



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

Facultad De Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Tesis de Grado

Previo a la obtención del Título de:

Médico Cirujano

TEMA:

**PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RECURRENTES RELACIONADAS CON EL
TRABAJO SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.**

AUTORES

Santillán Quijije María Ernestina

Vínces Del Valle Jeniffer Vanessa

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Nelson Campoverde

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2012 – 2013

DEDICATORIA

La emoción es inevitable al escribir estas palabras, pero también afloran muchos sentimientos encontrados, dedico este logro a todas las personas que de una u otra forma siempre me apoyaron y estuvieron cuando más los necesite.

A **Dios**, porque sin el nada puede ser, Él guía siempre mis pasos y fortalece mis actitudes.

A mis padres **Carlos y Angelita**, que siempre me han dado su apoyo incondicional y me han acompañado en los momentos más difíciles de mi vida, ya que ellos siempre fueron, son y serán lo más grande que Dios pudo haberme dado, sin ellos esto no hubiera sido posible, los amo.

A mi esposo, **Elvis** por haberme brindado su apoyo, amor y paciencia en la culminación de mis estudios y en el arduo camino por conseguir este ansiado título, a mi pequeño **Thadeo** por ser quien me impulsa a seguir esforzándome y a luchar por lograr mis objetivos.

Este Triunfo es por todos...!

María Ernestina Santillán Quijije

DEDICATORIA

Dedicado con amor a **Dios**, el ser supremo que dio la vocación a mi alma para servir a los demás y llevar a través de la medicina la solidaridad, el conocimiento y el afecto a todas las personas que así lo necesiten. Gracias a Él y al **Niño Jesús** por bendecir mi camino.

Con infinita gratitud a mis padres Álvaro y María, pilares fundamentales y apoyo incondicional en mi camino hacia este triunfo, gracias por nunca soltar mi mano.

A mis hermanos Erika, Jisella, Joselo y Anthony, con todo mi cariño, porque siempre estuvieron conmigo, porque todos sabemos del esfuerzo para salir adelante y que a pesar de las dificultades siempre nos mantuvimos juntos.

Lo dedico con todo mí ser y amor a las razones de mi vida, mis hijas: Valentina y Valeria, mis pequeñas princesas que con sus sonrisas, abrazos y besos y un “te quiero mamá” me impulsaron a seguir adelante día tras día. Para ellas este triunfo, para ellas mi vida entera.

A mis amigas Sofía y Tiny, por su amistad y apoyo incondicional.

Dedicado a mi ángel en el cielo...mi tío Atanasio.

A todos muchas gracias.!!

Jeniffer Vanessa Vínces Del Valle

AGRADECIMIENTO

Dejando constancia de nuestro agradecimiento a la Universidad Técnica de Manabí, los autores de la presente tesis de grado, expresan su reconocimiento a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, en la que nos hemos formado.

A los miembros del Tribunal, quienes con su noble sencillez humana demostraron ser personas dinámicas, activas y reflexivas en las diferentes actividades propuestas y muy desinteresadamente aportaron con la realización de esta tesis para poder alcanzar nuestros propósitos trazados.

Al Dr. Nelson Campoverde, director de nuestra tesis, que con su amplio conocimiento y esmero nos brindó su orientación, su amistad sincera; para poder culminar con acierto y éxito el presente trabajo.

Nuestras felicitaciones y agradecimiento al equipo de docentes, por su brillante preparación académica y exquisita sensibilidad humana; cualidades que nos han permitido enriquecernos científica y espiritualmente.

A TODOS GRACIAS

Dr. Nelson Campoverde

CERTIFICA

Que la tesis de investidura de Médico Cirujano titulada “**PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RECURRENTE RELACIONADAS CON EL TRABAJO SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013**”, es trabajo original de las señoras:

Santillán Quijije María Ernestina

Vínces del Valle Jeniffer Vanessa

Quienes han cumplido con responsabilidad, honestidad y capacidad profesional la Investigación Científica realizada bajo mi dirección; por tal motivo pongo a consideración la siguiente tesis y su aprobación.

Portoviejo, Mayo 2013

Dr. Nelson Campoverde
DIRECTOR DE TESIS

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y
EVALUACIÓN**

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

TEMA:

**“PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RECURRENTE
RELACIONADAS CON EL TRABAJO SEXUAL EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO,
SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.”**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del tribunal de revisión y evaluación, y legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

Médico Cirujano

Dr. Nelson Campoverde.
DIRECTOR

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lcda. Jacqueline Gorozabel Alarcón
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Liliana Mendoza Mendoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL AUTOR

La presente tesis titulada **“PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RECURRENTE RELACIONADAS CON EL TRABAJO SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013”** fue guiada y orientada con los conocimientos técnicos y científicos de parte de nuestro director de tesis y los miembros del Tribunal de Revisión y Evaluación.

Además afirmamos y aseguramos que las doctrinas, ideas, conclusiones y recomendaciones plasmadas en esta tesis son de única, total y exclusiva responsabilidad de los autores.

María Ernestina Santillán Quijije

AUTOR

Jeniffer Vanessa Vínces Del Valle

AUTOR



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

**“PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RECURRENTE
RELACIONADAS CON EL TRABAJO SEXUAL EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO,
SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013”.**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y Legislada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO.

Dr. José Bosco Barberán Mera.
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Lcda. Aracely Romero.
SUBDECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Abg. Jhandry Sabando García.
ASESOR JURÍDICO.

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.

Dr. Nelson Campoverde
DIRECTOR DE TESIS.

Lcda. Jacqueline Gorozabel Alarcón
MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

Lcda. Liliana Mendoza Mendoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatorias.....	i
Agradecimiento.....	iii
Certificación de Director de Tesis.....	iv
Certificación de los Miembros del Tribunal de Revisión.....	v
Declaración sobre derechos de autor.....	vi
Certificación de los directores de la Carrera de Medicina y Miembros del Tribunal de Revisión.....	vii
Índice.....	viii
Resumen.....	xi
Summary.....	xii
Introducción.....	1
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	6
Marco referencial.....	7
Marco teórico.....	10
Variable y Operacionalización.....	65
Diseño metodológico.....	73
Recursos.....	75
Análisis e interpretación de los resultados	76
Conclusiones.....	101
Recomendaciones.....	103
Propuesta	104
Presupuesto	107
Cronograma.....	108
Bibliografía.....	110
Anexos.....	112

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Grafitabla N° 1. Edad de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	77
Grafitabla N° 2. Procedencia de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	78
Grafitabla N° 3. Raza de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	79
Grafitabla N° 4. Estado civil de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	80
Grafitabla N° 5. Número de Hijos de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	81
Grafitabla N° 6. Nivel de instrucción de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	82
Grafitabla N° 7. Ocupación de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	83
Grafitabla N° 8. Edad de primera relación sexual de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.	84
Grafitabla N° 9. Edad de inicio del trabajo sexual de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.	85
Grafitabla N° 10. Compañero sexual de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	86
Grafitabla N° 11. Número de parejas sexuales de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.	87
Grafitabla N° 12. Número de relaciones sexuales por día con cada cliente de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	88
Grafitabla N° 13. Relaciones sexuales durante la menstruación de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	89

Grafitabla N° 14. Protección durante la relación sexual con clientes de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	90
Grafitabla N° 15. Protección durante la relación sexual con pareja sexual de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	91
Grafitabla N° 16. Aseo íntimo en cada relación de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	92
Grafitabla N° 17. Método anticonceptivo de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	93
Grafitabla N° 18. Educación sexual de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	94
Grafitabla N° 19. Medios por los que reciben información sobre ITS las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	95
Grafitabla N° 20. Enfermedades de tipo ginecológico que padecen las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	96
Grafitabla N° 21. Cumplimiento de tratamiento en caso de enfermedad ginecológica de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	97
Grafitabla N° 22. Cumplimiento del tratamiento de contactos en caso de ITS de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	98
Grafitabla N° 23. Enfermedades ginecológicas recurrentes de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	99
Grafitabla N° 24. Cirugías de tipo ginecológico a las que se someten de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Septiembre 2012 a Febrero 2013.....	100

RESUMEN

En el Ecuador el trabajo sexual ejercido por las mujeres es definido como la prestación del servicio sexual por parte de las trabajadoras sexuales (TS) a cambio de una remuneración económica. Existen en el país organismos no gubernamentales que luchan por los derechos humanos y constitucionales de las TS, pese a ello aun el tema es controvertido debido a su enfoque social, religioso, cultural, político y económico. La ley en el Ecuador no es muy clara respecto a la legalidad del trabajo sexual, sin embargo gozan de los mismos derechos humanos y constitucionales que rigen a todos los habitantes del país. En el marco de la salud, constituyen una población vulnerable para el desarrollo de enfermedades en el plano psicológico, emocional y en su salud física; el Ecuador cuenta con la Guía Nacional de Atención a Trabajadoras Sexuales cuyo objetivo se centra en la atención médica integral.

La aparición de enfermedades ginecológicas y su recurrencia en las TS obedece a factores como inicio precoz de la primera relación sexual, edad temprana en el comienzo del trabajo sexual, la falta de preparación académica en niveles superiores, nivel socioeconómico bajo, desconocimiento sobre comportamiento sexual seguro, la falta de concienciación sobre el cumplimiento de tratamientos médicos por parte de las TS y de su pareja sexual, además de los conflictos emocionales producto de la discriminación social hacia ellas; lo que incide en el aumento de la tasa de enfermedades ginecológicas, entre estas las más recurrentes, según el presente estudio son Candidiasis, Vaginosis bacteriana, Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) y Tricomoniasis. Se estima que de todas las TS estudiadas, la mayoría son mujeres que cursan la etapa final de la adolescencia y la juventud.

A pesar de los programas de salud pública implementados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), como la mayor accesibilidad a los puestos de salud, la atención integral, medicamentos gratuitos, entrega de preservativos y ley de maternidad gratuita, se encuentran todavía factores dependientes del comportamiento sexual de las trabajadoras sexuales los que determinan la aparición y recurrencia de las enfermedades ginecológicas.

Palabras claves: Trabajo sexual, Enfermedades Ginecológicas, Infección de transmisión sexual.

SUMMARY

In Ecuador sex work practiced by women is defined as the provision of sexual services by sex workers (TS) in exchange for financial remuneration. There in the country nongovernmental organizations fighting for human and constitutional rights of the TS, even nevertheless the issue is controversial because of its focus social, religious, cultural, political and economic. The law in Ecuador is not very clear on the legality of sex work, yet enjoy the same human rights and constitutional govern all inhabitants. In the context of health, are a vulnerable population for the development of disease in the psychological, emotional and physical health, the Ecuador has the National Care Guide Sex Workers whose focus is on holistic care.

The occurrence of gynecological diseases and its recurrence in the TS due to factors such as early onset of first intercourse, age at the start of sex work, lack of academic preparation at higher levels, low socioeconomic status, lack of knowledge about safe sex , lack of awareness of medical treatment compliance by the TS and sexual partner, as well as the emotional conflicts product of social discrimination against them, thus affecting the rate of increase in gynecological diseases, among these the most frequent, according to this study are candidiasis, bacterial vaginosis, pelvic inflammatory disease (PID) and trichomoniasis.

It is estimated that of all the TS studied, most are women who go to the final stage of adolescence and youth. Although public health programs implemented by the Ministry of Public Health (MSP) and the increased accessibility to health posts, comprehensive care, free medicines, provision of condoms and free maternity law, are still dependent factors sexual behavior of sex workers who determine the occurrence and recurrence of gynecological diseases.

Keywords: Sex work, Gynecological diseases, sexually transmitted infection.

INTRODUCCIÓN

El trabajo sexual a nivel mundial siempre ha existido, sin embargo, hay pocos momentos y lugares en los que las trabajadoras sexuales han estado libres de persecución, estigma y violencia. Las diferentes barreras culturales y los pocos trabajos orientados a la salud integral de esta población a lo largo de la historia, han contribuido a hacer de este grupo una población vulnerable no solo para los problemas sociales sino también para aquellos problemas con repercusión en la salud física de las mismas, constituyendo así un problema de salud pública en todo el mundo.

En el contexto nacional el trabajo sexual, o al menos el ejercido por las mujeres, se vio como un problema de salud importante en el siglo XIX. Posteriormente con el devenir de los tiempos y el mejoramiento de las políticas de salud pública, las trabajadoras sexuales tienen acceso a la atención médica cuya base legal se fundamenta en la Constitución del Ecuador en el Art. 23 de Derechos Constitucionales “la igualdad ante la Ley, todas las personas serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin discriminación en razón de nacimiento, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación política, posición económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diferencia de cualquier índole”

Las condiciones y realidad del trabajo sexual en el Ecuador son diversas si se toman en cuenta factores como el lugar donde se realiza, si el sector es rural o urbano, edad, forma de contacto, nivel económico de quien realiza el trabajo, condiciones del mismo, tipo de clientes, etc. Esta diversidad abre un amplio panorama para las acciones de prevención de patologías ginecológicas, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), y así mismo invita al desarrollo de una gama de estrategias de intervención. Se estima que esta población se enfrenta a mayor riesgo de padecer patologías ginecológicas, de manera recurrente al constituir una población vulnerable.

Por otro lado la aparición de los primeros casos del VIH en la década de los 80 han sido puntos claves en un mejor enfoque a este grupo. La preocupación ha ido en descenso debido a las mejoras en la administración de las infecciones de transmisión sexual, la contracepción y los puntos de vista más liberales acerca de la sexualidad.

Así mismo, la problemática alrededor de las personas que ejercen el trabajo sexual está rodeada de vulnerabilidades relacionadas a la pobreza, baja escolaridad, violencia, falta de acceso a servicios, estigma y discriminación, entre otros. Todavía el trabajo sexual ejercido por mujeres está estrechamente relacionado a situaciones de poder y violencia de género, donde muchas trabajadoras sexuales no son independientes en su actividad laboral sino que, ejercen la misma cohesionadas y explotadas por un hombre. Uno de los temas no resueltos en el país es el tema de sanción por uso del espacio público para ejercer el trabajo sexual.

El universo del trabajo sexual es diverso y contempla una serie de actores y factores, que en el Ecuador todavía no han sido profundamente estudiados. Al ser las trabajadoras sexuales uno de los grupos más expuestos al riesgo, el tema de empoderamiento, incidencia política, fortalecimiento organizativo y formación en derechos es parte de los procesos de prevención del VIH y de las ITS. Para su efecto la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud expone en el Capítulo III Ámbito de la Aplicación “Lo establecido en la Guía Nacional de Normas y Procedimientos de atención Integral a Trabajadoras Sexuales es de cumplimiento obligatorio para toda la Red de Salud Pública, conforme al Acuerdo Ministerial N° 0001261 del 24 de mayo de 2007”

Actualmente en el país funciona desde el año 2005 la Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador (REDTRABSEX) cuyo objetivo es luchar por la defensa de los derechos humanos de este grupo de manera que puedan integrarse dignamente en la sociedad para mejorar su calidad de vida.

En Manabí, el trabajo sexual no escapa a la realidad nacional, constituyendo un problema social, debido a la poca aceptación por parte de la sociedad. Las condiciones en las cuales se desarrolla el trabajo sexual se asemejan a las acontecidas en todo el país. Existen políticas de salud dirigidas a la atención integral de las

trabajadoras sexuales, además el apoyo de instituciones no gubernamentales como la Fundación Girasoles en Acción que funciona en el Centro de Salud Portoviejo y que trabaja en pro de los derechos de las trabajadoras sexuales.

JUSTIFICACIÓN

El trabajo sexual, más allá de su estigmatización y relativo rechazo por parte de la sociedad, representa en el ámbito de la salud pública un importante ente en la alta incidencia, prevalencia y morbimortalidad de enfermedades como las ITS y otras patologías ginecológicas.

En el Ecuador las trabajadoras sexuales constituyen un grupo humano de mujeres que por diversas situaciones han decidido como una opción para el sustento propio y de sus familiares dedicarse al trabajo sexual, y que por ello no pierden su condición de personas, mujeres, madres, hijas, hermanas y ciudadanas.

Las infecciones de transmisión sexual son un problema importante de salud pública por su alta prevalencia, su tendencia al incremento, por su transmisión perinatal y por ser la puerta de entrada para la transmisión del VIH.

En base a esto, el presente proyecto se justifica en la necesidad de identificar y estudiar las enfermedades ginecológicas recurrentes relacionadas al trabajo sexual, estableciendo con ello los factores que predisponen en su reaparición. Se busca además socializar propuestas que estén encaminadas al mejoramiento de la salud ginecológica de este grupo de población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

En la sociedad el trabajo sexual es un asunto controvertido, que es visto desde posturas prejuiciosas, estigmatizantes, discriminadoras y violatorias. El abordaje del mismo ha requerido el trabajo de sensibilización y preocupación de diversos sectores de la sociedad, en especial de las organizaciones conformadas por mujeres que ejercen la prostitución/trabajo sexual.

Las enfermedades ginecológicas continúan siendo muy frecuentes sobretodo en mujeres con vida sexual activa y pueden llegar a complicaciones que pongan en riesgo la vida de la paciente, por ello se procedió a investigar en las trabajadoras sexuales cuales son las patologías de tipo ginecológico a las que presentan mayor predisposición y así mismo se buscó alternativas de solución para que la prevalencia de estas disminuya.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Portoviejo durante el periodo de Septiembre 2012 a Febrero 2013. Se procedió a analizar las historias clínicas de las mujeres trabajadoras sexuales que buscan atención en dicho centro y se realizaron encuestas como método de información.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las patologías ginecológicas recurrentes relacionadas con el trabajo sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo de Septiembre 2012 a Febrero 2013?

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las patologías ginecológicas recurrentes relacionadas con el trabajo sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo de Septiembre 2012 a Febrero 2013.

Objetivos Específicos

Determinar las características generales de la población en estudio.

Elaborar el perfil epidemiológico de las patologías ginecológicas.

Investigar el comportamiento sexual de las trabajadoras sexuales.

Socializar un plan de intervención orientado a disminuir las enfermedades ginecológicas recurrentes.

MARCO REFERENCIAL

El Centro de Salud “Portoviejo”, se encuentra ubicado en la parroquia 12 de Marzo entre Av. Rocafuerte y Callejón María Auxiliadora, junto al Hospital Provincial “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

Esta unidad de salud fue fundada el 1 de abril de 1965 con el Programa Integral de Salud de Manabí (PISMA) como un organismo público social, al inicio adscrito a la Junta de Beneficencia de Manabí siendo Jefe de salud el Dr. Humberto Moreno Loor. Desde entonces es muy frecuentado no solo de su área de influencia sino también del cantón; atendiendo pacientes de Picoazá, Colón, Crucita, Barrio Fátima, Ciudadela Pacheco, Florón, Andrés de Vera, San Pablo, Calderón, Alajuela, entre otros. Obteniendo un promedio de 150 usuarios al día.

Se inicia la prestación de servicios de inmunización con niños y posteriormente se extiende con vacunas antirrábicas y con el programa de atención de salud comunitaria en las zonas rurales.

Bajo la dirección de la Dra. Idilia Guerrero de López se crea el Área de Salud N° 1 para descentralizar y desconcentrar las funciones técnicas – administrativas, por ser de mayor complejidad esta Unidad Operativa se constituye cabecera de Área hasta el año 2000. Así mismo se inicia el proceso de licenciamiento (reingeniería de los recursos humanos, técnicos, y financieros) cuyo objetivo principal es brindar atención integral, eficiente, eficaz y oportuna a la población que demanda los servicios de salud.

Enfocados a la atención con calidad y calidez a los usuarios, el 4 de Diciembre del 2006 se inauguró en presencia de las autoridades del Área de Salud N° 1 la Zona de Triage o información, la cual ha permitido mejorar el flujo de pacientes.

La reestructuración del Centro de Salud Portoviejo, constituye un proceso permanente y sostenible; con el ingreso del Dr. Gene Alarcón se solidifica esta y continúa con la misma. Se incrementa el modelo de que cada profesional Médico y Obstetra cuente con un recurso de enfermería para agilizar y atender con mayor calidad a los usuarios.

El departamento de salud sexual y reproductiva brinda atención médica integral a las trabajadoras sexuales, contando para ello con médicos y personal de enfermería, además con los servicios de odontología, psicología y programa de inmunizaciones, servicio de laboratorio, citología vaginal, consejería, realizándose además detección oportuna del cáncer cervicouterino y mamario.

Con estos antecedentes y bajo la dirección de la Dra. María Fernanda González, en la actualidad esta unidad operativa se encuentra posicionada a nivel nacional e internacional, siendo una unidad modelo para pasantía de formación de profesionales en la atención integral de salud.

Misión y Visión Institucional

Misión

El Centro de Salud Portoviejo brinda una atención integrada con promoción de salud, prevención y atención de calidad y eficiencia a la población asignada en el contexto de la realidad local con la participación comunitaria.

Visión

Que el Centro de Salud Portoviejo en 5 años cuente con talentos humanos concienciados, con una infraestructura funcional, equipos actualizados e insumos suficientes; que permitan brindar un servicio de calidad con calidez a los usuarios y usuarias.

Servicios que ofertan

Programas.

Programa de Maternidad Gratuita

Programa de Planificación Familiar

Programa de Atención Preventiva a Niños De 0 – 4 Años (Aiepi)

Charlas Educativas a las Madres sobre el Cuidado del Niño.

Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
Programa de Control de la Tuberculosis
Servicios de Salud en el Área de Influenza
Programa Integral de Micronutrientes
Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo
Programa de Vigilancia Epidemiológica
Programa de Atención Escolar
Detención Oportuna del Cáncer Cervico/Uterino / Mamario
Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)
Programa de Atención Diferenciada a Los/as Adolescentes
Programa del Adulto Mayor
Programa de Educación para la Salud
Programa de Violencia Intrafamiliar y de Género

Servicios

Atención Médica
Odontología
Enfermería
Laboratorio
Trabajo social
Psicología
Nutrición
Medicina alternativa
Área de estadística
Área administrativa
Clubes

MARCO TEÓRICO

El trabajo sexual es un fenómeno universal, pero a menudo es ilícito y por consiguiente, clandestino. Por esto es difícil determinar la magnitud real de la industria del trabajo sexual, aunque se reconoce que es importante y que en los últimos años parece haber aumentado. Este aumento se ha atribuido a diversos factores, incluidos los cambios en las condiciones políticas, civiles y socioeconómicas y la mayor movilidad de la población.

El comercio sexual siempre ha existido, sin embargo, han existido pocos momentos y lugares en los que las trabajadoras sexuales han estado libres de persecución, estigma y violencia. El VIH es uno de los problemas más recientes en la larga historia de repetidas preguntas morales, prácticas y conflictos levantados en torno a la prostitución. Los antiguos romanos restringían los burdeles a zonas especiales como resultado de discusiones que eran marcadamente similares a las que suceden hoy en día en muchos países acerca de cómo pudiera ubicarse y controlarse la industria sexual.

Cuando el VIH fue identificado por primera vez, se acusó inmediatamente a las trabajadoras sexuales como portadores potenciales de una enfermedad sexualmente transmisible, esta reacción tenía consecuencias prácticas inmediatas. Estaba claro que las trabajadoras sexuales, y posiblemente sus clientes, serían vulnerables al VIH y a la discriminación relacionada con esta enfermedad. Se desarrollaron respuestas de diferentes proporciones alrededor del mundo, desde medidas represivas hasta movilizaciones eficaces de la comunidad y programas de salud pública. Ahora, los programas innovadores de gobiernos, comunidades y trabajadores sexuales enfrentan el renovado desafío de hacer el trabajo sexual seguro.

En Ecuador las trabajadoras sexuales son población vulnerable debido a la discriminación social, cultural y económica que se traduce en el limitado acceso a información, baja escolaridad y falta de oportunidades laborales; contexto familiar de riesgo con múltiples carencias como hogares desestructurados, violencia intrafamiliar con sus variantes y secuelas, pobre percepción del riesgo de enfermedad, alta

exposición a relaciones sexuales sin protección, limitado acceso a métodos de protección e imposibilidad de negociar con los clientes y parejas su uso, poco acceso a servicios de salud integral, pocos espacios de exigibilidad de sus derechos.

La atención médica integral de la trabajadora sexual en el país es realizada en un servicio acreditado y que cuenta con profesionales capacitados y entrenados en el manejo de las ITS, VIH y SIDA de acuerdo al protocolo de Atención en Salud Sexual; la atención se realiza cada 30 días cumpliendo los principios de equidad, participación, solidaridad, integralidad, eficiencia y eficacia e implementa acciones que evitan el estigma y la discriminación.¹

Por otra parte, 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. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea. Las mujeres en edad fértil tienen una mayor vulnerabilidad biológica y social para contraer las ITS, constituyen un importante problema en la morbilidad materno-infantil. 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.

¹ Haciendo el Trabajo Sexual más Seguro. Universidad Nacional de Córdoba 2010

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud recomienda el reemplazo del término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por infección de transmisión sexual (ITS). En 1999 se adoptó este término, puesto que también incluye a las infecciones asintomáticas, además un gran número de publicaciones y sociedades científicas lo adoptaron.

Las infecciones del tracto reproductivo se clasifican en tres grupos principales específicamente en mujeres y ocasionalmente en hombres, estos grupos comprenden infecciones endógenas del tracto genital femenino (por ejemplo, candidiasis y vaginosis bacteriana), infecciones iatrogénicas que pueden contraerse mediante prácticas culturales, personales y médicas sin esterilización, y algunas ITS tradicionales. Dado que las infecciones endógenas no se transmiten principalmente por vía sexual, es posible que las acciones clínicas y de salud pública recomendadas para las ITS no sean relevantes. En las condiciones actuales en cuanto al conocimiento y la comprensión de estas infecciones que no se transmiten por vía sexual, el tratamiento de las parejas no se recomienda como práctica de salud pública de rutina. El apoyo y la educación del paciente son fundamentales teniendo en cuenta la naturaleza de estas infecciones.

Las ITS se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales, algunas son asintomáticas, un 70% de las mujeres y una importante proporción de hombres con infecciones gonocócicas o clamidiales no presentan ningún síntoma. Tanto las infecciones sintomáticas como las asintomáticas pueden producir complicaciones graves.

La incidencia de las infecciones de transmisión sexual en el mundo es alta, como resultado de las limitadas actividades de prevención y la utilización preferente del diagnóstico y tratamiento etiológico. Las estadísticas recientes reportan que cada año se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos de ITS curables y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 35 y 40 millones de casos de ITS con más de 100.000 infecciones promedio por día.

La OMS ha estimado que las ITS incluyendo el VIH/SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15 - 44 años y la segunda más importante (después de las causas maternas) en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo.

Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal. Un 10 a 40% de las mujeres con infecciones clamidiales no tratadas acaban presentando enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sintomática. El daño de las trompas por la infección es responsable del 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina. Además, la probabilidad de tener embarazos ectópicos es 6 a 10 veces mayor en las mujeres que han sufrido EIP que en las que no la han sufrido. Así mismo las ITS se asocian a infecciones congénitas y perinatales en los recién nacidos, en mujeres con sífilis temprana no tratada el 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal, lo cual representa una mortalidad perinatal general de aproximadamente un 40%.

