

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO DE LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, AÑO 2012”**

**TESIS:  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:  
BACH. CARLOS ALBERTO GOMEZ RODRIGUEZ**

**TACNA- PERÚ  
2013**

*“Sin hesitación alguna, este trabajo lo dedico a la familia, que siempre estuvo a mi lado, en la labor de estudiar, congratulándome algunas veces, reconviniéndome otras, pero con la mejor de las intenciones, para que sea un mejor ser humano. Y a los amigos que estuvieron y están para hacer más llevaderos los buenos y malos momentos de este largo caminar, para todos ellos, gracias”*

“La sabiduría es conocer y transformar”  
Paulo Coelho

## ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	6
SUMMARY	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	9
1.1 Fundamentación del problema	9
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Objetivos de la investigación	11
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2Objetivos Específicos	12
1.4 Justificación	13
1.5 Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO II	16
2. Revisión Bibliográfica	17
2.1 Antecedentes	16
2.2. Marco Teórico	22
CAPITULO III	41
3.1 Hipótesis	41
3.2 Operacionalización de variables	41
CAPÍTULO IV	43
4.1 Diseño	43
4.2 Ámbito de estudio	43
4.3 Población y muestra	43
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	44
4.5. Instrumentos	45
CAPÍTULO V	47
5. Procedimientos de análisis de datos	47
CAPÍTULO VI	49

6. Resultados	49
CAPÍTULO VII	68
7. Discusión	68
CAPÍTULO VIII	76
8. Conclusiones	76
CAPÍTULO IX	77
9. Recomendaciones	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	85

## RESUMEN

**Introducción:** La incidencia más elevada de ITS se da en personas de edades comprendidas entre los 14 y 35 años, grupo de edad que suele presentar un grado elevado de problemas sociales y promiscuidad y que además constituyen el grueso de la población económicamente activa. **Objetivo:** Determinar el perfil clínico-epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual en pacientes mujeres en edad fértil, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, año 2012. **Material y Métodos:** estudio Transversal Descriptivo observacional. Se analizaron 136 443 mujeres en edad fértil que acudieron atenderse al C. S. Ciudad Nueva durante el periodo enero – diciembre del 2012 que cumplieran con los criterios de inclusión (Pacientes mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, con diagnóstico definitivo de ITS, atendidas en Centro de salud Ciudad Nueva de Tacna durante el año 2012). En quienes se aplicó los instrumentos recogiendo la información de las Historias Clínicas (fuente secundaria) y se hizo valoración socioeconómica. **Resultados:** Las infecciones de transmisión sexual más frecuentes, fueron: el Síndrome de flujo vaginal con 46,3%, seguido de Vaginosis bacteriana con 24,3%, Candidiasis vaginal 12,5% y Trichomoniasis 8,8%. en las mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva, siendo la sintomatología más frecuente el Flujo vaginal blanquecino s/mal olor con 53,6%, prurito vaginal con 26,5%, flujo vaginal blanquecino c/mal olor con 11,7% y flujo vaginal amarillento s/mal olor con 9,5%. **Conclusión:** El diagnóstico más frecuente fue: Síndrome de flujo vaginal con 46,3%, seguido de Vaginosis bacteriana con 24,3%, en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva, y la sintomatología más frecuente el flujo vaginal blanquecino sin mal olor con 53,6%. El tiempo de enfermedad más frecuente fue de 6-10 días (42,6%). El 16,9% de pacientes tuvo recidiva de infección. Se encontró asociación estadística significativa entre ocupación, nivel socioeconómico y con las infecciones de transmisión sexual.

**Palabras claves:** ITS; Mujeres en edad fértil.

## SUMMARY

**Background:** The highest incidence of STDs occur in people aged between 14 and 35 years age group usually has a high degree of social and promiscuity and also constitute the bulk of the economically active population. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological characteristics of sexually transmitted infections in women of childbearing age patients, treated at the Health Centre New Town of Tacna, 2012. **Material and Methods:** descriptive observational study. We analyzed 136,443 women of childbearing age who came addressed to C. S. New City during the period from January to December of 2012 that met the inclusion criteria (Patients women of childbearing age from 15 to 49 years, with definitive diagnosis of STIs treated at health center Tacna New Town in 2012 ). In those instruments applied by collecting the information from the medical records (secondary source) and for socioeconomic assessment that were not recorded in the medical records (patients SIS), was taken into account and assessed home address in the address of each patient. **Results:** sexually transmitted infections more frequent were: vaginal discharge syndrome 46.3%, followed by 24.3% bacterial vaginosis, vaginal Candidiasis Trichomoniasis 12.5% and 8.8%. in women of childbearing age attending the C. S. New Town, being the most common symptoms whitish vaginal discharge odorless with 53.6%, 26.5% vaginal itching, vaginal discharge white smelly with 11.7% and yellowish vaginal discharge odorless with 9.5%. **Conclusion:** the most common diagnosis was vaginal discharge syndrome 46.3%, followed by 24.3% bacterial vaginosis in women of childbearing age attending the C. S. New Town, being the most common symptom: whitish vaginal discharge odorless with 53.6%. The most common disease time was 6-10 days (42.6%). 16.9% of patients had recurrence of infection. Statistically significant association was found between occupation, socioeconomic status and type of diagnosis with sexually transmitted infections. **Keywords:** STD; Women of childbearing potential.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un grupo heterogéneo de procesos infecciosos cuya forma de transmisión común es la sexual, siendo causados por un grupo variado de agentes patógenos: virus, bacterias, protozoos, hongos y artrópodos.

Las ITS no se distribuyen de manera uniforme en la población en general. La incidencia más elevada de ITS se da en personas de edades comprendidas entre los 14 y 35 años, grupo de edad que suele presentar un grado elevado de problemas sociales y promiscuidad y que además constituyen el grueso de la población económicamente activa (PEA), aumentando el coste laboral de dichas infecciones.

En los últimos años, la incidencia de las ITS ha ido disminuyendo; en parte a la difusión y sensibilización de la población a las medidas preventivas desde la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el uso indiscriminado de antibióticos.

Además se debe estudiar a los contactos sexuales del paciente que padece ITS, con el fin de evitar reinfecciones y la propagación de la enfermedad, práctica no siempre llevada a cabo, por parte de las parejas múltiples.

Es importante indicar que existen interrelaciones entre las ITS y el SIDA, ya que la infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) altera la evolución natural de estas enfermedades. Igualmente algunas ITS favorecen el contagio y la transmisión del VIH, en especial las úlceras genitales. Por tanto todo paciente en el que se detecte una ITS debe ser considerado como posible portador de otras ITS y, por lo tanto, hay que realizar los pertinentes estudios para descartarlas.

Dado que es prevenible este grupo de infecciones, se debe divulgar y educar a la población acerca de las mismas, con lo cual se reducirá su aparición y consecuencias.



# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas que se transmiten principalmente a través de las relaciones sexuales (orales, anales, y vaginales) sin protección con una persona infectada.

Las ITS son más frecuentes de lo que parecen, dado que un porcentaje de ellas son asintomáticas.

Las complicaciones derivadas de las ITS pueden ser graves y perjudicar la salud a mediano plazo con complicaciones tales como: infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer de cuello uterino, e incluso concluir en la muerte del paciente no tratado. Entre las más conocidas: Gonorrea, Sífilis, Chancroide, Vaginosis bacteriana.

Según estimaciones hechas por la OMS en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años. Esta cifra no incluye las infecciones por el VIH y otras ITS que siguen afectando la vida de las personas y las comunidades en todo el mundo.<sup>1</sup>

Según las últimas estimaciones realizadas, en el mundo hay 33,3 millones de personas que padecen el VIH/SIDA y se produjeron 2,6 millones de nuevas infecciones durante el año 2009.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud “Infecciones de transmisión sexual”. Nota descriptiva N°110 Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>

<sup>2</sup> Kilmarx PH. Global epidemiology of HIV. Curr Opin HIV AIDS 2009; 4: 240-6.

En el Perú existe un alto subregistro de las ITS por lo cual se carece de una estimación real de la magnitud del problema. Se estima que en el Perú 4 de cada 10 hombres y 5 de cada 10 mujeres tienen una ITS sin saberlo. Según la encuesta nacional realizada en población general por el proyecto PREVEN en 2002, la prevalencia de sífilis, clamidia y gonorrea se determinó en 1.1%, 4.0% y 0.3% respectivamente para hombres; y 1.1%, 6.8% y 0.8% respectivamente para mujeres. Además 23% de las mujeres sexualmente activas tuvieron secreción genital el último año, cerca del 1% tuvo una ITS y 3% alguna úlcera genital. En el mismo trabajo se halló que 1-2 de cada 100 hombres y mujeres tiene sífilis, 1-2 de cada 100 hombres y mujeres tiene gonorrea, 1 de cada 12 mujeres tienen Clamidia, 4 de cada 100 varones tienen Clamidia, 1 de cada 12 mujeres tiene tricomoniasis, 2-3 de cada 10 mujeres tiene vaginosis bacteriana, 2-3 de cada 10 hombres o mujeres tienen herpes-2<sup>3</sup>.

Según estudios de la OPS el estimado de personas con VIH fue de 75 000 para el año 2009 para el Perú.

El gasto nacional en atención y tratamiento de VIH, fue en el año 2010 de US\$ 43,6 millones y el gasto por paciente en TARGA se estimó en US\$ 1242.<sup>4</sup>

A nivel regional en Tacna para el 2010 se reportaron 6248 casos de ITS por diagnóstico sindrómico, tasa 1,969 x 100,000 habitantes. y 3 599 casos de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil, lo que da una incidencia de 3.2% por 100,000 habitantes y 4,5% de prevalencia para el año 2011.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> [http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=56](http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com_content&task=view&id=56)

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud, Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2012, pp.1-2

<sup>5</sup> Análisis situacional de salud, Región de Salud Tacna: Enfermedades bajo Vigilancia Epidemiológica, pag. 45

A nivel departamental, en el año 2011 se registraron 26 casos de VIH/SIDA, cifra similar al año previo (28 casos), siendo la principal vía de transmisión la Heterosexual (69,23%), seguido del grupo de riesgo (homosexuales) con 26,92%. Se resalta que los jóvenes de 18-29 años (46,15%) junto con los adultos de 30-59 años (46,15%). De acuerdo al género, los hombres representan el 73,08%. Para el mismo año la tasa fue de 11,58 x 100 0000 habitantes.

Desde que inició la epidemia en Tacna (año 1987) hasta el 2011, se registraron 432 casos, teniendo una prevalencia de 0,13%. Debemos considerar que en el Centro de Salud Ciudad Nueva, en el año 2012 se han registrado 443 casos de ITS, asimismo 1 caso de VIH y 1 de SIDA. Además se cuenta con el registro de 2 casos de sífilis<sup>6</sup>.

Por la magnitud de este problema, vigente, es necesario un estudio para evidenciar su perfil clínico-epidemiológico, en el ámbito local (dado que es una prioridad nacional en salud, lo cual se ve reflejado en la existencia de una Estrategia Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH). Además tomando en cuenta el grupo poblacional que es mayormente afectado, la población económicamente activa, se tiene que conocer su perfil clínico-epidemiológico, dar recomendaciones y sugerir líneas de acción para las estrategias de salud local.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, en el período 2012?

---

<sup>6</sup> Análisis situacional de salud, Región de Salud Tacna: Vigilancia del VIH/SIDA, pag.65

### 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico-epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual en pacientes mujeres en edad fértil, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, año 2012.

#### 1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual en pacientes mujeres en edad fértil, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, año 2012.

2. Identificar tiempo de enfermedad, así como el síntoma por el cual acudieron a consulta y el tiempo de enfermedad en las pacientes mujeres en edad fértil, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, año 2012.

3. Determinar la frecuencia de recidiva de infecciones de transmisión sexual en pacientes mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, año 2012.

4. Asociar las condiciones epidemiológicas: edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico con las infecciones de transmisión sexual en pacientes mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva, Tacna 2012.

#### 1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, tiene como objetivo identificar el actual panorama epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual en nuestro medio, tomando como referente la estrategia nacional de prevención y control de ITS del Ministerio de Salud, en el ámbito del Centro de Salud Ciudad Nueva de nuestra ciudad.

Se observa un aumento de casos de ITS en los últimos años en personas jóvenes y los factores que favorecen tal situación son el inicio temprano de la vida sexual, los cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, la falta de educación sexual y de una cultura de prevención, el sexo comercial.<sup>7</sup>

Siendo así es tema válido y de actualidad en salud pública por cuanto es frecuente en la población joven, la cual no siempre sabe de su presencia por ser muchas veces infecciones asintomáticas, y que ocasionan problemas de salud mayores cuando no se efectúa el tratamiento adecuado. Tales como presencia de TORCH en madres gestantes, cuyos productos podrían verse afectados por la condición de la progenitora y morir al no establecerse las pautas terapéuticas del caso, siendo parte de las enfermedades conocidas como TORCH. Otros efectos de las ITS es que a mediano plazo de no ser adecuadamente manejadas podrían ocasionar consecuencias mortales como el cáncer de cuello uterino o infertilidad en ambos géneros al producirse en estadios avanzados orquitis en varones, obstrucción de la trompa de Falopio en mujeres y por consecuencia disminución de fertilidad.

El aumento en la prevalencia de portadores de VIH por cuanto reciben tratamiento retroviral y se preserva su calidad de vida, da lugar a una política de salud especial en este grupo poblacional, por tratarse de una

---

<sup>7</sup> Encuesta domiciliaria de VIH,ITS y conducta sexual (PREVEN 2002)

patología no curable, pero si prevenible. Es así que se brinda el TARGA gratuitamente y se brinda apoyo y consejería personalizada.

Además tenemos que las ITS son un conjunto de enfermedades que no dejan inmunidad permanente a la misma y por tanto, los pacientes son proclives a presentar varias veces la misma infección, por cuanto una adecuada información y cultura preventiva ayudaría a disminuir la morbilidad por esta causa.

Por lo antes mencionado es importante conocer el perfil clínico-epidemiológico de las ITS en el Centro de Salud Ciudad Nueva, para así poder dar recomendaciones en beneficio de la salud de la comunidad, además de informar las condiciones que se asocian y la presencia de recidiva de las mismas.

