

**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA”**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA” CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. MAYO
JULIO 2019”.**

TESIS PRESENTADO POR:

- CONTRERAS PEREZ, Kristy Denissa.
- JANAMPA FLORES, Maribel.

ASESORA: Dra. ALCARRAZ CURÍ, Luisa

AYACUCHO- PERÚ

2020

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; por brindarnos la oportunidad de lograr la notable profesión de obstetricia para beneficio de la sociedad.

A la Escuela Profesional de Obstetricia; en especial a la docente Dra. ALCARRAZ CURÍ, Luisa, por la entrega de sus conocimientos, experiencia y paciencia, durante la enseñanza del curso de investigación.

Al Centro de Salud San Juan Bautista; por abrir sus puertas y su colaboración desinteresada en bien del desarrollo profesional.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedicamos a Dios por regalarnos la vida ya que con fuerza divina siempre nos guía por el buen camino; a nuestros padres quienes han depositado en nosotros todo su cariño y nos dan lo mejor de sus vidas, a todos nuestros hermanos por su apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	08
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.4. OBJETIVOS	12
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	13
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA	17
2.2.1. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	17
2.2.2. Factores que influyen en la transmisión de las ITS	17
2.2.2.1. Factores sociales que influyen la transmisión	17
2.2.2.2. Factores de comportamiento de los individuos o factores de riesgo	17
2.2.2.3. Factores biológicos que influyen la transmisión	19
2.2.3. Complicaciones de las ITS en mujeres	20
2.2.4. Diagnóstico de las ITS	21
2.2.5. Tratamiento de las ITS	25
2.2.5.1. Tratamiento de los Síndromes Asociados a las ITS	26
2.2.5.2. Tratamiento de Infecciones Específicas	31
2.2.6. Evolución Clínica de las ITS	40
2.2.6.1. Factores que determinan la Evolución Clínica	41
2.3. HIPÓTESIS	42
2.4. VARIABLES	43
2.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS	43

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2.	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	45
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
3.4.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
3.5.	UNIVERSO O POBLACIÓN	45
3.6.	MUESTRA	45
3.7.	TAMAÑO DE MUESTRA	45
3.8.	MUESTREO	46
3.9.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	46
3.10.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	46
3.11.	PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	46
3.12.	PROCESAMIENTO DE DATOS	47
3.13.	ASPECTOS ÉTICOS	47

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.	CONCLUSIONES	66
4.2.	RECOMENDACIONES	68

CAPITULO V

ANEXOS

5.1.	INSTRUMENTOS	70
5.2.	MATRIZ DE CONSISTENCIA	74
5.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	75
5.4.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

INTRODUCCIÓN

En Ayacucho las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública por su prevalencia alta, que tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva, las cuales afectan principalmente a las mujeres que se constituyen como la población altamente vulnerable al contraer una ITS, siendo un indicador de riesgo el comportamiento sexual de las mismas².

Las ITS son producidas por múltiples agentes que tiene como punto de partida a las relaciones sexuales sin protección y se propagan por vía vaginal, anal, oral y a través de las transfusiones sanguíneas, también existen casos en las cuales se pueden transmitir de madre a hijo durante el embarazo o parto¹. En la mayoría de las mujeres que padecen de las distintas ITS no siempre manifiestan síntomas y de manera silenciosa van generando daños en la salud sexual y reproductiva.

Las ITS en las mujeres en edad reproductiva implican consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión, por su incidencia alta en muchas regiones del Perú, fundamentalmente en zonas con poblaciones pobres y en extrema pobreza como Ayacucho⁹, bajo este contexto se ejecutó la investigación sobre diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de las ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante los meses de Mayo a Julio del año 2019, mediante estudio observacional con diseño analítico-correlacional, teniendo como muestra 62 mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS.

Los resultados muestran que del 100.0% (62) de las mujeres en edad reproductiva en estudio, el 82.3% (51) presentaron vaginosis bacteriana, seguida de 14.5% (9) que presentaron candidiasis y el 3,2% (2) trichomoniasis. En las características

socio demográficas tenemos que el 66.1 % (41) tienen edades entre 20-35 años de edad, con grado de instrucción secundaria 61.3% (38), estado civil convivientes 53.2 % (33), proceden de zona urbano marginal 77.4% (48) y de ocupación ama de casa 72.6 % (45). En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos el inicio de relaciones sexuales se presenta entre 16 a 19 años de edad en un 66.1% (41), el número de parejas sexuales que tuvieron son dos en un 48.4 % (30), el número de hijos que tienen son dos a más en un 52.5% (33), el método anticonceptivo que utilizan es el método del ritmo en un 40.3% (25).

El medio diagnóstico en 56.5% (35) mujeres el diagnóstico de vaginosis bacteriana fue sindrómico y en 25.8% (16) fue mediante examen de secreción vaginal. ($p>0.05$) que indica que la infección de transmisión sexual es independiente del medio de diagnóstico. En 51.6% (32) mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana fueron tratadas con Metronidazol (vía oral y vaginal) y en 30.6% (19) con Clindamicina (vía oral y vaginal). ($p<0.05$), que indica que la infección de transmisión sexual es dependiente del tratamiento; el 45.2% (28) de mujeres en edad reproductiva que recibieron tratamiento con Metronidazol (vía oral y vaginal) presentaron evolución clínica desfavorable. ($p>0.05$), que indica que la evolución clínica es independiente del tratamiento; el 50.0% (31) mujeres en edad reproductiva que presentaron evolución clínica desfavorable recibieron tratamiento individual. ($p>0.05$), que indica que la evolución clínica es independiente del tratamiento en pareja e individual; el 54.8% (34) mujeres en edad reproductiva que no cumplieron con el tratamiento prescrito presentaron evolución clínica desfavorable. ($p<0.05$), que indica que la evolución clínica es dependiente del cumplimiento de tratamiento.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que anualmente aparecen más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables, y aproximadamente 5,3 millones de nuevos individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹

En la mayoría de los países en desarrollo, las ITS ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, después de aquellas relacionadas con la maternidad. La prevención y el tratamiento de las ITS constituyen un mecanismo de intervención que mejora la salud pública, dado el grado de morbilidad y mortalidad que causan, y evita la transmisión del VIH.²

Las ITS son un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad (con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años), y cuyo elemento fundamental en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. En la actualidad, son más de 30 las infecciones clasificadas como de transmisión predominantemente sexual, o como frecuentemente transmitidas por dicha vía.^{3,4} Su distribución en el mundo no es uniforme, y varía la incidencia de los diferentes gérmenes patógenos en dependencia del área geográfica que se estudie, nivel socioeconómico de la

población que la habita, hábitos sexuales imperantes en ella, y educación sexual de sus individuos, entre otros aspectos.⁴

En los últimos años, se ha notado un incremento de las ITS en mujeres en edad reproductiva. Estas se manifiestan frecuentemente por síntomas tales como aumento de la secreción vaginal, secreción uretral, úlceras genitales, prurito, irritación, presencia de mal olor o dolor pélvico. El aumento de las infecciones sexuales es atribuible a la promiscuidad sexual y a las relaciones desprotegidas.⁵ En Cuba, investigaciones efectuadas en Ciudad de La Habana y Holguín, entre otras, demostraron la presencia de conductas sexuales promiscuas y desprotegidas, lo que evidencia la necesidad de fomentar los programas educativos y preventivos en estos aspectos.

Investigaciones realizadas en países latinoamericanos como Ecuador mostraron conductas de riesgo de los adolescentes que han llevado consigo al aumento de las ITS y el SIDA. Estas investigaciones, en estos países, han demostrado que el alto porcentaje se dio en adolescentes jóvenes de instrucción secundaria 70%, seguido de un 15% de instrucción superior, lo que refleja muy probablemente la poca orientación sexual y conocimiento de planificación familiar recibida tanto en las familias como en las instituciones educativas.⁶ Y debido al temor, ignorancia, timidez o inexperiencia hay menos probabilidades de que soliciten información o tratamiento apropiado.

La experiencia sexual temprana en mujeres en edad reproductiva puede causar lesiones del tejido vaginal, y también la probabilidad de tener mayor número de compañeros sexuales durante su vida lo cual hace que sean más vulnerables y susceptibles a las infecciones que las mujeres mayores debido a la inmadurez del cuello uterino.

En las últimas décadas las ITS han sufrido una rápida evolución; entre ellas están la *gonorrea*, *sífilis*, *chancroide*, *trichomoniasis*, incluyendo el SIDA. Son causas principales de esterilidad, infertilidad y muerte.⁷

El control de las ITS se hace difícil porque hay dificultad para cambiar comportamientos sexuales, hablar de relaciones sexuales para algunos da vergüenza, los portadores de las ITS no presentan o no reconocen sus síntomas, el tratamiento no es siempre simple ni efectivo, hay resistencia bacteriana a los antibióticos y no hay tratamientos efectivos para las infecciones virales.⁸

Esta realidad no es ajena al Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2014) entre las mujeres que tuvieron una ITS en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, el 69,0% buscó consejo o tratamiento por un médico y un 82,1% recibió de cualquier fuente en comparación con un 11,1% que no recibió ni consejo ni tratamiento y un 3,5% se automedicó. El comportamiento del VIH y del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrada. El primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú ocurrió en el año 1983 y hasta el 31 de diciembre de 2012, se han reportado 29 mil 314 casos de SIDA y 48 mil 527 casos notificados de VIH.^{2,9}

Las ITS generan graves problemas de Salud Pública no sólo por sus altas tasas, sino también por su capacidad de transmisión perinatal, sus complicaciones en salud sexual y reproductiva y por facilitar la transmisión del VIH. Estos efectos tempranos y tardíos desencadenan serias consecuencias a nivel de la salud, nivel social y económico de la población peruana.¹⁰

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según INEI 2012, en el departamento de Ayacucho se han reportado 84 casos de SIDA y 168 casos notificados de VIH. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, su condición de enfermedad incurable y la relación entre ITS confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre la transmisión, prevención, tratamiento en pareja y percepción de los riesgos que conlleva este tipo de infecciones².

El Centro de Salud San Juan Bautista se encuentra ubicado en el distrito de San Juan Bautista, provincia de Huamanga, el número de pacientes asegurados es más de 60 mil, actualmente cuenta con un servicio de prevención de cáncer de cuello uterino (PROCETS), a la cual asisten 135 pacientes aproximadamente cada mes para exámenes gineco obstétricos que consiste en: examen de secreción vaginal, Papanicolaou, IVAA y descarte de algún tipo de ITS. Las mujeres en edad reproductiva acuden solas al servicio de PROCETS, sin el acompañamiento de su pareja, debido a lo cual solo ellas reciben tratamiento mas no sus parejas, de las cuales no todas llegan a cumplir con los tratamientos prescritos a causa de presentar algún tipo de molestia o incomodidad, también por experimentar mejoría luego de unos días de tratamiento. Algunas veces también se le brinda tratamiento para su pareja, sin embargo no se percibe el adecuado manejo de los medicamentos por parte de su pareja.

Según la hoja de Monitorización Mensual de Actividades – *ITS/VIH-SIDA y Hepatitis B* del 2016 del Centro de Salud San Juan Bautista se han reportado: 2 casos de *sífilis*, 2 de *hepatitis B*, 3 casos de *trichomoniasis*, 106 casos de *síndrome de Flujo Vaginal* y 11 casos de *síndrome de Dolor Abdominal Bajo*. Estos datos muestran el alto porcentaje de ITS en mujeres con edades reproductivas.

Planteamos el proyecto, porque observamos en la práctica clínica que, muchas mujeres en edad reproductiva que padecen ITS reciben tratamiento pero no cumplen con las indicaciones y respectivo tratamiento en altos porcentajes, asimismo tampoco se realiza el seguimiento a mujeres que cumplen el tratamiento, por otro lado se omite el tratamiento a la pareja, con la consecuencia de empeorar o afectar la evolución clínica y constituyéndose en un factor de morbilidad y aspecto importante en la salud de la mujer y salud pública en general por lo que formulamos el siguiente problema.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante Mayo - Julio 2019?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuál es la frecuencia de ITS en las mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS?
3. ¿Cuáles son los antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS?
4. ¿Cuáles son los medios de diagnóstico de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista?
5. ¿Cuál es el tratamiento que reciben las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista?
6. ¿Cuál es la evolución clínica de las mujeres en edad reproductiva que reciben tratamiento de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista?
7. ¿Cuál es la relación entre el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista?

1.4. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer el diagnóstico, tratamiento y la evolución clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante Mayo - Julio 2019.

ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de ITS en las mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista.
2. Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS (edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia, ocupación).
3. Determinar los antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS (inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, uso de métodos anticonceptivos).
4. Identificar el medio de diagnóstico de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista.
5. Determinar el tratamiento que reciben las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista.
6. Determinar la evolución clínica de las mujeres en edad reproductiva que reciben tratamiento de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista.
7. Relacionar el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

Junieth I. Cruz Rojas. Infecciones de transmisión sexual detectadas en mujeres que asisten al Centro de Salud “Rigoberto López Pérez “de Santo Tomas Del Norte, Chinandega-Nicaragua, de Enero-Marzo del 2007¹¹. **Método.** Estudio descriptivo de serie de casos. **Objetivo.** Determinar la frecuencia y tipo de las ITS en mujeres que se atienden en el Centro de Salud “Rigoberto López Pérez”, del Municipio de Santo Tomás Del Norte, departamento de Chinandega de la República de Nicaragua. **Resultados.** En cuanto a las características epidemiológicas y gineceo obstétricas tenemos que el grupo etario más frecuente es entre 30-39 años de edad (40%), con estado civil casadas y acompañadas (48 y 46%) respectivamente, con nivel escolar primaria (64%). La mayoría de las pacientes se catalogan como gran multíparas (36%), cuyo inicio de vida sexual activa (IVSA) se presenta con alto índice en los grupos de 15- 17 y 18-19 años con 38% y 28% respectivamente, con un (1) compañero sexual en la mayoría de los casos (70%).

