

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN - León**



***Tesis para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía.***

***Infecciones de Transmisión Sexual detectadas en mujeres
que asisten al Centro de Salud “Rigoberto López Pérez”.
Santo Tomás del Norte, Chinandega. Enero-Marzo del 2007.***

**Autora:
Br. Junieth Ivania Cruz Rojas**

**Tutor:
Dr. Arnoldo Delgadillo
Ginecoobstetra.**

**Asesor:
Dr. Juan Almendárez
Maestro en Salud Pública.**

León, Nicaragua, Junio del 2007

DEDICATORIA

A **DIOS**: por ser mi principal ayudador, iluminando mi entendimiento y dándome para culminar mi carrera la fortaleza, paciencia y sabiduría para poder servir esmerada y eficientemente a mis semejantes y a mí amada PATRIA.

A mis padres **ROBERTO JOSÉ CRUZ IRÍAS Y SANDRA CECILIA ROJAS OCAMPO**, por confiar en mí y poner su fe en que DIOS me ayudaría con mis estudios. Por brindarme todo el apoyo moral y espiritual que necesitaba ante todo por ofrendarme la mayor de las riquezas: SU AMOR Y COMPRESION.

A mis hermanas: **ANIELKA MERCEDES Y ELANY VANESSA CRUZ ROJAS**, por ser mi fuente de inspiración para tratar de hacer una mejor persona y profesional.

A mis abuelitos: **JUAN ANTONIO CRUZ MENDOZA (q.e.p.d)**: quien con sus gratos recuerdos de mi infancia se torno en el motor que me impulso a superarme en el rango de la ciencia; **ANA VICTORIA IRIAS FLORES**: a quien debo en gran parte la persona que soy. Gracias por sus enseñanzas y correcciones y por llevarme siempre en sus oraciones.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi infinita gratitud a todos los que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este documento, brindándome altruistamente su apoyo incondicional a lo largo de los años que duro mi carrera.

A mis tíos:

- **JOAQUÍN BAYARDO CRUZ IRÍAS**: quien me supo acoger calidamente en el seno de su familia y hacerme sentir su hogar como propio, a lo largo de mis estudios.
- **LIGIA MERCEDES CRUZ IRÍAS**: por serme oportuna económicamente en fases complicadas de mi carrera.

A mis queridos primos:

Lic. DAVID BAYARDO CRUZ PAREDES, Sr. JUAN CARLOS CRUZ PAREDES Y Lic. OSCAR BAYARDO CRUZ OLIVAS; por estar siempre conmigo en todo momento, dándome animo y apoyo incondicional.

A **Licda. SILVIA CRUZ HERNANDEZ** por verme como uno de los suyos y darme su calor familiar y afecto personal al brindarme desinteresadamente el cariño y cuidado que son típicos de una madre abnegada.

A mi Tutor Dr. **ARNOLDO DELGADILLO**: por haberme brindado su tiempo, paciencia y apoyo. Al igual que a mi asesor Dr. **JUAN ALMENDAREZ**: por su dedicación, tiempo, paciencia y esmero para trasmitirme parte de sus conocimientos

A mi Amigo **Lic. FLAVIO BERRIOS** por otorgarme no solo su franca amistad, sino su apoyo didáctico a través de los reactivos de Bioanálisis microbianos que formo parte fundamental de este trabajo.

Al **Lic. JUSTO ELIAS MARTINEZ ESPINALEZ** por haber realizado el análisis bio-medico de las muestras aportadas por los objetos de estudios.

A todas y cada una de las **pacientes** que colaboraron aceptando ser el objeto de estudio de esta investigación; mil gracias por su colaboración.

Al personal del centro de salud "**Rigoberto López Pérez**" del municipio de Santo Tomás del Norte, Chinandega, en especial a la enfermera auxiliar **Sra. FLOR DE MARIA ALMENDAREZ**, quien cooperó ampliamente con las muestras tomadas, realizando también pruebas CAPILLUS para la detección del VIH.

.

Gracias a todos los que de una u otra manera contribuyeron a la culminación de esta bella y hermosa etapa de mi vida.

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre las Infecciones de transmisión sexual detectadas en mujeres que asisten al centro de Salud "Rigoberto López Pérez" de Santo Tomás Del Norte, Chinandega de Enero-Marzo del 2007.

Metodología: Es un estudio descriptivo de serie de casos. El tamaño de la muestra fue de (50) pacientes femeninas diagnosticadas con ITS, cuya selección fue aleatoria simple, se tomaron (50) muestras de flujo vaginal y (50) muestras hemáticas para la prueba de VIH. Las muestras fueron procesadas y analizadas por medio de estudio al fresco de flujo vaginal y tinción de Gram y las muestras hemáticas a través de la prueba de Capillus.

Resultados: en cuanto a las características epidemiológicas y ginecoobstétricas tenemos que el grupo etáreo 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.

En cuanto al comportamiento sexual el 62% nunca utiliza condones en sus relaciones sexuales, aún sabiendo que sus parejas suelen viajar al extranjero sin su compañía.

Se determinó que el nivel de conocimiento respecto a las ITS, sus formas de transmisión y prevención son considerablemente bajos ya que sólo el 10% tenían conocimiento de qué son las ITS.

Conclusión: la frecuencia de Infecciones de transmisión sexual en mujeres que se atienden en el Centro de Salud del Municipio de Santo Tomás del Norte es del 70%, siendo la más incidente la Candidiasis y Tricomoniasis, asociándose algunos factores que contribuyen a su presencia como la conducta sexual (no uso de condones, emigración) y falta de conocimientos sobre ITS.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema.....	4
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
Diseño metodológico.....	43
Resultados.....	48
Discusión de resultados.....	50
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	54
Anexos.....	56

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan un importante problema de salud, tanto en los países desarrollados como en países pobres, particularmente en la población entre 15 y 45 años de edad. A partir de la llegada del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las ITS han cobrado mayor importancia para los sistemas de salud en todo el mundo (1).

Las ITS pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH/SIDA porque aumentan el número de glóbulos blancos, objeto y fuente del mismo que se hallan en el conducto genital y porque la inflamación puede causar heridas microscópicas que a su vez puedan permitir el paso libre del VIH al cuerpo (2).

Se estima que cuando alguna persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual. Por este motivo, siempre que se encuentre una ITS, se debe hacer la prueba de VIH, y siempre que se encuentre VIH se deben buscar otras ITS (2).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se calcula que anualmente se presentan alrededor de 340 millones de nuevos casos de ITS en el mundo, en poblaciones entre los 15 a 49 años. El **Center for Disease Control (CDC)** estima que cada día hay 19 millones de nuevas infecciones, casi la mitad de ellas en jóvenes de 15 a 24 años. En México en Abril del año 2006, por ejemplo, se notificaron 528,426 casos de ITS. (1)

La diseminación de las ITS va inseparablemente unida a la conducta sexual. Hay por tanto, muchas más oportunidades de controlar las ITS que, por ejemplo, las infecciones respiratorias. Los individuos infectados pero asintomáticos desempeñan un papel importante, como son también importantes determinantes la promiscuidad y las practicas sexuales que implican contacto entre diversos orificios y mucosas. (3).

ANTECEDENTES

Un estudio sobre Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en la población del Municipio de Chichigalpa, departamento de Chinandega realizada en julio del 2001 a junio del 2002 encontró una tasa de prevalencia alta (92 x 10,000 hab.), el sexo femenino fue el más afectado, la mayoría de los afectados eran jóvenes en edades de 15-29 años, de procedencia urbana, con baja escolaridad, con unión conyugal estable, la condilomatosis fue la ETS predominante seguida de gonorrea y tricomoniasis.(4)

Otro estudio sobre Incidencia de ETS/SIDA en el Municipio de León diagnosticadas en los centros de salud en el período de Enero a Septiembre del 2000, encontró que el sexo más afectado fue el femenino, la edad promedio fue de 25 años, la media de 21 y la moda de 18 años, la mayoría era de procedencia urbana, la ETS que predominó fue la gonorrea exceptuando al grupo de 50 años a más en el que prevaleció la sífilis. (5)

Se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prevalencia sobre ETS /SIDA en los furgoneros que transitan por la aduana de Somotillo, en el periodo del 4-21 de febrero del año de 1998; el cual concluyo que el grupo etareo de mayor frecuencia oscila entre los 31-43 años, con nivel educativo de primaria completa, estado civil casado, 77.9% eran extranjeros y 22.1% eran Nicaragüenses, la religión que mas prevaleció fue la católica, se encontró que los furgoneros conocen mas del SIDA que de las ETS. De todos los furgoneros entrevistados el 78.5% utilizan el preservativo como método de protección contra ETS y SIDA pero de forma ocasional, siendo utilizado más frecuentemente con las trabajadoras sexuales. (6)

Un análisis realizado sobre pacientes de consulta ginecoobsterica de cinco consultorios periféricos de Colombia (Regional Centro, con Sede Manizales); se incluyeron en el estudio 200 pacientes de consulta ginecoobstetrica, a cada una de ellas le fue tomada frotis endocervical, frotis exocervical y una muestra de sangre. Los resultados fueron los siguientes: La frecuencia de Neisseria gonorrhoea fue del 3%, en donde el mayor numero de casos se encuentra en el grupo de edad de 15 a 24 años, siguiéndole en su respectivo orden pacientes de 25 y 34 años; la distribución porcentual de Candida

albicans y Tricomonas vaginalis fue del 36% y 44% respectivamente; en relación a la Gardnerella vaginalis, los datos revelan un 27% de presentación , cuya distribución en relación a la edad sigue el mismo patrón descrito anteriormente. Igualmente la presentación de Chlamydia Trachomatis correspondió al 27%. (7)

Por tanto, la información disponible relacionada a este tema es muy pobre, pero útil para tratar de establecer algunos patrones a estudiar que ayuden a establecer el “nivel de exposición” de las personas referidas y darles prioridad en la prevención y manejo. Como son: Comportamiento sexual de las parejas, Tipo de ITS más frecuente, Nivel de escolaridad y conocimiento de las ITS, Procedencia (urbano/rural), Ocupación y la Edad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los agentes infecciosos involucrados en la ocurrencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres que asisten al Centro de Salud “Rigoberto López Pérez” del municipio de Santo Tomás del Norte, Chinandega?

JUSTIFICACIÓN

Como es del conocimiento de todos, la incidencia de las ITS están teniendo un enorme impacto en la salud pública a nivel mundial y en todas las esferas sociales, no siendo la excepción los países en vías de desarrollo como Nicaragua, menos el Municipio de Santo Tomás Del Norte, donde se pretende estudiar el nivel de exposición a las ITS a que están sometidos sus pobladores, lo cual servirá para conocer de forma verdaderamente tangible la realidad de los sucesos que dan como resultado una enfermedad positiva en los pacientes en esta población, esperando que dicha información sea de utilidad al hacer conciencia en la población del alto riesgo que corren con una conducta de prácticas sexuales sin protección, beneficiando así sobre todo a las personas sanas al darles a conocer las diversas maneras en que pueden exponerse a las ITS, cómo prevenirlas y/o curarlas; esperando así motivar al equipo de salud de la región a invertir recursos en el apropiado tratamiento y manejo de dicho problema.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia y tipo de las infecciones de Transmisión Sexual en mujeres que se atienden en el Centro de Salud "**Rigoberto López Pérez**", del Municipio de Santo Tomás Del Norte (Chinandega); de Enero-Marzo del 2007.

Objetivos específicos:

- 1) Establecer las características epidemiológicas y ginecoobstétricas de las mujeres con ITS atendidas en el Centro de Salud.
- 2) Identificar los agentes etiológicos más frecuentes en las ITS que se registren en la zona de estudio.
- 3) Determinar en las mujeres estudiadas, el comportamiento sexual y niveles de conocimientos asociados a la ocurrencia de las ITS.

MARCO TEÓRICO

Para fines de aplicación clínica, se clasifica genéricamente a las ITS en:

- ⇒ Infecciones caracterizadas inicialmente por úlceras genitales.
- ⇒ Infecciones caracterizadas por secreción uretral.
- ⇒ Infecciones caracterizadas por flujo vaginal (vaginosis).
- ⇒ Enfermedades inflamatorias pélvicas en la mujer (EIP).
- ⇒ Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Es importante por su relación con el cáncer cervicouterino. (1)

Se ha identificado que las ITS incluyen más de 20 organismos y síndromes abarcando cinco infecciones tradicionales: Gonorrea, Sífilis, Chancroide, Linfogramuloma Venéreo, Granuloma Inguinal, incluyendo el SIDA, la Clamidia trachomatis y el Herpes Simple. Los organismos van desde virus hasta bacterias y protozoos, sus localizaciones anatómicas pueden ser genitales, orales, anales, faríngeas, oftálmicas o sistémicas.

El incremento de las ITS ha originado grandes preocupaciones dadas las diversas consecuencias que van desde el dolor, la incomodidad o la ansiedad psicológica hasta las manifestaciones terciarias de la progresión de las mismas como: inducir infertilidad, embarazo ectópico, dolor tóxico, pérdidas fetales, mal formación congénita, muerte; y más aún la preocupación relacionada con la asociación entre la historia de ITS y el riesgo incrementado de infección por VIH/SIDA.