## 1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Infecciones de transmisión sexual (ITS):** son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de agujas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre al hijo

**Recurrencia:** reaparición de los síntomas tras una remisión

**Recidivancia:** cuando los síntomas vuelven a aparecer en una persona que ya había sido declarada curada o sana.

**TARGA:** terapia antirretroviral de gran actividad cuyo objetivo es reducir el riesgo de desarrollar nuevas enfermedades definidoras de sida

**VIH:** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

**TORCH:** Complejo que reúne infecciones congénitas de presentación clínica similar (retardo del crecimiento, afecciones oculares, del sistema nervioso y visceral, entre otras). Éstas son: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, virus herpes simple y entre otros están sífilis VIH, hepatitis B y C.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1 ANTECEDENTES

**AZNAR MARTÍN, JAVIER Y COLABORADORES. “Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones”. Procedimientos en Microbiología Clínica Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. España 2007**

Al contrario que las pruebas no treponémicas, las pruebas treponémicas no sirven para monitorizar el tratamiento, ya que en el 85% de los pacientes correctamente tratados, estas pruebas permanecen positivas, incluso de por vida. Solamente un 15-25% de los pacientes tratados correctamente durante los primeros estadios de la enfermedad, negativizan las pruebas treponémicas pasados 2-3 años. Se han descrito falsos positivos, aunque son muy poco frecuentes.<sup>8</sup>

**CHIRINO ACOSTA, PEDRO ANTONIO Y COLABORADORES “Infecciones de transmisión sexual en féminas. Centro de Diagnóstico Integral. Biruaca.” Venezuela 2012.**

Resultados: La vulvovaginitis por *Cándida albicans* fue la de mayor incidencia, seguida por tricomoniasis y papiloma virus humano. Conclusiones: existe una alta incidencia de féminas que acuden a consulta externa afectadas por infecciones de transmisión sexual. Se respetaron los

---

<sup>8</sup> Aznar Martín, Javier y colaboradores. “Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones”. Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2009. España, pp. 15. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/cap24.pdf>



criterios éticos y los resultados de la investigación se utilizarán con fines científicos.<sup>9</sup>

**REVISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE RAFAEL RANGEL “Infecciones de transmisión sexual (ITS)”. Venezuela 2012**

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año ocurre un promedio de 340 millones de nuevos casos de ITS en todo el mundo, con diversos factores biológicos, sociales, económicos, conductuales, político-sanitarios, éticos, religiosos, históricos y culturales, que contribuyen con un muy diverso impacto en la diseminación y persistencia de estas infecciones. En países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones derivadas, como enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones post-parto, aborto, muerte fetal y perinatal, conjuntivitis neonatal, infertilidad, disfunción sexual, VIH, entre otras, se encuentran entre las primeras cinco categorías de enfermedades por las cuales los adultos acuden a buscar tratamiento médico. La incidencia más alta se encuentra generalmente en hombres y mujeres de 15 a 35 años de edad, con una alta frecuencia en la población adolescente. Por su alta incidencia y morbimortalidad, aunado a los costos que genera su atención y tratamiento, las ITS constituyen un problema de salud pública mundial.<sup>10</sup>

**CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. “Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología”; España 2011.**

En el año 2009 se notificaron al sistema Enfermedades de Declaración Obligatoria 1.954 casos de infección gonocócica y 2.496 de sífilis (tasas

---

<sup>9</sup> Chirino Acosta, Pedro Antonio y colaboradores “Infecciones de transmisión sexual en féminas. Centro de Diagnóstico Integral. Biruaca. Venezuela”. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2013 Feb 06]; 16(2): 153-163. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200012&lng=es)

<sup>10</sup> Infecciones de transmisión sexual (ITS). INHRR [serial on the Internet]. 2012 June [cited 2013 Feb 06]; 43(1): 006-006. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04772012000100001&lng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000100001&lng=en)

por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española de 4,33 para la gonococia y 5,53 para la sífilis).

Al analizar los datos en el periodo 1995-2009 se observa un marcado descenso en la incidencia de infección gonocócica, cuyas tasas decrecieron desde el 11,69 por 100.000 habitantes en 1995 al 4,33 en el 2009. Sin embargo, esta tendencia no es homogénea, ya que tras el descenso inicial observado entre 1995-2001 se advierte un incremento continuado en la incidencia a partir de 2002.<sup>11</sup>

**CATACORA LOPEZ, FRESIA Y VILLANUEVA ROQUE, JAVIER. “Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna”, Perú 2004.** Resultados: El nivel de conocimiento fue regular para la mayoría de adolescentes (46,4%), los varones tuvieron mayor puntaje que las mujeres ( $p < 0,05$ ). El inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres, Uno de cada tres (34,7%; IC95: 27,3-42,0) varones refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia de una de cada doce (8,5%; IC95: 4,6-12,4) mujeres ( $p < 0,001$ ); de éstos 30% (IC95%: 19,3-40,7%) manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales sin diferencias según sexo. La información sobre VIH/SIDA es recibida principalmente de folletos (69,4%), televisión (64,2%) y de sus profesores (62,2%).<sup>12</sup>

**MONTERO RODRÍGUEZ, AYDA IRIS. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. “Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil”. Cuba 2011.** Se utilizaron

---

<sup>11</sup> Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2011. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/its.pdf>

<sup>12</sup> Catacora Lopez, Fresia y Villanueva Roque, Javier. Conocimientos sobre VIH/SIDA y practicas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Rev. perú. med. exp. salud publica*. [online]. jul./set 2007, vol.24, no.3 [citado 26 Febrero 2013], p.240-247. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.

métodos estadísticos en correspondencia al tipo de estudio, y se concluyó que el síndrome del flujo vaginal fue el de mayor incidencia entre las infecciones de transmisión sexual en las adultas jóvenes. Se recomendó realizar un trabajo comunitario con el equipo básico de trabajo ... en la promoción, prevención, pesquisas activas y curación de las infecciones de transmisión sexual del área de salud de La Batea, con la finalidad de modificar los resultados de nuestro estudio.<sup>13</sup>

**LÓPEZ FLORIÁN, YAMILA “Incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil en el consultorio sector 3 UD 1 Caricua.” Venezuela 2010.** Predominaron las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el grupo de 12 a 19 años, con 171 pacientes (48,6%), la primaria terminada fue el nivel escolar que predominó con 90 pacientes (28,4%), en su mayoría desocupadas 130, para un 47,7%) y siendo más frecuente la infección por el virus del papiloma humano 97, para un 32,2%. 229 tuvieron un inicio temprano de las relaciones sexuales, para un 65,9%. Se observó además que 221 féminas eran promiscuas, representando el 62,1%.

Solamente 31 enfermas de infección de transmisión sexual (ITS) habían usado condón en sus coitos, para un 14,9%. Existió un predominio de aquellos que no habían recibido ninguna información acerca de infecciones de transmisión sexual, con 202 pacientes, para un 63,5%. La mayor vía de información resultó ser a través del personal de salud, en 36 casos, representando el 47,4%. Recomendamos incrementar la promoción de salud en las comunidades, haciendo énfasis en los grupos de adolescentes.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Montero Rodríguez, Ayda Iris. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. “Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil”. Correo Científico Médico de Holguín ISSN 1560-4381 Suplemento 2011; 15(4) Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no154sp/pdf/no154spresut12.pdf>

<sup>14</sup> López Florián, Yamila “Incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil en el consultorio sector 3 ud 1 Caricua” 2010. Venezuela. Disponible en:

**SCHOLES, DELIA; SATTERWHITE, CATHERINE L. FINE, DAVID. “Tendencias a largo plazo de infección por *Chlamydia trachomatis* y consecuencias relacionadas en una población atendida por el sistema de salud de Estados Unidos” Estados Unidos 2012.** En la población de estudio se vio que el aumento de diagnóstico de clamidia en mujeres no se vio reflejado en la incidencia de embarazos ectópicos, o enfermedad inflamatoria pélvica, mas no así en los varones donde aumentaron las uretritis, en concordancia con el aumento de esta patología.<sup>15</sup>

**FRONTELA NODA, MAYDELÍN Y COLABORADORES “Infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres cubanas en edad reproductiva”. Cuba 2007**

La frecuencia total de la infección fue de 6,9. Hubo 6 asociaciones significativas: edad menor de 25 años (14,5), que fuera soltera (13,4); no refiriera síntomas de infección ginecológica (14,0); no tuviera antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (10,1) ni de infecciones de transmisión sexual (12,3) y que hubiera tenido más de una pareja sexual en los últimos 3 meses. Se concluye que estos resultados demuestran que la infección se presenta con mayor frecuencia en las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, solteras, asintomáticas y con conductas sexuales de riesgo. <sup>16</sup>

**NATALIA SALAS “Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes**

---

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2131/1/Incidencia-de-infecciones-de-transmision-sexual-en-mujeres-en-edad-fertil.html>

<sup>15</sup> Scholes, Delia; Satterwhite, Catherine; Fine, David. “Tendencias a largo plazo de infección por *Chlamydia trachomatis* y consecuencias relacionadas en una población atendida por el sistema de salud de Estados Unidos”. Enfermedades de Transmisión Sexual: Febrero 2012 - Volume 39 - Issue 2. Estados Unidos pp 81–88

<sup>16</sup> Frontela Noda, Maydelín y colaboradores “Infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres cubanas en edad reproductiva”. 2007. Cuba Rev Cubana Endocrinol 2007. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17\\_2\\_06/end01206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_2_06/end01206.htm)

**sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el municipio de Armenia”. Colombia 2009.**

Resultados: la principal causa de infección fue cocobacilos gram variable tipo *Gardnerella* (39%), seguida de *Candida spp* (6,5%) y *Trichomonas vaginalis* (5,7%).

Conclusiones: en pacientes sintomáticas de flujo vaginal se encontró mayor prevalencia de vaginosis bacteriana.<sup>17</sup>

**NEYRA FLORES, SILVIA “Frecuencia y características clínico epidemiológicas de la infección por transmisión sexual en mujeres entre 15 y 49 años atendidas en consultorio externo de gineco-obstetricia y medicina del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el período 2010-2011”. Perú 2010**

Resultados: La ITS más frecuente en la población femenina estudiada fue la Vaginosis bacteriana asociada a *Gardnerella vaginalis*, con el 44,6%, seguida por enfermedad pélvica inflamatoria con el 24,8% y sífilis con 20,7%. Siendo menos frecuente los casos de condilomatosis con 3,6% y herpes genital-anal con 2,3%.<sup>18</sup>

**DONGO ZEGARRA, RINA “Enfermedades de transmisión sexual en mujeres, frecuencia y factores de riesgo asociados, Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001”. Perú 2001**

Resultados: la mayor frecuencia de casos de ITS fue en edades de 20-35 años con 76%, en el nivel de instrucción secundario con 73%, en estado civil casada con 29% y soltera con 28%, en la ocupación de trabajadoras

---

<sup>17</sup> Salas, Natalia y colaboradores.” Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el municipio de Armenia (Colombia)”. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2013 Feb 06] ; 60(2): 135-142. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342009000200003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200003&lng=en).

<sup>18</sup> Silvia Neyra Flores “Frecuencia y características clínico-epidemiológicas de las infecciones por transmisión sexual en mujeres entre 15 y 49 años atención en consultorio externo de Gineco-obstetricia y Medicina del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el período 2010-2011” (Tesis para obtener Título profesional) Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2010

sexuales con 50%, y el síntoma más frecuente fue el prurito genital con 43% de presentación. Los factores de riesgo mayormente asociados a la posibilidad de contraer una ITS fueron: edad < 20 años (OR 1,96), condición resto de ocupaciones (OR 1,03), estado civil soltera (OR 1,3), estado civil separada (OR 1,26).<sup>19</sup>

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### 2.2.1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

#### 2.2.1.1 Definición

Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) son un grupo de enfermedades comunitarias que son transferidas predominantemente por contacto sexual; ellos son ahora el grupo más común de enfermedades infecciosas notificable en la mayoría de países. A pesar de algunas variaciones en su incidencia concurren con una alta casuística. Alrededor de 20 patógenos que han sido encontrados como transmitidos sexualmente. Algunos de estos agentes, tales como la *Chlamydia trachomatis* y agentes virales tienden a desplazar a las enfermedades bacterianas clásicas como son la sífilis, gonorrea, y chancroide, tanto en importancia como en frecuencia. Estos agentes son considerados de segunda generación entre las enfermedades de transmisión sexual, siendo frecuentemente más difíciles de identificar, tratar y controlar, y son causantes de complicaciones serias, algunas de las cuales resultan en discapacidad, mala condición de salud y muerte.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Dongo Zegarra, Rina “Enfermedades de transmisión sexual en mujeres, frecuencia y factores de riesgo asociados, Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001” (Tesis para obtener Título profesional) Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2001

<sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud En “International Migration” Volume 29, Issue 1, pages 13, published online: 30 JUL 2009

### 2.2.1.2 Tipos

A continuación algunas de las ITS más frecuentes y de relevancia clínico-epidemiológica.

#### **A) *Chlamydia trachomatis***

La infección por *C. trachomatis* es la más frecuente enfermedad de notificación obligatoria en los Estados Unidos. Es entre todas las enfermedades de transmisión sexual es la más frecuente. Los estudios demuestran que es alta su prevalencia en los EE.UU. en la población general. Su prevalencia es 6,8% entre las mujeres sexualmente activas de 14-19 años.<sup>21</sup>

En el Perú, encontró una prevalencia de 6,8% de infección por *Chlamydia trachomatis* detectada por reacción en cadena de la polimerasa, sobre 754 participantes de las diversas zonas rurales.<sup>22</sup> Otro estudio sobre 2440 personas de ambos sexos, en zonas urbano marginales, de la costa peruana, reporta una prevalencia de 6,6% mediante la misma técnica.<sup>23</sup>

##### - Etiología:

Bacteria gram (-) 0.3um diámetro, es un parásito intracelular obligado, por no producir ATP. Las variedades serológicas D a K son transmitidas sexualmente. Penetran en el interior de una célula eucariota impiden la formación del fagolisosoma e inhiben la síntesis de proteínas y DNA de la célula huésped.

##### - Ciclo vital:

---

<sup>21</sup> Centers for Disease Control and Prevention. CDC Grand Rounds: Chlamydia prevention: challenges and strategies for reducing disease burden and sequelae. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60(12):370-3.

<sup>22</sup> Garcia PJ y col. Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle, and coastal regions of Peru. Bull World Health Org. 2004; 82 (7): 483 –92.

<sup>23</sup> León SR, Konda KA, Klausner JD, Jones FR, Cáceres CF, Coates TJ. Chlamydia Trachomatis infection and associated risk factors in a low income marginalized urban population in coastal Peru. Rev Pan Salud Pública. 2009; 26 (1): 39 – 45.

Microorganismo penetra a través de abrasiones o laceraciones diminutas. Los cuerpos elementales (CE) formas infecciosas penetran en las células eucariotas y se transforman en células más grandes no infecciosas (CR) que se dividen por bipartición y se condensan de nuevo para dar CE en el interior de una inclusión intracitoplásmica.<sup>24</sup>

- Clínica

Tracoma: queratoconjuntivitis crónica que se inicia como una conjuntivitis folicular, caracterizada por inflamación difusa que afecta a la conjuntiva completa. La progresión lenta de la enfermedad conduce a la formación de cicatrices conjuntivales e inversión de los párpados. Las pestañas, situadas en posición invertida hacia dentro, causan abrasión constante de la córnea y ulceración de la misma, cicatrización, formación de *pannus* y pérdida de visión. Se transmite por contacto directo mediante las manos, paños contaminados y moscas, que transportan el exudado ocular

Conjuntivitis neonatal y neumonía en lactantes: Los recién nacidos adquieren la conjuntivitis de inclusión durante el paso a través del canal del parto infectado. Suele ocurrir entre 2 y 30 días después del nacimiento. Se caracteriza por hinchazón de los párpados, hiperemia y exudado purulento copioso. Las infecciones no tratadas pueden tener formación de cicatrices conjuntivales y vascularización corneal.