Los agentes etiológicos más frecuentes que se identificaron en la zona de estudio son en orden de frecuencia: *Candida sp* (46%), *Trichomonas vaginalis* (16%) y *Gardnerella vaginalis* (8%). Las pruebas de capillus el 100% resultaron negativas para anticuerpos anti-VIH.

El 96% (48) de las parejas sexuales encuestadas no recibió tratamiento para su mal. **Conclusión.** Las ITS más frecuentes diagnosticadas por vía microbiológica en las mujeres estudiadas fueron la candidiasis y tricomoniasis; seguidas de

vaginosis por Gardnerella; asociándose algunos factores que contribuyen a su presencia como la conducta sexual y falta de conocimientos sobre ITS.

Sonia S. Saa Villacreses. Prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en edad fértil diagnosticadas por medio de estudios citológicos. Hospital Enrique C. Sotomayor-Ecuador, de Septiembre 2012 a Febrero del 2013¹². **Método.** Estudio descriptivo, longitudinal no experimental. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual a través de los resultados de la citología en pacientes de edad fértil y prevenir sus complicaciones, atendidos en el Hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, región Costa, en la República del Ecuador. El universo de trabajo estuvo conformado por todos los pacientes que ingresaron al área de consultorio externo con diagnóstico presuntivo de ITS. **Procedimiento.** Se realizó estudios citológicos (cultivo + PAP) para diagnóstico de ITS y se aplicó una encuesta para la recolección de datos de estudios citológicos. **Resultados.** Dentro de los resultados se observó que el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con ITS oscilan de 16 -20 años de edad (28%), seguida de 21 – 24 años de edad (27%). Proceden del área urbano marginal 58%, seguida de área rural 26%. Con nivel de instrucción secundaria 70%, seguido de un 15% de instrucción superior, con ocupación amas de casa 51%, seguida de estudiantes en un 18 %. El mayor porcentaje 19 % de pacientes planificaron con método de barrera, seguido de un 17% planificaron con método inyectable y un 37% de pacientes que no utilizaron ningún método de anticoncepción lo que conlleva a una mayor incidencia de ITS, adicionalmente a la propagación de embarazos no deseados y abortos. El mayor porcentaje (77%) de pacientes se realizó cultivo + Papanicolaou como método de diagnóstico de ITS, seguida de un (23%) que solo se realizaron cultivo de secreción vaginal. Dentro de las ITS más frecuentes que se presentaron en este estudio, un 30% de las pacientes presentaban tricomoniasis y el 12% coilocitos al igual que monillas. **Conclusiones.** La investigación mostró que las ITS más frecuente fue la causada por *Tricomoniasis vaginal* seguida de *monilias* y *coilocitos* presentándose en su gran mayoría en adolescente y jóvenes de 16 a 29 años de edad. La investigación también mostró que del 100% de las pacientes se realizó cultivo de secreción y de ellas el 77% también se realizó Papanicolaou dándonos como resultado que según el cultivo la clase de ITS que presentaba la mayoría de pacientes fue por *tricomoniasis* seguida de *monilias* y *coilocitos* que son las más frecuentes en nuestro medio.

María E. Santillán Quijje, Jeniffer V. Vínces Del Valle. Patologías ginecológicas recurrentes relacionadas con el trabajo sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Manabí-Ecuador, Septiembre 2012 a Febrero 2013¹³.

Método. Prospectivo, descriptiva. **Objetivo.** Identificar las patologías ginecológicas recurrentes relacionadas con el trabajo sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo de Septiembre 2012 a Febrero 2013.

Procedimiento. La investigación empezó revisando las Historias clínicas de las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Portoviejo. Se realizó un Formulario de preguntas, en donde se ejecutó todos los indicadores de las variables planteadas. Una vez obtenido los resultados, estos fueron tabulados en cuadros estadísticos y se planteó inmediatamente el respectivo análisis e interpretación de cada resultado obtenido.

Resultados. La encuesta reveló que la edad de inicio de la primera relación sexual de las trabajadoras sexuales comprenden las edades entre 16 a 19 años en un 52%, de 12 a 15 años en un 38% y de 20 años o más en un 10%; lo que indica que es en el periodo de la adolescencia donde mayoritariamente tiene lugar la primera relación sexual. Las enfermedades ginecológicas presentadas por las trabajadoras sexuales corresponden en orden de mayor frecuencia en indicador ninguna en un 34% de los casos, Candidiasis en un 27%, EPI con un 23%, Vaginosis bacteriana en un 10%, Tricomoniasis en un 4%, Herpes genital 1%, Gonorrea 1%. No se registraron casos de Sífilis ni Clamidia; la candidiasis resultó ser la de mayor prevalencia. Con respecto al cumplimiento del tratamiento de las trabajadoras sexuales, el 93% indica que cumple el tratamiento médico, un porcentaje mínimo correspondiente al 3% no cumple con el tratamiento a causa de olvido o despreocupación y un 4% lo cumple de forma irregular. El 62% refirió que su pareja no cumplió el tratamiento durante una ITS, el 12% indica que si lo cumplió. Los contactos sexuales no cumple el tratamiento, probablemente esto se deba al machismo de las parejas lo que influye en las recurrencias de las enfermedades mencionadas.

Conclusión. El perfil epidemiológico de las trabajadoras sexuales pone de manifiesto que la práctica del trabajo sexual constituye por sí solo un factor importante en la aparición de enfermedades ginecológicas así como su recurrencia, encontrándose dentro de las más frecuentes la candidiasis 14%, vaginosis bacteriana 10%, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) 9% y tricomoniasis 7%, lo que encierra además una gama de factores como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la edad temprana en la que voluntariamente o no se comienza a ejercer el trabajo

sexual, el no cumplimiento del tratamiento médico por parte de las mujeres trabajadoras sexuales y su pareja, todos estos factores favorecen el aumento de las tasas de morbilidad de las enfermedades ginecológicas.

Fernanda E. Toapanta Guatemal. Prevalencia de vaginosis bacteriana y su relación con los factores de riesgos asociados: El inicio temprano de relaciones sexuales y número de parejas sexuales, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en el Subcentro de salud San Pablo del Lago-Ecuador, durante el primer semestre del año 2013¹⁴. **Método.** Estudio retrospectivo de casos y controles. Lugar y Sujetos: Subcentro de salud San Pablo del Lago- Otavalo. Se incluyeron 100 casos con Vaginosis Bacteriana y 100 controles sin Vaginosis Bacteriana, mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, con vida sexual **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados; el inicio temprano de relaciones sexuales, número de parejas sexuales con la Vaginosis Bacteriana, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en el Sub centro de salud San Pablo del Lago de la capital de Quito, en la República del Ecuador, durante el primer semestre del año 2013. **Resultados:** Las mujeres con vaginosis bacteriana el 66% iniciaron tempranamente relaciones sexuales, mientras que el 34% lo hicieron de manera tardía; el 60% de ellas tuvieron más de una pareja sexual, mientras que el 40% solo tuvieron una pareja sexual. **Conclusiones:** Los factores de riesgo como el inicio temprano de relaciones sexuales y el tener más de una pareja sexual están asociados a la presencia de vaginosis bacteriana.

Rudit P. Ramirez Olortegui, Tania E. Ramirez Rivera. Factores asociados a Vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil- Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-Perú 2014¹⁵. **Metodología.** El diseño seleccionado en el estudio fue no experimental, de tipo Transversal correlacional. **Objetivo.** Determinar los factores asociados a vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil- Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz-Perú 2014. **Procedimiento.** La información se obtuvo usando como instrumento de recolección de datos, la ficha de recolección de datos, tomando como fuente de información las historias clínicas de mujeres en edad fértil con el diagnóstico de vaginosis bacteriana.

Resultados. Del total de mujeres que tienen vaginosis bacteriana, el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 25 a 34 años con el 60,5%, seguidos del grupo etario de 35 a 44 años con un 27,5%. En su mayor porcentaje son convivientes con el 50,3%, seguido de las solteras con un 33,5%. Con grado de

instrucción nivel secundario con el 63,5%, seguido de las que tienen nivel primario con el 19,2%. La edad de inicio de relaciones sexuales se presenta entre 16 a 24 años con un 65,9%, seguido de las edades comprendidas de < 15 años con el 20,4%. **Conclusiones.** Del análisis de los resultados se concluye: Los factores demográficos y antecedentes gineco obsteticos (la edad, estado civil, el grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales) están asociados significativamente a vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil, $p < 0,05$.

2.2. BASE TEÓRICA- CIENTÍFICA.

2.2.1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

2.2.1.1. Definición:

Las ITS es una serie de infecciones que tienen como punto de partida la relación homo o heterosexual, producidas por múltiples agentes, las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general se contraen por contacto sexual. Los organismos que causan las enfermedades de transmisión sexual pueden pasar de una persona a otra por la sangre, el semen, el fluido vaginal u otros fluidos corporales.

A veces, estas infecciones se transmiten por vías que no son sexuales; por ejemplo, de madre a hijo durante el embarazo o el parto, por transfusiones de sangre o agujas compartidas; Algunos de los cuales poseen una especial adaptación para multiplicarse en el tracto genitourinario y que originan lesiones locales: en el aparato urogenital (uretritis, vulvovaginitis, etc.), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas) o en la cavidad pelviana (enfermedad inflamatoria de la pelvis) o bien en todo el organismo, como la sífilis, la hepatitis B y el sida¹⁶.

2.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS

La transmisión de ITS depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno. Para que se produzca la transmisión de ITS una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

Entre los factores que influyen en la transmisión de ITS tenemos:

2.2.2.1. Factores sociales que influyen en la transmisión:

Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas:

Se desconoce que es “sexo seguro”

- Presiones sociales que empujan a los/las adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.
- Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones).
- No se tiene acceso a condones
- No les gusta usar condones
- Razones culturales o religiosas impiden que las personas sexualmente activas usen condones

Retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS:

algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionan a continuación:

- Muchas personas no saben cuáles son los síntomas de las ITS
- Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
- Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
- Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados.
- Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos (curanderos etc).

La costumbre de no completar el tratamiento: un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar el tratamiento).

2.2.2.2. Factores de comportamiento de los individuos o factores de “riesgo”: debido a que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección:

- Tener una nueva pareja sexual.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales con parejas “casuales” (amigos/as, “vacilones etc.).

- Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales.
- El uso de drogas o alcohol. Estos interfieren con la capacidad de las personas de tomar decisiones al respecto de con quién y cómo tener relaciones sexuales.
- Continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS.
- No usar condón en aquellas situaciones de riesgo (como las mencionadas) exponiendo a la(s) pareja(s) a un riesgo alto de infección.
- Si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.

2.2.2.3. Factores Biológicos que influyen en la transmisión:

• **La edad.** Las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cervix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.

• **Muchas Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser asintomáticas.** Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos(as) lo tienen. Esto complica los programas de control y tratamiento puesto que no es sencillo localizar a los pacientes asintomáticos.

• **Características de los agentes biológicos:** Existe resistencia de algunas bacterias (como las que causan gonorrea y chancroide) a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades. Para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo, esto condiciona que las personas infectadas con estos virus puedan seguir contagiando durante toda su vida si tienen relaciones sexuales sin protección, manteniendo alta la prevalencia de estas infecciones.

• **Diferencias por sexo:** En general el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas, debido a que las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). En el caso de la gonorrea, el 80% de las mujeres se contagiarán después

del contacto sexual con un hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influyen son la circuncisión masculina y el uso de anticonceptivos. Una vez producida la infección, los factores que influenciarán en la aparición de complicaciones o en la continuidad de la transmisión de las ITS, serán el acceso, aceptación y calidad de los establecimientos de salud, encargados de atender a la población afectada¹⁷.

2.2.3. COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES

Las complicaciones producto de las ITS y otras infecciones del tracto reproductivo son más severas y frecuentes. Debido a que un alto porcentaje de infecciones son asintomáticas las pacientes no buscan servicios de salud a tiempo para prevenir complicaciones. Entre las complicaciones tenemos:

- **Infertilidad:**

Una de las complicaciones más importantes es la infertilidad, que resulta de cicatrices producidas en las trompas de falopio después de una infección por gonorrea, clamidia y probablemente vaginosis bacteriana que inicialmente produjeron una enfermedad pélvica inflamatoria. La infertilidad suele ser producto de la enfermedad pélvica inflamatoria no tratada.

- **Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI):**

Algunas de las consecuencias más graves de las ITS en la mujer ocurre cuando una infección del tracto genital inferior (cuello uterino o vagina) o microorganismos externos alcanzan el tracto genital superior (útero, trompas de falopio, ovarios y estructuras adyacentes). La infección puede generalizarse y poner en riesgo la vida y el daño tisular y la cicatrización resultante pueden ocasionar infertilidad, esterilidad, dolor pélvico crónico y mayor riesgo de embarazo ectópico.

- **Embarazo ectópico:**

La cicatrización y la obstrucción tubárica que con frecuencia son secuelas de la EPI pueden ser totales o parciales. Aun así, puede haber fertilización con obstrucción tubárica parcial, aunque el riesgo de implantación en las trompas de falopio u otro lugar extrauterino (embarazo ectópico) es elevado.

- **Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio:**

El aborto espontáneo recurrente y la muerte fetal intrauterina, a menudo son consecuencias de una ITS como la sífilis, son otras de las razones importantes por las cuales las parejas no pueden tener hijos.