En mujeres con infecciones gonocócicas no tratadas, los abortos espontáneos y los partos prematuros pueden llegar al 35%, y las muertes perinatales al 10%. En ausencia de profilaxis, un 30 a 50% de los lactantes cuyas madres tenían gonorrea no tratada y hasta un 30% de aquellos cuyas madres tenían infecciones clamidiales no tratadas contraen infecciones oculares graves (oftalmia neonatal) que pueden ser causa de ceguera si no se tratan rápidamente, en todo el mundo esta afección causa ceguera a unos 1000-4000 recién nacidos cada año.

La presencia de ITS no tratadas (tanto las que causan úlceras como las que no) puede llegar a multiplicar por 10 el riesgo de adquisición y transmisión del VIH; por consiguiente, el tratamiento precoz de las ITS es importante para reducir el riesgo de infección por el VIH.

Las ITS son causadas por bacterias, virus, parásitos y hongos. Hay más de 30 microorganismos diferentes transmisibles por vía sexual. Algunos, en particular el VIH y los treponemas causantes de la sífilis, también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos.

Entre las bacterias tenemos a la *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella granulomatis*. Virus como el de inmunodeficiencia humana, herpes simple de tipo 2, Papilomavirus humano, virus de la hepatitis B, Citomegalovirus. Dentro de los parásitos encontramos la *Trichomonas vaginalis* y dentro de los hongos está la *Cándida albicans*.²

GONORREA O BLENORRAGIA

La gonorrea es una infección causada por un diplococo Gram negativo conocido como *Neisseria Gonorrhoeae* que afecta el cuello uterino, las trompas, las glándulas de Bartholin, la uretra, el glande y el pene; también puede infectar el recto, el ano, la garganta y los órganos pélvicos, en raras ocasiones puede infectar los ojos. Los humanos son el hospedero natural del agente etiológico, el cual provoca usualmente infecciones no complicadas de los epitelios mucosos. El microorganismo es una bacteria exclusiva del hombre y en condiciones experimentales también afecta a simios.

La *Neisseria gonorrhoeae*, está ampliamente distribuida en el mundo y se le reconoció desde tiempos bíblicos, Galeno en el año 130 a.C. acuñó el término gonorrea (que quiere decir en griego “salida de flujo o semilla”) por la impresión errónea de considerar a la secreción purulenta una espermatorrea. Esta enfermedad fue descrita por primera vez, ya en tiempos modernos (1879), por el médico alemán Albert Neisser, a quien llamó la atención la presencia constante de una bacteria particular con morfología cocoide, en descargas purulentas de los pacientes infectados. No sólo lo encontró en descargas vaginales o uretrales, sino incluso en exudado conjuntival, y a este microorganismo lo llamó *Micrococcus gonorrhoeae*.

El aislamiento in vitro de la bacteria se realizó por primera vez en 1882 y lo llevaron a cabo Leistikow y Loeffler, en 1885 Bumm logró cultivos puros de este microorganismo y pudo demostrar la relación etiológica mediante la inoculación en personas voluntarias; en el mismo año Trevisan empleó el nombre definitivo de

² Enfermedades infecciosas. Principio y práctica. Elsevier 2008

Neisseria gonorrhoeae para esta bacteria. La especie bacteriana *Neisseria gonorrhoeae* está constituida por diplococos Gram negativos no móviles, no esporulados, con un diámetro aproximado de 0.6 a 0.8 μm (de manera individual); estos cocos tienen forma de riñón o de grano de café. El gonococo es un germen muy lábil al calor, a temperaturas de refrigeración y a diversos antisépticos. También es sensible a la desecación; en condiciones ordinarias, puede resistir poco tiempo a la exposición al aire (de una a dos horas).

Epidemiología. Las infecciones de transmisión sexual persisten entre las poblaciones humanas caracterizadas por tener altas tasas en el número de parejas sexuales. Aunque estos individuos representan una pequeña proporción del total de la población son importantes para perpetuar las ITS, ya que tienen alta frecuencia de estas enfermedades, actúan como reservorio y son fuente de infección para otros.

La incidencia es de 1 de cada 687 habitantes al año. Aunque la gonorrea se da en todas las zonas geográficas y clases sociales, no presenta una distribución uniforme en la población ya que tiene una mayor incidencia en zonas urbanas importantes, poblaciones con niveles inferiores de educación, personas de nivel socioeconómico inferior, personas con edad comprendida entre 15 a 29 años y personas con parejas sexuales múltiples.

Entre los Factores de riesgo que existen para contraer esta enfermedad tenemos el de tener múltiples compañeros sexuales, tener un compañero con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y tener relaciones sexuales sin el uso de preservativo.

Formas de Transmisión. La gonorrea se transmite casi siempre a través de las relaciones sexuales, ya sea por vía oral, anal o vaginal. La principal fuente de infección son los portadores asintomáticos. No es necesario que haya eyaculación para que la enfermedad se transmita o contraiga. La mujer es mucho más susceptible de contraer gonorrea del hombre, que el hombre de la mujer. Otra forma de transmisión es perinatal, es decir de madre a niño durante el parto. La gonorrea también puede ser pasada a un ojo con la mano o con otra parte del cuerpo humedecida con líquidos infectados.

A pesar de la cura de esta enfermedad con tratamiento médico, se puede volver a contraer muchas veces si se tiene algún tipo de relación sexual con personas infectadas.³

Patogenia. La *Neisseria gonorrhoeae* como patógeno genitourinario debe ser capaz de colonizar la superficie de la mucosa del tracto genital, crecer *in vivo* bajo condiciones de disponibilidad limitada de hierro y evadir la respuesta inmune del hospedero.

El gonococo expresa su primer nivel de patogenicidad al adherirse a la superficie de los epitelios uretral, endocervical, vaginal e incluso a los espermatozoides humanos y a las células epiteliales no ciliadas que recubren las trompas de Falopio. Un dato importante es la existencia de la proteína de superficie asociada con la adherencia de *N. gonorrhoeae* llamada pili y que se encuentra organizada como un multímero en forma de estructura capilar sobre la superficie de la bacteria. La bacteria piliada se adhiere con mayor eficiencia que la no piliada al epitelio del tracto urogenital; de hecho sólo las primeras son infecciosas.

La proteína I (PI) es otro componente estructural que se extiende por la membrana externa del gonococo formando poros en la superficie, por los cuales entran en la célula algunos nutrientes. A la PI se le ha involucrado en la serovariedad específica de las cepas de gonococo.

La proteína II (PII) es transmembranal y también participa en la adherencia de los gonococos, para su fijación a las células del hospedero; una parte de la molécula de PII se encuentra en la membrana gonocócica externa y el resto se encuentra sobre la superficie. Las cepas de gonococo aisladas a partir de infecciones son normalmente PII+.

La proteína III se conserva desde el punto de vista antigénico en todos los gonococos y se relaciona con la PI en la formación de poros en la superficie celular, sin que aparentemente tenga un papel patogénico en la enfermedad.

³ Principios Básicos de Salud. Elizondo 2009

Por otra parte, los gonococos pueden manifestar simultáneamente varias cadenas de lipopolisacárido antigénicamente diferentes, en su pared celular Gram negativa. La toxicidad de las infecciones gonocócicas se debe en gran medida a los efectos endotóxicos del LPS. Adicionalmente, el gonococo elabora una proteasa de la IgA 1 que desdobra e inactiva a la IgA secretora, inmunoglobulina importante en la defensa de las mucosas del ser humano.

Existen tres mecanismos por los cuales la *N. gonorrhoeae* evade a la fagocitosis; el primero es que el gonococo puede expresar antígenos de superficie antifagocíticos, es decir, aunque los pili bacterianos se encuentran asociados con la adherencia a las células epiteliales, también se ha observado que protegen a la bacteria de la fagocitosis. Además, mientras ciertas PII median la adherencia a los neutrófilos, otras no lo hacen y pueden ser protectoras. En el mecanismo segundo, el gonococo puede expresar antígenos de superficie que imitan a los antígenos naturales del hospedero. Finalmente, la *N. gonorrhoeae* puede penetrar a las células epiteliales y por lo tanto se protege tanto de la inmunidad humoral, como de las células mediadoras de la inmunidad. La *Neisseria gonorrhoeae* también puede causar infecciones diseminadas; en estos casos invasivos la bacteria muestra sensibilidad a la penicilina en general.

Aspectos Clínicos. Los gonococos infectan las mucosas de las vías genitales, el recto y la faringe, dependiendo de las prácticas sexuales de los individuos, produciendo casos de infecciones no complicadas o supuración aguda que puede culminar en invasión tisular, lo que ocasiona inflamación crónica y fibrosis. En el hombre suele ocurrir uretritis; en la mujer la infección primaria sucede en el endocérvix y se extiende hacia la uretra, la vagina y puede progresar hasta las trompas uterinas y producir salpingitis con fibrosis; la esterilidad ocurre en 20% de las mujeres que han sufrido salpingitis gonocócica. La cervicitis y la proctitis gonocócicas crónicas son a menudo asintomáticas.

Los gonococos que producen infección localizada suelen ser sensibles al suero humano, pero son relativamente resistentes a los fármacos antimicrobianos. En contraste, los gonococos que invaden el torrente sanguíneo y producen infección

diseminada suelen ser resistentes al suero, pero muy sensibles a la penicilina y otros fármacos antimicrobianos.

Los primeros síntomas suelen aparecer al cabo de los 2 a 5 días después de haber sido infectado, aunque en el caso de los hombres puede tardar más tiempo, incluso un mes. Algunas personas no presentan síntoma alguno, por lo que no buscan tratamiento, esta situación aumenta el riesgo de sufrir complicaciones y obviamente, transmitir la enfermedad a otras personas. Los síntomas tienen sus propias particularidades en hombres y mujeres.

A menudo las mujeres no son conscientes de los síntomas tempranos de la Gonorrea. El primer lugar de infección, el cuello uterino, puede llegar a inflamarse sin producir ningún síntoma observable. Por lo común se da un flujo amarillo verdoso, pero como este es poco denso, en general pasa desapercibido. En ocasiones, el flujo puede irritar los tejidos de la vulva, sin embargo, cuando la mujer busca atención médica por un flujo irritante, el médico puede no considerar la gonorrea porque hay muchos otros organismos infecciosos que producen estos síntomas. Además, muchas mujeres que sufren de gonorrea tienen también tricomoniasis la cual puede ocultar la presencia de gonorrea.

Por lo general la gonorrea es asintomática, solo si se complica con EPI es más sintomática, aguda y destructiva que la *C. Trachomatis*; la sintomatología si existe es dolor en la parte baja del abdomen, vulvovaginitis con leucorrea purulenta, cérvix que sangra al mínimo contacto, sangrado anormal de vagina o ano y uretritis con síndrome miccional (ardor o dolor al orinar) y secreción purulenta por la uretra.

Si la infección pasa al torrente sanguíneo pueden presentarse otros síntomas como la fiebre, sarpullido y producir artritis, hepatitis, meningitis y endocarditis.

En el caso de los hombres la sintomatología es secreción o flujo por el pene o el ano, dolor, prurito o edema en el pene; dolor o edema en la región inguinal, ardor o dolor al orinar y disuria.

Complicaciones. Las Glándulas de Bartholin pueden verse invadidas por el gonococo, cuando esto sucede, por lo general no se presentan síntomas. No obstante,

se dan complicaciones mucho mas graves por la diseminación de esta enfermedad en la parte superior del tracto reproductor, lo que a menudo ocasiona la EPI. La esterilidad y el embarazo ectópico son consecuencias muy serias asociadas en ocasiones con la EPI gonocócica.

En las embarazadas aumenta el índice de aborto séptico, corioamnionitis, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membrana, sepsis neonatal y aumenta el riesgo de mortalidad perinatal. Los recién nacidos de madre con infección gonocócica, presentan conjuntivitis purulenta franca a los 2 – 3 días del postparto.

Entre las complicaciones originadas por el gonococo en el hombre se encuentran cuadros locales que incluyen abscesos prostáticos, epididimitis y por consecuencia infertilidad.

Diagnóstico. En la actualidad, el diagnóstico bacteriológico de la gonorrea se lleva a cabo primero por una adecuada toma de las muestras biológicas, que dependerán del género y las preferencias sexuales de los pacientes, además del sitio de exposición o bien, por la toma de biopsias cutáneas cuando la enfermedad se manifiesta con dermatitis. Las muestras oftálmicas generalmente se obtienen de niños recién nacidos, aunque se toman también de adultos.

La muestra será de secreción uretral, cérvix y fondo de saco vaginal, anal, faríngea u ocular; tomada para Gram y cultivo, en medio de transporte como el de Stuart Amies que es el adecuado, ya que mantiene los inóculos hasta un máximo de 8 horas.

El cultivo en medios específicos (Thayer Martin) detecta la bacteria y permite el antibiograma, tiene una sensibilidad del 80 al 90% con un solo cultivo que puede incrementarse realizando un segundo cultivo cervical. Durante el embarazo se practica rutinariamente un cultivo vaginal en el primer trimestre y se repite en el tercer trimestre en mujeres de alto riesgo para ITS o que viven en zonas de alta prevalencia.

En la Tinción de Gram, el valor diagnóstico está dado por la presencia de diplococos gram negativos intraleucocitarios en una muestra de secreción uretral, teniendo una especificidad del 90% pero una baja sensibilidad en las mujeres del 50 a 60%.

La valoración de leucocitos esteraza en orina, en pacientes sospechosos de uretritis gonocócica, se puede evidenciar la presencia de inflamación a través de detección de esta enzima.

La amplificación de ácido nucleicos (NAAT) para neisseria gonorrhoeae es el “gold standard” para el diagnóstico de uretritis, esta prueba está indicada en pacientes con evidencia de uretritis, leucoesterasa positivo y sin secreción.

Tratamiento. Se realiza tratamiento sistemático de las parejas sexuales. Dado el aumento de resistencia de esta bacteria a determinados antibióticos (betalactámicos), se aconseja la práctica sistemática de antibiogramas y evitar los tratamientos empíricos.

En infecciones no complicadas genitales o extragenitales, el tratamiento de elección una monodosis de Ceftriaxona 250mg intramuscular. También se puede utilizar cefixima 400mg vía oral, ciprofloxacino 500mg VO, ofloxacino 400mg VO o levofloxacino 250mg VO.

Como pautas alternativas: espectinomicina 2g intramuscular, ceftizoxima 500mg intramuscular, cefotaxima 500mg IM, cefoxitina 2g IM o norfloxacino 800mg VO.

Como cotratamiento para clamidia trachomatis asociar doxiciclina 100mg cada 12 horas vía oral por una semana o azitromicina 1g vía oral (monodosis).

En casos de infección diseminada:

Fase aguda: Ceftriaxona 1g al día IM o IV, Cefotaxima 1g cada 8 horas IV, Ceftizocima 1g cada 8 horas IV, Ofloxacino 400mg cada 12 horas IV, Ciprofloxacino 200 o 400mg cada 12 horas IV, Espectinomicina 1g cada 12 horas IM; hasta las 24 o 48 horas después de la resolución de los síntomas.

La fase de mantenimiento o ambulatoria tras la resolución de la fase aguda se puede iniciar por vía oral con cefixima 400mg cada 12 horas, ofloxacino 400mg cada 12 horas o ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por una semana.

La conjuntivitis gonocócica es una grave enfermedad que exige tratamiento sistémico, e irrigación local con solución salina u otras soluciones apropiadas. La

irrigación es especialmente importante cuando no se dispone del régimen terapéutico recomendado.

En la Conjuntivitis gonocócica del adulto el régimen recomendado es Ceftriaxona 125mg por vía intramuscular como dosis única, o Espectinomicina 2 g por vía intramuscular en dosis única, o Ciprofloxacino 500 mg por vía oral, como dosis única. Como régimen alternativo cuando no se dispone de los agentes recomendados se puede administrar kanamicina 2 g por vía intramuscular, en dosis única.

En la conjuntivitis gonocócica neonatal el régimen recomendado consiste en Ceftriaxona 50 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 125mg. El régimen alternativo incluye Kanamicina 25 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 75mg; o Espectinomicina 25 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 75mg.

La prevención de la oftalmia neonatal gonocócica se basa en la profilaxis oftálmica oportuna. Debe realizarse una limpieza cuidadosa de los ojos del recién nacido inmediatamente después del parto. Se recomienda aplicar solución de Gentamicina en los ojos de todos los recién nacidos en el momento del nacimiento como medida profiláctica. Sin embargo, la profilaxis ocular brinda una protección deficiente contra la conjuntivitis por *C. trachomatis*.

Los recién nacidos de madres con infección gonocócica debe recibir tratamiento adicional, el régimen recomendado es ceftriaxona 50 mg/kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 125mg. El régimen alternativo consiste en kanamicina 25 mg/kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 75mg; o espectinomicina 25 mg/kg por vía intramuscular, en dosis única, hasta un máximo de 75mg.⁴

INFECCIÓN POR CLAMIDIA

La clamidiasis es la infección producida por el microorganismo *Clamidia trachomatis* que se caracteriza en el hombre por la presencia de uretritis

⁴ Gonorrea: La perspectiva clásica y actual. Revista de Salud Pública de México 2010

inespecíficas, en la mujer suele ser asintomática a menos que ocasione enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).

La *Clamidia trachomatis* es una bacteria intracelular pequeña que requiere de células vivas para multiplicarse. Hay 18 serotipos; los D-K son los que causan las infecciones transmitidas sexualmente, así como las infecciones neonatales. Tiene habilidad para convertirse, en las células huésped, de bacteria en reposo a forma infecciosa en replicación. Por microscopia electrónica, se ha detectado proyecciones tipo bastoncillos de 60 a 80 micras de diámetro y 500 Å de longitud en la superficie de la *C. trachomatis*, en todos los estadios del ciclo vital. Estos bastoncillos son subunidades que por su localización y distribución, pueden estar relacionados con la proliferación o infectividad de las chlamydiae.

A esta bacteria se la ha encontrado asociada hasta en un 62% de infecciones por *Neisseria Gonorrhoeae* en mujeres y hasta en el 4 – 7% de mujeres con displasia cervical. Dentro de los subtipos de *clamidia trachomatis* encontramos los que producen el linfogranuloma venéreo y la conjuntivitis de inclusión.

Epidemiología. La *Clamidia trachomatis* es la principal causante de infecciones de transmisión sexual de etiología bacteriana en los países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud comunica 90 millones de casos nuevos cada año en el mundo, mientras el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta indica 4 millones de nuevos casos cada año en Estados Unidos de América.

La infección ha aumentado en las últimas dos décadas, ocurriendo la mayor prevalencia en adolescentes de 15 a 19 años de edad. Son algo más comunes en las mujeres que en los varones. La utilización de anticonceptivos orales y la presencia de ectopia cervical favorecen su transmisión. Las infecciones recurrentes son habituales.

Infección por *Clamidia Trachomatis* La infección de la *clamidia* se inicia por contacto del cuerpo elemental inactivo con la superficie apical del epitelio de la célula blanco. La interacción específica inicia los eventos de programación de la *clamidia* y de sensibilización de la célula huésped a la infección.

La clamidia sensibiliza a la célula huésped para su crecimiento intracelular obligado y el desarrollo de la inclusión. La *C. trachomatis* desarrolla una sola inclusión, en la que se retiene glicógeno, fuente extra de energía de la clamidia, ya que no tiene mitocondrias asociadas. La clamidia ingresa a un ciclo de desarrollo, con transiciones de CE a cuerpo reticulado (CR), CR a CR por fisión binaria, maduración de CR a CE y la posterior liberación de CE infeccioso.

La clamidia *trachomatis* infecta preferentemente el epitelio columnar de las mucosas de los ojos, las vías respiratorias y los genitales. Esta infección induce inmunidad, pero a menudo persiste durante meses o años, si el paciente no recibe tratamiento.

Las infecciones asintomáticas u oligosintomáticas de las trompas de Falopio provocan inflamación crónica y desestructuración de las mismas que puede acabar ocasionando infertilidad. La etiopatogenia de este proceso no es bien conocida, aunque se cree que podría estar relacionado con una reacción autoinmune desencadenada por determinadas proteínas del germen.

Las alteraciones inmunes inducidas por la clamidia pueden ayudar para su sobrevivencia en el huésped infectado e inducir infecciones persistentes. Por eso, hay la posibilidad de recaída o reinfección en un tercio de las mujeres, después y a pesar de un buen tratamiento, así como la formación de adherencias, oclusiones e inflamaciones tubáricas persistentes en otro grupo de mujeres.

Manifestaciones clínicas. Generalmente la infección es silente, asintomática, en el 70% de las mujeres y en un 30% de los hombres. Tanto los hombres como las mujeres con *C. trachomatis* pueden tener flujo genital anormal o dolor leve en la micción, durante la primera a tercera semana de exposición.

En la mujer, es raro el sangrado vaginal o poscoital y el dolor abdominal bajo. La enfermedad puede no ser diagnosticada y tratada hasta que se desarrollan las complicaciones. Se dice que la infección ascendente desde el cérvix produce la enfermedad pélvica inflamatoria. Mientras tanto, la infección ascendente durante la gestación conduce a la rotura prematura de membranas, la corioamnionitis, el parto prematuro, infección puerperal e infección neonatal. Así mismo, la clamidia es un cofactor con el virus papiloma humano en la génesis del cáncer de cérvix.

La clamidia trachomatis ocasiona alrededor de la tercera parte de casos de uretritis no gonocócica (UNG) en los varones heterosexuales, y un porcentaje algo menor de dicha infección en los varones homosexuales. El resto de casos de UNG está producido por diversos micoplasmas, como *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*, protozoos como *Trichomonas vaginalis*, o virus como el del herpes simplex.

El síntoma fundamental de la uretritis es la presencia de exudado uretral. En muchos pacientes dicho exudado sólo es perceptible al levantarse de dormir, o al exprimir la uretra. Otros síntomas frecuentes son la disuria y el prurito en el meato uretral. Dicho meato suele estar eritematoso y suele ser doloroso al tacto.

El diagnóstico de uretritis se realiza generalmente al detectar leucocitos en el exudado uretral. Una prueba sencilla y no invasiva que permite también diagnosticar la uretritis es la detección de piuria, mediante la técnica de la esterasa leucocitaria, en una muestra de orina obtenida al principio de la micción. El diagnóstico de UNG puede realizarse cuando en el exudado no se detecta *N. gonorrhoeae*, mediante tinción de Gram o mediante cultivo. La sintomatología de la uretritis que produce la *C. trachomatis* suele ser menos intensa y el exudado suele ser menos purulento que los que produce *N. gonorrhoeae*, aunque la clínica no es suficientemente fiable para distinguir ambas etiologías.

Las infecciones uretrales asintomáticas por *C. trachomatis* son muy frecuentes, de modo que, según algunos estudios, están presentes en hasta el 10% de varones jóvenes sexualmente activos.

La *Clamidia trachomatis* también puede producir en las mujeres un cuadro de uretritis, similar al de los varones, caracterizado por una sintomatología parecida a la de la cistitis, consistente en disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y piuria, en ausencia de los gérmenes que habitualmente ocasionan cistitis. Tal como sucede en los varones, la *C. trachomatis* se encuentra en la uretra de muchas mujeres que no presentan sintomatología alguna.

La clamidia es el principal agente etiológico de epididimitis en varones heterosexuales menores de 40 años sexualmente activos. En varones homosexuales la

epididimitis está producida muchas veces por bacilos Gram negativos, especialmente coliformes, transmitidos por medio del coito anal.

La epididimitis producida por *C. trachomatis* se presenta con dolor escrotal unilateral, fiebre, y aumento de tamaño y dolor en el epidídimo, con frecuencia se acompaña de uretritis, sintomática o no. La intensidad del cuadro varía mucho de unos casos a otros, pero en ocasiones requiere el ingreso hospitalario. El diagnóstico diferencial de este proceso debe realizarse fundamentalmente con la torsión testicular.

La *C. trachomatis* produce proctitis en varones homosexuales que practican el coito anal receptivo o en mujeres heterosexuales que practican el coito anal. La mayoría de casos están producidos por los serotipos D a K, pero en ocasiones también la producen los serotipos L₁ a L₃, que son lo que ocasionan el linfogranuloma venéreo. La proctitis es oligosintomática o completamente asintomática, a diferencia de lo que sucede cuando está producida por *N. gonorrhoeae*, que produce cuadros mucho más intensos. Los síntomas más frecuentes son el dolor perianal, el tenesmo rectal y la emisión de secreciones mucosas, y ocasionalmente sanguinolentas, por el ano. La tinción de Gram de estas secreciones muestra la presencia de leucocitos. La anoscopía pone de manifiesto una ligera inflamación que afecta al ano y a la zona más distal del recto.

Los casos de proctitis producidos por los serotipos L₁ a L₃ tienden a ser más intensos, y no es raro que se manifiesten con ulceraciones de la mucosa, en cuyo caso debe realizarse el diagnóstico diferencial con la proctitis herpética y la enfermedad inflamatoria intestinal. Si no son correctamente tratados, estos procesos pueden complicarse con la aparición de abscesos perirrectales y fístulas perineales, en los que suele jugar un papel importante la sobreinfección por bacterias diferentes a las clamidias.

La cervicitis por *C. trachomatis* es un proceso muy frecuente entre las mujeres sexualmente activas, aunque la mayoría de las veces es asintomático. El examen del cuello del útero con espéculo pone de manifiesto edema y facilidad para el sangrado en la zona de ectopia cervical, y presencia de exudado mucopurulento endocervical de

color amarillento, en el que se detectan leucocitos con la tinción de Gram. El examen citológico muestra un predominio de neutrófilos, pero también puede observarse un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, plasmocitos e histiocitos.

La *C. trachomatis* provoca alrededor de la mitad de casos de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en los países desarrollados. Esta enfermedad se produce como consecuencia de la diseminación intraluminal del microorganismo por todo el aparato genital femenino. A partir de una cervicitis se producen sucesivamente endometritis, salpingitis y peritonitis pélvica, aunque todos estos procesos suelen presentarse simultáneamente. Entre las manifestaciones clínicas de la EPI figuran el dolor hipogástrico y metrorragias. A la exploración el útero, y especialmente los anexos son dolorosos.

El linfogranuloma venéreo es una infección crónica producida por los serotipos L₁ a L₃ de *C. trachomatis*. Se trata habitualmente de una enfermedad de transmisión sexual, pero también existen casos de contagio por contacto personal, a través de fómites o tras la exposición al germen en el laboratorio. El contagio de esta enfermedad ocurre más frecuentemente en la segunda y la tercera década de la vida, coincidiendo con la mayor actividad sexual. Su incidencia es baja en los países desarrollados, y está disminuyendo en todo el mundo, pero sigue siendo endémica en muchos países, especialmente de Asia, África y América; en los países desarrollados es más frecuente en varones y ocurre especialmente en homosexuales.

La infección genital primaria se produce tres días a 3 semanas después del contagio, consistente en una pequeña lesión vesicular, papular o ulcerada, rodeada de un halo eritematoso y no dolorosa que se localiza en los genitales externos del varón o de la mujer, esta lesión pasa inadvertida, especialmente en las mujeres, y se resuelve espontáneamente, sin dejar cicatriz, en unos cuantos días. La infección primaria puede ocurrir, aunque con menor frecuencia, en otros lugares como la uretra, el cuello del útero o el recto. En esta fase de la infección los síntomas sistémicos son poco frecuentes y poco intensos.

Desde el lugar de la infección primaria el microorganismo pasa a los linfáticos regionales, de modo que de 2 a 12 semanas después del contagio, acaba ocasionando

una linfadenitis, generalmente en la región inguinal, seguido del desarrollo de periadenitis, y supuración de las mismas. La piel que recubre a las zonas afectadas suele estar inflamada y adherida a los tejidos subyacentes, y en la misma acaban apareciendo fístulas que drenan material purulento. Varios meses más tarde, aun sin tratamiento, el proceso tiende a regresar, y la inflamación finalmente desaparece, pero deja considerables cicatrices, muchas veces de aspecto nodular. El proceso puede afectar también al resto de territorios linfáticos de la pelvis, pero es unilateral en más de la mitad de los casos. Ocasionalmente quedan como secuelas complicaciones como fístulas perineales, elefantiasis de los genitales secundarias a la obstrucción linfática o estenosis uretrales.

Durante la fase de linfadenitis son comunes los síntomas generales, como fiebre, cefalea, anorexia y dolor difuso. En ocasiones también ocurren conjuntivitis, artritis, meningitis aséptica, encefalitis, hepatitis o eritema nudoso. Se han descrito algunos casos de linfadenitis mediastínica, neumonitis y derrame pleural tras la inhalación de aerosoles con *C. trachomatis* en el laboratorio.

Un bebe expuesto a la Clamidia en el canal del parto puede desarrollar conjuntivitis (50%) o neumonía (20%). Los síntomas de conjuntivitis usualmente se desarrollan en los primeros 10 días de vida. Los síntomas de neumonía, que incluyen una tos progresivamente peor y congestión, aparecen en tres a seis semanas del nacimiento. Ambas complicaciones son tratadas con antibióticos. La Chlamydia puede también provocar parto prematuro o peso bajo al nacer.

Diagnóstico. Se ha podido determinar que son criterios para sospechar la infección por clamidia la edad, el perfil de riesgo individual y la prevalencia de la clamidia en una localidad específica, así como la coexistencia de enfermedades de transmisión sexual.

Existen cuatro modalidades de diagnóstico microbiológico para las infecciones por *C. trachomatis*: examen microscópico directo, cultivo, serología y detección de antígenos y de ácido nucleicos.

El examen microscópico directo consiste la detección de las inclusiones típicas de la infección en el raspado de los tejidos afectados, mediante la tinción de Giemsa. Se ha

empleado sobre todo en la conjuntivitis, pero posee una sensibilidad y una especificidad limitadas, por lo que ya no suele emplearse.

La *Clamidia trachomatis* puede aislarse en cultivos celulares, pero estos procedimientos sólo están disponibles en algunos centros de referencia. Ello es debido a su alto costo y a sus considerables requerimientos tecnológicos. Además su sensibilidad es limitada.

La serología también posee escasa utilidad. La microinmunofluorescencia se encuentra entre las más recomendables, y se emplea especialmente en casos de neumonías en recién nacidos y de perihepatitis. Títulos altos de anticuerpos de tipo IgM frente a *C. trachomatis* detectados con esa técnica son altamente sugestivos de infección aguda por el microorganismo.

En los últimos años se han desarrollado diversas técnicas de detección de antígenos, como la de la inmunofluorescencia directa ligada a anticuerpos monoclonales específicos frente a antígenos de *C. trachomatis*, y la detección de ácidos nucleicos. Este tipo de pruebas puede emplearse en cualquier muestra biológica, y posee una gran sensibilidad y especificidad, por lo que su empleo está generalizándose cada vez más.

Tratamiento. La mayoría de infecciones genitales por *C. trachomatis* en adultos pueden tratarse con doxiciclina a la dosis de 100 mg cada 12 horas durante una semana, o bien con azitromicina a la dosis de 1g en una sola toma, ambas por vía oral. En las modalidades más intensas de infección, como en la EPI o en la epididimitis, puede emplearse doxiciclina a la misma dosis, pero durante dos semanas o bien eritromicina a la dosis de 500 mg cada 6 horas durante dos semanas, ambas por vía oral, aunque en estas infecciones siempre debe asociarse tratamiento activo contra *N. gonorrhoeae*, ya que las coinfecciones son frecuentes. En el linfogranuloma venéreo pueden emplearse estos mismos antibióticos, a las mismas dosis, pero durante 3 semanas. Los fracasos de estos tratamientos son excepcionales, ya que la *C. trachomatis* es sistemáticamente susceptible a dichos antibióticos. Las fluorquinolonas, por ejemplo ofloxacino 300 mg cada 12 horas, también parecen eficaces para tratar las infecciones por *C. trachomatis*.

En mujeres embarazadas el antibiótico de elección es eritromicina, aunque también se ha empleado con éxito azitromicina, e incluso amoxicilina a la dosis de 500 mg cada 8 horas por vía oral durante 10 a 20 días, dependiendo de la modalidad concreta de infección. Las tetraciclinas, como doxiciclina, y las fluorquinolonas están contraindicadas en las mujeres gestantes.

En recién nacidos suele emplearse eritromicina a la dosis de 50 mg por Kg de peso al día, repartida en cuatro tomas, durante 2 semanas.

Dada la contagiosidad de *C. trachomatis* y la frecuente existencia de infecciones oligosintomáticas e incluso completamente asintomáticas, es conveniente que sean evaluados y tratados contra la infección tanto los compañeros sexuales de los pacientes afectados, como los padres de los recién nacidos con infecciones por dicho germen, incluso si están asintomáticos.⁵

SÍFILIS

La sífilis es una infección sistémica y crónica, causada por el *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*, que la diferencia de otras espiroquetas presentes en la boca, mucosas y aparato gastrointestinal, no causante de enfermedad. Generalmente se transmite por contacto sexual y se puede también transmitir al feto durante cualquier etapa del embarazo. El *Treponema* penetra en la piel o través de la mucosa por escoriaciones o lesiones y con menos frecuencia, a través de mucosa intacta. Clínicamente se caracteriza por episodios de enfermedad activa, interrumpidos por lapsos de latencia.

Epidemiología. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una incidencia del 0,4% y una prevalencia del 1% y se estima en unos 12 millones las personas que la contraen. La mayoría de estos casos aparecen en la región sureste de Asia (5,8 millones) y África subsahariana (3,5 millones).

Entre el 30 y el 60% de los contactos sexuales de pacientes con sífilis primaria adquirirán la enfermedad. Según un estudio de Rascón y Sandoica, el aumento de

⁵ Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida. J Lombardia – M. Fernández. 2010

sífilis y gonorrea es de un 79% en España. Esta enfermedad se ha propagado en los Estados Unidos y afecta principalmente a adultos sexualmente activos entre 20 y 29 años de edad. La incidencia de sífilis ha aumentado entre los enfermos por VIH en EE.UU y en Europa tanto en homo como en heterosexuales.

Modo de Transmisión. La sífilis se transmite de una persona a otra a través del contacto directo de la piel con una úlcera sifilítica. Las úlceras sifilíticas pueden estar presentes en la vagina, el pene, el ano, la boca, los labios o el recto. La infección ocurre durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales. La sífilis se puede transmitir aún cuando no se vea ni se sienta la úlcera sifilítica, por lo que la sífilis se puede transmitir aún y cuando la persona no sepa que está infectada. La madre embarazada puede además transmitir la sífilis al bebé al momento de nacer.

Entre los factores que predisponen a contraer la enfermedad tenemos: Relaciones sexuales sin usar un condón de látex o de poliuretano, tener múltiples parejas sexuales, tener una ITS distinta o VIH, tener relaciones sexuales mientras está drogado o bajo la influencia del alcohol puede aumentar los riesgos ya que esto hace menos probable que los preservativos se utilicen correctamente.⁶

Historia natural de la Sífilis.

Sífilis primaria. Tras el contacto, el período de incubación en el ser humano (desde la inoculación hasta la lesión primaria) suele ser de 21 días y raramente supera las 6 semanas. Se manifiesta como una sola pápula que se erosiona y aparece una úlcera de borde indurado de consistencia cartilaginosa e indolora denominada chancro que aparece a las 2-3 semanas de la primoinfección y desaparecen a las 4 o 6 semanas con curación espontánea. Se suelen asociar adenopatías regionales inflamatorias, indoloras, no supurativas y bilaterales. Dado que la lesión es indolora y con mucha frecuencia no es visible, los pacientes no son conscientes de la enfermedad y por ello no consultan y no reciben tratamiento.

Sífilis secundaria Tras 4 u 8 semanas de la curación del chancro, aparece en el 33% de los pacientes no tratados las manifestaciones generales; el *T. pallidum*, presente en la circulación, determina que la sífilis se transforme en una enfermedad sistémica con

⁶ Sífilis: Actualidad, diagnóstico y tratamiento. Facultad de Medicina UNAM 2008

bacteriemia, aparece un exantema maculopapuloso generalizado y simétrico que puede afectar el cuero cabelludo y, característicamente, regiones palmoplantares. También pueden aparecer lesiones papuloescamosas y pustulosas (sífilides). En zonas de pliegues y húmedas pueden surgir unas lesiones denominadas condilomas *planos*, y en las mucosas erosiones superficiales en placas. A todas las manifestaciones cutáneas se asocian síntomas generales como dolor de garganta, fiebre, pérdida de peso, malestar general, meningismo (1-2%, meningitis aguda), iritis, periostitis, cefaleas, alteraciones de los pares craneales y también alteraciones analíticas en las pruebas hepáticas, en la función renal (proteinuria y síndrome nefrótico).

Sífilis latente La sífilis secundaria en pacientes no tratados suele ceder a las 3-6 semanas después de su inicio. Aproximadamente, en el 25% de los casos, se presentan episodios de reactivación con exantema, úlceras mucosas y fiebre; lo más característico es la presencia de pruebas serológicas positivas y ausencia de sintomatología. Debemos sospecharla cuando se dispone de antecedentes de lesiones primarias y secundarias de exposición o de alumbramiento de un lactante infectado. Podemos distinguir una fase latente precoz que ocurre en el primer año tras la infección; en ella es donde puede aparecer alguna reactivación; y latente tardía tras un año o más de una infección no tratada. La importancia de esta fase radica en que se puede transmitir al feto y también por transfusiones de sangre contaminada.

Sífilis terciaria Antes de los antibióticos, aproximadamente el 33% de los casos de sífilis latente no tratada desembocaban en sífilis terciaria. Hoy en día el tratamiento de la sífilis en etapas más iniciales determina que los casos de sífilis terciaria sean excepcionales, salvo formas esporádicas de neurosífilis en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cabe destacar las siguientes formas:

Neurosífilis: puede ser meníngea, con frecuencia asociada a uveítis e iritis (un año tras la infección), meningovascular (5-10 años), parenquimatosa: parálisis general (20 años) y tabes dorsal (25 años).

Sífilis cardiovascular: aortitis sífilítica producida por afectación de los vasa vasorum que determina necrosis de la media, aneurisma aórtico, menos frecuente miocarditis.

Gomas: nódulos o placas inflamatorias con destrucción local que pueden afectar a cualquier órgano (piel, esqueleto, vías respiratorias, hígado y estómago).

Sífilis congénita. Las mujeres embarazadas pueden transmitir en cualquier momento la sífilis al feto. Esto suele ocurrir por vía placentaria. El riesgo oscila desde el 75 al 95% en mujeres con enfermedad en estadios precoces y en un 35% en mujeres con enfermedad con más de 2 años de evolución. En todo el mundo entre medio y un millón de niños nacen afectados de esta enfermedad. Si el tratamiento es adecuado antes de la semana 16 de gestación, no se desarrollan lesiones en el feto.

Se clasifican en sífilis congénita temprana o tardía, según los síntomas comiencen antes de los 2 años o después del nacimiento, y tiene peor pronóstico la temprana. El riesgo más elevado de fracaso del tratamiento fetal se da en casos de sífilis secundaria materna.

Sífilis y VIH. La coexistencia de infección por el VIH puede alterar la historia natural de la sífilis, con evolución tórpida de las infecciones intercurrentes, disminución de los períodos de latencia, mayor progresión de la enfermedad, presentaciones atípicas (uveítis sifilítica) y desarrollo de neurosífilis.⁷

Diagnóstico. Es muy importante la anamnesis y la entrevista adecuada con el paciente para determinar si ha habido prácticas sexuales de riesgo. También es muy importante una exploración adecuada. El *T. pallidum* no se puede cultivar in vitro; por lo tanto, se diagnostica por métodos de detección directa o por pruebas serológicas. Se debe realizar un estudio epidemiológico de los posibles contactos de un caso; si es de sífilis primaria, el estudio debe abarcar los contactos realizados los 4 meses anteriores a la aparición del chancro. Si es de sífilis secundaria, el período que se debe investigar es de 8 meses y en la latencia precoz de 10 semanas a 12 meses.

Detección directa: El examen en fresco por microscopio de campo oscuro no es útil para lesiones bucales o anales, porque pueden aparecer otro tipo de espiroquetas. La Inmunofluorescencia directa: basada en la tinción del *Treponema* con anticuerpos

⁷ Evaluación y tratamiento de la Sífilis en sus distintas etapas. Ana Menéndez – Almudena Quintana 2009

mono o policlonales conjugados con fluoresceína. Demostración en tejidos: piel en sífilis secundaria, gomas, cerebro, etc.

Biología molecular: proteína C reactiva (PCR), reacción en cadena de la polimerasa, pruebas de detección de ADN que aumentan la sensibilidad (94,7%) y especificidad (98,6%). Técnicas de cultivo de *T. pallidum*: actualmente en investigación.

Detección indirecta-pruebas serológicas. Entre ellas tenemos VDRL (venereal disease research laboratory). La de mayor utilidad para el diagnóstico de neurosífilis en muestras de LCR. RPR (rapid plasma reagin), floculación macroscópica. EIA (enzimoinmunoanálisis): usa como antígeno el del VDRL. Útil para el cribado poblacional; puede procesar gran cantidad de muestras.

Tanto VDRL como RPR son útiles para el diagnóstico en fase aguda y para la determinación de la respuesta al tratamiento. El RPR podría ser una alternativa al VDRL en el diagnóstico de neurosífilis. Un descenso persistente de 2 diluciones o más después de tratar la sífilis precoz es un signo evidente de respuesta adecuada al tratamiento. A los pacientes con síntomas o signos de neurosífilis se les debe hacer punción lumbar para obtener y estudiar el LCR.

Las pruebas treponémicas específicas confirman la positividad de las pruebas no treponémicas. Utilizan un antígeno treponémico específico y habitualmente se utilizan 2 pruebas: FTA-abs (fluorescent treponemal antibody-absorbed): prueba de inmunofluorescencia indirecta que utiliza antígeno de *T. pallidum* de testículo de conejo, útil para confirmar positivos de pruebas no treponémicas. Se mantiene positiva de por vida, y no sirve para estudio de actividad de infección ni para el control del tratamiento. TPHA (*T. pallidum* hemagglutination): muy utilizada en Europa. Ambas pruebas, cuando se emplean en detección sistemática de enfermedad en amplios grupos poblacionales, dan positividades falsas hasta en un 1-2% de los casos.

Tratamiento. La penicilina es el tratamiento de elección para esta enfermedad; según el centro de prevención de enfermedades de Otawa, el uso de doxiciclina/tetraciclina es una alternativa eficaz en el tratamiento de sífilis primaria. Cura rápidamente las lesiones de la sífilis primaria y previene la sintomatología y

progresión a secundaria, latente y terciaria. Los pacientes con sífilis e infectados por el VIH pueden tener afectación del sistema nervioso central (SNC) incluso en fases precoces; por eso algunos expertos recomiendan analizar el LCR de los sujetos infectados por el VIH con sífilis en cualquier período para indicar el tratamiento apropiado.

Tratamiento de la Sífilis.

Primaria, secundaria o latente precoz. El tratamiento de elección consiste en Penicilina G Benzatínica 2.400.000U IM o Penicilina Procaína 600.000U IM durante 10 días. Algunos expertos recomiendan segunda dosis de 2.400.000U a la semana. En los alérgicos a la penicilina como alternativa se puede administrar Clorhidrato de Tetraciclina 500mg vía oral cada 6 horas o Doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas durante 14 días.

Latente tardía o latente de duración desconocida. Que al estudio de punción lumbar presente líquido cefalorraquídeo (LCR) normal, se debe administrar Penicilina G Benzatínica 2.400.000U intramuscular los días 0, 7 y 14; o Penicilina Procaína 900.000U IM durante 17 días. Si existe un LCR anormal se trata igual que la neurosífilis. El tratamiento alternativo incluye Doxiciclina 200mg VO cada 12 horas durante 28 días.

Neurosífilis. Se deberá tratar con Penicilina Acuosa G 18–24mU/día intravenoso con la administración de 3-4mU/4h o goteo continuo IV durante 10 a 14 días o Penicilina G Procaínica acuosa 2.4mU/día IM y Probenecid oral 500mg cada 6 horas, ambos por 10 a 14 días. Como tratamiento alternativo se recomienda la desensibilización y tratamiento con penicilina.

En caso de Sífilis en el embarazo, según la etapa clínica se debe desensibilizar e iniciar tratamiento con penicilina.⁸⁹

⁸ Sífilis: Actualidad, diagnóstico y tratamiento Facultad de Medicina de la UNAM 2008

⁹ Antibiótico para la sífilis durante el embarazo. Biblioteca Cochane Plus 2008

HERPES GENITAL

El herpes genital es una infección causada por el virus del herpes simple o VHS. Hay dos tipos de VHS, y ambos pueden producir herpes genital. El VHS tipo 1 comúnmente infecta los labios causando lesiones conocidas como "vesículas de fiebre" o "lesiones de frío" o "fuegos", pero también puede infectar el área genital y causar lesiones. El VHS tipo 2 usualmente causa el herpes genital, pero también puede infectar la boca durante sexo oral. Una persona infectada con herpes genital puede pasar o transmitir fácilmente el virus durante el acto sexual a una persona sana.

Ambos tipos, el VHS 1 y 2, pueden producir lesiones en y alrededor del área vaginal, en el pene, alrededor del ano, y en los glúteos o muslos que ocasionalmente aparecen en otras partes del cuerpo donde el virus ha entrado por lesiones de la piel. El VHS permanece en ciertas células nerviosas del cuerpo, de por vida y puede producir síntomas esporádicos en algunos pacientes infectados.

Epidemiología. En un estudio global sobre la prevalencia de herpes genital se estima que un 16% de la población mundial entre los 15 y 49 años está infectada siendo más frecuente en las mujeres.

Se estima que en el mundo hay alrededor de 90 millones de individuos que sufren la enfermedad crónica recurrente sintomática y, lo que resulta más inquietante, el número de infectados que desconocen serlo podría exceder esa cifra. En España, al igual que en otros países de la Europa mediterránea, la prevalencia de la infección por VHS-2 en la población general se sitúa en torno al 5-10% y alcanza el 25- 40% cuando se considera únicamente a individuos atendidos en clínicas de ITS.

Modo de Transmisión. La infección por VHS ocurre después del contacto de mucosas con secreciones infectadas. El VHS puede transmitirse por contacto bucobucal, genitobucal y genitogenital. En la mayor parte de la población, la infección por VHS-1 se adquiere durante la niñez, en tanto, la infección por VHS-2 se adquiere casi de manera exclusiva luego de inicio de la actividad sexual.

Un encuentro sexual con una persona con herpes genital no origina necesariamente transmisión del VHS-2. Ciertos factores inmunológicos, que se relacionan muchas veces con infección previa por VHS-1, parecen modificar el riesgo de infección por VHS-2, por ejemplo, las mujeres seronegativas tienen mayor riesgo de adquirir la infección. Otros factores que influyen son: la frecuencia de recurrencias, el coito durante la presencia de lesiones activas, el uso de preservativo y otros métodos de barrera y el uso crónico de antivirales en la pareja con herpes. En general, y al igual que en la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, la eficiencia de la transmisión varía mucho. Algunas personas adquieren VHS-2 después de una exposición única, en tanto que otras no lo transmiten a su pareja a pesar de años de actividad sexual sin protección.

La transmisión desde una mujer con herpes genital hacia un recién nacido en el momento del nacimiento es relativamente rara. El riesgo de herpes neonatal está aumentado diez veces si una mujer adquiere herpes simple genital durante el tercer trimestre y ocurre el parto antes de la aparición de anticuerpos contra el virus. Por tanto, la prevención de herpes neonatal requerirá a su vez de la prevención de la adquisición de VHS genital al final del embarazo.

El VHS-2 puede aislarse a partir de las vías genitales de varones y mujeres no sólo durante recurrencias, si no también durante los periodos en que no hay signos ni síntomas genitales manifiestos. Recientemente se ha demostrado que en varones y mujeres la infección genital por VHS-2 se disemina de manera subclínica. El sitio más frecuente de esta diseminación es la región perianal, seguido por la vulva y el cuello uterino. Entre varones la diseminación viral subclínica es más frecuente en la piel del pene entre los heterosexuales y la piel perianal entre los homosexuales.

Manifestaciones Clínicas. El primer episodio de herpes genital primario se caracteriza por fiebre, cefalea, malestar y mialgias. Los síntomas locales predominantes son prurito, dolor, disuria, secreción uretral o vaginal y adenopatía inguinal dolorosa. Se puede detectar lesiones en distintas etapas, entre ellas: vesículas, pústulas y úlceras eritematosas dolorosas. El cuello del útero y la uretra se afectan en más del 80% de las mujeres con un primer episodio de infección. El primer episodio de herpes genital en enfermos que han tenido una infección anterior

por VHS-1 se asocia a síntomas generales menos frecuentes y a una curación más rápida que el herpes genital primario. La evolución clínica del primer episodio agudo del herpes genital es similar en casos de infección por VHS-1 y VHS-2, pero es mayor la tasa de recidiva con VHS-2. En la uretritis sintomática por VHS son frecuentes la disuria y una secreción mucosa transparente. En pacientes infectados por VIH son frecuentes las lesiones herpéticas perianales.

Las lesiones genitales recurrentes de ambos sexos, por lo general, se asocian con síntomas sistémicos menos severos y un compromiso local de menor magnitud que el de los ataques primarios. Antes de una recurrencia, a menudo, se observa un periodo prodrómico de dolor a la palpación, prurito, ardor o cosquilleo de varias horas de duración. En los hombres, las lesiones suelen afectar el cuerpo del pene y el glande en las mujeres, las recurrencias tienden a ser más severas. La curación habitualmente tiene lugar en el curso de seis a diez días. Las infecciones recurrentes por VHS-1 y VHS-2 pueden afectar las extremidades asociándose a neuralgia local severa.

En los pacientes con alteraciones inmunitarias, el herpes genital puede producir lesiones excesivas, como infección primaria y como infección reactivada. La reactivación viral en los huéspedes con alteraciones inmunitarias genera más necrosis y dolor que en los huéspedes normales y tiende a curar con mayor lentitud. Esto suele ocurrir en paciente con SIDA, linfoma, leucemia o trasplante.

Diagnóstico. Para establecer el diagnóstico es útil tanto la clínica como la ayuda del laboratorio. El diagnóstico clínico se realiza si hay múltiples lesiones vesiculosas típicas sobre un fondo eritematoso o bien, como ocurre la mayoría de veces, reconociendo una úlcera genital que se inicia a partir de lesiones múltiples en los genitales masculinos o femeninos.

Las muestras obtenidas por raspado de la base de las lesiones teñidas mediante las tinciones de Wright, Giemsa (preparación de Tzanck) o de Papanicolaou mostrarán las células gigantes o las inclusiones intranucleares características de la infección por virus herpéticos. La sensibilidad del aislamiento del virus varía según la fase de las lesiones (mayor en las lesiones vesiculosas que en las úlceras), según se trate de un primer brote o de un episodio recidivante (mayor en el primer episodio) y según la

muestra proceda de un inmunodeprimido o un inmunocompetente (más antígeno en los inmunodeprimidos).

Los procedimientos que conllevan a la detección de antígenos tienen una sensibilidad de sólo 50% en comparación con el aislamiento viral en la identificación del VHS en las secreciones cervicales o salivales de pacientes asintomático. La técnica de PCR tiene una mayor sensibilidad que el aislamiento del virus especialmente en las lesiones ulcerosas. La ausencia de un diagnóstico exacto de herpes genital da por resultado un tratamiento inapropiado y transmisión involuntaria del virus.

Tratamiento. Diversas drogas han sido utilizadas en el tratamiento y la supresión crónica del herpes genital, las cuales disminuyen la viremia y aceleran la curación. Sin embargo, ninguna elimina el herpes virus latente. El herpes genital primario o recurrente puede ser seguro y efectivamente tratado si el diagnóstico y el inicio de la terapia adecuada ocurren antes de las 48-72 horas del inicio de los síntomas. El tratamiento después de este periodo puede disminuir síntomas de dolor y el tiempo de curación, pero no es tan eficaz como la intervención inicial.

El herpes genital primario se maneja con Aciclovir 200 mg 5 veces al día durante 7 días, o Valaciclovir 1g 2 veces al día por 7 días. El herpes genital recurrente debe ser tratado de forma individualizada. Si el paciente es inmunocompetente y hay menos de 6 episodios al año, se lo debe instruir en cuanto a reconocer los factores desencadenantes y las primeras manifestaciones de las recurrencias, con el fin de iniciar tratamiento tempranamente. Se debe utilizar Aciclovir 200 mg 5 veces al día por 5 días o Valaciclovir 500 mg 2 veces al día por 5 días.

En la prevención de la transmisión de la enfermedad se debe administrar terapia crónica supresora cuando ocurren 6 ó más recurrencias en un periodo de 12 meses o cuando un compañero de una pareja es seropositivo y el otro no lo es. Se debe administrar Aciclovir 400 mg 2 veces al día o Valaciclovir 500 mg al día durante un periodo de 6 a 12 meses o en forma indefinida.

El paciente inmunosuprimido debe recibir Aciclovir oral 400 mg 5 veces al día por 10-21 días o hasta que resuelvan las lesiones, y en casos severos Aciclovir 5 mg/ kg cada 8-12 horas durante 7 días. La terapia crónica supresora en ellos se realiza en

forma similar. El uso de Foscarnet intravenoso en dosis de 40 mg/kg cada 8-12 horas por 10 días está aprobado por la FDA para el tratamiento de las cepas resistentes.

En el manejo de la gestante se debe practicar cesárea. El diagnóstico del primer episodio de herpes genital materno en las primeras 28 semanas del embarazo permite iniciar el tratamiento antiviral. Aunque la experiencia es limitada, el Aciclovir no se ha asociado con efectos teratogénicos. Si existe el antecedente de herpes genital en la madre y el recién nacido revela signos de infección sistémica, se debe proceder a obtener muestras de sangre del niño para aislamiento del virus y a considerar la administración de Aciclovir sistémico.¹⁰

TRICOMONIASIS

Es una enfermedad de transmisión sexual, totalmente curable y extendida en el mundo entero. El agente causante se conoce como *Trichomonas vaginalis*, un parásito unicelular flagelado, el cual puede ser encontrado con regularidad en la flora vaginal y en la flora bacteriana de la uretra masculina. En hombres es la causa más habitual de Uretritis no Gonocócica.

La tricomoniasis en mujeres ocurre durante los años reproductivos. La infección antes de la menarca o después de la menopausia es rara, su prevalencia estimada frecuentemente sobrepasa a la Gonorrea y Clamidia. Regularmente causa una infección asintomática aunque en algunas ocasiones se presenta la infección sintomática caracterizada por descarga vaginal fétida. Se encuentra frecuentemente asociada a otras enfermedades de transmisión sexual existiendo muchas veces infección concomitante con *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella Vaginalis* y *Neisseria gonorrhoeae* transmitiendo también evidencias de un comportamiento sexual de alto riesgo.

Patogenia. La *T. vaginalis* se adhiere al epitelio vaginal y uretral. Al entrar en la vagina, los parásitos se multiplican e inducen la descamación del epitelio vaginal, con infiltración de leucocitos polimorfonucleares, neutrófilos y aumento de las

¹⁰ Herpes Genital: Una Actualización para el Profesional. Dr. Pascal Meylan 2011

secreciones vaginales. La intensidad de la infección se ha relacionado con la carga parasitaria. En el organismo de los varones infectados, las concentraciones de zinc existentes en el semen tienen efecto tricomonocida; pero en aquellos con niveles de zinc bajos, el parásito persiste originando un portador de la infección. En las embarazadas con cargas altas de tricomonas, se han descrito partos prematuros y niños de bajo peso al nacer. Aunque los antígenos parasitarios de la membrana son inmunogénicos e inducen la síntesis de IgA y de anticuerpos (Ac) séricos, no se ha encontrado correlación entre los niveles de los anticuerpos y la resistencia a la infección.¹¹

Diagnóstico. En la exploración destaca el eritema vulvar, vestibular y vaginal así como la secreción purulenta. En una minoría de las pacientes se observan las características dilataciones capilares mucosas, que proporcionan a la mucosa un aspecto en fresa.

El PH vaginal es siempre superior a 4.5. La prueba de olor suele ser siempre positiva. Las extensiones vaginales en fresco contienen abundantes leucocitos y tricomonas flageladas móviles. El cultivo aumenta el rendimiento diagnóstico en especial en las pacientes asintomáticas. Se han desarrollado pruebas de amplificación de ácidos nucleicos sensibles y específicos, pero ninguna ha sido aprobada por la FDA.

Una extensión en fresco diagnóstica de tricomoniasis es muy específica debido a la motilidad típica de los microorganismos. La mujer sin datos epidemiológicos de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual en cuya citología cervical se encuentran tricomonas plantea un problema clínico frecuente, en estas pacientes se debe confirmar el diagnóstico mediante una extensión en fresco antes de iniciar tratamiento.

Tratamiento. El metronidazol y el tinidazol son los únicos agentes efectivos aprobados por la FDA para el tratamiento de tricomoniasis. El tratamiento de elección consiste en una dosis única de 2 gramos de Metronidazol por vía oral en una sola toma, o Tinidazol 2g en dosis única o también se puede utilizar Secnidazol 2g en dosis única. Como la tricomoniasis es una ITS, el tratamiento con metronidazol de

¹¹ Tricomoniasis Vaginal. Revista Mexicana de Patología Clínica. 2008

todos los contactos sexuales recientes, con independencia de sus síntomas, constituye una parte fundamental en el manejo de la enfermedad.

Las pautas terapéuticas mencionadas que contienen Metronidazol, eliminan las tricomonas en más del 90% de los casos, si este tratamiento fracasa debe reconfirmarse el diagnóstico mediante una extensión en fresco o en cultivo. En casos de recurrencia se recomienda dar a las parejas Metronidazol 500mg cada 8 horas por 7 días. Si esta pauta no resulta efectiva, se cambia por una dosis única de 2g de metronidazol por vía oral durante 3 a 5 días. Si esta última pauta también fracasa hay que suponer que el paciente presenta resistencia clínicamente significativa al metronidazol.

Habitualmente se instauran tratamientos alternativos que incluyen dosis muy elevadas de metronidazol. La pauta mas frecuentemente empleada consiste en la administración de metronidazol tanto por vía oral (2.5g al día) como vaginal (0.5g al día) durante 3 semanas, este régimen resulta efectivo en aproximadamente 90% de los casos. También se han empleado pautas de metronidazol por vía intravenosa. En los pacientes que no toleran el metronidazol a dosis tan elevadas o en los que no responden al tratamiento, la siguiente opción terapéutica suele ser el tinidazol, este fármaco posee una mejor eficacia in vitro y es mejor tolerado.¹²

CANDIDIASIS VAGINAL

La candidiasis vaginal es una enfermedad inflamatoria de la vagina, producida por diferentes especies de Cándida, secundaria generalmente a condiciones fisiológicas alteradas que determinan disminución de la inmunidad local y se caracterizada principalmente por la presencia de flujo vaginal blanco, inodoro como “leche cortada”, prurito, sensación de quemadura, eritema y edema vaginal

Epidemiología. La candidiasis vulvovaginal constituye la segunda causa de vaginitis en mujeres en edad fértil así como en adolescentes, en estas se encontró a Cándida

¹² Tricomoniasis Vaginal. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010

spp en 22,7 a 28% y *C. albicans* en 80%. En niñas pre púberes la etiología generalmente es inespecífica.

La prevalencia de candidiasis vulvovaginal en mujeres adultas es del 6 al 13.8% de las mujeres en actividad sexual, de las cuales el 74 al 94% es producida por *Cándida albicans* y el resto se debe a *Cándida* spp. En mujeres embarazadas la prevalencia es del 28 al 38%, también se encuentra a *C. albicans* como la principal etiología (88%), la cual puede producir infecciones congénitas. En mujeres menopáusicas se encontró una prevalencia de 7,2 %.

En estudios realizados por Buscemi y Col se hallaron mayor frecuencia de candidiasis en mujeres VIH positivas y Villalobos encontró *C. albicans* en 20,75% tanto en mujeres seropositivas y seronegativas. La prevalencia de *C. albicans* en muestras de exudado vaginal en mujeres internadas por sepsis ginecológica es de 59.8% seguida de la vaginosis bacteriana con 22.1%.

Factores de riesgo. Es una patología estrógeno - dependiente y se identifican factores predisponentes como embarazo, anticonceptivos orales, Diabetes no controlada, uso de antimicrobianos de amplio espectro como Tetraciclina, Ampicilina, Cefalosporinas, que eliminan flora proteccionista sobre todo *lactobacillus*; inmunodepresión, terapia de reemplazo hormonal, estrés, corticoterapia, citostáticos, obesidad, VIH positivo; otros factores son: :Uso de pantalones ajustados, duchas vaginales y ropa interior de nylon. Se menciona también clima tropical, subtropical, dietas ricas en carbohidratos y frutas que condicionan a la candidiasis asintomática, edades extremas de la vida, hiper o hipoparatiroidismo, uso de spermicidas, edad joven (15 a 19 años), nuliparidad y fase lútea del ciclo menstrual.

Etiopatogenia. La *Cándida albicans* es la causante más frecuente de la candidiasis vaginal, es una levadura oval, miembro de la flora normal de mucosas del aparato respiratorio, digestivo y genital femenino. Puede producir infección sistémica, tromboflebitis, endocarditis, infección ocular (introducida por vía venosa).

La candidiasis vaginal es una infección endógena del tracto genital inferior femenino pues pertenece a la flora (no patógena) vaginal que en ciertas circunstancias produce

patología. Se ha encontrado 20 % de *Cándida* spp en el surco balano- prepucial de parejas con candidiasis vulvovaginal aunque también se la puede considerar exógeno por probable contagio en piscinas, baños, etc.

Los mecanismos de defensa en la edad adulta ante la infección micótica incluyen: Desarrollo anatómico de las estructuras vulvoperineales, vello, ácido undecilénico de las glándulas vulvovestibulares, moco cervical con propiedades antimicóticas y antiparasitarias.

En el embarazo aumentan las secreciones cervicales y vaginales con disminución de la respuesta local asociado al papel de la progesterona en los linfocitos T y en la actividad anticándida de los polimorfonucleares. La hiperglicemia mejora la habilidad de *C. albicans* para ligarse a células del epitelio vaginal.

Clasificación: La clasificación más conocida es la de candidiasis complicada y no complicada.

Candidiasis vaginal no complicada.

Se caracteriza por ser esporádica o poco frecuente, con síntomas leves a moderados; la *C. albicans* es la causa más probable y no existe inmunosupresión ni se relaciona a embarazo.

Candidiasis vaginal complicada.

Es la que presenta recurrencia, infección severa, se relaciona a otras especies diferentes a *C. albicans*, se relaciona a inmunodepresión, diabetes y embarazo.

La recurrencia o cronicidad es la presencia de 4 episodios específicos de candidiasis en un año y por lo menos tres episodios no están relacionados a medicamentos y cuyas causas son *Cándida* resistente al tratamiento, presencia de otras especies de *cándida*, terapia antibiótica frecuente, uso de anticonceptivos, inmunodepresión, actividad sexual e hiperglicemia. Corresponde a 5% de las mujeres que cursan con candidiasis vulvovaginal.

Manifestaciones clínicas. Puede haber casos asintomáticos en 10 a 20% de mujeres en edad fértil, casos agudos y severos. Dentro de los síntomas se presenta prurito y

ardor vulvar en 83.3%, vulvodinea, sensación de quemadura, dispareunia y síntomas urinarios como disuria, polaquiuria y tenesmo.

Los signos incluyen flujo variable de aspecto de leche cortada o blanco grisáceo con o sin flóculos, eritema vulvar, eritema vaginal, test de aminas negativo y pH vaginal 4.4. También se acompañan lesiones descamativas, exulceraciones y úlceras (secundarias a rascado) y rara vez lesiones costrosas, despulimiento de la mucosa, edema, o congestión intensa.

Diagnóstico. En el interrogatorio se tendrá en cuenta antecedentes de flujo genital, detalle de medidas higiénicas, síntomas y antecedentes patológicos de importancia.

Al examen físico se determinará la presencia de signos, características del flujo y lesiones vulvovaginales. En la mayoría, la observación de leucorrea y de la mucosa vaginal mediante la especuloscopia es suficiente sin tener que requerir de exámenes complementarios. En general el PH es inferior a 4.5 y el test de aminas negativo. En las niñas la vaginoscopia, método de excepción, se efectuará por el especialista en caso de vulvovaginitis crónica.

Exámenes complementarios.

Examen directo. La muestra debe ser tomada de la pared vaginal lateral y puede ser sometida a observación microscópica con KOH al 10 a 20% o preparaciones teñidas (Gram) que permiten reconocer blastoconidias, filamentos, pseudohifas de *Cándida* spp. El examen microscópico directo es específico pero menos sensible.

Cultivo. No es usado rutinariamente, pero puede ser útil en mujeres con síntomas recurrentes y con síntomas típicos que presenten una preparación de KOH negativo. Se logra aislar diferentes especies de *Cándida*, no requiere medios exigentes, entre estos se tiene al Agar dextrosa de Sabouraud (Bioxón), durante 7 días a 37 °C o Agar Base Columbia por 48 horas. La *C. albicans* produce colonias verdes y tiene la capacidad de producir tubos germinativos

El recuento de leucocitos en flujo cervicovaginal se conoce como leucocitosis vaginal, esto consiste en la presencia de 10 o más PMN a 40 por campo.

Tratamiento. El tratamiento no farmacológico incluye corregir los factores predisponentes, discontinuar uso de productos vaginales perfumados y estimular el uso de ropa interior de algodón.

El tratamiento farmacológico se hace con Fluconazol 150mg en una sola dosis o clotrimazol al 1 o 2% en crema, óvulos o tabletas vaginales una vez cada noche por 3 días en las no embarazadas y en las embarazadas crema vaginal al 1% una vez por la noche por 5 días.

En la balanopostitis, clotrimazol tópico dos veces al día, hasta una semana después de la desaparición de las lesiones, se recomienda suministrar dosis única de fluconazol de 150mg.¹³

VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana es la infección vaginal más común y su impacto sobre la salud de la mujer es significativo. Es una condición muy relevante que se ha estimado que ocurre en más del 30% de la población. La mayoría de los casos se asocian a infección por *Gardnerella vaginalis*, sin embargo no es el único agente involucrado y mas bien la enfermedad es consecuencia de un disturbio en la flora vaginal normal. Suele presentarse como una entidad de transmisión sexual aunque muchas mujeres sin actividad sexual han presentado la infección.

La etiología exacta puede ser no muy clara, aunque algunos autores proponen una compleja interacción entre numerosos componentes del ecosistema microbiano vaginal y el huésped humano. Aunque se conoce que no un solo agente aislado es la causa de vaginosis bacteriana, bacterias como *Gardnerella vaginalis*, ureaplasmas, *Mycoplasma hominis* y bacterias anaeróbicas son comúnmente aisladas en pacientes con vaginosis bacteriana.

La vaginosis bacteriana es una condición de etiología desconocida en la cual hay un disturbio global de la ecología microbiana vaginal, que consiste en el reemplazo de los lactobacilos predominantes en la flora con un aumento en la cantidad de

¹³ Candidiasis Vaginal. Revista Paceyña de Medicina Familiar. 2008

Gardnerella vaginalis y otros organismos anaeróbicos mixtos. Los lactobacilos dominan la flora manteniendo un pH ácido óptimo con la supresión de las bacterias asociadas con vaginosis bacteriana. Un elevado pH vaginal facilita el crecimiento de organismos transmitidos sexualmente.

Es la causa más común de flujo vaginal en mujeres en edades reproductivas, la vaginosis bacteriana está asociada con distintas bacterias del orden clostridium, se caracteriza por la depleción de una enzima hidrogeno peroxidasa producida por los lactobacilos de la flora bacteriana normal con un gran crecimiento de bacterias anaerobias.

La transmisión sexual ha sido implicada debido a que esta enfermedad raramente se encuentra en mujeres que no han experimentado relaciones sexuales. Además un alto porcentaje de esta enfermedad infecciosa se ha documentado en mujeres homosexuales monógamas y se ha asociado con nueva pareja sexual, sexo oral y falta de uso de condón.

La adquisición de *G. vaginalis* y vaginosis bacteriana ocurre raramente en niños, pero es común entre adolescentes aunque estas aun no hayan tenido relaciones sexuales, contradiciendo así que la enfermedad tenga como requisito la transmisión sexual. La adquisición de *G. vaginalis* aumenta con el contacto sexual cuando hay penetración sin embargo, algunos otros tipos de contacto sexual sin penetración como sexo oral y masturbación también han sido asociados.

Algunos estudios han reportado factores asociados con la recurrencia de vaginosis bacteriana como por ejemplo raza negra, mujeres mayores, pareja sexual y anticoncepción hormonal. Algunos estudios han demostrado que el uso de condón después del tratamiento ayuda a mantener la flora bacteriana vaginal normal y mejora las tasas de curación.

Manifestaciones clínicas. La vaginosis bacteriana generalmente se manifiesta por secreción vaginal con “olor a pescado”, mas notoria después de un coito sin protección. La secreción generalmente es no irritante y al examinarla se aprecia homogénea de color blancogrisáceo. La identificación de los síntomas de parte de la mujer es lo que lleva a la evaluación del tracto genital en busca de Vaginosis

bacteriana, sin embargo más del 50% de los casos son asintomáticos, lo que hace que la detección de la enfermedad no dependa solo del reporte de los síntomas que hace la paciente.

La vaginosis bacteriana probablemente aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, infección por VIH y de endometritis crónica y puede ser la causa en algunos casos de sangrado uterino anormal. También se ha asociado con la disminución en el éxito de los procedimientos de fertilización in vitro y con aumento de riesgo de desarrollar cistitis. Durante el embarazo, la vaginosis bacteriana ha sido asociada con aumento de riesgo de labor de parto pretérmino, parto pretérmino, aborto y ruptura prematura de membranas.

Diagnóstico clínico. El diagnóstico clínico generalmente se lleva a cabo mediante los antecedentes clínicos y el olor. El examen pélvico ayuda a determinar la producción de secreción anómala además de verificar o destacar la presencia de alguna otra enfermedad.

El diagnóstico de vaginosis se basa en la presencia de cuando menos tres de los cuatro criterios clínicos propuestos por Amsel y colegas en el Simposio Internacional sobre Vaginosis en Estocolmo, las cuales han sido aceptadas como parámetro para indicar la presencia de la enfermedad, entre estos tenemos descarga fina, blanca adherente y homogénea, pH superior a 4,5, prueba de amina positiva, células indicadoras (células clave) en preparación salina.

Descarga homogénea. A la exploración física cuando la paciente se encuentra en posición supina se observa, un exudado vaginal blanco o blanco-grisáceo en el introito, el cual cubre las paredes de la vagina. Si la descarga es abundante, puede extenderse del vestíbulo vulvar hasta el perineo. El examen con el espéculo revela la descarga clásica, como si se hubiese derramado un vaso de leche en la vagina. La consistencia homogénea puede ser fácilmente comprobada al retirarla de las paredes de la vagina con una torunda, el pH vagina se mide con un papel de pH sujetado con pinzas al introducirlo en la descarga vaginal. Es importante no emplear lubricantes en el espéculo cuando se realiza el examen, ya que los mismos pueden elevar el pH y provocar resultados erróneos.

El pH en las pacientes que tienen vaginosis es superior a 4,5. Un pH vaginal inferior a 4,5 excluye el diagnóstico de vaginosis. El pH de las secreciones del endocérvix es superior al de las secreciones vaginales, por consiguiente, las secreciones deben ser muestreadas sólo en la vagina.

Olor o prueba de aminos. Las aminos (trimetilamina, putrescina y cadaverina) son producidas por la flora vaginal mezclada y se detectan cuando las secreciones vaginales se mezclan con hidróxido de potasio. El olor de amina, que recuerda el olor a pescado, se produce cuando una gota de descarga se mezcla con una gota de hidróxido de potasio al 10%. No se produce este olor en ausencia de vaginosis. El olor a aminos también puede encontrarse en mujeres con trichomoniasis. La prueba de amina empleada sola predice el diagnóstico de vaginosis en forma exacta en el 94% de las pacientes.

Células clave. Se trata de células epiteliales escamosas con tantas bacterias adheridas a su superficie que el borde de las células se torna oscuro. Las células vaginales epiteliales generalmente tienen bordes característicos.

La presencia de células clave en el examen en fresco, se detecta diluyendo la secreción en 1ml de solución salina y observando al microscopio, aunque en ocasiones, no se aprecian probablemente porque algunas pacientes presentan una afección crónica y por consecuencia hay producción de inmunoglobulinas localmente, la cual bloquea la lesión de las bacterias a la célula a través de la interacción con proteínas de superficie.

Olor vaginal. El olor vaginal característico es el signo más común y a menudo inicial aunque muchas veces el síntoma del olor de la vaginosis bacteriana se puede reconocer solamente después de la cópula sexual. La alcalinidad del semen puede causar un desprendimiento de aminos volátiles de la secreción vaginal causando el olor a pescado. El diagnóstico en el hombre es más difícil ya que el cuadro clínico es generalmente asintomático aunque en algunos pacientes se presenta cierto tipo de balanitis.

Diagnóstico de laboratorio. Se puede iniciar desde el examen de la secreción durante la toma de una muestra, la cual se observa en el microscopio para detectar

trichomonas o yemas de levaduras y pseudohifas. Así mismo detecta los organismos relacionados con vaginosis: células clave, leucocitos, lactobacilos, además de otras bacterias en el medio. Los hallazgos microscópicos típicos permiten diferenciar las secreciones normales de las de origen infeccioso.

La flora bacteriana puede ser examinada microscópicamente para evaluar la presencia de bacterias predominantes. Normalmente en la vagina de la mujer sana, en edad reproductiva, predominan los *Lactobacillus* (bacilos gram positivos). En pacientes con vaginosis la flora de las pacientes cambia reflejando un incremento en el crecimiento de *Gardnerella vaginalis* y otros anaerobios, es notable la falta de leucocitos polimorfonucleares (PMNs), típicamente 1 ó menos de 1 PMN por célula epitelial vaginal; en coinfecciones se presenta un incremento en el número de los PMNs por lo cual es más difícil su diagnóstico. Si predominan los leucocitos, se debe considerar la posibilidad de que la paciente tenga otra enfermedad de transmisión sexual, debido a que la vaginosis bacteriana rara vez provoca un exudado con presencia de leucocitos.

Cultivos. Un cultivo positivo para *Gardnerella vaginalis*, es insuficiente para diagnosticar vaginosis sin el soporte de evidencias clínicas y otras pruebas de laboratorio. Los cultivos vaginales en pacientes con vaginosis no son siempre confiables debido a que se trata de una infección polimicrobiana. Adicionalmente es importante reconocer que existen mujeres que son portadoras asintomáticas de *Gardnerella vaginalis* de tal manera que aunque se ha demostrado su crecimiento en el 100% de cultivos en mujeres con vaginosis bacteriana, también se ha cultivado en más del 70% de las mujeres asintomáticas, por lo que se considera que es apropiado realizar cultivos para excluir otros agentes etiológicos como: *Trichomonas*, *C. Trachomatis*, *N. gonorrhoeae*.

Tratamiento. El tratamiento de vaginosis bacteriana combate la abundancia de anaerobios que definen esta condición. El metronidazol oral por 5 a 7 días mejora los síntomas en 83 a 87% de los casos. Los esquemas de administración oral, comprenden: uno de dosis única de 2g de metronidazol y otro de 2 g por día por dos días y 500 mg cada 12 horas por siete días como los mas utilizados, sin diferencias significativas en cuanto a eficacia entre los grupos.

La clindamicina es el Segundo agente antimicrobiano para el tratamiento de vaginosis bacteriana, el esquema consiste en 300 mg vía oral dos veces por día y el de uso externo en crema una vez al día por siete días teniendo estos similares tasas de curación. Un estudio randomizado que comparó la eficacia de la clindamicina y el metronidazol demostró ser similar en sus distintas formas de uso.

El tinidazol oral ha sido utilizado para tratar vaginosis bacteriana a dosis única oral de 2 gramos, este tiene efectos adversos más favorables que el metronidazol oral con una notable mejor tolerancia gastrointestinal y menor sabor metálico.

Otro agente antimicrobiano usado en el tratamiento de vaginosis bacteriana es el secnidazol, el cual tiene un buen espectro de actividad contra anaerobios y una vida media mas larga que el metronidazol. Utilizado en dosis única parece ser efectivo en el tratamiento de amebiasis, giardiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. La opción terapéutica consiste en utilizar dosis única de 1 g.

La vaginosis bacteriana esta asociada con altas tasas de recurrencia y el manejo adecuado de estas recurrencias puede ser muy difícil. Las vaginosis bacterianas recurrentes han estado marcadas por la persistencia de Gardnerella vaginalis después del tratamiento.¹⁴

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico caracterizado por la infección del tracto genital superior que se produce casi siempre por vía ascendente desde el cuello uterino. La relación sexual con espermatozoides que transportan bacterias y la pérdida de la biología vaginal normal con alteraciones del moco cervical parece ser el principal causante.

Algunos autores e instituciones de salud de diferentes países, definen de acuerdo a su localización en el aparato genital femenino a la E.I.P. como: Metritis o Endometritis, salpingitis, salpingovaritis, absceso tubárico, piosalpinx, pelviperitonitis, parametritis

¹⁴ Diagnóstico Clínico y de Laboratorio y Tratamiento de Vaginosis por Gardnerella. Sánchez J.A, Coyotecatl L.L., Valentin E.

o pelvicolitis, douglasitis que incluye el absceso de Douglas y de localización extragenital (perihepatitis o síndrome de Fitz – Hugh –Curtis)

Muchos investigadores y ginecólogos en el mundo utilizan el término de E.I.P. como sinónimo de salpingitis aguda, por ser las trompas la localización más frecuente de la infección genital.

En el momento actual se incluyen como principales agentes etiológicos de la E.I.P. la *Neisseria gonorrhoeae*, las clamidias, los anaerobios y otros microorganismos como los micoplasmas y los actinomices se están observando con frecuencia. La presencia de anaerobios así como de bacterias aerobias puede deberse a un fenómeno de sobre infección secundaria. Hay autores que señalan que excepto para el gonococo y la *Clamidia trachomatis*, no existen datos suficientes que permitan afirmar que otras bacterias tengan un papel primario en la infección de unas trompas sanas. Una vez alterada la integridad anatómica de la trompa, se produciría la infección mixta o poli microbiana.

La salpingitis aguda constituye la complicación más seria por *Clamidia* en la mujer, es clínicamente más benigna y cursa con menos fiebre que la gonocócica o la no gonocócica que no son por clamidias. La *Clamidia* es considerada la responsable de la salpingitis silenciosa llamada así por ausencia de síntomas y es responsable de gran número de esterilidad por obstrucción tubárica en mujeres en edad reproductiva.

Factores de riesgo. Edad y promiscuidad sexual. La E.I.P. es significativamente más frecuente por debajo de los 30 años y el riesgo es especialmente elevado en adolescentes. Esto se ha relacionado con un mayor grado de promiscuidad sexual en edades jóvenes, bajo nivel socioeconómico, E.I.P. previa, parto o aborto espontáneo y procedimientos invasivos en el aparato genital (aborto provocado, regulación menstrual, histerosalpingografía, insuflación tubárica, histerometría, legrado diagnóstico, colocación de DIU y su retiro, duchas vaginales y cirugías sobre el cuello uterino)

El DIU aumenta el riesgo de EPI, como mecanismos de infección se señalan el arrastre de gérmenes al colocar el dispositivo, la inflamación estéril del endometrio y de las trompas que esto origina y la presencia del hilo en el canal cervicovaginal.

Los contraceptivos orales pueden reducir el riesgo de E.I.P. y su severidad, esta acción protectora se presenta solo a partir de los 12 meses de su ingesta y haberlos tomado no protege; sin embargo, la salpingitis silenciosa aparece con mayor frecuencia en las mujeres que usan contraceptivos orales los cuales aumentan la incidencia de ectopias cervicales y ello facilita la infección por Chlamydia.

Los métodos de barrera por un mecanismo de actuación mecánica, y los espermicidas por su posible acción bactericida reducen la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y de E.I.P.

El riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica al practicar una interrupción de la gestación aumenta con el tiempo de amenorrea y según la técnica usada, siendo mayor el riesgo con dilatación y raspado que con la aspiración.

Las vías de la propagación genital son: Ascendente (80-90 %), Linfática (+ 6%), Hemática (+ 3%) y por Contigüidad (3%). La infección del tracto genital alto se produce, casi siempre, por vía ascendente desde el cérvix uterino.

Diagnóstico Clínico y de Laboratorio. La paciente generalmente acude al médico, refiriendo dolor en bajo vientre, fiebre que se puede acompañar de escalofríos y leucorrea purulenta y /o fétida. Al interrogatorio podemos recoger con gran frecuencia alguno de los siguientes antecedentes: Procederes invasivos del aparato genital, un parto o aborto espontáneo o una E.I.P. previa.

Al examen físico podemos encontrar a la palpación del abdomen y examen ginecológico así como en los resultados de complementarios y algunos medios 3 de los siguientes síntomas: Dolor espontáneo a la palpación en hipogastrio, signos de irritación peritoneal, presencia de leucorrea purulenta y/ o fétida, dolor a la movilización cervical, dolor anexial y temperatura mayor de 38 °C.

Presencia de al menos 2 de los siguientes datos: Leucocitosis superior a 10.000, Eritrosedimentación mayor a 50 mm /h, masas anexiales inflamatorias (por examen ginecológico, ultrasonografía o laparoscopia), obtención del líquido purulento por punción abdominal o del Douglas, test de Gram o clamidias: positivo.

Si se establece el diagnóstico de E.I.P. podemos clasificar la enfermedad en el estadio en que se encuentra.

Estadio I: Salpingitis aguda sin pelvi peritonitis.

Estadio II: Salpingitis aguda con pelvi peritonitis.

Estadio III: Salpingitis con formación de absceso tubo ovárico.

Estadio IV: Rotura de abscesos tubáricos

El estadio en que se encuentra la E.I.P en ocasiones es muy difícil de precisar por la clínica, debido a la dificultad de obtener datos por el tacto vaginoabdominal en una paciente que puede presentar una pelvi peritonitis aguda.

Cuando se sospecha una E.I.P. aguda los criterios clínicos clásicos de dolor pélvico y anexial, fiebre, flujo, eritrosedimentación acelerada y leucocitosis, y realizamos una laparoscopia, se comprueba que solo el 65% tienen una E.I.P. un 20% de las pacientes no presentan patología pélvica alguna y el 15% tienen otros problemas patológicos (patologías urológicas, apendicitis aguda, embarazo ectópico, endometriosis, cuerpo lúteo hemorrágico o torsión de quistes de ovarios).

La ecografía puede resultar un medio diagnóstico complementario de gran utilidad pues puede informarnos del estadio de la enfermedad porque nos puede diferenciar un absceso tubárico de una salpingitis aguda con adherencia intestinal a los anexos. La laparoscopia es posiblemente el medio de diagnóstico mas importante en la E.I.P. además se puede utilizar para recoger muestras para cultivo y para procedimientos terapéuticos.

Tratamiento. Las únicas pacientes que pueden hacer tratamiento ambulatorio son las que presentan el estadio I y II de la enfermedad a excepción de las adolescentes. Toda paciente con el diagnóstico de E.I.P.A en estadio III, y IV deben ser hospitalizadas.

Al ingreso hospitalario pueden indicarse los siguientes complementarios: Serología y VIH, hemograma con fórmula diferencial, eritrosedimentación: al ingreso y después

cada 3-5 días, parcial de orina, exudado de vaginal simple y cultivo, test de Gram, ultrasonido ginecológico al ingreso y después cada 7 días, laparoscopia en los casos con dudas diagnósticas, laparoscopia en caso de E.I.P. en estadio IV.

Medidas Generales: Reposo en posición semisentada, bolsa de hielo en hipogástrico (no es imprescindible), la dieta será de acuerdo al estado de la paciente y si tiene o no vómitos, Si hay anemia, debe ser corregida de acuerdo a su intensidad, vigilar hidratación y aporte de electrolitos, vigilar la evolución de la enfermedad por tacto vaginal cada 5 días, ultrasonido cada 7 días y eritrosedimentación cada 3-5 días.

Medicación sintomática Analgésicos: Dipirona 600 mg cada 8 horas o 1 tableta de 300 mg cada 8 horas. Sedantes e Hipnóticos: Diazepam 5mg cada 8 horas, puede usarse cualquier tipo de sedante o hipnótico.

Terapéutica Antibiótica. Esta debe ser encaminada a lograr un amplio espectro, debido a la posible etiología polimicrobiana de la enfermedad y debe ser administrada por vía endovenosa, siempre que no esté contraindicada dicha vía. Los antibióticos deben ser siempre combinados, se puede utilizar Penicilina cristalina 2-4 U intravenosa cada 4 a 6 horas mas Gentamicina 3 - 5 mg por Kg. al día dividido en 3 dosis, intravenoso.

Si existe sospecha de infección por algún germen anaerobio como en los casos que el factor predisponente sea la colocación o retiro de un DIU o la presencia de abscesos debe adicionarse a las combinaciones anteriores el metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas, pasándolo en 20 minutos, si no existen contradicciones para la vía oral ,como vómitos o intolerancias puede ser utilizada esta vía ya que el medicamento es absorbido en su totalidad por vía digestiva, la dosis es de 250-500 mg cada 8 horas.

La terapéutica antibiótica debe ser entre 7-10 días. Si trascurrida 48-72 horas del uso de estos antibióticos la fiebre persiste por encima de 38°C, el estado general de la paciente no mejora o empeora, debe cambiarse la terapéutica antibiótica y pasar a usar combinaciones antibióticas como: Cefalosporina y aminoglucósidos, Cefalosporina y doxiciclina, Quinolonas y clindamicina o metronidazol. La doxiciclina ha dado muy buenos resultados en el tratamiento de la E.I.P. cuya

etiología es por *Clamidia trachomatis*, además de tener una eficacia aceptable contra el gonococo.

Las Quinolonas como el ofloxacino tienen actividad contra algunos gérmenes facultativos Gram positivos y contra Gram negativos incluyendo el gonococo y la *Clamidia* pero la actividad contra los anaerobios es muy limitada, es efectiva en el tratamiento de la Salpingitis no complicada con accesos tuboovárico, en estos casos si se usa, debe asociarse a la clindamicina.

La asociación de esteroides a la terapéutica antibiótica en la E.I.P. es muy discutida. Quienes condenan su uso lo hacen por su efecto inmunodepresor aduciendo que este efecto favorece la progresión de la sepsis. Quienes lo defienden plantean que al mejorar la perfusión tisular, mejora el estado general, la fiebre desaparece y la eritrosedimentación disminuye, parece ser que favorece la entrada de antibióticos a los abscesos. Estudios realizados en EUA aseguran que su uso asociado a los antibióticos logra una curación del 75% de los abscesos y principalmente del absceso tuboovárico, mientras que los abscesos tratados solo con antibióticos curan en un 50%, por lo que su uso disminuye la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Criterios de Tratamiento Quirúrgico. Rotura de abscesos (estadio IV de la enfermedad), persistencia de abscesos tuboováricos después de tratamiento Antibióticos, empeoramiento de la paciente a pesar del tratamiento antibiótico., persistencia de fiebre y no mejoría de las pacientes en estadio III al cabo de 72 horas de tratamiento antibiótico y recidivas o reinfecciones repetidas de episodios de E.I.P.

El tratamiento radical (histerectomía con doble anexectomía) estará indicado en pacientes con las formas graves de la enfermedad y en pacientes que tienen su paridad satisfecha. El tratamiento quirúrgico conservador se realizara en pacientes jóvenes o sin descendencia que no presentan formas graves de la enfermedad.

Actualmente la laparoscopia y la cirugía endoscópica han tomado gran auge en el mundo como una variante del tratamiento quirúrgico clásico. El drenaje percutáneo, dirigido por ecografía esta ganando adeptos como tratamiento del abscesos tuboováricos en mujeres que no tienen hijos.

Seguimiento. La paciente que ha padecido una E.I.P. debe tener un seguimiento para evitar recidiva de la E.I.P. (cuando aparece un nuevo episodio de la enfermedad antes de las 6 semanas del episodio anterior), reinfección (cuando aparece después de 6 semanas del episodio anterior) y una forma crónica de la enfermedad

Pronóstico. El 12 % de las pacientes repiten el episodio, el 6% puede presentar esterilidad de causa tubárica, que puede ascender a 18% si tienen una nueva E.I.P. y llegar al 40 % si se repite en 3 ocasiones. En aproximadamente el 25 % de los embarazos ectópicos hay antecedentes de E.I.P. y en casi el 50 % puede demostrarse una salpingitis silenciosa, entre el 16 y 18 % evolucionan hacia la forma crónica de la enfermedad.¹⁵

MODELO DE ATENCIÓN PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN ECUADOR

Desde 1990 la OMS recomienda un enfoque sindrómico del diagnóstico y tratamiento de las ITS en pacientes que presenten síntomas y signos que se observen regularmente en algunas ITS.

La implementación progresiva del manejo sindrómico de las personas con ITS se usa en la actualidad en muchos países, se adapta perfectamente a los servicios de todo nivel, unificando criterios para el abordaje integral de las ITS.

En Ecuador, desde el 2006, a las ITS se las atiende con manejo sindrómico, en las unidades de salud, su ejecución se ha constituido en una estrategia de prevención del VIH al atender a las personas que presentan síntomas agudos de infecciones contraídas en prácticas sexuales inseguras. De las medidas de prevención del VIH, el manejo sindrómico es la mejor estrategia costo-efectiva para evitar el VIH, al brindar atención oportuna con tratamiento Completo, Consejería a Contactos (pareja/s), entrega y demostración del uso correcto del Condón; a todas las personas

¹⁵ Diagnóstico y tratamiento de Enfermedad Pélvica Inflamatoria. CENETEC. 2010

diagnosticadas con ITS se les ofrece la realización de pruebas de VIH y Sífilis con consejería y consentimiento informado.

Síndrome de Úlcera Genital

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de las áreas adyacentes. En ocasiones se inicia con la presencia de vesículas que evolucionan a úlceras.

El usuario refiere una llaga o herida en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede acompañarse o no de linfadenopatía inguinal, pueden provocar ardor y quemazón en contacto con la orina y agua.

Después de confirmar mediante examen físico la presencia de ulceración genital, se debe instaurar el tratamiento adecuado según las etiologías y los patrones de sensibilidad antimicrobiana locales. En la primera visita, el diagnóstico diferencial mediante pruebas de laboratorio raramente resulta útil, dado que las infecciones mixtas son frecuentes.

Las ITS que producen el síndrome de úlcera genital son Sífilis primaria causada por el *Treponema Pallidum*, Chancroide o Chancro Blando causado por el *Haemophilus Ducrey* y Herpes Genital causado por el Herpes simple virus tipo I y II. El tipo II es más frecuente.

El síndrome de úlcera genital incluye dos subsíndromes: Síndrome de úlcera producidas por Sífilis y Chancroide y el Síndrome de úlcera más ampolla (vesícula) producida por el Herpes Genital

Síndrome de úlcera producida por sífilis y chancroide. Las úlceras únicas, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto pueden corresponder a sífilis; si son varias, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio con secreción purulenta, blandas al tacto se piensa en chancro blando.

El tratamiento se realiza con Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI vía intramuscular en dosis única más Azitromicina 1g dosis única, en mujeres gestantes se puede

utilizar el mismo esquema de tratamiento. En varones y mujeres no embarazadas con alergia a la penicilina se puede usar Tetraciclina 500mg cada 6 horas por 21 días o Doxiciclina 100g VO cada 12 horas por 21 días y hacer seguimiento del paciente durante un año.

Como antibióticos alternativos para el Chancro Blando se puede utilizar Azitromicina 1gr VO dosis única o Ceftriaxona 250mg vía intramuscular dosis única.

Síndrome de úlcera más ampolla producida por herpes genital. Se caracteriza por presentar lesiones cubiertas por una ampolla muy delgada, que es muy frágil, se rompe con facilidad dejando mirar la úlcera de bordes irregulares en algunos casos sobre infectado, se acompaña de ardor y dolor tipo quemazón, puede haber adenopatía y generalmente el usuario refiere haber tenido episodios similares con anterioridad.

No existe tratamiento etiológico que cure el Herpes Genital, las lesiones suelen ser recurrentes. Se administra tratamiento cuando se realiza el diagnóstico, aunque si las lesiones se detectan en fase vesicular en la primoinfección, el tratamiento puede evitar recidivas, se recomienda Aciclovir 400mg cada 8 horas VO por 7 días. Además se debe dar tratamiento sintomático para el dolor evitando AINES. En caso de recurrencias mayores a 3 veces en el año, realizar tratamiento supresor con Aciclovir 400mg 2 veces al día por un año.

Es importante indicar al usuario que debe mantener limpia y seca la zona afectada por las lesiones y suspender las relaciones sexuales mientras estas no hayan desaparecido completamente, usar siempre condón para evitar el contagio a la pareja sexual. Se debe tratar a todo contacto o pareja dentro de los 90 días de exposición, aunque no presente sintomatología.

Síndrome de Secreción Uretral

La secreción uretral es la queja más común de ITS en hombres, representa una uretritis o infección de la uretra. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra de tipo purulento o mucoso, claro, blanquecino o amarillo verdoso abundante

o escaso, en algunas ocasiones solo mancha la ropa interior. En ocasiones las infecciones son asintomáticas. Los agentes asociados con estas molestias en los hombres son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, ocasionalmente *Trichomona vaginalis* puede ser responsable.

El tratamiento correcto para la secreción uretral debe incluir medicamentos para la Gonorrea y Clamidia toda vez que estos microorganismos pueden coexistir en un mismo paciente hasta en un 40%. Se realiza con ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única más azitromicina 1g en dosis única por vía oral.

Como tratamientos alternativos para Gonorrea tenemos Ceftriaxona 125mg. vía intramuscular en dosis única, Espectinomicina 2g. vía intramuscular, dosis única y Gentamicina 280mg. Vía intramuscular dosis única. Para clamidia se debe administrar Doxiciclina 100mg VO cada 12 horas por 7 días, Tetraciclina 500mg VO cada 6 horas por 7 días y Eritromicina 500mg VO cada 6 horas por 7 días.

En caso de persistencia de la secreción o recidiva, descartar falla de tratamiento que puede ocurrir por no haber cumplido con la dosis indicada de tratamiento, o por reinfección, al tener relaciones sexuales con parejas no tratadas o nuevas. Si el usuario se halla en alguna de las circunstancias descritas se trata de un caso de recidiva, por lo que lo indicado es repetir el tratamiento al usuario y contactos. Si ha cumplido el tratamiento de forma completa, ha tomado la medicación su pareja y no ha tenido parejas nuevas se debe tratar con Metronidazol 2g en dosis única por vía oral.

Síndrome de Secreción Vaginal

Se considera síndrome de secreción vaginal al aumento en la cantidad de la secreción, con cambio de color, olor, a veces acompañado de prurito, o irritación vulvar, en algunos casos con disuria, dispareunia. Cuando a este cuadro se añade el dolor en el hemiabdomen inferior, éste deberá ser manejado como síndrome de dolor abdominal bajo.

Se debe considerar que la mujer presenta un flujo vaginal normal que deriva de la trasudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclado con secreciones de la glándula de Bartholino y de Skene, del endometrio, de las trompas de Falopio y del cérvix, además la vagina presenta un conjunto de microorganismos que viven normalmente en ella y que se denomina flora vaginal, este ecosistema vaginal se mantiene en equilibrio, pero puede ser alterado por duchas vaginales, espermicidas, uso de antisépticos, antibióticos, anticonceptivos, embarazo o enfermedades subyacentes como diabetes, que deberán ser valorados en casos de recidivas.

El síndrome de secreción vaginal incluye dos subsíndromes que son la cervicitis y la vaginitis. La etiología de la cervicitis incluye la *Neisseria gonorrhoeae* y *Clamidia trachomatis*. La vaginitis se puede presentar en casos de Tricomoniasis genital causado por *Trichomona vaginalis*, vaginosis bacteriana frecuentemente asociada a *Gardnerella vaginalis* y Candidiasis causada por *Cándida sp.*

Es importante señalar que en una misma mujer pueden coexistir ambas entidades vaginitis y cervicitis. Es difícil distinguir una cervicitis de una vaginitis cuando no se puede hacer un examen ginecológico, se deben considerar factores de riesgo como pareja con síntomas de ITS, tener más de una pareja sexual en los últimos 3 meses sin protección, tener una nueva pareja en los últimos 3 meses, persona que ha sido expuesta a una ITS y rotura de condón.

Es fundamental el examen ginecológico con espéculo, para diferenciar entre vaginitis y cervicitis. Además se preguntará la existencia o no de dolor abdominal bajo y se realizará valoración de riesgo para cervicitis en los últimos 3 meses; en el caso de obtener respuestas positivas, se debe tratar como cervicitis y hacer el seguimiento respectivo.

El tratamiento de cervicitis incluye medicamentos para gonorrea y clamidiasis y consiste en: Ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única, más Azitromicina 1g en dosis única por vía oral.

El tratamiento de vaginitis incluye medicamentos para la Tricomoniasis, candidiasis y vaginosis bacteriana, entre ellos tenemos Metronidazol 2g vía oral, dosis única más Clotrimazol 200mg vía vaginal 1 vez al día antes de dormir por 3 días.

Como tratamientos alternativos tenemos:

Para gonorrea: Ceftriaxona 125g IM dosis única, Espectinomicina 2g IM dosis única o Gentamicina 280mg IM dosis única.

Para clamidia: Doxiciclina 100g VO cada 12 horas por 7 días, Tetraciclina 500mg VO cada 6 horas por 7 días o Eritromicina 500mg VO cada 6 horas por 7 días.

Para tricomoniasis: Metronidazol 2g Vía Oral, dosis única, Tinidazol 2g vía oral, dosis única o Secnidazol 2g vía oral, dosis única.

Vaginosis bacteriana: Metronidazol 2g vía oral, dosis única más Clindamicina vía vaginal una vez al día por 7 días.

Para candidiasis: Nistatina 100.000U vía vaginal una vez al día por 14 días o Fluconazol 150mg vía oral, dosis única.

Los principios del tratamiento de la secreción vaginal de la gestante son los mismos que en las mujeres no embarazadas, es decir, se tratará la vaginitis, la cervicitis o ambas dependiendo de los datos obtenidos en el interrogatorio y en el examen físico y valoración de riesgo.

Se debe incluir medicamentos para las 3 causas más frecuentes de vaginitis: Tricomoniasis, vaginosis bacteriana y candidiasis. Se administrará Metronidazol 2g en dosis única por vía oral acompañado de clotrimazol 200mg una tableta u óvulo intravaginal cada día por 5 días. El metronidazol se utiliza a partir de las 12 semanas de gestación.

El Tratamiento de la Cervicitis incluye medicamentos para la gonorrea y clamidiasis como Espectinomicina 2g dosis única IM más Azitromicina 1g vía oral en dosis única.

Las pautas de tratamiento alternativo para gonorrea incluyen Ceftriaxona 150mg en dosis única intramuscular. Para clamidiasis resulta beneficiosa la Eritromicina 500g cada 6 horas por 7 días. En casos de Tricomoniasis y vaginosis bacteriana se

recomienda Metronidazol 250mg, vía oral cada 8 horas por 7 días. En la Candidiasis se debe administrar Nistatina 100.000UI, 1 tableta vaginal por 14 noches.

Se debe tratar a las parejas sexuales (de gestantes y no gestantes) contra tricomoniasis, administrando: Metronidazol 2g en una dosis oral única o Secnidazol o Tinidazol 2g vía oral, dosis única. Todas las parejas sexuales tratadas por cervicitis, deberán recibir tratamiento para evitar la recurrencia. En el caso de PVS se tratará con igual esquema de tratamiento. Se debe ofertar prueba de VIH y RPR en todos los casos que se sospecha de cervicitis o vaginitis.

Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Es el dolor de origen pélvico con irradiación a la parte baja del abdomen que puede estar acompañado de flujo vaginal anormal, fiebre y dolor a los movimientos de laterización del cérvix conduce al diagnóstico presuntivo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI), que es la infección de los órganos reproductivos internos que afecta frecuentemente a mujeres sexualmente activas.

El diagnóstico diferencial incluye emergencia clínico quirúrgicas como embarazo, apendicitis aguda, pielonefritis aguda, litiasis ureteral, torsión de tumor quístico de ovario, endometritis, peritonitis y entidades colorrectales.

El tratamiento se realiza con Ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única, más Azitromicina 1g vía oral, dosis única y Metronidazol 2g vía oral, dosis única.

Los tratamientos alternativos incluyen: Para gonorrea Ceftriaxona 125mg dosis única IM, Espectinomicina 2g IM dosis única y Gentamicina 280mg IM dosis única. Para clamidiasis: Doxiciclina 100mg Vía Oral cada 12 horas por 14 días, Tetraciclina 500mg Vía Oral cada 6 horas por 14 días, Eritromicina 500mg vía oral cada 6 horas por 10 días. Para bacterias anaerobias: Metronidazol 500mg vía oral, cada 12h por 15 días y Clindamicina vía vaginal una vez al día por 7 días o 600mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

Las mujeres que reciben tratamiento ambulatorio en EPI, deben ser evaluados dentro de las primeras 24 horas de iniciado el tratamiento. De no haber mejoría clínica,

deberán ser remitidas de manera urgente a una unidad operativa de mayor complejidad. En toda pareja que hubiere tenido relaciones sexuales con la paciente en los últimos 60 días, se deben administrara el tratamiento recomendado para el síndrome de secreción uretral.

Síndrome de Edema De Escroto

Se refiere al edema acompañado de dolor en escroto, es generalmente unilateral, de inicio insidioso y progresivo secundario a relaciones sexuales de riesgo, sin protección. Las ITS que provocan edema de escroto son la Gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae* y la Clamidia causada por *Clamidia trachomatis*.

Si el usuario presenta edema de escoto puede corresponder a una ITS, pero es necesario descartar otros cuadros como trauma testicular, torsión testicular, orquitis por otros gérmenes, varicocele, hidrocele, hernia inguinoescrotal, etc.

El tratamiento se realiza con Ciprofloxacino 500mg vía oral, dosis única; más Azitromicina 1g vía oral en dosis única.

Los tratamientos alternativos en casos de Gonorrea, Ceftriaxona 125mg en dosis única intramuscular, Espectinomicina 2g intramuscular dosis única, Gentamicina 280mg intramuscular en dosis única. En casos de Clamidia: Doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 14 días y Tetraciclina 500g vía oral cada 6 horas por 14 días.

Síndrome de Bubón Inguinal

Es la presencia de una masa fluctuante, con o sin dolor en la región inguinal uni o bilateral, acompañada o no con historia reciente de lesión ulcerativa en genitales y posterior a contacto sexual de riesgo. 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.

Las ITS responsables de producir bubón inguinal son el Linfogramuloma venéreo causada por clamidia trachomatis y el Chancro blando causado por haemophilus ducrey.

Si el usuario presenta bubón inguinal doloroso, fluctuante, en ausencia de úlcera genital, este signo puede corresponder a linfogramuloma venéreo. Por otra parte el conjunto de un bubón y úlceras genitales indica sospecha de cancroide y requiere que el proveedor consulte y siga el flujograma para el síndrome de úlcera genital.

El tratamiento se realiza con Doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 21 días. El tratamiento alternativo incluye Eritromicina 500mg vía oral cada 6 horas por 21 días, Tetraciclina 500mg cada 6 horas por 21 días y Trimetroprim sulfa 160/80 cada 12 horas por 14 días.

Está contraindicado el drenaje con cielo abierto por el riesgo de favorecer el apareamiento de ulceraciones de difícil cicatrización. En caso de bubón fluctuante, se puede realizar aspiración con aguja número 18 en el sitio más blando. La paciente necesita tratamiento para el dolor y soporte emocional.

El tratamiento a las parejas se debe realizar con igual esquema. En este caso la usuaria debe asistir a controles sucesivos iniciando a las 48 a 72 horas, para valoración del tratamiento.¹⁶

¹⁶ Guía de Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual. MSP. 2009

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Patologías Ginecológicas Recurrentes

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	MÉTODO INSTRUMENTAL
Patologías ginecológicas recurrentes	Son las enfermedades que con mayor frecuencia afectan al aparato reproductor femenino. Aproximadamente un 30% de las mujeres padecen a lo largo de su vida dolores de abdomen o de pelvis originados por causas ginecológicas. Esas molestias pueden ser leves, moderadas o intensas.	ITS (Infecciones De Transmisión Sexual)	Tricomoniasis	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Candidiasis	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Vaginosis Bacteriana	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Sífilis	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Gonorrea	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Infección Por Clamidia	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Herpes genital	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
		EPI(Enfermedad Pélvica Inflamatoria)	Endometriosis	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta

			Salpingitis	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Salpingo-ooforitis	Dx. Presuntivo Dx. Confirmado	Historia Clínica Encuesta
			Cumplimiento de Tratamiento médico	Si No A veces	Encuesta
			Cumplimiento del Tratamiento de los contactos	Si No A veces	Encuesta
			Recurrencia de patologías ginecológicas	Tricomoniasis Candidiasis Vaginosis bacteriana Sífilis Gonorrea Clamidia Herpes genital EPI	Historia clínica

VARIABLE DEPENDIENTE: Trabajo Sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	MÉTODO INSTRUMENTAL
Trabajo sexual en mujeres atendidas en el centro de salud	El Trabajo Sexual se define como el acto de participar en actividades sexuales a cambio de dinero o bienes. Aunque esta actividad es llevada a cabo por miembros de ambos sexos, es más a menudo por las mujeres, pero también se aplica a los hombres.	Características Generales	Edad	15 – 19 años 20 – 29 años 30 – 39 años 41 años o más	Encuesta
			Procedencia	Urbana Rural	Encuesta
			Raza	Mestiza Negra Mulata Indígena Otro	Encuesta
			Estado Civil	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda	Encuesta
			Número de hijos	1 2 3	Encuesta

			Instrucción	4 5 o más No tiene hijos Primaria Secundaria Superior Ninguna	Encuesta
			Ocupación	Ejecutiva del Hogar Empleada Pública Empleada Privada	Encuesta
		Comportamiento sexual	Edad de primera relación sexual	12-14 años 15-17 años 18 años y más	Encuesta
			Edad de inicio de Trabajo sexual	15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 años y más	Encuesta
			Compañero sexual	Estable Ocasional No tiene	Encuesta
			Número de parejas	1-10	Encuesta

			sexuales por día	11-20 21-30 31-40 41-50 51 y Mas	
			Numero de relaciones con cada cliente	1 2 3 4 o Mas	Encuesta
			Coito durante la menstruación	Si No	Encuesta
			Protección durante la relación con clientes	Preservativo Masculino Preservativo Femenino Ninguno Otros	Encuesta
			Protección durante la relación sexual con compañero sexual	Preservativo Masculino Preservativo Femenino Ninguno Otros	Encuesta
			Aseo íntimo en cada	Agua	Encuestas

			relación sexual	Agua y jabón Agua y Reguladores del PH vaginal Toallas húmedas Duchas vaginales Otras No realiza	
			Métodos anticonceptivos	Natural A. Orales A. Inyectables Implantes subdérmicos Ligadura tubárica Ninguno	Encuesta
			Educación sexual	Centros de Salud Pública Otras organizaciones Trabajo No ha recibido	Encuesta
			Medio de información de las ITS	Consulta médica Personal de enfermería Radio o televisión Internet Charlas educativas Seminarios No ha recibido	Encuesta

			Cirugías ginecológicas previas	Histerectomía Salpingectomía Ooforectomía Cesárea Ninguna	Encuestas
--	--	--	--------------------------------	---	-----------

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de Estudio

Esta investigación es de carácter prospectivo debido a que se realizó desde el mes de Septiembre 2012 a Febrero 2013, tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el problema identificado.