Los lactantes expuestos a *C. trachomatis* durante el parto pueden desarrollar una neumonía intersticial difusa.

Infecciones urogenitales en las mujeres: Por serotipos D a K en las mujeres alrededor del 70% son asintomáticas. En las infecciones sintomáticas las uretritis se caracterizan por la aparición de un exudado mucopurulento y ectopía hipertrófica. La cervicitis se puede asociar o

---

<sup>24</sup> Geo Brooks, Janet Butel, Stephen Morse, “Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg”, México: Editorial El Manual Moderno, ed.18, 2005, pp. 351-355.



no con infección cervical simultánea. Las clamidias pueden ascender por vía canalicular produciendo endometritis, salpingitis y pelviperitonitis.

*C. trachomatis* es la causa más frecuente de síndrome uretral agudo, y se manifiesta por disuria intensa, urgencia miccional y piuria.

La pelviperitonitis es la complicación más grave de la infección genital, y suele causar una sintomatología más leve que la causada por *N. gonorrhoeae*. La fiebre no suele ser elevada, el dolor abdominal es bastante constante y no es excepcional que la mujer presente uretrorragia, leucocitosis y VSG elevada. A veces la paciente presenta, además, una perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).

Puede causar obstrucción tubárica, consecutiva a la salpingitis, determina que la tasa de infertilidad sea tres veces superior a la causada tras una gonococia. Además se asocia a sufrir embarazo ectópico. La infección en la embarazada se ha asociado también con corioamnionitis, rotura prematura de membranas, prematuridad y bajo peso al nacer de los niños.

Linfogranuloma venéreo. Causada por serotipos L<sub>1</sub>, L<sub>2</sub> y L<sub>3</sub>. Incuba 1 a 4 semanas, aparece una lesión primaria en el lugar de la infección, indolora que pasa inadvertida muchas veces y cicatriza con rapidez. En ocasiones se acompaña de fiebre, cefalea y mialgias.

En una segunda fase de la infección aparece inflamación e hinchazón de los ganglios linfáticos que drenan la zona de la lesión inicial. Los ganglios inguinales son los que se afectan con mayor frecuencia; aparecen "bubones" dolorosos fluctuantes, que aumentan de tamaño poco a poco y pueden romperse para formar fístulas drenantes. Las manifestaciones sistémicas pueden incluir fiebre, escalofríos, anorexia, cefalea, meningismo, mialgias y artralgias. El linfogranuloma venéreo

no tratado puede revolverse en ese estadio o progresar hacia una fase crónica en úlceras genitales, fístulas, estenosis o elefantiasis genital.<sup>25</sup>

- Diagnóstico

Los métodos de diagnóstico más utilizados son: Detección directa de los cuerpos de Inclusión de la *Chlamydia trachomatis*, inmunofluorescencia directa, cultivo en líneas celulares, reacción en Cadena de la Ligasa (LCR), Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR); genotipificación, técnicas inmunoenzimáticas ó de enzimoimmunoensayo.

Los test de diagnóstico rápido de Chlamydia, como la prueba rápida de Enzimoimmunoensayo cromatográfico utilizada en este estudio, resultarían útiles para la detección y diagnóstico en entornos donde no se dispone de otros métodos y cumplirían los criterios que se exigen a una prueba de cribado para infección por *Chlamydia trachomatis*: sencilla, barata y aceptable.<sup>26</sup>

- Tratamiento

Azitromicina 1 g. oralmente en una sola dosis o doxiciclina 100mg. Oralmente c/12 horas por 7 días.

Alternativamente puede darse eritromicina 500 mg. Oralmente c/6 horas por 7 días o levofloxacino 500 mg. Oralmente 1 vez al día por 7 días.<sup>27</sup>

## **B) Sífilis**

---

<sup>25</sup> Tinsley Randolph Harrison, Anthony Fauci, Eugene Braunwald, Kasper, D.L. “Harrison, Principios de Medicina Interna”. España, Editorial: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. Edición: 16ª, 2005, pp. 1426-1435

<sup>26</sup> Katherine Bonifaz, Petronila Castro,, Luis Zambrano “Frecuencia de infección por Chlamydia trachomatis en pacientes que acudieron a control de Papanicolaou en un Hospital General de Ica, 2011” en Rev. méd. panacea 2012; Perú, pp.:20-23.

<sup>27</sup> Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/chlamydial-infections.htm>

La sífilis es una enfermedad ulcerativa genital que causa complicaciones significativas si no es tratada y facilita la transmisión de la infección por VIH. Sífilis temprana sin tratamiento en mujeres gestantes resulta en muerte perinatal hasta en 40% de los casos y si es adquirida durante los 4 años anteriores a la gestación, puede conducir a la infección del feto en 80% de los casos.<sup>28</sup>

Aunque el índice de casos ha declinado en las últimas décadas, siendo 1 caso por 100,000 personas en el 2011 en Estados Unidos.<sup>29</sup>

En Perú son 9.429 casos notificados en el 2006 y de ellos son 517 casos de sífilis congénita, siendo la prevalencia 0,5% en una investigación realizada en el año 2006 en 20 ciudades del Perú en trabajadoras del sexo.<sup>30</sup>

- Etiología:

Producida por el *Treponema pallidum*, microorganismo espiral del grupo de espiroquetas, mide 5-15um largo, dotado de motilidad activa, gira alrededor de endoflagelos. Microaerofílico.<sup>31</sup>

- Ciclo vital:

Penetra la piel y las mucosas a través de pequeñas abrasiones, multiplicándose en el punto de penetración y alrededor para invadir los ganglios linfáticos, vasos sanguíneos y la sangre, diseminándose rápidamente antes que se manifieste la lesión primaria.<sup>32</sup>

- Clínica

La sífilis pasa por cuatro etapas o estadios.

---

<sup>28</sup> Ingraham NR. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol.* 1951;31(Suppl 24):60-88

<sup>29</sup> Centers for Disease Control and Prevention. The national plan to eliminate syphilis from the United States. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.

<sup>30</sup> Enrique Galban & Adele Benzaken. "Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006" en *J bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3-4): 166-172 – ISSN: 0103-4065

<sup>31</sup> Geo Brooks, Janet Butel, Stephen Morse, "Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg", México: Editorial El Manual Moderno, ed.18, 2005, pp. 325-326.

<sup>32</sup> William, Hay. "Diagnóstico Pediátrico". 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1247

La etapa de Sífilis primaria, en la que después de la infección inicial, se produce la multiplicación del treponema, afectando los ganglios linfáticos y extendiéndose por vía sanguínea por todo el organismo el cual se presenta como un chancro solitario, esta es la lesión primaria, es una úlcera indolora con base endurecida.<sup>33</sup> El chancro aparece entre 10 a 90 días después de la exposición y se resuelve en forma espontánea en 4 a 8 semanas después. Estos pueden aparecer sobre los genitales, labios o ano.

La Sífilis secundaria se manifiesta 4 a 10 semanas después de la aparición del chancro, con malestar generalizado, adenopatías y exantema macopapular no pruriginoso que a menudo incluye palmas de las manos y plantas de los pies”. Esta sífilis se resuelve en 1 a 3 meses, pero puede recurrir.

La etapa de Sífilis latente se caracteriza porque la persona no presenta manifestaciones de la infección. Clínicamente se divide la sífilis en temprana o precoz, cuando tiene menos de un año y tardía cuando tiene más de un año de evolución, puede durar todo el resto de vida de la persona.<sup>34</sup>

En la sífilis terciaria la lesión característica es el goma, que puede aparecer en cualquier órgano.

En un tercio de los pacientes no tratados causa daño progresivo del sistema nervioso central, sistema cardiovascular, sistema músculo esquelético y otros parénquimas.<sup>35</sup>

#### - Diagnóstico

El diagnóstico se establece en base a las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio como “examen microscópico con condensador de campo oscuro, de muestras obtenidas de las lesiones.

---

<sup>33</sup> Reader, Sharon. “Enfermería Maternoinfantil” 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill 2000, pág. 879

<sup>34</sup> Mongrut Steane, Andrés. “Tratado de Ginecología” ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 165

<sup>35</sup> Reader, Sharon. “Enfermería Maternoinfantil” 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill 2000, pág. 885

Las pruebas serológicas más usadas para esta infección de transmisión sexual son “RPR o VDRL”<sup>36</sup>

- Tratamiento

Sífilis primaria y secundaria: Penicilina benzatínica G 2.4 millones unidades, intramuscular (IM) en 1 sola dosis.

Sífilis latente temprana: Penicilina benzatínica G 2.4 millones de unidades, intramuscular (IM) en 1 sola dosis.

Sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida: Penicilina benzatínica G 7.2 millones de unidades en total, administradas en 3 dosis de 2.4 millones de unidades, intramuscular (IM) 1 vez por semana.<sup>37</sup>

### C) Gonorrea

La gonorrea es la segunda enfermedad de notificación obligada más comúnmente reportada en los Estados Unidos. Las infecciones debido a *N. gonorrhoeae* como las causadas por *C. trachomatis* son la mayor causa de Enfermedad inflamatoria pélvica, en los Estados Unidos. La misma puede conducir a infertilidad por obstrucción tubárica, embarazo ectópico, y dolor pélvico crónico.<sup>38</sup>

Además la infección por gonococo facilita la transmisión de VIH.

Se tiene una incidencia de casos de 104.2 por 100,000 personas en Estados Unidos.

---

<sup>36</sup> Pérez, Alfredo. “Ginecología”. 2da edición. Santiago de Chile: Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda., 2001. pág. 187

<sup>37</sup> Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/229461-treatment#aw2aab6b6b2>

<sup>38</sup> Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999;75(1):3-17.

En Perú se tiene del año 1996 al 2002 que la prevalencia de la gonorrea anal de 5.1% bajó a 0.2%.<sup>39</sup>

- Etiología

Diplococo gram (-), de caras adyacentes aplanadas, carece de cápsula, en superficie externa posee fimbrias y pili. Son estas subunidades consideradas como factores de virulencia. Tamaño 0,8um de diámetro.

- Ciclo vital

Se adhiere a las células epiteliales de las mucosas (uretral, endocervical, conjuntival, faríngea o rectal) mediante los *pili* y la proteína II.

Para que el gonococo pueda crecer y reproducirse en las superficies mucosas es necesario que sea capaz de captar el hierro extracelular. Una vez fijado al epitelio, el gonococo penetra hasta el espacio subepitelial mediante un proceso de endocitosis intracelular iniciado por la proteína I y también por paso entre las células epiteliales.<sup>40</sup>

- Clínica

Se localiza en el epitelio columnar endocervical, en el 80% de los casos existe una infección uretral concomitante. La sintomatología aparece a los 8-10 días de adquirir la infección, limitándose a menudo a la aparición de leucorrea con secreción cervical mucopurulenta, acompañada o no de disuria. Solamente un 20% de las mujeres infectadas presenta un cuadro clínico florido con dolor abdominal o pélvico y hemorragia intermenstrual consecuencia de la extensión de la infección al endometrio.

Hasta un 50% de pacientes no presenta síntomas, constituyendo un reservorio de la infección.

---

<sup>39</sup> Centro de Noticias OPS “Perú: aumentan VIH y herpes genital mientras sífilis y gonorrea se reducen” Perú, 21 de febrero de 2007, disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=12050&SE=SN>

<sup>40</sup> Geo Brooks, Janet Butel, Stephen Morse, “Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg”, México: Editorial El Manual Moderno, ed.18, 2005, pp. 291-293.

Localmente pueden afectarse las glándulas de Bartholin, formando un absceso generalmente unilateral, doloroso y caliente, que puede drenar espontáneamente.

La infección gonocócica ascendente se da en el 15-20% de las mujeres y se manifiesta inicialmente por salpingitis con dolor en el tercio inferior del abdomen, leucorrea, metrorragias, fiebre, dolor a la deambulación y leucocitosis. Un 10-20% de las pacientes con salpingitis presentarán problemas secundarios a la obstrucción de las trompas de Falopio en forma de gestación ectópica o infertilidad.

En el 40-50% de las EIP el gonococo participa etiológicamente de este cuadro, aunque generalmente junto con otros microorganismos como bacterias anaerobias o especialmente *Chlamydia trachomatis*. La mujer puede adquirir también infección anorrectal y orofaríngea en función de sus prácticas sexuales.

#### Infección gonocócica diseminada

Se desarrolla en cerca del 3% de los individuos infectados, mayoritariamente (2/3) afecta a mujeres y aparece en relación con la menstruación.

Se manifiesta clínicamente por la aparición de fiebre, poliartralgias y lesiones cutáneas diversas (síndrome artritis-dermatitis). La lesión articular inicial es una tenosinovitis que afecta a varias articulaciones de forma asimétrica, siendo las más implicadas rodilla, codo, muñeca, dedos y tobillos. Sin tratamiento puede evolucionar hasta artritis séptica con tumefacción importante, acumulación de líquido sinovial purulento y posterior destrucción de la articulación. Las lesiones cutáneas se localizan preferentemente en manos, pies y tercio distal de las extremidades. Aparecen muy precozmente, son indoloras y presentan aspecto variable, desde máculo-pápulas eritematosas hasta

vesículo-pústulas con base purpúrica. Suelen desaparecer de manera espontánea a los pocos días.<sup>41</sup>

- Diagnóstico

Se diagnostica por las manifestaciones clínicas y los antecedentes sexuales dudosos.

También se realiza la identificación microscópica en frotis de la secreción purulenta de endocervix, vagina, uretra, ano rectal, glándulas de Skene, garganta, y el cultivo para identificar al gonococo, este cultivo establece la confirmación definitiva de la infección.<sup>42</sup>

- Tratamiento

Ceftriaxona 250 mg intramuscular (IM) en una sola dosis, o si no hay otra opción Cefixima 400mg oralmente en una sola dosis (no recomendado)

Adicionalmente:

Azitromicina 1g oralmente en 1 sola dosis o Doxiciclina 100mg oralmente BID por 7 días.<sup>43</sup>

## **D) Tricomoniasis**

- Etiología

Su agente causal es un protozoo unicelular, anaeróbico conocido como Trichomona vaginales. Afecta no sólo vagina, sino también al tracto genitourinario inferior, en ambos sexos.<sup>44</sup>

- Clínica

---

<sup>41</sup> Tinsley Randolph Harrison, Anthony Fauci, Eugene Braunwald, Kasper, D.L. "Harrison, Principios de Medicina Interna". España, Editorial: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. Edición: 16ª, 2005, pp. 1274-1277

<sup>42</sup> William, Hay. "Diagnóstico Pediátrico". 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1237

<sup>43</sup> Centro de Control y Prevención de enfermedades "Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010". USA, versión online: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/gonococcal-infections.htm>

<sup>44</sup> Mongrut Steane, Andrés. "Tratado de Ginecología", 3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 132



Entre sus signos y síntomas se tiene al flujo vaginal, profuso, espumoso y de color verde, a veces sanguinolento, con un mal olor (fétido); prurito en zona vulvar y perineal, intenso y muy molesto; disuria y aumento en la frecuencia de la micción; eritema y edema en mucosas.<sup>45</sup>

- Diagnóstico

La sospecha diagnóstica se establece clínicamente por los síntomas referidos por el paciente, toma de muestra para el cultivo.<sup>46</sup>

- Tratamiento

Metronidazol 2 g. oralmente en una sola dosis o Tinidazol 2 g. oralmente en una sola dosis.