- **Cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano (VPH).**

El VPH es un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes (cepas) de VPH y algunas cepas llevan a cáncer cervical. Otras cepas pueden causar verrugas genitales, mientras que otras no causan ningún problema en absoluto¹⁸.

2.2.4. DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El diagnóstico sindrómico es un elemento valioso en las iniciativas de control de las ITS, puesto que proporciona una evaluación diagnóstica rápida para la elección del tratamiento oportuno de las personas con signos y síntomas de infección. Sin embargo puede existir más de un patógeno ocasionando un mismo cuadro clínico, de tal manera que los tratamientos oportunos pueden ser inadecuados y las personas infectadas pueden transmitir la infección y sufrir complicaciones debidas a la propia infección.

Las pruebas diagnósticas son útiles para obtener un diagnóstico certero y para orientar el abordaje de la pareja sexual.

2.2.4.1. SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL (DU EN VARONES)

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

Las ITS principales que producen el síndrome Flujo Uretral son:

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

El **diagnóstico** se realiza al observar la presencia de secreción a través del meato urinario. Se deben establecer las características de esta secreción, ya que ello puede ayudar a determinar la etiología. Así, la secreción puede ser:

- Purulenta: principalmente en infecciones de transmisión sexual como la gonorrea.
- Muco-purulenta: similar al anterior, más probable con clamidiasis.

- Serosa: propia de procesos inflamatorios, inespecífica.
- Sero-sanguinolenta: más probable con cuadros traumáticos.

Durante el diagnóstico es importante la anamnesis, ya que permitirá establecer el antecedente de contacto sexual.

2.2.4.2. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL (UG)

La usuaria se queja de llagas o ampollas en los genitales.

Las ITS que producen el síndrome Ulcera Genital son:

- a) Sífilis primaria (causada por el *Treponema pallidum*)
- b) Chancroide (causado por el *Haemophilus ducreyi*)
- c) Herpes genital (causado por el *Herpes simplex virus/Tipol-II*)

Diagnóstico: La descripción de los síntomas por parte del/la paciente, los antecedentes de relaciones sexuales, junto con la exploración física, orientan el diagnóstico. El análisis de sangre (estudios serológicos) y los cultivos de laboratorio pueden permitir identificar al agente causal.

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

Las úlceras son generalmente únicas, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto (sífilis). Sin embargo, pueden ser varias, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio y blandas al tacto (chancro blando).

Si la persona presenta lesiones vesiculares, este signo puede corresponder a herpes genital. Las lesiones vesiculares son un conjunto de pequeñas ampollas agrupadas y dolorosas que aún no se han abierto. Si estas lesiones se han sobreinfectado, se pueden parecer a úlceras.

2.2.4.3. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (FV)

La usuaria se queja de flujo vaginal anormal. Los cambios que pueden indicar un problema incluyen un aumento en la cantidad de flujo, un cambio en el color o el olor del flujo, e irritación, picazón o ardor en la vagina o alrededor de ella.

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

Las ITS principales que producen el síndrome Flujo Vaginal son:

a) Trichomonas vaginalis (causada por *Trichomona vaginalis*): Es el agente causal de la ITS no virales más frecuentes, favorecen la transmisión y la adquisición del VIH, y aumentan la probabilidad de resultados adversos del embarazo.

El **diagnóstico** de la tricomoniasis se basa en el olor, la calidad y la cantidad del exudado vaginal, el pH vaginal, y la posible presencia de friabilidad del cuello uterino. Las manifestaciones clínicas de la infección por *Trichomonas vaginalis* en mujeres son: exudado grisáceo, purulento, o blanco a amarillento y espumoso, disuria, dolor pelviano, prurito, dispareunia.

Las muestras vaginales son óptimos para la detección de *T. vaginalis*. La toma de una muestra del fondo de saco vaginal posterior se llevará a un laboratorio para su análisis.

b) Vaginosis bacteriana (causada por *Gardnerella vaginalis*): Es la causa más frecuente de aumento del flujo vaginal maloliente en las mujeres en edad fecunda. Se ha demostrado que la actividad sexual es un factor de riesgo, ya que su incidencia aumenta al aumentar el número de parejas sexuales recientes a lo largo de la vida y al tener una nueva pareja. La vaginosis bacteriana puede llevar a EPI y subsecuentemente a infertilidad o parto pre termino y además puede aumentar la susceptibilidad a infección por HIV. El diagnóstico se basa en la presencia de por lo menos tres de los cuatro criterios a continuación:

- Flujo homogéneo pegajoso de color blanco a grisáceo;
- pH de la secreción vaginal >4,5;
- desprendimiento a olor a pescado causado por la producción de aminas cuando se mezcla la secreción vaginal con una solución de hidróxido de potasio al 10%;
- observación de células clave de la vaginosis en el examen microscópico.

La muestra de secreciones vaginales, puede hacerse con el fin de detectar un crecimiento excesivo de bacterias anaeróbicas en la flora vaginal. El médico puede examinar las secreciones vaginales con un microscopio en busca de “células clave”, células vaginales cubiertas de bacterias que indican un signo de vaginosis bacteriana

c) Candidiasis vulvovaginal (causada por el hongo *Candida albicans*): El género *Candida* suele ser de origen endógeno y puede aislarse en el aparato genital de

hasta 25% de las mujeres en edad fecunda sanas asintomáticas. Para que la cándida colonice la vagina, primero tiene que adherirse a las células epiteliales vaginales y posteriormente debe crecer, proliferar y germinar, antes de causar una inflamación sintomática.

El diagnóstico de la Candidiasis vulvovaginal suele establecerse basándose en la combinación de las manifestaciones clínicas y los signos observados. Entre los síntomas y signos clásicos de la Candidiasis vulvovaginal se encuentran el prurito vaginal, un flujo vaginal blanquecino, inodoro y grumoso (aspecto de leche cuajada), sensación de escozor en la vulva, disuria y eritema de los labios vulvares y vulva.

En caso de mujeres con flujo vaginal anormal, y si no se dispone de microscopio, la detección de un pH <4,5 es un buen indicador de la candidiasis vulvovaginal y puede ayudar a diferenciar de la vaginosis bacteriana y de la tricomoniasis, que suelen dar lugar a un pH >4,5.

El cultivo es el método más sensible del que actualmente se dispone para detectar *Candida* spp.

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

2.2.4.4. SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (DAB)

La usuaria se queja de dolor abdominal bajo.

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

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

Si la usuaria se queja de dolor de abdomen bajo persistente y se ha descartado cuadros de emergencia como una amenaza de aborto o embarazo ectópico, este

síntoma puede corresponder a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) causada por ITS o bacterias anaeróbicas.

El **diagnóstico** de EPI se hará ante la presencia de dolor abdominal bajo o dolor a la palpación de los anexos o dolor a la movilización del cérvix y al menos uno de los siguientes criterios: secreción endocervical purulenta, flujo vaginal o dolor abdominal de rebote, temperatura corporal mayor o igual a 38° C. En caso de disponer de hemograma se podrá tener como criterio un recuento leucocitario mayor a 10500 o conteo de neutrófilos mayor a 80%(83-86).

2.2.4.5. SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL (BI)

La usuaria se queja de hinchazón dolorosa de la ingle.

Las ITS que producen el síndrome Bubón Inguinal son:

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

Si la usuaria presenta bubón inguinal doloroso y fluctuante, este signo puede corresponder a linfogranuloma venéreo.

Cuando la causa del bubón es linfogranuloma venéreo, casi nunca se presenta úlcera genital. Por otra parte, el conjunto de un bubón y una úlcera indica la presencia de cancroide¹⁹.

2.2.5. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

El manejo efectivo de las ITS es la base para su control, ya que previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones en la comunidad y brinda una oportunidad única para educar a la población sobre la prevención. Por lo tanto el tratamiento apropiado de las ITS en el primer contacto entre los pacientes y los prestadores de salud es una importante medida de salud pública.

Manejo de casos: El manejo de casos de ITS consiste en la atención de una persona que presenta un síndrome asociado a una ITS o una prueba positiva para una o más ITS. El manejo de casos incluye: anamnesis, examen físico, diagnóstico correcto, tratamiento temprano y efectivo, asesoramiento sobre comportamientos sexuales, campaña de promoción y suministro de condones , notificación y tratamiento de la pareja, informe de casos y seguimiento clínico cuando

corresponda. Por lo tanto, el manejo efectivo de casos que comprende el tratamiento antimicrobiano para obtener la curación y reducir la infectividad, así como el cuidado y a la atención integral de la salud reproductiva del paciente.

Para el manejo de casos de ITS se recomienda dos formas de tratamiento:

2.2.5.1. TRATAMIENTO DE LOS SINDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

2.2.5.1.1. SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL (DU EN VARONES)

La descarga uretral es una de las quejas más comunes de ITS en hombres, y representa la infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.

Etiología

La descarga uretral puede deberse a infección por *Neisseria gonorrhoeae* (Uretritis gonocócica (UG)) o a una variedad de agentes etiológicos (Uretritis no gonocócica (UNG)) como la *Chlamydia trachomatis* - el agente más común -, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* y raras veces otros gérmenes como la *Trichomona vaginalis*. Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis.

Tratamiento del Síndrome de Descarga uretral

Dada la frecuencia de las infecciones por gonorrea y clamidia y su asociación en los casos de pacientes con descarga uretral se recomienda dar tratamiento para ambas etiologías. El tratamiento debe incluir dos antibióticos, uno efectivo contra *Neisseria gonorrhoeae*, como la ciprofloxacina y otro efectivo contra *Chlamydia trachomatis*, como la azitromicina. Se recomienda el uso de esquemas de dosis única a fin de mejorar el cumplimiento. Múltiples estudios científicos han demostrado que las dosis únicas para gonorrea y clamidia son muy efectivas y además mejoran el cumplimiento del tratamiento. El paciente debe abstenerse de tener relaciones sexuales o usar condón por 7 días luego de haber recibido el tratamiento.

Como antibióticos alternativos efectivos contra *Neisseria gonorrhoeae* tenemos:

- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.
- Cefixima 400 mg vía oral en dosis única.

- Espectinomomicina 2 g vía intramuscular en dosis única (no es activo contra infección faríngea).

Como antibióticos alternativos efectivos contra *Chlamydia trachomatis* tenemos:

- Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
- Ofloxacino 300 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.
- Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

El problema con estos antibióticos es el cumplimiento del tratamiento completo.

Además, se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

2.2.5.1.2. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL (UG)

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas. Si las lesiones se localizan en la vulva pueden provocar en la mujer ardor o quemazón en contacto con la orina.

Etiología

Las principales causas de úlcera genital en el Perú son:

- Herpes genital (Virus del Herpes simplex)
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Chancroide (*Haemophilus ducreyi*)

Estas tres enfermedades han sido asociadas con un incremento en el riesgo de infección por el VIH.

Otras causas menos frecuentes son:

- Granuloma inguinal o Donovanosis (*Klebsiella granulomatis*)
- Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*)

Muchas veces un paciente con úlcera genital tiene más de una etiología a la vez. Aunque la mayoría de las UG son causadas por una enfermedad de transmisión sexual, existen patologías que no son de transmisión sexual que pueden producir úlcera genital como: el trauma, la dermatitis irritativas de contacto, la infección sub-prepucial por bacterias anaerobias y/o fuso espiroquetas, las tiñas superficiales con lesiones secundarias y diversas enfermedades sistémicas y dermatológicas (por ejemplo: Síndrome de Behcet, eritema multiforme, etc).

Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital (UG): Es importante examinar la lesión y decidir:

a. Si las lesiones son vesiculares agrupadas, esto sugiere el diagnóstico de Herpes genital.

Se debe tomar prueba de RPR y tratar para Sífilis si el resultado es reactivo y no ha recibido tratamiento reciente para sífilis.

b. Si las lesiones no son vesiculares, el tratamiento incluye cobertura para las dos etiologías curables más frecuentes en nuestro medio. Se recomienda dos antibióticos: uno para Sífilis (Penicilina G Benzatínica) y otro para Chancroide (ciprofloxacino).

Para sífilis siempre la mejor opción es el uso de Penicilina. Sin embargo, en individuos alérgicos a Penicilina la alternativa es Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 14 días o Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días, siempre y cuando no se trate de una gestante o un paciente VIH (+).

Como antibióticos alternativos para Chancroide tenemos:

- Azitromicina 1g vía oral en dosis única.
- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.
- Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

2.2.5.1.3. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (FV)

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor (mal olor), y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior. En esta última situación, se deberá enfrentar el problema como un síndrome de dolor abdominal bajo y ser manejado como tal. Este flujo vaginal o “descenso” como comúnmente se conoce, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionada por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido como las infecciones por *Trichomonas vaginalis*.

Si bien es cierto que el flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos de flujo vaginal son ITS.

Etiología

El descenso vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.

Las principales causas de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis, entre ellas:

- Vaginosis bacteriana
- Trichomona vaginalis (que si es sexualmente transmitida)
- Infección por Cándida (especialmente C. Albicans)

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cérvix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales, ulceraciones del cérvix, herpes genital, chancroide, carcinoma) y el útero (Enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis).

Tratamiento del Síndrome de Flujo Vaginal

El tratamiento para flujo o descenso vaginal debe incluir un medicamento activo para vaginosis bacteriana y para tricomoniasis que son las causas más frecuentes de vaginitis. Es por ello que se recomienda el tratamiento con metronidazol 2 g. vía oral en dosis única. Cuando hay picazón es posible que haya Cándida por lo que se sugiere adicionar clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única. El tratamiento debe darse en la primera consulta.

2.2.5.1.4. SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (DAB)

El dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con diferentes entidades, entre ellas: emergencias quirúrgicas como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y absceso pélvico, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) etc.

