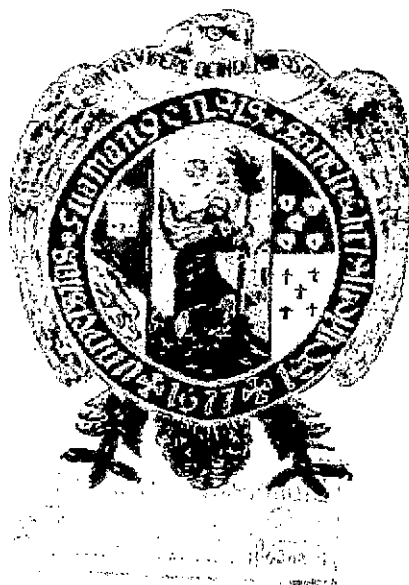


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**"INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y
VULVOVAGINITIS EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA PERIODICA
DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A
MARZO 2014"**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

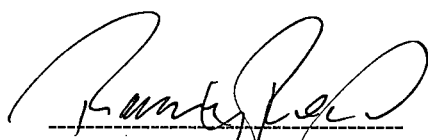
**PRESENTADO POR:
HUAMANCAYO CHIPANA, Henry**

**ASESORA:
Mg. EDDA SANCHEZ HUAMANI**

**AYACUCHO – PERÚ
2015**

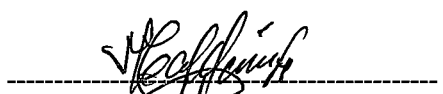
De la evaluación de los miembros del jurado, se concluye aprobar por unanimidad al Bachiller Henry HUAMANCAYO CHIPANA. Con la nota de diecisiete (17).

Se sugiere al sustentante levantar las observaciones realizadas por cada miembro del jurado, el mismo que se plasma en cada ficha de evaluación y en resumen de la hoja de calificación de la sustentación de tesis. Finalmente para dar fe de lo actuado los miembros del jurado y la asesora firman al pie de la presente acta.



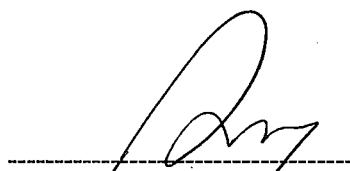
Dr. Emilio RAMIREZ ROCA

PRESIDENTE



Mg. Martha CALDERON FRANCO

MIEMBRO



Mg. Roldo PINO AMAYA

MIEMBRO



Obst. Patricia BUSTAMANTE QUISPE

MIEMBRO



Mg. Edda SANCHEZ HUAMANI

ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme y guiarme
en cada paso de mi vida diaria y
no rendirme nunca en los malos
momentos que he pasado, por
haberme dado salud para lograr
mis objetivos, además de su
comprensión y amor.

A mis padres Teodosio y Gladis
por que sin ellos no hubiese sido
posible alcanzar mis metas.

A Rebeca y Anyelo que son el
motor y motivo de seguir para
adelante y cumplir mis sueños.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por haberme acogido en sus aulas durante mis años de estudio y brindarme la oportunidad de formarme en esta noble y humana profesión.

A la Escuela Profesional de Obstetricia, y a la plana docente por enseñarme sus sabios conocimientos durante mi formación profesional.

Mi gratitud al personal del Centro de Salud San Juan Bautista por su colaboración y haberme brindado las facilidades durante la ejecución del presente trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a mis padres y familiares porque me brindaron su apoyo moral para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor y ser orgullo para ellos y de toda la familia.

Muchas gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	10
2.2. BASE TEÓRICO- CIENTÍFICO	18
2.2.1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	18
2.2.2. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA VAGINA	32
2.2.3. VULVOVAGINITIS	35
2.2.4. SISTEMA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIODICA	46
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS	53
2.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	56
2.5. VARIABLES E INDICADORES	57

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE ESTUDIO	58
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	58
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	58
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	58
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS	61

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION	62
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXO	94
- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	95

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos desplegados por organismos internacionales como la OPS, OMS, ONU, las ITS siguen siendo un problema de importancia para la Salud Pública mundial, debido a su alta prevalencia e incidencia, elevados costos y elevada morbilidad y mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, 30 a 40 millones de adultos y niños estarían infectados con VIH al 2010 y 333 millones de infectados por transmisión sexual.

Se ha determinado la existencia de vulnerabilidad sociocultural, ya que se afectan más los grupos marginales y con bajo acceso a la salud, también existe mas riesgo en los jóvenes, mujeres y en grupos de alto riesgo como trabajadoras sexuales y drogadictos ¹

El ejercicio de la prostitución es una práctica que se debe entender, lejos de prejuicios moralistas, como una consecuencia de las precarias condiciones que existen en nuestra sociedad para el desarrollo digno de una gran parte de la población que se ve obligada a desenvolverse dentro

de un sistema con fuertes desigualdades sociales y económicas. De tal manera es ligero y complicado definir la prostitución como un acto libre, espontáneo y voluntario de la persona, la cual se ve prácticamente obligada a vender su cuerpo a cambio de una retribución monetaria ante la realidad de su difícil condición económica.²

Las infecciones genitales figuran entre las enfermedades que más frecuentemente generan pérdida de años de salud y de vida productiva debido a complicaciones, como esterilidad, embarazo ectópico, cáncer, morbilidad perinatal, transmisión del virus VIH, y están relacionadas con infecciones obstétricas, ruptura de membrana prematura, abortos, enfermedad Inflamatoria pélvica, salpingitis, endometritis.

Para el diagnóstico de las infecciones genitales es imprescindible un enfoque integral, comenzando por un estudio de riesgos (indicadores socio-demográficos, pautas de comportamiento sexual y factores predisponentes), para luego abordar la evaluación clínica (signos y síntomas) y el análisis de laboratorio.³

En el Perú, la práctica del meretrício se rige básicamente por el nivel socioeconómico de las colectividades o personas que trabajan en este oficio; la trata de personas, el proxenetismo y los proveedores de jóvenes en clubes locales y las trabajadoras independientes que laboran de una manera informal y clandestina en las calles de la ciudad.⁴

El centro de salud San Juan Bautista cuenta con una Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) que atiende a trabajadoras sexuales de la zona de influencia, ya que en este distrito y zonas aledañas se han creado

prostíbulos clandestinos con alto riesgo de contraer y diseminar las infecciones de transmisión sexual, considerándose un verdadero problema de salud pública.

Por todo ello con el presente trabajo de investigación se estableció la incidencia de infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que se atienden en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo de enero a marzo 2014 a través de un tipo de investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva con una muestra de 40 trabajadoras sexuales, encontrándose los principales resultados; la incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15% con predominio de la trichomoniasis y herpes. La incidencia de vulvovaginitis es de 55%, con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. La coitarquia precoz, el uso de preservativos algunas veces, el número de contactos sexuales de 7 a mas, y el nivel de instrucción secundaria; son factores asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales con significancia estadística ($P < 0,05$).

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En México, Centroamérica y el Caribe se han realizado estimaciones sobre la prevalencia de ITS y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales para diferentes regiones y años: en República Dominicana fue de 25-29% de ITS sin diferenciar por tipo de ITS, en Honduras, 3.3% clamidia; Guatemala, 8.7% VIH en la frontera norte de México, gonorrea 4%, sífilis 10%, clamidia 13%, VIH 5%, y en la frontera México-Guatemala, 86% herpes genital.³

Los datos epidemiológicos colocan a este grupo laboral como población en más alto riesgo de transmisión de ITS y vulvovaginitis respecto a la población general.

El trabajo sexual se encuentra estrechamente vinculado con la migración poblacional de mujeres y hombres que ejercen esta actividad fuera de sus comunidades o de sus países de origen. Este fenómeno de movilidad se

encuentra condicionado por la forma en que se organiza la oferta de servicios sexuales en los diferentes espacios laborales, que se caracteriza por una rápida incorporación y recambio de trabajadores sexuales. En general, se considera al trabajo sexual como una ocupación que se caracteriza por la precariedad, desprotección social y de salud, riesgos y estigma sociocultural. Además, en diferentes países del mundo se ha definido como una actividad “ilegal”, lo que reduce las posibilidades de exigibilidad de derechos y acceso a los servicios de salud.³

En Chile las infecciones de transmisión sexual son también un importante problema de Salud Pública, presentando una incidencia estimada de 71.6 casos por 100.000 habitantes.

En numerosos estudios se demuestra que existe asociación entre conductas preventivas como el uso de preservativo y la abstinencia sexual, en la reducción de la incidencia de ITS en trabajadoras sexuales y jóvenes.⁵

La vulvovaginitis representa un alto riesgo para el desarrollo de infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente la cervicitis por *Chlamydia trachomatis*. Algunos estudios han encontrado una relación entre vulvovaginitis y comportamientos de alto riesgo asociados con las ITS, tales como, actividad sexual temprana y múltiples parejas sexuales.⁶

Las trabajadoras sexuales, por su actividad, están en un alto riesgo para desarrollar ITS (sífilis, tricomoniasis, gonorrea e infecciones por *Chlamydia trachomatis*) o infecciones genitales que no son transmitidos por contacto sexual (candidiasis y Vaginosis Bacteriana) las mismas que

pueden tener una grave secuela en su salud y en la de sus niños, en caso de ser gestantes. Nuevas investigaciones indican que tanto las ITS ulcerativas (sífilis, herpes y chancro blando) como las infecciones inflamatorias no ulcerosas (gonorrea, infección por Chlamydia, tricomoniasis y vulvovaginitis) pueden ser cofactores para infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ⁷

La vulvovaginitis es el motivo de consulta ginecológica con mayor frecuencia en la paciente. Su causa es multifactorial, asociada a factores ambientales, anatómicos o secundarios.

Entre los factores ambientales se describe la ropa apretada y sintética, el uso de jabones, la higiene deficiente, la autoexploración de los genitales, las enfermedades previas o concomitantes y el uso frecuente de antibiótico terapia de amplio espectro; se asocia con factores anatómicos como la distancia corta entre la vagina y el ano, la piel delicada y sensible, ausencia de lactobacilos, lo que provoca un pH vaginal alcalino. Raras veces esta puede ser la única manifestación del abuso sexual o de la presencia de cuerpos extraños. ⁸

Son condiciones predisponentes de la candidiasis vaginal: los tratamientos previos con antibióticos, el embarazo, la diabetes mellitus no controlada y los métodos anticonceptivos orales (debido a las modificaciones hormonales y a los cambios en el pH vaginal). En la vaginosis bacteriana se considera predisponente el inicio temprano de las relaciones sexuales, los dispositivos intrauterinos y el embarazo, y se la está relacionando con la utilización frecuente de duchas vaginales.

Estudios actuales evidencian una fuerte asociación entre vaginosis bacteriana y transmisión del VIH, pues Vulvovaginitis: microbiología y clínica consideran que el desequilibrio de la flora vaginal presente puede favorecer la seroconversión.⁹

La tricomoniasis difiere de la candidiasis vaginal y de la vaginosis bacteriana en que, usualmente, es adquirida durante el coito, de modo que es considerada una infección de transmisión sexual y por consiguiente sugiere la necesidad de ver los factores individuales de riesgo dentro de un contexto más amplio de redes sociales y sexuales.¹⁰

En la región de Ayacucho, en el Centro de Salud San Juan Bautista durante los meses de enero a mayo del año 2012, se atendieron un total de 60 trabajadoras sexuales, de las cuales 11 presentaron vaginosis bacteriana, 02 trichomoniasis, 19 fueron atendidas por flujo vaginal anormal y 15 atenciones sindrómicos; asimismo, 13 no presentaron ninguna patología de transmisión sexual (Registro de atenciones diarias de UAMP 2012); además en esta jurisdicción han proliferado prostíbulos clandestinos con los riesgos de infecciones de transmisión sexual que genera esta práctica de la prostitución sin el control sanitario adecuado, conllevando a un verdadero problema de salud pública.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo mencionado nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia de infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo de enero a marzo 2014?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo enero a marzo 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de Infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo enero a marzo 2014.
- Establecer la incidencia de vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo enero a marzo 2014.
- Relacionar las ITS y vulvovaginitis con los factores de riesgo como: coitarquia, uso de condón, paridad, número de contactos sexuales, nivel de instrucción, procedencia y condición económica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

HERNANDEZ, Sandra (Chile, 2006)¹ estudió la “Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario”. Las ITS son un problema de Salud Pública, debido a su alta incidencia, prevalencia, y morbimortalidad. El **objetivo** de este estudio es conocer la incidencia de ITS en las trabajadoras sexuales en control en el consultorio N°1 y su asociación con factores sociales como el Clima Social Preventivo (CSP). **Materiales y métodos;** el presente es un estudio tipo descriptivo transversal, en el que se aplicó una encuesta a 120 trabajadoras sexuales, el que contenía preguntas abiertas y cerradas (comparadas con la información obtenida de la ficha clínica). Se estudiaron mediante regresión logística las variables incidencia de ITS, edad, escolaridad, nivel de ingreso, número de hijos, variables de tipo conductuales como edad inicio relaciones sexuales, número de parejas

sexuales, uso preservativo, consumo alcohol-drogas, y variables del CSP estático (percepción del grupo de pares) y dinámico (lo que hace y recomienda el grupo de pares). **Resultados;** la incidencia de ITS en el grupo de estudio fue de 3,54% por año, siendo la trichomoniasis y el Herpes las principales afecciones de las trabajadoras sexuales. El 28,33% de las trabajadoras sexuales en control han tenido una o más ITS en el último año. El 33%(11) con ITS tuvieron su coitarquia antes de los 16 años y 67%(25) a los 16 años o más. Con respecto a la paridad el 87%(31) fueron primíparas y 13%(5) nulíparas que padecieron de una ITS. El 86%(30) procedían de la zona urbana y 14%(06) procedían de la zona urbano marginal; respecto al número de contactos sexuales el 74%(26) tuvieron mas de una pareja sexual y 26%(10) una pareja sexual diferente cada día. No hubo episodios declarados de VIH-SIDA. Las patologías más prevalentes por orden de frecuencia fueron: candidiasis vaginal, tricomoniasis, condilomatosis, sífilis, gonorrea, vaginosis bacteriana y herpes. **Conclusiones;** la incidencia de ITS se asoció a un menor CSP estático y dinámico, menores ingresos, menos tiempo de trabajo sexual, más parejas sexuales.

ALVIS, Nelson et al (Colombia - 2007)⁶ En su trabajo de investigación "Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia". **Objetivo** Identificar los principales agentes etiológicos de enfermedades de transmisión sexual en una población de alto riesgo de la ciudad de Montería. **Material y Métodos** La población estuvo conformada por 69 trabajadoras sexuales (grupo de alto riesgo) y

16 amas de casa (grupo de bajo riesgo) de la ciudad de Montería. Las muestras de secreción vaginal fueron procesadas según métodos microbiológicos estándares y por el método molecular de AMPLICOR® CT/NG. **Resultados** La edad de las pacientes estuvo entre 18 y 44 años con una media de 26,1. En la población de alto riesgo, se determinó que el 17,4% fueron positivas a ITS con una prevalencia de *Clamidia trachomatis* y gonorrea. *Trichomonas vaginalis* y *Candida albicans*, (2,9 %); en la población de bajo riesgo *Gardnerella vaginalis* (56,3 %), *C. trachomatis* (12,5 %); *Neisseria gonorrhoeae* (6,3%), y *Candida albicans* (12,5 %). Se encontró que la frecuencia de relaciones sexuales en la población de trabajadoras sexuales fue: 70 % (5-10 semanales), 10 % (11-15 semanales) y 20 % (16-20 semanales). El 15,4 % de las trabajadoras sexuales no utilizaron preservativos en sus relaciones sexuales. **Conclusión** Las altas tasas de infección encontradas en las poblaciones estudiadas presumen que existe un alto riesgo de transmisibilidad y es prioridad intervenir en estos grupos para prevenir las infecciones por el VIH y demás infecciones de transmisión sexual.