Alternativamente se usa metronidazol 500mg oralmente BID por 7 días.<sup>47</sup>

## **E) Vaginosis bacteriana**

Es la infección de transmisión sexual más frecuente en las mujeres en edad reproductiva.

- Etiología

Agente *Gardnerella vaginalis*, un coco gram negativo.<sup>48</sup>

- Clínica

Sus síntomas más comunes son la secreción vaginal espesa de mal olor (a pescado), gris-blanca homogénea. Las pacientes pueden tener comezón vaginal o disuria.<sup>49</sup>

- Diagnóstico

---

<sup>45</sup> Opcit, Mongrut. pág. 133

<sup>46</sup> Opcit, Mongrut. pág. 133

<sup>47</sup> Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, versión online: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm#a2>

<sup>48</sup> Mongrut Steane, Andrés. “Tratado de Ginecología”, 3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 138

<sup>49</sup> William, Hay. “Diagnóstico Pediátrico”. 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1244

Se realiza el diagnóstico en base a las características clínicas del flujo vaginal olor fuerte a pescado descompuesto, identificación microscópicas de las células claves, coloración Gram y cultivos especiales.<sup>50</sup>

- Tratamiento

Metronidazol 500 mg oralmente BID por 7 días o Metronidazol en gel al 0.75%, 1 aplicación (5 g) intravaginal, 1 vez al día por 5 días.

Otra alternativa es Clindamicina en crema al 2%, 1 aplicación (5 g) intravaginal al acostarse por 7 días.<sup>51</sup>

#### **F) Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA)**

El SIDA se define como una enfermedad transmisible de elevada mortalidad y rápido aumento a nivel mundial que origina profunda depresión del sistema inmunológico, especialmente de los linfocitos T condicionando el desarrollo de graves infecciones por gérmenes oportunistas, como *Pneumocystis carini*, tumoraciones como el sarcoma de Kaposi y linfomas que llevan a la muerte a personas infectadas. El VIH es el agente causal del SIDA.<sup>52</sup>

El periodo de incubación es de 6 meses a 2 años, se describe como manifestaciones precoces a fiebre, diarrea, fatiga, linfadenopatía generalizada, anorexia, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas.

El diagnóstico se establece sobre la base de la evaluación médica de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo, evidencia serológica, estudio de los linfocitos y evaluación virósica.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> Opcit, Mongrut. pág. 141

<sup>51</sup> Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, versión online: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm#a2>

<sup>52</sup> Brunner y Suddarth, “Enfermería Médico Quirúrgico”, 9na edición, Editorial Mc Graw Hill 2001 Pág. 710

<sup>53</sup> Mongrut Steane, Andrés. “Tratado de Ginecología” ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 159

Las pruebas serológicas como la de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) detectan anticuerpos séricos contra el VIH, la muestra es analizada una vez; si el resultado es positivo, se vuelve a analizar por duplicado; si al menos dos de estos tres resultados son reactivos, la muestra debe ser analizada por una prueba suplementaria o confirmatoria, tipo Western Blot.

La persona recibirá un diagnóstico de VIH solamente si tiene 2 pruebas de Elisa positivas y la de Western Blot que es la prueba confirmatoria”.

54

Fases de la infección por VIH

**a. Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda**

En gran número de personas no hay manifestación alguna, usualmente se presenta luego de 2 a 4 semanas pero podría prolongarse. Estas manifestaciones pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente en corto tiempo. Es importante destacar que desde este momento puede hacer transmisión o contagio a otras

personas y que en este periodo el examen de Elisa para VIH puede no ser reactivo a pesar de que la persona está infectada (periodo de ventana).

**b. Fase asintomática o portador sin síntomas**

La persona infectada ingresa en un periodo prolongado (en promedio 5 a 8 años) de enfermedad, sin ninguna molestia. De allí que si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está infectada o no.

**c. Fase sintomática (linfadenopatía generalizada persistente) o portador con síntomas**

---

<sup>54</sup> Gloria Velásquez y Darío Gómez, “SIDA: Enfoque Integral”, 2da edición, Colombia: Editorial Ediciones Rojo 1996 pág. 32

Aunque la persona está por largos años sin síntomas en la gran mayoría de casos, algunos de ellos están representados por síntomas que proceden a la presentación de las infecciones oportunistas. Es posible que aquí se presenten las primeras apariciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.<sup>55</sup>

#### **d. SIDA o fase avanzada**

La presencia de infecciones oportunistas (aquellos microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades con parásitos “toxoplasmosis”, tipos de cáncer “sarcoma de Kaposi”, Pneumocystis jirovecii y entre otros) caracteriza a esta etapa. Sólo en esta fase la persona tiene o ha desarrollado SIDA.

#### **Formas de transmisión del VIH**

##### **Transmisión sexual**

Las personas se pueden infectar con el HIV si tienen sexo vaginal, anal o sexo oral con una persona infectada, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El riesgo de transmisión sexual se incrementa 10 veces con la presencia de otra ITS.

##### **Transmisión de madre- hijo, vertical o perinatal**

Se da durante el embarazo (8va y 9na semana) en fluidos como líquido amniótico; en el parto existe contacto del niño con secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto.

##### **Transmisión a través de agujas o compartiendo jeringas**

El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección.<sup>56</sup>

- Tratamiento

---

<sup>55</sup> Paredes, Andrés y colaboradores, “Guías de orientación Hablemos del SIDA”. 2da edición, Editorial Red SIDA, 1997, pág. 5

<sup>56</sup> Humberto Zanetti, “VIH/SIDA”. 1ra edición, Editorial Red SIDA, 2003 pág. 4-6

## Esquema TARGA en adultos y jóvenes.<sup>57</sup>

Condición previa al Tratamiento	Condición clínica	Recuento de CD4 y Carga viral	Esquema
Nunca Antes Tratado	<b>GRUPO A</b> Asintomático	CD4 mayor o igual 200 cel/mm <sup>3</sup> y CV mayor de 55,000 copias/ml, ó ↓ CD4 mayor o igual 100cel/mm <sup>3</sup> por año.	AZT + 3TC + NVP  ó
	<b>GRUPO B</b> Asintomático ó Sintomático	CD4 menor de 200 cel/mm <sup>3</sup> y/o CV mayor de 55,000 copias/ml	AZT + 3TC + EFV (*)

Considerar "Nunca Antes Tratado" a todo paciente que jamás recibió antiretrovirales o que los recibió por un periodo no mayor de 30 días.

AZT= Zidovudina      NVP= Nevirapina      d4T= Stavudina  
3TC= Lamivudina      EFV= Efavirenz      DDI = Didanosina

(\*) En los casos de pacientes con anemia moderada o severa antes o durante el tratamiento se utilizará d4T ó DDI en lugar de AZT.

### 2.2.2 MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS ITS-VIH/SIDA

Son todas aquellas medidas usadas con el fin de prevenir el contagio de las ITS, entre las cuales se tiene:

#### a) Practicar el "sexo seguro"

Es toda práctica sexual en la que no se está en contacto con fluidos que son de riesgo: semen, secreciones vaginales, sangre.

Existen varias alternativas y estas son: masturbación, caricias, besos, masajes eróticos e incluso el uso del preservativo. Tienen como propósito de reducir el riesgo a contraer SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual.

#### b) Uso correcto del preservativo en las relaciones sexuales.

Es la manera más efectiva de prevenir las ITS, usarlo en toda relación sexual; es necesario comprobar que el preservativo o condón esté en buenas condiciones, es decir, no usar si el envase está roto o

<sup>57</sup> Facultad de Medicina "Farmacología médica, Antirretrovirales y el tratamiento de la Infección por el VIH" en web UNMSM. Disponible en: <http://medicina.unmsm.edu.pe/farmacologia/0032%20Trat%20.html>

despegado, está resquebrajado, reseco o pegajoso, el color está alterado o es desigual.

El uso adecuado del preservativo o condón se realiza de la siguiente manera:

1) Colocarse el condón antes de cualquier contacto sexual.

Cuando el pene esté erecto sujetar la punta del preservativo y presionarlo para sacar el aire.

2) Sin soltar la punta desenrollarlo hasta llegar a la base del pene.

3) No usar crema cosmética ni vaselina como lubricantes porque deteriorarían el condón.

4) Después de eyacular, sujetar el condón por su base y retirarlo del pene mientras esté erecto.

5) Quitar el condón cuidando que no gotee.

6) Anudar el condón usado y eliminarlo a la basura.

**c) La abstinencia sexual**

Conducta por la cual una persona no tiene relaciones sexuales.

**d) Prácticas sexuales sin penetración**

Son aquellas prácticas en las cuales no existe el coito (penetración), entre ellas, están los besos, fantasear, los abrazos, las caricias.

**e) Ser fiel a la pareja o pareja sexual única y duradera**

Esto hace referencia a tener relaciones sexuales sólo con su pareja, ser fiel, respetarla.

**f) Evitar la promiscuidad.**

Se refiere promiscuidad cuando una persona mantiene relaciones sexuales con varias personas; es uno de los mayores riesgos para contraer el VIH o alguna ITS. <sup>58</sup>

### 2.2.3 PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS Y VIH/SIDA (2007-2011).

---

<sup>58</sup> Ministerio de Salud, “Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual” 2006, pág.15-18

En este Plan, el Ministerio de Salud y los actores sociales del país se han movilizado con el propósito de disminuir el impacto del VIH en el país por el fortalecimiento de la prevención de transmisión del VIH

Tiene como objetivos estratégicos los siguientes:

Objetivo estratégico 1. Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de su libertad (PPL) al año 2011.

Objetivo estratégico 2. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011

Objetivo estratégico 3. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes

Objetivo estratégico 4. Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011

Objetivo estratégico 5. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011

Objetivo estratégico 6. Alcanzar un 90% de acceso de las personas que viven con VIH/SIDA (adultos y niños) a una atención integral y de calidad

Objetivo estratégico 7. Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las personas que viven con VIH/SIDA.

Objetivo estratégico 8. Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.

Objetivo estratégico 9. Fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para permitir la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

Los siguientes diagnósticos sindrómicos están contemplados:

- Bubón inguinal (BI)
- Dolor abdominal bajo (DAB)
- Descarga uretral (DU)
- Flujo vaginal con vaginitis (FV-V)
- Flujo vaginal con cervicitis (FV-Cx)
- Flujo vaginal con vaginitis y cervicitis (FV-V-Cx)
- Úlcera genital (UG)

Diagnóstico etiológico

- Condiloma acuminado (CA)
- Sífilis primaria (SP), Sífilis secundaria (SS), Sífilis latente (SL)
- Sífilis congénita (SC)
- Portador asintomático VIH (+)
- SIDA
- Tricomoniasis (TR)
- Vaginosis bacteriana (VB)
- Candidiasis (CAN)
- Gonorrea (GC)
- Clamidia (CL) <sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Plan Estratégico Multisectorial Para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el PERÚ (2007-2011)



## CAPÍTULO III

### 3.1 HIPÓTESIS

- a) Al ser un estudio con diseño descriptivo transversal retrospectivo no requiere plantear hipótesis.

### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
<b>Epidemiológico</b>	Edad (años)	15-19 20-29 30-39 40-49	Ordinal
	Nivel instrucción	Primaria Secundaria Superior Técnica Ninguna	Ordinal
	Estado civil	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	nominal
	Ocupación	Anotar cuál	nominal
	Valoración Socioeconómica domicilio	Alta Mediana Baja	Nominal
<b>Clínico</b>	tipos	VIH Sífilis Gonorrea Herpes genital Chlamydia Tricomoniasis Vaginosis bacteriana Candidiasis vaginal Otros: cuál (anotar)	nominal
	Frecuencia al año	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o más	Ordinal

	Recidiva tras Tratamiento	Si No	Nominal
	Síntoma por el que acude a consulta	Anotar cuál	nominal
	Tiempo enfermedad	Anotar cuántos días	ordinal
	Tipo diagnóstico	Clínico Laboratorial	nominal

## CAPÍTULO IV

### 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 Diseño

El presente trabajo de investigación fue de diseño descriptivo, transversal.

Según RAUL PINO G., es *descriptivo*, porque buscó especificar el perfil clínico-epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual en pacientes mujeres en edad fértil, atendidas en el C. S. Ciudad Nueva; *transversal*, porque se aplicó en una corte en el tiempo y espacio determinado.

#### 4.2 Ámbito de estudio

Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, Nivel I-4.

Perteneciente a la Microred Cono Norte,

Ubicado en Daniel A. Carrión S/N frente a la Plaza Principal Distrital, Distrito de Ciudad Nueva, Provincia de Tacna, Departamento de Tacna.

Fecha de creación el 4 de noviembre del año 1985

Distancia al Hospital Hipólito Unanue de Tacna: 3 kms.

Altitud: 603 m.s.n.m.

Horario de atención: 7:30 am – 7:30 pm consultorios y emergencias las 24 horas del día.

Población asignada: 17340 personas

Teléfono: 311491 – 310463

#### 4.3 Población y Muestra

**Población de estudio:**

La población de estudio estuvo constituida por 443 mujeres en edad fértil que acudieron atenderse al C. S. Ciudad Nueva durante el periodo enero – diciembre del 2012.

**Muestra de estudio:**

La muestra elegible en la cual se recolectó la información fue de 136 mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva; obtenida por método probabilístico mediante la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p (1-p) N}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot p (1-p)}$$

Donde:

<b>N</b>	<b>443</b>	Población de mujeres en edad fértil con ITS atendidos en el C. S. Ciudad Nueva 2012
<b>Z</b>	1.96	Valor Z para un nivel de significancia = 0,05
<b>P</b>	0.15	Proporción de mujeres en edad fértil que tienen la característica de interés
<b>E</b>	0.05	Margen de Error
<b>n</b>	<b>136</b>	Tamaño de muestra

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:****a. Criterios de Inclusión**

- Pacientes mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, con diagnóstico definitivo de ITS, atendidas en Centro de salud Ciudad Nueva de Tacna durante el año 2012

#### **b. Criterio de Exclusión**

- Gestantes.
- Mujeres en edad fértil menores de 15 y mayores de 49 años de edad.
- Pacientes mujeres sin diagnóstico definitivo de ITS.
- Pacientes mujeres con diagnóstico de Papiloma virus humano.