Cuando se descartan el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor, y este se asocia a flujo vaginal y/o fiebre y/o dolor a la movilización del cérvix se constituye en el síndrome de dolor abdominal bajo y representa la EPI.

La EPI es una infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La EPI es un término usado para describir la infección del tracto reproductivo superior que frecuentemente involucra el endometrio (endometritis), trompas de falopio (salpingitis) y peritoneo pélvico (peritonitis). La clásica visión de la EPI es la de un síndrome agudo con dolor abdominal bajo y anexos dolorosos que puede evolucionar en peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y peritonitis generalizada.

Etiología

Los agentes patógenos que causan la EPI son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, y microorganismos de la flora vaginal (bacterias anaeróbicas, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos gram negativos, y *Streptococcus agalactiae*).

Además *Mycoplasma hominis* y *Ureoplasma urealyticum* probablemente también se asocian a EPI.

Tratamiento del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Toda paciente que acude con DAB requiere tener una buena historia clínica y examen físico que incluye examen bimanual de cérvix.

- Ciprofloxacino 500 mg vía oral en dosis única mas
- Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días mas
- Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días mas

2.2.5.1.5. SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL (BI)

Síndrome de bubón inguinal se define como el crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal acompañado de cambios inflamatorios de la piel suprayacente.

Etiología

El síndrome de bubón inguinal es ocasionado, principalmente, por linfogranuloma venéreo y chancroide. Otras causas de bubón inguinal son tuberculosis y peste. Es importante recordar que el evento de linfadenopatía inguinal (solo crecimiento ganglionar inguinal) es más frecuente que el de bubón inguinal y que su correcta diferenciación es crucial para la adecuada indicación terapéutica, por lo que siempre se debe determinar si el aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos inguinales corresponde realmente a un bubón.

La linfadenopatía inguinal puede ser ocasionada por infecciones localizadas en la región genital y de los miembros inferiores, puede acompañar al síndrome de úlcera genital, o ser manifestación de infección por el VIH.

Tratamiento del Síndrome de Bubón Inguinal

Después de haber determinado que un paciente es portador del síndrome de bubón inguinal, debemos descartar la presencia de úlcera genital. En ausencia de úlcera genital, deberá emplearse el tratamiento de bubón inguinal.

- Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 21 días

Como alternativa a la Doxiciclina se recomienda:

- Eritromicina base 500 mg por vía oral cada 6 horas por 21 días.

Tan importante como tratamiento antibiótico es la aspiración del pus, tantas veces y en la frecuencia como sean necesarias, para prevenir la formación de úlceras que evolucionarán tórpidamente.

2.2.5.2. TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

2.2.5.2.1. INFECCIONES GONOCÓCICAS

INFECCIÓN ANOGENITAL NO COMPLICADA

Tratamiento recomendado

- Ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, como dosis única
- Ceftriaxona, 125 mg por vía intramuscular, como dosis única
- Cefixima, 400 mg por vía oral, como dosis única
- Espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, como dosis única

INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA

Tratamiento recomendado

- Ceftriaxona, 1 g por vía intramuscular o endovenosa, una vez al día durante 7 días (quizás sea necesario administrar cefalosporinas de tercera generación como alternativa terapéutica cuando no se dispone de ceftriaxona, aunque la administración deberá ser más frecuente)
- Espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, dos veces al día durante 7 días.
Los reportes sugieren que un tratamiento de 3 días es adecuado.

2.2.5.2.2. INFECCIONES POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS (A EXCEPCIÓN DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO)

INFECCIÓN ANOGENITAL NO COMPLICADA

Tratamiento recomendado

- Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días o
- Azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única

Tratamiento alternativo

- Amoxicilina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días
- Ofloxacina, 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
- Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

2.2.5.2.3. LINFOGRANULOMA VENÉREO

Tratamiento recomendado

- Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días o
- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

Tratamiento alternativo

- Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

2.2.5.2.4. SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio, y su agente etiológico es la espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*). La infección puede clasificarse como congénita (transmitida de madre a hijo en útero) o adquirida (transmitida por vía sexual o transfusional).

La sífilis adquirida se divide en sífilis temprana y tardía. La sífilis temprana comprende el estadio primario, secundario y latente precoz. La sífilis tardía se refiere a la sífilis latente tardía, gomatosa, neurológica y cardiovascular.

La sífilis primaria se caracteriza por el desarrollo de una úlcera o chancro en el sitio de la infección o inoculación. Las manifestaciones de la sífilis secundaria incluyen erupción cutánea, condilomas planos, lesiones mucocutáneas y linfadenopatía generalizada. Como su nombre lo indica, la sífilis latente no presenta manifestaciones clínicas. La sífilis latente precoz es la infección de menos de dos años de duración. La infección de más de dos años de duración sin signos clínicos de infección treponémica se conoce como sífilis latente tardía.

Tratamiento para sífilis

Sífilis temprana

(Sífilis primaria, secundaria, o latente menor de dos años de duración)

Tratamiento recomendado

- Bencilpenicilina benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una dosis única. Debido al volumen, habitualmente esta dosis se administra en dos inyecciones en sitios diferentes.

Tratamiento alternativo

- Bencilpenicilina procaína 1,2 millones UI por vía intramuscular, diariamente durante 10 días consecutivos.

Sífilis tardía latente

(Infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica)

Tratamiento recomendado

- Bencilpenicilina benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas consecutivas.

Tratamiento alternativo

- Bencilpenicilina procaína, 1,2 millones UI por vía intramuscular, una vez por día por 20 días consecutivos.

2.2.5.2.5. CHANCROIDE

El microorganismo causal es el *H. ducreyi*, un bacilo anaerobio facultativo gram negativo. No se recomienda el uso de tetraciclinas o penicilinas para el tratamiento del chancroide debido a la resistencia antimicrobiana generalizada en todas las regiones geográficas. Se prefieren tratamientos con dosis única de antibióticos eficaces para mejorar el cumplimiento.

Tratamiento de las lesiones

No requieren tratamiento especial. Las lesiones ulcerosas deben mantenerse limpias.

Debe realizarse una punción por aspiración de los ganglios linfáticos fluctuantes a través de la piel sana circundante. La incisión y drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos puede retardar la cicatrización por lo que dichos procedimientos no se recomiendan.

Tratamiento recomendado

- Ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 3 días o
- Critromicina base, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o
- Azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única

Tratamiento alternativo

- Ceftriaxona, 250 mg por vía intramuscular, como dosis única

2.2.5.2.6. GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)

La donovanosis está causada por una bacteria gram negativa intracelular, la *Klebsiella Granulomatis* (previamente conocida como *Calymmato bacterium*

granulomatis). La enfermedad se manifiesta clínicamente en forma de lesiones ulcerosas, progresivas e indoloras sin linfadenopatía regional.

Las lesiones tienen una alta vascularización y pueden sangrar fácilmente al tacto. El tratamiento debe continuar hasta lograr la epitelialización completa de todas las lesiones.

Tratamiento recomendado

- Azitromicina, 1 g por vía oral el primer día, luego 500 mg por vía oral, una vez al día o
- Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día

Tratamiento alternativo

- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día o
- Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día
- Trimetoprima 80 mg / sulfametoxazol 400 mg, 2 comprimidos por vía oral, dos veces al día por un mínimo de 14 días.

2.2.5.2.7. INFECCIONES POR HERPES GENITAL

La infección por el virus del herpes simplex tipo 2 (VHS2) es la principal causa de herpes genital. Se desconoce la cura del herpes genital pero la evolución de los síntomas se puede modificar si se inicia el tratamiento sistémico con aciclovir o sus análogos tan pronto comienzan los síntomas. El tratamiento puede reducir la formación de nuevas lesiones, la duración del dolor, el tiempo necesario hasta la resolución de las lesiones y la eliminación viral. Sin embargo, no parece modificar la historia natural de la enfermedad recurrente. No se recomienda el tratamiento tópico con aciclovir ya que sólo produce un acortamiento mínimo de la duración de los episodios sintomáticos.

TRATAMIENTO SUPRESIVO

El tratamiento supresivo diario reduce la frecuencia de las recurrencias de herpes genital en más del 75% de los pacientes con recurrencias frecuentes (seis o más por año). Se ha documentado la seguridad y eficacia en pacientes que reciben tratamiento diario con aciclovir por períodos de hasta seis años, y con valaciclovir y famciclovir de hasta un año. El tratamiento supresivo no está asociado con la aparición de resistencia clínicamente significativa al aciclovir en pacientes inmunocompetentes.

El tratamiento supresivo con aciclovir reduce, aunque no totalmente, la eliminación viral asintomática. Por lo tanto, se desconoce el grado de prevención de la transmisión del VHS que ofrece el tratamiento supresivo.

OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA HERPES GENITAL

Tratamiento recomendado para el primer episodio clínico

- Aciclovir, 200 mg por vía oral, 5 veces al día durante 7 días.
- Aciclovir, 400 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días.
- Valaciclovir, 1000 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días.
- Famciclovir, 250 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días.

Tratamiento supresivo

- Aciclovir, 400 mg por vía oral, dos veces al día, como tratamiento permanente o
- Valaciclovir, 500 mg por vía oral, una vez al día o
- Valaciclovir, 1000 mg por vía oral, una vez al día o
- Famciclovir, 250 mg por vía oral, dos veces al día

2.2.5.2.8. VERRUGAS GENITALES (CONDILOMAS)

El agente causal de esta frecuente ITS es el virus del papiloma humano (VPH). Las verrugas genitales son indoloras y no derivan en complicaciones serias, excepto cuando causan obstrucción especialmente en las gestantes. La extirpación de la lesión no significa que la infección esté resuelta. Ningún tratamiento es completamente satisfactorio.

Se debe examinar a la o las parejas sexuales para detectar la presencia de verrugas. Además, se debe informar a los pacientes con verrugas anogenitales que dichas lesiones son contagiosas para sus parejas sexuales. Se recomienda el uso de condones para reducir la transmisión.

Los tipos específicos de VPH pueden originar un carcinoma invasivo del cuello uterino. Se recomienda examinar el cuello uterino de todas las pacientes con una ITS y obtener muestras por frotis cervical en forma periódica para una prueba de Papanicolau.

Tratamiento recomendado para verrugas genitales

A. Químico

Auto aplicado por el paciente

- Solución o gel de podofilotoxina al 0,5%, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces (el volumen total de podofilotoxina no debe exceder los 0,5 ml diarios) o
- Imiquimod al 5% en crema aplicada con el dedo antes de acostarse, hasta el día siguiente, 3 veces por semana hasta 16 semanas. La superficie tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas después de la aplicación. Las manos se deben lavar con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación.

Aplicado por el prestador

- Podofilina entre el 10 y el 25% en tintura de benjuí compuesta, aplicada cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal. Las verrugas genitales externas y perianales deben lavarse profusamente de 1 a 4 horas después de la aplicación de la podofilina. Cuando este medicamento se aplica a las verrugas que se encuentran sobre las superficies epiteliales de la vagina o el ano se deben dejar secar antes de retirar el espéculo o el anoscopio. El tratamiento debe repetirse semanalmente.
- Se recomienda el uso de podofilotoxina al 0,5%, uno de los componentes activos de la resina de podofilina, en los casos en que esté disponible. Su eficacia es igual a la de la podofilina, pero es menos tóxica y causa menos erosión.
- Algunos especialistas recomiendan no usar la podofilina para el tratamiento de las verrugas genitales. No se debe usar podofilina en grandes cantidades, ya que es tóxica y de fácil absorción. Su uso en el embarazo y la lactancia está contraindicado o
- ATC al 80 a 90%, aplicado cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal, seguido de la aplicación de talco o bicarbonato de sodio sobre la superficie tratada para eliminar el ácido no reactivo. La aplicación debe repetirse semanalmente.

B. Físico

- Crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono sólido o criosonda. Las aplicaciones se deben repetir semanal o quincenalmente:

- Electrocirugía.
- escisión quirúrgica.

1. Verrugas vaginales

Tratamiento recomendado

- Crioterapia con nitrógeno líquido o
- Podofilina entre el 10 y el 25% Se debe dejar secar antes de retirar el espéculo o
- ATC entre el 80 al 90%.

2. Verrugas cervicales

El tratamiento de las verrugas cervicales no debe iniciarse hasta conocer los resultados del frotis cervical.

La mayoría de los especialistas recomienda no usar podofilina o ATC para el tratamiento de las verrugas cervicales.

Recomendaciones para el tratamiento de verrugas cervicales

- El manejo debe incluir la consulta con un especialista
- Frotis de PAP
- No usar ATC o podofilina.

3. Verrugas uretrales y en el meato uretral

Las verrugas en el meato uretral que son accesibles se pueden tratar con podofilina entre el 10 y el 25% en tintura compuesta de benjuí, o podofilotoxina al 0,5%, si está disponible. Se debe tener sumo cuidado y garantizar que la superficie tratada esté seca antes de que entre en contacto con las superficies epiteliales normales contrarias.

Tratamientos recomendados

- Crioterapia o
- Podofilina entre el 10 y el 25%.

2.2.5.2.9. INFECCIONES POR TRICHOMONAS VAGINALIS

El protozoo flagelado *T. vaginalis* se transmite casi exclusivamente por vía sexual en adultos. La infección puede ser asintomática. La trichomoniasis sintomática se manifiesta por secreción vaginal fétida y prurito vulvar en mujeres, y por uretritis en hombres.

Seguimiento

Se debe solicitar a los pacientes que realicen una nueva consulta a los siete días si los síntomas persisten. Además, se debe garantizar que no exista una reinfección. Los pacientes que no logran la cura después del tratamiento inicial suelen responder favorablemente a la repetición del tratamiento con el régimen de siete días. Se ha informado que puede haber resistencia a los 5-nitroimidazoles, la cual puede ser la causa del fracaso del tratamiento.

Los pacientes que no logran la cura con la repetición del ciclo de metronidazol pueden recibir un tratamiento que consiste en la administración de 2 g de metronidazol diarios por vía oral, más 500 mg aplicados por vía intravaginal todas las noches durante 3 a 7 días.

Tratamiento recomendado para las infecciones vaginales

- Metronidazol, 2 g por vía oral, en dosis única o
- Tinidazol, 2 g por vía oral, en dosis única

Tratamiento alternativo

- Metronidazol, 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días o
- tinidazol, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días.
- Se debe advertir a los pacientes que reciben metronidazol u otros imidazoles que eviten el consumo de alcohol mientras dure el tratamiento y hasta 24 horas después de la última dosis.
- El metronidazol se puede obtener en cápsulas de 200 mg o 250 mg.
- Las mujeres con trichomoniasis asintomáticas deben recibir tratamiento con el mismo régimen que las mujeres sintomáticas.

Tratamiento recomendado para las infecciones uretrales

- Metronidazol, 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días.
- Tinidazol, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días.

2.2.5.2.10. VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome clínico que se origina por el reemplazo del *Lactobacillus* sp. Productor del peróxido de hidrógeno normal, por altas concentraciones de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*.

Mientras que la trichomoniasis es una ITS, la vaginosis bacteriana es una infección endógena del tracto reproductivo.

Se debe advertir a los pacientes que reciben metronidazol que eviten el consumo de alcohol mientras dure el tratamiento y hasta 24 horas después de la última dosis.

Tratamiento recomendado para la vaginosis bacteriana

- metronidazol, 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días.

Tratamiento alternativo

- Metronidazol, 2 g por vía oral, como dosis única o
- Clindamicina vaginal al 2% en crema, 5 g por vía intravaginal, antes de acostarse, durante 7 días o
- Metronidazol al 0,75% en gel, 5 g por vía intravaginal, dos veces al día durante 5 días o
- Clindamicina, 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días.

Seguimiento

Se debe aconsejar a los pacientes que realicen una nueva visita si los síntomas persisten, ya que es probable que se deba repetir el tratamiento.

2.2.5.2.11. CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

La *Candida albicans* (*C. albicans*) es la causa de la candidiasis vulvovaginal. Cuando los síntomas se manifiestan, pueden presentarse como prurito vulvar, dolor y flujo vaginal no fétido, que puede tener aspecto de leche cuajada. El examen clínico puede revelar la presencia de eritema vulvar (enrojecimiento) o excoriaciones relacionadas con el rascado y el edema vulvar.

Por lo general, la candidiasis vulvo vaginal no se transmite a través de las relaciones sexuales. Aunque no se recomienda el tratamiento de las parejas sexuales.

Tratamiento recomendado para la candidiasis vulvovaginal

- Miconazol o clotrimazol, 200 mg por vía intravaginal, una vez al día durante 3 días.
- Clotrimazol, 500 mg por vía intravaginal, como dosis única
- Fluconazol, 150 mg por vía oral, como dosis única.

Tratamiento alternativo

- Nistatina, 100.000 UI por vía intravaginal, una vez al día durante 14 días

2.2.5.2.12. PEDICULOSIS PÚBLICA

El piojo, *Phthirus pubis*, es la causa de la pediculosis púbica. Generalmente, se transmite por contacto sexual. Los pacientes suelen realizar una consulta médica a causa del prurito.

Tratamiento recomendado

- Lindano al 1% en loción o crema, que se debe masajear suave pero minuciosamente sobre la superficie afectada y las superficies pilosas adyacentes, y enjuagar a las 8 horas. Como alternativa, se puede utilizar lindano al 1% en champú, que se aplicará durante 4 minutos y luego se enjuagará minuciosamente
- Piretrinas más butóxido de piperonilo, que se debe aplicar en las superficies afectadas y pilosas adyacentes, y enjuagar luego de 10 minutos. Se indica un segundo tratamiento si después de 7 días se descubren piojos o se observan liendres en la unión entre la piel y el cabello. Las prendas de vestir o la ropa de cama que el paciente pudo haber contaminado los dos días previos al comienzo del tratamiento deben lavarse y secarse bien, o limpiarse en seco.
- Permetrina al 1%, conforme a lo indicado anteriormente²⁰.

2.2.6. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

La evolución clínica de una enfermedad se refiere a la forma en que esta enfermedad se va a curar, estabilizar o empeorar, en sus distintas fases puede terminar o transformarse en crónicos. La evolución de una enfermedad depende de su origen, del diagnóstico y del tratamiento existente. Esta evolución puede ser:

- **Favorable:** La enfermedad se resuelve espontáneamente de acuerdo al diagnóstico oportuno y del tratamiento adecuado. A veces puede dejar secuelas mínimas o complicaciones duraderas de la enfermedad curada.
- **Desfavorable:** Puede causar repercusiones significativas en la vida de la paciente; debido a un diagnóstico tardío y tratamiento no adecuado. La curación a veces se puede obtener pero con graves secuelas.

2.2.6.1. FACTORES QUE DETERMINAN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Entre los factores que influyen en la evolución clínica tenemos:

- **Cumplimiento del tratamiento**

Para que el tratamiento de las ITS sea efectivo, se debe tomar una dosis curativa completa. En consecuencia, los tratamientos en dosis única tienen una ventaja importante sobre los tratamientos multidosis que deben administrarse durante varios días. Si no se dispone de un tratamiento de dosis única, los prestadores de servicios de salud deberán convencer a las pacientes de la importancia de tomar todos los medicamentos prescritos. Se les deberá indicar que terminen de tomar todos los medicamentos incluso si experimentan mejoría luego de unos días. Se les deberá advertir que no compartan medicamentos con otras personas o que guarden los comprimidos para otro momento.

Se deberá aconsejar a los pacientes que eviten mantener relaciones sexuales no protegidas hasta que tanto ellos como sus parejas hayan completado el tratamiento y no presenten síntomas. En el caso de tratamientos de dosis única, deberán esperar una semana.

- Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS.

Tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única existente.

Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.

Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento. El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas orales e inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos convierten a la gonorrea en un organismo

polifármaco resistente. En cuanto a otras ITS, la resistencia a los antimicrobianos es menos común pero también existe, y por lo tanto la prevención y el tratamiento tempranos son cruciales.

- **Manejo de la pareja (Notificación, referencia y tratamiento)**

Una persona que cumplió satisfactoriamente el tratamiento contra una ITS experimentara la desaparición de los síntomas, pero es posible que si su pareja no recibe tratamiento la infección recurra. Las parejas pueden o no presentar síntomas y, sino se las trata, es posible que sigúan propagando la infección a otras personas de la comunidad. Por eso es extremadamente importante buscar modos de ayudar a los pacientes a que notifiquen a sus parejas y las incluyan en el tratamiento (como parejas se puede incluir no solo a las parejas o a las parejas actuales, sino a todas las parejas de los últimos tres meses).

- **Visitas de seguimiento, Fracaso terapéutico y reinfección**

Quizás es útil para los médicos volver a evaluar a los pacientes para determinar si el tratamiento alivio los síntomas y logro la cura clínica. Sin embargo las visitas de seguimiento de rutina pueden resultar un inconveniente para las pacientes, el manejo sintomático proporcionara un tratamiento efectivo para las ITS más habituales y la mayoría de las pacientes mejoran rápidamente. Generalmente no será necesario que regresen para un chequeo si ya han tomado los medicamentos y se sienten mejor. Sin embargo, es una buena idea aconsejarles que regresen sino observan mejoría luego de una semana de tratamiento. Se alentara a los pacientes con úlceras genitales que regresen luego de 7 días debido a que las úlceras tardan más tiempo para cicatrizar.

Si los pacientes afectados por una ITS no mejoran suele deberse al fracaso terapéutico o a la reinfección. También considerar la posibilidad de resistencia del fármaco²¹.

2.3. HIPÓTESIS.

La evolución clínica de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante el periodo de Mayo a Julio del 2019, es desfavorable debido al medio diagnóstico e incumplimiento del tratamiento.

2.4. VARIABLES.

Variable independiente

- Diagnóstico y tratamiento de ITS en mujeres en edad reproductiva.

Variables dependientes

- Evolución clínica de las ITS.

Variables intervinientes

- **Características sociodemográficas:**
 - ✓ Edad
 - ✓ Estado civil
 - ✓ Procedencia
 - ✓ Grado de instrucción
 - ✓ Ocupación
- **Antecedentes Gineco - Obstétricos**
 - ✓ Número de parejas sexuales
 - ✓ Inicio de relaciones sexuales
 - ✓ Número de hijos
 - ✓ Uso de métodos anticonceptivos.

2.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS.

- **Evolución clínica:** La evolución clínica de una enfermedad se refiere a la forma en que esta enfermedad se va a curar, estabilizar o empeorar en sus distintas fases puede terminar o transformarse en crónicas. La evolución de una enfermedad depende de su origen, del diagnóstico y del tratamiento existente.
- **Diagnóstico:** Procedimiento por el cual se determina una enfermedad o proceso patológico mediante la observación de signos y síntoma o mediante el uso de pruebas complementarias.
- **Tratamiento:** Conjunto de los medios terapéuticos y de las prescripciones higiénicas empleados con objeto de curar una enfermedad.
- **ITS:** Conjunto de enfermedades infecciosas causadas por diferentes microorganismos, que tienen en común que se contagian, preferentemente, durante las relaciones sexuales.

- **Mujeres en edad reproductiva:** Mujeres cuyas edades fluctúan entre 12 y 49 años de edad.
- **Pareja de la mujer:** Persona que mantienen entre sí algún tipo de relación o semejanza con la mujer.
- **Característica:** Es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico.
- **Edad:** Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo.
- **Estado civil:** Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiene con otro de diferente sexo con quien creara lazos que son reconocidos jurídicamente.
- **Número de parejas sexuales:** Número total de parejas con la que la mujer ha tenido contacto sexual hasta el momento.
- **Número de hijos:** Número total de hijos nacidos vivos que tiene la mujer hasta el momento en que registra su último hijo.
- **Procedencia:** Lugar de donde procede la persona.
- **Grado de instrucción:** Nivel de conocimientos adquiridos por una persona.
- **Ocupación:** Tipo de trabajo, labor o quehacer que desempeña la persona, y que le genera recursos económicos.
- **Métodos anticonceptivos:** Métodos utilizados para prevenir el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual, al momento de tener relaciones coitales.
- **Factores de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **Complicación:** Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.
- **Síndrome:** Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Investigación cuantitativa.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional.

3.4. DISEÑO O MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Observacional, Prospectivo, Longitudinal, Analítico.

3.5. UNIVERSO O POBLACIÓN

420 mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad, atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante el periodo de Mayo a Julio del 2019.

3.6. MUESTRA

Mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad con diagnóstico y tratamiento de ITS, atendidas entre el primero de Mayo al 31 de Julio del 2019.

3.7. TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{420 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (420 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 62$$

62, obtenido mediante la aplicación de la fórmula cálculo de la muestra para población finita.

3.8. TIPO DE MUESTREO

Probabilístico: Aleatorio simple.

3.9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.9.1. Criterios de inclusión

- Mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad con diagnósticos de ITS que reciben tratamiento.
- Mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad con diagnósticos de ITS que no cumplen con el tratamiento.

3.9.2. Criterios de exclusión

- Mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad no diagnosticadas con ITS.
- Mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad con diagnósticos de ITS que no aceptan participar en el estudio.

3.10. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Revisión documental.	<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario de entrevista.• Historia clínica y exámenes de laboratorio.

3.11. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

- Mediante la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, se solicitó autorización al “Centro de Salud San Juan Bautista, para la ejecución de la tesis.
- Se presentó una carta de presentación asimismo el proyecto de investigación al Centro de Salud San Juan Bautista.
- Se identificó a las mujeres en edad reproductiva (MER) en el servicio de preventivo de cáncer (PROCETS) del Centro de Salud San Juan Bautista.

- Se captó en forma aleatoria a 62 mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad con diagnóstico y tratamiento de ITS, corroborado en su historia clínica, exámenes auxiliares y tratamiento.
- Se hizo seguimiento a las pacientes a la culminación del tratamiento para determinar la evolución clínica.
- Se aplicó el cuestionario de entrevista para obtener datos generales previo consentimiento informado.
- Se revisó las historias clínicas de las pacientes a quienes se realizó el cuestionario.

3.12. PROCESAMIENTO DE DATOS

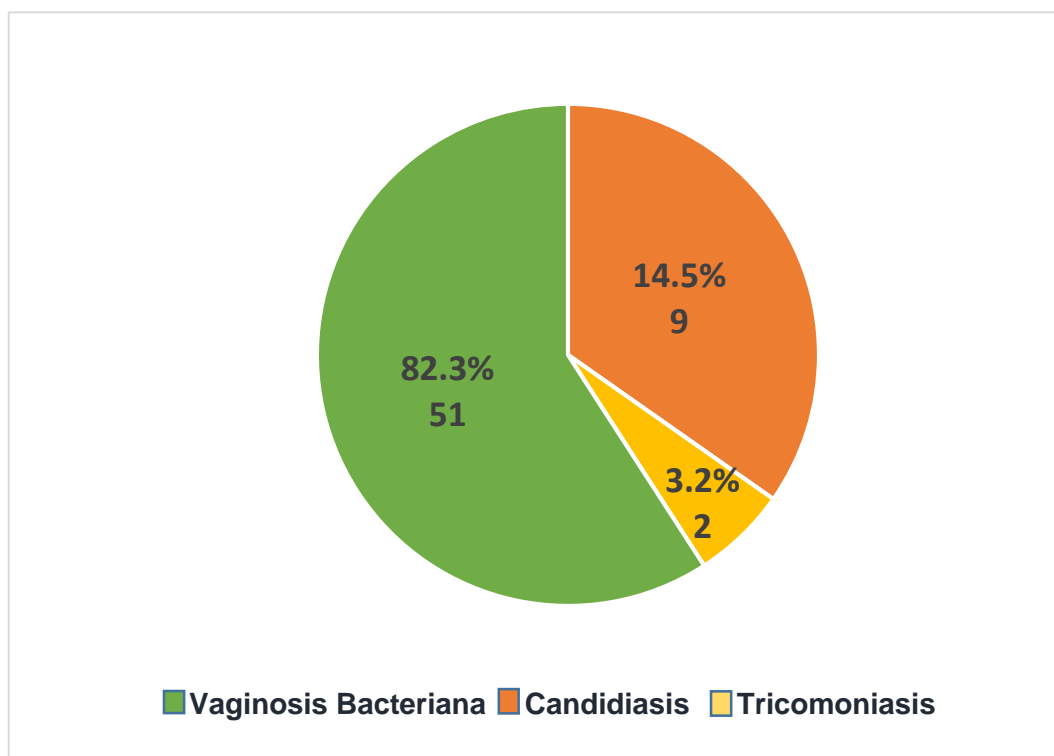
- Se procedió a la codificación de los datos e información recolectada y reajustada de cada instrumento.
- Se creó una base de datos en la hoja de cálculos Excel.
- Los datos fueron procesados y tabulados en el paquete estadístico SPSS versión 22 (statistical package for social science), con los cuales se elaboraron los gráficos y tablas de contingencia de doble entrada a los cuales se aplicó la prueba de independencia de chi cuadrado para determinar la dependencia de variable,

3.13. ASPECTOS ÉTICOS

Durante la investigación se contó con el consentimiento informado por escrito y el respeto a la privacidad; los resultados obtenidos no son divulgados a personas ajenas.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Fuente: Historia clínica

GRÁFICA N° 01.

FRECUENCIA DE ITS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. MAYO-JULIO 2019.

En la gráfica N° 01, se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio, el 82.3% (51) presentaron vaginosis bacteriana; seguida de 14.5% (9) que presentaron candidiasis y el 3,2% (2) tricomoniasis.

De los resultados obtenidos se concluye que el mayor porcentaje de mujeres padecieron vaginosis bacteriana 82.3% y 14.5% de candidiasis.

Contrastando nuestros resultados no es similar a los trabajos reportados por Junieth I. Cruz Rojas (Nicaragua, 2007), en el trabajo realizado sobre infecciones de transmisión sexual detectadas en mujeres que asisten al Centro de Salud Rigoberto López Pérez. Encontró que los agentes etiológicos más frecuentes que se identificaron en la zona de estudio son: *Candida albicans* (46%), *Trichomonas vaginalis* (16%) y *Gardnerella vaginalis* (8%).

María E. Santillán Quijije, Jeniffer V. Vínces Del Valle (Ecuador, Septiembre 2012 a Febrero del 2013), en el trabajo realizado sobre Patologías ginecológicas recurrentes relacionadas con el trabajo sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo. Ellas encontraron que las enfermedades ginecológicas presentadas por las trabajadoras sexuales, dentro de las más frecuentes es la candidiasis 14%, seguida de vaginosis bacteriana 10%, EPI 9% y tricomoniasis 7%.

La vaginosis bacteriana es causada por la bacteria *Gardnerella vaginalis* y es la causa más frecuente de aumento del flujo vaginal maloliente en las mujeres en edad fecunda. Se ha demostrado que la actividad sexual es un factor de riesgo, ya que su incidencia aumenta al aumentar el número de parejas sexuales recientes a lo largo de la vida y al tener una nueva pareja. La vaginosis bacteriana puede llevar a EPI y subsecuentemente a infertilidad o parto pre termino y además puede aumentar la susceptibilidad a infección por HIV. Mientras que la candidiasis es causada por el hongo *Candida Albicans*, suele ser de origen endógeno y puede aislarse en el aparato genital de hasta 25% de las mujeres en edad fecunda sanas asintomáticas. Para que la cándida colonice la vagina, primero tiene que adherirse a las células epiteliales vaginales y posteriormente debe crecer, proliferar y germinar, antes de causar una inflamación sintomática. En la guía de la OMS sobre diagnóstico de laboratorio de las ITS (Ginebra, 2014).

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA MAYO – JULIO 2019.

CARACTERÍSTICAS	N°	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
EDAD		
12-19	5	8.1
20- 35	41	66.1
36-49	16	25.8
TOTAL	62	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	12	19.4
SECUNDARIA	38	61.3
SUPERIOR	4	6.5
TECNICA	8	12.9
TOTAL	62	100
ESTADO CIVIL		
CASADA	13	21.0
CONVIVIENTE	33	53.2
SOLTERA	16	25.8
TOTAL	62	100
PROCEDENCIA		
URBANO	4	6.5
URB. MARGINAL	48	77.4
RURAL	10	16.1
TOTAL	62	100
OCUPACION		
AMA DE CASA	45	72.6
ESTUDIANTE	9	14.5
PROFESIONAL	4	6.5
COMERCIANTE	4	6.5
TOTAL	62	100

Fuente: cuestionario

En la tabla N°1. Se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio; el 66.1 % (41) tienen edades entre 20-35 años de edad, con grado de instrucción secundaria 61.3% (38), estado civil convivientes 53.2 % (33), proceden de zona urbano marginal 77.4% (48) y de ocupación ama de casa 72.6 % (45).

Contrastando nuestros resultados es similar a los trabajos reportados por Rudit P. Ramirez Olortegui, Tania E. Ramirez Rivera (Perú, 2014), en el trabajo realizado sobre Factores asociados a vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil. Hospital Víctor Ramos Guardia. Señalan en cuanto a los factores demográficos se encuentra que el grupo etario más frecuente es entre 25 a 34 años con el 60,5%, seguido del grupo etario de 35 a 44 años con un 27,5%; con estado civil convivientes 50,3%, seguido de las solteras con un 33,5%; con grado de instrucción nivel secundario con el 63,5%, seguido de las que tienen nivel primario con el 19,2%.

Sonia S. Saa Villacreses (Ecuador, Septiembre 2012 a Febrero del 2013), en el trabajo realizado sobre prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil diagnosticadas por medio de estudios citológicos. Hospital Enrique C. Sotomayor. Señala en cuanto a características sociodemográficas encontró que el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con ITS oscilan de 16-20 años de edad (28%), seguida de 21-24 años de edad (27%); proceden del área urbano marginal 58%, seguida de área rural 26%; con nivel de instrucción secundaria 70%, seguido de un 15% de instrucción superior; con ocupación amas de casa 51%, seguida de estudiantes en un 18 %.

Las características sociodemográficas comprenden muchos factores de riesgo en las mujeres en edad reproductiva siendo así, las mujeres jóvenes son especialmente más susceptibles de adquirir ITS por las características de la vagina y cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio; el nivel de instrucción bajo que estaría relacionado con no tener la información o el conocimiento adecuado y dificultad de comprensión, sumándose a ello la procedencia, ocupación, asociado a condiciones económicas y servicios básicos deficientes, asimismo la edad de las mujeres en edad reproductiva es un factor predisponente en la diseminación de las ITS, donde las

mujeres consideradas como jóvenes tienen mayor actividad sexual, favoreciendo la transmisión de ITS, ya que las características físicas son distintas a las de una adulta.

En la guía nacional de manejo de ITS (Perú, 2006) señala que la transmisión de ITS depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno, asimismo una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

TABLA N° 2

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA MAYO – JULIO 2019.

ANTECEDENTES		
GINECO-OBSTÉTRICOS	N°	%
IRS		
12-15	7	11.3
16- 19	41	66.1
20 A MÁS	14	22.6
TOTAL	62	100
N° DE PAREJAS S.		
UNO	13	21
DOS	30	48.4
TRES A MAS	19	30.7
TOTAL	62	100
N° DE HIJOS		
UNO	24	38.7
DOS A MAS	33	52.5
NO TIENE HIJOS	5	8.1
TOTAL	62	100
MÉTODOS A.		
BARRERA	13	21
DIU	1	1.6
RITMO	25	40.3
HORMONALES	23	37.1
TOTAL	62	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla N° 02. Se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio; el inicio de relaciones sexuales se presenta entre 16 a 19 años de edad en un 66.1%(41), el número de parejas sexuales que tuvieron son dos en un 48.4 % (30), el número de hijos que tienen son dos a más en un 52.5%(33), el método anticonceptivo que utilizan es el método del ritmo en un 40.3% (25).

Contrastando nuestros resultados es similar a los trabajos reportados por Fernanda E. Toapanta Guatemal (Ecuador, 2013) en el trabajo realizado sobre prevalencia de vaginosis Bacteriana y su relación con los factores de riesgos asociados: El inicio temprano de relaciones sexuales y número de parejas sexuales, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en el Subcentro de salud San Pablo del Lago, encontró que las mujeres con vaginosis Bacteriana, el 66% iniciaron tempranamente relaciones sexuales, mientras que el 34% lo hicieron de manera tardía; el 60% de ellas tuvieron más de una pareja sexual, mientras que el 40% solo tuvieron una pareja sexual.

Sonia S. Saa Villacreses, encontró que el mayor porcentaje 19 % de las pacientes planificaron con método de barrera, seguido de un 17% planificaron con método inyectable y un 37% de pacientes no utilizaron ningún método de anticoncepción lo que conlleva a una mayor incidencia de ITS, adicionalmente a la propagación de embarazos no deseados y abortos.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos se puede observar múltiples factores de riesgo que están relacionados directamente con la salud de las mujeres en edad reproductiva al contraer ITS. Tener más de una pareja sexual y el IRS hace que la mujer esté más propensa a contagiarse con mayor facilidad. Las mujeres que han tenido un antecedente desfavorable previamente, según las características del mismo, ya sea múltiples parejas sexuales o varios hijos éste implica un mayor riesgo de recidiva del problema en su vida sexual asimismo puede tener complicaciones del embarazo o gestaciones no exitosas de la misma forma tener infecciones vaginales consecutivas asimismo complicarse y llegar a un cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 03

MEDIO DIAGNÓSTICO DE ITS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DURANTE. MAYO-JULIO 2019.

Medio diagnóstico	ITS							
	Candidiasis		Vaginosis Bacteriana		Tricomoniasis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sindrómico	4	6.5	35	56.5	0	0.0	39	62.9
Examen de secreción vaginal	5	8.1	16	25.8	2	3.2	23	37.1
Total	9	14.5	51	82.3	2	3.2	62	100.0

Fuente: Historia clínica.

X²c= 5.422

X²t= 5.991

P>0.05

g.l.=2

En la tabla N° 03. Se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio, en 56,5% (35) el diagnóstico de vaginosis bacteriana fue sintomático, y en 25.8% (16) fue mediante examen de secreción vaginal; en 8,1% (5) el diagnóstico de candidiasis fue mediante examen de secreción vaginal y en 6.5% (4) el diagnóstico fue sintomático; en 3,2% (2) el diagnóstico de tricomoniasis fue mediante examen de secreción vaginal.

De los resultados obtenidos se concluye que en 56.5% (35) mujeres el diagnóstico de vaginosis bacteriana fue sintomático y en 25.8% (16) fue mediante examen de secreción vaginal.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, muestra que no existe relación entre infecciones de transmisión sexual y medio de diagnóstico. (p>0.05) que indica que la infección de transmisión sexual es independiente del medio de diagnóstico.

Contrastando nuestros resultados no es similar con el trabajo de Sonia S. Saa Villacreses. Señala que en cuanto al medio de diagnóstico de Infección de Transmisión Sexual encontró que el mayor porcentaje (77%) de pacientes se

realizaron cultivo de secreción + Papanicolaou, seguida de un (23%) que solo se realizaron cultivo de secreción vaginal. Ella, mediante el examen de cultivo de secreción vaginal encontró que un 30% de pacientes presentaban tricomoniasis y el 12% coilocitos al igual que monilias.

El diagnóstico sindrómico es un elemento valioso en las iniciativas de control de las ITS, puesto que proporciona una evaluación diagnóstica rápida para la elección del tratamiento oportuno de las personas con signos y síntomas de infección. Sin embargo puede existir más de un patógeno ocasionando un mismo cuadro clínico, de tal manera que los tratamientos oportunos pueden ser inadecuados y las personas infectadas pueden transmitir la infección y sufrir complicaciones debidas a la propia infección.

Los diagnósticos de las ITS se basa en el hallazgo del agente causal o confirmación de su presencia a través de serología o pruebas de laboratorio específicas para cada infección. Los síntomas de las ITS más frecuentes no suelen ser específicos y generalmente la variedad de posibles agentes causales exige tratamientos diferentes. Por lo tanto, las pruebas diagnósticas son útiles para obtener un diagnóstico certero y para orientar el abordaje de la pareja sexual. La elección de las pruebas, cuando se usan para el diagnóstico, debe tener en cuenta el tiempo necesario para obtener los resultados que orientarán el tratamiento. En la guía de la OMS sobre diagnóstico de laboratorio de las ITS (Ginebra- 2014)

TABLA N° 04

TRATAMIENTO DE ITS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DURANTE. MAYO-JULIO 2019.

Tratamiento	ITS							
	Candidiasis		Vaginosis Bacteriana		Tricomoniasis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Clotrimazol (v.local)	5	8.1	0	0.0	0	0.0	5	8.1
Fluconazol (v.oral)	4	6.5	0	0.0	0	0.0	4	6.5
Metronidazol (v.oral-v.local)	0	0.0	32	51.6	2	3.2	34	54.8
Clindamicina (v.oral-v.local)	0	0.0	19	30.6	0	0.0	19	30.6
Total	9	14.5	51	82.3	2	3.2	62	100.0

Fuente: Historia clínica.

X²c= 63.359

X²t=12.592

p<0.05

g.l.=6

En la tabla N° 04. Se observa que del 100% (62) mujeres en edad reproductiva en estudio, en 51.6% (32) mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana el tratamiento prescrito fue metronidazol (vía oral y vaginal), en 30.6% (19) se prescribió clindamicina (vía oral y vaginal); en 8.1% (5) mujeres con diagnóstico de candidiasis el tratamiento prescrito fue clotrimazol (vía vaginal); en 3.2% (2) mujeres con diagnóstico de tricomoniasis se prescribió metronidazol (vía oral y vaginal).

De los resultados obtenidos se concluye que el 51.6% (32) mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana fueron tratadas con de metronidazol (vía oral y vaginal) y el 30.6% (19) fueron tratadas con clindamicina (vía oral y vaginal).

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, muestra que existe relación entre infecciones de transmisión sexual y tratamiento. ($p < 0.05$), que indica que la infección de transmisión sexual es dependiente del tratamiento.

El tratamiento recomendado para la vaginosis bacteriana debe ser el metronidazol por vía oral, dos veces al día durante 7 días. El metronidazol es un agente antimicrobiano utilizado para el manejo de infecciones por protozoarios como la tricomoniasis e infecciones anaeróbicas y como tratamiento alternativo debe ser la clindamicina por vía oral, dos veces al día durante 7 días. La clindamicina es el segundo agente antimicrobiano para el tratamiento de vaginosis bacteriana. El manejo efectivo de las ITS es la base para su control, ya que previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones en la comunidad, así como el cuidado y la atención integral de la salud reproductiva del paciente. El tratamiento indicado (receta médica) a las mujeres en edad reproductiva en el Establecimiento de Salud San Juan Bautista está bien porque siguen las normas establecidas por la OMS. Según la guía de la OMS sobre el tratamiento de las ITS (Ginebra-2001)

TABLA N° 05

TRATAMIENTO DE ITS EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DURANTE. MAYO-JULIO 2019.

Tratamiento	Evolución Clínica					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Clotrimazol (v.local)	1	1.6	4	6.5	5	8.1
Fluconazol (v.oral)	0	0.0	4	6.5	4	6.5
Metronidazol (v.oral-v.local)	6	9.7	28	45.2	34	54.8
Clindamicina (v.oral-v.local)	4	6.5	15	24.2	19	30.6
Total	11	17.7	51	82.3	62	100.0

Fuente: Cuestionario.

X²c= 1.023

X²t= 7.815

P>0.05

g.l.=3

En la tabla N° 05. Se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio, en 45.2% (28) mujeres que recibieron tratamiento con metronidazol (vía oral y vaginal) la evolución clínica fue desfavorable, y en 9.7% (6) la evolución clínica fue favorable; en 24.2% (15) mujeres que recibieron tratamiento con clindamicina (vía oral y vaginal) la evolución clínica fue desfavorable; en 6.5% (4) mujeres que recibieron tratamiento con fluconazol (vía oral) la evolución clínica fue desfavorable; en 6.5% (4) mujeres que recibieron tratamiento con clotrimazol (vía local) también la evolución clínica fue desfavorable.

De los resultados obtenidos se concluye que en 45.2% (28) mujeres en edad reproductiva que recibieron tratamiento con metronidazol (vía oral y vaginal) presentaron evolución clínica desfavorable y en 9.7% (6) la evolución clínica fue favorable.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, muestra que no existe relación entre evolución clínica y tratamiento. (p>0.05), que indica que la evolución clínica es independiente del tratamiento.

Si los pacientes afectados por una ITS no mejoran suele deberse al fracaso terapéutico o a la reinfección. También considerar la posibilidad de resistencia del fármaco.

En la actualidad, el tratamiento más frecuente para la vaginosis bacteriana se basa en antibióticos; sin embargo, este tipo de fármacos sólo son eficaces a corto plazo, su capacidad de acción frente a determinados microorganismos es limitada, si el intervalo entre dosis es demasiado largo, las concentraciones de droga activa caerán por debajo de las necesarias y eso llevará al fracaso terapéutico, también existen, ocasiones en que puede haber un fracaso terapéutico a pesar de estar usando un antibiótico adecuado y a dosis correctas y la resistencia de las bacterias van en aumento con su uso. Según la guía de la OMS sobre ITS y otras infecciones del tracto reproductivo (Ginebra-2005)

TABLA N° 06

TRATAMIENTO DE ITS EN PAREJA E INDIVIDUAL EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DURANTE. MAYO- JULIO 2019.

Tratamiento	Evolución clínica					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
En pareja	6	9.7	20	32.3	26	41.9
Individual	5	8.1	31	50.0	36	58.1
Total	11	17.7	51	82.3	62	100.0

Fuente: Cuestionario.

X²c= 0.873

X²t= 3.841

P>0.05

g.l.=1

En la tabla N° 06. Se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio, el 50.0% (31) mujeres que presentaron evolución clínica desfavorable recibieron tratamiento individual y el 32.3% (20) recibieron tratamiento en pareja; el 9.7% (6) mujeres que presentaron evolución clínica favorable recibieron tratamiento en pareja.

De los resultados obtenidos se concluye que el 50.0% (31) mujeres en edad reproductiva que presentaron evolución clínica desfavorable recibieron tratamiento individual.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, muestra que no existe relación entre evolución clínica y tratamiento en pareja e individual. (p>0.05), que indica que la evolución clínica es independiente del tratamiento en pareja e individual.

Contrastando nuestros resultados es similar con el trabajo de Junieth I. Cruz Rojas. Ella señala que en cuanto al tratamiento de la pareja sexual, el 96% (48) de las parejas no recibieron tratamiento para su mal.

Una persona que cumplió satisfactoriamente el tratamiento contra una ITS experimentara la desaparición de los síntomas, pero es posible que si su pareja no recibe tratamiento la infección recurra. Las parejas pueden o no presentar síntomas y, sino se las trata, es posible que sigúan propagando la infección a otras personas de la comunidad. Por eso es extremadamente importante buscar modos de ayudar a los pacientes a que notifiquen a sus parejas y las incluyan en el tratamiento (como parejas se puede incluir no solo a las parejas o a las parejas actuales, sino a todas las parejas de los últimos tres meses).

Se deberá aconsejar a los pacientes que eviten mantener relaciones sexuales no protegidas hasta que tanto ellas como sus parejas hayan completado el tratamiento y no presenten síntomas. En el caso de tratamientos de dosis única, deberán esperar una semana. También aconsejarlas a que realicen una nueva consulta si los síntomas persisten. En la guía de la OMS sobre Infecciones de Transmisión de Sexual y otras infecciones del tracto reproductivo (Ginebra-2005).

Tener una nueva pareja, tener más de una pareja sexual, tener una pareja que tiene otras parejas sexuales, tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y el uso de drogas ya que no tienen toma de decisiones incrementan el riesgo de infección. El riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas debido a que las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). Según la guía nacional de manejo de ITS (Perú-2006).

Al realizar la encuesta y preguntar respecto a sus parejas se observa que las mujeres acuden al Centro de Salud solas, temerosas debido a lo cual las parejas sexuales no reciben el tratamiento correcto o en caso contrario si es que se llevan el medicamento a casa la pareja niega recibir el tratamiento ya que manifiestan estar sanos ya que no presentan ningún síntoma por el cual las mujeres no tienen la correcta mejoría.

TABLA N° 07

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS ITS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DURANTE. MAYO- JULIO 2019.

Evolución clínica	Cumplió con el tratamiento de ITS					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	11	17.7	0	0.0	11	17.7
Desfavorable	17	27.4	34	54.8	51	82.3
Total	28	45.2	34	54.8	62	100.0

Fuente: Cuestionario.

X²c= 16.238

X²t= 3.841

P<0.05

g.l.=1

En la tabla N° 07. Se observa que del 100% (62) de mujeres en edad reproductiva en estudio, el 54.8% (34) mujeres que no cumplieron con el tratamiento prescrito presentaron evolución clínica desfavorable; el 27.4% (17) mujeres que si cumplieron con el tratamiento prescrito también presentaron evolución clínica desfavorable y el 17.7% (11) presentaron evolución clínica favorable.

De los resultados obtenidos se concluye que el 54.8% (34) mujeres en edad reproductiva que no cumplieron con el tratamiento prescrito presentaron evolución clínica desfavorable.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de chi cuadrado, muestra que existe relación entre la evolución clínica y el cumplimiento del tratamiento. (p<0.05), que indica que la evolución clínica es dependiente del cumplimiento de tratamiento.

Contrastando nuestros resultados no es similar con el trabajo reportado por María E. Santillán Quijije, Jeniffer V. Vínces Del Valle. Ellas señalan que en cuanto al cumplimiento de tratamiento de las trabajadoras sexuales encuestadas, el 93% indican que cumplen con el tratamiento médico, un

porcentaje mínimo correspondiente al 3% no cumplen con el tratamiento a causa de olvido o despreocupación y un 4% lo cumplen de forma irregular.

El metronidazol oral ha sido establecido como una terapia efectiva en el tratamiento de vaginosis bacteriana y tricomoniasis. Sin embargo, los efectos adversos debido al metronidazol son frecuentes y esto puede llevar a problemas con la adherencia en un curso de 7 días de tratamiento lo que resulta en fallo terapéutico. El tratamiento con metronidazol ha sido asociado con varios efectos adversos incluyendo efectos gastrointestinales (sabor metálico, náuseas, vómitos) e infección o el de dosis única como alternativas válidas. Los efectos adversos pueden ser responsables de las dificultades en la adherencia a los esquemas de 7 días de tratamiento y subsecuentemente al aumento en el riesgo de recurrencia o desarrollo de resistencia al metronidazol

Para que el tratamiento de las ITS sea efectivo, la dosis curativa debe ser completa. En consecuencia, los tratamientos en dosis única tienen una ventaja importante sobre los tratamientos multidosis que deben administrarse durante varios días. Si no se dispone de un tratamiento de dosis única, los prestadores de servicios de salud deberán convencer a las pacientes de la importancia de tomar todos los medicamentos prescritos. Se les deberá indicar que terminen de tomar todos los medicamentos incluso si experimentan mejoría luego de unos días. Se les deberá advertir que no compartan medicamentos con otras personas o que guarden los comprimidos para otro momento. Según la guía de la OMS sobre Infecciones de Transmisión de Sexual y otras infecciones del tracto reproductivo (Ginebra-2005).

CONCLUSIONES

1. Del 100% (62) mujeres en edad reproductiva en estudio, el 82.3% (51) presentaron vaginosis bacteriana; seguida de 14.5% (9) que presentan candidiasis y el 3,2% (2) tricomoniasis.
2. Las características sociodemográficas de las mujeres en estudio fueron: el 66.1% (41) tienen edades entre 20-35 años de edad, grado de instrucción secundaria 61.3% (38), estado civil conviviente 53.2% (33), proceden de zona urbano marginal 77.4% (48), ocupación ama de casa 72.6% (45).
3. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos: iniciaron relaciones sexuales entre 16 a 19 años de edad 66.1% (41), tuvieron dos parejas sexuales 48.4% (30), tienen dos a más hijos 52.5%(33), el método anticonceptivo que utilizan es el método del ritmo 40.3% (25).
4. El medio diagnóstico en 56.5% (35) mujeres que presentaron vaginosis bacteriana fue sindrómico. y en 25.8% (16) fue mediante examen de secreción vaginal. ($p>0.05$) que indica que la infección de transmisión sexual es independiente del medio de diagnóstico.
5. El 51.6% (32) mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana fueron tratadas con de metronidazol vía oral y vaginal, y 30.6% (19) con clindamicina vía oral y vaginal. ($p<0.05$), que indica que la infección de transmisión sexual es dependiente del tratamiento.
6. El 45.2% (28) de mujeres en edad reproductiva que recibieron tratamiento con metronidazol (vía oral y vaginal) presentaron evolución clínica desfavorable. ($p>0.05$), que indica que la evolución clínica es independiente del tratamiento.
7. El 50.0% (31) mujeres en edad reproductiva que presentaron evolución clínica desfavorable recibieron tratamiento individual. ($p>0.05$), que indica que la evolución clínica es independiente del tratamiento en pareja e individual.
8. El 54.8% (34) mujeres en edad reproductiva que no cumplieron con el

tratamiento prescrito presentaron evolución clínica desfavorable. ($p < 0.05$), que indica que la evolución clínica es dependiente del cumplimiento de tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Realizar campañas de promoción y prevención de ITS para mujeres y varones en edad reproductiva.
2. Brindar orientación y consejería eficiente a los pacientes de la importancia de tomar todos los medicamentos, incluso si experimentan mejoría luego de unos días, evitar tener relaciones sexuales no protegidas; tanto ellas como sus parejas hayan completado el tratamiento y no presenten síntomas y una adecuada higiene de las partes íntimas.
3. Asegurar la disponibilidad de los fármacos para tratamiento de las ITS y aconsejarlas que soliciten una nueva consulta sino observan mejoría luego de haber completado el tratamiento.
4. Se deben implementar programas educativos mediante charlas, video conferencias, en el establecimiento San Juan Bautista para sensibilizar a las mujeres y sus parejas, con la finalidad de impartir información acerca del diagnóstico, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la prevención.
5. Hacer seguimiento mediante visitas domiciliarias a las mujeres y a sus parejas con diagnóstico y tratamiento de ITS.

CAPITULO V

ANEXOS

5. **Ocupación:** ¿A qué se dedica usted?

1. Ama de casa () 2. Estudiante () 3. Profesional ()
4. Comerciante ()

II. ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS.

6. **INICIO DE RELACIONES SEXUALES:** A qué edad usted inicio con su relación sexual

1. 12- 15 años () 2. 16 -19 años ()
3. 20 años a mas ()

7. **Número de Parejas sexuales:** ¿Cuantas parejas usted tuvo hasta la actualidad?

1. Uno () 2. Dos () 3. Tres a más ()

8. **Número de hijos:** ¿Cuántos hijos tiene usted?

1. Uno () 2. Dos a más () 3. No tiene hijos ()

9. **¿Usted usa métodos anticonceptivos?**

1. Si () 2. No ()

Especifique que método anticonceptivo:

1. Barrera
2. DIU
3. Ritmo
4. Hormonales

Tiempo de uso:.....

III. DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.

10. **¿Usted se realizó el examen que le indicaron en consultorio?**

1. Sí () 2. No ()

11. **¿Cómo le diagnosticaron que usted presentaba una ITS?**

1. Presentaba descenso vaginal (sindrómico)
2. examen de secreción vaginal
3. Análisis de sangre
4. Papanicolaou (PAP)

12. **Marque las molestias que pudo haber presentado.**

1. Flujo vaginal sin olor, que puede tener aspecto de leche cuajada y picazón → **candidiasis.**
2. Flujo vaginal color amarillo/gris, con olor a pescado, picazón, ardor al orinar → **vaginosis bacteriana.**
3. El flujo vaginal amarillo/verdoso, picazón, dolor al orinar → **tricomoniasis.**
4. Verrugas genitales → **virus de papiloma humano (condilomas)**
5. Úlcera/chancro, erupción cutánea, condilomas planos → **sífilis.**

6. Sensación de ardor al orinar, aumento de la secreción vaginal y sangrado anormal entre ciclos menstruales → **gonorrea.**

IV. TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.

13. ¿Qué indicaciones médicas le dieron en el consultorio después de su diagnóstico?

1. Clotrimazol (local)
2. Fluconazol (oral)
3. Metronidazol (oral y local)
4. Clindamicina (oral y local)

Nombre del Fármaco:.....Tiempo que duro el tratamiento:.....

¿Además de ello que más le indicaron?

1. No tener relaciones sexuales mientras dure el tratamiento.
2. Tratamiento en pareja
3. Higiene genital
4. Tomar abundante agua
5. Actividad física
6. Alimentación adecuada

14. ¿Respecto al tratamiento que le han indicado en el Centro de Salud, usted cumplió con el tratamiento?

1. Si () 2. No ()

Si la respuesta es sí, Ud.

1. Recibió el tratamiento en pareja.
2. Recibió el tratamiento sola.

15. Su pareja recibió tratamiento médico conjuntamente con usted:

1. Si () 2. No ()

¿Qué le indicaron?

1. Tableta
2. Inyección
3. Cremas
4. Tabletetas y ovulo

Nombre del Fármaco:.....Tiempo que duro el tratamiento:.....

IV. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

16. ¿Después del tratamiento que recibió para las Infecciones de Transmisión Sexual las molestias continuaron?

- 1. Favorable: curado o mejorado.
- 2. Desfavorable: no se cura o no mejora.

17. ¿Su pareja mejoró con el tratamiento que recibió?

- 1. Si ()
- 2. No ()
- 3. No sabe ()

18. ¿Usted tuvo contacto sexual con su pareja mientras duraba el tratamiento?

- 1. Si ()
- 2. No ()

Si la respuesta es sí, ¿utilizó preservativo?

- 1. Si ()
- 2. No ()

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA” CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. MAYO-JULIO 2019.

Responsables: CONTRERAS PEREZ, Kristy Denissa. JANAMPA FLORES, Maribel.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>General:</p> <p>¿Cuál es el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante Mayo -Julio 2019?</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la frecuencia de ITS en las mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista? ¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS? ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos de las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS? ¿Cuáles son los medios de diagnóstico de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista? ¿Cuál es el tratamiento que reciben las mujeres en edad fértil con diagnóstico de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista? ¿Cuál es la evolución clínica de las mujeres en edad reproductiva que reciben tratamiento de ITS? ¿Cuál es la relación entre el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista? 	<p>General:</p> <p>Conocer el diagnóstico, tratamiento y la evolución clínica de las ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista durante Mayo -Julio 2019.</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la frecuencia de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Determinar las características socio demográficas de mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS (edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación). Determinar los antecedentes gineco obstétricos de mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS (IRS, número de parejas sexuales, número de hijos, uso de métodos anticonceptivos). Identificar el medio de diagnóstico de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Determinar el tratamiento que reciben las mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Determinar la evolución clínica de las mujeres en edad que reciben tratamiento de ITS atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Relacionar el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de ITS en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. 	<p>La evolución clínica de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista durante Mayo-Julio 2019 es desfavorable debido al medio diagnóstico e incumplimiento del tratamiento.</p>	<p>Independiente</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en edad reproductiva.</p> <p>Dependiente:</p> <p>Evolución clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual.</p> <p>Intervinientes:</p> <p>características sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Estado civil ✓ Ocupación ✓ Grado de instrucción ✓ Procedencia <p>Antecedentes gineco-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ IRS ✓ Número de parejas sexuales ✓ Número de hijos ✓ Uso de Métodos Anticonceptivos 	<p>a. Dx completo: Manifiesta sintomatología. Con exámenes auxiliares.</p> <p>b. Dx incompleto: Manifiesta sintomatología. Sin exámenes auxiliares</p> <p>a. Adecuado: Cumple con el tratamiento. Tratamiento en pareja</p> <p>b. No adecuado: No cumple con el tratamiento. Tratamiento individual</p> <p>a. Favorable Signos y síntomas curado o mejorado.</p> <p>b. desfavorable Signos y síntomas que no disminuyen. No se cura o no mejora.</p> <p>Adolescencia 12- 19 Adulta joven 20 -35 Adulta madura 36-49 .casada. . Conviviente. . Soltera.</p> <p>Ama de casa Estudiante Profesional Comerciante</p> <p>.Primaria .Secundaria .Superior .Técnica Rural Urbano Marginal Urbano</p> <p>12-15 años 16-19años 20 a más años</p> <p>1 2 3 a más</p> <p>1 2 a más No tiene hijos</p> <p>Barrera DIU Ritmo Hormonales</p>	<p>-Investigación: Aplicada</p> <p>-Enfoque: Investigación cuantitativa.</p> <p>-Nivel: Relacional.</p> <p>-Diseño: Observacional, Prospectivo, longitudinal, Analítico.</p> <p>-Población:</p> <p>420 mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad, atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante el periodo de Mayo a julio del 2019.</p> <p>-Muestra: Mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad con diagnóstico y tratamiento de ITS, atendidas durante el periodo de Mayo-Julio del 2019</p> <p>-Tamaño de muestra</p> <p>62, obtenido aplicando la fórmula cálculo de la muestra para población finita.</p> <p>- Tipo de muestreo</p> <p>Probabilístico: Aleatorio simple.</p> <p>-Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Revisión documental. <p>-Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de entrevista. • Historia clínica y exámenes de laboratorio. <p>Procedimiento de investigación: Se solicitó autorización de investigación y coordinación con el CS. SJB. Se identificó a las mujeres en edad reproductiva (MER) en el servicio de prevención de cáncer de cuello uterino.</p> <p>Procesamiento de datos: Para el registro de datos se utilizó Microsoft Office Excel. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 22.</p> <p>Aspectos éticos: Durante la investigación se contó con el consentimiento informado por escrito y el respeto a la privacidad; los resultados obtenidos no son divulgados a personas ajenas.</p>

“EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA” CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. MAYO-JULIO 2019.

Responsables:

- CONTRERAS PEREZ, Kristy Denissa.
- JANAMPA FLORES, Maribel.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL U OPERATIVA	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
<p>Variable Independiente</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Tratamiento de ITS en mujeres en edad reproductiva.</p>	<p>Es la detección sistemática el cual es útil para obtener un diagnóstico certero, situación actual y orientar a la mujer.</p> <p>Conjunto de medios terapéuticos, prescripciones higiénicas con objeto de curar una ITS, en mujeres con edades entre 12 a 49 años de edad.</p>	<p>a. Dx completo Manifiesta sintomatología. Con exámenes auxiliares.</p> <p>b. Dx incompleto Manifiesta sintomatología. Sin exámenes auxiliares.</p> <p>a. Adecuado: Cumple con el tratamiento. Tratamiento en pareja.</p> <p>b. No adecuado: Tratamiento individual. No cumple con el tratamiento.</p>	<p>Entrevista Revisión de Historia Clínica y Exámenes auxiliares: Examen de secreción genital Cultivo de secreción genital. Examen de sangre: RPR, ELISA Papanicolaou.</p>	<p>Cuestionario de entrevista. Historia Clínica. Exámenes de laboratorio.</p>
<p>Variable Dependiente</p> <p>Evolución clínica de las ITS</p>	<p>La evolución clínica de una ITS se refiere a la forma en que esta enfermedad se va a curar, estabilizar o empeorar en sus distintas fases y puede terminar o transformarse en crónicas. La evolución de esta enfermedad depende de su origen , del diagnóstico y del tratamiento existente</p>	<p>a. Favorable Signos y síntomas curado o mejorado.</p> <p>b. Desfavorable Signos y síntomas que no disminuyen. No se cura o no mejora.</p>	<p>Encuesta Revisión de Historia Clínica</p>	<p>Cuestionario. Historia Clínica.</p>
<p>Variables Intervinientes</p> <p>✓ Edad</p> <p>✓ Estado civil</p>	<p>Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo</p> <p>Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiene con otro de diferente sexo con quien creara lazos que son reconocidos jurídicamente. .</p>	<p>a. Adolescencia (12-19 años) b. Adulta joven (20-35 años) c. Adulta madura (36-49 años)</p> <p>a. Casada b. Conviviente c. Soltera</p>	<p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Cuestionario</p>

✓	Número de parejas sexuales	Número total de parejas con la que la mujer ha tenido contacto sexual hasta el momento	a. 1 b. 2 c. 3 a más	Encuesta	Cuestionario
✓	Número de hijos	Número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la mujer hasta el momento en que registra su último hijo.	a. 1 b. 2 a más c. No tiene hijos	Encuesta	Cuestionario
✓	Grado de instrucción	Nivel de conocimientos adquiridos por una persona.	a. Primaria b. Secundaria c. Superior d. Técnica	Encuesta	Cuestionario
✓	Procedencia	Lugar de donde procede la persona.	a. Rural b. Urbano marginal c. Urbano	Encuesta	Cuestionario
✓	Ocupación	Tipo de trabajo, labor o quehacer que desempeña la persona y que le genera recursos económicos.	a. Ama de casa b. Estudiante c. Profesional d. Comerciante	Encuesta	Cuestionario
✓	Uso de Métodos Anticonceptivos	Son métodos utilizados para prevenir el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual, al momento de tener relaciones coitales.	a. Barrera b. DIU c. Ritmo d. Hormonales	Encuesta	Cuestionario

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Introducción. En: OMS. Guedelines para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual .Ginebra: Ed. OMS; 2003, p.1-5.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2012 (INEI)
3. Registro Estadístico Nacional en el Programa ITS / VIH / SIDA.2006.
4. Trinquete Díaz D. Adolescencia y VIH/SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? Rev Sexología y Sociedad. 2005; 27:4-7.
5. Lomelli Pérez Z. Entendiendo las vivencias de las Infecciones de Transmisión Sexual. Rev Comportamiento. 2006; 7(2): 0798-1341.
6. Saa Villacreses S. Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil diagnosticadas por medio de estudios citológicos. Estudio realizado en hospital Enrique C. Sotomayor. Guayaquil, Ecuador. 2013
7. Idepsa “Enfermedades de Transmisión Sexual” pág. 3271
8. Contreras Zaravia R, Delgado Camacho M, Lizar de Castro A. Conocimientos, aptitudes y prácticas de riesgo de estudiantes Preuniversitarios en la Ciudad de Cuzco. (Internet). (Citado 28 abril 2008)
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2014 (INEI)
10. Ministerio de Salud, “Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual” 2006, pág.11.
11. Junieth I. Cruz Rojas. Infecciones de transmisión sexual detectadas en mujeres que asisten al Centro de Salud “Rigoberto López Pérez “de Santo Tomas Del Norte, Chinandega-Nicaragua, de Enero-Marzo del 2007.
12. Sonia S. SaaVillacreses. Prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en edad fértil diagnosticadas por medio de estudios citológicos. Hospital Enrique C. Sotomayor-Ecuador, de septiembre 2012 a febrero del 2013.
13. María E. Santillán Quijije, Jeniffer V. Vínces Del Valle. Patologías ginecológicas recurrentes relacionadas con el trabajo sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Portoviejo, Manabí-Ecuador, septiembre 2012 a febrero 2013.
14. Fernanda E. Toapanta Guatemal. Prevalencia de Vaginosis Bacteriana y su relación con los factores de riesgos asociados: El inicio temprano de relaciones sexuales y número de parejas sexuales, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en el Subcentro de salud San Pablo del Lago-Ecuador, durante el primer semestre del año 2013.

15. Rudit P. Ramirez Olortegui, Tania E. Ramirez Rivera. Factores asociados a Vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil. Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz-Perú 2014.
16. Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1996. p .327.
17. Guía nacional de manejo de infecciones de transmisión sexual. Ministerio de Salud Lima-Peru.2006.
18. Norma técnica de salud para el manejo de Infecciones Transmisión Sexual en el Perú. Ministerio de Salud Lima-Perú. 2009.
19. Diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Ginebra: Ed. OMS; 2014.
20. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: Ed. OMS; 2001.
21. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Ginebra: Ed. OMS; 2005.