VENEGAS, Gloria (Chile, 2011)⁵ investigó la “Prevalencia de vulvovaginitis en trabajadoras sexuales chilenas” **Objetivo.** Determinar la prevalencia de vulvovaginitis (VB) en trabajadoras sexuales chilenas y relacionar los hallazgos con variables sociodemográficas, sexuales y clínicas. **Método.** Se estudió una muestra de 379 trabajadoras sexuales que asistían para control a Unidades de Atención y Control de Salud Sexual de Chile. A todas se las entrevistó para obtener antecedentes

sociodemográficos y sexuales, se les realizó evaluación clínica que incluyó características del flujo vaginal, pH y prueba de aminas, y se les tomó una muestra vaginal para tinción de Gram.

Resultados. La prevalencia de VB fue de 69,1%. El síndrome no se asoció a las variables sociodemográficas edad y escolaridad. Las mujeres que vivían (casadas o no) con su pareja tuvieron menos frecuencia de VB en comparación con las mujeres solteras ($P < 0,001$). No hubo variables sexuales asociadas a VB, en tanto que el empleo del dispositivo intrauterino (DIU) sí lo estuvo ($P < 0,001$). La presencia de descarga vaginal, pH vaginal alterado y prueba de aminas positiva se asociaron a la infección ($P < 0,001$). **Conclusiones.** En coincidencia con otros estudios realizados distintos países, el presente trabajo observó que las trabajadoras sexuales chilenas tienen una alta prevalencia de VB, con mayor riesgo para aquellas que usan DIU como método de anticoncepción o que no conviven (casadas o no) con su pareja.

LEYVA, René (México, 2013)³ estudió el “Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadores sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica” **Objetivo.** Analizar el acceso a servicios preventivos de ITS/VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica.

Material y métodos. Estudio cuasi experimental en una muestra no aleatoria de 558 trabajadoras sexuales, en zonas fronterizas de Centroamérica con y sin intervenciones relacionadas con información sobre derechos humanos, comportamiento sexual, acceso a información sobre prevención/transmisión, condones, pruebas de VIH,

anticoncepción, atención médica y uso de condón. Se realizó un análisis descriptivo y se estimaron modelos de regresión logística para identificar factores asociados con el uso de condón. **Resultados.** Las trabajadoras sexuales de comunidades con intervención presentaron mayor acceso a información preventiva (99 vs 87%), condones (98 vs 75%), pruebas de VIH (89 vs 61%), anticonceptivos (74 vs 65%), servicios ginecológicos (83 vs 57%) y mayor posibilidad -3.9 (IC:1.2-12.7)– de usar condón con clientes respecto a las que no tuvieron intervención. **Conclusiones.** Las diferencias observadas deben considerarse en un marco relacionado con características socioculturales y de movilidad poblacional en contextos fronterizos, así como de organización de los servicios de salud.

CHAVEZ Y PASQUEL (Lima-2004)⁷ en su investigación “Incidencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo que influyen en las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud Raúl Patruco Puig. Lima; junio-agosto 2003”, **Objetivo.** Conocer la incidencia de ITS y factores de riesgo trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud Raúl Patruco **Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con una muestra de 320 trabajadoras sexuales que acudían a su control al centro de salud. **Resultados.** Reportó a 175 con infecciones de transmisión sexual; de ellas el 53,1% correspondieron a vaginosis bacteriana, 18,3% candidiasis, 5,7% vaginosis bacteriana mas sífilis, 5,1% vaginosis bacteriana mas candidiasis y trichomoniasis, 4,6% sífilis y 1,7% vaginosis bacteriana mas trichomoniasis. El 35,6% de las trabajadoras sexuales tuvieron entre 17 a 24 años de edad, 34,7% entre

25-32 años, de las cuales el 17,8% y 18,8% respectivamente presentaron ITS. Un 45,6% de las trabajadoras sexuales realizan relaciones por las vías vaginal y oral y el 32,5% por las vías vaginal-oral-anal; de ellas, el 24,4% y 18,4% respectivamente, presentaron infecciones de transmisión sexual. Asimismo el 61,9% de trabajadoras sexuales tienen un ingreso de 2,000 a 4,000 nuevos soles mensuales, de las cuales el 40% presentó infecciones. También el 24,7% tienen un ingreso mayor a 4000 soles mensuales, de ellas el 3,5% de casos tuvieron infecciones de transmisión sexual.

HUAMANÍ C y PADILLA I (ABANCAY-2007)⁹ en su tesis hallaron que del 100% de las trabajadoras sexuales, el 45.9% presentaron vaginosis bacteriana, el 13.5% vaginosis bacteriana + candidiasis y el 10.8% candidiasis. El estado civil, uso de preservativo, tiempo de trabajo, lugar donde ejerce el trabajo y el número de clientes fueron los factores de causalidad asociados a la presencia de vaginitis .

FERNANDEZ, Jorge (Lima, 2010)⁴ estudió la “Vaginosis Bacteriana en trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de Infección de transmisión sexual y SIDA”, **Objetivo:** Determinar la frecuencia de vaginosis bacteriana (VB) en trabajadoras sexuales (TS) que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (CERETSS) en Lima, Perú; y su asociación con características gineco-obstétricas. **Material y Métodos:** Estudio transversal realizado en 322 TS que acudieron a la consulta

médica en un CERETSS de diciembre del 2008 a enero del 2009. Se obtuvieron muestras de flujo vaginal y se emplearon los métodos de Amsel y Nugent para el diagnóstico de VB. **Resultados:** La frecuencia de VB fue 26,1%. La VB estuvo asociada con el conocimiento de VB, antecedentes de VB y enfermedades de transmisión sexual, número de partos, número de abortos y número de parejas sexuales por día. **Conclusiones:** La frecuencia de VB en esta población es elevada, siendo necesaria la implementación de medidas que conduzcan a su control.

QUISPE, Celedonia y VARGAS, Lucila (Ayacucho - 2012)¹⁰ en su investigación "Factores que inciden en las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco – Ayacucho, julio – septiembre 2012" **Objetivo:** Conocer los factores que inciden en las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco – Ayacucho. **Material y Métodos:** Investigación aplicada, descriptivo de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 124 trabajadoras sexuales seleccionadas a través de un tipo de muestreo probabilístico, al azar simple. **Resultados:** El 58,9% de trabajadoras sexuales, atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco presentaron vaginosis bacteriana, seguido de vaginosis bacteriana mas candidiasis con 12,1%; el 21%(26) de trabajadoras sexuales fueron multíparas y 19,4%(24) fueron primíparas que presentaron vaginosis bacteriana. El 10,5%(13) trabajadoras sexuales

mencionaron que usan preservativos a veces con sus clientes conocidos. Asimismo el 34,7% de trabajadoras sexuales con nivel de instrucción secundario y 15,3% con nivel primario presentaron vaginosis bacteriana. Los factores asociados a las infecciones de transmisión sexual fueron la edad, numero de clientes sexuales, el uso del condón, practicas sexuales y las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y/o drogas($p < 0,05$)

2. BASE TEORICO - CIENTÍFICA

2.1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La expresión *infecciones de transmisión sexual* (ITS) que vino a sustituir al inicio de los años 70, la clásica denominación de *enfermedades venéreas* incluye una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa en las que la transmisión sexual es de interés epidemiológico, aunque en algunas de ellas no es el mecanismo de transmisión más importante.

La relación que se expone a continuación no es exhaustiva, ya que en sentido estricto la mayoría de las enfermedades infecciosas podrían transmitirse por este mecanismo, pero sí quedan incluidas, aquéllas en que la transmisión sexual tiene interés epidemiológico.

a).- Sífilis

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por el *Treponema Pallidum*, microorganismo procariota en forma de espiral perteneciente al orden de las espiroquetas, familia *Treponematacea*. Es un anaerobio facultativo muy sensible a las condiciones físicas del medio ambiente, por lo que no es posible cultivarlo in vitro en ningún medio bioquímico, pero sí mediante inoculación en testículo de conejo. Puede observarse mediante examen microscópico en campo oscuro, o por técnica de anticuerpos fluorescentes. Las vías de transmisión son:

- Exposición sexual: corresponden a cerca del 90% de las infecciones. La contagiosidad va disminuyendo hacia el segundo año de la infección.

- Besos: por lesiones sifilíticas primarias o secundarias en los labios o en la cavidad oral.
- Transmisión prenatal
- Transfusión: raro hoy en día dado búsqueda en el donante. Más frecuente es por compartir jeringas para inyección de drogas intravenosas.
- Inoculación directa accidental en laboratorio

Epidemiología

Aproximadamente uno de cada dos contactos de un paciente con sífilis se contagia. El 30% de los pacientes examinados los primeros 30 días del contacto y aparentemente no infectados, están incubando la enfermedad. De ahí la importancia del examen y seguimiento de éstos.

Es difícil saber si esta disminución en la incidencia de la enfermedad se debe al mayor cuidado por el SIDA o bien a cambios en el cumplimiento de registro de casos. Las tasas más altas se detectan entre los 15 y 54 años de edad, y según el sexo el número de casos notificados en mujeres es levemente superior al del hombre, lo cual puede explicarse por la mayor vigilancia epidemiológica que se realiza en el marco del Programa de Salud de la Mujer y Control de Salud Sexual.

Patogenia

El *T. Pallidum* penetra a través de la mucosa intacta o con pequeñas abrasiones, y rápidamente ingresa a los linfáticos y sangre para provocar una infección sistémica con focos metastásicos mucho antes de producir la lesión primaria. El tiempo de incubación es inversamente proporcional

al número de organismos inoculados. El tratamiento durante este período no garantiza que no ocurra la infección sintomática posteriormente.

La lesión primaria aparece en el sitio de inoculación, usualmente persiste por 4 a 6 semanas, y cura espontáneamente. Hay inflamación, con proliferación endotelial y obliteración subsecuente de pequeños vasos sanguíneos. La curación del chancro termina con la fagocitosis de los *Treponemas* por macrófagos activados.

Las manifestaciones de la sífilis secundaria aparecen entre 6 a 8 semanas después de curado el chancro, aunque algunos pueden hacerlo meses después o bien entrar en latencia. La aparición de manifestaciones secundarias a pesar de circular gran cantidad de anticuerpos no está clara, pero podría deberse a cambios en la expresión de antígenos de superficie. Las lesiones secundarias duran de 2 a 6 semanas para luego entrar a la etapa de latencia. En la era preantibiótica al menos el 25% de los pacientes experimentaban al menos una recaída generalizada o localizada, habitualmente durante el primer año, y aproximadamente un tercio de los pacientes con lúes latente no tratada, desarrollaban manifestaciones de la sífilis terciaria. La principal causa de muerte en el paciente no tratado es la sífilis cardiovascular.

b).- Gonorrea

Infección de transmisión sexual producida por la especie bacteriana *Neisseria Gonorrhoeae*, diplococo gram negativo no móvil, no esporulado, con forma de grano de café. Es oxidasa positivo como todas las otras

Neisseria Spp., pero crece en medios selectivos, y utiliza la glucosa, pero no la maltosa, sacarosa ni lactosa para su crecimiento.

Epidemiología

A partir de 1989 esta enfermedad muestra un descenso sostenido de las tasas, de 64.9 x 100000 habitantes en 1989 a 15.3 en 1998, probablemente debido al mayor uso del preservativo a consecuencia del VIH. Las edades con las tasas más elevadas se sitúan entre los 15 y 54 años, y la relación hombre mujer fue de 2,8:1 en 1998, lo cual puede explicarse porque la infección es con mayor frecuencia asintomática en la mujer. Afecta principalmente a población soltera y de bajo nivel educacional. El número de reportados corresponde a la mitad de lo real. Se transmite de hombre a mujer con mayor facilidad que de mujer a hombre. El riesgo de contagio de una mujer por sexo vaginal es de 40 a 60%, y el riesgo de adquirir gonorrea orofaríngea por sexo oral es de 20%.

Patogenia

Este microorganismo se adhiere a la superficie de los epitelios uretral, endocervical, vaginal, rectal, faríngeo e incluso a los espermatozoides humanos y a las células ciliadas de las trompas de falopio. Los tipos infectantes poseen una proteína de superficie llamada pilina que facilita su adherencia. Otro componente que se extiende en la superficie de esta bacteria es la proteína PI (PI), que forma poros por los cuales entran a la célula algunos nutrientes. Cada cepa expresa sólo un tipo de PI mediante reacciones de aglutinación con anticuerpos monoclonales. La proteína PII

también participa en la adherencia. Su expresión es fenotípicamente variable; las bacterias pueden cambiar de PII(+) a PII(-) y viceversa. Las cepas infectantes habitualmente son PII+. Pueden expresar simultáneamente varios tipos de cadenas de lipopolisacáridos antigénicamente diferentes (LPS), que median en gran parte su toxicidad. También elabora una proteasa de IGA 1 que desdobra e inactiva la IGA secretora, importante en la defensa de las mucosas.

Existen varios mecanismos por los que *N. Gonorrhoeae* puede burlar al sistema inmune:

1. Expresión de antígenos de superficie antifagocíticos
2. Antígenos de superficie que imitan a los antígenos naturales del huésped
3. Capacidad de crecer en el intracelular y así burlar la inmunidad humoral y celular
4. Ausencia de antígeno de superficie (carbohidrato) inmunogénico, blanco de las IgG
5. Expresión de carbohidratos que bloquean epítopes relevantes para la acción del complemento sérico

Clínica

En hombres los síntomas suelen aparecer 3 a 7 días después de la infección. Se inician con leve molestia uretral, seguida de disuria de grado variable y a veces urgencia miccional. Hay eritema y edema del meato urinario y salida de material purulento por él, sin embargo la infección puede ser asintomática en 5 a 7% de los afectados. Puede complicarse

con epididimitis, prostatitis, tromboflebitis, absceso periuretral o fístulas, vesiculitis seminal, estenosis uretral y esterilidad.

En mujeres los síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la infección y consisten en disuria, descarga vaginal y a veces fiebre. El 30 a 50% de las infecciones son asintomáticas, y sólo se descubre cuando consulta su pareja por los síntomas. El útero, las trompas de falopio, los ovarios, la uretra y el recto pueden comprometerse y provocar dispareunia, algia pelviana, y un proceso inflamatorio pelviano que puede dejar como secuela infertilidad en el 10 a 20% de los casos.

Las personas que mantienen sexo por vía anal pueden desarrollar gonorrea rectal, que causa malestar alrededor del ano y secreción, eritema, ulceración, y eliminación de heces cubiertas de sangre y mucosidad.

El sexo oral es un factor de riesgo para gonorrea orofaríngea, la cual puede ser asintomática o provocar disfagia. El contacto de las secreciones infectadas con los ojos puede producir una conjuntivitis gonorréica. De no tratarse se puede llegar a la opacidad y úlcera corneal, con alto riesgo de ceguera. La transmisibilidad al feto en el momento del parto es de un 30 a 50%.

La infección gonocócica diseminada resulta de una bacteremia y se da en el 0.5 a 3% de los pacientes con infección gonocócica no tratada. Las cepas involucradas resisten la acción del suero y no desarrollan inflamación genital, probablemente debido a la pobre producción de factores quimiotácticos. Son altamente sensibles a penicilina. Dos tercios

de los casos de diseminación se da en mujeres. Son factores de riesgo de diseminación, la menstruación y la deficiencia de factores del complemento de C5 a C9. Se caracteriza por el síndrome artritis-dermatitis, con compromiso de grandes articulaciones (codo, rodilla, cadera, hombro, etc.) y desarrollo de pápulas, pústulas y bulas con gran tendencia a la transformación hemorrágica, ubicadas en las extremidades y principalmente periarticular.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la noción epidemiológica, y se confirma con el estudio bacteriológico. La muestra debe obtenerse de la uretra, canal cervical, mucosa rectal o faringe. No son válidas las muestras obtenidas de vagina, canal anal, muestras extracervicales u orales ya que en ellas se encuentran otras neisserias como parte de la flora normal.