#### **4.5. Instrumentos de recolección de datos**

Mediante un instrumento estructurado en dos partes se recolecta la información: primero los aspectos clínicos-epidemiológicos, segundo la valoración socioeconómica del sujeto de estudio, ficha de evaluación socioeconómica familiar validada por la Red de Salud Lima Ciudad (Ver Anexo 1).

**Primera parte;** que considera los aspectos epidemiológicos, como la edad, nivel de instrucción, procedencia, estado civil, ocupación y número de parejas. Los aspectos clínicos como: Tipo de diagnóstico de Infección de Transmisión Sexual, frecuencia de infecciones en el año (recidivas), Síntoma por el que acude a consulta, Tiempo de enfermedad antes de consulta y Tipo de diagnóstico.

**Segunda parte:** Esta sección se estructuró para evaluar el nivel socioeconómico de las mujeres en edad fértil, para el cual se aplicó la Ficha de evaluación socioeconómica de la Familia, elaborado por la Dra. Patricia Muñoz (R3 MF y C-UNMSM), parte del Equipo de la Unidad de Atención Integral de la Red de Salud Lima Ciudad- Revisado por: Dra. Rita Quiñones Lucero (Comité de la Especialidad de MFyC-UNMSM) (Anexo N° 1), de aplicación en la jurisdicción

de los establecimientos de la Red de Salud Lima Ciudad y de referencia para los demás integrantes del sector salud; en quienes no se tenía valoración socioeconómica SIS como elegible, es decir categoría A.

## **CAPÍTULO V**

### **5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

#### **5.1. Técnica de Recolección de datos**

Para la recolección de la información, se solicitó autorización de la Gerencia del Centro de Salud Ciudad Nueva, con la finalidad de obtener las facilidades para su ejecución.

Luego se procedió a aplicar los instrumentos recogiendo la información de las Historias Clínicas (fuente secundaria).

Para obtener la valoración socioeconómica de las que no estaban consignadas en las Historias Clínicas (pacientes SIS), se tomó en cuenta la dirección domiciliaria y se evaluó en el domicilio de cada paciente teniendo en cuenta, el estado civil, grupo familiar, tenencia en la vivienda, agua de consumo, eliminación de excretas, energía eléctrica, nivel de instrucción de la madre, ocupación del jefe de familia, ingresos familiares y número de personas por dormitorio.

En la construcción de la escala de medición, se asignó valores de 1 a 5 puntos en cada categoría, que finalmente se obtuvo las siguientes categorías de valoración:

- Nivel bajo                    11 - 23 puntos
- Nivel Medio                24 - 36 puntos
- Nivel alto                    37 - 50 puntos

#### **3.5. Análisis Estadístico**

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el

procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 21.0.

Para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada). Para el análisis bivariado del perfil clínico-epidemiológico con las Infecciones de Transmisión Sexual, se utilizó el estadístico Chi cuadrado, considerando un nivel de confianza de 95% y un valor  $p < 0,05$ .

Para la presentación de información se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada en base a los objetivos planteados con sus respectivos gráficos.



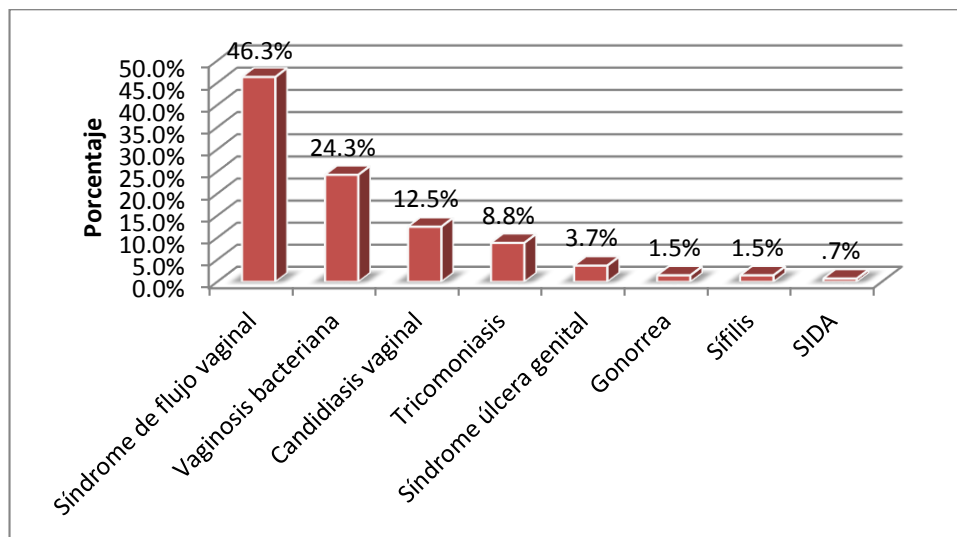
## CAPITULO VI

### 6. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los cuadros estadísticos descriptivos que corresponden a la información obtenida como resultado de la investigación y los análisis estadísticos de los cuadros que a continuación se detalla.

#### GRÁFICO N° 01

#### FRECUENCIA DE CASOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL C. S. CIUDAD NUEVA, 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico N° 1, 136 mujeres incluidas en el estudio, el 46,3% fue diagnosticada de Síndrome de flujo vaginal, 24,3%, Vaginosis bacteriana, 24,3%, Candidiasis vaginal 12,5% y Tricomoniasis 8,8%. Las restantes condiciones presentan proporciones menores a 4%.

**TABLA N° 01**

**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN  
SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
ATENDIDAS EN EL C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

<b>Tiempo de enfermedad</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
3-5 días	30	22,1%
6-10 días	58	42,6%
11-15 días	37	27,2%
16-20 días	7	5,1%
de 20 a más	4	2,9%
Total	136	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°1, se observa que de las MEF estudiadas el 42,6% tuvo un tiempo de enfermedad de 6-10 días, seguido por el 27,2%, que presentó sintomatología con duración de 11- 15 días con y el 22,1% con sintomatología de 3-5 días. El resto de intervalos obtuvieron porcentajes menores a 6%.

**TABLA N° 02**

**TIEMPO DE ENFERMEDAD SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN  
SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
ATENDIDAS EN EL C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

Diagnóstico	Tiempo de enfermedad											
	3-5 días		6-10 días		11-15 días		16-20 días		de 20 a más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Candidiasis vaginal	-	-	5	29,4%	12	70,5%	-	-	-	-	17	100%
Gonorrea	-	-	-	-	-	-	2	100%	-	-	2	100%
SIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100%	1	100%
Sífilis	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100%	2	100%
Síndrome de flujo vaginal	16	25,3%	34	53,9%	11	17,4%	2	3,1%	-	-	63	100%
Síndrome úlcera genital	1	20%	4	80%	-	-	-	-	-	-	5	100%
Tricomoniasis	7	58,3%	3	25%	2	16,6%	-	-	-	-	12	100%
Vaginosis bacteriana	6	18,1%	12	36,3%	12	36,3%	3	9%	-	-	33	100%
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100%	1	100%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>22,1%</b>	<b>58</b>	<b>42,6%</b>	<b>37</b>	<b>27,2%</b>	<b>7</b>	<b>5,1%</b>	<b>4</b>	<b>2,9%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>

Valor p = 0,000

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 2, se observa que el tiempo de enfermedad para Candidiasis vaginal fue de 11-15 días en 70,5% (12 casos), y de 6-10 días, de 29,4% (5 casos)

El tiempo de enfermedad para Gonorrea fue de 16-20 días, equivalente al 100% (2 casos)

El tiempo de enfermedad para el SIDA fue más de 20 días en el único caso, 100%.

El tiempo de enfermedad para Sífilis fue de más de 20 días para los 2 casos, 100%

El tiempo de enfermedad para Síndrome de flujo vaginal fue de 6-10 días en 53,9%, de 3-5 días en 25,3 y de 11-15 días en 17,4%.

El tiempo de enfermedad para Síndrome de úlcera genital fue de 6-10 días en 80%, y de 3-5 días en 20%.

El tiempo de enfermedad para Tricomoniasis fue de 3-5 días en 58,3%, y 6-10 días en 25%.

El tiempo de enfermedad para Vaginosis bacteriana fue de 6-10 días y 11-15 días con 36,3% respectivamente, seguido de 3-5 días con 18,1%.

El tiempo de enfermedad de VIH fue de más de 20 días para el único caso (100%).

Se halló asociación significativa entre tiempo de enfermedad e infecciones de transmisión sexual, valor  $p=0$ .

**TABLA N° 03**

**FRECUENCIA DE SÍNTOMA PRINCIPAL DE LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES  
EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS  
C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

<b>Síntomas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
flujo vaginal blanquecino s/mal olor	73	53,6%
prurito vaginal	36	26,4%
flujo vaginal blanquecino c/mal olor	16	11,7%
flujo vaginal amarillento s/mal olor	13	9,5%
flujo vaginal espumoso	11	8,0%
dolor hipogastrio	11	8,0%
flujo vaginal amarillento c/mal olor	7	5,1%
úlceras múltiples dolorosas c/pus	5	3,6%
urencia local	2	1,4%
úlceras redonda pequeña e indolora	2	1,7%
flujo vaginal transparente	1	0,7%
flujo vaginal grisáceo c/mal olor	1	0,7%
dispareunia	1	0,7%
síndrome consuntivo	1	0,7%
ninguno	1	0,7%
total	136	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 3, presenta los síntomas de las ITS en mujeres en edad fértil, observándose que el flujo vaginal blanquecino sin mal olor fue el más frecuente

con 53,6%; seguido por el prurito vaginal con 26,4%, flujo vaginal blanquecino con mal olor con 11,7%; flujo vaginal amarillento sin mal olor con 9,5%; flujo vaginal espumoso y dolor en hipogastrio con 8%; flujo vaginal amarillento con mal olor con 5,1%; mientras que los demás síntomas presentaron porcentajes por debajo de 4%.

**TABLA N° 04**

**FRECUENCIA DE TIPO DE DIAGNÓSTICO SEGÚN  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES  
EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS  
C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

Diagnóstico	Tipo de diagnostico					
	Clínico		Laboratorio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Candidiasis vaginal	17	100,0%	-	-	17	100,0%
Gonorrea	2	100,0%	-	-	2	100,0%
SIDA	-	-	1	100,0%	1	100,0%
Sífilis	-	-	2	100,0%	2	100,0%
Síndrome de flujo vaginal	47	74,6%	16	25,4%	63	100,0%
Síndrome úlcera genital	5	100,0%	-	-	5	100,0%
Tricomoniasis	7	58,3%	5	41,7%	12	100,0%
Vaginosis bacteriana	17	51,5%	16	48,5%	33	100,0%
VIH	-	-	1	100,0%	1	100,0%
Total	95	69,9%	41	30,1%	136	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 11, expresa la asociación entre el tipo de diagnóstico y las Infecciones de Transmisión sexual. De todas las pacientes diagnosticadas de infección de transmisión sexual, el 69,9% se basó por criterio clínico, mientras que el 30,1% por criterio laboratorial.

De todas las pacientes que tuvieron candidiasis vaginal el 100% fueron diagnosticadas con criterio clínico.

De todas las pacientes que tuvieron gonorrea, el 100% fueron diagnosticadas con criterio clínico.

El único caso que tuvo SIDA (100%) fue diagnosticada con criterio laboratorial.

De todas las pacientes que tuvieron sífilis el 100% fueron diagnosticadas con criterio laboratorial.

De todas las pacientes que tuvieron síndrome de flujo vaginal, el 47% fueron diagnosticadas con criterio clínico y el 25,4% con criterio laboratorial.

De todas las pacientes que tuvieron síndrome de úlcera genital, el 100% fueron diagnosticadas con criterio clínico.

De todas las pacientes que tuvieron Tricomoniasis, el 58,3% fueron diagnosticadas con criterio clínico y el 41,7%, con criterio laboratorial.

De todas las pacientes que tuvieron Vaginosis bacteriana, el 51,5% fueron diagnosticadas con criterio clínico y 48,5%, con criterio laboratorial.

El único caso que tuvo VIH (100%) fue diagnosticada con criterio laboratorial.



**TABLA N° 05**

**RECIDIVA SEGUN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN  
PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS  
C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

Diagnóstico	Recidiva						Valor <i>p</i>
	SI		NO		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Candidiasis vaginal	3	17,6%	14	82,4%	17	100,0%	p=0,410
Gonorrea	-	-	2	100,0%	2	100,0%	
Sífilis	-	-	2	100,0%	2	100,0%	
Síndrome de flujo vaginal	13	20,6%	50	79,4%	63	100,0%	
Síndrome úlcera genital	-	-	5	100,0%	5	100,0%	
Tricomoniasis	4	33,3%	8	66,7%	12	100,0%	
Vaginosis bacteriana	3	9,1%	30	90,9%	33	100,0%	
Total	23	17,2%	111	82,8%	134	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla N° 5, se observa que 23 pacientes (17,2%) tuvo recidiva y 111 pacientes (82,8%) no la tuvo.

De las mujeres con diagnóstico síndrome de flujo vaginal el 20,6% tuvo recidiva, mientras que el 79,4% no la tuvo.

De las mujeres con diagnóstico de Vaginosis bacteriana el 9,1% tuvo recidiva, el 90,9%, no la tuvo.

De las mujeres con diagnóstico de candidiasis vaginal el 17,6% tuvo recidiva, 82,4%, no la tuvo.

De las mujeres con diagnóstico de tricomoniasis el 33,3% tuvo recidiva, mientras que el 66,7%, no la tuvo.

No se encontró asociación estadística significativa entre recidiva e infecciones de transmisión sexual, valor  $p= 0,41$ .

**TABLA N° 06**

**EDADES SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN  
PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

ITS	Edad										Valor <i>p</i>
	15-19 años		20-29 años		30-39 años		40-49 años		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Candidiasis vaginal	3	17,6%	9	52,9%	5	29,4%	-	-	17	100,0%	p=0,325
Gonorrea	-	-	2	100%	-	-	-	-	2	100,0%	
SIDA	-	-	1	100%	-	-	-	-	1	100,0%	
Sífilis	-	-	-	-	2	100,0%	-	-	2	100,0%	
Síndrome de flujo vaginal	5	7,9%	37	58,7%	14	22,2%	7	11,1%	63	100,0%	
Síndrome úlcera genital	-	-	1	20,0%	4	80,0%	-	-	5	100,0%	
Tricomoniasis	-	-	10	83,3%	2	16,7%	-	-	12	100,0%	
Vaginosis bacteriana	2	6,1%	18	54,5%	8	24,2%	5	15,2%	33	100,0%	
VIH	-	-	1	100,0%	-	-	-	-	1	100,0%	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>7,4%</b>	<b>79</b>	<b>58,1%</b>	<b>35</b>	<b>25,7%</b>	<b>12</b>	<b>8,8%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 5, se presenta la asociación entre la ocupación y las Infecciones de Transmisión sexual. Se observa que de los casos con ITS, el 58,1% tiene edades de 20-29 años, seguido del 25,7% que tienen de 30-39 años y 8,8% que tienen de 40-49 años.

