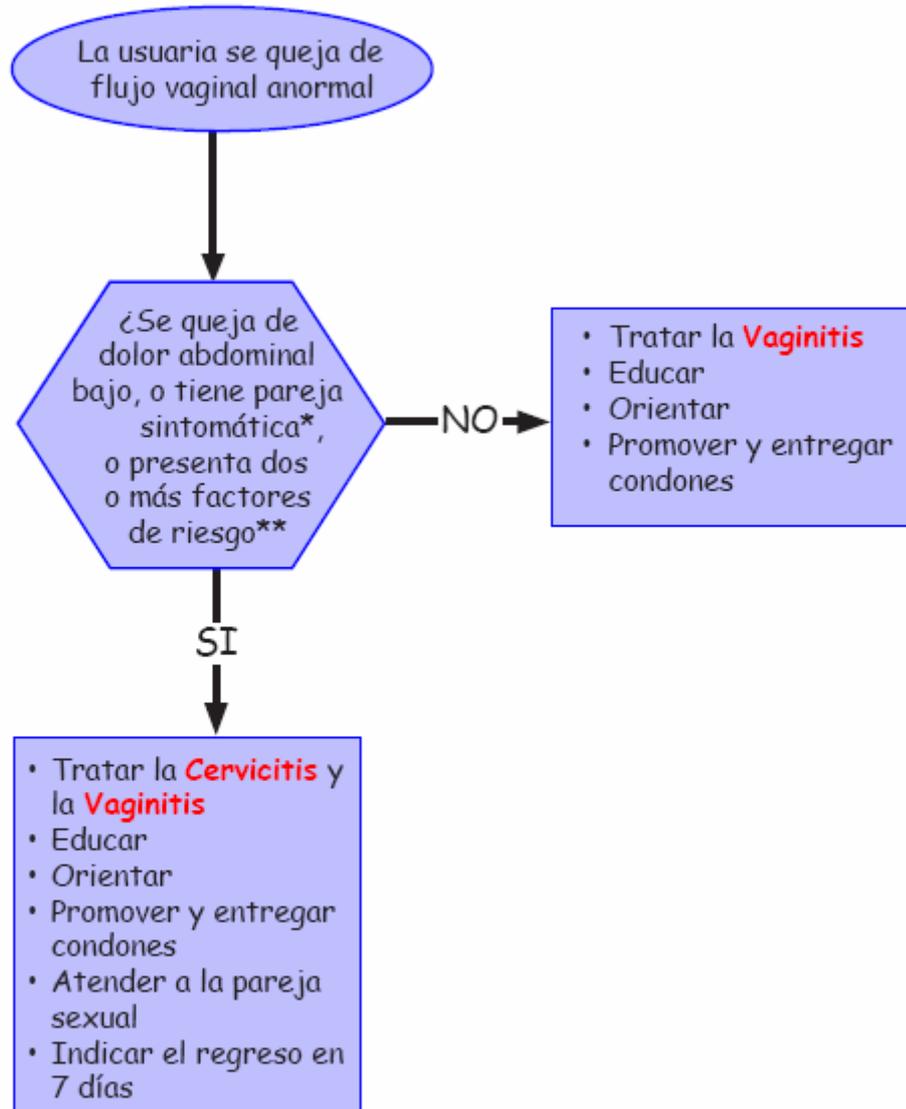
Durante el primer trimestre: Metronidazol

Durante todo el embarazo: Ciprofloxacina y Doxiciclina.

Durante el embarazo, se utiliza Eritromicina 500 mg vía oral, cuatro veces al día, cada seis horas, durante siete días, en lugar de Ciprofloxacina y Doxiciclina.

El Metronidazol solamente se utiliza a partir del segundo trimestre, en caso necesario, de acuerdo a dosis establecida.

FLUJO VAGINAL



* Su pareja presenta flujo uretral

** Factores de riesgo: a) menor de 21 años, b) más de una pareja sexual en los tres meses anteriores, y c) una pareja nueva en los tres meses anteriores

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

6.3.4 DOLOR ABDOMINAL BAJO

Generalidades:

Se debe realizar una evaluación cuidadosa a todas las mujeres sexualmente activas que presentan dolor abdominal bajo con el objeto de detectar la presencia de salpingitis o endometritis -elementos de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Además, se debe efectuar un examen bimanual y abdominal de rutina a todas las mujeres en quienes se sospecha la presencia de una ITS, ya que algunas pacientes con EPI o endometritis no consultarán por dolor abdominal bajo. Las mujeres con endometritis pueden presentar flujo vaginal, hemorragia o dolor a la palpación uterina en el examen pélvico. Los síntomas que sugieren presencia de EPI incluyen dolor abdominal, dispareunia, flujo vaginal, menometrorragia, disuria, fiebre y en ocasiones náuseas y vómitos.

El diagnóstico de EPI es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas. Es altamente probable cuando, en una mujer con dolor con la movilización de los anexos uterinos, evidencia de infección del tracto genital inferior y sensibilidad a la palpación cervical, se observa uno o más de los síntomas mencionados. También se puede constatar un aumento de tamaño o induración de una o ambas trompas de Falopio, una masa pélvica dolorosa y dolor directo con la palpación o signo de Blumberg. La temperatura de la paciente puede aumentar, pero en muchos casos se trata de un signo normal. En general, es preferible que el médico sobrediagnostique y trate los casos en los cuales sospecha presencia de patología.

Debe considerarse la hospitalización de las pacientes con EPI aguda cuando:

- ⊗ El diagnóstico es incierto;
- ⊗ No pueden excluirse emergencias quirúrgicas como la apendicitis o el embarazo ectópico;
- ⊗ Se sospecha la presencia de un absceso pélvico;
- ⊗ La gravedad de la enfermedad excluye el tratamiento ambulatorio;
- ⊗ La paciente está gestando;
- ⊗ La paciente no puede cumplir o tolerar un régimen terapéutico ambulatorio; o

☼ La paciente no respondió al tratamiento ambulatorio.

Muchos expertos recomiendan que todas las pacientes con EPI deben ser hospitalizadas para su tratamiento.

Las principales ITS que producen el síndrome Dolor Abdominal Bajo son:

- a) Gonorrea (causada por *Neisseria gonorrhoeae*)
- b) Clamidia (causada por *Chlamydia trachomatis*)

Cuando una mujer se queja de dolor abdominal bajo, se requiere de una cuidadosa valoración de otros signos y síntomas para descartar cuadros de emergencia que necesiten atención en hospital, como una amenaza de aborto o embarazo ectópico. Por esto, al tomar la historia clínica, se piden antecedentes de retraso o ausencia de la menstruación (Fecha de la Última Menstruación (FUM)), parto reciente, aborto reciente, o sangrado irregular de la vagina. Si la usuaria se queja de dolor de abdomen bajo persistente y se ha descartado cuadros de emergencia, este síntoma puede corresponder a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) causada por ITS o bacterias anaeróbicas.

Dolor abdominal bajo confirmado sin cuadro de emergencia.

Tratar contra Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) causado por gonorrea, clamidia y bacterias anaeróbicas:

Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; además
Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, por 7 días; además
Metronidazol 500 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, por 10 a 14 días

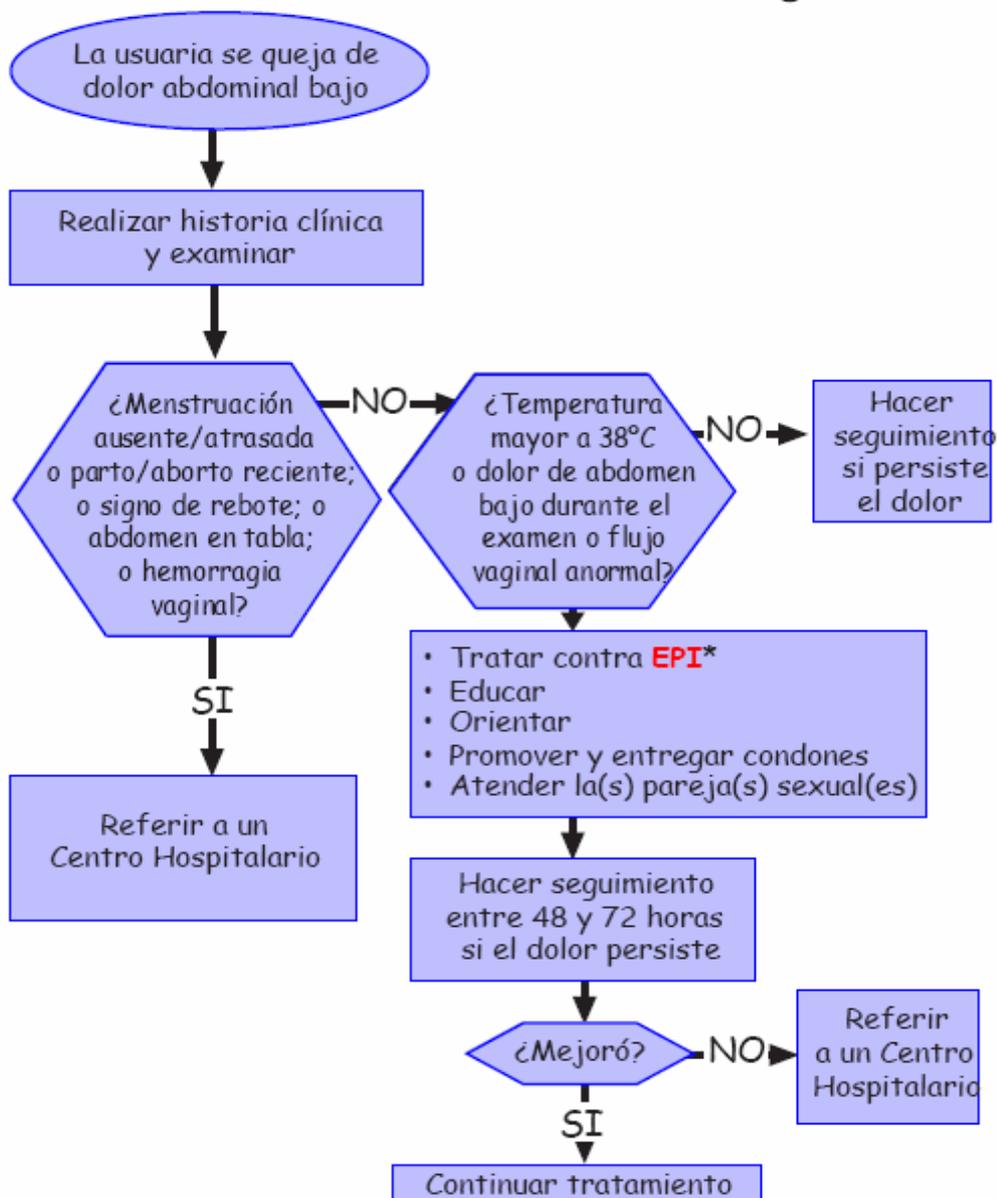
FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