En el caso de uretritis la muestra se obtiene antes de la primera micción matinal o después de 4 horas de la última micción. En el caso de la mujer debe ser antes de toda higiene local y sin la aplicación de tratamientos en las 48 horas previas. El diagnóstico de uretritis se hace con el hallazgo de 4 o más polimorfonucleares (PMN) por campo por 1000X; el de uretritis gonocócica en tanto es altamente sugerente por la presencia al gram de cocobacilos gram negativos en granos de café. En condiciones técnicas adecuadas, este examen tiene en el hombre una sensibilidad y una especificidad superior al 95%. En la mujer estos valores son variables dada la dificultad para la toma de muestra. Cuando el examen directo es

negativo y la sospecha es alta, debe realizarse el cultivo en medio de Thayer Martin, medio enriquecido y con antimicrobianos que inhiben el crecimiento de otros microorganismos. En la mayoría de los casos se obtiene un crecimiento precoz y abundante entre las 18 y 24 horas.

c).- Herpes Genital

Corresponde a una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente del mundo. Los agentes etiológicos que lo producen son el virus Herpes Simplex tipo 2 y en menor frecuencia el Herpes Simplex tipo 1 (HSV). Son virus DNA de doble cadena lineal, y de los cuales el ser humano es el único reservorio. Las estructuras genómicas de los dos HSV son similares, y la homología de las secuencias entre ambos es de 50%.

Epidemiología

La tasa de infección por Herpes virus genital en Chile en 1998 fue de 1.8 casos por 100000 habitantes. La infección por HSV 1 ocurre en forma más precoz que la infección por HSV 2. Más del 90% de los adultos tiene anticuerpos contra HSV 1 hacia la 5ª década de vida. La mayoría de las personas de nivel socioeconómico bajo adquiere la infección antes de los 30 años de edad. La seroconversión para HSV 2 raramente sucede antes del inicio de la actividad sexual. El factor predictivo más importante para desarrollar la infección por HSV 2 es el número de parejas sexuales a lo largo de la vida. Otros factores de riesgo conocidos son el bajo nivel educacional, la pobreza y el uso de cocaína. En EEUU el 22% de las

personas mayores de 12 años es seropositiva para HVS 2. La tasa es mayor en mujeres (26%) que en hombres (18%).

Los adolescentes presentan la tasa más alta. Una mujer susceptible es más propensa a contraer la infección de un hombre infectado que viceversa. Estudios demuestran que una mujer tiene cuatro veces más riesgo de contraer el herpes genital durante su vida que un hombre. Por otro lado la seropositividad para HSV 1 protege a una persona susceptible de contraer el HSV 2.

Sólo entre un 10 y 25% de las personas seropositivas han sido sintomáticas alguna vez. La ausencia de síntomas no excluye la posibilidad de excreción viral y el riesgo de contagio.

La coinfección de VHS 2 y VIH es frecuente. En EEUU, el 68% de los hombres homosexuales VIH(+), el 63% de los hombres heterosexuales con VIH(+), y el 78% de las mujeres VIH(+) son seropositivas para VHS 2. Esto se debe a la mayor contagiosidad por la ulceración propia de la lesión herpética y a la mayor presencia de linfocitos CD4(+) en el infiltrado inflamatorio, que son más accesibles y vulnerables a la infección por VIH.

Patogenia

La exposición de las mucosas al HSV permite su entrada y replicación en células epiteliales.

Posteriormente hay infección de terminaciones nerviosas sensitivas o autonómicas. La nucleocápside viral se transmite vía axonal hasta el soma neuronal en el asta dorsal de la médula espinal, desde donde descenderá al área comprometida al momento de la reactivación.

Después de la resolución de la primoinfección no se encuentra virus infectante en el ganglio. Sin embargo se puede encontrar ADN viral en el 10 a 50% de las células ganglionares. Desde su ubicación original en la médula, puede migrar y comprometer otras raíces nerviosas, con el consiguiente crecimiento del área cutánea comprometida.

No se conocen claramente los mecanismos que participan en la reactivación del virus. Las recurrencias sintomáticas y asintomáticas pueden ser espontáneas o responder a un estímulo, que puede ser estrés emocional, período premenstrual, fiebre, luz UV, daño tisular o neural, inmunosupresión, calor, congelamiento, y otras infecciones locales.

Puede ocurrir reinfección por otra cepa de VHS, así como autoinfección por inoculación cuando los títulos de anticuerpos aún no se elevan.

Clínica

El 95% de los herpes genitales sintomáticos desarrollan la enfermedad dentro de 3 a 14 días de la exposición. Hay que recordar que la mayoría de las primoinfecciones son asintomáticas. En mujeres se produce una vulvovaginitis con fiebre, compromiso del estado general, linfadenopatías y disuria. Las vesículas se pueden desarrollar en vulva, cérvix, uretra, vagina, piel perianal, glúteo, muslos y periné. Puede haber edema perineal y de labios mayores y menores. Las vesículas evolucionan a costras que curan sin dejar cicatriz. La duración del cuadro clínico va de 2 a 3 semanas. Las mujeres tienen una primoinfección más grave y una mayor tasa de complicaciones que el hombre, entre las que

destacan un síndrome de retención urinaria por radiculomielitis sacra (10 a 15%), meningitis aséptica (hasta en un 25%) y neuralgia.

Los hombres desarrollan un cuadro agudo con fiebre, edema genital, linfadenopatías, vesículas y erosiones en el glande, prepucio, escroto o piel. La presencia de uretritis es menos frecuente y la duración del cuadro es menor que en mujeres. También puede haber extensión extragenital. En homosexuales puede haber una infección perianal con proctitis. Las complicaciones son raras.

En la recurrencia del cuadro herpético puede haber un prodromo caracterizado por dolor localizado, ardor, tensión, adenopatías, fiebre, anorexia, cefalea o compromiso del estado general leve. El 75% de estos prodromos progresa hacia la etapa vesicular que cura sin cicatriz en el plazo de 7 a 10 días. La carga viral excretada es menor y sólo dura 3 a 5 días en comparación a las tres semanas de la primoinfección. El promedio de recurrencias en sintomáticos es de 4 por año. Los pacientes con primoinfección más grave recurren más. Las lesiones genitales por VHS 1 recurren menos, y no se ha demostrado excreción asintomática.

En mujeres embarazadas una recurrencia de herpes genital puede interpretarse como una primoinfección, ya que la inmunosupresión relativa al embarazo puede determinar una recurrencia en mujeres seropositivas previamente asintomáticas. La tasa de infección neonatal en una primoinfección materna durante el parto es de 20 a 50%, en una recurrencia de un 5%, y durante una excreción asintomática de un 1%.

Ambos tipos de virus herpes se relacionan también con el panadiso herpético, foliculitis y eritema multiforme.

Los pacientes inmunodeprimidos con frecuencia desarrollan infecciones más graves, recurrencias más frecuentes, compromiso de áreas más extensas, pueden desarrollar úlceras grandes, necróticas, e incluso hiperqueratósicas que tienden a la cronicidad. En estas úlceras se ha aislado cepas de HSV 2 resistentes a aciclovir. Las lesiones herpéticas no curan con cicatrices, de ahí que la presencia de úlceras de crecimiento rápido deba hacer pensar en la posibilidad de una coinfección con VIH.¹⁴

2.1.1. Síndromes causados por las ITS

Aunque hay muchos patógenos diferentes causantes de ITS, algunas de estas presentan signos (las manifestaciones objetivas que el paciente o el profesional sanitario observan en la exploración) y síntomas (las manifestaciones subjetivas que siente el paciente, como el dolor o la irritación) similares o coincidentes. Algunos de estos signos y síntomas son fácilmente reconocibles y sistemáticos, constituyendo lo que se denomina un síndrome, que señala la presencia de uno o varios patógenos. Por ejemplo, en el hombre, el flujo uretral puede ser causado por la gonorrea aislada, la clamidias aislada, o ambas conjuntamente.

Los principales síndromes de las ITS frecuentes son:

- flujo uretral;
- úlceras genitales;
- tumefacciones inguinales (bubas);
- tumefacción escrotal;

- flujo vaginal;
- dolor abdominal bajo;
- infecciones oculares neonatales (conjuntivitis del recién nacido).

2.1.2. Enfoque sindrómico de la conducta clínica ante las ITS

El método tradicional para diagnosticar las ITS son las pruebas de laboratorio, pero a menudo no están disponibles o son demasiado caras. 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.

El enfoque sindrómico, en el que se utilizan diagramas de flujo para diagnosticar y tratar las ITS, es más exacto que el diagnóstico basado únicamente en pruebas clínicas, incluso en manos experimentadas. El enfoque sindrómico es un enfoque científico que permite ofrecer un tratamiento accesible, inmediato y eficaz. Además, en algunos síndromes es más costo eficaz que las pruebas de laboratorio.

Hay que definir a nivel local los patógenos causantes de un síndrome en particular, y adaptar los diagramas de flujo en consecuencia. Además se deben monitorizar regularmente los microorganismos causantes de cada síndrome para validar las recomendaciones terapéuticas.¹²

2.1.3. Prevención

El modo más eficaz de evitar las ITS consiste en no tener relaciones sexuales (sean orales, vaginales o anales) o tenerlas únicamente con una sola una pareja, no infectada y mutuamente monógama. Siempre que se

utilicen sistemática y correctamente, los preservativos masculinos de látex que son muy eficaces para reducir la transmisión del VIH y de otras ITS, tales como la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis.³

2.2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA VAGINA

2.2.1. ANATOMÍA.

Es un órgano fibromuscular revestido por epitelio pavimentoso estratificado que se extiende desde el introito vulvar hasta la parte vaginal del cuello del útero, sirve para la cópula. Delante de ella se encuentra la vejiga urinaria y la uretra que está incorporado a su pared anterior. Por detrás se relaciona con el recto y el canal anal. El eje longitudinal de la vagina forma con el útero un ángulo de aproximadamente 90° abierto hacia delante. La longitud de la vagina es de 7 – 8 cm., siendo más larga su pared posterior. El ancho aumenta desde el extremo inferior (vulva) hacia el superior (cuello uterino). Las paredes de la vagina se encuentran en contacto una con otra y se separan sólo en la parte superior, en relación con el cuello uterino. En un corte transversal a nivel de la parte media, la vagina tiene forma de "H". En el extremo superior la vagina rodea al cuello del útero, el cual hace eminencia hacia ella, formando entre ambos los fondos de saco o "fórnix" vaginales. En la parte superior, la vagina tiene estrecha relación con la vejiga urinaria y la parte inferior con el recto. Los fondos de saco laterales se relacionan con el segmento terminal del uréter. La parte inferior (vulvar) de la vagina se encuentra en relación con el clítoris por delante y con el cuerpo fibroso del periné por la parte de atrás, el cual la delimita con el canal anal.¹¹

2.2.2 FISIOLOGÍA.

La vagina normalmente presenta un contenido húmedo, con cambios de acuerdo a su fisiología. La humedad está dado por las

secreciones de las glándula de Bartholino, glándulas apocrinas y las glándulas de Skene parauretrales, pero que pueden incrementarse de acuerdo al estímulo sexual, hormonal, etc.

La vagina sufre modificaciones cíclicas, ya que es el órgano efector más sensible a los cambios hormonales del ciclo que influyen en las características de su contenido. La descamación celular escasa en el postmenstruo, se incrementa para alcanzar su máximo en la fecha ovular. Estas células ricas en glucógeno por acción del Bacilo de Döderlein (gram positivo) sufren la penetración láctica, que acidifica el medio vaginal (pH 3.8-4.2) para la depuración y defensa de la vagina.

2.2.3 FLORA VAGINAL.

La flora vaginal no es estática, sino que está sometida a un dinamismo, condicionado por muchos factores tales como la edad, los hábitos de higiene, los estados endocrinos, promiscuidad sexual y otros.

Posterior al nacimiento, la niña mantiene un pH vaginal bajo hasta las 2 a 6 semanas, el glucógeno celular disminuye y el pH vaginal se hace más alcalino. Los microorganismos mas prevalentes que se aislaron de la vagina de la niña entre 10 meses a 10 años de edad fueron: *Staphylococcus epidermidis*, *Difteroides*, *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptoestreptococcus*, entre los mas principales.

Despues de la menarquia en la madurez sexual, las funciones exocrinas y endocrinas ováricas, el epitelio vaginal que hasta entonces se componía de pocas capas se estratifica e incrementa en altura. En la pubertad los lactobacillus aerobios y anaerobios reaparecen en grandes

cantidades y contribuyen a la conservación del pH ácido mediante la producción de ácido láctico a partir del glucógeno.

La flora normal de la vagina incluye con frecuencia a *Streptococcus* hemolíticos del grupo B, *Streptococcus* anaerobios (*Peptoestreptococos*), especies de *Prevotella*, *Clostridios*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, y a veces especies de *Listeria* y *Mobiluncus*. Los gérmenes varían en las distintas zonas, así por ejemplo:

* **En el tercio inferior**, como en las regiones vestibulares y vulvar, predominan los *Streptococos* y *Staphilococos*, bacilos y otros gérmenes de vida saprofítica; son capaces de adquirir su carácter patógeno ante cualquier eventualidad.

* **En los dos tercios superiores**, es preponderante la presencia de los bacilos lácticos, estos impiden el desarrollo de gérmenes de la zona inferior; pero la capacidad defensiva se vuelve insuficiente. Los elementos agresivos intensifican su acción y el equilibrio se altera por invasión de gérmenes a la zona alta, dando lugar a manifestaciones clínicas de una infección, con las características propias del microorganismo predominante.

Actualmente se sabe que la flora vaginal de la mujer sexualmente madura y sana, no es constante ni uniforme y se clasifica en 4 tipos:

TIPO I : Mujer sana, predominio de *Lactobacillus*.

TIPO II : Proceso inflamatorio agudo, flora aeróbica.

TIPO III : Proceso inflamatorio crónico, flora anaeróbica.

TIPO IV : Predominio de la flora mixta: *Trichomonas* y *Cándida*.

2.2.4. FUNCIÓN DE LA FLORA VAGINAL NORMAL.

La principal bacteria de la flora microbiana vaginal lo constituye el *Lactobacillus acidophilus* el cual antagoniza eficazmente con los microorganismos patógenos. Esta bacteria produce ácido láctico, ácido acético, etanol y anhídrido carbónico, a partir del glucógeno que almacenan las células epiteliales, (influenciados por las hormonas); este ácido es un potente antimicrobiano que va evitar la implantación y multiplicación de otros microorganismos. Además estas bacterias de la flora microbiana compiten con los receptores celulares presentes en las células vaginales, evitando de esta manera su implantación el cual favorece su eliminación por un simple proceso mecánico de barrido.¹¹

2.3. VULVOVAGINITIS

Son los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico. Esta inflamación puede acompañarse de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareunia. Es muy frecuente, se diagnostica aproximadamente en el 25% de las mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico. Más de la mitad de los casos son de origen infeccioso, en los que la transmisión sexual ocupa un papel importante. Los restantes se deben a otros procesos, como reacciones alérgicas, traumatismos, problemas hormonales, etc. En ocasiones estas causas se encuentran discretas, por lo cual el diagnóstico es más difícil y el proceso puede cronificarse.

Las vulvovaginitis pueden ser infecciosas o no. Entre las infecciosas destacan las causadas por tricomonas, las candidiasis, la vaginosis bacteriana y las causadas por otros microorganismos.