Se observa que de 63 mujeres con diagnóstico de Síndrome de flujo vaginal, el 58,7% tenía entre 20-29 años, el 22,2% de 30-39 años y 11,1% de 40-49 años.

De 33 mujeres con Vaginosis bacteriana, el 54,5% tenían de 20-29 años, 24,2% de 30-39 años, 15,2% de 40-49 años y 6,1% de 11-19 años.

De 17 mujeres con Candidiasis vaginal, el 52,9% tenían de 20-29 años, 29,4% de 30-39 años y 17,6% de 11-19 años.

De las 5 mujeres con tricomoniasis, el 83,3% tenían de 20-29 años, 16,7% de 30-39 años.

De las 5 mujeres que tuvieron Síndrome de úlcera genital el 80% tenía de 30-39 años y el 20% restante de 20-29 años.

Por otro lado, la Gonorrea, la Sífilis, el VIH, SIDA fueron poco frecuentes en el periodo enero – diciembre 2012

Al evaluar con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que no existe asociación estadística significativa entre la edad y las Infecciones de Transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p=0,325$ ).

**TABLA N° 07**

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN  
SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

ITS	Nivel de instrucción									
	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Candidiasis vaginal	-	-	-	-	14	82,4%	3	17,6%	17	100,0%
Gonorrea	-	-	1	50,0%	1	50,0%	-	-	2	100,0%
SIDA	-	-	-	-	1	100,0%	-	-	1	100,0%
Sífilis	-	-	1	50,0%	1	50,0%	-	-	2	100,0%
Síndrome de flujo vaginal	2	3,1%	10	15,8%	44	69,8%	7	11,1%	63	100,0%
Síndrome úlcera genital	-	-	-	-	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
Tricomoniasis	1	8,3%	-	-	7	58,3%	4	33,3%	12	100,0%
Vaginosis bacteriana	-	-	4	12,1%	19	57,6%	10	30,3%	33	100,0%
VIH	-	-	-	-	1	100,0%	-	-	1	100,0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2,2%</b>	<b>16</b>	<b>11,8%</b>	<b>92</b>	<b>67,6%</b>	<b>25</b>	<b>18,4%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>

Valor p= 0,546

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 6, se presenta la asociación entre el nivel de instrucción y las Infecciones de Transmisión sexual. Se observa que de las pacientes con ITS el 67,6% tenía nivel de instrucción secundaria, el 18,4%, superior, el 11,8% primaria y el 2,2% ninguna.

De las pacientes con síndrome de flujo vaginal el 69,8% tenía instrucción secundaria, el 15,8%, primaria, el 11,1% superior y el 3,1% ninguna.

De las pacientes con Vaginosis bacteriana el 57,6% tenía instrucción secundaria, el 30,3%, superior, 12,1%, primaria.

De las pacientes con candidiasis vaginal el 82,4% tenía instrucción secundaria y el 17,6%, superior.

De las pacientes con tricomoniasis el 58,3% tenía instrucción secundaria, el 33,3%, superior, 8,3%, ninguna.

De las pacientes con síndrome de úlcera genital el 80% tenía instrucción secundaria y el 20%, superior.

De las pacientes con gonorrea y sífilis el 50% tenía instrucción primaria y el otro 50%, secundaria, para ambos grupos.

La paciente que se diagnosticó SIDA tenía nivel de instrucción secundaria e igualmente para la paciente que tuvo VIH.

Al evaluar con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que no existe asociación estadística significativa entre el nivel de instrucción y las Infecciones de Transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p=0,546$ ).

**TABLA N° 08**

**FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012**

ITS	Estado civil								Valor <i>p</i>
	Soltera		Casada		Conviviente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Candidiasis vaginal	6	35,3%	-	-	11	64,7%	17	100,0%	p=0,653
Gonorrea	-	-	-	-	2	100,0%	2	100,0%	
SIDA	1	100,0%	-	-	-	-	1	100,0%	
Sífilis	-	-	-	-	2	100,0%	2	100,0%	
Síndrome de flujo vaginal	25	39,7%	6	9,5%	32	50,8%	63	100,0%	
Síndrome úlcera genital	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	100,0%	
Tricomoniasis	4	33,3%	1	8,3%	7	58,3%	12	100,0%	
Vaginosis bacteriana	7	21,2%	3	9,1%	23	69,7%	33	100,0%	
VIH	1	100,0%	-	-	-	-	1	100,0%	
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>33,8%</b>	<b>11</b>	<b>8,1%</b>	<b>79</b>	<b>58,1%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 7, expresa la asociación entre la ocupación y las Infecciones de Transmisión sexual. Se observa que de todas las mujeres con ITS, el 58,1% eran convivientes, seguido de 33,8%, solteras y 8,1%, casadas.

De las mujeres con síndrome de flujo vaginal el 50,8% eran convivientes; el 39,7%, solteras; el 9,5%, casadas.

De las mujeres con Vaginosis bacteriana el 69,7% eran convivientes; el 21,2%, solteras; el 9,1%, casadas.

De las mujeres con candidiasis vaginal el 64,7% eran convivientes; el 35,3%, solteras.

De las mujeres con tricomoniasis el 58,3% eran convivientes; el 33,3%, solteras;

el 8,3%, casadas.

De las mujeres con síndrome de úlcera genital eran solteras y convivientes, en 40% para ambos grupos, el restante 20% eran casadas.

De las mujeres con gonorrea y sífilis el 100% eran convivientes para ambos grupos.

De las mujeres con VIH y SIDA el 100% eran solteras para ambos grupos.

Al evaluar con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que no existe asociación estadística significativa entre el estado civil y las Infecciones de Transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p=0,653$ ).

**TABLA N° 09**

**FRECUENCIA DE OCUPACIÓN SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012.**

ITS	Ocupación										Valor <i>p</i>
	Ama de casa		Trabajo independiente		Trabajo dependiente		Estudiante		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Candidiasis vaginal	10	58,8%	3	17,6%	3	17,6%	1	5,9%	17	100,0%	p=0,047
Gonorrea	2	100,0%	-	-	-	-	-	-	2	100,0%	
SIDA	-	-	-	-	-	-	1	100,0%	1	100,0%	
Sífilis	1	50,0%	1	50,0%	-	-	-	-	2	100,0%	
Síndrome de flujo vaginal	25	39,7%	28	44,4%	1	1,6%	9	14,3%	63	100,0%	
Síndrome úlcera genital	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	-	-	5	100,0%	
Tricomoniasis	3	25,0%	5	41,7%	1	8,3%	3	25,0%	12	100,0%	
Vaginosis bacteriana	11	33,3%	9	27,3%	4	12,1%	9	27,3%	33	100,0%	
VIH	-	-	-	-	-	-	1	100,0%	1	100,0%	
Total	54	39,7%	47	34,6%	11	8,1%	24	17,6%	136	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 8, expresa la asociación entre la ocupación y las Infecciones de Transmisión sexual. Se observa que de todas las mujeres en edad fértil, el 39,7% eran amas de casa, seguido de 34,6% trabajadoras independientes y 17,6%, estudiantes.

Se observa que de todas las pacientes que tuvieron candidiasis vaginal, el 58,8% eran amas de casa, el 17,6% trabajadoras independientes y dependientes respectivamente.

De las pacientes que tuvieron gonorrea el 100% (2 casos) eran amas de casa.

El único caso (100%) de SIDA es estudiante.



De las pacientes que tuvieron sífilis 50% (1 caso) era ama de casa y el otro 50% (1 caso) es trabajadora independiente.

De las pacientes que tuvieron síndrome de flujo vaginal 44,4% eran trabajadoras independientes, 39,7%, amas de casa, 14,3%, estudiantes.

De las pacientes que tuvieron síndrome de úlcera genital el 40% eran amas de casa y otro 40% trabajadoras dependientes.

De las pacientes que tuvieron Tricomonirosis, el 41,7% eran trabajadoras independientes, amas de casa y estudiantes con 25% cada uno.

De las pacientes que tuvieron Vaginosis bacteriana, 33,3% eran amas de casa, mientras que trabajadoras independientes y estudiantes representan el 27,3% ambos grupos.

El único caso (100%) de VIH era estudiante.

Al evaluar con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que existe asociación estadística significativa entre la ocupación y las Infecciones de Transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p=0,047$ ).

**TABLA N° 10**

**FRECUENCIA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012.**

ITS	Nivel socioeconómico								Valor <i>p</i>
	Bajo		Medio		Alto		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Candidiasis vaginal	11	64,7%	6	35,3%	-	-	17	100,0%	p=0,022
Gonorrea	-	-	2	100,0%	-	-	2	100,0%	
SIDA	-	-	1	100,0%	-	-	1	100,0%	
Sífilis	-	-	2	100,0%	-	-	2	100,0%	
Síndrome de flujo vaginal	21	33,3%	34	54,0%	8	12,7%	63	100,0%	
Síndrome úlcera genital	1	20,0%	4	80,0%	-	-	5	100,0%	
Tricomoniasis	1	8,3%	11	91,7%	-	-	12	100,0%	
Vaginosis bacteriana	3	9,1%	25	75,8%	5	15,2%	33	100,0%	
VIH	-	-	1	100,0%	-	-	1	100,0%	
Total	37	27,2%	86	63,2%	13	9,6%	136	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 6, expresa la asociación entre el nivel socioeconómico y las Infecciones de Transmisión sexual.

De todas las pacientes que tuvieron infecciones de transmisión sexual el 63,2% era de nivel socioeconómico medio, el 27,2%, bajo y el 9,6% alto.

De todas las pacientes que tuvieron candidiasis vaginal el 64,7% tenían nivel socioeconómico bajo, el 35,3%, medio.

De todas las pacientes que tuvieron gonorrea 100% (2 casos), tenía nivel socioeconómico medio.

El único caso que tuvo SIDA 100% (1 caso), tenía nivel socioeconómico medio.

De todas las pacientes que tuvieron sífilis 100% (2 casos), tenía nivel socioeconómico medio.

De todas las pacientes que tuvieron síndrome de flujo vaginal, 54% tenía nivel socioeconómico medio, 33,3% bajo y 12,7% alto.

De todas las pacientes que tuvieron síndrome de úlcera genital, 80% tenía nivel socioeconómico medio, y 20%, bajo.

De todas las pacientes que tuvieron Tricomoniasis 91,7% tenía nivel socioeconómico medio y 8,3%, bajo.

De todas las pacientes que tuvieron Vaginosis bacteriana 75,8% tenía nivel socioeconómico medio, 15,2%, alto y 9,1%, bajo.

El único caso que tuvo VIH 100% (1 caso), tenía nivel socioeconómico medio.

Al evaluar con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que existe asociación estadística significativa entre el nivel socioeconómico y las Infecciones de Transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p=0,022$ ).

## CAPITULO VII

### 7. DISCUSION

El primer hallazgo relevante que da a conocer este estudio, es que la infección de transmisión sexual más frecuente en la mujer en edad fértil atendida en el C. S. Ciudad Nueva es el Síndrome de flujo vaginal con 46,3%, seguido de Vaginosis bacteriana con 24,3%, Candidiasis vaginal 12,5% y Tricomoniasis 8,8% (Cuadro N° 1). Este resultado contrasta al estudio de CHIRINO ACOSTA, PEDRO ANTONIO Y Col., sobre “Infecciones de transmisión sexual en féminas. Centro de Diagnóstico Integral. Biruaca.” Venezuela 2012; quienes encontraron que la vulvovaginitis por *Cándida albicans* fue la de mayor incidencia, seguida por tricomoniasis y papiloma virus humano, perfil que difiere del obtenido en este estudio.

Nuestro resultado es similar con el de MONTERO RODRÍGUEZ, AYDA IRIS, que estudio el “Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil”, Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba 2011; quien concluyó que el síndrome del flujo vaginal fue el de mayor incidencia entre las infecciones de transmisión sexual en las adultas jóvenes.

Otro estudio realizado por LÓPEZ FLORIÁN, YAMILA sobre “Incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil en el consultorio sector 3 UD 1 Caricua.” Venezuela 2010, contrasta con nuestro resultado, dado que este autor evidenció que la ITS más frecuente fue la infección por el virus del papiloma humano con 32,2%, mientras que en nuestro estudio fue el Síndrome de flujo vaginal con 31,6%.

Además en el estudio de NEYRA FLORES, SILVIA “Frecuencia y características clínico-epidemiológicas de las infecciones por transmisión sexual en mujeres

entre 15 y 49 años atendida en consultorio externo de Gineco-obstetricia y Medicina del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el período 2010-2011” (Perú 2011) obtuvo que el diagnóstico más frecuente fue de Vaginosis bacteriana con 44% asociada a *Gardnerella vaginalis*, seguido de enfermedad pélvica inflamatoria con un 24%, tales resultados divergen con los obtenidos en nuestro estudio donde predominó el diagnóstico sindrómico de flujo vaginal.

Si comparamos con la incidencia del nivel regional, los resultados de este estudio coincide con lo que reporta la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA - 2011” quien señala que la más frecuente son el Síndrome Flujo Vaginal (4,832 casos) y el Síndrome de Dolor Abdominal bajo (306 casos) que son infecciones propiamente de la mujer.

Con respecto al tiempo de enfermedad de las infecciones de transmisión sexual (ITS), se observó que entre las mujeres en edad fértil que fueron diagnosticadas de Síndrome de flujo vaginal el 53,9% tuvo tiempo de enfermedad de 6-10 días, seguido de 25,3%, de 3-5 días y 17,4% de 11-20 días.

De las mujeres diagnosticadas con Vaginosis bacteriana tuvieron tiempo de enfermedad de 6-10 días y de 11-20 días, en 36,3% para ambos grupos. El 18,1% tuvo de 3-5 días.

De las mujeres con diagnóstico de candidiasis vaginal, el 70,5% tuvo tiempo de enfermedad de 11-15 días, y 29,4%, de 6-10 días.

De las mujeres diagnosticadas con tricomoniasis el 58,3% tuvo tiempo de enfermedad de 3-5 días, 25%, 6-10 días y 16,6%, 11-20 días.

De 4 mujeres con tiempo de enfermedad de 20 a más días, 2 tuvieron Sífilis, 1 VIH y 1 SIDA, evidenciando que existe asociación estadística significativa entre el tiempo de enfermedad con las Infecciones de Transmisión sexual ( $p=0,000$ ).

No se tiene en la literatura regional y nacional estudios que hayan caracterizado el tiempo de enfermedad de la ITS, sin embargo, podemos decir que las mujeres estudiadas en este trabajo, presentaron un rango de tiempo de infección desde un periodo corto (3 días) hasta largos periodos, como el caso de VIH (5 meses) y

SIDA (19 meses), estos últimos, porque la historia natural de la infección tienen un proceso de periodo de latencia indeterminado.