En los países en vías de desarrollo, factores tales como la explosión demográfica (sobre todo en grupos de adultos, jóvenes y adolescentes), la emigración desde las zonas rurales a las urbanas, las guerras y la pobreza crean una presión constante a favor de la emergencia de nuevas ITS. (1)

Ninguna ITS puede considerarse como un problema aislado, debido a que la coinfección múltiple es frecuente y a que la existencia de una ITS indica una conducta

sexual de alto riesgo que con frecuencia va acompañada de riesgo para otras infecciones más graves.

En general, las personas con una ITS de aparición reciente han tenido un primer contacto con alguien de quien adquirieron la infección y puede haber más de un contacto secundario, conocido también como contacto de diseminación o contacto expuesto. El diagnóstico y tratamiento del origen del contagio (casi siempre es casual y que por definición es el que propaga la infección) es de mayor importancia desde el punto de salud pública, ya que las medidas tomadas al respecto evitarán nuevos contagios. (2)

Las ITS afectan desproporcionadamente a las mujeres y recién nacidos. Muchas de ellas se transmiten con mayor eficiencia de hombres a mujeres que a la inversa; una vez producida la infección muchas ITS provocan complicaciones con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres por razones anatómicas o fisiológicas, parece que las mujeres son intrínsecamente más propensas a cánceres genitales asociados a VPH, a infecciones del aparato genital alto y a las complicaciones puerperales, además que el inicio de la evolución sea subclínica, sumándosele la menor especificidad de las manifestaciones clínicas y a la menor sensibilidad de los varios análisis microbiológicos en las mujeres en comparación con los hombres lo que contribuye a que el diagnóstico de las ITS en las primeras sea más difícil. (2)

FACTORES DE RIESGO DE ITS.

Factores Biológicos:

- Prevalencia elevada de ITS en la comunidad.
- Susceptibilidad hormonal para la adquisición de ITS.
- Resistencia antimicrobiana de algunos patógenos.

Algunos comportamientos personales:

- Relaciones sexuales sin condón o uso incorrecto del mismo.
- Múltiples parejas sexuales.
- Inicio de vida sexual a temprana edad (inmadurez hormonal y emocional).
- Drogadicción.

Factores poblacionales como:

- Migración.
- Aumento en los niveles de prostitución masculina y femenina.
- Falta de educación y acceso a los servicios de salud. (1)

AGENTES ETIOLÓGICOS RELACIONADOS A LAS ITS.

PRINCIPALES ITS	PRINCIPALES AGENTES PATOGENOS
Lesiones ulcerativas de genitales	Herpes simple, T. pallidum, H. ducreyi, C. trachomatis, K. granulomatis.
Uretritis y leucorrea	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis.
Cervicitis Mucopurulenta	Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae
Vulvovaginitis	C. albicans, T vaginalis.
Vaginosis Bacteriana	<i>Prevotella</i> sp., <i>Mobiluncus</i> sp., <i>G. vaginalis</i> y <i>Mycoplasma hominis</i> .
Enfermedad Pélvica inflamatoria Aguda	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis
Verrugas Anales y Genitales	Virus del Papiloma Humano (VPH)
SIDA	VIH-1, VIH-2 y muchos patógenos oportunistas.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Infecciones Caracterizadas por úlceras Genitales

Chancroide (Chancro blando):

El Chancroide es un cofactor para la transmisión del VIH, como lo son el herpes genital y la sífilis. Es una lesión ulcerativa genital causada por *Haemophilus ducreyi*.

Las lesiones del chancro blando se limitan generalmente a los órganos genitales, en la mujer las lesiones aparecen en los labios, clítoris y horquilla. Los traumatismos facilitan la entrada del germen en la piel o en las mucosas. (8)

El período de incubación es de 1-14 días, presentándose la mayoría entre los 4 y 7 días. En el sitio de entrada aparece una pequeña pápula rodeada de una zona de eritema. A los 2-3 días la lesión se hace pustular o vesicopustular y se ulcera. (2)

La úlcera clásica del chancroide es superficial, con un borde irregular rodeado por un halo inflamatorio rojo. La base de la úlcera presenta un exudado necrótico; esta lesión se diferencia del chancro sífilico porque es dolorosa y blanda. (2)

DIAGNOSTICO: El diagnóstico se suele basar en los datos clínicos, puesto que el cultivo del microorganismo es difícil y la flora polimicrobiana de las úlceras hace que la identificación microscópica resulte poco fiable. Sin embargo se debe intentar la identificación de *H. ducreyi* en el exudado del borde de una úlcera o en el pus de un bubón mediante cultivo en un laboratorio con experiencia. (8)

La combinación de úlceras genitales dolorosas y la tendencia de adenopatías inguinales supurativas sugieren el diagnóstico de chancroide. Un diagnóstico probable de Chancroide, para propósitos clínicos y de vigilancia, pueden ser hechos si se encuentran todos los siguientes criterios:

- 1) Si el paciente tiene una o más úlceras genitales dolorosas.

2) Si el paciente no tiene evidencia de infección de *T. pallidum* por exámenes de campo oscuro de exudados de úlceras genitales o por pruebas serológicas desarrolladas para sífilis en al menos 7 días después del ataque de las úlceras.

3) Si la presentación clínica, la aparición de úlceras genitales y, si se presenta, linfadenopatía regional son típicos del Chancroide.

4) Si una prueba para el Virus del Herpes Simple (HSV) hecho en un exudado de úlcera es negativo. (8, 9).

TRATAMIENTO:

El tratamiento exitoso para el Chancroide cura la infección, resuelve los síntomas clínicos y previene la transmisión de otras. En casos avanzados, puede resultar cicatrización, obviando una terapia exitosa. (8)

RÉGIMEN RECOMENDADO:

Azitromicina 1 g oral en dosis única / **Ceftriaxona** 250 mg intramuscular en dosis única / **Ciprofloxacina** 500 mg oral dos veces al día por 3 días / **Eritromicina base** 500 mg oral tres veces al día por 7 días.

* La Ciprofloxacina está contraindicada para mujeres embarazadas y lactantes. La Azitromicina y la Ceftriaxona ofrecen la ventaja de una terapia de dosis única. (8)

Seguimiento:

Los pacientes deben ser reexaminados 3-7 días después de iniciada la terapia. Si el tratamiento es exitoso, las úlceras usualmente se vuelven asintomáticas dentro de 3

días, y objetivamente dentro de 7 días después de la terapia. Si no es evidente ningún progreso, el médico debe considerar si: (8)

1) El diagnóstico es correcto.

2) El paciente está coinfectado con otra ITS.

3) El paciente está infectado con VIH.

4) Si el tratamiento no fue utilizado como se indicó.

5) El *Haemophilus ducreyi* se infiltró causando que la infección sea resistente al antimicrobiano prescrito. El tiempo requerido para la completa curación depende del tamaño de la úlcera; las úlceras grandes requieren más de 2 semanas. En adición, la curación es más lenta para algunos hombres no circuncidados que tienen las úlceras debajo del capuchón. (8)

Manejo de las Parejas Sexuales:

Las parejas sexuales que tienen Chancroide deben ser examinadas y tratadas, a pesar de que los síntomas de esta enfermedad estén presentes, si ellos tuvieron contacto sexual con el paciente durante los diez días anteriores al ataque de los síntomas. (8)

Consideraciones Especiales

Embarazo:

La seguridad y eficacia de la azitromicina para mujeres embarazadas y lactantes no ha sido establecida. La Ciprofloxacina esta contraindicada durante el embarazo y la lactancia. Ningún efecto adverso del chancroide durante la conclusión del embarazo ha sido reportado. (8)

Herpes Genital:

Infección de la piel o las mucosas genitales o anorrectales por uno de dos virus del Herpes simple íntimamente relacionados (VHS-1/ VHS-2).

Las lesiones primarias aparecen de 4-7 días después del contagio. Se forma un pequeño grupo de vesículas más o menos dolorosas que se erosionan para dejar úlceras circulares superficiales con una areola roja que puede llegar a confluir. Las úlceras se convierten en costras al cabo de pocos días, en general curan en unos 10 días y a veces dejan cicatriz. (8, 10)

Principios de manejo del Herpes Genital.

Las drogas sistémicas antivirales pueden controlar parcialmente los signos y síntomas de los episodios de herpes cuando son utilizados para tratar los primeros episodios clínicos y recurrentes, o cuando son utilizados como una terapia supresiva diaria. De cualquier modo, estas drogas no erradican los virus latentes ni afectan el riesgo, frecuencia o severidad de las recurrencias después de discontinuado el uso del medicamento. Pruebas azarizadas han indicado que tres medicaciones antivirales proveen beneficios clínicos para herpes genitales: Aciclovir, Valaciclovir y Famciclovir. (8, 10)

Primer episodio clínico del Herpes Genital

Muchas personas con el primer episodio de herpes tienen manifestaciones clínicas, pero después desarrollan síntomas severos o prolongados. Por lo tanto los pacientes con herpes genital inicial deben recibir terapia antiviral. (9)

DIAGNOSTICO: El diagnostico presuntivo se puede establecer por el hallazgo de células gigantes multinucleadas características en las extensiones teñidas con Wright-Giemsa de muestras de las lesiones (prueba de Tzanck). El diagnostico se puede confirmar mediante cultivo, análisis de inmunofluorescencia directa o serología. Para el cultivo, la muestra se toma con torunda de la base de lesiones ulceradas(o se aspira de una vesícula), se introduce en un medio de transporte para virus y se inocula en cultivo tisular; se observa un efecto citopático característico al cabo de 24 a 48 h. El análisis de inmunofluorescencia indirecta se puede realizar en líquido vesicular o en raspados, para demostrar antígenos de VHS en las células. (8)

RÉGIMEN RECOMENDADO:

Aciclovir 400 mg oral 3 veces al día por 7-10 días / **Aciclovir** 200 mg oral 5 veces al día por 7-10 días / **Famciclovir** 250 mg oral 3 veces al día por 7-10 días / **Valaciclovir** 1 g oral 2 veces al día por 7-10 días. (2)

* El tratamiento puede ser extendido si la curación es incompleta después de diez días de terapia.

Manejo de parejas sexuales

Las parejas sexuales de pacientes que tienen herpes genital pueden ser beneficiados de evaluaciones y consejerías. Las parejas sexuales sintomáticas deben ser evaluadas y tratadas de la misma manera que los pacientes que tienen lesiones genitales. Las parejas sexuales asintomáticas de pacientes que tienen herpes genital deben ser interrogados acerca de sus historias de lesiones genitales y pruebas serológicas de tipos específicas ofrecidas para infecciones por VHS. (1)

Herpes Genital en el Embarazo.

El riesgo de transmisión al neonato por una madre infectada es alto (30%-50%), entre las mujeres que adquieren el herpes genital cerca del momento del parto es bajo (<1%) y entre las mujeres con historias de herpes recurrentes al final o que adquieren el herpes genital durante la primera mitad del embarazo. De cualquier modo, debido a que el herpes genital recurrente es mucho más común que la infección de VHS inicial durante el embarazo, la proporción de infecciones neonatales con VHS adquiridas de madres con herpes recurrentes es substancial. La prevención del herpes neonatal depende de dos cosas: de prevenir la adquisición del VHS genital durante el embarazo tardío y de evitar la exposición del neonato a las lesiones herpéticas durante el parto.

La seguridad de la terapia sistémica de aciclovir, valaciclovir y famciclovir en mujeres embarazadas no ha sido establecida definitivamente. Los datos disponibles no indican un aumentado riesgo de mayores defectos comparados con la población general en mujeres tratadas con aciclovir durante el primer trimestre. El tratamiento tardío con Aciclovir en embarazadas reduce la frecuencia de cesáreas entre las mujeres que tienen herpes genitales recurrentes debido a la disminución de la frecuencia de las recurrencias al final, y muchos especialistas recomiendan tal tratamiento. (11, 12)

Granuloma Inguinal (Donovanosis):

Granuloma inguinal es una enfermedad ulcerativa genital causada por la bacteria intracelular gram-negativa *Klebsiella granulomatis* (formalmente conocida como *Calymmatobacterium granulomatis*). Clínicamente, la enfermedad está comúnmente caracterizada como lesiones ulcerativas indoloras y progresivas, sin linfadenopatías regionales. La lesión inicial es un nódulo de color carnososo que aumenta de tamaño lentamente hasta formar una placa elevada, aterciopelada, maloliente, granulosa y ulcerada. La curación es lenta y deja cicatrices. Las lesiones son altamente vasculares (con apariencia de carne roja) y sangran fácilmente al contacto. De cualquier forma, la presentación clínica puede incluir también variantes hipertróficas, necróticas o

escleróticas. El organismo causativo es difícil de ver y su diagnóstico requiere de la visualización de las manchas oscuras de los cuerpos de Donovan en preparaciones de tejidos triturados o biopsias. Las lesiones desarrollan infecciones bacterianas secundarias o pueden coexistir con otros patógenos transmitidos sexualmente. (2, 8, 9)

DIAGNOSTICO: El diagnóstico se confirma al microscopio por la presencia de cuerpos de Donovan (bacilos intracitoplásmico dentro de los macrófagos teñidos con tinciones de Giemsa o Wright) en las extensiones preparadas con raspados del borde de las lesiones. Los especímenes biopsicos de dichos raspados contienen muchas células plasmáticas, pero pocas células mononucleares. (8)

Tratamiento:

Un número limitado de estudios sobre el tratamiento de Donovanosis ha sido publicado. El tratamiento detiene el progreso de las lesiones; sin embargo, la terapia prolongada es requerida usualmente para permitir la granulación y reepitelización de las úlceras. La típica curación procede del interior hacia los márgenes de la úlcera. La recaída puede ocurrir de 6-18 meses después de una terapia aparentemente efectiva. (2)

RÉGIMEN RECOMENDADO:

Doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día por al menos 3 semanas y hasta que las lesiones hayan sanado completamente.