Las no infecciosas suponen el 15% de las vulvovaginitis. Todo lo que produce un aumento del pH vaginal (hipoestronismo, lavados vaginales, menstruación) favorece la inflamación. Entre sus causas principales destacan las producidas por:

- Reacciones alérgicas; espermicidas, ropa interior sintéticas, productos de higiene íntima, etc.
 - Traumatismos; cuerpos extraños, maniobras masturbatorias.
 - factores térmicos y hormonales; hipoestronismo-vaginitis atrófica, produciendo sequedad vaginal, prurito, disuria, dispareunia.
 - factores neoplásicos e iatrogénica; DIU, pesarios, productos químicos
- Todas éstas se suelen corregir al desaparecer las causas que las producen. Por ejemplo: tratar el hipoestronismo con pomadas y óvulos, corregir alteraciones endocrinas, cambiar de método anticonceptivo y detectar cuanto antes patologías graves .⁹

2.3.1. VAGINITIS POR TRICOMONIASIS:

Causadas por *Trichomona vaginalis*, un protozoo que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Es habitualmente asintomática en el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis.

2.3.1.1 Clínica: Aunque puede ser asintomática, suele haber flujo abundante, espumoso, maloliente y amarillo-verdoso, que cursa con prurito vulvovaginal, dispareunia y disuria. Estos síntomas se acrecientan con la menstruación. Es característico el "cérvix de fresa" y el eritema vaginal.

2.3.1.2 Diagnóstico: Una toma de fondo de saco vaginal y cuello (y/o uretra del hombre y mujer) diluida en suero fisiológico sobre un porta permite la visualización de tricomonas (en movimiento cuando tiene flagelo, o inmóvil en no flagelado) y de leucocitos en un 50% de los casos. El pH es mayor de 4,5. Cuando no se pueden visualizar tricomonas y existe una sospecha clínica clara puede recurrirse al cultivo, método más sensible y específico de diagnóstico, que se realiza en medio específico de Diamond.

2.3.1.3 Tratamiento: El tratamiento específico se realiza con 2 gramos por vía oral en monodosis de Metronidazol o Tinidazol. Como alternativa emplearemos el Metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 días. El tratamiento local con Metronidazol gel es menos eficaz (<50%) que la vía oral. Las pacientes deben evitar alcohol hasta 24 h después del tratamiento con Metronidazol y hasta 72 horas después del tratamiento

con Tinidazol. El Metronidazol es más eficaz que el Tinidazol aunque ambos han sido aprobados por la FDA.

2.3.1.4 Seguimiento: Es innecesario para hombres y mujeres asintomáticos después del tratamiento o asintomáticos inicialmente.

2.3.1.5 Fracaso del Tratamiento: Si el tratamiento fracasa con Metronidazol 2g/dosis única y se excluye la reinfección, utilizaremos Metronidazol 500mg oral/12h durante 7 días o Tinidazol 2 g en dosis única. Como alternativa si no existe curación, se puede ensayar Tinidazol o Metronidazol 2 g oral/ 5 días. Si no fuese efectivo, podemos derivar al especialista para valorar la susceptibilidad de tricomona a estos dos fármacos.

2.3.1.6 Pareja: Debe recomendarse el tratamiento de la pareja además de abstención de relaciones sexuales mientras no finalice el tratamiento y la pareja no esté asintomática. El tratamiento de las parejas sexuales, puede aumentar las tasas de curación.

2.3.1.7 Embarazo: La tricomona se ha asociado con acontecimientos adversos (rotura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer). Sin embargo, no se demostró una reducción de la morbilidad perinatal tras el tratamiento con Metronidazol. Algunos estudios hablan de un aumento de la prematuridad y bajo peso al nacer tras el tratamiento con Metronidazol. Se considera el tratamiento según riesgos y beneficios, algunos autores difieren la terapia hasta después de la 37 semana de gestación en caso de mujeres asintomáticas. Se trata con 2 gramos de

Metronidazol en dosis única (categoría B) según la FDA (administración de alimentos y drogas) y Tinidazol (categoría C) ya que los estudios en animales han demostrado efectos adversos y su seguridad en mujeres embarazadas no ha sido establecida ~

2.3.1.8 Lactancia: Si se administra Metronidazol a mujeres que estén dando la lactancia materna, ésta debe ser suspendida mientras dure el tratamiento y de 12 a 24 horas después de la última dosis. En el caso del Tinidazol ocurre lo mismo. Se debe suspender la lactancia durante el tratamiento y no reanudarla hasta 3 días después de la última dosis. Múltiples estudios y metaanálisis no han logrado demostrar una asociación entre el uso de Metronidazol y teratogénesis o mutagénesis en las lactantes.

2.3.1.9 Alergia: En caso de alergia a los nitroimidazoles, se recomienda desensibilización con Metronidazol. Se puede intentar terapia con otras drogas tópicas pero la tasa de curación es menor.⁶

2.3.2. VAGINITIS POR CÁNDIDAS:

Aproximadamente el 25% de las vulvovaginitis son a causa de la Candidiasis, producidas por distintas especies del género cándida: Albicans (80-90%), Glabatra y Tropicalis. Clínicamente indistinguibles, las dos últimas son más resistentes al tratamiento. El 75% de las mujeres tendrá al menos un episodio de candidiasis en la vida y un 40-45% presentarán dos o más episodios.

Entre los factores predisponentes destacan: uso reciente de antibióticos de amplio espectro, diabetes mal controlada y VIH. Son menos reconocidos o más discutibles: toma de anticonceptivos orales, embarazo, uso de corticoides y contaminación sexual.

2.3.2.1 Clínica: Prurito intenso, leucorrea blanquecina grumosa con aspecto caseoso, además de disuria y dispareunia. Se intensifica la semana previa a la menstruación y disminuye con el inicio del sangrado. Eritema y tumefacción de la vulva. Es muy frecuente la asociación de candidiasis con otras infecciones. En estos casos los síntomas son menos específicos. En el varón produce balanitis.

2.3.2.2 Diagnóstico: El examen directo se puede realizar con suero salino, visualizándose esporas, o con KOH al 10%, que digiere las células epiteliales, dejando sólo las esporas y micelos. El pH es ácido <4,5. No es necesario hacer cultivo de forma rutinaria, aunque es útil en casos recurrentes o dudosos.

2.3.2.3 Tratamiento: La identificación de cándida en ausencia de síntomas no es una indicación de tratamiento.

a).- Candidiasis no complicada: Están indicados tratamientos cortos tópicos con derivados imidazólicos (una dosis de 1-3 días). La aplicación de azoles es más efectiva que la nistatina, así un 80-90% de las pacientes tratadas con azoles desaparecen los síntomas y se negativizan los cultivos. Se recomienda el Clotrimazol 1% crema 5 g intravaginal de 7-14 días, Clotrimazol 100mg vaginal por 7 días, Clotrimazol 100mg 2

comprimidos por 3 días, Clotrimazol 500 mg 1 comprimido vaginal en dosis única, Miconazol 2% crema 5 g intravaginal por 7 días y Miconazol 100mg 1 óvulo día/ 7 días. Como alternativa trataremos con Fluconazol oral (150 mg en dosis única). Estos tratamientos tópicos y óvulos pueden interferir en los preservativos de látex y diafragmas.

b).- *Candidiasis recidivante:* Es aquella con 4 o más episodios de vulvovaginitis candidiásica sintomática en un año. Afecta a menos del 5% de las mujeres. Su patogénesis es poco conocida y la mayoría de las mujeres que la padecen, no presentan factores predisponentes. Se deben realizar cultivos vaginales para descartar el diagnóstico y formas atípicas. Requieren un tratamiento local más prolongado de 7-14 días o Fluconazol oral 100, 150 o 200 mg cada tercer día con un total de 3 dosis (día 1, 4 y 7) previo a un tratamiento de mantenimiento. Sin embargo, un 30-50 % tendrán una recurrencia a pesar del tratamiento.

c).- *Candidiasis severa:* Está indicado un tratamiento tópico imidazólico de 7-14 días o 150 mg de Fluconazol oral en dos dosis (segunda dosis 72 horas después de la primera).

d).- *Vulvovaginitis por *Candida no albicans*:* La primera opción sería un tratamiento de larga duración (7-14 días con azol no Fluconazol.) Si existe recurrencia se opta por 600 mg de Ácido Bórico en cápsulas de gelatina, una cápsula al día durante 2 semanas.

2.3.2.4 Seguimiento: Sólo si persisten los síntomas o existen recurrencias a los 2 meses de terminado el tratamiento. En este caso

como tratamiento de mantenimiento, la primera línea es el Fluconazol oral (100,150 o 200mg) semanal, durante 6 meses. Si no es factible este tratamiento, como alternativas emplearemos Clotrimazol tópico 200mg 2 aplicaciones a la semana y Clotrimazol 500 mg óvulos (1 aplicación semana). El 30-50% de las mujeres tendrán recurrencias una vez que el tratamiento de mantenimiento sea discontinuo. El tratamiento de la pareja en este caso es controvertido.

2.3.2.5 Pareja: No se realizará tratamiento, sólo considerarlo si la mujer tiene infecciones recurrentes. Como norma, no está indicado, porque no es una enfermedad de transmisión sexual. Una minoría presenta balanitis que podría beneficiarse de un tratamiento tópico antifúngico para aliviar los síntomas.

2.3.2.6 Embarazo: Es frecuente la vulvovaginitis candidiásica. Está recomendado sólo tratamiento tópico imidazólico 7 por días.

2.3.2.7 Situaciones Especiales: La incidencia de vulvovaginitis candidiásica en mujeres con VIH es desconocida. Es más frecuente en mujeres sintomáticas. Como tratamiento 200 mg de Fluconazol oral semanal (no recomendado como profilaxis sino como recurrencia de la candidiasis sintomática).

2.3.2.8 Alergia: Los agentes tópicos no suelen producir alergia. Los agentes orales pueden producir interacciones con algunos fármacos y elevación de las enzimas hepáticas.⁸

2.3.3 VAGINOSIS BACTERIANA:

Es la causa más frecuente de vulvovaginitis (40 -50% de los casos). Es una alteración en el ecosistema bacteriano de la vagina, con sobrecrecimiento de la *Gardnerella Vaginalis*, junto con bacterias anaerobias y disminución de *Lactobacillus*.

2.3.3.1 Clínica: La mayoría de las pacientes son asintomáticas (más del 50%), y se diagnostican en una exploración o citología de rutina. El síntoma fundamental es leucorrea blanco-grisácea, adherente, maloliente, con un característico "olor a pescado". Al no producir inflamación tisular, las pacientes no refieren prurito, dispareunia ni disuria. La vaginosis bacteriana se asocia a múltiples parejas sexuales, nuevo compañero sexual, lavados vaginales y ausencia de *Lactobacillus* vaginales y aumento de infecciones tras una maniobra invasiva (inserción de DIU o histeroscopia). Una mujer que nunca haya tenido relaciones sexuales, raramente se ve afectada por esta bacteria sin embargo, no está claro que sea una enfermedad de transmisión sexual (ETS). También se ha observado en las mujeres con vaginosis bacteriana una mayor incidencia de parto prematuro.

2.3.3.2 Diagnóstico: Se han de cumplir 3 de los 4 criterios diagnósticos de Amsel:

- Secreción homogénea aumentada en volumen de aspecto blanco-grisácea y adherente.

- pH>4,5.
- Olor a aminas antes o después de instilarle KOH.
- Células clave (células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias, lo que les da un aspecto granular, como rebozadas). Deben existir al menos un 20% de células clave en el frotis. Los *Lactobacillus* son escasos o están ausentes.

2.3.3.3 Tratamiento: Está aconsejado el tratamiento en:

- Todas las mujeres sintomáticas (para disminuir los síntomas y signos de infección).
- Reducción del riesgo de complicaciones infecciosas tras aborto o histerectomía.
- Reducción del riesgo de otras enfermedades (VIH y ETS).

El tratamiento de elección es el Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días o Metronidazol gel 0,75% 5g intravaginal, cada 24 horas/5días o Clindamicina crema 2% 5g intravaginal antes de acostarse 7 días. Otras alternativas de tratamiento serían la Clindamicina 300 mg cada 12 horas durante 7 días o Clindamicina óvulos 100 mg antes de acostarse durante 3 días. La dosis única de 2 gramos de Metronidazol ha demostrado ser la de menor eficacia para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. La FDA (administración de alimentos y drogas) ha acreditado el Metronidazol 750 mg, una vez al día durante 7 días, y la dosis única de Clindamicina en crema vaginal.

Se debe proscribir el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol y 24 horas después de finalizado el tratamiento. La Clindamicina crema puede deteriorar preservativos y el diafragma hasta 5 días después de su uso.

2.3.3.4 Seguimiento: No es necesario si los síntomas desaparecen. Si hay recurrencia, utilizaremos el Metronidazol gel 0,75% 2 veces/semana durante 6 meses. Un estudio demostró que esta terapia era efectiva para mantener la curación clínica durante 6 meses.

2.3.3.5 Vaginosis Bacteriana Recurrente: Las recidivas son muy frecuentes. Está indicado el Metronidazol gel 0,75% 2 veces a la semana durante 6 meses. El uso de lactobacillus orales o locales no es eficaz a medio plazo.

2.3.3.6 Pareja: Su tratamiento no ha demostrado beneficios en la prevención de la recurrencia de la vaginosis bacteriana, por lo tanto no se recomienda.

2.3.3.7 Embarazo: Las embarazadas sintomáticas requieren tratamiento a partir del segundo trimestre. Si son asintomáticas infectadas, pero con antecedentes de partos prematuros previos, también está recomendado el tratamiento. En caso de tratamiento, puede emplearse el Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días o una pauta de 250 mg cada 8 horas durante 7 días o Clindamicina 300 mg oral cada 12 horas durante 7 días. El tratamiento tópico no es efectivo, a excepción de la Clindamicina

óvulos o crema vaginal en el segundo trimestre del embarazo. En embarazadas, es necesario un seguimiento al cabo de un mes.⁵

2.4. DIRECTIVA N°02 MINSA/DGSP-DEAIS V.01

SISTEMA DE ATENCION MEDICA PERIÓDICA PARA LOS(AS) TRABAJADORES(AS) SEXUALES

2.4.1. OBJETIVOS

Establecer un sistema de Atención Médica Periódica - AMP y sistemática para los(as) trabajadores(as) sexuales con la finalidad de realizar la detección precoz, atención oportuna y tratamiento adecuado de las Infecciones de Transmisión Sexual – ITS, VIH/SIDA; así como fortalecer los Centros de Referencia de ETS (CERETS) y las Unidades de Atención Médica Periódica – UAMPs, a través del reconocimiento de dichos establecimientos de salud, para la atención de los(as) trabajadores(as) sexuales, a fin de brindarles una atención diferenciada con calidad.

2.4.2. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley 26626 (CONTRASIDA) y su Reglamento específico.
- Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ITS y el SIDA en el Perú R.M. N°235-96-SA/DM.
- Guía Nacional de Atención Médica Periódica R:M. N° 081-99-SA/DM.

2.4.3. AMBITO DE APLICACION

Lo establecido en la presente directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio de todas las Unidades Ejecutoras del Pliego Presupuestal 011

– MINSA y de las Direcciones Regionales de Salud pertenecientes a diferente pliego presupuestal, a nivel nacional.

2.4.4. DEFINICIONES

Los miembros de los grupos de elevada prevalencia de ITS se caracterizan por ser personas con:

- Elevado número de parejas sexuales,
- Baja frecuencia del uso del preservativo,
- Baja percepción de riesgo de infección,
- Pobre acceso a los servicios de salud y
- Elevada vulnerabilidad epidemiológica, social y económica al VIH.

Pertenecen a este grupo: Trabajadores(as) Sexuales (TS) y sus clientes; Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH); Poblaciones Itinerantes (PI); Fármaco dependientes (FD); Personas Privadas de su Libertad (PPL); Menores en Riesgo Social (MRS); Personas con ITS u otros segmentos de población identificados a través de estudios socio-epidemiológicos.

La prevención y control de las ITS en estos grupos es importante, por el impacto que esta estrategia tiene en la disminución de la diseminación de la epidemia del VIH/SIDA en la población general. Este grupo de trabajadores(as) sexuales se ha ido incrementando, lo que exige de parte del Ministerio de Salud una mayor intervención, creando y fortaleciendo más establecimientos en los que se realicen las AMPs (Atención Médica Periódica) a los trabajadores(as) sexuales a nivel nacional. ¹

- **Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP):** Son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, insumos, medicamentos para ofertar el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS; y brindan atención especializada y sistemática a grupos de elevada prevalencia de ITS. En estos establecimientos no se realiza cultivos para diagnósticos de Gonorrea ni ELISA para diagnóstico de Clamidia.