Contraindicaciones:

1. En el embarazo, está contraindicado utilizar:
2. Durante el primer trimestre: Metronidazol.
3. Durante todo el embarazo: Ciprofloxacina y Doxiciclina

4. Durante el embarazo, se utiliza Eritromicina 500 mg vía oral, cuatro veces al día, cada seis horas, durante siete días, en lugar de Ciprofloxacina y Doxiciclina
5. El Metronidazol solamente se utiliza a partir del segundo trimestre en caso necesario y de acuerdo a dosis establecida.

DOLOR ABDOMINAL BAJO



* El término Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) se refiere a la infección del aparato genital superior femenino (útero, trompa y ovarios) causada por microorganismos que ascienden desde el cuello del útero.

6.3.5 BUBÓN INGUINAL

Los bubones inguinales y femorales son el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos inguinales, que son dolorosas y pueden ser fluctuantes. Suelen estar asociadas con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En muchos casos de chancroide, se observa una úlcera genital asociada. Las infecciones locales y sistémicas no transmitidas sexualmente (por ejemplo, las infecciones del miembro inferior o linfadenopatía tuberculosa) también pueden causar la hinchazón de los ganglios linfáticos inguinales.

ETIOLOGÍA

Las ITS que producen el síndrome Bubón Inguinal son:

- a) Linfogranuloma venéreo (causada por *Chlamydia trachomatis*)
- b) Chancroide (causada por *Haemophilus ducreyi*)

Si el(la) usuario(a) presenta bubón inguinal doloroso y fluctuante, este signo puede corresponder a linfogranuloma venéreo. Cuando la causa del bubón es linfogranuloma venéreo, casi nunca se presenta úlcera genital. Por otra parte, el conjunto de un bubón y una úlcera indica la presencia de chancroide y requiere que el(la) proveedor(a) consulte y siga el flujograma para el síndrome Úlcera Genital.

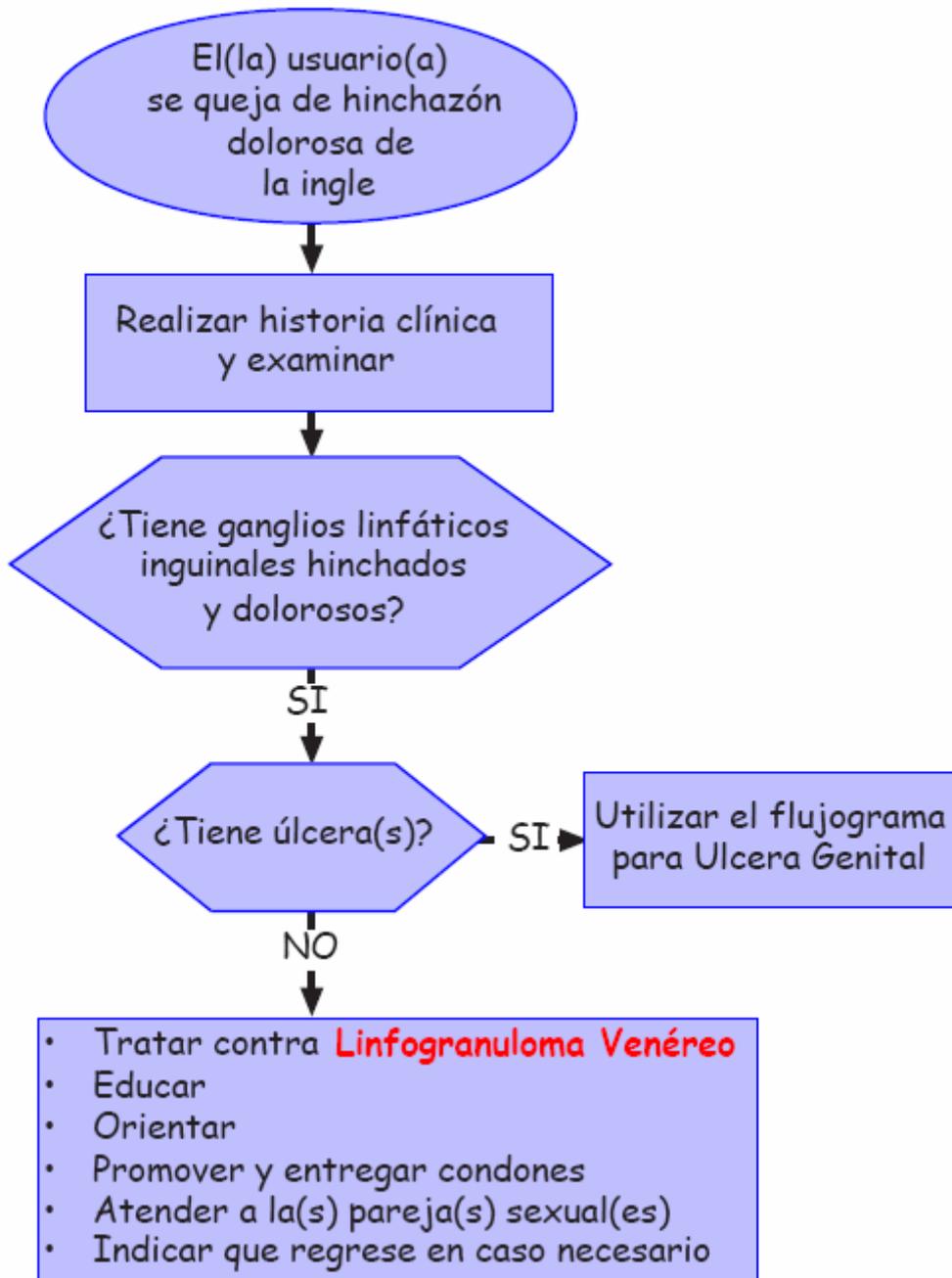
Bubón inguinal confirmado sin presencia de úlcera genital.

Tratar contra linfogranuloma venéreo:

Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 21 días

FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

BUBÓN INGUINAL



FUENTE: Guía Manejo Sindrómico. OPS

6.4. EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN

La educación y orientación de la persona afectada con ITS como parte de la consulta, son esenciales para promover la adopción de prácticas sexuales seguras (ej., uso correcto del condón y reducción del número de parejas sexuales) y para ayudar a su(s) pareja(s) sexual(es) que está(n) expuesta(s) al riesgo del contagio con ITS por el (la) afectado(a).

El objetivo de la educación es que la persona afectada con ITS luego de recibir tratamiento adecuado pueda mantenerse sin infección y evitar la transmisión de ITS a otras personas.

El (la) educador(a) debe hacer hincapié en:

- ⊗ El peligro de los comportamientos de alto riesgo, incluso el riesgo de contraer infección por VIH;
- ⊗ La variedad de comportamientos de bajo riesgo, incluso las relaciones sexuales sin penetración y el uso del condón;
- ⊗ La necesidad de que la persona afectada por ITS siga estrictamente el tratamiento recomendado, tomando la dosis recetada, sin dejar de tomar el medicamento cuando los síntomas comienzan a disminuir o desaparecer. Es necesario recalcar la importancia de completar el tratamiento para que la infección se cure totalmente.
- ⊗ La referencia de la(s) pareja(s) sexual(es) al servicio de salud para que reciba(n) un diagnóstico y tratamiento.
- ⊗ Los siguientes son algunos mensajes educativos que una persona con ITS debe recibir y comprender:
 - ⊗ Las ITS se contagian a través de contacto sexual.
 - ⊗ Las ITS pueden tener complicaciones si no son tratadas adecuadamente.
 - ⊗ Las ITS pueden facilitar el contagio y la transmisión del VIH.
 - ⊗ El cumplimiento del tratamiento es necesario para curar la infección.
 - ⊗ Podría mantenerse relaciones sexuales estando con tratamiento para ITS, utilizando el condón para evitar el contagio a la(s) pareja(s).