REGÍMENES ALTERNATIVOS:

Azitromicina 1 g oral una vez por semana por al menos 3 semanas y hasta que todas las lesiones hayan sanado completamente. / **Ciprofloxacina** 750 mg oral 2 veces al día por al menos 3 semanas y hasta que las lesiones hayan sanado completamente. / **Eritromicina base** 500 mg oral 4 veces al día por al menos 3 semanas y hasta que las lesiones hayan sanado completamente. / **Trimetoprim-sulfametoxazol** una tableta de doble concentración (160 mg/800 mg), oral 2 veces al día por al menos 3 semanas y hasta que las lesiones hayan sanado completamente.

Algunos especialistas recomiendan añadir algún aminoglucósido (ej, **Gentamicina** 1 mg/kg IV cada 8 horas) a estos regímenes si no es evidente una mejoría dentro de los primeros días de terapia.

Manejo de Parejas Sexuales

Las personas que han tenido contacto sexual con pacientes que tienen granuloma inguinal dentro de 60 días antes de que los síntomas ataquen al paciente deben ser examinadas y ofrecérseles un tratamiento. Sin embargo, el valor de una terapia empírica en ausencia de los signos y síntomas clínicos no ha sido establecido. (8, 10)

Consideraciones Especiales

Embarazo

En el embarazo está relativamente contraindicado el uso de sulfamidas. Las embarazadas y lactantes deben ser tratadas con el régimen de eritromicina, y se debe hacer una consideración para añadir algún aminoglucósido parenteral (ej., gentamicina). La Azitromicina puede resultar útil para el tratamiento del Granuloma inguinal durante el

embarazo, pero hace falta información publicada. La Doxiciclina y la Ciprofloxacina son contraindicadas en mujeres embarazadas. (11, 12)

LINFOGRANULOMA VENÉREO:

El Linfogranuloma venéreo (LGV) es causado por *Chlamydia trachomatis*. Tras un período de incubación de 3 a más de 12 días aparece una pequeña lesión vesicular transitoria no indurada, que se ulcera y cura con rapidez, y por tanto, puede pasar desapercibida. El primer síntoma suele ser el agrandamiento unilateral y doloroso de los ganglios linfáticos inguinales, que progresan hasta una gran masa dolorosa y fluctuante que se adhiere a los tejidos profundos e inflama la piel suprayacente. La manifestación clínica más común de LGV entre heterosexuales es la tendencia a adenopatía inguinal y/o femoral que es típicamente unilateral. El LGV es una infección sistémica invasiva, y si no es tratada a diario, la proctocolitis del LGV puede tornarse en crónica, en fístulas colorectales y terminales. Las lesiones genitales y colorectales del LGV también pueden desarrollar infecciones bacterianas secundarias o pueden ser coinfectadas por otros patógenos transmitidos sexualmente o no. (2, 3, 9)

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico se puede confirmar mediante una prueba de fijación del complemento que suele mostrar un aumento progresivo del título de anticuerpos o un título >1:16 en la convalecencia. Una prueba de inmunofluorescencia mide anticuerpos específicos de tipo y diferencia entre los varios serotipos del germen. El cultivo de las clamidias en cultivos celulares solo está disponible en relativamente pocos laboratorios. Sin recurrir a esas pruebas especializadas, el diagnóstico se puede establecer por la típica presentación clínica y un título alto (>1/64) o progresivo de anticuerpos fijadores del complemento. (8)

Tratamiento:

El tratamiento cura la infección y previene el avance del daño del tejido, pero la reacción del tejido puede resultar en cicatrización. Las pústulas requieren de aspiración a través del tejido intacto o a través de una incisión o drenaje para prevenir la formación de ulceraciones inguinales/femorales. La Doxiciclina es el tratamiento preferido. (2)

RÉGIMEN RECOMENDADO:

Doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día por 21 días.

RÉGIMEN ALTERNATIVO

Eritromicina base 500 mg oral 4 veces al día por 21 días.

Algunos especialistas en ETS creen que 1.0 g de Azitromicina oral una vez por semana por 3 semanas es probablemente efectivo, aunque faltan datos.

Consideraciones Especiales***Embarazo***

Las mujeres embarazadas o lactantes deben ser tratadas con Eritromicina. La Azitromicina puede probar ser útil para el tratamiento de LGV en embarazadas, pero no hay datos publicados disponibles que hablen sobre su seguridad y eficacia. La Doxiciclina está contraindicada en embarazadas. (2, 12)

SÍFILIS:

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*. Los pacientes con sífilis pueden buscar tratamiento para los signos y síntomas de la infección primaria (ej., úlcera o chancro en el sitio de la infección), de la infección secundaria (ej. Las manifestaciones que incluyen, pero no limitadas a rash en la piel, lesiones mucocutáneas, y linfadenopatías), o de la infección terciaria (ej, manifestaciones cardíacas u oftálmicas, anormalidades auditivas lesiones gomosas). Las infecciones latentes (ej, aquellas que no aparecen como manifestaciones clínicas) son detectadas a través de pruebas serológicas. La sífilis latente adquirida un año atrás está referida como una sífilis latente temprana; todos los demás casos de sífilis latente son también sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida. El tratamiento para ambas sífilis latente tardía y sífilis terciaria teóricamente deben requerir de una terapia de mayor duración porque los organismos se están dividiendo más rápidamente; como sea, la validez de este concepto no ha sido establecida. (2, 8, 10)

DIAGNOSTICO:

Los estudios diagnósticos para sífilis incluyen historia clínica y exploración física detalladas, pruebas serológicas, investigación de los contactos sexuales y. en los casos apropiados, examen en campo oscuro del exudado de las lesiones, análisis del LCR y estudios radiográficos.

Dos clases de pruebas serológicas para sífilis (PSS) ayudan al diagnóstico de esta y de otras enfermedades por treponemas: las pruebas de detección selectiva no treponémicas utilizan antígenos lipóideos para detectar reagentes sífilíticos y comprende las pruebas VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (reagina plasmática rápida). Las pruebas treponémicas específicas detectan anticuerpos contra los treponemas e incluyen la prueba FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody

absortion), el MHA-TP (microhemag-glutination assay for antibodies to T.pallidum) y el TPHA (Treponema pallidum hemagllutination assay). (8)

Manejo de las Parejas Sexuales:

La transmisión sexual de *Treponema pallidum* ocurre solamente cuando las lesiones mucocutáneas están presentes; tales manifestaciones son poco comunes después del primer año de infección. Sin embargo, las personas expuestas sexualmente a un paciente que tiene sífilis en cualquier estadio deben ser evaluadas clínica y serológicamente y tratadas con un régimen recomendado.

SÍFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

Tratamiento

La **Penicilina G** parenteral ha sido utilizada efectivamente por más de 50 años para obtener resoluciones clínicas (ej, la curación de lesiones y la prevención de transmisiones sexuales) y prevenir secuelas posteriores. (2)

RÉGIMEN RECOMENDADO PARA ADULTOS

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única.

Consideraciones Especiales

Alergia a la Penicilina. Diversas terapias pueden ser efectivas en no embarazadas y en los pacientes alérgicos a la penicilina que tiene sífilis primaria o secundaria. La Doxiciclina (100 mg oral 2 veces al día por 14 días) y Tetraciclina (500 mg 4 veces al día por 14 días) son regímenes que han sido usados por muchos años. Se ha acordado que es mejor usar Doxiciclina que Tetraciclina porque la Tetraciclina puede causar

efectos gastrointestinales. Aunque los limitados estudios clínicos, junto con evidencias biológicas y farmacológicas, sugieren que la Ceftriaxona es efectiva para tratar la sífilis temprana, la dosis óptima y duración de la terapia de Ceftriaxona no ha sido definida. Algunos especialistas recomiendan 1g diario, ya sea, IM o IV por 8-10 días. Algunos pacientes que son alérgicos a la Penicilina también pueden serlo a la Ceftriaxona; en estos casos, debe requerirse de un agente alternativo. Datos preliminares sugieren que la Azitromicina puede ser efectiva como dosis oral única de 2 g. (2)

SÍFILIS LATENTE

El tratamiento de la sífilis latente no afecta su transmisión y es dirigida a prevenir complicaciones futuras. Aunque la experiencia clínica soporta la efectividad de la Penicilina en obtener esta meta, la evidencia disponible está limitada como guía para elegir regímenes específicos.

Los siguientes regímenes están recomendados para pacientes no alérgicos a la Penicilina: (2, 8, 10)

REGÍMENES RECOMENDADOS PARA ADULTOS

SÍFILIS LATENTE TEMPRANA

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única

SÍFILIS LATENTE TARDÍA O DE DURACIÓN DESCONOCIDA

Penicilina G Benzatínica 7.2 millones de unidades en total, administradas como tres dosis de 2.4 millones de unidades IM cada una con intervalos de 1 semana.

SÍFILIS TERCIARIA

La sífilis terciaria se refiere a una goma o sífilis cardiovascular, pero no del todo una neurosífilis. Los pacientes que no son alérgicos a la penicilina y que no tienen evidencia de neurosífilis deben ser tratados con el siguiente régimen:

RÉGIMEN RECOMENDADO:

Penicilina G Benzatínica 7.2 millones de unidades en total, administradas en 3 dosis de 2.4 millones de unidades IM con intervalos de 1 semana. (2, 8, 10)

Características clínicas de las úlceras genitales

Característica	Sífilis	Herpes	Chancro blando	Linfogranuloma venéreo	Donovanosis
Periodo de incubación	9-90 días	2-7 días	1-14 días	3días-6 semanas	1-4semanas (hasta 6 meses)
Lesiones primarias iniciales	Pápula	Vesícula	Pústula	Pápula, pústula o vesícula	Pápula
Numero de lesiones	Por lo general 1	Múltiples pueden reunirse	Por lo general múltiples, pueden reunirse	Por lo general 1	Variable
Diámetro	5-15mm	1-2mm	Variable	2-10mm	Variable
Bordes	Netamente delimitados altos, redondeados u ovals	Eritematosos	Indeterminado, anfractuosos, irregulares	Altos, redondeados u ovals	Altos, irregulares
Profundidad	Superficiales y profundos	Superficiales	Excavados	Superficiales o profundos	Alta
Base	Lisa no purulenta, relativamente avascular	Serosa, eritematosa, avascular	Purulenta, sangra fácilmente	Variable, avascular	Roja y aterciopelada, sangra fácilmente
Induración	Dura	Ausente	Blanda	Ocasionalmente dura	Dura
Dolor	Poco frecuente	Frecuente sensibilidad	Por lo general muy sensible	Variable	Raro
Adenopatías	Duras no dolorosa	Duras, dolorosas, bilaterales	Dolorosas pueden supurar	Dolorosas, pueden supurar, por lo general unilaterales	Ninguna, pseudobubas

Verrugas Genitales: (condilomas acuminados; verrugas venéreas)

Lesiones hiperplásicas de la piel o las mucosas de los genitales causadas por papilomavirus humano.

Las verrugas anogenitales causadas por papilomavirus humano (VPH) tipos 6, 11, 16, 18, 31,33 y 35 son transmitidas sexualmente y tienen un periodo de incubación de 1 y 6 meses. Las infecciones verrucosas endocervicales por los tipos 16 o 18 han sido implicadas como una causa de neoplasia intraepitelial cervical y de cáncer cervical.

Las verrugas genitales suelen aparecer como pólipos diminutos, blandos, húmedos y de colores rosados o grises, que pueden aumentar de tamaño y convertirse en pediculados y que de modo habitual forman grupos. Sus superficies recuerdan a la de una coliflor. (8, 9, 12).