Es descriptiva porque se indagó sobre la salud sexual y reproductiva de las trabajadoras sexuales que buscan atención en niveles primarios de salud.

Así mismo tiene carácter bibliográfico ya que se recopiló información de textos, revistas, manuales, folletos, así como del internet, que permitieron completar la información requerida; y documental porque se deja en un documento final, la Tesis, en la cual los investigadores dejamos plasmada la información recopilada.

Área de Estudio.

Pacientes que fueron atendidas en el área de salud sexual y reproductiva del Centro de Salud Portoviejo.

Población.

La población corresponde a 300 trabajadoras sexuales que buscan atención en el Centro de Salud Portoviejo.

Muestra Y Su Tipo.

Se realizó el estudio descriptivo prospectivo en base a encuestas y a la revisión de las historias clínicas de 150 usuarias trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo en el periodo septiembre 2012 a febrero 2013. Se analizaron indicadores como edad, raza, procedencia, estado civil, entre otros. Así mismo se indagó sobre las enfermedades de tipo ginecológico que les afecta con mayor frecuencia. Al final del trabajo se obtuvo los resultados y se buscó solución al problema planteado.

Instrumentos de Recolección de la Información.

La investigación empezó revisando las Historias clínicas de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo. Se realizó un Formulario de preguntas, en donde se ejecutó todos los indicadores de las variables planteadas.

Una vez obtenido los resultados, estos fueron tabulados en cuadros estadísticos y se planteó inmediatamente el respectivo análisis e interpretación de cada resultado obtenido.

Criterios de Inclusión

Mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Mujeres que fueron atendidas en el área de salud sexual y reproductiva.

Mujeres mayores de 18 años.

Criterios de Exclusión

Mujeres que no sean trabajadoras sexuales.

Mujeres que no fueron atendidas en el área de salud sexual y reproductiva.

Mujeres menores de 18 años.

RECURSOS.

Materiales y Equipo de Trabajo.

Material tecnológico

Historias clínicas

Materiales de oficina

Copias

Cámara

Libros de estadística.

Recursos Humanos.

Población a investigar

Talento humano del Centro de Salud

Dos investigadores

Director de tesis

Miembros del tribunal

Recursos Institucionales.

Universidad Técnica de Manabí.

Centro de Salud Portoviejo

Recursos Económicos.

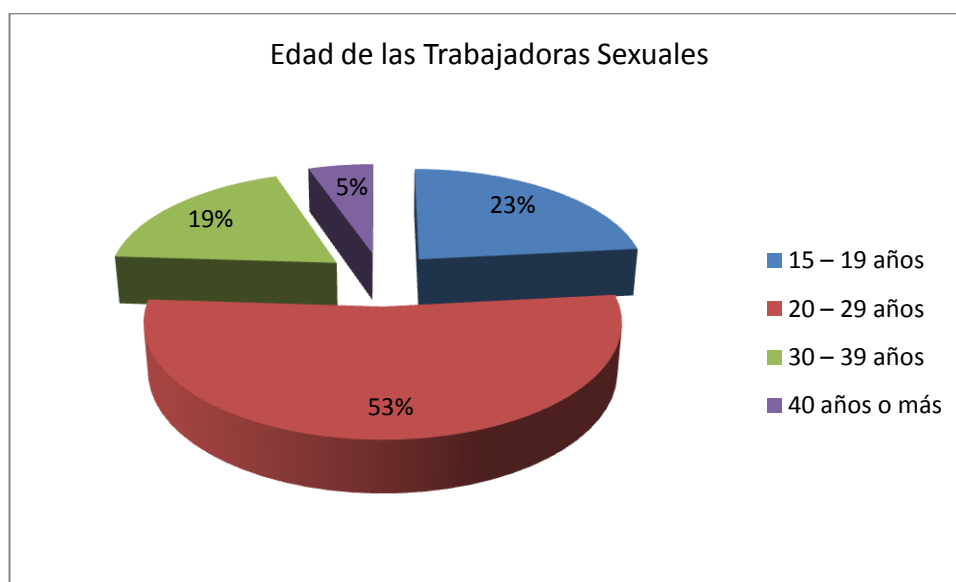
La investigación tuvo un costo aproximado de 1000 dólares, el mismo que fue financiado con recursos propios de las egresadas.

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

GRÁFITABLA N°1

EDAD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

EDAD	N°	%
15 – 19 años	35	23
20 – 29 años	79	53
30 – 39 años	28	19
40 años o más	8	5
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

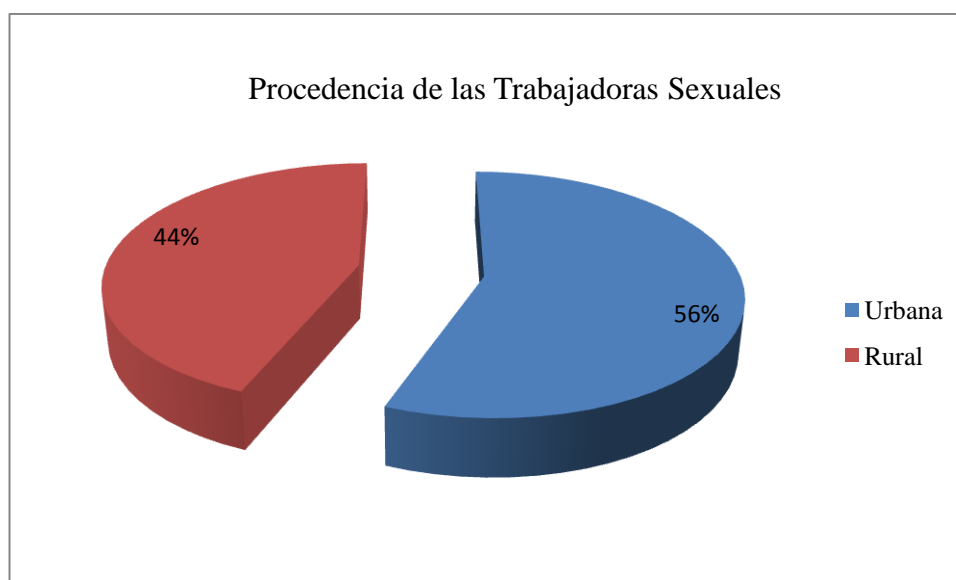
ANÁLISIS

Con respecto a las edades de las trabajadoras sexuales, la encuesta reveló que las mujeres entre 20 - 29 años ocupan el primer lugar con un 53%, en segundo lugar las mujeres entre 15 - 19 años en un 23% y el menor porcentaje lo ocupan las edades de 40 años o más en un 5%. Dichas cifras ponen de evidencia que son las mujeres jóvenes en primer lugar y las adolescentes mayores en segundo lugar de frecuencia, quienes realizan el trabajo sexual en nuestro medio, datos que coinciden con los encontrados en el marco teórico. Cabe recalcar que las mujeres que se ubicaron en el grupo de 15 - 19 años corresponden todas a mayores de 18 años, debido a que el MSP las reconoce como trabajadoras sexuales a partir de esta edad.

GRAFITABLA N°2

PROCEDENCIA DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

PROCEDENCIA	N°	%
Urbana	84	56
Rural	66	44
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

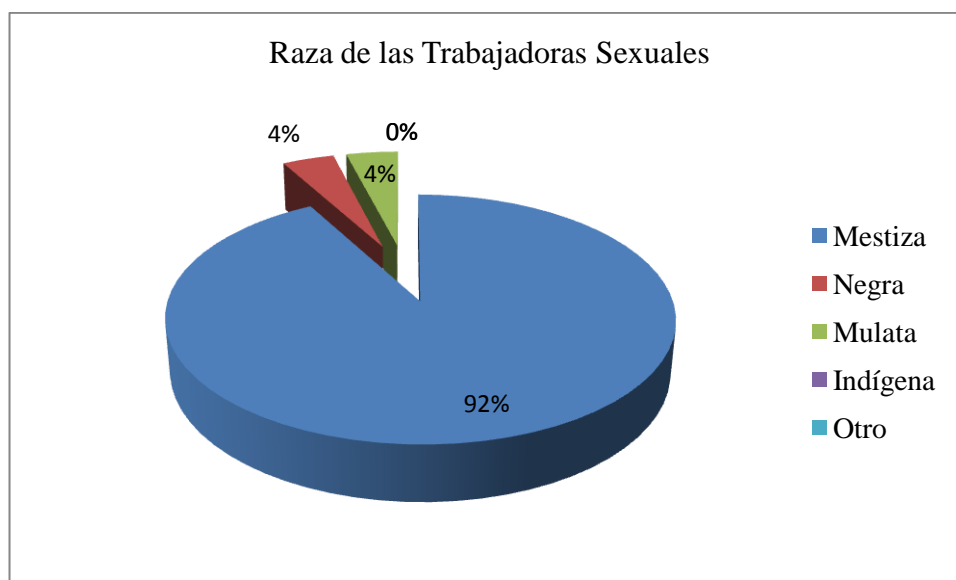
ANÁLISIS

La encuesta reveló que la mayor procedencia de las trabajadoras sexuales corresponde a la población urbana en un 56% a diferencia de la procedencia de áreas rurales que se sitúa en un 44%. Esto seguramente debido a que en los últimos años la población rural en el Ecuador ha disminuido.

GRÁFITABLA N°3

RAZA DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

RAZA	N°	%
Mestiza	138	92
Negra	6	4
Mulata	6	4
Indígena	0	0
Otro	0	0
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Víneces Jeniffer

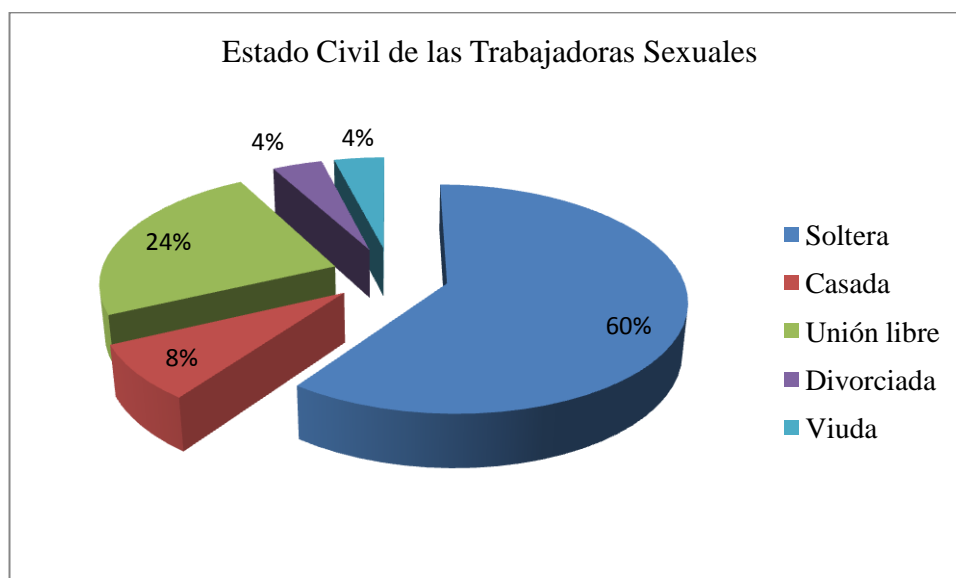
ANÁLISIS

Del total de pacientes encuestadas el 92 % son de raza mestiza, seguida de aquellas mujeres de raza negra en un 4% y de raza mulata en otro 4%. No se registraron de otras etnias. Datos que coinciden a nivel nacional con la mayor proporción de habitantes mestizos que tiene el Ecuador.

GRÁFITABLA N°4

ESTADO CIVIL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	90	60
Casada	12	8
Unión libre	36	24
Divorciada	6	4
Viuda	6	4
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínecs Jeniffer

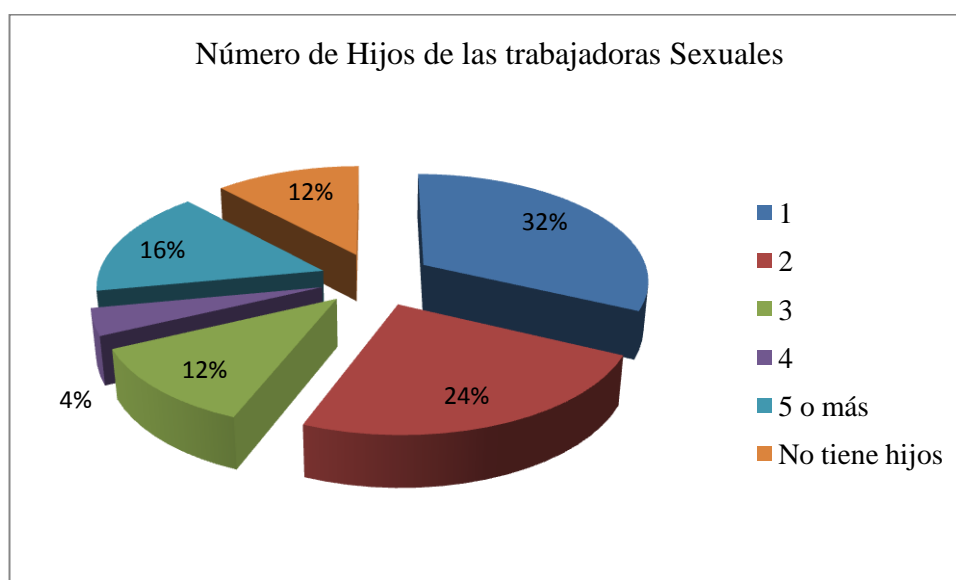
ANÁLISIS

Con relación al estado civil de las trabajadoras sexuales la encuesta pone en evidencia que este trabajo es realizado en mayor cantidad por mujeres solteras en un 60%, seguido de la unión libre en un 24%, mujeres casadas en un 8%, divorciadas en un 4% al igual que aquellas mujeres viudas en otro 4%. Lo que coincide con la literatura del marco teórico que son las mujeres solteras las que ejercen en mayor porcentaje el trabajo sexual.

GRÁFITABLA N°5

NÚMERO DE HIJOS DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

N° DE HIJOS	N°	%
1	48	32
2	36	24
3	18	12
4	6	4
5 o más	24	16
No tiene hijos	18	12
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

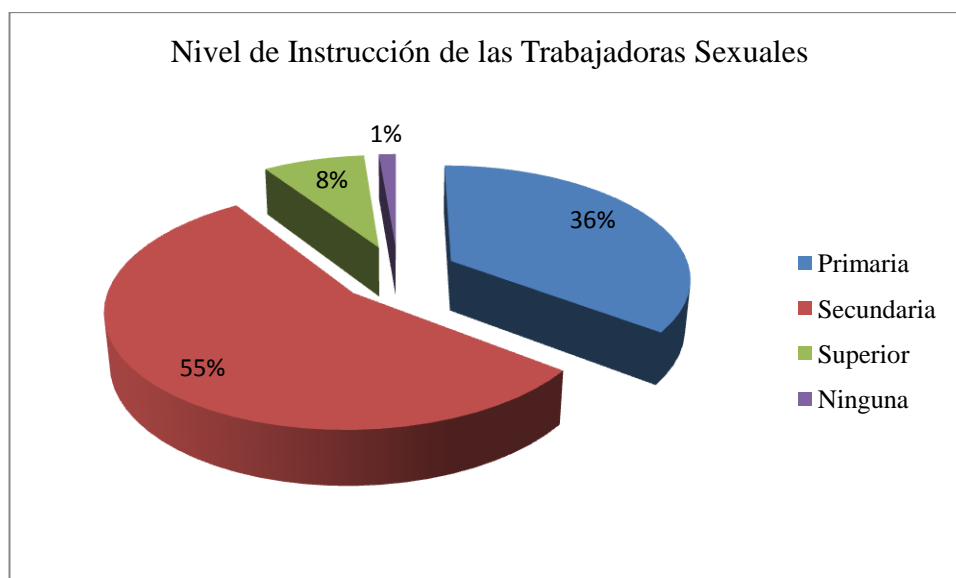
ANÁLISIS

De acuerdo al número de hijos de las trabajadoras sexuales el 32% tiene 1 hijo, el 24% tiene 2 hijos, seguidas de aquellas mujeres que tienen 5 o más hijos en un 16% en un 12% no tienen hijos, otro 12% lo representan las mujeres que tienen 3 hijos y por último el 4% corresponde a mujeres con 4 hijos. Lo que señala que el mayor número de hijos no equivale al mayor porcentaje de trabajadoras sexuales, sin embargo no pudo relacionarse este dato con el marco teórico, debido a no encontrar estudios que reporten estos datos.

GRÁFITABLA N°6

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	53	36
Secundaria	83	55
Superior	12	8
Ninguna	2	1
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

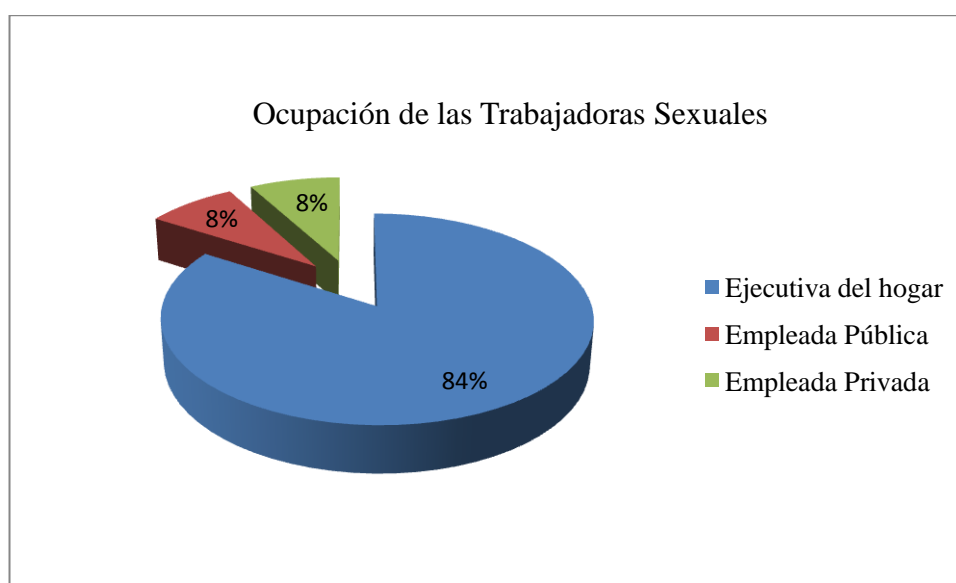
ANÁLISIS

Según el nivel de instrucción, el estudio evidencia que la mayoría de trabajadoras sexuales representado por el 55% realizó estudios secundarios, seguido de estudios primarios en un 36%, mujeres con educación superior 8% y ninguna educación en un 1%. Datos que revelan que la falta total de instrucción incide en menor medida en el trabajo sexual en nuestro medio. Lo que no se relaciona con lo encontrado en el marco teórico que sostiene que son las mujeres con menor grado de escolaridad las que realizan en mayor proporción el trabajo sexual.

GRAFITABLA N°7

OCUPACIÓN DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

OCUPACIÓN	N°	%
Ejecutiva del hogar	126	84
Empleada Pública	12	8
Empleada Privada	12	8
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

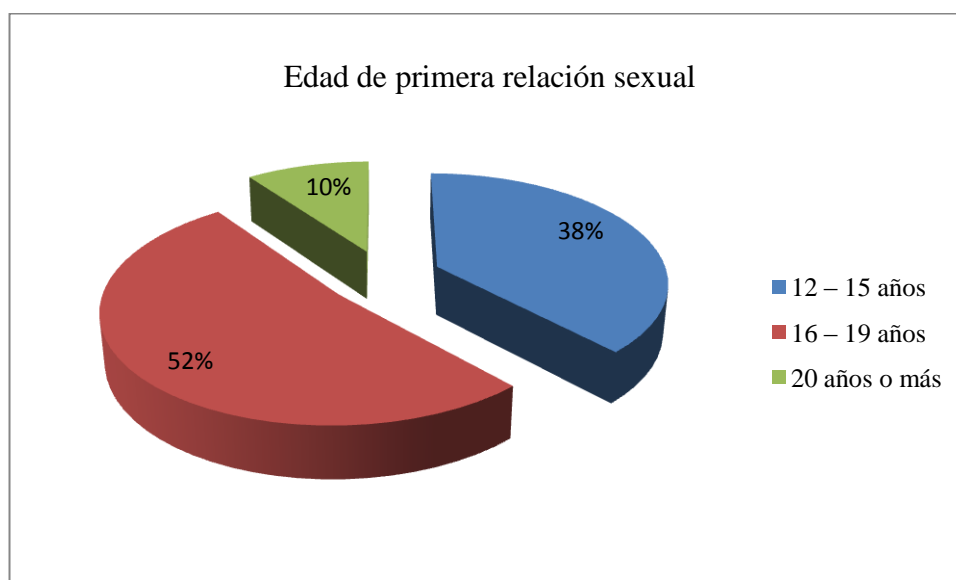
ANÁLISIS

Según datos obtenidos mediante la encuesta la ocupación de las trabajadoras sexuales corresponde a ejecutivas del hogar en un 84%, empleada pública en un 8% y en igual porcentaje son empleadas privadas. Probablemente esto obedece a que la mayoría de las mujeres en el Ecuador son ejecutivas del hogar lo que implica que no tienen un trabajo remunerado.

GRÁFITABLA N°8

EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

EDAD DE PRIMERA R.S.	N°	%
12 – 15 años	57	38
16 – 19 años	78	52
20 años o más	15	10
TOTAL	150	100



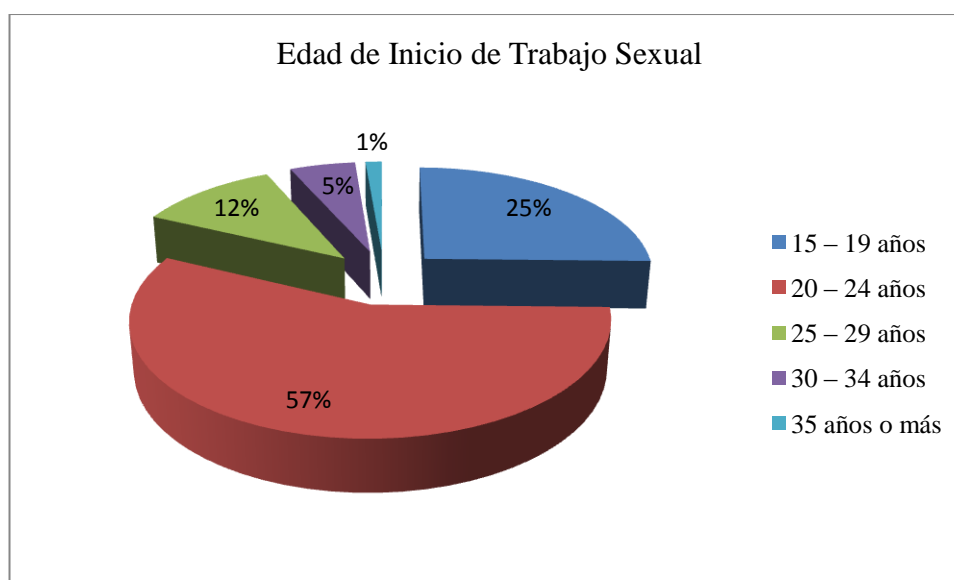
FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

ANÁLISIS

La encuesta reveló que la edad de inicio de la primera relación sexual comprenden las edades entre 16 a 19 años en un 52%, de 12 - 15 años en un 38% y de 20 años o más en un 10%; lo que indica que es en el periodo de la adolescencia donde mayoritariamente tiene lugar la primera relación sexual.

GRAFITABLA N°9
EDAD DE INICIO DEL TRABAJO SEXUAL DE LAS MUJERES
TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

EDAD DE INICIO DE TRABAJO SEXUAL	N°	%
15 – 19 años	38	25
20 – 24 años	85	57
25 – 29 años	17	12
30 – 34 años	8	5
35 años o más	2	1
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
 ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

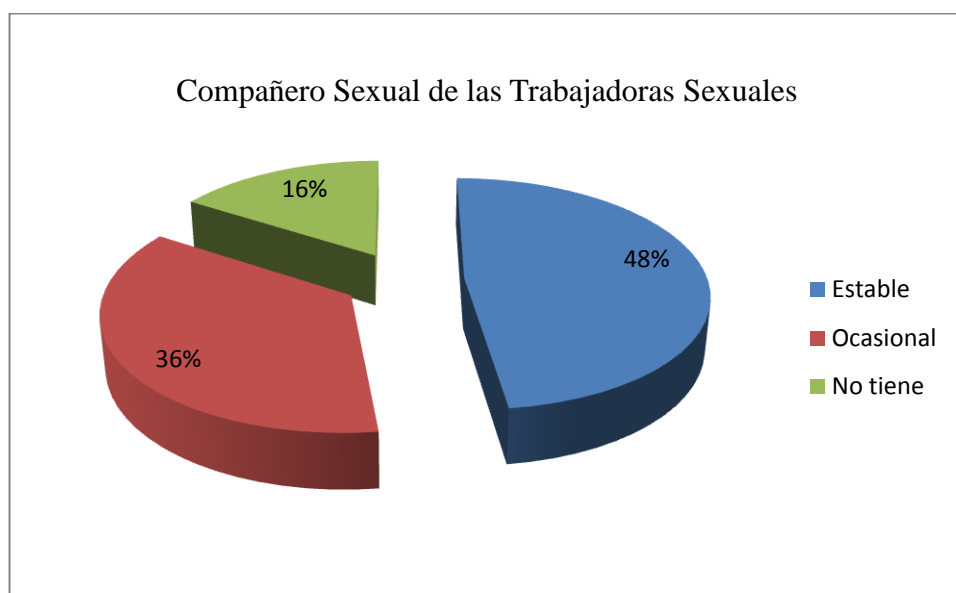
ANÁLISIS

Los datos de la encuesta revelan que la edad de inicio del trabajo sexual se dio entre los 20 - 24 años en un 57% de las mujeres encuestadas, entre los 15 - 19 años en un 25%, se encontró en un 12% de usuarias q inició el trabajo sexual entre los 25 - 29 años y entre 30 - 34 años el 5%; el 1% restante corresponde a 35 años o mas. Datos que se correlacionan con los encontrados en el marco teórico de que el trabajo sexual se inicia a edades tempranas, es decir, en el periodo de juventud y en las adolescentes mayores.

GRÁFITABLA N°10

COMPAÑERO SEXUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

COMPAÑERO SEXUAL	N°	%
Estable	72	48
Ocasional	54	36
No tiene	24	16
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

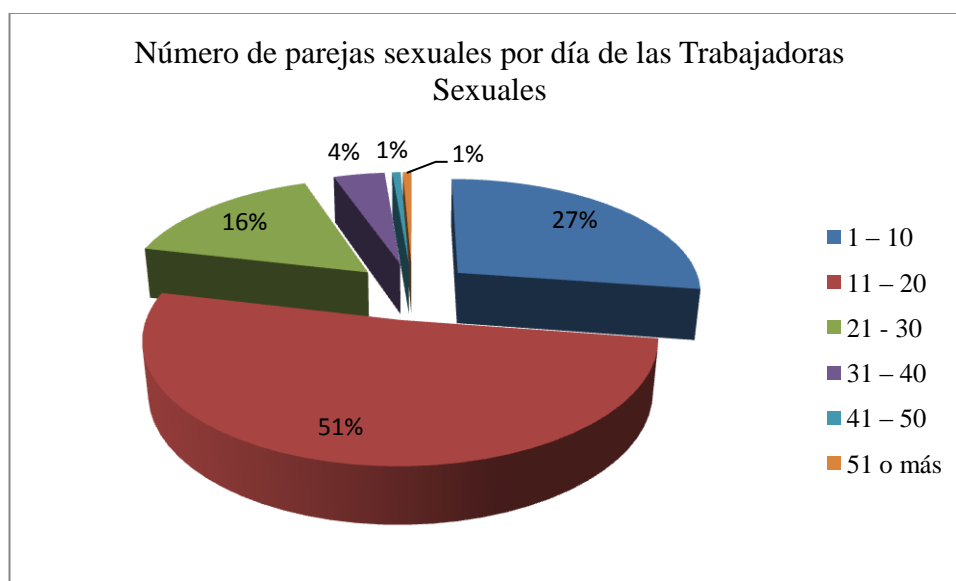
ANÁLISIS

Las trabajadoras sexuales revelaron mediante encuesta tener compañero sexual estable en un 48%, compañero sexual ocasional en un 36%, por otro lado el 16% refiere no tener compañero sexual. Lo que se relaciona con el marco teórico, ya que los encuentros sexuales con parejas ocasionales constituyen un comportamiento sexual de riesgo para el contagio de ITS.

GRAFITABLA N°11

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES POR DÍA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

Nº PAREJAS SEXUALES POR DÍA	Nº	%
1 – 10	41	27
11 – 20	77	51
21 – 30	24	16
31 – 40	6	4
41 – 50	1	1
51 o más	1	1
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

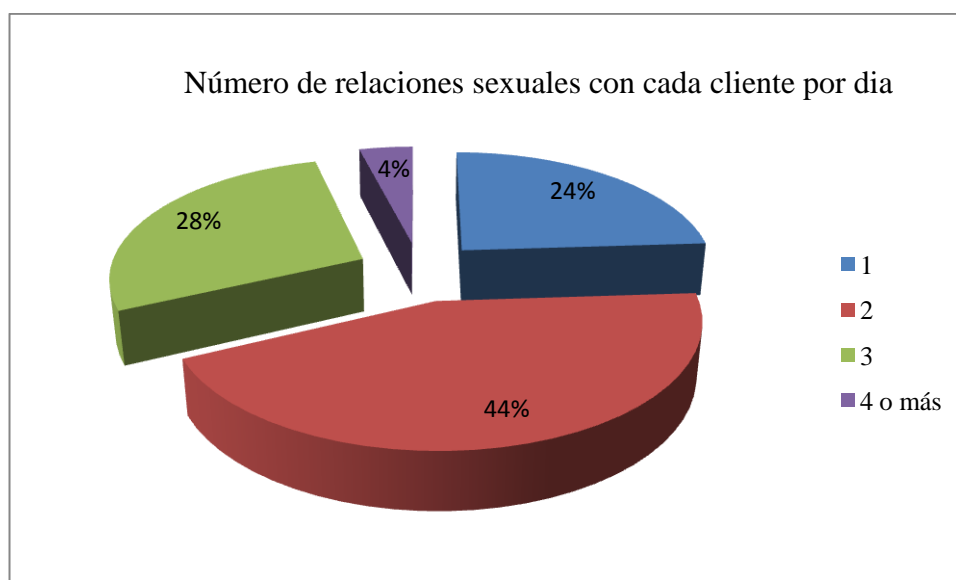
ANÁLISIS

Según la encuesta realizada el número de parejas sexuales por día de las trabajadoras sexuales es de 11 - 20 en el 51% de los casos lo que representa la mayor proporción. En menor proporción corresponde a los grupos de 41 – 50 parejas y de 51 o más parejas sexuales por día con el 1% para ambos casos. No se encontraron datos en el marco teórico que se relacionen con lo revelado en la encuesta, probablemente por no existir publicación de estudios referentes al tema.

GRÁFITABLA N°12

NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES POR DÍA CON CADA CLIENTE DE LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

N° RELACIONES SEXUALES POR DÍA CON CADA CLIENTE	N°	%
1	36	24
2	66	44
3	42	28
4 o más	6	4
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

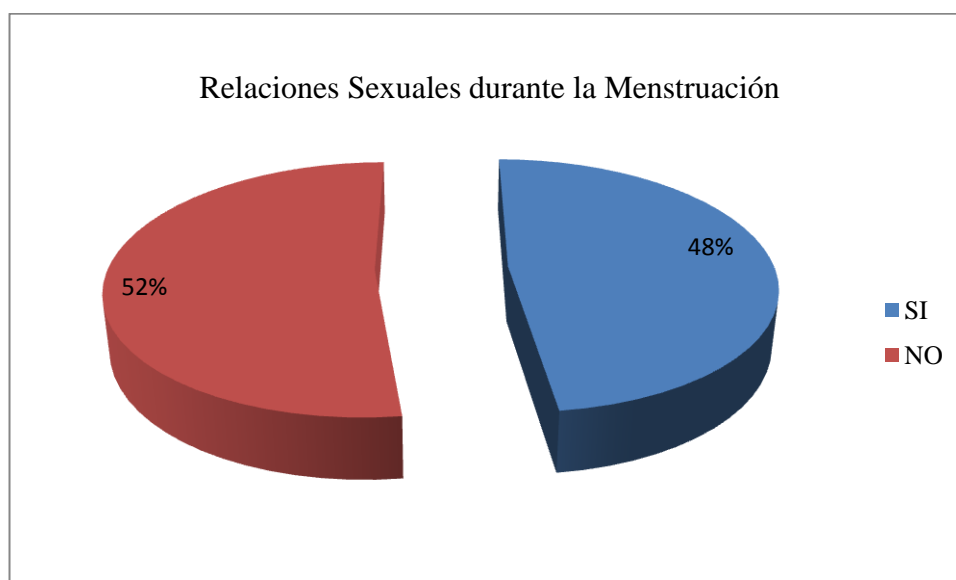
ANÁLISIS

La encuesta evidencia que el número de relaciones sexuales con cada cliente por día es de 2 en un porcentaje de 44%, 1 relación en el 24%, 3 relaciones en un 28% y 4 o más relaciones en un 4%. No se pudieron corroborar los datos debido al no existir estadísticas referentes al tema.

GRAFITABLA N°13

RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACIÓN DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACIÓN	N°	%
SI	72	48
NO	78	52
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

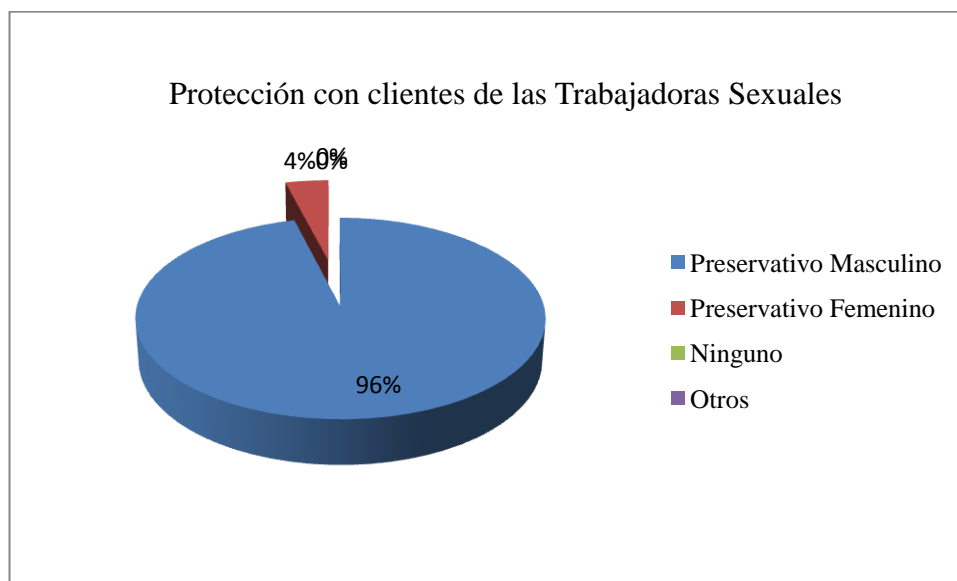
ANÁLISIS

Según datos de la encuesta las trabajadoras sexuales mantienen relaciones sexuales durante la menstruación en un 48%, mientras que el 52% restante no mantiene dichas relaciones durante este periodo; estadísticamente existen porcentajes similares para ambos casos, lo cual pone en evidencia el riesgo al que se exponen las trabajadoras sexuales al mantener relaciones durante la menstruación, lo que se relaciona con lo encontrado en el marco teórico, el cual refiere que las ITS y enfermedades como la EPI son más transmisibles durante la menstruación.

GRAFITABLA N°14

PROTECCIÓN DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL CON CLIENTES DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

PROTECCIÓN CON CLIENTES	N°	%
Preservativo Masculino	144	96
Preservativo Femenino	6	4
Ninguno	0	0
Otros	0	0
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

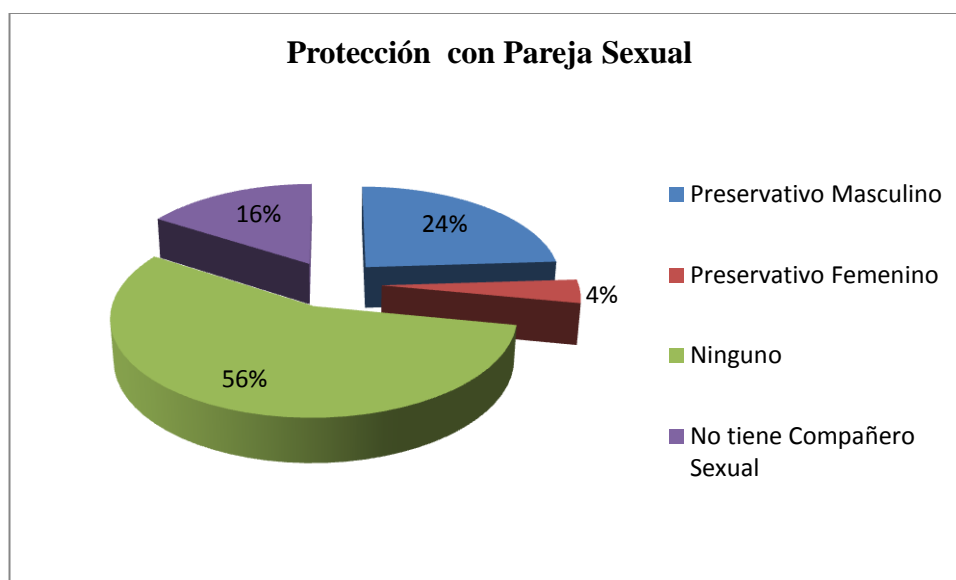
ANÁLISIS

Con respecto a la protección durante las relaciones sexuales el 96% de las trabajadoras sexuales lo hace mediante el preservativo masculino, el 4% mediante el preservativo femenino; lo que indica que el 100% utiliza protección con los clientes. Las campañas de promoción del uso del preservativo durante el trabajo sexual han influido positivamente en su uso, lo que concuerda con lo expresado en el marco teórico.

GRAFITABLA N°15

PROTECCIÓN DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL CON PAREJA SEXUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

PROTECCIÓN CON PAREJA	N°	%
Preservativo Masculino	36	24
Preservativo Femenino	6	4
Ninguno	84	56
No tiene Compañero Sexual	24	16
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

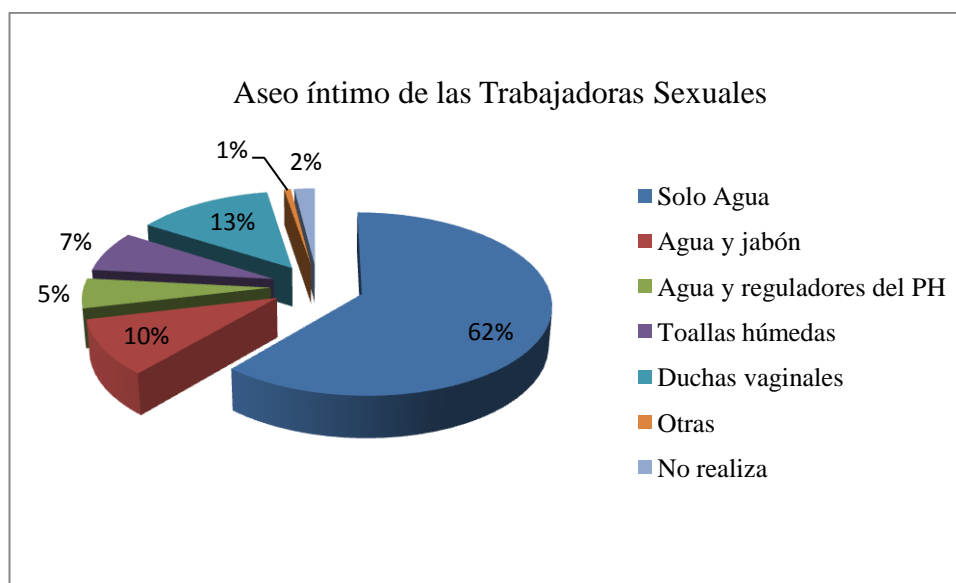
ANÁLISIS

Con respecto a la protección durante las relaciones sexuales con el compañero sexual, la encuesta revela que el 56% no utilizan ningún método de protección, el 24% utiliza preservativo masculino, el 4% utiliza preservativo femenino. Y el 16% no tiene compañero sexual. Estos datos se relacionan con el marco teórico donde se hace referencia que a pesar de que las trabajadoras sexuales usan preservativo con sus clientes no lo hacen con sus compañeros, lo cual probablemente se deba al machismo por parte de las parejas o porque desconocen la ocupación de este grupo de mujeres.

GRAFITABLA N°16

ASEO ÍNTIMO EN CADA RELACIÓN SEXUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

ASEO	N°	%
Solo Agua	92	62
Agua y jabón	15	10
Agua y reguladores del PH	8	5
Toallas húmedas	11	7
Duchas vaginales	20	13
Otras	1	1
No realiza	3	2
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

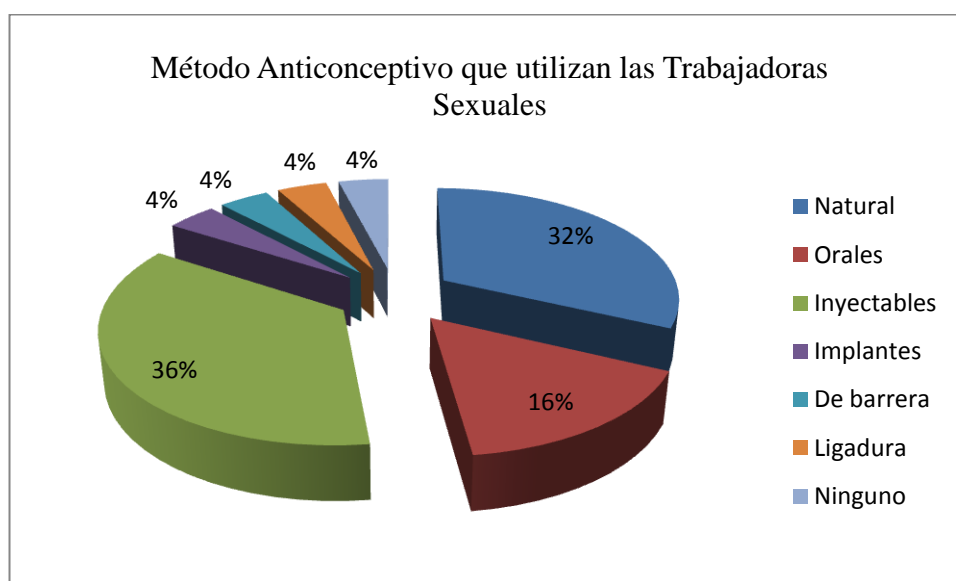
ANÁLISIS

El 62% de las trabajadoras sexuales utilizan para su aseo personal solo agua, el 13% duchas vaginales, un 10% agua y jabón, el 7% toallas húmedas, el 5% agua y reguladores del pH, el 2% no realiza y el 1% indicó otras formas de aseo. Datos que demuestran que existen deficiencias en las medidas de aseo genital, lo que incide en la mayor predisposición a las enfermedades ya estudiadas.

GRAFITABLA N°17

MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	N°	%
Natural	48	32
Orales	24	16
Inyectables	54	36
Implantes	6	4
De barrera	6	4
Ligadura	6	4
Ninguno	6	4
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

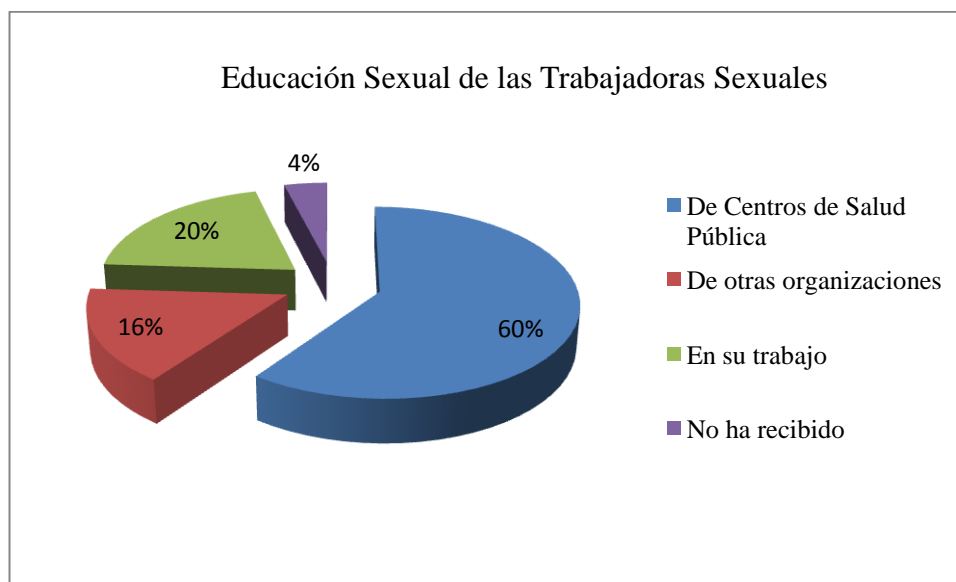
ANÁLISIS

Con relación al método anticonceptivo utilizado por las trabajadoras sexuales, en mayor frecuencia se sitúa el método inyectable con un 36%, seguido de métodos naturales en un 32%, los anticonceptivos orales en un 16%, así mismo el 4% lo representan las usuarias que previenen el embarazo mediante implantes, métodos de barrera y ligadura respectivamente; otro 4% refiere no utilizar anticoncepción.

GRAFITABLA N°18

EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

EDUCACIÓN SEXUAL	N°	%
De Centros de Salud Pública	90	60
De otras organizaciones	24	16
En su trabajo	30	20
No ha recibido	6	4
TOTAL	150	100



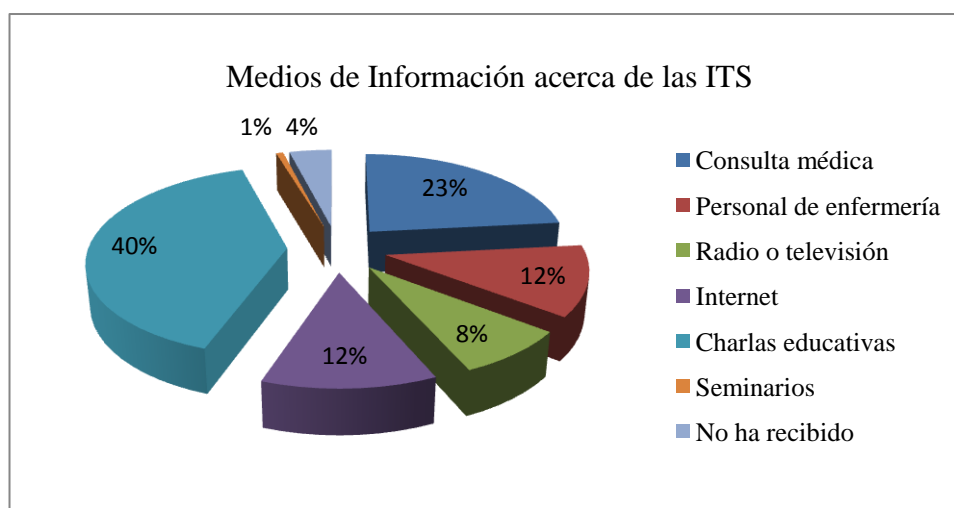
FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

ANÁLISIS

El estudio concluyó que con respecto a la educación sexual el 60% recibió información de centros de salud pública, en su lugar de trabajo el 20%, de otras organizaciones el 16% y el 4% indicó no haber recibido educación sexual; esto se debe a que el Ministerio de Salud Pública (MSP) lleva a cabo programas de promoción de salud y prevención de enfermedades orientadas a este grupo de pacientes; por lo tanto el resultado es similar al encontrado en el marco teórico.

GRAFITABLA N°19
MEDIOS POR LOS RECIBEN INFORMACIÓN DE LAS ITS LAS
TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

INFORMACIÓN DE ITS	Nº	%
Consulta médica	35	23
Personal de enfermería	18	12
Radio o televisión	12	8
Internet	18	12
Charlas educativas	60	40
Seminarios	0	1
No ha recibido	6	4
TOTAL	150	100



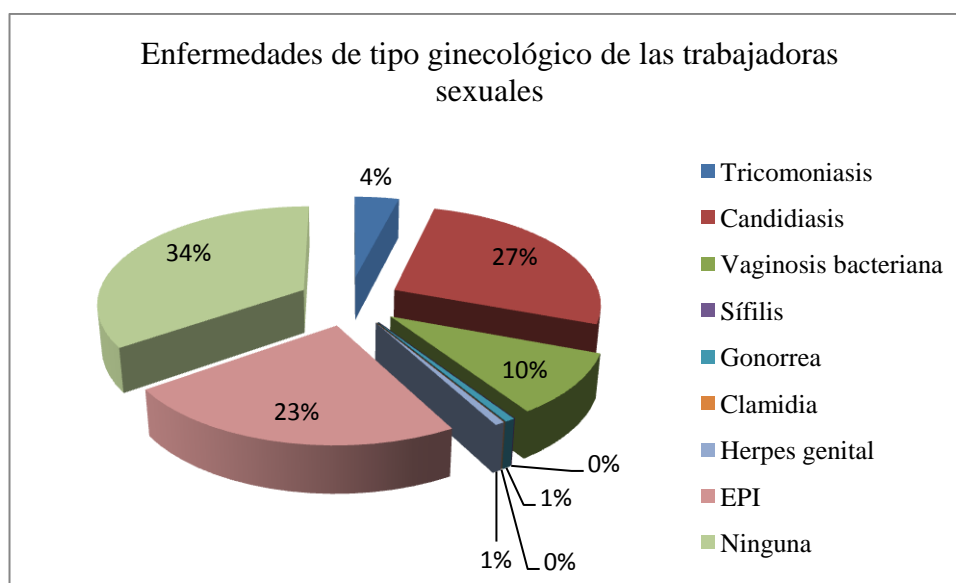
FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
 ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

ANÁLISIS

De acuerdo a los medios de información mediante los cuales las trabajadoras sexuales recibieron información acerca de las ITS, la encuesta reveló que el 40% lo recibió mediante charlas educativas, en la consulta médica el 23%, por el personal de enfermería el 12%, a través de internet otro 12%, mediante radio o televisión un 8%, el 4% indicó no haber recibido información, y el 1% restante indicó haber recibido información mediante seminarios. Los datos reportados revelan que es mínimo el porcentaje de usuarias que no se encuentran sensibilizadas ante la problemática de las ITS probablemente se deba a que el personal médico esta actualmente capacitado para brindar información, además por la gran accesibilidad a medios masivos de comunicación, entre ellos el internet donde se recibe orientación.

GRAFITABLA N°20
ENFERMEDADES DE TIPO GINECOLÓGICO QUE PADECEN LAS
TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

ITS	N°	%
Tricomoniasis	6	4
Candidiasis	40	27
Vaginosis bacteriana	15	10
Sífilis	0	0
Gonorrea	1	1
Clamidia	0	0
Herpes genital	1	1
EPI	35	23
Ninguna	52	34
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
 ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

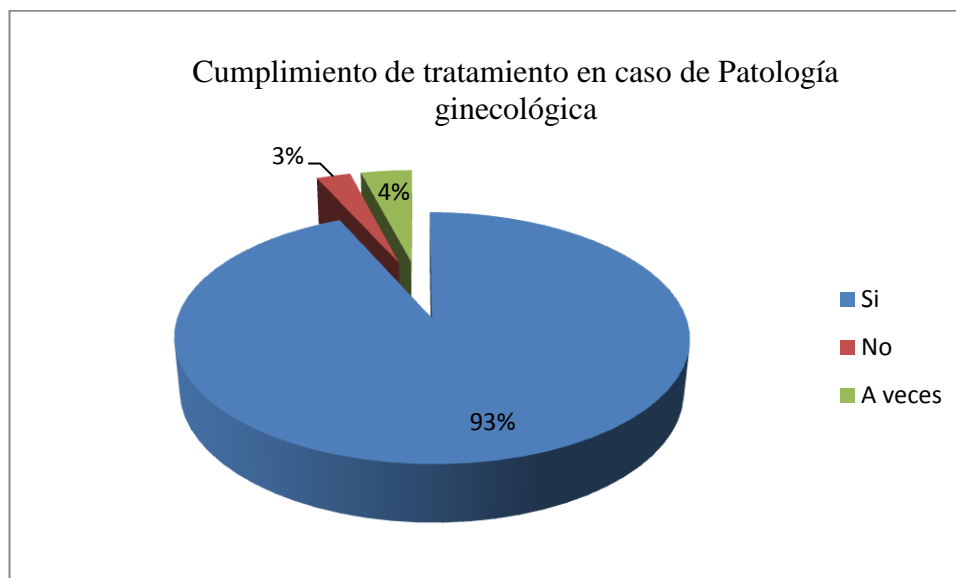
ANÁLISIS

Las enfermedades ginecológicas presentadas por las trabajadoras sexuales corresponden en orden de mayor frecuencia en indicador ninguna en un 34% de los casos, candidiasis en un 27%, EPI con un 23%, vaginosis bacteriana en un 10%, tricomoniasis en un 4%, herpes genital 1%, gonorrea 1%. No se registraron casos de sífilis ni clamidia; estos datos que no hayan relacionados con la literatura, ya que en ella se expone que es la clamidiasis la más frecuente entre las ITS, a diferencia del presente estudio donde la candidiasis resultó ser la de mayor prevalencia.

GRAFITABLA N°21

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN CASO DE PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

TRATAMIENTO	N°	%
Si	140	93
No	5	3
A veces	8	4
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

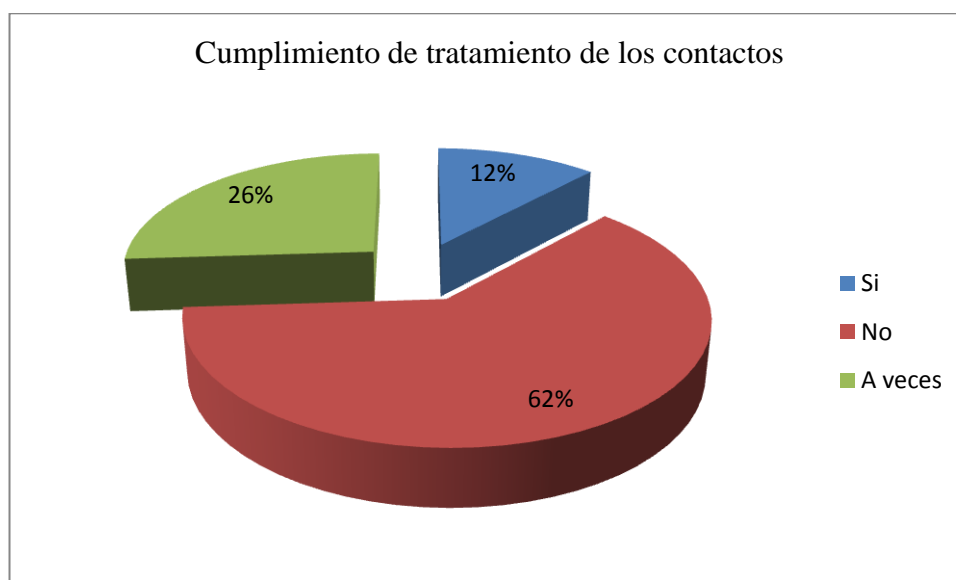
ANÁLISIS

Del 100% de trabajadoras sexuales encuestadas, el 93% indica que cumple el tratamiento médico, un porcentaje mínimo correspondiente al 3% no cumple con el tratamiento a causa de olvido o despreocupación y un 4% lo cumple de forma irregular. En este estudio se demostró que la mayoría cumple con el tratamiento médico, esto es debido a que el estado ecuatoriano provee de medicina gratuita entregada de forma oportuna a las usuarias.

GRAFITABLA N° 22

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LOS CONTACTOS EN CASO DE ITS EN LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

TRATAMIENTO	N°	%
Si	18	12
No	93	62
A veces	39	26
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

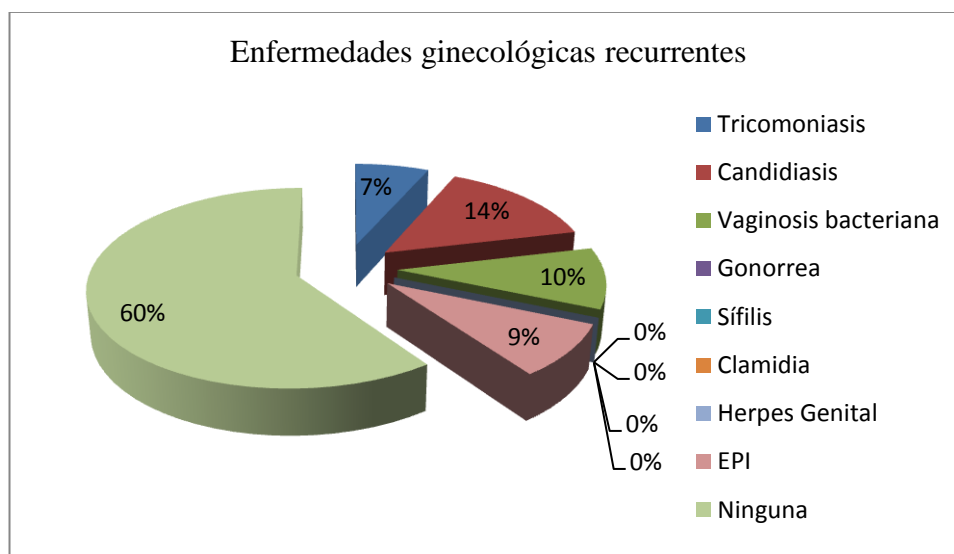
ANÁLISIS

El 62% de las encuestadas refirió que su pareja no cumplió el tratamiento durante una infección de transmisión sexual, el 12% indica que si lo cumplió. Datos que se relacionan con el marco teórico en el que se expone que la mayoría de los contactos sexuales no cumple el tratamiento, probablemente esto se deba al machismo de las parejas lo que influye en las recurrencias de las enfermedades mencionadas.

GRÁFITABLA N°23

ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS RECURRENTES DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

PATOLOGÍAS RECURRENTES	N°	%
Tricomoniasis	10	7
Candidiasis	22	14
Vaginosis bacteriana	15	10
Gonorrea	0	0
Sífilis	0	0
Clamidia	0	0
Herpes genital	0	0
EPI	13	9
Ninguna	90	60
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

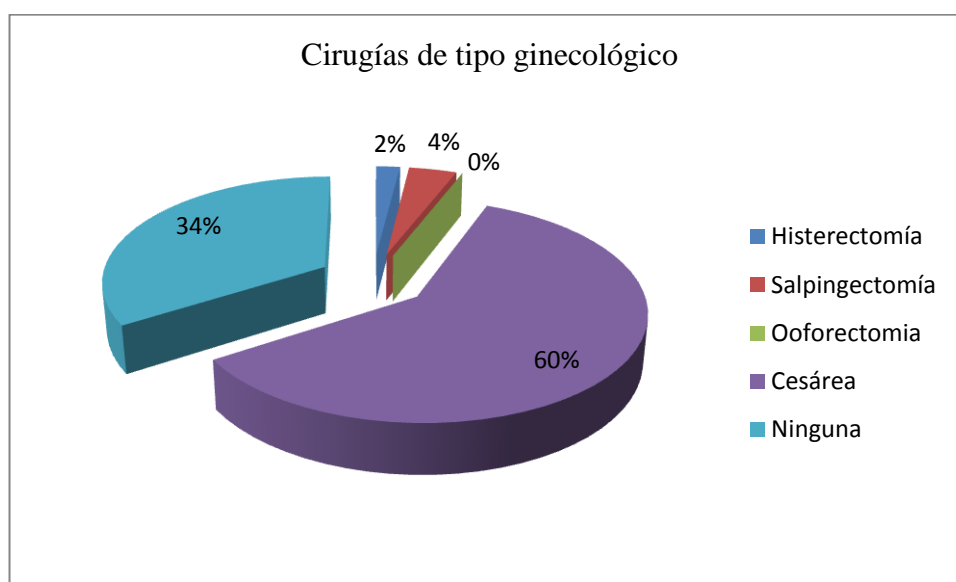
ANÁLISIS

De acuerdo a las historias clínicas, el 60% de las TS no recurrió en ninguna patología ginecológica, mientras que un 14% tuvo candidiasis por varias ocasiones, un 10% padeció de forma recurrente vaginosis bacteriana. Estos datos no se pudieron relacionar con el marco teórico debido a que no existen estadísticas referentes a las enfermedades ginecológicas recurrentes en este grupo de pacientes.

GRAFITABLA N° 24

CIRUGÍA DE TIPO GINECOLÓGICO A LAS QUE SE HAN SOMETIDO LAS TRABAJADORAS SEXUALES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013.

CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS	N°	%
Histerectomía	3	2
Salpingectomía	6	4
Ooforectomía	0	0
Cesárea	90	60
Ninguna	51	34
TOTAL	150	100



FUENTE: C.S.P. Departamento de Estadística- Encuestas
ELABORACION: Santillán María y Vínces Jeniffer

ANÁLISIS

Según datos de la encuesta la cirugía ginecológica más frecuente en las trabajadoras sexuales fue la cesárea con un 60%, ninguna cirugía el 34%, salpingectomía el 4%, histerectomía un 2% y ooforectomía el 0%. Cifras que concuerdan con las encontradas en las citas bibliográficas donde se refiere que es la cesárea la cirugía ginecológica que con mayor frecuencia se realiza en nuestro medio.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se pudo identificar las características generales de este grupo, por lo que se concluye que el trabajo sexual en nuestro medio es ejercido en su mayoría por mujeres jóvenes y en etapa de la adolescencia y edad fértil.

La gran mayoría mestizas, procedentes de áreas urbanas. En cuanto al estado civil son las mujeres solteras y en unión libre las que ocupan los primeros lugares, por otro lado el mayor número de hijos no es proporcional a la mayor frecuencia con que se realiza el trabajo sexual.

Otros datos permiten concluir que la ausencia de instrucción no constituye un determinante importante en la incidencia del trabajo sexual. Son las ejecutivas del hogar las que representan el mayor porcentaje de trabajadoras sexuales.

El perfil epidemiológico de las trabajadoras sexuales pone de manifiesto que la práctica del trabajo sexual constituye por sí solo un factor importante en la aparición de enfermedades ginecológicas así como su recurrencia, encontrándose dentro de las más frecuentes la candidiasis 14%, vaginosis bacteriana 10%, enfermedad inflamatoria pélvica 9% y tricomoniasis 7%, lo que encierra además una gama de factores como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la edad temprana en la que voluntariamente o no se comienza a ejercer el trabajo sexual, la falta de preparación académica en niveles superiores, el nivel socioeconómico bajo, el desconocimiento o la no concienciación de prácticas sexuales seguras, el no cumplimiento del tratamiento médico por parte de las mujeres trabajadoras sexuales y su pareja, añadiéndose además la connotación social de rechazo de las que son víctimas, los problemas de índole psicológico y emocional que presentan en gran porcentaje, las hace sujetos vulnerables en materia de bienestar social constituyendo además un problema en salud pública, debido a que todos estos factores favorecen el aumento de las tasas de morbimortalidad de las enfermedades ginecológicas ya mencionadas.

A pesar de que la mayoría refirió haber recibido educación sexual inciden en prácticas sexuales de alto riesgo. Existe un hecho capital con relación al uso del preservativo, ya que el cien por ciento afirma usarlo con los clientes no así durante

las relaciones sexuales con la pareja, lo que constituye relaciones sexuales de riesgo por la no protección. Las pobres medidas de higiene son factores de riesgo en la aparición y recurrencia de enfermedades ginecológicas.

La propuesta llevada a cabo permitió compartir los resultados con las protagonistas del trabajo sexual, disipando de esta forma dudas e inquietudes y aportando consejería sobre la práctica de relaciones sexuales seguras, de la misma forma que se dio a conocer medidas de prevención de las principales enfermedades ginecológicas a las cuales están expuestas, haciendo hincapié en el control médico mensual y seguimiento de casos.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Manabí se recomienda la vinculación de los estudiantes de la carrera de medicina en trabajos relacionados con la población vulnerable como lo son las trabajadoras sexuales, para la realización de controles médicos hacia este grupo de pacientes y aumentar el conocimiento de los estudiantes sobre las principales enfermedades ginecológicas relacionadas al trabajo sexual.

Al Centro de Salud Portoviejo se recomienda continuar con el trabajo hasta ahora realizado de brindar atención médica integral a las trabajadoras sexuales.

A las trabajadoras sexuales se recomienda mejorar el comportamiento sexual con clientes y pareja. Además de realizar los controles médicos periódicos para la prevención de enfermedades y así lograr un estado de salud adecuado.

PROPUESTA

TEMA:

“EDUCACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS EN LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO”

JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo responde a la necesidad básica de que las trabajadoras sexuales que acuden a la atención médica del Centro de Salud Portoviejo, de la Provincia de Manabí, cuenten con el conocimiento suficiente sobre educación sexual y los principales factores que influyen en la aparición de enfermedades ginecológicas, para que de esta manera tengan una mejor calidad de vida.

FUNDAMENTACIÓN.

La propuesta tiene como base el desconocimiento por parte de las trabajadoras sexuales sobre comportamientos sexuales de alto riesgo, lo que incide de manera negativa en la aparición y recurrencia de enfermedades ginecológicas; dichos comportamientos sexuales pueden ser modificables con una concienciación a esta población, mediante la experiencia obtenida en el presente estudio.

OBJETIVO GENERAL

Educar y concienciar sobre el comportamiento sexual y enfermedades ginecológicas en las mujeres trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud Portoviejo.

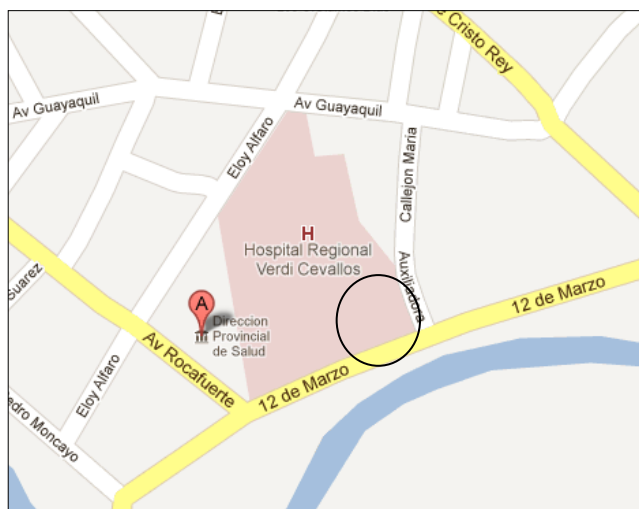
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Promover el control Médico mensual en las trabajadoras sexuales.

Promocionar prácticas sexuales seguras.

Informar sobre medidas de aseo personal en las trabajadoras sexuales.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.



El Centro de Salud Portoviejo tiene su ubicación en la Calle 12 de Marzo entre las Calles Rocafuerte y Avenida Guayaquil, junto al callejón María Auxiliadora y a los lados del Hospital Verdi Cevallos Balda.

FACTIBILIDAD

El apoyo por parte del personal médico y administrativo del Centro de Salud Portoviejo hizo posible llevar a cabo la propuesta, contando para este fin con la prestación del espacio físico de la institución. El fácil acceso de las trabajadoras sexuales a la institución permitió una mayor cobertura en la educación hacia ellas. Los gastos económicos fueron solventados por las realizadoras de la propuesta, obteniendo el éxito esperado.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Este plan se realiza en dos fases, la primera consistió en la entrevista con las autoridades del Centro de Salud para que se de apertura a la realización de encuestas a las trabajadoras sexuales, y mediante el resultado obtenido elaborar el planteamiento de la propuesta. La Segunda fase corresponde a la ejecución de la propuesta mediante educación dirigida a las trabajadoras sexuales.

Este plan fue realizado en el mes de Marzo.

CRONOGRAMA

Actividades	Mes	Marzo				Abril			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de la propuesta									
Presentación de la propuesta									
Elaboración de material									
Ejecución de la propuesta									

PRESUPUESTO

Actividades	Tiempo	Recursos			Costos USD
		Humanos	Materiales	Otros	
Elaboración de la propuesta	Semanas 3 - 4 de Marzo /2013				\$ 25
Presentación de la propuesta	Semana 1 de Abril 2013				\$ 10
Ejecución de la propuesta	Semana 2 de Abril/2013				\$ 100
Otros gastos	Semanas 3 de Marzo a 2 de Abril/2013				\$ 20
Total					\$ 155

PRESUPUESTO

Actividades	Tiempo	Recursos			Costos USD
		Humanos	Materiales	Otros	
Gastos de transporte	Semana 1 Septiembre/2012 - Semana 1 Abril/2013				\$ 150
Impresión de artículos	Semana 1 Septiembre/2012 - Semana 1 Abril/2013				\$ 90
Gastos de internet	Semana 1 Septiembre/2012 - Semana 1 Abril/2013				\$ 110
Gastos de teléfono	Semana 1 Octubre/2012 - Semana 1 Abril/ 2013				\$ 60
Gastos de fotocopias	Semana 1 Septiembre/2012 - Semana 1 Abril/2013				\$ 80
Informes	Semana 1 Septiembre/2012 - Semana 1 Abril/2013				\$ 200
Gastos de encuadernación	Semana 1 Abril/2013				\$ 50
Propuesta	Semana 1 Marzo – Semana 1 Abril/2013				\$ 160
Imprevistos	Semana 1 Septiembre/2012 - Semana 1 Abril/2013				\$ 100
				Total	\$ 1000

ACTIVIDADES	MES	SEPT.	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL	
	SEMANA	1 - 4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Elaboración, presentación y aprobación del proyecto de tesis																												
Primera reunión de tesis: *Revisión de tema y objetivos *Introducción y justificación																												
Elaboración de marco teórico																												
Segunda reunión de tesis *Revisión de planteamiento del problema *Marco teórico																												
Mejoramiento de Marco teórico																												
Elaboración de Marco referencial																												
Tercera reunión de tesis *Marco referencial *Operacionalización de variables																												
Elaboración de instrumentos																												
Cuarta reunión de tesis *Revisión de instrumentos *Diseño metodológico																												
Recolección de datos																												
Elaborar conclusiones y recomendaciones																												
Quinta reunión de tesis * Análisis y presentación de datos																												
Elaboración de Dedicatorias y agradecimiento																												

ACTIVIDADES	MES	SEPT	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRI L									
	SEMANA	1 - 4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
Conclusiones y recomendaciones																																				
Elaboración de la cronograma																																				
Elaboración de Presupuesto																																				
Elaboración de propuesta																																				
Elaboración de resumen																																				
Sexta reunión: Revisión de propuesta y resumen																																				
Elaboración de índice, anexos y bibliografía																																				
Ejecución de la propuesta																																				
Presentación de trabajo de tesis																																				

BIBLIOGRAFÍA

- Revista Jano N°1732
Evaluación y tratamiento de la Sífilis en sus distintas etapas
Ana Menéndez – Almudena Quintana
Madrid – España
Abril 2009
Página 21 – 23
- Biblioteca Cochkrane Plus
Antibiótico para Sífilis durante el embarazo
Oxford
2008
- Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Teodoro Carrada Bravo
México
2008
- Revista Mexicana de Patología Clínica
Tricomoniasis Vaginal
Dr. Teodoro Carrada Bravo
Volumen 53 N° 3
Julio – Septiembre 2006
México
Página 152 – 154
- Enfermedades infecciosas. Principio y Práctica
Jann Eugene Bennett – Gerard L. Mandel
Elsevier
España
2008
- Principios Básicos de salud
Elizondo
Editorial Limusa
México
2009
- Ginecología y Obstetricia. Manual de Consulta rápida
J. Lombardía – M. Fernández
Segunda Edición

Editorial Panamericana

Página 170 – 171

2010

- Revista Facultad de Medicina de UNAM
Sífilis: Actualidad, Diagnóstico y Tratamiento
Teodoro Carrada Bravo
Noviembre – Diciembre 2008

- Haciendo el Trabajo sexual más Seguro
Cheryl Overs y Paulo Longo
Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba
Argentina
2010

- Gonorrea: La perspectiva clásica y la actual
Dr. Carlos J. Conde – Felipe Uribe
Revista de Salud Pública de México
Volumen 39 – N° 6
Diciembre 2009

- Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior
Herpes Genital. Una Actualización para el Profesional
Dr. Pascal Meylan
Año III Volumen 5
Suiza
Octubre 2011

- Universitas Médica
Diagnóstico clínico, de laboratorio y tratamiento de la Vaginosis por Gardnerella
Sánchez J.A., Coyotecatl L.L., Valentin E.
Volumen 48 N° 4
2008

- Revista Paceyña de Medicina Familiar
Candidiasis Vaginal
Dra. Beatriz Pimentel – Dr. Eloy Reynolds
Volumen 4
Páginas 121 – 127
2008

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
CARRERA DE MEDICINA

**La siguiente encuesta forma parte del estudio sobre
“Patologías Ginecológicas Recurrentes relacionadas al Trabajo Sexual en las mujeres
atendidas en el Centro de Salud Portoviejo”**

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos obtenidos.

Responda marcando con una (X) la opción escogida.

1) ¿QUÉ EDAD TIENE?

- A) 15 – 19 años
B) 20 - 29 años
C) 30 a 39 años
D) 40 años o mas

2) ¿CUAL ES EL LUGAR DE SU PROCEDENCIA?

- A) Urbana
B) Rural

3) ¿QUE TIPO DE RAZA SE CONSIDERA?

- A) Mestiza
B) Negra
C) Mulata
D) Indígena
E) Otro

4) ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

- A) Soltera
B) Casada
C) Unión Libre
D) Divorciada
E) Viuda

5) ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

- A) 1
B) 2
C) 3
D) 4
E) 5 o más
F) No tiene hijos

6) ¿HASTA QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBÓ?

- A) Primaria
B) Secundaria
C) Superior
D) Ninguna

7) ¿CUAL ES SU OCUPACIÓN A PARTE DEL TRABAJO SEXUAL?

- A) Ejecutiva Del Hogar
B) Empleada Pública
C) Empleada Privada

8) ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

- A) 12 – 15 Años
B) 16 – 19 Años
C) 20 o Más Años

9) ¿A QUE EDAD INICIO EL TRABAJO SEXUAL?

- A) 15 A 19 Años
B) 20 A 24 Años
C) 25 A 29 Años
D) 30 A 34 Años
E) Mas De 35 Años

10) ACTUALMENTE UD TIENE COMPAÑERO SEXUAL

- A) Estable
B) Ocasional
C) No Tiene

11) GENERALMENTE ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES TIENE POR DIA EN SU TRABAJO?

- A) 1-10
- B) 11-20
- C) 21-30
- D) 31-40
- E) 41-50
- F) MAS DE 51

12) ¿CUANTAS RELACIONES SEXUALES TIENE POR DIA CON CADA CLIENTE?

- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4 o más

13) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACION

- A) Si
- B) No

14) DURANTE LA RELACION SEXUAL CON LOS CLIENTES O USUARIOS, UD SE PROTEGE CON

- A) Preservativo Masculino
- B) Preservativo Femenino
- C) Ninguno
- D) Otros

15) ¿QUE TIPO DE PROTECCION UTILIZA DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES CON SU COMPAÑERO SEXUAL?

- A) Preservativo Masculino
- B) Preservativo Femenino
- C) Ninguno
- D) Otras

16) ¿CON QUÉ REALIZA SU ASEO ÍNTIMO CON CADA RELACIÓN SEXUAL?

- A) Solo Agua
- B) Agua y jabón
- C) Agua y reguladores del PH vaginal
- D) Toallas húmedas
- E) Duchas vaginales
- F) Otras
- G) No realiza

17) ¿QUE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA?

- A) Natural
- B) Anticonceptivos Orales
- C) Inyectables
- D) Implantes
- E) De Barrera (Condón, T De Cobre)
- F) Ligadura
- G) Ninguna

18) ¿HA RECIBIDO UD EDUCACION SEXUAL?

- A) De Centros De Salud Pública
- B) De Otras Organizaciones
- C) En su trabajo
- D) No ha recibido

19) ¿HA RECIBIDO UD INFORMACION ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, ATRAVÉS DE QUE MEDIOS?

- A) En la consulta médica
- B) Por personal de enfermería
- C) Radio o televisión
- D) Internet
- E) Charlas educativas
- F) Seminarios
- G) No ha recibido

20) ¿HA TENIDO UD ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO GINECOLÓGICO?

- A) Tricomoniasis
- B) Candidiasis
- C) Vaginosis bacteriana
- D) Sífilis
- E) Gonorrea
- F) Clamidia
- G) Condiloma
- H) EPI
- I) Ninguna

21) ¿HA CUMPLIDO EL TRATAMIENTO MÉDICO CUANDO HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO GINECOLÓGICO?

- A) Si
- B) No
- C) A veces

22) ¿ SU PAREJA HA CUMPLIDO EL TRATAMIENTO MÉDICO CUANDO UD HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO GINECOLÓGICO

- A) Si
- B) No
- C) A veces

23) ¿EN LOS ULTIMOS 6 MESES CUANTAS VECES SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD GINECOLÓGICA?

- A) 1 vez
- B) 2 veces
- C) 3 veces
- D) 4 veces o más
- E) Ninguna

24) ¿HA TENIDO UD ALGUNA CIRUGÍA DE TIPO GINECOLÓGICO?

- A) Histerectomía (Útero)
- B) Salpingectomía (Ligadura)
- C) Ooforectomía (Ovarios)
- D) Cesárea
- E) Ninguna



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
CARRERA DE MEDICINA

Ficha de recolección de datos sobre el estudio

“Patologías Ginecológicas Recurrentes relacionadas al Trabajo Sexual en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo”

HISTORIA CLÍNICA	PATOLOGÍA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO

Responsables: Ma. Ernestina Santillán – Jeniffer Vínces del Valle



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Infecciones de Transmisión Sexual
Comportamiento Sexual

AUTORAS:

MA. ERNESTINA SANTILLAN Q.
JENIFER VINCES DEL VALLE



LAS ITS

Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas cuyo contagio es debido a las relaciones sexuales de tipo vaginal, sexo oral o anal.

LAS MÁS FRECUENTES:

- | | |
|------------|------------------|
| ■ Sífilis | ■ Cándida |
| ■ Gonorrea | ■ Trichomonas |
| ■ Clamidia | ■ Herpes genital |
| ■ Chancro | ■ SIDA |

SINTOMAS:

Depende de la enfermedad que se padece, los más comunes son:

- Secreción por la uretra (hombres)
- Secreciones vaginales
- Ardor al orinar
- Dolor en la parte baja del abdomen
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Ulceras o ronchas en el área genital

¿DE LA
VULNERABILIDAD
a la
EXCLUSIÓN?



FACTORES DE RIESGO:

Múltiples parejas sexuales
Edad temprana de la primera relación sexual
Prácticas sexuales de alto riesgo

PARA PREVENIR LAS ITS ESTÁN LAS FASS

QUE SON LAS FASS...???

- ✓ FIDELIDAD
- ✓ ABSTINECNCIA
- ✓ SEXO SEGURO




Utiliza preservativo en cada relación sexual y luego deséchalos.

Antes de mantener relaciones con tu pareja procura conocerla, serle fiel.



Sí sospechas de ITS no mantengas relaciones sexuales con nadie

SEXO SEGURO




Evitar prácticas sexuales de alto riesgo

Uso del preservativo

Aseo genital adecuado

Control médico mensual

No relaciones durante la menstruación



INFÓRMATE



tu salud es tu futuro



Por que es mejor prevenir.



Recolección de Datos





Centro de Salud Portoviejo