Brinda servicios de consejería, soporte emocional, realiza intervenciones de búsqueda de lugares de trabajo sexual (mapeo de lugares y zonas de trabajo sexual, y estimación de trabajadores(as) sexuales) y promoción de los servicios de salud.

- **Trabajador(a) sexual:** Personas que tienen como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, considerados dentro de los Grupos de Elevada Prevalencia de ITS por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las ITS.
- **Anfitrión o Anfitriona:** Personal encargado en el establecimiento de salud, de recibir a los(as) trabajadores(as) sexuales y orientarlos en la atención de acuerdo al fluxograma de la UAMP.
- **Promotores Educadores de Pares (PEPs):** Son trabajadores(as) sexuales seleccionados y capacitados sobre la importancia de los servicios especializados de diagnóstico y tratamiento de las ITS, así como en la transmisión de mensajes preventivos, que brindan orientación y educación preventiva para las ITS, VIH/SIDA a otros trabajadores (as) sexuales. ¹³

2.4.5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

DE LA ATENCIÓN DE LA TRABAJADORA SEXUAL

- La atención médica periódica de la trabajadora sexual será realizada por un profesional de salud sensibilizado, capacitado y entrenado en el manejo de las ITS y VIH/SIDA de acuerdo al protocolo para AMP
- La atención de la trabajadora sexual será en los establecimientos de salud autorizados y reconocidos para la AMP, así como las unidades móviles implementadas específicamente para esta actividad.
- Toda trabajadora sexual deberá ser atendida para evaluación clínica cada 28 días, priorizando en el examen físico la inspección de piel, boca, región perineal, anal y presencia de adenopatías. Además del examen vaginal con espéculo y bimanual. Esta atención debe ser regular con un mínimo de seis atenciones al año para ser considerada controlada.
- La evaluación laboratorial será cada 28 días, y deberá realizarse el examen con espéculo la toma de muestra de secreción vaginal (pH, directo y tinción de Gram) y estudio de secreción endocervical (tinción de Gram, ELISA para Clamidia y cultivo para N. Gonorrhoeae). Además se hará hisopado de recto (cultivo para N. Gonorrhoeae).
- Evaluación serológica para Sífilis con RPR cada 3 meses, de ser reactivo se dará tratamiento de acuerdo a protocolo para Sífilis y se entregará constancia de atención después de haber cumplido el tratamiento, y PAP una vez al año, que de resultar positivo se le

derivará al servicio de ginecología para control, tratamiento y seguimiento.

- Tamizaje para la infección por el VIH con la prueba de ELISA cada 6 meses, que de resultar reactivo se confirmará con examen de Western Blot o Inmunofluorescencia Indirecta, y si persiste reactivo, la Trabajadora Sexual recibirá consejería y evaluación integral.
- La lectura e informe de resultado de los exámenes directos y de coloración Gram, se entregarán en un tiempo máximo de 45 minutos, mientras que los cultivos de gonorrea y clamidia serán entregados en un tiempo máximo de 7 días.
- La lectura e informe de RPR será entregado en el lapso de una hora.
- Los diagnósticos de ITS en los informes laborales y los tratamientos son:

a. **Diagnóstico de Candidiasis:** presencia de pseudo hifas al examen en fresco de secreción vaginal en KOH al 10%.

TRATAMIENTO PARA CANDIDIASIS; Clotrimazole 500mg. Vía vaginal, dosis única

b. **Diagnóstico de Tricomoniasis:** Presencia de tricomonas en examen en fresco de secreción vaginal en solución salina al 9 o/oo.

TRATAMIENTO PARA TRICOMONIASIS; Metronidazol 2 gr. vía oral, dosis única

c. **Diagnóstico de Vaginosis Bacteriana:** Si el puntaje de Nugent es de 7 – 10, o se encuentran 3 de los 4 criterios para diagnóstico de Vaginosis Bacteriana:

- Ph de secreción vaginal mayor de 4.5
- Presencia de 20% o más de células clave en lámina de secreción vaginal (encontrar por lo menos 1 célula clave por cada 5 células epiteliales).
- Presencia de flujo vaginal fluido y homogéneo.
- Reacción de amina positiva con una gota de KOH al 10% en secreción vaginal (el olor a aminas se asemeja al olor de pescado).

TRATAMIENTO PARA VAGINOSIS BACTERIANA; Metronidazol 2 gr. vía oral, dosis única

d. **Diagnóstico de Cervicitis:** Presencia de 50 o más polimorfonucleares en la tinción de Gram de la muestra endocervical.

TRATAMIENTO PARA CERVICITIS; Ciprofloxacino 500 mg. Cápsula, vía oral dosis única Más Azitromicina 1 gr. Tableta, vía oral dosis única o Doxiciclina 100 mg. Cápsula, vía oral cada 12 horas durante 7 días.

e. **Diagnóstico de Gonorrea:** Cultivo positivo a *N. Gonorrhoeae* de secreción endocervical o rectal.

TRATAMIENTO PARA GONORREA Ciprofloxacino 500 mg. Cápsula, vía oral dosis única

f. **Diagnóstico de Clamidia:** ELISA reactivo para *Clamidia Trachomatis* en secreción cervical.

TRATAMIENTO PARA INFECCION POR CLAMIDIA Azitromicina 1 gr. Tableta, vía oral dosis única o Doxiciclina 100mg. Cápsula, vía oral cada 12 horas por 7 días.

g. **Diagnóstico de Sífilis:** Si la paciente tiene RPR reactivo.

TRATAMIENTO PARA SÍFILIS Penicilina G. Benzatínica, 2,4 millones de unidades. Vía intramuscular por semana por tres semanas consecutivas.

- Si el cultivo de gonorrea o ELISA para Clamidia es reactivo, se informará inmediatamente al profesional médico y se reportará en la historia clínica. Si el paciente no recibió tratamiento para cervicitis en su AMP, se le invitará a regresar a través de las promotoras educadoras de pares (PEPs) y/o consejería.
- Los exámenes de laboratorio, incluyendo la prueba de ELISA para VIH, y tratamiento para las ITS curables propuestos en esta directiva, se proveerán **gratuitamente** por el CETSS de cada DISA.
- Toda paciente que acude por flujo vaginal, independientemente si se confirma un diagnóstico de ITS, deberá ser referida al servicio de consejería.¹³

3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

Infección de transmisión sexual. son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, anal y el oral.

Trabajador(a) sexual: Personas que tienen como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, considerados dentro de los Grupos de Elevada Prevalencia por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las ITS.

Vulvovaginitis.- Inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico. Esta inflamación puede acompañarse de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareunia.

Candidiasis.- Infección frecuente por Hongos oportunistas tipo *Candida albicans*. La mujer embarazada es más susceptible tanto a la colonización como a la infección vaginal por levaduras.

Trichomoniasis.- Causadas por *Trichomona vaginalis*, un protozoo que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Es habitualmente asintomática en el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis.

Vaginosis Bacteriana.- Es una entidad clínica que tiende a producir una secreción blanca grisácea, con un olor fétido o "a pescado" que aumenta cuando la secreción se vuelve alcalina. Puede haber discreto prurito o irritación vulvar.

Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP): Son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, insumos,

medicamentos para ofertar el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS; y brindan atención especializada y sistemática a grupos de elevada prevalencia de ITS.

.Bacilos de Döderlein.- Flora microbiana vaginal normal constituido por los *Lactobacillus acidophilus*.

Cándida albicans.- Hongo oportunista, del tipo de las levaduras que se encuentra como parte de la flora microbiana intestinal y urogenital.

Exudado.- Materia más o menos fluida de los vasos pequeños y capilares por exudación, puede ser albuminoso, fibrinoso, seroso o hemorrágico.

Flora Vaginal.- Referido a los microorganismos inocuos presente a nivel de la vagina.

Gardnerella vaginalis.- Microorganismo pleomórfico Gram variable, oxidasa y catalasa negativo, no esporulado, no capsulado, inmóvil, anaerobio facultativo, se desarrolla lentamente en una atmósfera enriquecida con dióxido de carbono.

Infección Vaginal.- Denota la implantación y multiplicación de un microorganismo en la vagina.

Factor predisponente.- Son condiciones bióticas o abióticas que están presentes en un determinado lugar o en un grupo de personas que influyen en la adquisición de cualquier nosología.

Leucorrea.- Flujo vaginal anormal de color y olor variable causado por agentes patógenos.

Ph Vaginal .- Refiérase al grado de acidificación de la vagina cuyos rangos normales oscilan entre 3.5 y 4.5.

Test de Aminas.- Procedimiento de laboratorio consistente en la mezcla de KOH al 10% y secreción vaginal, donde al cabo de unos segundos, en caso positivo presentará un mal olor característico (a pescado).

Contactos sexuales.- Es el número de personas con las que realiza el coito sexual.

Nivel de instrucción. Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distingue las siguientes categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior.

Condición económica. Está referida al grado de satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación y salud. Sus indicadores son: alta media y baja.

Coitarquia. Edad en que se establece la primera relación heterosexual con penetración

Procedencia.- Es el lugar de residencia de la persona.

Paridad. Número de embarazos que culmina en un parto ya sea vaginal o por cesárea con una edad gestacional de mas de 22 semanas o con un infante de peso mayor a 500 g.

4. HIPOTESIS:

La incidencia de infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales es elevada; los cuales se relacionan con los factores como: coitarquia, uso de condón, paridad, número de contactos sexuales, nivel de instrucción, procedencia y condición económica.

5. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Trabajadoras Sexuales

VARIABLE DEPENDIENTE

Infecciones de Transmisión Sexual

Vulvovaginitis

VARIABLES INTERVINIENTES

- Coitarquia
- Uso de preservativos
- Paridad
- Número de contactos sexuales
- Nivel de instrucción
- Procedencia
- Condición económica

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa – Clínico

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y prospectivo

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. UNIVERSO O POBLACIÓN

Estuvo constituida por todas las trabajadoras sexuales que acudieron a la UAMP del Centro de Salud San Juan Bautista en el periodo comprendido entre enero a marzo del 2014.

3.5.2. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 40 trabajadoras sexuales registradas en la UAMP que se atendieron en el centro de salud San Juan Bautista en el periodo comprendido entre enero a marzo del 2014, el cual se obtuvo en base al registro de atenciones de las trabajadoras sexuales en el periodo de enero a marzo del año 2013

Criterios de Inclusión:

- Trabajadoras sexuales con exámenes de laboratorio.
- Que acepten participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión:

- Trabajadoras sexuales sin exámenes de laboratorio
- Trabajadoras sexuales sin presencia de secreción vaginal.
- Que no acepten participar en el presente estudio.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnicas

- Entrevista
- Aplicación de entrevista estructurada
- Revisión de Historias clínicas
- Revisión de los resultados de laboratorio

3.6.2. Instrumentos

- Ficha de Entrevista Estructurada
- Historias Clínicas
- Resultados de Laboratorio

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A través del Decanato de la Facultad de Obstetricia, se solicitó permiso al Gerente del CLAS de Salud San Juan Bautista. Una vez obtenido el permiso, se procedió a la identificación de las trabajadoras sexuales registradas en la UAMP de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, para luego realizarles la entrevista estructurada y asignarle la orden de laboratorio de la UAMP lo que contempla:

- Secreción vaginal cada mes
- VIH cada 6 meses
- RPR cada 3 meses

Luego se realizó el examen ginecológico y la toma de la muestra de secreción vaginal de la siguiente manera:

- Se procedió a la toma de muestras con hisopos estériles de las secreciones del fondo de saco y paredes vaginales.
- Las muestras fueron procesadas inmediatamente en el Laboratorio del Centro de Salud San Juan Bautista.
- Cada muestra fue estudiada mediante examen al fresco con solución de KOH al 10%.
- Los resultados de laboratorio fueron entregados a las trabajadoras sexuales en un tiempo máximo de 7 días.

3.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenido los resultados de laboratorio con la cual se determinó la presencia de una ITS o vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales, se procedió a crear una base de datos y luego a procesar los resultados con el software estadístico SPSS-IBM versión 20 (Statistical Package for Social Science) con los cuales se construyeron las respectivas tablas estadísticas simples y compuestas de acuerdo a los objetivos propuestos.

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos se empleó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado para determinar si existe dependencia o no de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 01

**INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO
DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Nº	%
Herpes	02	5
Trichomoniasis	02	5
Sífilis	01	2,5
Gonorrea	01	2,5
Negativo	34	85
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 105,750$$

$$\chi^2_t = 9,487$$

$$g. l. = 4$$

$$P: 0,000$$

La tabla 01 muestra la incidencia de infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales; donde se aprecia que de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 15% (06) presentan infección de transmisión sexual, de las cuales 5% (02) corresponden a herpes y trichomoniasis en ambos casos; asimismo 2,5%(01) corresponden a sífilis y gonorrea en ambos casos. Finalmente el 85%(34) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual.

De los resultados se concluye que la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es de 15% en trabajadoras sexuales que acuden a la UAMP del CLAS San Juan Bautista.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, se halló

significancia estadística ($P < 0.05$), que indica que las infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales no tienen distribución homogénea.

Mis resultados son un reflejo de lo que viene sucediendo a nivel mundial, ya que según la OMS se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2).

Las trabajadoras sexuales, por su actividad, están en un alto riesgo para desarrollar ITS (sífilis, tricomoniasis, gonorrea e infecciones por *Chlamydia trachomatis*) o infecciones genitales no transmitidos sexualmente (candidiasis y Vaginosis Bacteriana) las mismas que pueden tener una grave secuela en su salud. Nuevas investigaciones indican que tanto las ITS ulcerativas (sífilis, herpes y chancro blando) como las infecciones inflamatorias no ulcerosas (gonorrea, infección por *Chlamydia*, tricomoniasis y vulvovaginitis) pueden ser cofactores para infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En nuestra casuística no se halló ninguna trabajadora infectada por el VIH.

Estos resultados coinciden con **ALVIS, Nelson (Colombia, 2007)** en su investigación "Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo" reportó de un total de 69 trabajadoras sexuales, el 17,4% fueron positivas a ITS con una prevalencia de *Chlamidia trachomatis* y gonorrea.

De igual manera **HERNANDEZ, Sandra (Chile, 2006)** en su estudio “Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario” encontró una incidencia de 3,54% por año de ITS en el grupo de estudio, siendo la trichomoniasis y el Herpes las principales afecciones de las trabajadoras sexuales.

TABLA 02

**INCIDENCIA DE VULVOVAGINITIS EN TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

VULVOVAGINITIS	Nº	%
Candidiasis	06	15
Trichomoniasis	02	5
Vaginosis bacteriana	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	02	5
Negativo	18	45
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 24,000$$

$$\chi^2_t = 9,487$$

$$g. l. = 4$$

$$P: 0,000$$

La tabla 02 representa la incidencia de vulvovaginitis en trabajadoras sexuales; donde se aprecia que de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 55% (22) presentan vulvovaginitis, de las cuales 30%(12) corresponden a vaginosis bacteriana, luego 15% (06) con candidiasis; asimismo 5%(02) corresponden a trichomoniasis e infecciones mixtas en ambos casos. Finalmente el 45%(18) de trabajadoras sexuales no presentaron vulvovaginitis.

De lo resultados se concluye que la incidencia de vulvovaginitis es de 55% en trabajadoras sexuales que acuden a la UAMP.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, se halló significancia estadística ($P < 0.05$), que indica que las vulvovaginitis en las

trabajadoras sexuales no tienen distribución homogénea.