DIAGNOSTICO: Las verrugas genitales se pueden identificar en general por su aspecto, pero es necesario distinguir las de los condilomas planos de la sífilis secundaria cuya cara superior es aplanada. Puede ser necesaria la biopsia de verrugas atípicas o persistentes para excluir un carcinoma. Las verrugas endocervicales solo se pueden detectar mediante colposcopia, y no se deben tratar hasta que se disponga de los resultados de la tinción de Papanicolaou. (8)

REGÍMENES RECOMENDADOS:

Las verrugas genitales se pueden eliminar mediante electrocauterización, láser, crioterapia o escisión superficial utilizando un anestésico local o general. Los antimicóticos tópicos como la podofilotoxina, el podofilino o el 5-fluorouracilo, los cáusticos como el ácido tricloroacético o los inductores del interferón como el

imiquimod, son ampliamente utilizados, pero de modo habitual requieren de múltiples aplicaciones a lo largo de semanas o meses y fracasan con frecuencia.

El seguimiento de las mujeres con verrugas endocervicales y sus parejas sexuales es muy importante para detectar cambios displásicos o carcinoma invasivo del cervix. (2)

CERVICITIS RECURRENTE Y PERSISTENTE

Las mujeres con cervicitis recurrente deben ser reevaluadas por si una reexposición a una ITS, y su flora vaginal debe ser reestablecida. Si la recaída y/o reinfección con una ITS específica ha sido excluida, si la Vaginosis Bacteriana no está presente y las parejas sexuales han sido evaluadas y tratadas, las opciones de manejo para la Cervicitis persistente son indefinidas. Para tales mujeres, el valor de repetir o prolongar la administración de una terapia antibiótica para la cervicitis sintomática persistente es desconocido. (3, 9)

Infecciones Clamidiales:

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico, la infección femenina por *Chlamydia trachomatis* es similar a la gonocócica. Sin embargo, hay algunas diferencias importantes: la infección por *Chlamydia* es cinco veces más frecuente, puede ser asintomática, puede presentarse con sintomatología no específica o puede existir sin ningún signo visible de infección. El período de incubación es de 6-14 días (más largo que el de la gonorrea)

Consideraciones para el Diagnóstico

La infección urogenital por *Chlamydia trachomatis* en mujeres puede ser diagnosticada probando los especímenes de la orina o de la esponja recogidos del endocervix o de la

vagina. Las infecciones rectales por *C. trachomatis* en las personas que incursionan en el coito anal receptivo pueden ser diagnosticadas probando un espécimen rectal.

La tinción con Gram del exudado cervical purulento muestra con frecuencia muchos leucocitos, pero no gonococos; el diagnóstico de infección por clamidias se basa en el examen de exudados infectados para detectar los gérmenes mediante cultivo, inmunoanálisis de antígenos o métodos genéticos. Las técnicas o basadas en el cultivo, como la tinción inmunofluorescente, el enzimoanálisis y la detección de ARN ribosómico mediante sondas de ácido nucleico, se utilizan en la mayoría de los laboratorios para detectar la presencia de *C. Trachomatis* en secreciones genitales. (8)

Tratamiento

Tratar a pacientes infectados previene la transmisión a las parejas sexuales. Además, tratar a mujeres embarazadas previene usualmente la transmisión de *C. trachomatis* a los niños durante el nacimiento. El tratamiento de las parejas sexuales ayuda a prevenir la reinfección del paciente indicado y de la infección de otras parejas. (2, 8)

RÉGIMEN RECOMENDADO:

Azitromicina 1 g oral en dosis única

Doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día por 7 días

REGÍMENES ALTERNATIVOS

Eritromicina base 500 mg oral 4 veces al día por 7 días

Eritromicina etilsuccinato 800 mg oral 4 veces al día por 7 días

Ofloxacina 300 mg oral 2 veces al día por 7 días

Levofloxacina 500 mg oral 1 vez al día por 7 días

Vaginosis Bacteriana:

La Vaginosis Bacteriana es un síndrome clínico polimicrobial resultada del reemplazo del H₂O₂ normal, produciendo Lactobacillus sp., en la vagina con altas concentraciones de bacterias anaerobias (ej, Prevotella sp., Mobiluncus sp., G. vaginalis y Micoplasma hominis). Se caracteriza por el aumento del flujo vaginal blanco y maloliente, que es homogéneo, poco viscoso y uniformemente impregnado de células de la pared vaginal. Sin embargo, más del 50% de las mujeres con VB son asintomáticas. La causa de la alteración microbiana no se entiende completamente. La VB está asociada con tener muchas parejas sexuales, duchas y a la carencia de lactobacilos vaginales; si la VB resulta de la adquisición de un patógeno transmitido sexualmente no está claro. Las mujeres que nunca han estado sexualmente activas son raramente afectadas. El tratamiento de parejas sexuales masculinas no beneficia la prevención de recurrencia de la VB. (8, 12)

REGÍMENES RECOMENDADOS:

Metronidazol 500 mg oral 2 veces al día por 7 días

Metronidazol gel, 0.75%, un aplicador lleno (5g) intravaginal, 1 vez al día por 5 días

Clindamicina crema, 2%, un aplicador lleno (5g) intravaginal al acostarse por 7 días

Los pacientes deben ser aconsejados de evitar consumir alcohol durante el tratamiento con Metronidazol y por 24 horas después de eso. La crema de Clindamicina es a base de aceite y puede debilitar condones y los diafragmas del látex por 5 días después de usada. Las preparaciones tópicas de clindamicina no se deben utilizar en la segunda mitad del embarazo.

REGÍMENES ALTERNATIVOS

Clindamicina 300 mg oral 2 veces al día por 7 días

Clindamicina óvulos 100 mg intravaginal 1 vez al acostarse por 3 días (2)

Manejo de Parejas Sexuales

El tratamiento rutinario de las parejas sexuales no se recomienda.

REGÍMENES RECOMENDADOS PARA MUJERES EMBARAZADAS:

Metronidazol 500 mg oral 2 veces al día por 7 días

Metronidazol 250 mg oral 3 veces al día por 7 días

Clindamicina 300 mg oral 2 veces al día por 7 días

Seguimiento de las Mujeres Embarazadas

El tratamiento de la VB en las mujeres embarazadas asintomáticas que están en alto riesgo de dar a luz antes puede prevenir resultados adversos del embarazo. Por lo tanto, una evaluación del seguimiento 1 mes después de terminado el tratamiento se debe considerar para evaluar si la terapia fue eficaz. (12)

Tricomoniasis:

La Tricomoniasis es causada por el protozooario *Trichomonas vaginalis*. Algunos hombres que están infectados con *T. vaginalis* no pueden tener síntomas. Muchas mujeres infectadas tienen síntomas caracterizados por una descarga vaginal difusa, espumosa, maloliente, de color verde amarillo con irritación vulvar, dispareunia y disuria. Sin embargo, algunas mujeres tienen síntomas mínimos o ninguno.

DIAGNOSTICO:

Se puede establecer muchas veces un diagnóstico inmediato con una suspensión no teñida de la secreción vaginal en solución salina; la muestra se toma del fornix posterior y se examina con el microscopio óptico ordinario. Los movimientos ondulantes de los flagelos y la movilidad notable de los microorganismos con forma oval se ven sin dificultad. Los cultivos son más sensibles que el examen directo. La tricomoniasis también se diagnostica muchas veces en la extensión de Papanicolaou.

El diagnóstico de la Tricomoniasis vaginal es realizado generalmente por la microscopía de secreciones vaginales, pero este método tiene una sensibilidad aproximadamente del 60% al 70% y requiere la evaluación inmediata de la diapositiva mojada de la preparación para los resultados óptimos. (2, 8, 9)

REGÍMENES RECOMENDADOS:

Metronidazol 2 g oral en dosis única

Tinidazol 2 g oral en dosis única

RÉGIMEN ALTERNATIVO

Metronidazol 500 mg oral 2 veces al día por 7 días

Los pacientes deben ser aconsejados de evitar consumir alcohol durante el tratamiento con el metronidazol o el tinidazol. La abstinencia de alcohol debe continuar por 24 horas después de terminado el metronidazol o 72 horas después de terminado el tinidazol. (2)

Gonorrea:

Infección del epitelio de la uretra, el cervix, el recto, la faringe o los ojos por *Neisseria gonorrhoeae*, que puede conducir a bacteriemia y complicaciones metastásicas.

En las mujeres, los síntomas suelen comenzar de 7 a 21 días después de la infección. Aunque en general son leves, también pueden ser intensos al comienzo con disuria, polaquiuria y exudado vaginal. El cervix y los órganos reproductores más profundos constituyen la localización más frecuente de la infección, seguidos por la uretra, el recto, los conductos de Skene y las glándulas de Bartolino. Es posible exprimir pus desde la uretra al presionar la sínfisis del pubis, o desde los conductos de Skene o las glándulas de Bartolino. (8, 12)

DIAGNOSTICO:

La tinción con Gram del exudado cervical tiene una sensibilidad del 60% en las mujeres. La identificación del gonococo mediante cultivo o con métodos genéticos en los exudados genitales, se debe intentar en todas las mujeres. El cultivo requiere inoculación del exudado de la uretra, el cervix, recto u otros sitios infectados en un medio adecuado (p.ej., medio de Thayer-Martin modificado) e incubación a 35-36°C durante 48 h en atmósfera con 3-10% de CO₂. Algunas colonias se hacen visibles a las 24 h. Si no se dispone de un laboratorio adecuado en el momento, el espécimen se puede colocar en medio de transporte para su envío y subcultivo antes de 48 h, preferiblemente en las primeras 24 h. (8)

REGÍMENES RECOMENDADOS:

Para el tratamiento inicial: una sola dosis de ceftriaxona (125mg I.M) contra los gonococos, más doxiciclina (100mg V.O dos veces al día durante 7 días) O azitromicina (1g V.O una vez) contra las clamidias, en casos de infección uretral, endocervical, faríngea o rectal.

ALTERNATIVAS A LA CEFTRIAXONA:

Una dosis de espectinomicina (2g I.M), ciprofloxacina (500mg V.O), ofloxacina (400mg V.O) O cefixima (400mg V.O).

Todos los regímenes deben incluir azitromicina o doxiciclina para tratar la posible coinfección por clamidias, excepto para las mujeres embarazadas en las que se puede sustituir por eritromicina (500mg V.O cuatro veces al día durante 7 días). Si se sabe que la cepa de gonococo es sensible a la penicilina, se pueden administrar Amoxicilina (3 g V.O) y probenecid (1g V.O) una vez en lugar de ceftriaxona (8).

Candidiasis:

Proliferación sintomática de levaduras comensales en la mucosa de la vagina o el pene. Estas infecciones son producidas por varias especies de Candida, de las cuales 80% es C. albicans y ocasionalmente una especie de Torulopsis y Torulopsis glabrata.

La alta incidencia de candidiasis vaginal es consecuencia del uso generalizado de antibióticos de amplio espectro y del gran número de mujeres que toman anticonceptivos orales. Otros factores predisponentes son el embarazo, la menstruación, la diabetes mellitus, prendas interiores demasiado ajustadas y supresión de la inmunidad celular secundaria a fármacos o a infección por VIH.

Clínicamente se presenta como una leucorrea blanca, como queso cortado, inodora, con prurito, ardor y dispareunia. La vulva puede aparecer inflamada, con escoriación y fisuras. (8, 9).

DIAGNOSTICO:

Es posible establecer un diagnóstico inmediato si se toman extensiones de la vagina, del glande o del prepucio, y se examinan al microscopio para buscar levaduras

mediante tinción de Gram, o con hidróxido potásico sin tinción. Los microorganismos son levaduras grampositivas, ovals, con yemas y típicas pseudohifas alargadas y filamentosas. También se deben inocular medios de cultivo, con lo que el número de resultados positivos aumenta en un 25% y es posible la demostración específica de *C. albicans*. Puesto que la candidiasis no suele transmitirse por vía sexual, las pruebas para ITS coexistentes solo se deben hacer si se consideran epidemiológicamente indicadas. (8)

REGÍMENES RECOMENDADOS:

Por vía tópica: Clotimazol, 1 tableta intravaginal de 100mg/d durante 6 d o 200mg/d durante 3 d; miconazol, 200mg/d durante 3 d; butoconazol, 5 g/d de crema al 2% durante 3 d; terconazol, 1 óvulo de 80 mg/d durante 3 d o 5 g/d de crema al 0.4% durante 7 d; econazol crema vaginal al 1% u óvulo de 100mg durante 3 d. Todos estos fármacos se emplean una vez al día al acostarse. También es eficaz el fluconazol, 150 mg V.O una vez, pero resulta más caro. (8)

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA:

El término Enfermedad Inflamatoria Pélvica, por lo general se refiere a la infección que asciende desde el cuello uterino o la vagina hasta el endometrio, las trompas (o ambos). En algunos raros casos, la infección se extiende hasta los órganos pélvicos proveniente de ciertos focos adyacentes de inflamación (p. ej. Apendicitis o diverticulitis) por efectos de la diseminación hematológica. La infección intrauterina puede ser primaria (espontánea y casi siempre de transmisión sexual) o secundaria a una cirugía invasora intrauterina (p. ej. Dilatación y legrado, inserción de un Dispositivo Intrauterino).