- ☼ Es importante referir a la(s) pareja(s) al servicio de salud para que reciba un diagnóstico y tratamiento y así evitar el riesgo de contagio desde la misma y/o el riesgo de complicaciones en él(ella).
- ☼ Es importante adoptar prácticas sexuales más seguras incluyendo el uso correcto del condón.
- ☼ Es importante regresar a la consulta si no existe mejoría del problema

La orientación se hace cuando el(la) usuario(a) requiere de un apoyo mayor para responder o actuar positivamente a los mensajes de la educación sobre ITS. El objetivo de la orientación es ayudar a el/ la usuario/a a resolver los problemas o barreras que impiden cambiar sus actitudes y/o comportamientos para disminuir su riesgo de adquirir una ITS.

Durante la sesión de orientación, el (la) orientador(a) debe:

Escuchar atentamente a el (la) usuario(a)

- Respetar la dignidad de el (la) usuario(a)
- Aceptar diferencias en la sexualidad
- Enfatizar que la orientación es confidencial
- Conversar sobre sus necesidades de apoyo
- Brindar la información adecuada a sus necesidades
- Ayudar a el(la) usuario(a) a realizar una valoración de su riesgo de contagiarse con ITS
- Ofrecer mayor entrenamiento en el uso correcto del condón y como discutir el uso con su pareja
- Reconocer las barreras con relación al uso del condón con su(s) pareja(s) y encontrar estrategias que faciliten romper estas barreras

Escuchar y tratar de entender los sentimientos y/o razones que expone el(la) usuario(a) como dificultades en tomar decisiones o acciones que contrunuyan a disminuir su riesgo de contagiarse con ITS

- Elaborar conjuntamente un plan de prevención, acorde a las posibilidades de el/la usuario/a para cumplir el mismo y protegerse del contagio de ITS, incluyendo el VIH.
- Ofrecer apoyo a los esfuerzos de el(la) usuario(a) para tomar decisiones y resolver problemas.

6.5. PREVENCIÓN

Los determinantes de la epidemiología de las ITS son tan multifacéticos como deberían ser los enfoques de prevención y asistencia. Las medidas de intervención encaminadas a impedir la propagación de ITS y de la infección por el VIH deben elaborarse teniendo en cuenta la fisiología humana, las modalidades de comportamiento humano y las influencias socioculturales. La prevención de las ITS y de la infección por el VIH no puede realizarse exclusivamente mediante el cambio de comportamiento y los métodos de barrera. Otros factores, como las unidades y los valores familiares, el suministro de vivienda para reducir al mínimo la perturbación de la vida familiar, el empleo, la educación, la religión, la cultura, la edad, el sexo, etc., son factores que deben tenerse en cuenta en todo momento.

Aunque la cobertura de estos determinantes va más allá del alcance de este documento, los gobiernos y los administradores de programas deben tenerlos en cuenta a los efectos de planificar y establecer programas de prevención y asistencia.

6.5.1 Prevención primaria

Las actividades de prevención primaria son esencialmente las mismas para las ITS clásicas que para el VIH transmitido por vía sexual, dado que la modalidad primaria de transmisión consiste, en ambos casos, en las relaciones sexuales. Las actividades y audiencias vinculadas con la prevención primaria son idénticas. Lógicamente, debe existir una estrecha coordinación entre los responsables de la prevención de la infección por el VIH/SIDA y los responsables de las actividades de prevención de las ITS. De hecho, es conveniente, a ese respecto, una integración plena.

En materia de prevención primaria, el objetivo consiste en impedir la infección y la enfermedad. Ello puede realizarse promoviendo:

- Un **comportamiento** sexual más **seguro**.
- El uso de **preservativos** en las relaciones sexuales con penetración.

Sólo las actividades de prevención primaria pueden influir sobre las ITS actualmente incurables provocadas por infecciones víricas.

Esas actividades estarán a cargo de programas del SIDA y las ITS integrados o coordinados.

La prestación de asistencia clínica para las ITS brinda importantes posibilidades de prevención primaria, al ofrecer educación, tratamiento y medios de curación eficaces a las personas que, por definición, corren un mayor riesgo de infección y de transmisión de esta última. ¡El tratamiento y la curación de una persona afectada por una ITS implica la prevención primaria para un contacto potencial! En la mayoría de los países el programa nacional del SIDA está elaborando estrategias de prevención y ya está aplicando medidas de intervención. Es importante que estas últimas comprendan educación con respecto a las ITS.

De ello emanarán, probablemente, beneficios mutuos; por ejemplo, la educación con respecto a posibles complicaciones de ITS, como la esterilidad, puede ser un medio de persuasión que lleve a reducir la actividad que provoca riesgos de ITS, incluida la infección por el VIH. En contextos de bajo nivel de infección por el VIH/SIDA, las personas pueden mostrarse más interesadas en las ITS que en el VIH. En algunos lugares los programas de ITS existentes han logrado experiencia técnica en materia de prevención primaria que pueden compartir con el programa nacional del SIDA.

La mayoría de los mensajes de prevención son aplicables al VIH y a las ITS convencionales, pero conviene incluir en los mensajes aleccionantes que se refieren específicamente a las ITS:

- La información de que muchas ITS pueden ser tratadas y curadas.
- La información de que es necesario un tratamiento temprano para evitar complicaciones y secuelas permanentes.
- La información de que los síntomas y signos pueden pasar desapercibidos, especialmente en la mujer, hasta que aparecen complicaciones.
- La descripción de los signos y síntomas reconocibles.
- Una lista de lugares en que puede obtenerse información sobre ITS (es decir servicios de asistencia sanitaria básica) y, cuando existan, consultorios para categorías de ITS y centros de asesoramiento voluntario referentes a esas enfermedades.
- La certeza de que el sector público garantiza una relación privada, confidencial y respetuosa en todos los casos en que se solicitan sus servicios.
- Asesoramiento al consultante en cuanto a la evaluación de su riesgo personal de haber adquirido una ITS, así como el riesgo que corre(n) su(s) compañero(s) sexual(es). (Si la evaluación lleva a pensar en la posibilidad de que el consultante tenga ITS corresponde aconsejar asistencia relacionada con ese tipo de enfermedades).

A fin de crear mensajes realistas, aceptables y culturalmente apropiados con respecto a las ITS es importante tener en cuenta los conocimientos, actitudes y prácticas de la audiencia. Será necesario realizar una investigación simple para obtener información de las comunidades, inclusive en materia de :

- Conocimiento y percepciones referentes a la importancia de las ITS.
- Comportamiento encaminado a buscar asistencia sanitaria.
- Dificultades para procurar asistencia relacionada con ITS.

6.5.2 Prevención secundaria

La prevención secundaria comprende el suministro de tratamiento y asistencia a personas infectadas y afectadas. Las actividades respectivas deben comprender :

- La promoción de un comportamiento encaminado a procurarse asistencia sanitaria vinculada no sólo con los síntomas de ITS, sino también con el aumento del riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH.
- La prestación de servicios clínicos accesibles, aceptables y eficaces, y que ofrezcan diagnóstico y un tratamiento eficaz de pacientes con ITS -sintomáticos y asintomáticos- y sus compañeros sexuales.
- Servicios de apoyo y consejo para pacientes con ITS y VIH. Son escasos los conocimientos y la experiencia en materia de promoción de un comportamiento encaminado a la búsqueda de asistencia sanitaria para mujeres y hombres adultos, y jóvenes, en relación con las ITS.

VII. VARIABLES.

7.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Manejo Síndromico

Tratamiento

7.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Infecciones de transmisión sexual

Mujeres atendidas en el Centro de Salud Andrés de Vera

7.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- ⊗ **INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** Comprende todas las enfermedades infecciosas en las que la transmisión sexual tiene una importancia epidemiológica.
- ⊗ **MANEJO SINDRÓMICO:** Atención al paciente por su síndrome de ITS, más que las causas específicas de una enfermedad en un paciente
- ⊗ **TRATAMIENTO:** Esquemas de tratamiento utilizados para una determinada enfermedad

8 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Infecciones de Transmisión sexual	Comprende todas las enfermedades infecciosas en las que la transmisión sexual tiene una importancia epidemiológica. En la actualidad se reconoce el carácter de transmisión sexual al menos a 25 microorganismos y numerosos síndromes.	Manejo Sindrómico <ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndromes clínicos ✓ Causas del síndrome ✓ Atención de contactos ✓ Educación al paciente ✓ Prevención (condón) 	% de pacientes según manejo sindrómico	Ausente Presente	Si No

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Características de las pacientes	Cualidades de los objetos del estudio.	Edad	% de mujeres según edad.	11-19 años 20-29 30-44 45-59 60-74 ≥75	Niñez Adolescencia Primera adultez Jóvenes adultos Adultez media Adultez posterior Senitud
		Estado civil	% de mujeres según estado civil.	Estable Inestable	Unión libre Casadas Solteras Otros : _____
		Ocupación	% de mujeres según ocupación	Perfil profesional	Estudiante Profesional Obreros Otros: _____
		Instrucción	% de mujeres según instrucción		Analfabeta Primaria Secundaria Superior
		Procedencia	% de mujeres según procedencia		Urbana Rural

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Pautas en el manejo Síndrómico	Cualidades de los objetos del estudio.	Conducta sexual	Nº de mujeres según conducta sexual	Bisexual Heterosexual	SI NO
		Parejas sexuales al año	Nº de mujeres según número de parejas al año		1 2 3
		Motivo de consulta	Nº de mujeres según motivo de consulta.	Tipo	Flujo vaginal Secreción uretral Úlcera genital Dolor abdominal inferior Bubón inguinal
		Tratamiento anterior			
		ITS anteriores	Nº de mujeres según tratamiento anterior	Presencia Ausencia Tipo	Si No Cual: _____
		Fuentes de la infección	Nº de mujeres según fuentes de infección		Directo Indirecto
Síntomas	Nº de mujeres según síntomas	_____ _____ _____	Si No Cual		