Entendemos por "Vulvovaginitis" los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical. Esta inflamación puede acompañarse de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareunia. Es muy frecuente, en las trabajadoras sexuales tal como se evidencia en mis resultados, donde se diagnostica en más del 50% de trabajadora sexuales que acuden a la consulta a la UAMP.

Los resultados del presente trabajo destacan que las trabajadoras sexuales registran una alta prevalencia de vulvovaginitis (55%), con mayor riesgo para las prostitutas de contraer ITS y finalmente VIH/SIDA.

La prevalencia de VB varía dependiendo de la población estudiada, pero es más alta en mujeres que ejercen el comercio sexual. Así, en trabajadoras sexuales brasileñas se encontró una prevalencia de 51% y en indias de 45%, donde también se la asoció a sífilis, tricomoniasis. También se ha notificado una alta prevalencia de VB en trabajadoras sexuales de Camboya (43%) y Perú (34,6%)

La promoción del uso de preservativo a través de campañas efectivas y el empleo de probióticos vaginales para apoyar el restablecimiento de una microbiota normal, son alternativas factibles que se deben recomendar a las trabajadoras sexuales para reducir la incidencia de las vulvovaginitis.

Estos resultados son similares a lo encontrado por **VENEGAS, Gloria (Chile, 2011)** quien investigó la "Prevalencia de vulvovaginitis en

trabajadoras sexuales" donde encontró una prevalencia de 69,1% de vaginosis bacteriana.

De igual manera **HUAMANÍ C y PADILLA I (ABANCAY-2007)** en su tesis "Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales", hallaron que del 100% de las trabajadoras sexuales, el 45.9% presentaron vaginosis bacteriana, el 13.5% vaginosis bacteriana + candidiasis y el 10.8% candidiasis.

TABLA 03

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN A LA COITARQUIA DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	EDAD DE LA COITARQUIA						TOTAL	
	11-13		14-16		17-19			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	02	5	00	00	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	00	00	01	2,5	02	5
Sífilis	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrea	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	04	10	01	2,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana	12	30	00	00	00	00	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	01	2,5	01	2,5	02	5
Negativo	01	2,5	05	12,5	08	20	14	35
Total	20	50	07	17,5	13	32,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 32,299$$

$$X_t^2 = 23,684$$

$$g.l.=14$$

$$P<0.05$$

La tabla 03 representa las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en relación a la coitarquia de las trabajadoras sexuales;

donde se aprecia que de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis bacteriana y todas iniciaron su actividad sexual entre los 11 a 13 años de edad, luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 10%(04) tuvieron su coitarquia entre los 11 a 13 años de edad y 2,5%(01) entre las 14-16 y 17-19 años respectivamente; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes, Trichomoniasis e infección mixta respectivamente, de la cuales resalta que todas las que presentaron herpes iniciaron su actividad sexual entre los 11 a 13 años. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis, de las cuales el 20%(08) tuvieron su coitarquia entre los 17 a 19 años y el 12,5%(05) entre los 14 a 16 años de edad.

De los resultados se concluye que el 30%(12) de trabajadoras sexuales presentaron vaginosis bacteriana y tuvieron su coitarquia entre los 11 a 13 años de edad.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, se halló significancia estadística ($P < 0.05$), que indica que la coitarquia de las trabajadoras sexuales se asocia con la infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis.

Se considera predisponerte para la vaginosis bacteriana el inicio temprano de las relaciones sexuales, y se relaciona con la utilización frecuente de duchas vaginales, probablemente a causa de un desequilibrio en la microbiota vaginal y a la inducción de inflamación local.

Adicionalmente, se describe al contacto sexual con nuevas o múltiples parejas sexuales —sean varones o mujeres— y el tener relaciones sexuales sin condón como factores de riesgo asociados significativamente a la vaginosis bacteriana

HERNANDEZ, Sandra (Chile, 2006) estudió la “Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario” y refiere que las ITS son un problema de Salud Pública, debido a su alta incidencia, prevalencia, y morbimortalidad. Estudió a 120(100%) trabajadoras sexuales y encontró que el 33%(11) con ITS tuvieron su coitarquia antes de los 16 años y 67%(25) iniciaron sus relaciones coitales a los 16 años o más. Resultados que no coinciden con la presente investigación.

TABLA 04

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN AL USO DE PRESERVATIVOS DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN
JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	USO DE PRESERVATIVOS				Total	
	Si		Algunas veces			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	00	00	02	5	02	5
Trichomoniasis	00	00	02	5	02	5
Sífilis	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrea	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	05	12,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana	08	20	04	10	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	01	2,5	01	2,5	02	5
Negativo	14	35	00	00	14	35
Total	28	70	12	30	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 20,952$$

$$X_t^2 = 14,067$$

$$g.l.=7$$

$$P < 0.05$$

La tabla 04 representa las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en relación al uso de preservativos; donde se aprecia que de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis

bacteriana de las cuales 20%(08) hace uso de los preservativo y 10%(04) algunas veces; luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 12,5%(05) usa preservativos y 2,5%(01) no; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes y Trichomoniasis y todas hacen uso de preservativos algunas veces. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis y todas siempre hacen uso de los preservativos.

De los resultados se concluye que el 30%(12) de trabajadoras sexuales presentaron alguna ITS o vulvovaginitis porque hacen uso de preservativos algunas veces.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, se halló significancia estadística ($P < 0.05$), que indica que el uso de los preservativos se asocia con la infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Como se observa en estos resultados el 30%(12) de trabajadoras sexuales hace uso "algunas veces" de los preservativos con sus clientes ocasionales, o sea sin protección, por ello existe un alto porcentaje significativo de trabajadoras sexuales con ITS y vulvovaginitis. El uso del preservativo es el único método descrito y comprobado que puede prevenir las infecciones de transmisión sexual con parejas eventuales o de riesgo como son las trabajadoras sexuales. Estos resultados se podrían asociar a un incremento del riesgo gineco-obstétrico, lo que afecta la salud sexual y reproductiva de la población estudiada.

Al respecto, **HUAMANÍ C y PADILLA I (ABANCAY-2007)** en su tesis "Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales", hallaron que del 100% de las trabajadoras sexuales, el 45.9% presentaron vaginosis bacteriana, el 13.5% vaginosis bacteriana + candidiasis y el 10.8% candidiasis. El estado civil, uso de preservativo, tiempo de trabajo, lugar donde ejerce el trabajo y el número de clientes fueron los factores de causalidad asociados a la presencia de vaginitis.

De igual manera **QUISPE, Celedonia y VARGAS, Lucila (Ayacucho, 2012)** en su tesis sobre "Factores que inciden en las ITS en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco" encontró que el 58,9%(73) de trabajadoras sexuales presentaron vaginosis bacteriana, de la cuales 10,5%(13) mencionaron que usan preservativos a veces con sus clientes conocidos o frecuentes por mutuo acuerdo.

TABLA 05

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN A LA PARIDAD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA.
ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	PARIDAD						TOTAL	
	Nulípara		Primípara		Multípara		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Herpes	01	2,5	01	2,5	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	01	2,5	00	00	02	5
Sífilis	01	2,5	00	00	00	00	01	2,5
Gonorrea	00	00	01	2,5	00	00	01	2,5
Candidiasis	03	7,5	03	7,5	00	00	06	15
Vaginosis bacteriana	05	12,5	07	17,5	00	00	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	02	5	00	00	02	5
Negativo	09	22,5	04	10	01	2,5	14	35
Total	20	50	19	47,5	01	2,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 8,177$$

$$X_t^2 = 23,684$$

$$g.l.=14$$

$$P>0.05$$

La tabla 05 representa las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en relación a la paridad; donde se aprecia que de

100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis bacteriana de las cuales 17,5%(07) fueron primíparas y 12,5%(05) nulíparas; luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 7,5%(03) fueron nulíparas y primíparas en ambos casos; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes y Trichomoniasis, de las cuales 2,5%(01) fueron nulíparas y primíparas respectivamente en ambos casos. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis, de las cuales 22,5%(09) fueron nulíparas y 10%(04) primíparas.

De los resultados se concluye que el 17,5%(07) de trabajadoras sexuales fueron primíparas y el 12,5% nulíparas que presentaron vaginosis bacteriana.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, no se halló significancia estadística ($P>0.05$), que indica que la paridad no se asocia con la infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Se aprecia en los resultados que no existe diferencia estadística significativa entre las ITS y vulvovaginitis con la paridad, lo cual nos indica que el riesgo de padecer una infección de transmisión sexual o vulvovaginitis son las mismas en todos los grupos de trabajadoras sexuales en relación a la paridad (nulípara, primípara y múltipara).

Estos resultados coinciden con **HERNANDEZ, Sandra (Chile, 2006)** investigó la "Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras

sexuales en control sanitario” Estudió a 120(100%) trabajadoras sexuales y encontró con respecto a la paridad que 87%(31) fueron primíparas y 13%(5) nulíparas que padecieron de una ITS.

Al respecto también **QUISPE, Celedonia y VARGAS, Lucila (Ayacucho, 2012)** en su tesis sobre “Factores que inciden en las ITS en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco” encontró que el 58,9%(73) de trabajadoras sexuales presentaron vaginosis bacteriana; de las cuales el 21%(26) de trabajadoras sexuales fueron multíparas y 19,4%(24) fueron primíparas que presentaron vaginosis bacteriana.

TABLA 06

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN AL NUMERO DE CONTACTOS SEXUALES DE LAS
TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE
SALUD SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	NUMERO DE CONTACTOS SEXUALES (Diario)						TOTAL	
	1-3		4-6		7 a más		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Herpes	00	00	00	00	02	5	02	5
Trichomoniasis	00	00	00	00	02	5	02	5
Sífilis	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrea	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	02	5	03	7,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana	00	00	01	2,5	11	27,5	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	02	5	00	00	02	5
Negativo	10	25	02	5	02	5	14	35
Total	12	30	09	22,5	19	47,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 37,104$$

$$X_r^2 = 23,684$$

$$g.l.=14$$

$$P<0.05$$

La tabla 06 representa las infecciones de transmisión sexual y

vulvovaginitis en relación al numero de contactos sexuales diario; donde se aprecia que de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis bacteriana de las cuales 27,5%(11) tuvieron 7 a más contactos sexuales y 2,5%(01) de 4 a 6; luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 7,5%(03) tuvieron de 4 a 6 contactos sexuales y 5%(02) de 1 a 3; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes y Trichomoniasis, y todas tuvieron 7 a más contactos sexuales respectivamente en ambos casos. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis, de las cuales 25%(10) tuvieron 1 a 3 contactos sexuales y 5%(02) de 4 a 6 y de 7 a mas contactos sexuales en ambos casos respectivamente.

De los resultados se concluye que el 27,5%(11) de trabajadoras sexuales tuvieron 7 a mas contactos sexuales diario y que presentaron vaginosis bacteriana; y el 7,5%(3) tuvieron 4 a 6 contactos sexuales diario que presentaron candidiasis vaginal.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, se halló significancia estadística ($P < 0.05$), lo cual indica que el número de contactos sexuales se asocia con las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Se aprecia con estos resultados que las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales tiene relación con el número de clientes por día, o sea, al tener mayor número de clientes

diariamente, existe mayor riesgo de contraer alguna ITS, ya que cada cliente es un potencial fuerte de infecciones de transmisión sexual, y esta se incrementa cuanto mayor se a el número de clientes; tal como se puede observar en estos resultados con un 47,5% de trabajadoras sexuales tienen 7 a mas contactos sexuales diariamente.

Estos resultados coinciden con **HERNANDEZ, Sandra (Chile, 2006)** investigó la "Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario" Estudió a 120(100%) trabajadoras sexuales y encontró con respecto al número de contactos sexuales que 74%(26) tuvieron mas de una pareja sexual y 26%(10) una pareja sexual diferente cada día; al realizar regresión logística y establecer el riesgo se halló un OR de 5,45 en las trabajadoras sexuales que tienen mas de una pareja sexual.

TABLA 07

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN
JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN						TOTAL	
	Primaria		Secundaria		Superior			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	00	00	02	5	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	01	2,5	00	00	02	5
Sífilis	01	2,5	00	00	00	00	01	2,5
Gonorrea	01	2,5	00	00	00	00	01	2,5
Candidiasis	04	10	02	5	00	00	06	15
Vaginosis bacteriana	01	2,5	11	27,5	00	00	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	02	5	00	00	02	5
Negativo	00	00	10	25	04	10	14	35
Total	08	20	28	70	04	10	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 29,668 \quad X^2_t = 23,684 \quad \text{g.l.} = 14 \quad P < 0.05$$

La tabla 07 representa las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en relación al nivel de instrucción; donde se aprecia que de

100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis bacteriana de las cuales 27,5%(11) tuvieron nivel de instrucción secundaria y 2,5%(01) primaria; luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 10%(04) tuvieron nivel de instrucción primaria y 5%(02) secundaria; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes, Trichomoniasis e infección mixta, y todas tuvieron nivel de instrucción secundaria en los casos de herpes e infección mixta respectivamente en ambos casos. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis, de las cuales 25%(10) tuvieron nivel de instrucción secundaria y 10%(04) nivel superior.

De los resultados se concluye que el 27,5%(11) de trabajadoras sexuales tuvieron nivel de instrucción secundaria que presentaron vaginosis bacteriana y el 10%(04) tuvieron instrucción primaria que presentaron candidiasis.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, se halló significancia estadística ($P < 0.05$), lo cual indica que el nivel de instrucción se asocia con las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Se observa con estos resultados que las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales tiene relación con el nivel de instrucción, ya que el 20% de trabajadoras sexuales tienen solo nivel de instrucción primaria y todas padecen de alguna ITS o

vulvovaginitis; contrariamente a ello el 10% de trabajadoras sexuales tienen nivel de instrucción superior y todas no tienen ninguna ITS o vulvovaginitis. Esto demuestra que a mayor nivel de instrucción, mayor conocimiento sobre los factores protectores como el uso de preservativos en las relaciones es coitales de las trabajadoras sexuales.

Estos resultados coinciden con **QUISPE, Celedonia y VARGAS, Lucila (Ayacucho, 2012)** en su tesis obre “Factores que inciden en las ITS en trabajadoras sexuales” encontró que el 34,7% de trabajadoras sexuales con nivel de instrucción secundario y 15,3% con nivel primario presentaron vaginosis bacteriana

TABLA 08

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN A LA PROCEDENCIA DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN
JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	PROCEDENCIA				Total	
	Urbano		Urbano Marginal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	02	05	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	01	2,5	02	5
Sífilis	01	2,5	00	00	01	2,5
Gonorrea	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	05	12,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana	07	17,5	05	12,5	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	02	5	00	00	02	5
Negativo	09	22,5	05	12,5	14	35
Total	27	67,5	13	32,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 5,975$$

$$X_t^2 = 14,067$$

$$g.l.=7$$

$$P>0.05$$

La tabla 08 representa las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en relación a la procedencia; donde se aprecia que de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis

bacteriana de las cuales 17,5%(07) proceden de la zona urbana y 12,5%(05) de la zona urbano marginal; luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 12,5%(05) proceden de la zona urbana y 2,5%(01) de la zona urbano marginal; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes, Trichomoniasis e infección mixta, y todas procedieron de la zona urbana en los casos de herpes e infección mixta respectivamente en ambos casos. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis, de las cuales 22,5%(09) proceden de la zona urbana y 12,5%(05) de la zona urbano marginal.

De los resultados se concluye que el 17,5%(07) de trabajadoras sexuales procedieron de la zona urbana y el 12,5%(05) de la zona urbano marginal que presentaron vaginosis bacteriana.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, no se halló significancia estadística ($P>0.05$), lo cual indica que la procedencia no se asocia con las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Se aprecia en los resultados que las ITS y vulvovaginitis no es dependiente de la procedencia de las trabajadoras sexuales, lo que significa que no importa de donde procedan, tienen las mismas probabilidades de padecer ITS y vulvovaginitis. En mi casuística el 67,5% proceden de la zona urbana y 32,5% de la zona urbano marginal, no encontrándose ninguna trabajadora sexual que viva en la zona rural; esto

probablemente por el acceso a sus centros de trabajo y generalmente la mayoría de éstas mujeres son foráneas de otro lugar y vienen a nuestra localidad solo a ejercer la prostitución y se alojan en la zona urbana o urbano marginal.