Los microorganismos causales más comunes de la enfermedad inflamatoria pélvica son los que constituyen la causa primaria de Endocervicitis (*N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*) y aquellos que se pueden considerar como componentes de una flora vaginal anormal. En general, la enfermedad inflamatoria pélvica suele acompañarse de gonorrea, donde la frecuencia de esta enfermedad es alta.

Algunos de los principales factores de riesgo para padecer de enfermedad inflamatoria pélvica, son la presencia de infección endocervical o vaginosis bacteriana, el antecedente de salpingitis o de duchas vaginales recientes y el uso de un dispositivo intrauterino (en particular en las nulíparas y en mujeres con parejas sexuales múltiples).

SINTOMATOLOGÍA:

La paciente presenta dolor abdominal bajo, fiebre, secreción vaginal y/o hemorragia uterina anormal. Los síntomas ocurren con frecuencia durante o después de la menstruación. La irritación peritoneal produce dolor abdominal intenso con o sin signo de rebote. (2)

Criterio diagnóstico mínimo:

Las mujeres con hipersensibilidad abdominal inferior, de los anexos o movimiento cervical, podrán tener EIP y deberán tratarse con antibiótico a menos que haya un diagnóstico por diferenciar como embarazo ectópico o apendicitis. (9)

Criterio adicional:

Par aumentar la especificidad del diagnóstico puede usarse el criterio siguiente:

1. Temperatura oral $>38.3^{\circ}\text{C}$.
2. Secreciones vaginales o cervicales anormales con leucocitos en una microscopia en solución salina.
3. Aumento en la velocidad de sedimentación globular.
4. Aumento de la proteína C reactiva.
5. Documentación de laboratorio de infección cervical con *N.gonorrhoeae* o *C.trachomatis*.

Criterio definitivo:

1. Prueba histopatológica de endometritis en biopsia endometrial
2. Sonografía transvaginal que muestran engrosamiento de trompas llenas de liquido, con o sin liquido pélvico libre o complejo tuboovarico.
3. Anormalidades laparoscopica consistentes con EPI.(9)

TRATAMIENTO:

Pautas Ambulatorias	Pautas Parenterales
<p>Pauta A</p> <p>Ofloxacina, 400 mg. V.O. cada 12 horas durante 14 días</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Levofloxacin, 500 mg. V. O. diariamente durante 14 días</p> <p style="text-align: center;">más</p> <p>Metronidazol, 500 mg. V. O. cada 12 horas durante 14 días.</p>	<p>Comenzar el tratamiento parenteral con algunos de los esquemas siguientes; continuar el tratamiento parenteral hasta 48 horas después de obtener mejoría clínica; más tarde cambiar a tratamiento ambulatorio.</p> <p>Pauta A</p> <p>Cefotetán, 2 g I. V. cada 12 horas o Cefoxicina 2 g I. V. cada 6 horas más Doxiciclina, 100 mg I. V. o V. O. cada 12 horas.</p>
<p>Pauta B</p> <p>Ceftriaxona, 250 mg. I.M. en una sola</p>	<p>Pauta B</p> <p>Clindamicina, 900 mg. I. V. cada 8 horas</p>

<p>dosis</p> <p>más</p> <p>Doxiciclina, 100 mg. V.O. cada 12 horas durante 14 días</p> <p>más</p> <p>Metronidazol, 500 mg. V. O. cada 12 horas durante 14 días.</p>	<p>más Gentamicina dosis de carga de 2 mg/Kg, I. V. o I. M., más tarde dosis de mantenimiento, 1.5 mg/Kg cada 8 horas.</p>
---	--

Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/SIDA

Aunque la definición del SIDA es compleja y amplia, el médico no debe centrarse en si existe o no SIDA, sino que debe considerar la enfermedad por el VIH como un espectro que, partiendo de la primoinfección, con o sin síndrome agudo, pasa a un estadio asintomático y evoluciona hacia la enfermedad avanzada.

El agente etiológico del SIDA es el VIH, que pertenece a la familia de los Retrovirus humanos (Retroviridae). Los cuatro retrovirus humanos reconocidos pertenecen a dos grupos distintos: los virus linfotrópicos de células T humanas I y II, que son retrovirus transformadores, y los virus de la inmunodeficiencia humana, **VIH I** y **VIH II**, que son virus citopáticos. La causa más frecuente de enfermedad por el VIH en todo el mundo y ciertamente en Estados Unidos es el **VIH I**. Tanto el **VIH I** como el **VIH II** son infecciones zoonóticas. El segundo tiene una relación filogenética más estrecha con el virus de la inmunodeficiencia del simio (**VIS**). Es probable que el VIH I se haya originado en la especie *Pan troglodytes troglodytes* (Chimpancé) en los que el virus había evolucionado durante siglos. (2)

TRANSMISIÓN

El VIH se transmite mediante contactos homosexuales y heterosexuales; con la sangre y los hemoderivados; y por contagio de la madre infectada a su hijo durante el parto, el período perinatal o a través de la leche materna. Después de más de 20 años de análisis minucioso, no se han encontrado pruebas de que el VIH se transmita por contactos casual, ni que los insectos sean capaces de transmitir el virus, por ejemplo con la picadura de mosquitos. (2)

TRANSMISIÓN SEXUAL

La infección por el VIH es sobre todo una enfermedad de transmisión sexual en todo el mundo, la transmisión entre miembros del sexo opuesto indudablemente es la forma más frecuente de la infección en todo el mundo, en particular, en países en vía de desarrollo.

Al parecer, el virus se concentra en el líquido seminal, sobre todo cuando existe en el mismo cantidades elevadas de Linfocitos y Monocitos, lo que sucede en los estados inflamatorios del aparato genital como en la uretritis y la epididimitis, procesos que está íntimamente asociados con otras enfermedades de transmisión sexual. También se ha encontrado el virus en los frotis del cuello uterino y en el líquido vaginal. En un estudio prospectivo realizado durante 10 años en Estados Unidos sobre la transmisión heterosexual del VIH, se observó que la transmisión desde el varón a la mujer es aproximadamente ocho veces más eficaz que a la inversa. Esta diferencia puede deberse en parte al contacto prolongado del líquido seminal infectado con la mucosa de la vagina o del cuello uterino y también del endometrio (una vez que el semen atraviesa el orificio cervicouterino). En cambio, el pene y su orificio uretral quedan expuestos durante bastante menos tiempo al contagio por parte del líquido vaginal infectado. (2)

TRANSMISIÓN POR LA SANGRE Y HEMODERIVADOS.

El VIH puede transmitirse a los individuos que reciben transfusiones de sangre contaminada por el VIH, hemoderivados o trasplante místico, así como los DIU expuestos al VIH mientras comparten un mismo instrumental contaminado como agujas, jeringuillas, el agua en la que se mezcla la droga o el algodón a través del que se filtra. La transmisión parenteral del VIH durante la invasión de droga no requiere de una punción intravenosa; las inyecciones subcutáneas o intramusculares pueden transmitir el VIH aunque estas conductas se consideran erróneamente como de bajo riesgo.

Las transfusiones de sangre total, de concentrados de eritrocitos, de plaquetas, de leucocitos son capaces de transmitir la infección. En cambio, la gammaglobulina hiperinmunitaria, la inmunoglobulina de la Hepatitis B, la vacuna para la Hepatitis B obtenida del plasma y la inmunoglobulina Rh no se han asociado con la transmisión del VIH. Las técnicas que se utilizan para el procesamiento de estos productos inactivan o eliminan el virus. (2)

TRANSMISIÓN MATERNOFETAL Y DEL LACTANTE

La infección por el VIH se puede transmitir desde la madre infectada hacia su hijo durante la vida fetal, en el momento del parto o durante la lactancia. El análisis virológico de los fetos abortados indica que el VIH puede transmitirse al producto durante el embarazo, incluso desde el primero y segundo trimestre. Sin embargo, la transmisión maternofetal alcanza su máximo durante el período perinatal.

La probabilidad de transmisión del VIH desde una madre al lactante o al feto en ausencia de tratamiento antirretrovírico profiláctico para la madre durante el embarazo, la dilatación y el parto, y para el feto después del nacimiento oscila entre el 15 y 25% en los países industrializados y entre el 25 y 35% en los países en desarrollo. Estas diferencias pueden estar relacionadas con la idoneidad de los cuidados prenatales

existentes, con el estadio de la enfermedad debida al VIH y con el estado general de la salud de la madre durante el embarazo.

El amamantamiento es una modalidad importante de transmisión de infección por el VIH en los países en desarrollo, de manera particular cuando las madres siguen amamantando a sus hijos durante períodos prolongados.

No han podido dilucidarse aún los factores de riesgo de transmisión del VIH por la alimentación al pecho; los que aumentan las probabilidades de que ocurra así son las concentraciones perceptibles del VIH en la leche materna, la presencia de mastitis, los recuentos bajos de células T CD4+ en la sangre de la madre y la deficiencia de Vitamina A en la mujer. El riesgo de transmisión del VIH por la leche materna es máximo en los primeros meses del amamantamiento.

No hay duda de que, en los países en desarrollo, debe evitarse que las madres infectadas por el VIH amamenten a sus hijos. Sin embargo, hay desacuerdo sobre las recomendaciones de no amamantar a los niños en ciertos países en desarrollo, en los que la leche materna es la única fuente de nutrición, así como de inmunidad de los lactantes contra infecciones potencialmente graves. (2)

TRANSMISIÓN POR OTROS LÍQUIDOS CORPORALES.

Aunque el VIH por lo general se puede aislar en títulos bajos a partir de la saliva en una pequeña proporción de los individuos infectados, no se cuenta con pruebas convincentes de que la saliva pueda transmitir esta infección ya sea al besar o tras otras exposiciones como la de los trabajadores de asistencia de la salud. La saliva contiene factores antivíricos endógenos; en la saliva de los individuos infectados se identifican con facilidad inmunoglobulinas específicas del VIH, como de los isotipos IgA, IgG e IgM.

El VIH puede transmitirse mediante una mordedura humana, pero esto es raro; se han informado al menos cuatro casos de esta clase.

Aunque el virus puede identificarse e incluso aislarse prácticamente en todos los líquidos corporales, no hay pruebas de que el VIH se transmita como consecuencia de contacto con las lágrimas, el sudor o la orina. A pesar de ello, ha habido casos aislados de infección en los que el VIH se transmitió por medio de líquidos corporales que podían o no estar contaminados con sangre. Es indudable que los líquidos y los desechos corporales de los pacientes infectados deben ser manipulados cumpliendo las precauciones universales. (2)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las consecuencias clínicas por infección con VIH se extienden desde un síndrome agudo que se presenta en asociación con la infección primaria pasando por un estado asintomático prolongado hasta la fase de enfermedad avanzada. Es preferible considerar que la enfermedad por el VIH comienza en el momento de la infección primaria y que va progresando a través de diversos estadios. (2)

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de infección por el VIH se basa en la demostración de los anticuerpos anti-VIH, en la detección directa del VIH, o de algunos de sus componentes o en ambos; los anticuerpos anti-VIH suelen aparecer en la circulación entre 2 y 12 semanas después de la infección. La prueba convencional de detección sistemática del VIH es la prueba de inmunoabsorbente ligada a enzimas (enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA), también conocida como inmunoanálisis enzimático (enzyme immunoassay, EIA) este análisis de fase sólida es una prueba de detección sistemática sumamente buena, cuya

sensibilidad supera el 99.5%. En la mayor parte de los laboratorios se emplea un equipo comercial del EIA que contiene antígenos del VIH-1 y VIH-2 y que proporciona el resultado de varios análisis. De los resultados de las pruebas de EIA suelen expresarse como positivos (reacción intensa), negativos (reacción nula) o indeterminados (reacción parcial); aunque la técnica de EIA tiene una extraordinaria sensibilidad, su especificidad no es óptima.

La prueba de confirmación más utilizada es la transferencia Western, su ventaja estriba en que múltiples antígenos del VIH de peso molecular diferente y bien caracterizado despiertan la producción de anticuerpos específicos. Una transferencia Western negativa es aquella en la que no existen bandas a pesos moleculares correspondiente a los productos génicos del VIH.

Cuando un paciente tiene un EIA positivo o indeterminado y una transferencia Western negativa, se puede llegar con seguridad a la conclusión de que el resultado del EIA es un falso positivo. Por otro lado, una transferencia Western que demuestra la existencia de anticuerpo contra los productos de los tres genes principales del VIH (gag, pol, env) es una prueba concluyente de infección por el VIH (2).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME AGUDO DEL SIDA

GENERALES

Fiebre
Faringitis
Linfadenopatías
Cefalea/dolor retroorbitario
Artralgias/Mialgias
Letargo/Malestar
Anorexia/Pérdida de peso
Náusea/Vómito/Diarrea

NEUROLÓGICAS

Meningitis
Encefalitis
Neuropatía periférica
Mielopatía

DERMATOLÓGICAS

Exantema eritematoso maculopapuloso
Úlceras mucocutáneas (2)

Los médicos y otros proveedores de cuidados en la salud juegan un rol crítico en la prevención y tratamiento de ITS. La prevención y control de las ITS están basadas en las siguientes cinco estrategias mayores:

1. Educación y consejería de personas en riesgo de contraer ITS, y en vías de evitarlas a través de cambios en sus comportamientos sexuales.
2. Identificación de las personas infectadas asintómicamente y de las personas que no tienen posibilidades de buscar servicios de diagnóstico y tratamientos.
3. Diagnóstico y tratamientos efectivos de personas infectadas.
4. Evaluación, tratamiento y consejería a parejas sexuales que están infectadas con alguna ITS.
5. Preexposición a vacunas de las personas en riesgo de contraer ITS. (1)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos.

ÁREA DE ESTUDIO: El Municipio de Santo Tomás Del Norte (Nance), departamento de Chinandega, el cual está ubicado geográficamente en las coordenadas 13° 11' latitud norte y 86° 55' longitud oeste; limitando al norte con el Municipio de Cinco Pinos, al sur con el Municipio de Somotillo, al este con el Municipio de Cinco Pinos y al oeste con la República de Honduras. Presenta una extensión territorial de 50 Km²; y una densidad poblacional de 168.32 hab /Km², presentando actualmente una población total de 8572 habitantes.

Centro de salud "Rigoberto López Pérez" del Municipio de Santo Tomás Del Norte, del Departamento de Chinandega, el cual es un centro de salud sin camas, cuenta con un consultorio de morbilidad general, Atención integral a la mujer (AIM), Programa ampliado de inmunización, emergencia, una farmacia y dos puestos de salud, uno en la comarca Ojo de Agua y el otro en la comarca Paso Hondo.

POBLACIÓN: Todos los individuos de sexo femenino que asistieron al Centro de Salud con diagnóstico clínico de ITS (**200 INDIVIDUOS**).

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se tomaron 50 individuos (25%) de las pacientes diagnosticadas con ITS en este Centro Asistencial. Este tamaño es arbitrario definido así por el costo que implica la realización de estudios de laboratorio financiado por la autora del estudio. La selección de la muestra fue aleatoria simple.

Instrumento de recolección de datos: Se emplearon cuestionarios a base de preguntas cerradas, el cual fue sometido a una "prueba piloto" para su validación, para ello se aplicó el instrumento a diez (10) pacientes que acudieron al centro en la primer quincena del mes de Diciembre del 2006.

Procedimiento de recolección de datos:

- 1) La propuesta del estudio se discutió con las autoridades municipales de salud en el municipio quienes mostraron interés y anuencia a apoyar la gestión del estudio.
- 2) Se identificaron las mujeres con ITS, se les explicó la importancia del estudio y se les solicitó verbalmente su consentimiento para tomar muestras y procesarla con el compromiso de darle seguimiento a su problema y gestionar los recursos para su tratamiento definitivo.
- 3) Se tomaron 50 muestras de flujo vaginal y 50 muestras hemáticas (Para prueba rápida de VIH) en mujeres que mostraron signos de infecciones de transmisión sexual y aceptaron participar en el estudio.
- 4) Las muestras de flujo vaginal fueron procesadas y analizadas por medio de estudio al fresco de flujo vaginal y tinción de Gram, en el Centro de Salud de Cinco Pinos, el cual cuenta únicamente con estas dos pruebas de laboratorio para realizar dicho estudio; por medio de los cuales se pretende encontrar ciertos agentes etiológicos tales como: *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp*; y las muestras hemáticas fueron analizadas en el centro de salud de Santo Tomás Del Norte por medio de Prueba rápida de VIH (Capillus), por la cual se detectan anticuerpos anti-VIH.
- 5) Para la toma de las muestras se utilizaron los siguientes materiales de apoyo: Camilla ginecoobstetrica, lámpara de cisne, espejos, guantes, tubos de ensayo, solución salina, hisopos, microscopio óptico, portaobjetos, torniquete, vacuteiner y reactivos tales como: Unigol (para Capillus), Violeta de genciana, Lugol, Solución decolorante y Fuscina (para Tinción de Gram).

Plan de análisis: La información obtenida fue procesada y analizada a través del programa *EPI-INFO Ver.6.04d*. Los datos fueron analizados en frecuencias simples y presentados en forma de tablas y gráficos.

Variables de interés:

A- Características epidemiológicas y ginecoobstetricas:

- a) Edad y sexo:
- b) Procedencia / Ocupación:
- c) Nivel Escolar:
- d) Numero de compañeros sexuales:
- e) Conducta Sexual:

B- Diagnóstico

- f) Clínico: Sintomatología
- g) De Laboratorio: Tinción de Gram, estudio al fresco de flujo vaginal y muestras hemáticas para prueba rápida de VIH (Capillus).

Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Valor
Edad	Se entiende como el número de días, meses o años que ha vivido la persona desde su nacimiento.	15-29 30-39 40-49 50 a +
Procedencia	Lugar geográfico de residencia actual al momento del llenado de las fichas.	Urbano / Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado al momento del llenado de las fichas.	Ninguna/Primaria/Secundaria/Profesional
Estado Civil	Presencia o ausencia de vínculo establecido entre dos individuos de sexo diferente para conformar una unión.	Soltero/ Casado/ Acompañado
Ocupación	Actividad laboral que desempeña el individuo para generar ingresos económicos al hogar	Ama de casa/ Estudiante/ Trabajador (a)
Parejas sexuales	Número de personas con la que el individuo tiene contacto sexual.	1 a 2 Más de 3
Uso de preservativos en sus Relaciones Sexuales	Si el paciente utiliza o no los preservativos y con qué frecuencia	Siempre /Ocasional/ Nunca
Agentes etiológicos de ITS	Entidad que puede ser capaz de generar una patología de carácter infecciosa.	Haemophilus ducreyi / Herpes simple / Klebsiella granulomatis / Chlamydia trachomatis / Treponema pallidum / VPH / Gardnerella vaginalis / Tricomonas vaginalis / Neisseria gonorrhoeae / Candida albicans / VIH-1, VIH-2.
Signos y síntomas de ITS	Signo: Son manifestaciones objetivas, físicas o químicas que se reconocen al	Leucorrea blanquecina o amarillenta Fetidez Prurito vaginal Lesiones de coliflor Dispareunia

	examinar al enfermo. Síntoma: Son los trastornos subjetivos que el paciente experimenta y el médico no suele percibir o le es difícil comprobar.	Disuria
Nivel de conocimiento	Conjunto de información que se tiene respecto a un determinado tema.	Nada (0) Poco (3) Muy poco (5) Bastante (10)
Análisis de laboratorio: Tinción de Gram Estudio al fresco Capillus	Resultados obtenidos a través de un estudio biotecnológico específico.	<p>Flujo vaginal { Neisseria gonorrhoeae Gardnerella vaginales Trichomonas Candida albicans</p> <p>Capillus { Positivo(reacción intensa) Negativo(reacción nula) Indeterminado (reacción parcial)</p>

RESULTADOS

Las mujeres atendidas con ITS en este estudio oscilan predominantemente entre 30-39 años de edad, seguidas de aquellas que tienen entre 15-29 años. (Ver tabla 1)

En términos ginecoobstétricos las pacientes atendidas presentan un alto índice de repetidos períodos de gestación con similar nivel de partos, una marcada nulidad de abortos y una baja tasa de cesárea, y debe remarcarse que la mayoría inician las relaciones sexuales antes de alcanzar la mayoría de edad. (Ver tabla 2)

En cuanto a los antecedentes de las ITS en dichas pacientes se determinó un alto porcentaje de Candidiasis (80%), seguidas de la Tricomoniiasis (15%). (Ver gráfica 1).

Los cuadros clínicos de las pacientes atendidas se presentan evidentemente como eventos mutuamente excluyentes al comparar las frecuencias de aparición entre la leucorrea blanquecina, leucorrea amarillenta y su correspondiente signo la fetidez. Observándose a la vez una pequeña diferencia en el grado de la presencia o ausencia de dispareunia y alto nivel de disuria debido a la naturaleza de cada agente etiológico. (Ver tabla 3)

El 96% de las parejas encuestadas no recibió tratamiento para su mal y el 62% nunca utiliza condones en sus relaciones, aun sabiendo que sus parejas suelen viajar al

extranjero sin su compañía, (mayoritariamente a El Salvador o Costa Rica) por un período de tiempo que va mayormente entre 3, 1 y 9 meses, siguiendo el orden de las frecuencias. (Ver tabla 3.1, gráfico 3, 4, 5)

De las pacientes encuestadas sólo el 10% tenían conocimientos de qué son ITS y un nivel casi similar conocía cómo se transmiten y más de la mitad saben muy poco de las formas de prevención de las mismas. (Ver tabla 4)

Del resultado del análisis microbiológico se observa el evidente predominio del **46%** de las levaduras con pseudohifas (*Candida* sp). La *Trichomonas* representa el **16%**; siendo de este modo la afección mayoritaria en las mujeres más jóvenes entre 15-29 años de edad. En cuanto a la prueba rápida de VIH (Capillus) el **100%** de las mujeres estudiadas resultaron negativas (reacción nula para anticuerpos anti-VIH). (Ver tabla 5 y 6).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El grupo etáreo más frecuente fue de 30-39 años de edad, hecho que se debe probablemente al nivel de preocupación y cuidado que tienen para sí las mujeres de 30 años a más, con estado civil casadas o acompañadas, las que posiblemente tengan mayor actividad sexual; a esto se suma el bajísimo nivel escolar y moderada tasa de analfabetismo que seguramente dificultó la comprensión del tema de las ITS y cómo prevenirlas, debe mencionarse como factor destacado que el **92%** son de procedencia rural, cuya ocupación es ser ama de casa; lo que coincide con algunos estudios (4,5), excepto en la procedencia en la que es más afectada la procedencia urbana.

Sin embargo, en este trabajo la zona de estudio es una zona fronteriza y la mayor parte de la población pertenece a la zona rural; y aunque la mayoría ha tenido una sola pareja sexual refieren antecedente de ITS, esto es debido al IVSA a temprana edad, que por la inmadurez hormonal no han alcanzado suficiente potencial inmunológico contra estas infecciones. Por otro lado, la inmadurez emocional es otro factor condicionante en la adquisición de ITS por la promiscuidad de las prácticas sexuales; lo cual concuerda con la bibliografía (1).

El agente etiológico más frecuente detectado a través del análisis microbiológico y hemático fue *Candida sp* (46%), afectando a todos los grupos de edad. Cabe mencionarse que tanto *Candida sp* como *Gardnerella* no son transmitidas únicamente por vía sexual como vehículo predominante, sino que influyen otros **factores predisponentes** tales como: la higiene personal como el compartir toalla, el uso de anticonceptivos orales, el embarazo, la menstruación, la diabetes mellitus y hasta ciertas lencerías asedadas o ropa demasiado ajustada.

La *Tricomoniiasis* presentó el **16%** de aparición en las pacientes analizadas pero es debida completamente a la promiscuidad sexual de los pacientes que la padecen, ya que, si bien, las mujeres aducen tener mayoritariamente sólo una pareja (“fidelidad”), parece evidente que sus conyugues no, porque probablemente ellos sí practican el sexo promiscuo sin protección y lo que empeora esta situación es que solamente el **4%** de las mujeres estudiadas emplean condones, pero como método de planificación familiar.

Las bacterias cocoides y cocos Gram (+) fueron el segundo grupo dominante, no se consideró relevante plasmarlas en los Resultados lógicamente porque forman parte de la flora bacteriana *normal* en una mujer sana, la mayor incidencia estuvo en el grupo de 30-39 y 15-29 años de edad; las cuales no deben ser reconocidas como infectadas con un agente etiológico de ITS.

En el comportamiento sexual y nivel de conocimiento, cabe destacarse que presentan factores de riesgo para ITS de importancia, tales como: El no uso de condón en las relaciones sexuales, la migración y la falta de conocimiento sobre ITS, lo cual coincide con la bibliografía (1).

Entre las características sexuales y reproductivas de las pacientes estudiadas es de vital importancia mencionar dos cosas: Por un lado, una gran minoría emplea el condón como método de protección y la mayoría no usa ningún método de planificación familiar; por otro lado un alto número de mujeres utilizan Depo-provera, que ya se sabe no ofrece ninguna protección contra ITS. Pese a esto, en el momento del estudio el 96% de las pacientes no estaban embarazadas e igual índice ostenta actualmente una pareja. Se presume que debido al temprano inicio de la actividad sexual y al bajo conocimiento del tema en cuestión es que se debe el considerable índice de antecedente de ITS en dichas pacientes.

CONCLUSIONES

Las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes en las mujeres estudiadas fueron la Candidiasis y Tricomoniasis; seguidas de vaginosis por Gardnerella; presentando una frecuencia total del 70%. La comunidad a pesar de ser zona fronteriza con Honduras es satisfactorio saber que el 100% de las pruebas de Capillus realizadas fueron negativas para anticuerpos anti-VIH.

- En las características Epidemiológicas y Ginecoobstétricas: La candidiasis afectó a todos los grupos etáreos, la Tricomoniasis resultó afectar el grupo de 15-29 años, y Gardnerella que afectó al grupo de 30-39 años de edad. A esto se debe agregar que la mayoría de las pacientes estudiadas son multigestas y gran multíparas, con IVSA a temprana edad.
- Los agentes infecciosos determinados por vía microbiológica fueron: Candida sp, Trichomonas vaginalis y Gardnerella vaginalis.
- En el comportamiento sexual: El no uso de condón en las relaciones sexuales, la promiscuidad sexual en los cónyuges varones. En el nivel de conocimiento: La falta de conocimiento general sobre el tema de las ITS, sumada al bajo nivel académico de las mismas, es considerado otro de los factores de mayor influencia en la manifestación de dichas infecciones.

RECOMENDACIONES

Ante los resultados obtenidos en el presente estudio se recomienda lo siguiente:

- 1) Brindar a los habitantes de la comunidad sobre todo jóvenes y adolescentes información para aumentar el conocimiento acerca de las ITS, su modo de transmisión y prevención.
- 2) Practicar la abstinencia sexual en caso de tener problemas en la utilización del condón.
- 3) Buscar ayuda profesional en caso de sospechar haber sido contagiado con una ITS.
- 4) Al MINSA se le recomienda incrementar o expandir sus programas de educación sexual con el fin de reducir el inicio de vida sexual activa prematura, con su consecuente riesgo de embarazo a temprana edad.
- 5) Darle seguimiento a los diferentes casos, ampliando el estudio con diferentes análisis que no fueron puestos en práctica por falta de financiamiento (VDRL, Cultivo, Tinción de Giemsa, etc.)

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cárdenas M^a Teresa, MD. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. Cuernavaca, Morelos, México. Abril de 2006. Págs. 1-6. Boletín de Práctica Médica Efectiva. E-mail: <http://www.insp.mx/nls/bpme>.
- 2) Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. I. 16^a edición. Editorial MacGrow-Hill Interamericana. Editores S.A. de C. V. 2006. Págs.: 862-864, 1194, 1195, 1198-1202, 1225, 1226 y 1262-1264.
- 3) Microbiología. 2^o edición. Editorial Betancourt Brace, Madrid, España. 1999. Págs. 229-250. Compilación del Dr. Ramiro Flores Espinal. UNAN-LEON, Nicaragua; para curso de Farmacología de estudiantes de Medicina.
- 4) Ramírez B. Soraya M., Blandón Wendy L. Prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en la población del Municipio de Chichigalpa, Chinandega, de julio 2001 a junio 2002. León, Nicaragua, 2005. 38 Págs.
- 5) Dalla Torre. Verouskha., Mora Berry Sanad. Incidencia de ETS/SIDA diagnosticadas en los centros de salud de León, en los tres primeros trimestres del año 2000. Enero-Septiembre del 2000
- 6) Osejo Edwing, Sáenz Ana Guissela. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre ETS/SIDA en los furgoneros que transitan por la aduana de Somotillo periodo del 4-21 de Febrero del año de 1998
- 7) Lsalud.ucaldas.euo.com/rmc/articulo/v12e1a1.htm-103k.
- 8) Merck el Manual de Diagnóstico y Tratamiento. 10^o edición española. Editores Marck H. Beers, M.D. y Robert Berkow, M. D. Págs. 1328-1346. Es una publicación El Sevier Science.
- 9) Lawrence M. Tierney, Jr., M.D. Diagnóstico Clínico y tratamiento. 40^o edición. Editorial el Manual Moderno. México, D. F. 2005 Págs.700, 1360-1361, 1368, 1371-1380.
- 10) Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. I. 12^a edición. . Editorial MacGrow-Hill Interamericana. Editores S.A. de C. V. Págs. 618-630.

- 11) Pérez Sánchez. Ginecología. 2ª edición. Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago de Chile. 1995. Págs. 180-195
- 12) Pernoll-Banson. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétrico. 5ª edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C. V., México, D.F. 1989. Págs. 742-750

Anexos

Infecciones de Transmisión Sexual detectadas en mujeres que asisten al Centro de Salud "Rigoberto López Pérez". Santo Tomás del Norte, Chinandega. Enero-Marzo del 2007.

Instrumento de recolección de datos

Nº _____

I- Datos Personales:

1. Edad: _____
2. Procedencia: Urbano() Rural()
3. Estado Civil: Casado() Acompañado() Soltera() Otros()
4. Escolaridad: Analfabeto() Primaria() Secundaria() Universidad()
5. Ocupación: Ama de casa() Estudiante() Trabajador ()

II- Datos Ginecoobstétricos:

- a) G: _____ P: _____ A: _____ C: _____
- b) IVSA: _____
- c) Número de compañeros sexuales: _____
- d) PAPs: Sí _____ No _____
- e) Método de planificación familiar actual: _____
- f) Embarazo actual: Sí _____ No _____ Trimestre de gestación _____
- g) ¿Tiene pareja actualmente? Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí ¿Es temporal o permanente? _____
- h) Antecedente de ITS: Sí _____ No _____ No sabe _____ Cuál _____

III- Comportamiento sexual de las mujeres en estudio:

a) ¿Qué signos y síntomas presenta?

- Leucorrea blanquecina_____
- Leucorrea amarillenta_____
- Fetidez_____
- Prurito vaginal_____
- Lesiones de coliflor_____
- Dispareunia_____
- Disuria_____

b) ¿Presenta su pareja este mismo problema? Sí____ No____ No sabe____ Si la respuesta es sí ¿Cuáles son los signos y síntomas que presenta?

c) ¿Recibió tratamiento médico para su problema? Sí____ No_____

d) ¿Ha utilizado preservativo en sus relaciones sexuales? Siempre_____ Ocasional_____ Nunca_____

e) Preferencia sexual: Heterosexual____ Bisexual____ Homosexual_____

f) En los últimos 12 meses ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales?

Con ninguna_____ 1 pareja_____ De 2 a 3 parejas_____

De 4 a 5 parejas _____ De 6 a mas parejas _____

g) ¿Ha viajado fuera del país usted o su pareja, a cual y por cuanto tiempo?

g.1) Ud._____ Su pareja_____

g.2) Guatemala_____ El Salvador_____ Honduras_____ Costa Rica_____

g.3) Por 1 mes_____ 2 meses_____ Mas de 3 meses_____

IV- Nivel de conocimiento sobre las ITS/SIDA.

¿Qué son las Infecciones de transmisión sexual y cómo se transmiten?

¿A través de qué medios han obtenido información sobre las ITS/SIDA?

Televisor_____ Radio_____ Periódico_____ Personal de salud_____

Revistas o folletos_____ Conversación con amigos_____

Mencione las formas en que usted puede evitar contraer una Infección de transmisión sexual o el SIDA.

V- Resultados de Análisis de laboratorio:

a) Tinción de Gram:

b) Estudio al fresco:

C) Capillus:

Tabla 1: Características generales de mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

<i>Variable</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Edad		
15 a 29 años	16	32%
30 a 39 años	20	40%
40 a 49 años	9	18%
50 y mas	5	10%
Estado civil		
Acompañada	23	46%
Casada	24	48%
Soltera	1	2%
Otros	2	4%
Escolaridad		
Analfabeta	13	26%
Primaria	32	64%
Secundaria	5	10%
Total	50	100%

Tabla 2: Características ginecoobstétricas de mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Gesta		
1	3	6%
2 a 3	13	26%
3 a 5	15	30%
6 y mas	19	38%
Para		
1	6	12%
2 a 3	14	28%
3 a 5	12	24%
6 y mas	18	36%
Abortos		
0	35	70%
1 a 3	12	24%
3 y mas	3	6%
IVSA		
Menor de 10 años	1	2%
10 a 14 años	6	12%
15 a 17 años	19	38%
18 a 19 años	14	28%
20 y mas	10	20%
Nº de compañeros sexuales		
1	35	70%
2	9	18%
3	6	12%
TOTAL	50	100%

Tabla 2.1: Características sexuales y reproductivas de mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Método de P/F actual		
Depo-provera	14	28%
DIU	1	2%
Esterilizacion quirurgica	7	14%
Lo-femenal	9	18%
Ninguno	17	34%
Preservativos	2	4%
Embarazo actual		
No	47	95.9%
Si	2	4.1%
Pareja actual		
No	2	4%
Si	48	96%
Antecedente de ITS		
No	13	26%
No sabe	7	14%
Si, ha tenido.	30	60%
TOTAL	50	100%

Gráfica 1. Antecedente de ITS de mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

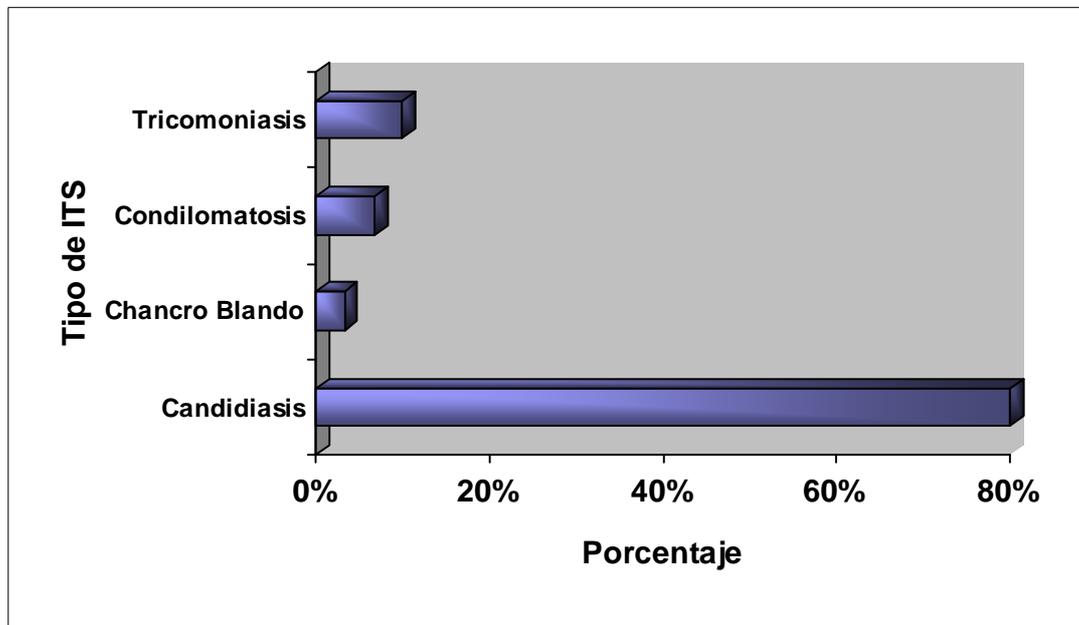


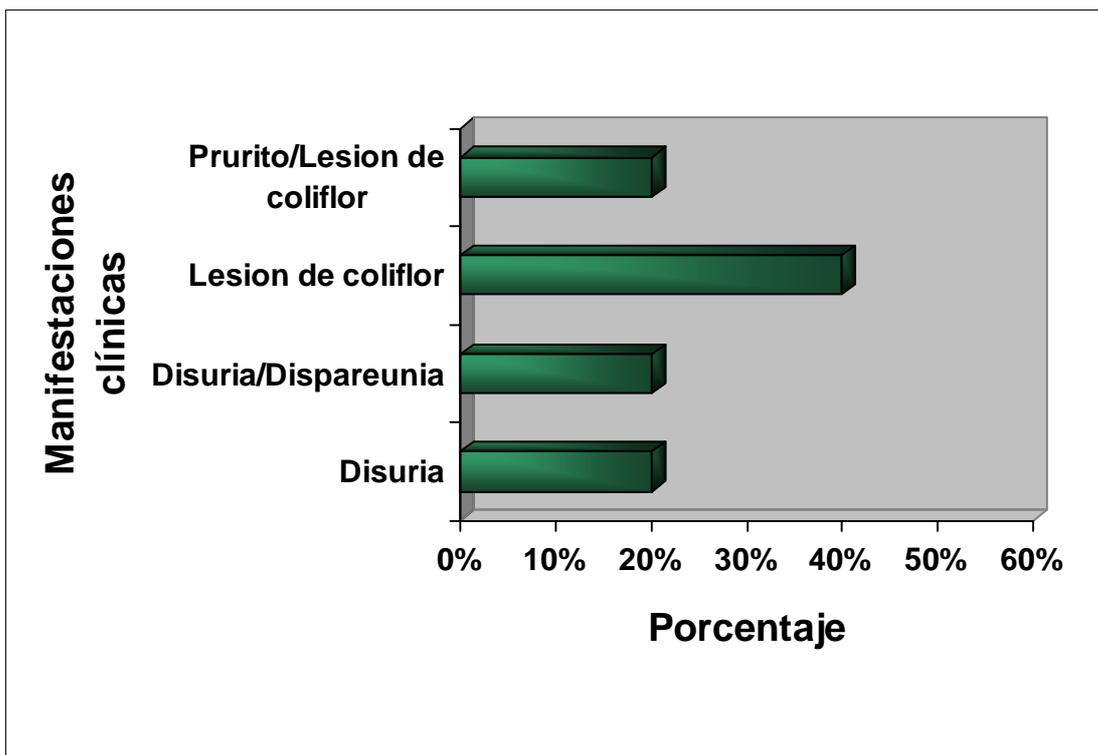
Tabla 3: Cuadro clínico de las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Leucorrea Blanquecina		
No	13	26%
Si	37	74%
Leucorrea Amarillenta		
No	37	74%
Si	13	26%
Fetidez		
No	37	74%
Si	13	26%
Prurito Vaginal		
No	23	46%
Si	27	54%
Dispareunia		
No	34	68%
Si	16	32%
Disuria		
No	20	40%
Si	30	60%
TOTAL	50	100%

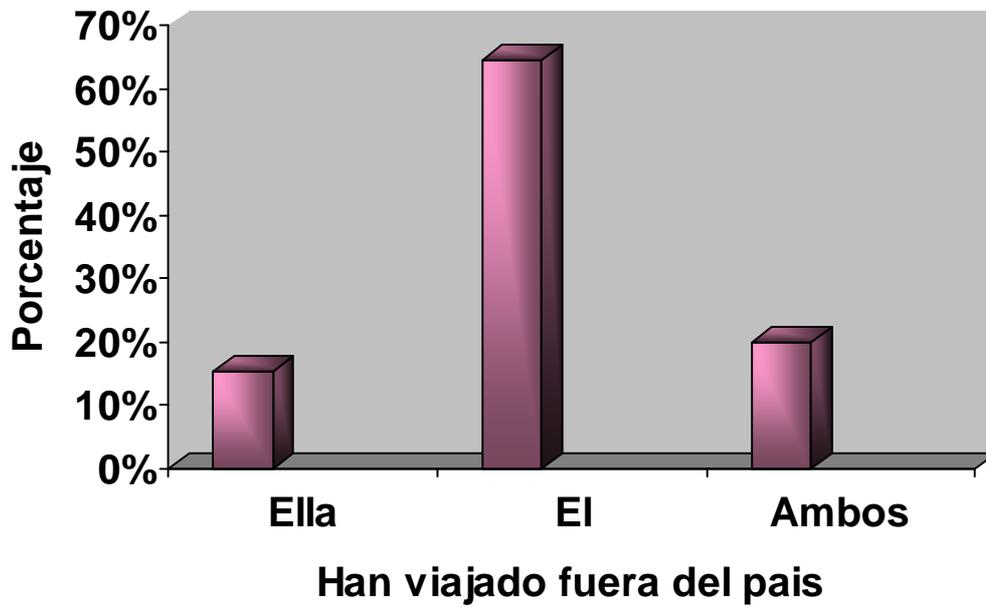
Tabla 3.1: Comportamiento sexual de mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Presenta su pareja iguales manifestaciones		
No	34	68%
Si	5	10%
No sabe	11	22%
Recibió tratamiento		
No	48	96%
Si	2	4%
Ha utilizado preservativos		
Nunca	31	62%
Ocasional	17	34%
Siempre	2	4%
En los últimos 12 meses con cuantas personas a tenido relaciones		
0	1	2%
1	45	90%
2	4	8%
Han viajado fuera del país(ambos cónyuges)		
No	16	32%
Si	34	68%
TOTAL	50	100%

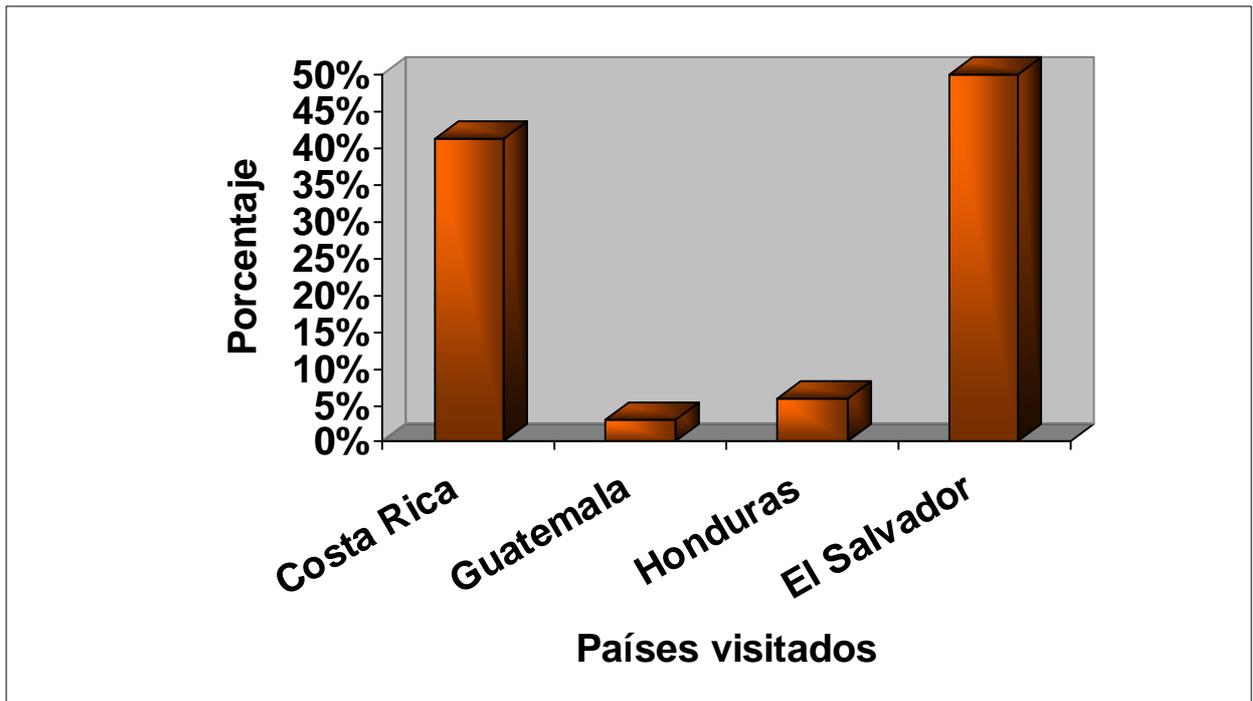
Grafica 2: Manifestaciones clínicas que presentan las parejas de las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.



Grafica 3. Han viajado fuera del país, las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte y sus parejas, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.



Grafica 4: Países visitados por las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte y sus parejas, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.



Grafica 5: Estadía en los diferentes países de las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte y sus parejas, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

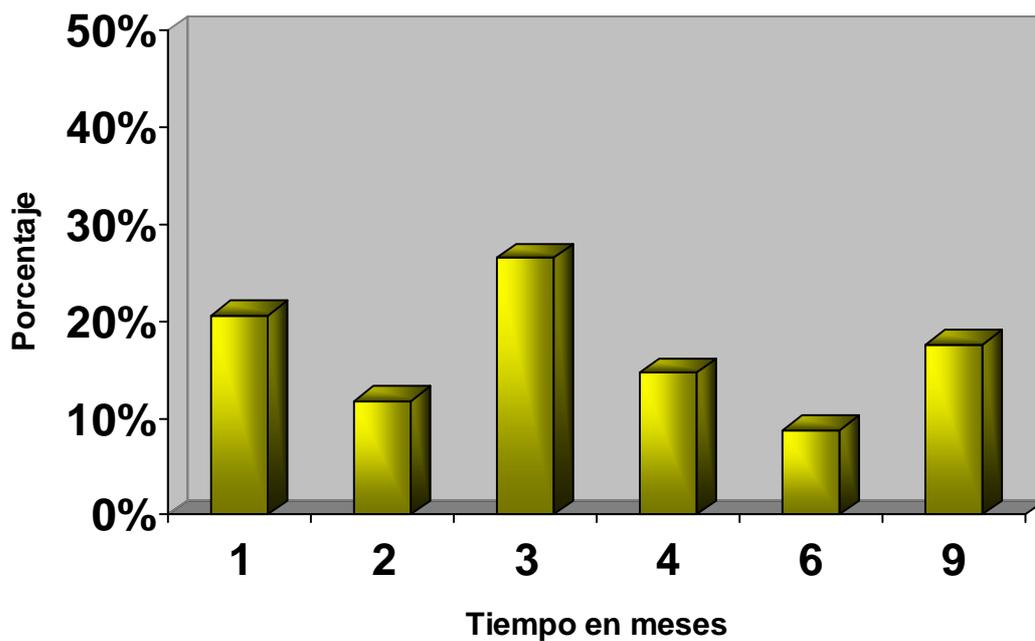


Tabla 4: Nivel de conocimientos sobre ITS que tienen las mujeres atendidas con dichas infecciones en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte y sus parejas, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

Preguntas	Nivel de conocimientos							
	Nada		Muy poco		Poco		Bastante	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Qué son las ITS	22	44%	12	24%	11	22%	5	10%
Cómo se transmiten	21	42%	6	12%	19	38%	4	8%
Formas de prevención	17	34%	26	52%	5	10%	2	4%

Tabla 4.1. Fuente de información sobre ITS que refieren las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte y sus parejas, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
TV		
No	43	86%
Si	7	14%
Radio		
No	44	88%
Si	6	12%
Periódico		
No	49	98%
Si	1	2%
Folletos		
No	38	76%
Si	12	24%
Personal de salud		
No	34	68%
Si	16	32%
Amigos		
No	45	90%
Si	5	10%
TOTAL	50	100%

Tabla 5. Resultados de laboratorio realizado en mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega. Enero – Marzo del 2,007.

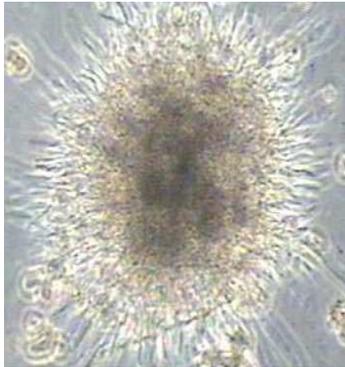
<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Estudio al fresco		
Levaduras con pseudohifas(Candida sp)	23	46%
Trichomonas	8	16%
Tinción de Gram.		
Gardnerella	4	8%
Bacteria bacilar/coco Gram. (+)	2	4%
Bacteria cocoide/coco Gram. (+)	10	20%
Bacteria mixta	3	6%
Capillus		
Positivo	0	0%
Negativo	50	100%
Indeterminado	0	0%
TOTAL	50	100%

Tabla 5.1. Agentes etiológicos más incidentes a ciertas edades en las mujeres atendidas con ITS en el Centro de Salud de Santo Tomas Del Norte, Chinandega .Enero – Marzo 2007.

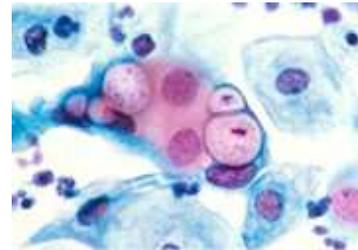
Agente etiológico	Edad			
	15-29	30-39	40-49	50 a más
Levaduras con pseudohifas(Candida sp)	7	7	7	2
Trichomonas	4	2	2	
Gardnerella	1	2	1	
Bacteria bacilar/coco Gram. (+)		1	1	
Bacteria cocoide/coco Gram. (+)	3	6		1
Bacteria mixta	1	2		
TOTAL	16	20	11	3

Muestras de laboratorio.

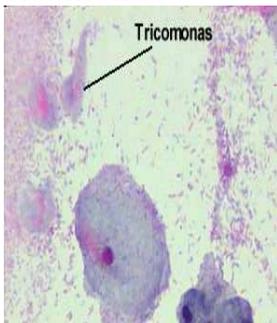
Candida sp.



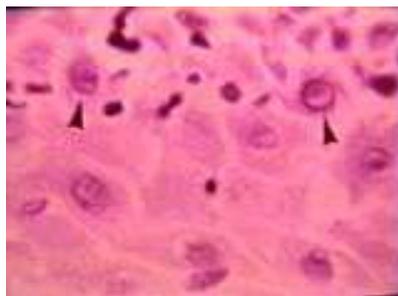
Chlamydia Trachomati



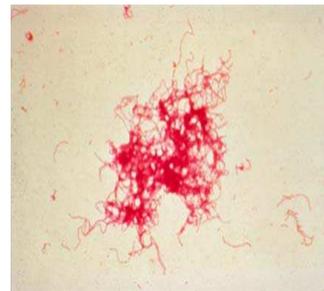
Tricomonas



Linfogranuloma



Chancro Blando



Condilomatosis

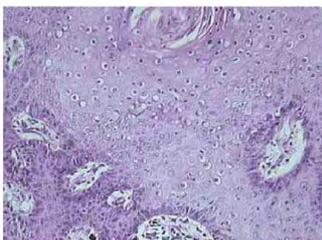
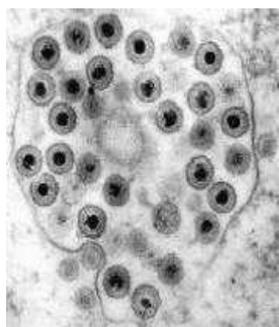


Figura 2. Aspecto microscópico de la lesión.

Herpes Simplex



Sífilis