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Manejo sindrómico	Atención al paciente por su síndrome de ETS, más que las causas específicas de una enfermedad en un paciente.	Síndromes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flujo vaginal ✓ Secreción uretral ✓ Úlcera genital ✓ Dolor abdominal inferior ✓ Bubón inguinal 	Presente Ausente	Si No
		Causas del síndrome	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tricomoniasis ✓ Candidiasis ✓ Gonorrea, ✓ Clamidia ✓ Sífilis ✓ Herpes genital. ✓ Linfgranuloma venéreo ✓ Chancro ✓ Chancroide 	Presente ausente	Si No
		Atención de contactos (parejas sexuales)	Tratamiento parejas sexuales	Presente Ausente	Si No
		Educación al paciente	Tipo de enfermedad Complicaciones Prevencion.	Ausente Presente	Si No
		Prevención (condón)	Método para evitar la propagación de la enfermedad	Ausente Presente	Si No

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Esquema terapéutico	Esquemas de tratamiento utilizados para una determinada enfermedad.	Tratamiento brindado:	% de pacientes según Tratamiento brindado:		Tópico: Sistémico Otros:
		Vía de administración	% de pacientes según vía de administración		Oral: Parenteral (IV-IM) Local Otros:
		Numero de fármacos administrados:	% de pacientes según numero de fármacos administrados:		1 2 3 >4
		Fármaco utilizado:	% de pacientes según fármaco utilizado:		_____ _____ _____
		Dosis administrada:	% de pacientes según dosis administrada:		_____ _____
		Tiempo del Tratamiento	% de pacientes según tiempo del Tratamiento		1 día 2 días 3 días >4 días

8. DISEÑO METODOLÓGICO.

8.1 TIPO DE ESTUDIO.

Prospectivo.

8.2 UNIVERSO:

7318 usuarias que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera

8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

138 mujeres con infecciones de transmisión sexual que fueron atendidas en el centro de Salud Andrés de Vera durante el periodo de septiembre del 2005 a febrero del 2006.

8.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

Cada una de las mujeres en edad fértil con antecedente de infecciones de transmisión sexual.

8.5 TIEMPO.

Seis meses comprendidos desde noviembre del 2005 hasta abril del 2006.

8.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Mujeres en edad fértil
2. Mujeres con diagnóstico de enfermedad sexual actual o con antecedente de la misma.

8.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes que no hayan recibido tratamiento.
2. Historias clínicas incompletas

8.8 VARIABLES:

Las variables a utilizarse en el presente estudio son:

1. Infecciones de transmisión sexual
2. Manejo sintromico
3. Tratamiento.

8.9 FUENTE DE INFORMACIÓN:

Expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de ITS atendidas en el centro de salud Andrés de Vera.

8.10 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó la recolección de información en forma Secundaria, a través de encuestas y revisión de expedientes clínicos con diagnóstico de ITS atendidas en el centro de salud Andrés Vera, del cual se llenó un cuestionario que fue elaborado previamente, conteniendo preguntas que dieron respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

8.11 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Datos se procesaron por medio de pasteles con los datos estadísticos. La representación de los resultados se hizo en tablas utilizando el programa Microsoft Excel XP

8.12 MÉTODO

Encuestas

Revisión expedientes clínicos.

8.13 INSTRUMENTOS

1. Guía de observación.
2. Fichas nemotécnicas y bibliográficas.

8.14 RECURSOS

Recursos

Humanos:

- ❖ Dos investigadores
- ❖ Personal médico y administrativo que labora en el Centro de Salud Andrés de Vera.

Institucionales

- ❖ Centro de Salud Andrés de Vera.
- ❖ Biblioteca Central de la Universidad técnica de Manabí

Materiales.

1. Computador Intel Celeron 2.8 GB
2. Materiales de oficinas (papel, plumas , lápices)
3. Historias clínicas de las pacientes.

8.15 FUENTES DE INFORMACIÓN

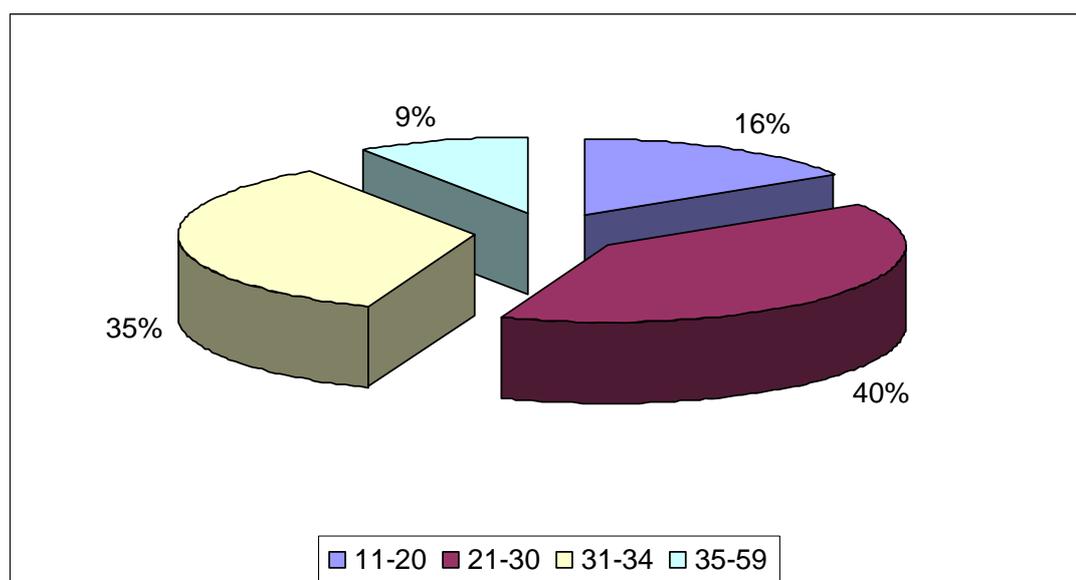
Bibliografía

Internet

IX. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA Y GRÁFICO N° 1
GRUPOS ETARIOS SEGÚN EL MANEJO SINDRÓMICO DE
LAS ITS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

EDAD	Nº	%
11-20	22	16
21-30	55	40
31-34	48	35
35-59	13	9
TOTAL	138	100



FUENTE: Entrevista

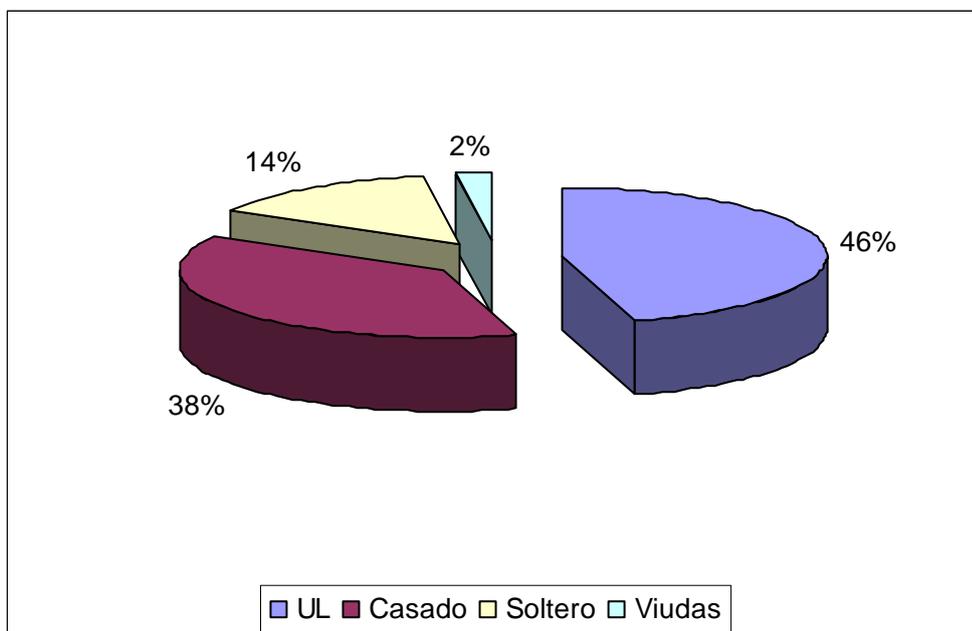
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según el grupo etario las mujeres comprendidas entre 21 a 30 años representan el 40% de la población estudiada siendo este el mayor porcentaje.

TABLA Y GRÁFICO N° 2
ESTADO CIVIL SEGÚN EL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS
ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

ESTADO CIVIL	Nº	%
UL	63	46
Casadas	52	38
Solteras	20	14
Viudas	3	2
	138	100



FUENTE: Entrevista

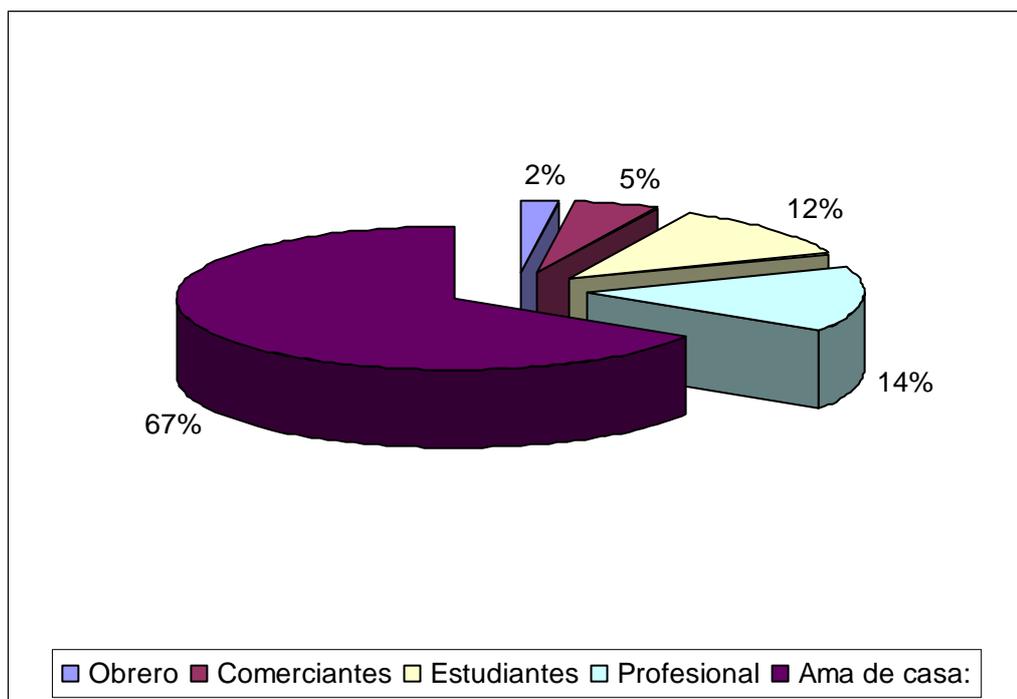
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según el estado civil el 46% de la población tienen unión libre como estado civil, seguidas de un 38 % que son casadas.

TABLA Y GRÁFICO N° 3
OCUPACIÓN SEGÚN EL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS
EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

OCUPACIÓN	Nº	%
Obrero	3	2
Comerciantes	7	5
Estudiantes	17	12
Profesional	20	14
Ama de casa:	91	66
	138	100



FUENTE: Entrevista

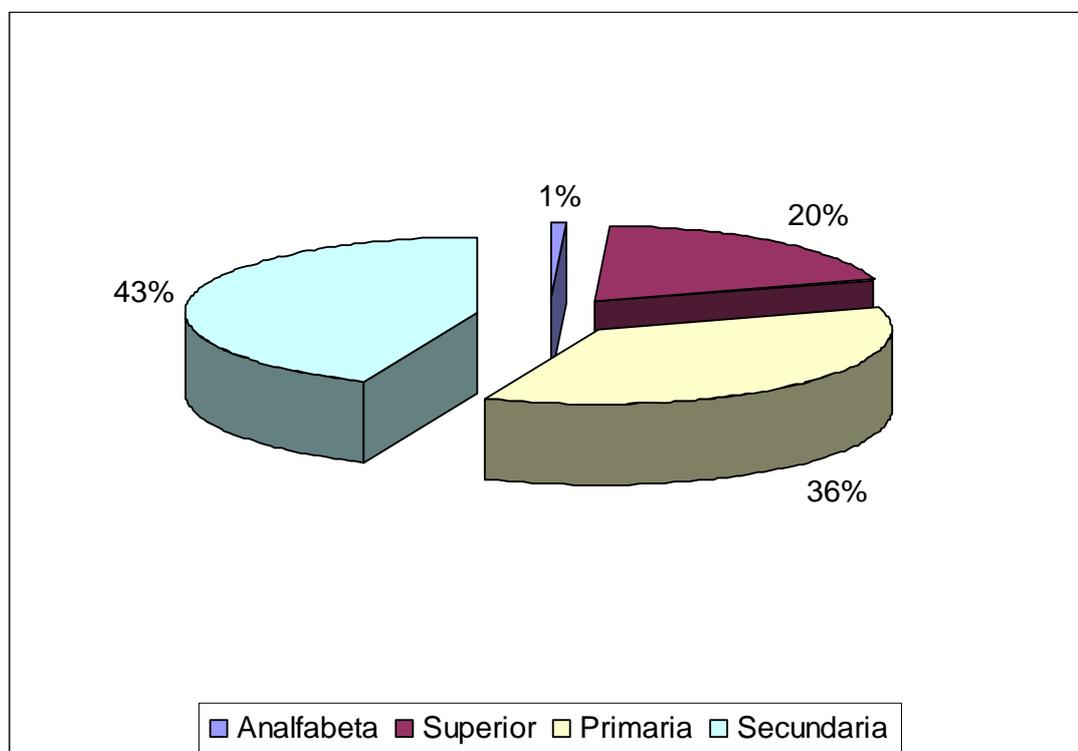
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la ocupación el 67 % de la población estudiada se desempeñan como amas de casa, siendo este el mayor porcentaje.

TABLA Y GRÁFICO N° 4
GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN EL MANEJO
SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Analfabeta	1	1
Superior	27	20
Primaria	50	36
Secundaria	60	43
	138	100



FUENTE: Entrevista

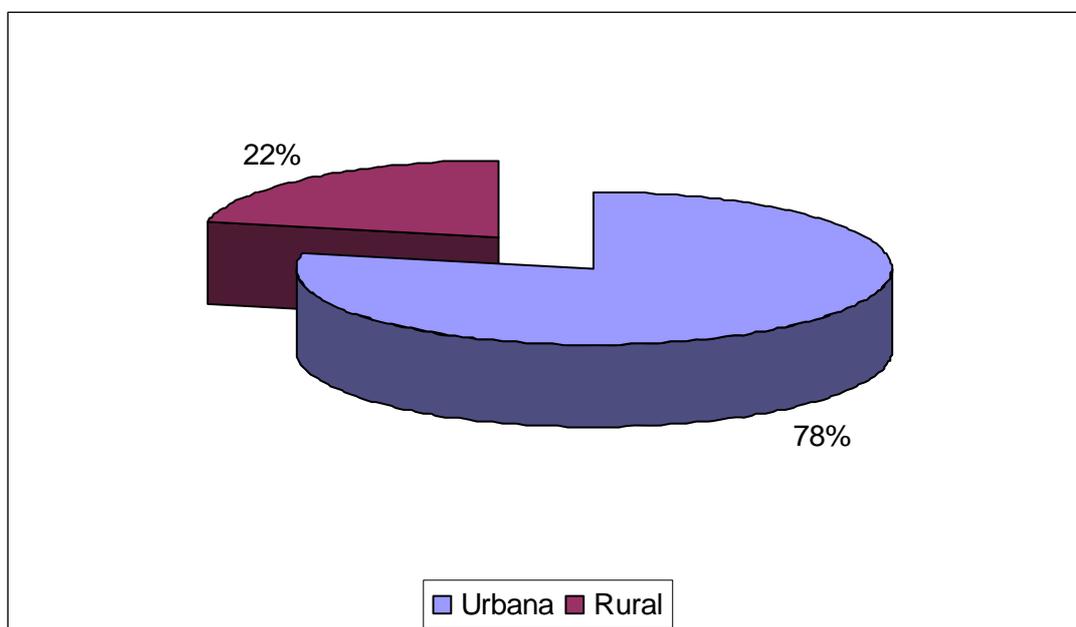
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según el cuadro y gráfico se demuestra que el 43% de la población estudiada tienen una instrucción secundaria, seguidas de un 36% con instrucción primaria. Siendo estos los porcentajes más representativos.

TABLA Y GRÁFICO N° 5
PROCEDENCIA SEGÚN EL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS
ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

PROCEDENCIA	Nº	%
Urbana	108	78
Rural	30	22
	138	100



FUENTE: Entrevista

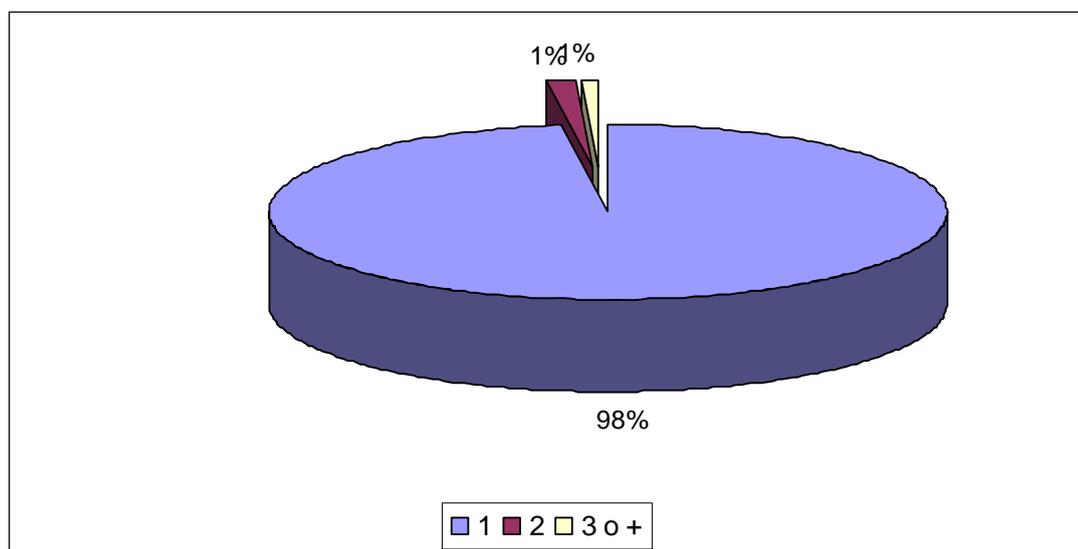
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y grafico el 78% de la población proceden de zona urbana y un 22% de zona rural.

TABLA Y GRÁFICO N° 6
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EL MANEJO
SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Nº	%
1	135	98
2	2	1
3 o +	1	1
	138	100



FUENTE: Entrevista

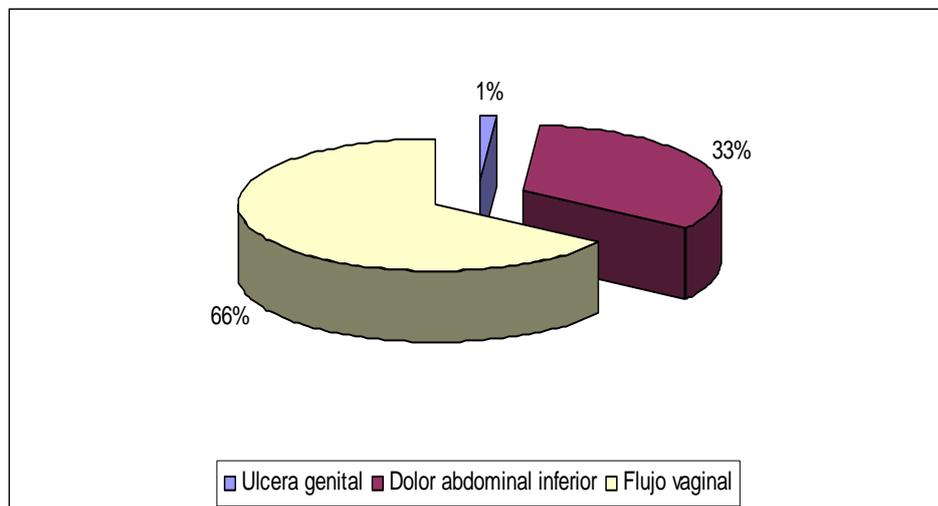
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y gráfico se demuestra que el 98% de las pacientes estudiadas tienen una pareja sexual.

TABLA Y GRÁFICO N° 7
MOTIVO DE CONSULTA SEGÚN EL MANEJO SINDRÓMICO
DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

MOTIVO DE CONSULTA	Nº	%
Úlcera genital	2	1
Dolor abdominal inferior	46	33
Flujo vaginal	90	65
	138	100



FUENTE: Entrevista

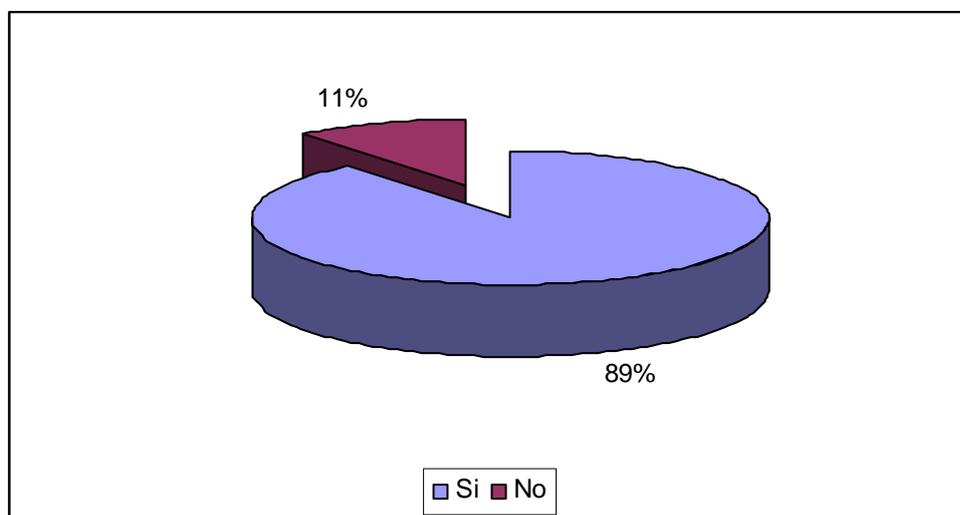
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y gráfico se demuestra que el 66% de la población estudiada padece de flujo vaginal, seguida de un 33% con dolor abdominal bajo y apenas 1% de úlcera genital.

TABLA Y GRÁFICO N° 8
TRATAMIENTO ANTERIOR SEGÚN EL MANEJO
SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTERIOR	Nº	%
Si	123	89
No	15	11
	138	100



FUENTE: Entrevista

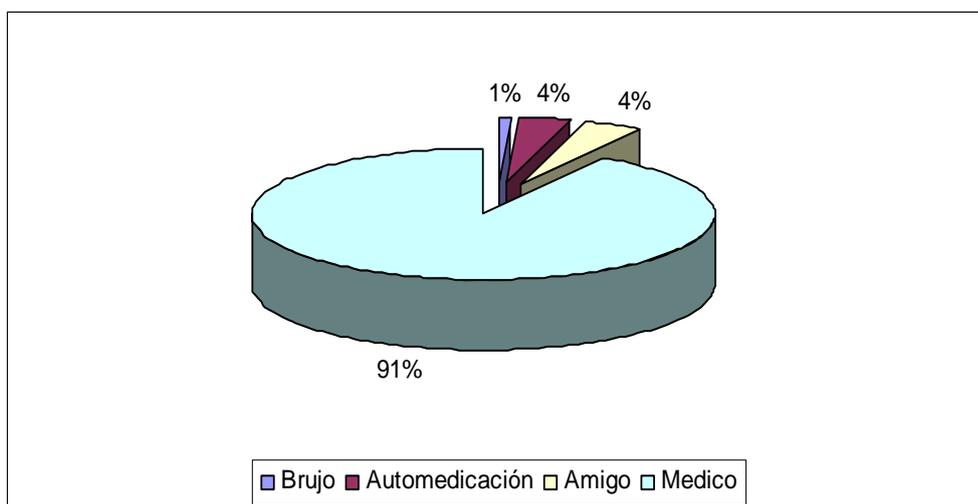
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y gráfico el 89% de la población estudiada ha tenido tratamiento anterior.

TABLA Y GRÁFICO N° 9
PERSONAL QUE LE DIÓ TRATAMIENTO ANTERIOR EL
MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

PERSONAL QUE LE DIÓ TRATAMIENTO	Nº	%
Empírico	0	0
Brujo	1	1
Automedicación	5	4
Amigo	6	4
Medico	126	91
	138	100



FUENTE: Entrevista

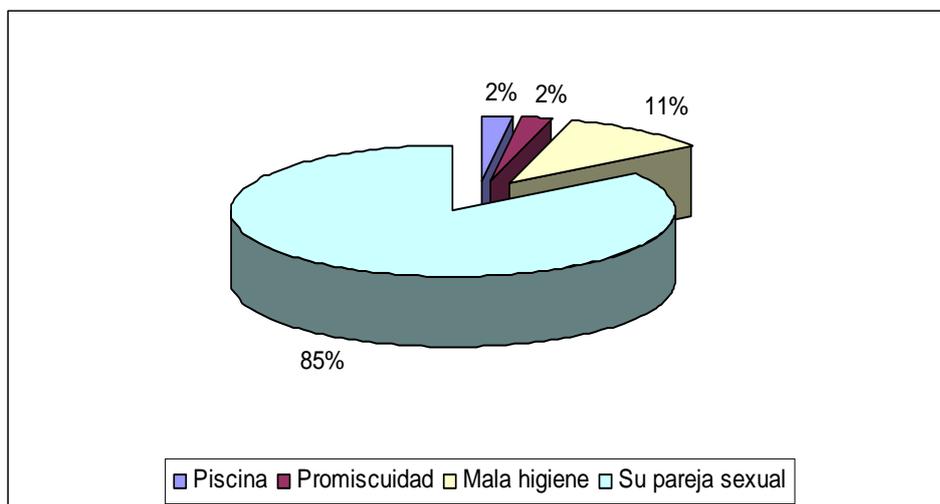
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y gráfico el 91% de la población recibió en algún momento tratamiento por un médico.

TABLA Y GRÁFICO N° 10
FUENTE DE INFECCIÓN SEGÚN EL MANEJO SINDRÓMICO
DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS
DE VERA, PERIODO: NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL
2006.

FUENTE DE INFECCIÓN	Nº	%
Piscina	3	2
Promiscuidad	3	2
Mala higiene	15	11
Su pareja sexual	117	85
	138	100



FUENTE: Entrevista

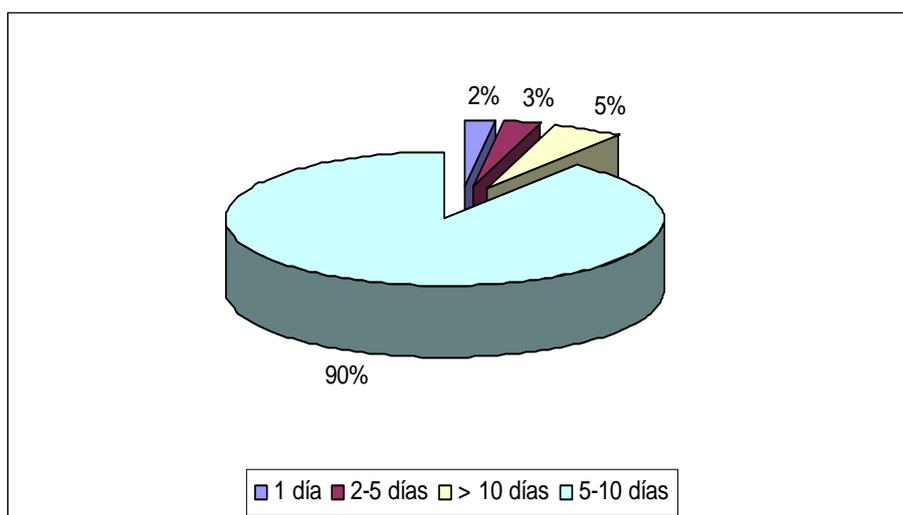
ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y gráfico el 85% de las pacientes estudiadas atribuyen su problema a su pareja sexual.

TABLA Y GRAFICO N° 11
TIEMPO DE TRATAMIENTO EL MANEJO SINDRÓMICO DE
LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

PORQUE TIEMPO RECIBIÓ TRATAMIENTO.	Nº	%
1 día	3	2
2-5 días	4	3
> 10 días	7	5
5-10 días	124	90
	138	100



FUENTE: Entrevista

ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla y gráfico el 90% de las pacientes encuestadas recibió tratamiento por un periodo de 5-10 días.

TABLA N° 12
ESQUEMA DE TRATAMIENTO SEGÚN EL MANEJO
SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	Nº	%
COTRIMOXAZOL+NAPROXENO+FLUXONAZOL	2	1
FEMICOL	2	1
METRONIDAZOL+MEBENDAZOL+COTRIMOXAZOL	2	1
METRONIDAZOL	2	1
CIPROFLOXACINO+METRONIDAZOL	2	1
COTRIMOXAZOL+CIPROFLOXACINO	2	1
IBUPROFENO	4	3
TINIDAZOL+VITAMINA C	4	3
NISTATINA+ACETAMINOFEN	4	3
XAMEX+CEFTRIAXONA+NISTATINA	4	3
ACICLOVIR+AINE	4	3
METRONIDAZOL+UROBACID+SECNIDAZOL	4	3
SECNIDAZOL+TRICOXIN	5	4
FLUCONAZOL+COTRIMOXAZOL	5	4
COTRIMOXAZOL+DICLOFENACO+METRONIDAZOL	6	4
ACICLOVIR	8	6
OFLOXACINO+METRONIDAZOL	8	6
KETOCONAZOL+NISTATINA	8	6
SECNIDAZOL+VITAMINA C	9	7
METRONIDAZOL+NISTATINA+CIPROFLOXACINO+FLUCONAZOL	10	7
COTRIMOXAZOL	15	11
NO RECUERDA	28	20
	138	100

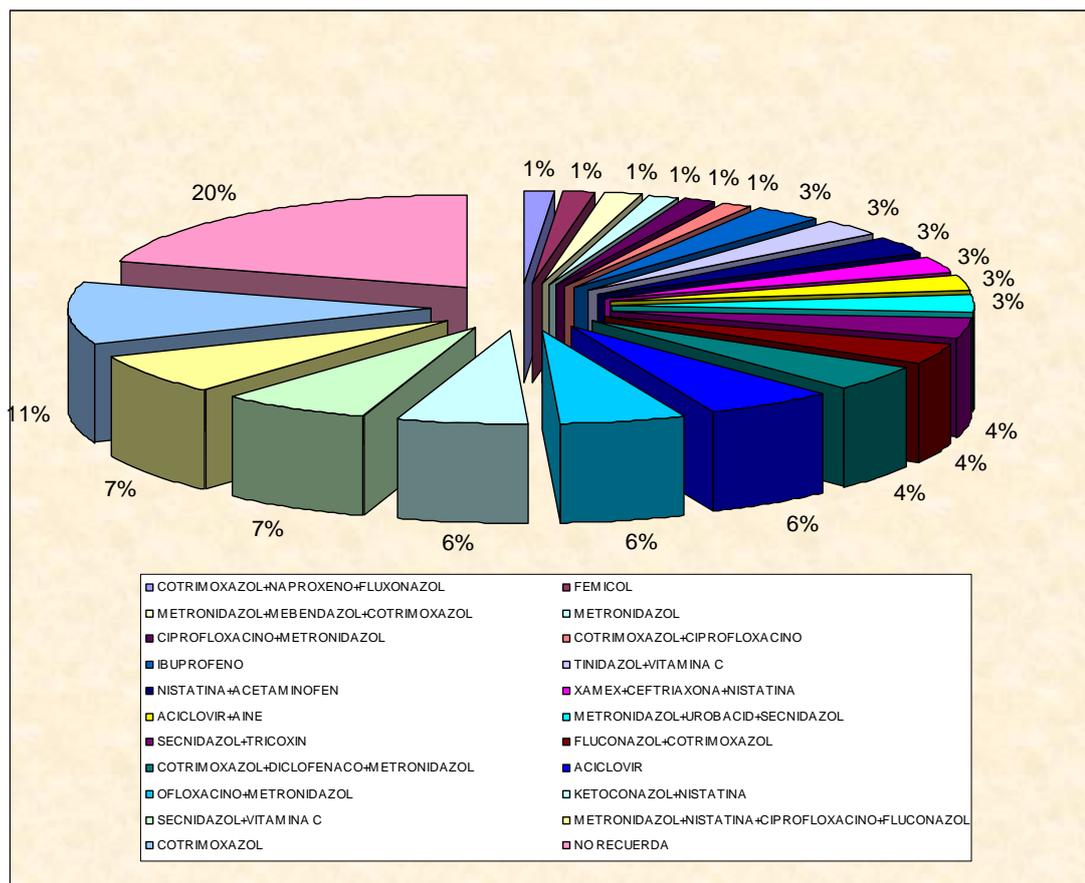
FUENTE: Entrevista

ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según la tabla se demuestra que el 21% de las pacientes no recordaban el tratamiento que recibieron al momento de la encuesta, el 11% recibió solo cotrimoxazol, seguida de un 7% con una combinación de metronidazol + nistatina + ciprofloxacino + fluconazol.

TABLA N° 12
ESQUEMA DE TRATAMIENTO SEGÚN EL MANEJO
SINDRÓMICO DE LAS ITS EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA.
NOVIEMBRE DEL 2005 A ABRIL DEL 2006.



FUENTE: Entrevista

ELABORADO POR: Internos rotativos

ANÁLISIS:

Según el gráfico se demuestra que el 21% de las pacientes no recordaban el tratamiento que recibieron al momento de la encuesta, el 11% recibió solo cotrimoxazol, seguida de un 7% con una combinación de metronidazol + nistatina + ciprofloxacino + fluconazol.

X. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Según el rango de edades, las mujeres comprendidas entre 21 a 30 años representan el 40% (**Tabla y Gráfico I**), cifra que está en correspondencia con los estudios realizados en América Latina y Estados Unidos.

Respecto al estado civil de las pacientes estudiadas, el presente estudio reveló que en el 47% % (**Tabla y Gráfico II**) manifestaron estar acompañadas en unión libre, mientras que el 37% (**Tabla y Gráfico II**) estaban casadas al momento de la encuesta, lo que expresa que las relaciones inestables son un factor determinante en la frecuencia de ITS a nivel de nuestra población.

En base a la ocupación el 65% (**Tabla y Gráfico III**) de la población estudiada se desempeñan como amas de casa, lo cual es debido básicamente a la condición socioeconómica de las pacientes y al grado cultural que estas poseen.

Según el cuadro y gráfico se demuestra que le 43% de la población estudiada tienen una instrucción secundaria, seguidas de un 37% con instrucción primaria. Siendo estos los porcentaje más representativos.

Según el nivel educativo de las pacientes atendidas, sólo un 1% (**Tabla y Gráfico IV**) eran analfabetas esto llama la atención. Es llamativo que el mayor porcentaje (43%) presentaban un grado de instrucción secundaria, lo anterior pone de manifiesto la necesidad de impartir educación sexual y establecer políticas públicas de salud sexual y reproductiva en el país de acuerdo a un modelo propio.

La mayoría de las pacientes atendidas residían en el casco urbano de Portoviejo (79%). Este dato confirma que este centro de salud atiende mayormente la demanda de la capital, expresando una buena accesibilidad de esta institución. El restante 21% ((**Tabla y Gráfico V**) corresponde a pacientes provenientes de la zona rural.

Según el número de parejas sexuales de se demuestra que el 97% (**Tabla y gráfico N° 6**) de las pacientes estudiadas tienen una pareja sexual, y a mismo tiempo que esta es la responsable de las infecciones según las encuestas en un 85% (**Tabla y gráfico N° 10**).

En base al tipo de síndrome que padecen las pacientes se demuestra que el 66% (**Tabla y gráfico N° 7**) de la población estudiada padece de flujo vaginal, seguida de un 33% con dolor abdominal bajo y apenas 1% de úlcera genital. En el 89% (**Tabla y gráfico N° 8**) de la población estudiada al momento de la encuesta ya habían tenido tratamiento anterior por este problema; este tratamiento fue administrado en el 91% (**Tabla y gráfico N° 9**) por un médico, durante un periodo de 5-10 días en el 90% de los casos (**Tabla y gráfico N° 11**).

Se encontró que el 21% (**Tabla y gráfico N° 12**) de las pacientes no recordaban el tratamiento que recibieron al momento de la encuesta, pero un 11% recibió tratamiento con cotrimoxazol, seguida de un 7% con una combinación de metronidazol + nistatina + ciprofloxacino + fluconazol. Estos tratamiento básicamente no siguen un esquema de manejo sindrómico y son dados en la mayoría de los casos al azar y por tanto se demuestra que no se sigue un esquema al momento de los tratamientos aplicados para las ITS.

XI CONCLUSIONES

En base a las estadísticas obtenidas con el presente estudio se concluye lo siguiente:

- ❖ Según el grupo etario las mujeres comprendidas entre 21 a 30 años representan el 40% de la población estudiada.
- ❖ En base al estado civil el 47% de la población presentaron unión libre, siendo este el mayor porcentaje.
- ❖ Según la ocupación el 65% de la población estudiada se desempeñan como amas de casa.
- ❖ Se demostró que el 43% de la población estudiada tienen una instrucción secundaria, seguidas de un 37% con instrucción primaria.
- ❖ Según la procedencia el 79% de la población proceden de zona urbana y un 21% de zona rural.
- ❖ En el 97% de las pacientes estudiadas tienen una pareja sexual.
- ❖ Se demuestra que el 66% de la población estudiada padece de flujo vaginal, seguida de un 33% con dolor abdominal bajo y apenas 1% de úlcera genital.
- ❖ El 89% de la población estudiada ha tenido tratamiento anterior para ITS.
- ❖ El 91% de la población recibió en algún momento tratamiento por un médico.
- ❖ El 85% de las pacientes estudiadas atribuyen su problema a su pareja sexual.
- ❖ El 90% de las pacientes encuestadas recibió tratamiento por un periodo de 5-10 días.
- ❖ Se demuestra que el 21% de las pacientes no recordaban el tratamiento que recibieron al momento de la encuesta, el 11% recibió solo cotrimoxazol, seguida de un 7% con una combinación de metronidazol + nistatina + ciprofloxacino + fluconazol.

XII RECOMENDACIONES.

En base a los resultados de la presente investigación recomendamos lo siguiente:

- ✧ Promoción de una conducta sexual segura
- ✧ Elaboración de programas para el uso del condón, que incluyan diversas actividades, desde la promoción del uso del condón hasta la planificación y el manejo de insumos y su distribución
- ✧ Promoción de conductas tendientes a la búsqueda de la atención sanitaria
- ✧ Integración de la prevención y el manejo de la ITS en los centros de primer nivel, los centros de salud reproductiva, clínicas y otras instituciones
- ✧ Servicios específicos para poblaciones en riesgo, como trabajadores sexuales de sexo femenino y masculino, adolescentes, conductores de camiones de larga distancia, personal militar y población privada de la libertad
- ✧ Se recomienda que los servicios de ITS de rutina se integren a la atención primaria de salud. Las clínicas que se especializan en el tratamiento de las ITS pueden ser especialmente útiles para la prestación de la atención primaria en centros urbanos para grupos específicos como trabajadores sexuales y sus clientes, trabajadores temporarios, camioneros y cualquier otro grupo con acceso deficiente a la atención de salud.
- ✧ Manejo integral de casos de ITS
- ✧ Prevención y manejo de la sífilis congénita y la conjuntivitis neonatal
- ✧ Detección precoz de infecciones sintomáticas y asintomáticas.

PRESUPUESTO

EGRESOS DEL PROYECTO

CUENTAS	CANTIDAD
MATRICULA SEMINARIO ELABORACION TESIS	60
TRANSPORTE SEMINARIO	100
ESPECIE VALORADA	\$ 5
TRABAJO REALIZADOS EN COMPUTADORA	\$ 40
COPIAS	\$ 5
OTROS EGRESOS	\$ 25
TOTAL	\$ 235

EGRESOS PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS

CUENTAS	CANTIDAD
MATERIALES	\$ 300
GASTOS TRANSPORTE	\$ 150
BORRADOR DE TESIS	\$ 200
COPIAS	\$100
ENCUADERNIZACION DE TESIS	\$100
OTROS	\$ 250
TOTAL	1100

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses 2005 Semanas	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inscripción al seminario de elaboración de tesis.	X																															
Asistencia al seminario de elaboración de tesis	X	X	X																													
Selección de la población a estudiar		X																														
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración de protocolo			X																													
Presentación del protocolo al Consejo directivo			X	X																												
Designación del director de tesis														X																		
Recolección de los datos													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Reuniones con el director de tesis.														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Reuniones con el tribunal									X	X	X						X		X								X					
Base de datos/ingreso de datos/resultados.																									X	X	X					
Elaboración del informe final																												X	X	X		
Presentación de informe final																														X		
Sustentación oral																																X

BIBLIOGRAFÍA

1. **EQUIDAD, PNS, ONUSIDA.** Análisis de la Situación y Respuesta sobre la situación del VIH/SIDA en el Ecuador. Julio 2000.
2. **ESPARZA Alex;** Fundación Ecuatoriana EQUIDAD; Informe sobre la situación del VIH/SIDA y Derechos Humanos en Ecuador para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA
3. **FARRERAS-ROZMAN;** Medicina Interna; Décimo Cuarta Edición; Editorial Harcourt Brace; 2000; CD room.
4. **KIRCHNER, Néstor;** Guía de manejo de las enfermedades de transmisión sexual; Argentina; 2003.
5. **MASSON, Rodes Teedor;** Medicina Interna; Editorial MASSON S.A.; Segunda Edición España, 1999, CD room.
6. **MINISTERIO SALUD CHILE;** Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual 2000; ministerio de salud república de chile; aprobada por Decreto Exento N° 20 del 14 de Enero del 2.000; Disponible en: www.conasida.com
7. **MONIF GILLES RG.** Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología. 1999; Editorial. Salvat; Barcelona
8. **OMS;** Guías para el tratamiento sindrómico de las Enfermedades de transmisión sexual; Ginebra; 2005.
9. **OMS-OPS-ONUSIDA;** Bases para la planificación estratégica 2000-2004 de control y prevención de enfermedades de transmisión sexual/SIDA; 2000-2004.
10. **OMS-OPS-ONUSIDA;** Pautas para la vigilancia de la Enfermedades de transmisión sexual; Estados Unidos; 1999.
11. **ONUSIDA, MSP, EQUIDAD.** Análisis de la Situación y Respuesta sobre la Situación del VIH/SIDA en el Ecuador, Informe. Julio 2000
12. **OPS;** Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual; España: 2003.

13. **OPS-OMS**; Manuales de Atención de ETS; Programa Regional de SIDA y ETS, Washington DC; 1998.
14. **PICO**, Teófilo y Cols.; Manual de Normas para el manejo Sindrómico de ITS; MSP; Ecuador, 2005.
15. **ROMERO LEAL PASOS R.** Enfermedades de Transmisión sexual. 1999. Editorial Cultura Médica Ltda. Río de Janeiro.

ANEXOS ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

SINDROME	SÍNTOMAS	SIGNOS	Etiología más común en Bolivia
Flujo vaginal	Flujo vaginal anormal Picazón vaginal Dolor al orinar Dolor durante el acto sexual	Flujo vaginal anormal	De la vagina: Tricomoniasis Candidiasis Del cervix: Gonorrea Clamidia
Flujo uretral	Flujo por la uretra Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente	Flujo por la uretra	Gonorrea Clamidia
Úlcera genital	Llagas en región genital	Úlcera(s) genital(es) Lesión(es) vesicular(es)	Sífilis Chancroide(Chancro blando) Herpes genital
Dolor abdominal bajo	Dolor abdominal bajo Dolor durante el acto sexual	Dolor abdominal bajo al palpar Flujo vaginal anormal Temperatura más de 38° C	Gonorrea Clamidia Anaerobios mixtos
Edema de escroto	Hinchazón y dolor del escroto	Edema del escroto	Gonorrea Clamidia
Bubón inguinal	Hinchazón dolorosa de la ingle	Ganglios linfáticos inguinales hinchados Abscesos fluctuantes Úlceras	Linfogranuloma venéreo Chancroide(Chancro blando)
Conjuntivitis neonatal	Neonato(a) < 1 mes con ojos hinchados y/o enrojecidos	Párpados hinchados con secreción purulenta	Gonorrea Clamidia

FUENTE: Atención de las ITS: Introducción al Programa de Prevención y Control de las ETS y el VIH

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA.
Ficha de recolección de datos.**

SEXO:

MUJERES:

EDAD

11-19:

20-29:

30-34:

45-59:

60-74:

>74:

ESTADO CIVIL

UL:

Casado:

Soltero:

Viudas:

OCUPACIÓN

Estudiantes:

Profesional:

Obrero:

Ama de casa:

Comerciantes:

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Analfabeta:

Primaria:

Secundaria:

Superior:

PROCEDENCIA

Urbana:

Rural:

NÚMERO DE PAREJAS

SEXUALES

0:

1:

2:

3

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal inferior:

Flujo vaginal:

Secreción uretral:

Úlcera genital:

Bubón:

Edema:

HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTERIOR

Si:

No:

PERSONAL QUE LE DIÓ TRATAMIENTO

Médico:

Empírico

Brujo:

Amigo:

Automedicación:

FUENTE DE INFECCIÓN

Su pareja sexual:

Piscina:

Mala higiene:

Promiscuidad:

Sentarse en lugares públicos

PORQUE TIEMPO RECIBIÓ TRATAMIENTO.

1 día:

2-5 días:

5-10 días:

> 10 días:

TRATAMIENTO UTILIZADO

1. _____

2. _____

3. _____