Estos resultados coinciden con **HERNANDEZ, Sandra (Chile, 2006)** quien investigó la "Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario", encontró con respecto a las trabajadoras sexuales chilenas con ITS, que el 86%(30) procedían de la zona urbana y 14%(06) procedían de la zona urbano marginal.

TABLA 09

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
RELACIÓN A LA CONDICIÓN ECONÓMICA DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN
JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	CONDICIÓN ECONÓMICA				Total	
	Media		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	01	2,5	01	2,5	02	5
Trichomoniasis	00	00	02	5	02	5
Sífilis	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrea	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	02	5	04	10	06	15
Vaginosis bacteriana	00	00	12	30	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	01	2,5	01	2,5	02	5
Negativo	06	15	08	20	14	35
Total	10	25	30	75	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 9,270$$

$$X_t^2 = 14,067$$

$$g.l.=7$$

$$P>0.05$$

La tabla 09 representa las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en relación a la condición económica; donde se aprecia que

de 100%(40) trabajadoras sexuales, el 30% (12) presentaron vaginosis bacteriana y todas tienen condición económica alta; luego el 15%(06) presentan candidiasis vaginal, de las cuales 10%(04) tienen condición económica alta y 5%(02) condición económica media; asimismo el 5%(02) presentaron Herpes, Trichomoniasis e infección mixta, y todas tienen condición económica alta en el caso de las que padecieron con trichomoniasis. Finalmente el 35%(14) de trabajadoras sexuales no presentaron infecciones de transmisión sexual ni vulvovaginitis, de las cuales 20%(08) tienen condición económica alta y 15%(06) condición económica media.

De los resultados se concluye que el 30%(12) de trabajadoras sexuales tuvieron condición económica alta y que presentaron vaginosis bacteriana.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, no se halló significancia estadística ($P>0.05$), lo cual indica que la condición económica no se asocia con las infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Se observa en los resultados que las ITS y vulvovaginitis no es dependiente de la condición económica de las trabajadoras sexuales, lo que implica que no importa que condición económica tengan, tienen las mismas probabilidades de padecer ITS y vulvovaginitis. En este caso el 75% tienen una condición económica alta y 25% son condición económica media, no encontrándose ninguna trabajadora sexual de baja

condición económica.

Las mujeres trabajadoras sexuales al inicio en su mayoría son de condición económica precaria, luego mejoran sus ingresos de acuerdo a la cantidad de clientes por día, logrando tener una condición económica media a alta, sin importarles mucho el riesgo a los que están expuestas, siendo el sustento de su familia, incluso manteniendo a su propio proxeneta.

Estos resultados son similares a lo reportado por **CHAVEZ, K y PASQUEL, J (Ayacucho, 2004)** en su investigación "Incidencia de Infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo que influyen en las trabajadoras sexuales", refieren que el 61,9% de trabajadoras sexuales tienen un ingreso de 2,000 a 4,000 nuevos soles mensuales, de las cuales el 40% presentó infección de transmisión sexual. Asimismo 24,7% tienen un ingreso mayor a 4000 soles mensuales, de ellas el 3,5% de casos tuvieron infecciones de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15% en las trabajadoras sexuales que se atienden en la UAMP del Centro de Salud de San Juan Bautista, con predominio de la trichomoniasis y herpes.
2. La incidencia de vulvovaginitis es de 55% en las trabajadoras sexuales que se atienden en la UAMP del Centro de Salud San Juan Bautista, con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis.
3. La coitarquia precoz, el uso de preservativos a veces, el número de contactos sexuales de 7 a mas, y el nivel de instrucción secundaria; son factores de riesgo asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales ($P<0,05$).
4. La paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales ($P>0,05$).

RECOMENDACIONES

- 1.** Al Centro de Salud San Juan Bautista, realizar mayor promoción sobre los servicios que brinda la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) en los prostíbulos clandestinos y de esta manera captar a las trabajadoras sexuales para realizar consejería y el control respectivo de las infecciones de transmisión sexual, a través de los exámenes respectivos.
- 2.** A la Municipalidad distrital de San Juan Bautista, la creación de una zona rosa, con todas las condiciones debidas, en un lugar adecuado, para realizar la identificación y el control respectivo de las trabajadoras sexuales, por que en esta zona han proliferado los prostíbulos clandestinos y de esta manera evitar la prostitución clandestina con los riesgos que ello conlleva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

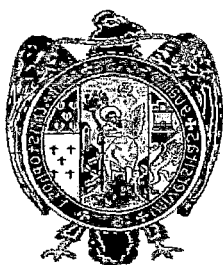
- 1) HERNANDEZ S, y Col. "Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el consultorio N° 1". Rev Chil Salud Pública 2006; Vol 10 (2):79-84
- 2) ESPINOZA, L. y col. "Estudio de diagnóstico de opiniones, percepciones, actitudes y conocimientos de trabajadoras sexuales". Proyecto CARE. Fondo Mundial. Consorcio asociación civil IMPACTA.
- 3) LEYVA, R y Col. "Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica". Salud Publica Mex 2013;55 supl 1:S31-S38.
- 4) FERNANDEZ, Jorge; MARTINEZ, Andrés; CASTILLON, Rubén y TAMARIZ, Jesús. "Vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.". *Rev Med Hered* [online]. 2010, vol.21, n.1, pp. 32-38. ISSN 1729-214X.
- 5) VENEGAS Gloria et al. "Prevalencia de vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales chilenas". Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2011 July [cited 2013 Nov 15] ; 30(1): 46-50. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000700007>
- 6) ALVIS, Nelson et al. "Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Monteria, Colombia". Revista de Salud Pública. 9(1):86-96, 2007.
- 7) CHAVEZ, K Y PASQUEL "Incidencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo que influyen en las trabajadoras sexuales

que acuden al Centro de Salud Raúl Patruco Puig. Lima; junio-agosto 2003” Tesis UNSCH.

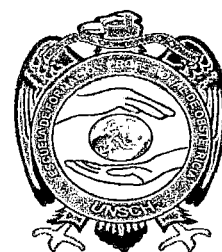
- 8) SOTO R. . Factores de Riesgo y Prevalencia de Candidiasis Vaginal en Mujeres Sexualmente Activas. Hospital Regional De Ayacucho. Noviembre 2000 – Marzo 2001. Tesis Biología UNSCH.
- 9) HUAMANI, C y PADILLA, I. “Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales. Abancay, Julio a Septiembre 2007. Tesis UNSCH 2007.
- 10) QUISPE, C y VARGAS, L “Factores que inciden en las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco – Ayacucho, julio – septiembre 2012”. Tesis UNSCH
- 11) BOLOGNO, R y Col. “Importancia del estudio del balance del contenido vaginal (BACOVA) en el control preventivo de las trabajadoras sexuales”.Revista Argentina de Microbiología (2011) 43: 246-250
- 12) CARE – PERU, Modulo de Capacitación, Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).Manual auto formativo 2009.
- 13) MINSA. Directiva N° 083-2003MINSA/DGSP-DEAIS V.01 Sistema de Atención Medica Periódica para los(as) Trabajadores(as) Sexuales.
- 14) PACHECO, José. Ginecología y Obstetricia. Lima Perú. 2da edición. Editorial MAD. 2008.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



FICHA DE ENTREVISTA



DATOS GENERALES:

Nº de ficha:.....

1. Datos Generales:

a. Nivel de Instrucción:

Analfabeta () Primaria: ()
Secundaria: () Superior: ()

b. Procedencia :

Urbano () Urbano Marginal () Rural ()

c. Estado Civil:

Soltera () Casada () Conviviente () Otros ()

d. Condición Económica:

Baja () Media () Alta ()

2. DATOS GINECOLÓGICOS

Coitarquía:.....

Menarquia:.....

Paridad:

Uso de preservativos: Si () No () A veces ()

Número de contactos sexuales diario:

1 a 3 () 4 a 6 () 7 a + ()

Historia de leucorrea anterior:

Si ()

No ()

¿Cuántas veces?:.....

3. SINTOMAS VULVOVAGINALES

Prurito: Si () No ()

Ardor/quemazón/dolor: Si () No ()

Dispareunia: Si () No ()

Disuria: Si () No ()

Mal olor: Si () No ()

Mal olor postcoital: Si () No ()

Color de la secreción: Transparente ()

Blanco ()

Amarillo ()

Verde ()

4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

.....

5. RESULTADOS DE LABORATORIO

VIH :.....

RPR/VDRL :.....

a. Infección de Transmisión Sexual:

Si ()

No ()

Tipo :.....

b. Vulvovaginitis: Si ()

No ()

• Candidiasis ()

• Trichomoniasis ()

• Vaginosis Bacteriana ()

• Mixta ()

Escuela Profesional Obstetricia

Artículo Original

Enero – Marzo, 2014 Volumen 1, Número 1 *pp8

Infecciones de Transmisión sexual y Vulvovaginitis en Trabajadoras Sexual que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista. Enero a Marzo 2014.

Henry HUAMANCAYO CHIPANA

RESUMEN

Objetivo: conocer la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la UAMP (Unidad de atención Médica Periódica) del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo Enero a Marzo 2014. **Materiales y Métodos:** se realizaron a través de un estudio transversal, descriptivo y prospectivo de casos y controles. La población estuvo conformada por todas las trabajadoras sexuales que acudieron a la Unidad de atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista en el periodo comprendido Enero a Marzo del 2014. Las muestras lo conformaron 40 trabajadoras sexuales registradas en la UAMP que se atendieron en el centro de salud San Juan Bautista en el periodo comprendido entre Enero a Marzo del 2014, el cual se obtuvo en base al registro de atenciones de las trabajadoras sexuales en el periodo de enero a marzo del año 2013 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En el análisis de los datos se utilizó prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado para determinar si existe dependencia o no de los principales variables de estudio. **Resultados:** los resultados hallados muestran que: la incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15%(06) con predominio de la trichomoniasis y herpes; la incidencia de vulvovaginitis es de 55%(22) con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. La coitarquia precoz, el uso de preservativos algunas veces, el número de contactos sexuales de 7 a más y el nivel de instrucción secundaria; son factores asociados a las Infecciones de Transmisión Sexual y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales con significancia estadística ($p < 0.05$). La paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Conclusiones: La incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15% en las trabajadoras sexuales que se atienden en la UAMP del Centro de Salud San Juan Bautista con predominio de la trichomoniasis y herpes. La incidencia de vulvovaginitis es de 55% en las trabajadoras sexuales que se atendieron en la UAMP (Unidad de Atención Médica Periódica) del Centro de Salud San Juan Bautista con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. La coitarquia precoz, el uso de preservativos a veces, el número de contactos sexuales de 7 a más y el nivel de instrucción secundaria; son factores de riesgo asociados a las ITS y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales. La paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of sexually transmitted infections in sex workers and Vulvovaginitis attending the UAMP (Periodic medical care unit) of the Health Center San Juan Bautista during the period January to March 2014. **Materials and Methods:** were made through a transversal, descriptive and prospective case-control study. The population consisted of all sex workers who attended the regular medical care Unit Health Center San Juan Bautista in the period January to March 2014. The sample was made up of 40 sex workers registered with the UAMP that were treated in the health center San Juan Bautista in the period from January to March 2014, which was obtained based on the record of care for sex workers in the period from January to March 2013 that met the inclusion criteria and exclusion. In the data analysis nonparametric statistical test of chi square was used to determine whether or not dependence of the main variables of study. **Results:** The results found show that: the incidence of sexually transmitted infections is 15% (06) prevalence of trichomoniasis and herpes; the incidence of IPV is 55% (22) prevalence of bacterial vaginosis and candidiasis. Early coitarchia, condom sometimes, the number of sexual contacts 7 and more and the level of secondary education; are factors associated with sexually transmitted infections and sex workers Vulvovaginitis statistically significant ($p < 0.05$). The parity, origin and economic status are not risk factors associated with STIs and Vulvovaginitis of sex workers. **Conclusions:** The incidence of sexually transmitted infections is 15% among sex workers who receive services at the Health Center UAMP San Juan Bautista prevalence of trichomoniasis and herpes. The incidence of IPV is 55% among sex workers who attended the UAMP (Periodic Medical Care Unit) Health Center San Juan Bautista prevalence of bacterial vaginosis and candidiasis. Early coitarchia, condom use sometimes the number of sexual contacts 7 and more and the level of secondary education; are risk factors associated with STIs and Vulvovaginitis of sex workers. Parity, origin and economic status are not risk factors associated with STDs and sex workers Vulvovaginitis

I. INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos desplegados por organismos internacionales como la OPS, OMS, ONU, las ITS siguen siendo un problema de importancia para la Salud Pública mundial, debido a su alta prevalencia e incidencia, elevados costos y elevada morbilidad y mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, 30 a 40 millones de adultos y niños estarían infectados con VIH al 2010 y 333 millones de infectados por transmisión sexual.

Se ha determinado la existencia de vulnerabilidad sociocultural, ya que se afectan más los grupos marginales y con bajo acceso a la salud, también existe mas riesgo en los jóvenes, mujeres y en grupos de alto riesgo como trabajadoras sexuales y drogadictos¹

El ejercicio de la prostitución es una práctica que se debe entender, lejos de prejuicios moralistas, como una consecuencia de las precarias condiciones que existen en nuestra sociedad para el desarrollo digno de una gran parte de la población que se ve obligada a desenvolverse dentro de un sistema con fuertes desigualdades sociales y económicas. De tal manera es ligero y complicado definir la prostitución como un acto libre, espontáneo y voluntario de la persona, la cual se ve prácticamente obligada a vender su cuerpo a cambio de una retribución monetaria ante la realidad de su difícil condición económica.²

Las infecciones genitales figuran entre las enfermedades que más frecuentemente generan pérdida de años de salud y de vida productiva debido a complicaciones, como esterilidad, embarazo ectópico, cáncer, morbilidad perinatal, transmisión del virus VIH, y están relacionadas con infecciones obstétricas, ruptura de membrana prematura, abortos, enfermedad Inflamatoria pélvica, salpingitis, endometritis.

Para el diagnóstico de las infecciones genitales es imprescindible un enfoque integral, comenzando por un estudio de riesgos (indicadores socio-demográficos, pautas de comportamiento sexual y factores predisponentes), para luego abordar la evaluación clínica (signos y síntomas) y el análisis de laboratorio.³

En el Perú, la práctica del meretrício se rige básicamente por el nivel socioeconómico de las colectividades o personas que trabajan

en este oficio; la trata de personas, el proxenetismo y los proveedores de jóvenes en clubes locales y las trabajadoras independientes que laboran de una manera informal y clandestina en las calles de la ciudad.⁴

El centro de salud San Juan Bautista cuenta con una Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) que atiende a trabajadoras sexuales de la zona de influencia, ya que en este distrito y zonas aledañas se han creado prostíbulos clandestinos con alto riesgo de contraer y diseminar las infecciones de transmisión sexual, considerándose un verdadero problema de salud pública.

Por todo ello con el presente trabajo de investigación se estableció la incidencia de infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que se atienden en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo de enero a marzo 2014 a través de un tipo de investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva con una muestra de 40 trabajadoras sexuales, encontrándose los principales resultados; la incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15% con predominio de la trichomoniasis y herpes. La incidencia de vulvovaginitis es de 55%, con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. La coitarquia precoz, el uso de preservativos algunas veces, el número de contactos sexuales de 7 a mas, y el nivel de instrucción secundaria; son factores asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales con significancia estadística ($P < 0,05$).

OBJETIVOS:

Objetivo General

Conocer la incidencia de infecciones de transmisión sexual y vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo enero a marzo 2014.

Objetivos Específicos

- ✓ Determinar la incidencia de Infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo enero a marzo 2014.

- ✓ Establecer la incidencia de vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo enero a marzo 2014.
- ✓ Relacionar las ITS y vulvovaginitis con los factores de riesgo como: coitarquia, uso de condón, paridad, número de contactos sexuales, nivel de instrucción, procedencia y condición económica.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN
Aplicada

NIVEL DE INVESTIGACIÓN
Cuantitativa – Clínico

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
No experimental

MÉTODO DE ESTUDIO
Transversal, descriptivo y prospectivo

POBLACIÓN
Estuvo constituida por todas las trabajadoras sexuales que acudieron a la UAMP del Centro de Salud San Juan Bautista en el periodo comprendido entre enero a marzo del 2014.

MUESTRA
La muestra estuvo constituida por 40 trabajadoras sexuales registradas en la UAMP que se atendieron en el centro de salud San Juan Bautista en el periodo comprendido entre enero a marzo del 2014, el cual se obtuvo en base al registro de atenciones de las trabajadoras sexuales en el periodo de enero a marzo del año 2013

Criterios de Inclusión:

- Trabajadoras sexuales con exámenes de laboratorio.
- Que acepten participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión:

- Trabajadoras sexuales sin exámenes de laboratorio

- Trabajadoras sexuales sin presencia de secreción vaginal.
- Que no acepten participar en el presente estudio.

Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos:

- Entrevista
- Aplicación de entrevista estructurada
- Revisión de Historias clínicas
- Revisión de los resultados de laboratorio

Instrumentos

- Ficha de Entrevista Estructurada
- Historias Clínicas
- Resultados de Laboratorio

RESULTADOS

TABLA 01

INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Nº	%
Herpes	02	5
Trichomoniasis	02	5
Sífilis	01	2,5
Gonorrea	01	2,5
Negativo	34	85
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 105,750 \quad \chi^2_r = 9,487 \quad g. l. = 4 \quad P: 0,000$$

TABLA 02

**INCIDENCIA DE VULVOVAGINITIS EN
TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD
SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO
2014.**

VULVOVAGINITIS	Nº	%
Candidiasis	06	15
Trichomoniasis	02	5
Vaginosis bacteriana	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	02	5
Negativo	18	45
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 24,000 \quad X^2_c = 9,487 \quad \text{g.l.} = 4 \quad P: 0,000$$

TABLA 03

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN A LA
COITARQUIA DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP.
CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	EDAD DE LA COITARQUIA						TOTAL	
	11-13		14-16		17-19			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	02	5	00	00	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	00	00	01	2,5	02	5
Sífilis	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrea	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	04	10	01	2,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana	12	30	00	00	00	00	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	01	2,5	01	2,5	02	5
Negativo	01	2,5	05	12,5	08	20	14	35
Total	20	50	07	17,5	13	32,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 32,299$$

$$\text{g.l.} = 14$$

$$\chi^2_c = 23,684$$

$$P < 0,05$$

TABLA 04

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN AL
USO DE PRESERVATIVOS DE LAS
TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE
SALUD SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A
MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	USO DE PRESERVATIVOS				Total	
	Si		Algunas veces		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Herpes	00	00	02	5	02	5
Trichomoniasis	00	00	02	5	02	5
Sífilis	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrrea	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	05	12,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana	08	20	04	10	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	01	2,5	01	2,5	02	5
Negativo	14	35	00	00	14	35
Total	28	70	12	30	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 20,952 \quad X^2_t = 14,067$$

$$g.l.=7$$

$$P < 0.05$$

TABLA 05

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN A LA
PARIDAD DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP.
CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	PARIDAD						TOTAL	
	Nulípara		Primípara		Multípara			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	01	2,5	01	2,5	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	01	2,5	00	00	02	5
Sífilis	01	2,5	00	00	00	00	01	2,5
Gonorrrea	00	00	01	2,5	00	00	01	2,5
Candidiasis	03	7,5	03	7,5	00	00	06	15
Vaginosis bacteriana	05	12,5	07	17,5	00	00	12	30
Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	02	5	00	00	02	5
Negativo	09	22,5	04	10	01	2,5	14	35
Total	20	50	19	47,5	01	2,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 8,177 \quad X^2_t = 23,684$$

$$g.l.=14$$

$$P > 0.05$$

TABLA 06

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN AL
NÚMERO DE CONTACTOS SEXUALES
DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD
SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO
2014.

ITS Y VULVO VAGINITIS	NÚMERO DE CONTACTOS SEXUALES (Diario)						TOTAL	
	1-3		4-6		7 a más			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	00	00	00	00	02	5	02	5
Trichomoniasis	00	00	00	00	02	5	02	5
Sífilis	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrrea	00	00	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	02	5	03	7,5	01	2,5	06	15
Vaginitis bacteriana	00	00	01	2,5	11	27,5	12	30
Mixto (candidiasis + vaginitis bacteriana)	00	00	02	5	00	00	02	5
Negativo	10	25	02	5	02	5	14	35
Total	12	30	09	22,5	19	47,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 37,104 \quad X^2_t = 23,684$$

$$g.l. = 14 \quad P < 0.05$$

TABLA 07

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN AL
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS
TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD
SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO
2014.

ITS Y VULVO VAGINITIS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN						TOTAL	
	Primaria		Secundaria		Superior			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	00	00	02	5	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	01	2,5	00	00	02	5
Sífilis	01	2,5	00	00	00	00	01	2,5
Gonorrrea	01	2,5	00	00	00	00	01	2,5
Candidiasis	04	10	02	5	00	00	06	15
Vaginitis bacteriana	01	2,5	11	27,5	00	00	12	30
Mixto (candidiasis + vaginitis bacteriana)	00	00	02	5	00	00	02	5
Negativo	00	00	10	25	04	10	14	35
Total	08	20	28	70	04	10	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 29,668 \quad X^2_t = 23,684$$

$$g.l. = 14 \quad P < 0.05$$

TABLA 08

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN A LA
PROCEDENCIA DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES QUE ACUDEN A LA UAMP.
CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA. ENERO A MARZO 2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	PROCEDENCIA				Total	
	Urbano		Urbano Marginal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	02	05	00	00	02	5
Trichomoniasis	01	2,5	01	2,5	02	5
Sífilis	01	2,5	00	00	01	2,5
Gonorrea	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	05	12,5	01	2,5	06	15
Vaginosis bacteriana Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	07	17,5	05	12,5	12	30
Negativo	09	22,5	05	12,5	14	35
Total	27	67,5	13	32,5	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 5,975$$

$$g.l.=7$$

$$X_t^2 = 14,067$$

$$P > 0.05$$

TABLA 09

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y VULVOVAGINITIS EN RELACIÓN A LA
CONDICIÓN ECONÓMICA DE LAS
TRABAJADORAS SEXUALES QUE
ACUDEN A LA UAMP. CENTRO DE SALUD
SAN JUAN BAUTISTA. ENERO A MARZO
2014.**

ITS Y VULVO VAGINITIS	CONDICIÓN ECONÓMICA				Total	
	Media		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Herpes	01	2,5	01	2,5	02	5
Trichomoniasis	00	00	02	5	02	5
Sífilis	00	00	01	2,5	01	2,5
Gonorrea	00	00	01	2,5	01	2,5
Candidiasis	02	5	04	10	06	15
Vaginosis bacteriana Mixto (candidiasis + vaginosis bacteriana)	00	00	12	30	12	30
Negativo	01	2,5	01	2,5	02	5
Total	10	25	30	75	40	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 9,270$$

$$g.l.=7$$

$$X_t^2 = 14,067$$

$$P > 0.05$$

III.- CONCLUSIONES

1. La incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15% en las trabajadoras sexuales que se atienden en la UAMP del Centro de Salud de San Juan Bautista, con predominio de la trichomoniasis y herpes.
2. La incidencia de vulvovaginitis es de 55% en las trabajadoras sexuales que se atienden en la UAMP del Centro de Salud San Juan Bautista, con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis.
3. La coitarquia precoz, el uso de preservativos a veces, el número de contactos sexuales de 7 a mas, y el nivel de instrucción secundaria; son factores de riesgo asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales ($P < 0,05$).
4. La paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales ($P > 0,05$).

IV.-RECOMENDACIONES

1. Al Centro de Salud San Juan Bautista, realizar mayor promoción sobre los servicios que brinda la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) en los prostíbulos clandestinos y de esta manera captar a las trabajadoras sexuales para realizar consejería y el control respectivo de las infecciones de transmisión sexual, a través de los exámenes respectivos.
2. A la Municipalidad distrital de San Juan Bautista, la creación de una zona rosa, con todas las condiciones debidas, en un lugar adecuado, para realizar la identificación y el control respectivo de las trabajadoras sexuales, por que en esta zona han proliferado los prostíbulos clandestinos y de esta manera evitar la prostitución clandestina con los riesgos que ello conlleva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) HERNANDEZ S, y Col. "Incidencia de ITS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el consultorio N° 1". Rev Chil Salud Pública 2006; Vol 10 (2):79-84
- 2) ESPINOZA, L. y col. "Estudio de diagnóstico de opiniones, percepciones, actitudes y conocimientos de trabajadoras sexuales". Proyecto CARE. Fondo Mundial. Consorcio asociación civil IMPACTA.
- 3) LEYVA, R y Col. "Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica". Salud Publica Mex 2013;55 supl 1:S31-S38.
- 4) FERNANDEZ, Jorge; MARTINEZ, Andrés; CASTILLON, Rubén y TAMARIZ, Jesús. "Vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.". Rev Med Hered [online]. 2010, vol.21, n.1, pp. 32-38. ISSN 1729-214X.
- 5) VENEGAS Gloria et al. "Prevalencia de vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales chilenas". Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2011 July [cited 2013 Nov 15]; 30(1): 46-50. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000700007>
- 6) ALVIS, Nelson et al. "Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia". Revista de Salud Pública. 9(1):86-96, 2007.
- 7) CHAVEZ, K Y PASQUEL "Incidencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo que influyen en las trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud Raúl Patrucco Puig. Lima; junio-agosto 2003" Tesis UNSCH.
- 8) SOTO R. Factores de Riesgo y Prevalencia de Candidiasis Vaginal en Mujeres Sexualmente Activas. Hospital Regional De Ayacucho. Noviembre 2000 – Marzo 2001. Tesis Biología UNSCH.
- 9) HUAMANI, C y PADILLA, I. "Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales.

Abancay, Julio a Septiembre 2007. Tesis UNSCH 2007.

- 10) QUISPE, C y VARGAS, L "Factores que inciden en las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital de Apoyo de San Francisco – Ayacucho, julio – septiembre 2012". Tesis UNSCH
- 11) BOLOGNO, R y Col. "Importancia del estudio del balance del contenido vaginal (BACOVA) en el control preventivo de las trabajadoras sexuales". Revista Argentina de Microbiología (2011) 43: 246-250
- 12) CARE – PERU, Modulo de Capacitación, Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Manual auto formativo 2009.
- 13) MINSA. Directiva N° 083-2003MINSA/DGSP-DEAIS V.01 Sistema de Atención Medica Periódica para los(as) Trabajadores(as) Sexuales.
- 14) PACHECO, José. Ginecología y Obstetricia. Lima Perú. 2da edición. Editorial MAD. 2008.

*Facultad de
ciencias de
la Salud*

*Escuela
Profesional
de
Obstetricia
UNSCH*

RESUMEN

Objetivo: conocer la Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Vulvovaginitis en trabajadoras sexuales que acuden a la UAMP (Unidad de atención Medica Periódica) del Centro de Salud San Juan Bautista durante el periodo Enero a Marzo 2014. **Materiales y Métodos:** se realizaron a través de un estudio transversal, descriptivo y prospectivo de casos y controles. La población estuvo conformada por todas las trabajadoras sexuales que acudieron a la Unidad de atención Medica Periódica del Centro de Salud San Juan Bautista en el periodo comprendido Enero a Marzo del 2014. Las muestras lo conformaron 40 trabajadoras sexuales registrados en la UAMP que se atendieron en el centro de salud San Juan Bautista en el periodo comprendido entre Enero a Marzo del 2014, el cual se obtuvo en base al registro de atenciones de las trabajadoras sexuales en el periodo de enero a marzo del año 2013 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En el análisis de los datos se utilizó prueba estadísticas no paramétrica de χ^2 cuadrado para determinar si existe dependencia o no de los principales variables de estudio. **Resultados:** los resultados hallados muestran que: la incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15%(06) con predominio de la trichomoniasis y herpes; la incidencia de vulvovaginitis es de 55%(22) con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. La coitarquia precoz, el uso de preservativos algunas veces, el número de contactos sexuales de 7 a más y el nivel de instrucción secundaria; son factores asociados a las Infecciones de Trasmisión Sexual y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales con significancia estadística ($p < 0,05$). La paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

Conclusiones: La incidencia de infecciones de transmisión sexual es de 15% en las trabajadoras sexuales que se atienden en la UAMP del Centro de Salud San Juan Bautista con predominio de la trichomoniasis y herpes. La incidencia de vulvovaginitis es de 55% en las trabajadoras sexuales que se atendieron en la UAMP (Unidad de Atención Medica Periódica) del Centro de Salud San Juan Bautista con predominio de la vaginosis bacteriana y candidiasis. La coitarquia precoz, el uso de preservativos a veces, el número de contactos sexuales de 7 a más y el nivel de instrucción secundaria; son factores de riesgo asociados a las ITS y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales. La paridad, procedencia y condición económica son factores de riesgo no asociados a las ITS y Vulvovaginitis de las trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of sexually transmitted infections in sex workers and Vulvovaginitis attending the UAMP (Periodic medical care unit) of the Health Center San Juan Bautista during the period January to March 2014. **Materiales and Methods:** were made through a transversal, descriptive and prospective case-control study. The population consisted of all sex workers who attended the regular medical care Unit Health Center San Juan Bautista in the period January to March 2014. Las sample was made up 40 sex workers registered with the UAMP that were treated in the health center San Juan Bautista in the period from January to March 2014, which was obtained based on the record of care for sex workers in the period from January to March 2013 that met the inclusion criteria and exclusion. In the data analysis nonparametric statistical test of chi square was used to determine whether or not dependence of the main variables of study. **Results:** The results found show that: the incidence of sexually transmitted infections is 15% (06) prevalence of trichomoniasis and herpes; the incidence of IPV is 55% (22) prevalence of bacterial vaginosis and candidiasis. Early coitarquia, condoms sometimes, the number of sexual contacts 7 and more and the level of secondary education; are factors associated with sexually transmitted infections and sex workers Vulvovaginitis statistically significant ($p < 0.05$). The parity, origin and economic status are not risk factors associated with STIs and Vulvovaginitis of sex workers. **Conclusions:** The incidence of sexually transmitted infections is 15% among sex workers who receive services at the Health Center UAMP San Juan Bautista prevalence of trichomoniasis and herpes. The incidence of IPV is 55% among sex workers who attended the UAMP (Periodic Medical Care Unit) Health Center San Juan Bautista prevalence of bacterial vaginosis and candidiasis. Early coitarquia, condom use sometimes the number of sexual contacts 7 and more and the level of secondary education; are risk factors associated with STIs and Vulvovaginitis of sex workers. Parity, origin and economic status are not risk factors associated with STIs and Vulvovaginitis of sex workers.



**FORMATO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE
INVESTIGACION CONDUCTENTE AL TITULO
UNIVERSITARIO**



DATOS GENERALES:

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TITULO DE TESIS:

**“INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VULVOVAGINITIS EN
TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN
MEDICA PERIODICA DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. ENERO
A MARZO 2014”**

AREA DE INVESTIGACION:

SALUD REPRODUCTIVA

AUTOR:

HUAMANCAYO CHIPANA, Henry.

DNI: 41611378

TITULO PROFESIONAL LA QUE CONDUCE: OBSTETRA

AÑO DE APROBACIÓN DE LA SUSTENTACION: 2015

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA
BIBLIOTECA**