En cuanto a la sintomatología de las ITS en mujeres en edad fértil, se observó que el flujo vaginal blanquecino sin mal olor fue el más frecuente con 53,6%; seguido por el prurito vaginal (26,4%), flujo vaginal blanquecino con mal olor (11,7%); flujo vaginal amarillento sin mal olor (9,5%); flujo vaginal espumoso y dolor en hipogastrio (8%); flujo vaginal amarillento con mal olor (5,1%).

Dicho resultado es semejante con el estudio de CHIRINO ACOSTA, PEDRO ANTONIO Y Col.; quien señala, que el síntoma más frecuente que presentaron las pacientes en consulta externa, fue la leucorrea blanquecina con 92 casos, equivalente a un 47%, aunque el nuestro es ligeramente superior (53,6%); seguido del prurito vulvar con un total de 44 casos, que es un 22%, que también es inferior al nuestro (26,4%).

Por otra parte tenemos el estudio de DONGO ZEGARRA, RINA “Enfermedades de transmisión sexual en mujeres, frecuencia y factores de riesgo asociados, Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001” (Perú 2001) donde encontró que el 43% de su población tuvo prurito genital como síntoma principal, tal resultado discrepa con el nuestro donde el flujo vaginal blanquecino sin mal olor fue el más frecuente a la consulta médica.

En relación al tipo de diagnóstico, se evidenció que el diagnóstico clínico primó sobre el laboratorio con un 69,9% a 30,1%, respectivamente. Esto se pudo observar en que el 100% de pacientes con Candidiasis vaginal, Gonorrea y Síndrome úlcera genital fueron detectadas clínicamente; también la mayor parte de pacientes con Síndrome de flujo vaginal (74,6%), Tricomoniasis (58,3) y Vaginosis bacteriana (51,5%) fueron diagnosticadas clínicamente.

Evidentemente lo anterior, si bien permitió clasificar las ITS clínicamente, revela

que es una dificultad en el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, ya que toda ITS debe tener el soporte diagnóstico laboratorial en el marco de la medicina basada en evidencia, lo cual sugiere fortalecer la capacidad resolutoria de este servicio en el establecimiento, aunque se cuenta con pruebas rápidas para el diagnóstico VIH/SIDA y RPR para Sífilis permanentemente.

Se presenta la recidiva de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil; de donde se desprende que 23 mujeres tuvieron recidiva, de ellas, el 56,5% fue para el Síndrome de flujo vaginal, 17,4% para Tricomoniasis y 13,0% tanto para las que presentaron Vaginosis bacteriana y Candidiasis vaginal. En este tema, no se ha encontrado estudios relacionados. No obstante, resaltamos que hay una buena proporción de mujeres que padecieron de recidivas de ITS, aunque este resultado podría no reflejar la realidad sanitaria de las ITS, porque muchas de ellas no acuden a un establecimiento de salud, debido a la falta de conocimiento sobre las ITS o por la automedicación de ellas mismas. No se halló relación estadística significativa entre la recidiva y las infecciones de transmisión sexual ( $p=0,58$ ).

En referencia a los factores sociodemográficos, se observó que el grupo de edad más frecuente, 58,1%, tiene edades de 20-29 años, seguido del 25,7% que tienen de 30-39 años y 8,8% que tienen de 40-49 años. Asimismo no se encontró relación estadística significativa entre la edad y las infecciones de transmisión sexual ( $p=0,325$ ).

Contrastando con nuestro resultado se tiene al estudio de LÓPEZ FLORIÁN, YAMILA, que encontró un predominio de mujeres con ITS en el grupo de 12 a 19 años, (171 pacientes) representando un 48,6%, seguidos del grupo de 20 a 29 años con 75 pacientes (28,4%) y de 30 a 39 años con 44 pacientes (18,3%).

Coincidiendo con nuestro estudio CHIRINO ACOSTA, PEDRO ANTONIO Y Col., reportó la mayor incidencia de casos de infección de transmisión sexual en

el grupo de edad entre 26 y 30 años de edad y también se tiene el estudio de DONGO ZEGARRA, RINA que obtuvo como la población de mujeres más diagnosticada de ITS de edades entre 20-35 años con un 76% del total, grupo que incluye al obtenido en nuestro estudio que fue de 20-29 años con 58,1%.

De los resultados obtenidos, se puede decir que son más frecuentes las ITS en adultos jóvenes, pues los jóvenes tienen relaciones sexuales cada vez con mayor precocidad, tienen una tendencia a cambiar de pareja con mucha frecuencia y por lo general no usan preservativos que los protegen de tales infecciones.<sup>60</sup> Además que inician la vida laboral en esta edad pudiendo solventar incursiones sociales, como son las fiestas, viajes, y demás actividades que les permiten en cierta medida establecer vínculos sociales eventuales y tener acceso a encuentros sexuales ocasionales.

Respecto al nivel de instrucción, el 67,6% tenían nivel secundario, el 18,4% nivel superior, el 11,8% nivel primario y 2,2% fueron analfabetas. Además no se encontró relación estadística significativa entre el nivel de instrucción y ITS ( $p=0,546$ ).

Estos valores difieren con el estudio de LÓPEZ FLORIÁN, YAMILA (Venezuela 2010), quien reportó que 90 de las pacientes con ITS tenían nivel primario, representando un 28,4%; seguido de 72 pacientes (25%) con nivel secundario y 71 resultaron técnico medio (24,5%).

Sin embargo el estudio de DONGO ZEGARRA, RINA obtuvo que las pacientes más afectadas fueron las que tuvieron instrucción secundaria con un 73% del total, lo cual es muy similar en proporción a nuestro resultado, habiendo sido llevado a cabo ambos estudios en el medio local con una diferencia de tiempo de 12 años entre ellos.

---

<sup>60</sup> Encuesta domiciliaria de VIH, ITS y conducta sexual (PREVEN 2002)



De la similitud de resultados de nuestro estudio con DONGO ZEGARRA, RINA se puede entonces decir que las pacientes afectadas de ITS mantuvo el perfil de nivel de instrucción en el tiempo en nuestra localidad durante la última década. Además en nuestro estudio tenían estudios escolares completos la mayoría de pacientes (67%), y estudios superiores (11%) de manera que no es una población que carezca de conocimientos generales acerca de dichas infecciones, lo cual refleja la estandarización y universalidad de la educación en el ámbito nacional. Siendo una población medianamente preparada y a pesar de ello padecen de ITS, se puede afirmar que aún falta difusión acerca del tema y las formas de prevención que existen, de acuerdo al grado de instrucción de dicha población.

Según el estado civil, el 58,1% de las mujeres estudiadas, tenían condición de conviviente, 33,8% soltera y 8,1% casada.

El estudio de DONGO ZEGARRA, RINA obtuvo que las pacientes con estado civil solteras eran el 28% del total, dato que discrepa con nuestro resultado donde el predominio fue de las que tenían la condición de convivientes.

Respecto a este resultado, FRONTELA NODA, MAYDELÍN Y COL. En su estudio (Cuba 2007), difiere con el nuestro, dado que este autor encontró que la infección fue más frecuente en mujeres solteras. Con valor  $p = 0,015$

Se puede apreciar que la mayor parte de las pacientes con ITS son convivientes, es decir que tienen una sola pareja por un período de tiempo medianamente largo, sin embargo a pesar de dicha monogamia aparente, se encuentran con afectas de tal problema, lo que puede deberse a conductas de riesgo por parte de la pareja, que podría ser el portador asintomático de la enfermedad. Ahora bien también se refleja el alto porcentaje de población en condición de conviviente debido a la tendencia social actual de rehuir al matrimonio como contrato social y por tanto en este contexto se podría dar actos de promiscuidad por parte de ambas partes de la pareja conviviente.

Al evaluar la asociación entre la ocupación y la ITS de la mujer en edad fértil atendida en el C. S. Ciudad Nueva, se evidenció que existe relación estadística significativa entre ambas variables ( $p=0,047 < 0,05$ ). Esta relación se dio porque cuando las pacientes adquirieron la candidiasis vaginal, más de la mitad (58,8%) tuvieron una ocupación ama de casa y 17,6% de ocupación en trabajo dependiente/independiente, probablemente, las pacientes por las múltiples actividades y quehaceres domésticos, no adoptaron adecuadamente su higiene genital así como también no hacen uso de medidas de protección. De forma similar se observó cuando las mujeres se ocupan como ama de casa y trabajo independiente, la gran mayoría se ve afectado por el Síndrome de flujo vaginal (84,1%). Lo mismo se observó en la infección de Vaginosis bacteriana, donde la mayoría de mujeres en edad fértil con ocupación ama de casa, trabajo independiente y estudiante (87,9%) fueron afectadas por esta patología. Tal evidencia permite concluir que las amas de casa y las que tuvieron trabajo independiente fueron más afectadas con las ITS que las que tuvieron trabajo dependiente y ser estudiantes.

DONGO ZEGARRA, RINA en su estudio obtuvo que las amas de casa eran el 28% de pacientes diagnosticadas de ITS siendo superadas en porcentaje por las trabajadoras sexuales con 50%, dato que discrepa con nuestro resultado que las amas de casa obtuvieron el 39% del total de pacientes diagnosticadas de ITS, la más alta frecuencia de casos.

El estudio de LÓPEZ FLORIÁN, YAMILA, halló mayor por ciento de ITS en las mujeres desocupadas (amas de casa) para un 47,7%, seguido de estudiantes en 36%. Se aprecia que el resultado coincide parcialmente dado que señala a las amas de casa como un grupo poblacional con predominancia de ITS a lo igual que nuestro trabajo, sin embargo también señala las estudiantes como grupo con buen porcentaje de ITS, lo cual no se aprecia en nuestro estudio.

En referencia al nivel socio económico como factor sociodemográfico, esta variable, se asocio significativamente a las Infecciones de Transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p=0,003 < 0,05$ ). Tal evidencia se demuestra principalmente en las mujeres que tienen un nivel socioeconómico medio, donde el 100% de pacientes estuvieron infectadas con Gonorrea, Sífilis, VIH y SIDA; también se resalta que entre las mujeres que tuvieron Candidiasis vaginal, la mayoría (64,7%) se encontraron con nivel socioeconómico bajo, seguido del 35,3% con nivel medio. De las pacientes con Síndrome de flujo vaginal, poco más de la mitad (54%) tuvo nivel medio y el 33,3% nivel bajo; igualmente se observó en las que tuvieron Síndrome de úlcera genital, donde el 80% tuvo nivel medio y 20% nivel bajo. Estos resultados nos permite concluir que la gran mayoría de ITS presentada en la mujer en edad fértil se dio cuando el nivel socioeconómico es de medio a bajo.

Y dado estudios en nuestra localidad donde la edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres, es congruente con los datos obtenidos en esta investigación.<sup>61</sup> Además tenemos que esto se debe principalmente a la práctica de sexo no seguro e irresponsable que es muy evidente en la joven población por la falta de experiencia. (ver anexo 2, tabla 11)

De los resultados obtenidos, podemos decir, aunque es baja la proporción de adolescentes con ITS en nuestro estudio, se observa que a edades tempranas se establecen patrones de comportamiento sexual de alto riesgo, ligado al inicio temprano de relaciones sexuales, lo que es más evidente en el estudio de LÓPEZ FLORIÁN, YAMILA.

---

<sup>61</sup> Catacora Lopez, Fresia y Villanueva Roque, Javier. Conocimientos sobre VIH/SIDA y practicas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. [online]. jul./set 2007, vol.24, no.3 [citado 26 Febrero 2013], p.240-247. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.

## CAPITULO VIII

### 8. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se plantean las siguientes conclusiones:

1. Los diagnósticos de transmisión sexual más frecuentes, fueron: el Síndrome de flujo vaginal con 46,3%, seguido de Vaginosis bacteriana con 24,3%, Candidiasis vaginal 12,5% y Tricomoniasis 8,8%. en las mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva.
2. El tiempo de enfermedad de la Infección de Transmisión Sexual predominante fue de 6 a 10 días con 42,6%, 11 a 15 días con 27,2% y de 3 a 5 días con 22,1%; mientras que en la sintomatología lo más frecuente fue: El Flujo vaginal blanquecino s/mal olor con 53,6%, prurito vaginal con 26,5%, flujo vaginal blanquecino c/mal olor con 11,7% y flujo vaginal amarillento s/mal olor con 9,5% en las mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva.
3. Se determinó que el 16,9% de mujeres en edad fértil con Infecciones de Transmisión Sexual padecieron de recidivas, principalmente en aquellas que presentaron Síndrome de flujo vaginal, Tricomoniasis, Candidiasis vaginal y Vaginosis bacteriana.
4. Se comprobó que las condiciones epidemiológicas: ocupación, y nivel socioeconómico, se asociaron significativamente a las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil atendidas en el C. S. Ciudad Nueva ( $p < 0,05$ ), mas no ocurrió lo mismo con los factores: edad, nivel de instrucción, y estado civil, cuyos valores p fueron menores de 0,05.

## **CAPITULO IX**

### **9. RECOMENDACIONES**

1. Se sugiere a la Gerencia del C. S. Ciudad Nueva, tomar en cuenta las evidencias del perfil clínico de las ITS obtenidas en este estudio, para fortalecer las actividades de promoción y prevención en salud sexual, en coordinación con el Programa de Municipios saludables y Agentes Comunitarios de Salud así como otras entidades involucradas.
2. Que en los programas de promoción y prevención multisectorial se fortalezca el reconocimiento de los síntomas de las ITS en las mujeres en edad fértil para que acudan oportunamente al establecimiento de salud y así prevenir complicaciones del aparato genital, además debe promoverse el uso del Laboratorio de Nivel I que cuenta el C. S. Ciudad Nueva, con la finalidad de determinar la etiología de estas infecciones.
3. Llevar control estricto de las pacientes posterior a su tratamiento para evaluar la respuesta al mismo, y determinar la necesidad de cambio de terapia o verificar el restablecimiento de la salud, así se tendrá un manejo más integral y disminuirá las recidivas.
4. En razón de que las mujeres en edad fértil con ocupación trabajo independiente y ama de casa, como el nivel socioeconómico medio a bajo predominaron con infecciones de transmisión sexual, se sugiere, realizar investigaciones analíticas a nivel Regional para estimar la problemática y conocer los factores de riesgo de las ITS en diferentes grupos poblacionales, permitiendo orientar la toma de decisiones en salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud “Infecciones de transmisión sexual”. Nota descriptiva N°110. Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>
2. Kilmarx PH. Global epidemiology of HIV. *Curr Opin HIV AIDS* 2009; 4: 240-6.
3. [http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=56](http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com_content&task=view&id=56)
4. Organización Panamericana de la Salud, Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2012, pp.1-2
5. Análisis situacional de salud, Región de Salud Tacna: Enfermedades bajo Vigilancia Epidemiológica, pag. 45
6. Análisis situacional de salud, Región de Salud Tacna: Vigilancia del VIH/SIDA, pag.65
7. Encuesta domiciliaria de VIH,ITS y conducta sexual (PREVEN 2002)
8. Aznar Martín, Javier y colaboradores. “Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones”. *Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2009. España, pp. 15. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/cap24.pdf>
9. Chirino Acosta, Pedro Antonio y colaboradores “Infecciones de transmisión sexual en féminas. Centro de Diagnóstico Integral. Biruaca. Venezuela”. *Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]*. 2012 Abr [citado 2013 Feb 06]; 16(2): 153-163. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200012&lng=es)
10. Infecciones de transmisión sexual (ITS). *INHRR [serial on the Internet]*. 2012 June [cited 2013 Feb 06]; 43(1): 006-006. Disponible en:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04772012000100001&lng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000100001&lng=en)

11. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2011. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/its.pdf>
12. Catacora Lopez, Fresia y Villanueva Roque, Javier. Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Rev. perú. med. exp. salud publica*. [online]. jul./set 2007, vol.24, no.3 [citado 26 Febrero 2013], p.240-247. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.
13. Montero Rodríguez, Ayda Iris. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. “Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil”. *Correo Científico Médico de Holguín* ISSN 1560-4381 Suplemento 2011; 15(4) Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no154sp/pdf/no154spresut12.pdf>
14. López Florián, Yamila “Incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil en el consultorio sector 3 ud 1 Caricuao” 2010. Venezuela. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2131/1/Incidencia-de-infecciones-de-transmision-sexual-en-mujeres-en-edad-fertil.html>
15. Scholes, Delia; Satterwhite, Catherine; Fine, David. “Tendencias a largo plazo de infección por *Chlamydia trachomatis* y consecuencias relacionadas en una población atendida por el sistema de salud de Estados Unidos”. *Enfermedades de Transmisión Sexual: Febrero 2012 - Volume 39 - Issue 2*. Estados Unidos pp 81–88
16. Frontela Noda, Maydelín y colaboradores “Infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres cubanas en edad reproductiva”. 2007. *Cuba Rev*

- Cubana Endocrinol 2007. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17\\_2\\_06/end01206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_2_06/end01206.htm)
17. Salas, Natalia y colaboradores.” Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el municipio de Armenia (Colombia)”. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2013 Feb 06] ; 60(2): 135-142. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342009000200003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200003&lng=en).
  18. Silvia Neyra Flores “Frecuencia y características clínico-epidemiológicas de las infecciones por transmisión sexual en mujeres entre 15 y 49 años atendidas en consultorio externo de Gineco-obstetricia y Medicina del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el período 2010-2011” (Tesis para obtener Título profesional) Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2010
  19. Rina Dongo Zegarra “Enfermedades de transmisión sexual en mujeres, frecuencia y factores de riesgo asociados, Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001” (Tesis para obtener Título profesional) Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2001
  20. Organización Mundial de la Salud En “International Migration” Volume 29, Issue 1, pages 13, published online: 30 JUL 2009
  21. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Grand Rounds: Chlamydia prevention: challenges and strategies for reducing disease burden and sequelae. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60(12):370-3.
  22. Garcia PJ y col. Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle, and coastal regions of Peru. Bull World Health Org. 2004; 82 (7): 483 –92.
  23. León SR, Konda KA, Klausner JD, Jones FR, Cáceres CF, Coates TJ. Chlamydia Trachomatis infection and associated risk factors in a low



- income marginalized urban population in coastal Perú. *Rev Pan Salud Pública*. 2009; 26 (1): 39 – 45.
24. Geo Brooks, Janet Butel, Stephen Morse, “Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg”, México: Editorial El Manual Moderno, ed.18, 2005, pp. 351-355.
  25. Tinsley Randolph Harrison, Anthony Fauci, Eugene Braunwald, Kasper, D.L. “Harrison, Principios de Medicina Interna”. España, Editorial: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. Edición: 16ª, 2005, pp. 1426-1435
  26. Katherine Bonifaz, Petronila Castro,, Luis Zambrano “Frecuencia de infección por *Chlamydia trachomatis* en pacientes que acudieron a control de Papanicolaou en un Hospital General de Ica, 2011” en *Rev. méd. panacea* 2012; Perú, pp.:20-23.
  27. Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/chlamydial-infections.htm>
  28. Ingraham NR. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol*.1951;31(Suppl 24):60-88
  29. Centers for Disease Control and Prevention. The national plan to eliminate syphilis from the United States. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
  30. Enrique Galban & Adele Benzaken. “Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006” en *J bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3-4): 166-172 – ISSN: 0103-4065
  31. Geo Brooks, Janet Butel, Stephen Morse, “Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg”, México: Editorial El Manual Moderno, ed.18, 2005, pp. 325-326.
  32. William, Hay. “Diagnóstico Pediátrico”. 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1247

33. Reader, Sharon. "Enfermería Maternoinfantil" 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill 2000, pág. 879
34. Mongrut Steane, Andrés. "Tratado de Ginecología" ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 165
35. Reader, Sharon. "Enfermería Maternoinfantil" 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill 2000, pág. 885
36. Pérez, Alfredo. "Ginecología". 2da edición. Santiago de Chile: Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda., 2001. pág. 187
37. Centro de Control y Prevención de enfermedades "Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010". USA, disponible en:<http://emedicine.medscape.com/article/229461treatment#aw2aab6b6b2>
38. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect. 1999;75(1):3-17.
39. Centro de Noticias OPS "Perú: aumentan VIH y herpes genital mientras sífilis y gonorrea se reducen" Perú, 21 de febrero de 2007, disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=12050&SE=SN>
40. Geo Brooks, Janet Butel, Stephen Morse, "Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg", México: Editorial El Manual Moderno, ed.18, 2005, pp. 291-293.
41. Tinsley Randolph Harrison, Anthony Fauci, Eugene Braunwald, Kasper, D.L. "Harrison, Principios de Medicina Interna". España, Editorial: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. Edición: 16ª, 2005, pp. 1274-1277
42. William, Hay. "Diagnóstico Pediátrico". 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1237
43. Centro de Control y Prevención de enfermedades "Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010". USA, versión online: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/gonococcal-infections.htm>

44. Mongrut Steane, Andrés. “Tratado de Ginecología” ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 132
45. Opcit, Mongrut. pág. 133
46. Opcit, Mongrut. pág. 133
47. Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, versión online: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm#a2>
48. Mongrut Steane, Andrés. “Tratado de Ginecología” ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 138
49. William, Hay. “Diagnóstico Pediátrico”. 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1244
50. Opcit, Mongrut. pág. 141
51. Centro de Control y Prevención de enfermedades “Enfermedades de transmisión sexual, Guía clínica de tratamiento 2010”. USA, versión online: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal discharge.htm#a2>
52. Brunner y Suddarth, “Enfermería Médico Quirúrgico”, 9na edición, Editorial Mc Graw Hill 2001 Pág. 710
53. Mongrut Steane, Andrés. “Tratado de Ginecología” ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 159
54. Gloria Velásquez y Darío Gómez, “SIDA: Enfoque Integral”,2da edición, Colombia: Editorial Ediciones Rojo 1996 pág. 32
55. Paredes, Andrés y colaboradores, “Guías de orientación Hablemos del SIDA”. 2da edición, Editorial Red SIDA, 1997, pág. 5
56. Humberto Zanelti, “VIH/SIDA”. 1ra edición, Editorial Red SIDA, 2003 pág. 4-6
57. Facultad de Medicina “Farmacología médica, Antirretrovirales y el tratamiento de la Infección por el VIH” en web UNMSM. Disponible en: <http://medicina.unmsm.edu.pe/farmacologia/0032%20Trat%202.html>
58. Ministerio de Salud, “Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual” 2006, pág.15-18

59. Plan Estratégico Multisectorial Para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el PERÚ (2007-2011)
60. Encuesta domiciliaria de VIH,ITS y conducta sexual (PREVEN 2002)
61. Catacora Lopez, Fresia y Villanueva Roque, Javier. Conocimientos sobre VIH/SIDA y practicas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. Rev. perú. med. exp. salud publica. [online]. jul./set 2007, vol.24, no.3 [citado 26 Febrero 2013], p.240-247. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342007000300007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.

## ANEXOS

### ANEXO N°1

## Ficha De Recolección de Datos

- N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Diagnosticada de ITS en el año/mes: \_\_\_\_\_
  
- Nivel instrucción      Primario           (    )  
                                  Secundario       (    )  
                                  Superior         (    )  
                                  Técnica          (    )  
                                  Ninguna         (    )
  
- Estado civil            soltera           (    )  
                                  Viuda            (    )  
                                  Conviviente     (    )  
                                  Casada           (    )
  
- Ocupación             anotar cuál .....
  
- Diagnóstico:           Sífilis            (    )  
                                  Gonorrea         (    )  
                                  Tricomoniasis   (    )  
                                  Vaginosis Bact. (    )

Chlamydia ( )

Candidiasis ( )

VIH ( )

Herpes genital ( )

Otro cuál? .....

- Frecuencia al año 1 vez ( )  
2 veces ( )  
3 veces ( )  
4 veces o más ( )

- Recidiva tras tratamiento SI ( )  
NO ( )

- Síntoma por el que acude a consulta. Anotar cuál : .....

- Tiempo de enfermedad antes de consulta. Anotar cuánto:..... días/semanas

- Evaluación socioeconómica según SIS Alta ( )  
Media ( )  
Baja ( )

- Tipo de diagnóstico Clínico ( )  
Laboratorial ( )

- Inicio de relaciones sexuales. .... años

## Ficha de evaluación socioeconómica de la Familia

### DATOS SOCIOECONOMICOS DE LA FAMILIA

Figura N° 6

DATOS SOCIOECONÓMICOS DE LA FAMILIA (sumar los valores que están en paréntesis de cada dato, para obtener el puntaje)				
ESTADO CIVIL	GRUPO FAMILIAR	TENENCIA DE LA VIVIENDA	AGUA DE CONSUMO	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS
(5) Viudo (a)	(5) más de 9 miembros	(5) Alquiler	(5) Acequia	(5) Aire libre
(4) Soltero c/ familia	(4) 7 a 8 miembros	(4) Cuidador / alojado	(4) Cisterna	(4) Acequia, canal
(3) Divorciado	(3) 5 a 6 miembros	(3) Plan Social	(3) Pozo	(3) Letrina
(2) Unión estable	(2) 3 a 4 miembros	(2) Alquiler venta	(2) Red pública	(2) Baño público (red)
(1) Soltero s / familia	(1) 1 a 2 miembros	(1) Propia	(1) Conexión domiciliaria	(1) Baño propio (red)
ENERGÍA ELÉCTRICA (EE)	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	OCUPACIÓN JEFE DE FAMILIA	INGRESOS FAMILIARES	Nº de personas x dormitorio
(5) Sin energía	(5) Ninguna	(5) Desocupado	(5) menos de 400 NS	(5) 6 y más miembros
(4) Lámpara (no eléctrica)	(4) Primaria	(4) Trabajo eventual	(4) de 401 a 800 NS	(4) 5 miembros
(2) EE temporal	(3) Secundaria	(3) Empleado sin seguro	(3) de 801 a 1200 NS	(3) 4 miembros
(1) EE permanente	(2) Técnica	(2) Contratado sin seguro	(2) de 1201 a 1600 NS	(2) 3 miembros
	(1) Profesional	(1) profesional o productor	(1) de 1601 a más NS	(1) 1 ó 2 miembros
<b>RESULTADO</b>	<b>2005 =</b>	<b>2006 =</b>	<b>2007 =</b>	

Elaborado por: Dra. Patricia Muñoz (R3 MF y C-UNMSM), Equipo de la Unidad de Atención Integral de la Red de Salud Lima Ciudad-  
 Revisado por: Dra. Rita Quiñones Lucero (Comité de la Especialidad de MFyC-UNMSM)

11 a 23 puntos: Bajo  
 24 a 36 puntos: Mediano  
 37 al 50 puntos: Alto

Elaborado por: Dra. Patricia Muñoz (R3 MF y C-UNMSM), Equipo de la Unidad de Atención Integral de la Red de Salud Lima Ciudad- Revisado por: Dra. Rita Quiñones Lucero (Comité de la Especialidad de MFyC-UNMSM)

**ANEXO N° 2**

**TABLA N° 11**

**FRECUENCIA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012.**

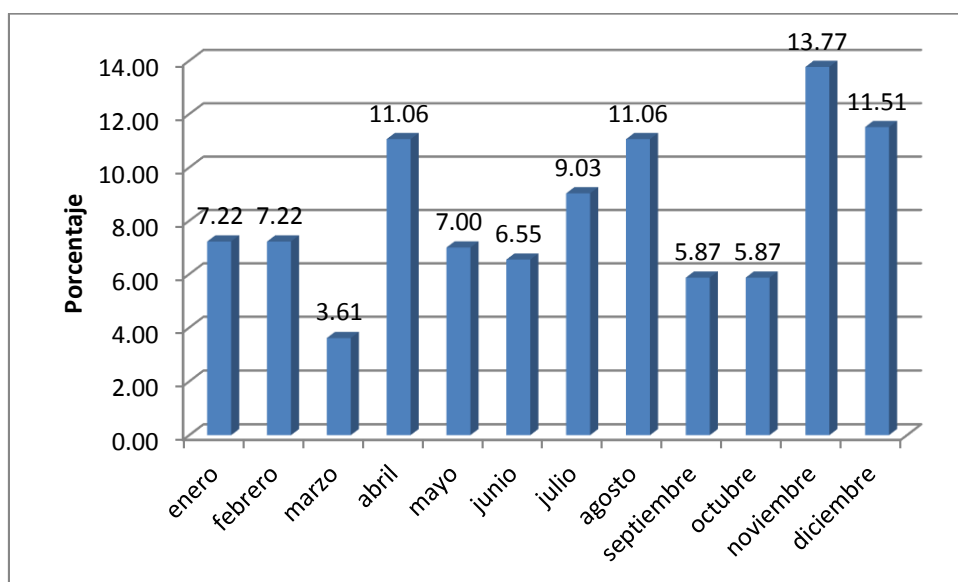
ITS	Inicio de Relaciones sexuales								Valor <i>p</i>
	11-15 años		16-20 años		de 20 a más		Total		
	Nº	11-15 años	Nº	16-20 años	Nº	de 20 a más	Nº	40-49 años	
Candidiasis vaginal	7	41,2%	10	58,8%	-	-	17	100,0%	p=0,801
Gonorrea	-	-	2	100,0%	-	-	2	100,0%	
SIDA	1	100,0%	-	-	-	-	1	100,0%	
Sífilis	-	-	2	100,0%	-	-	2	100,0%	
Síndrome de flujo vaginal	26	41,3%	30	47,6%	7	11,1%	63	100,0%	
Síndrome úlcera genital	2	40,0%	3	60,0%	-	-	5	100,0%	
Tricomoniasis	5	41,7%	5	41,7%	2	16,7%	12	100,0%	
Vaginosis bacteriana	14	42,4%	17	51,5%	2	6,1%	33	100,0%	
VIH	1	100,0%	-	-	-	-	1	100,0%	
Total	56	41,2%	69	50,7%	11	8,1%	136	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos



## GRÁFICO N° 02

### MES DE DIAGNÓSTICO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS C. S. CIUDAD NUEVA, 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos