

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



“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO –EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR TRANSMISIÓN SEXUAL EN VARONES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013”.

**TESIS**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:  
MEDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR:**

Bach. ALEJANDRO SEGUNDO CALIZAYA GUTIÉRREZ

TACNA – PERÚ

2014

*Dedicatoria*

**A Dios, porque me ha abierto el camino y me ha dado el Espíritu de seguir  
adelante a pesar de todas las adversidades que he enfrentado.**

**A mis Padres, por la semilla de superación que han sembrado en mí y por el  
apoyo incondicional para el logro de mis metas.**

### *Agradecimientos*

**A toda mi familia y demás personas importantes, que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo, de una manera amable y sincera.**

**A mis maestros por ser guía y ejemplo de formación profesional.**

**A mi asesor de tesis Dr. Juan Cánepa Yzaga, quien me brindo su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.**

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y características clínico-epidemiológicas de la infección por transmisión sexual en varones entre 15 y 49 años atendidos en consultorio de PROCETSS del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013. **Metodología:** El ámbito de estudio estuvo constituido por el consultorio de PROCETSS del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para la realización del estudio se utilizaran encuestas y los registros de dicho programa. La población estuvo constituida por el 79.13% de pacientes varones que fueron atendidos en el consultorio de PROCETSS del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013. **Resultados:** Podemos observar que el 65.9% de la población masculina encuestada presentó Condiloma acuminado como ITS; seguido de Herpes genital o anal con el 16.5%; asimismo, se encontró que el 8.8% presentó Sífilis; luego también el 7.7% presentó Gonorrea y finalmente el 1.1% presentó Pediculosis púbica, del total de hombres estudiados el 42.9 % tiene entre 20 y 29 años, seguido del grupo de 30 a 39 años con el 26.4 %. El 93.4% de la población masculina viven en el área urbana. Asimismo, el 63.7% de hombres es soltero y el 25.3% es casado. Existe una igualdad entre el grupo que tiene como grado de instrucción secundaria incompleta y el grupo que tiene secundaria completa con un 36.3%, además el 20.9% tiene un grado de instrucción superior. El 62.6% de la población masculina es trabajador independiente. Se observa también, que del total de la población masculina estudiada el 62.6% tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales. El 54.9% de la población estudiada es heterosexual. **Conclusiones:** Las infecciones de transmisión sexual en varones atendidos en consultorio de PROCETSS del Hospital Hipólito Unanue de Tacna más frecuentes fueron: Condiloma Acuminado (65.9%) y Herpes genital o anal (16.5%) predominantemente. Siendo las ITS menos frecuentes: Sífilis (8.8%), Gonorrea (7.7%) y Ladillas con (1.1%). **Palabras claves:** Infección de transmisión sexual en varones (ITS), Condiloma Acuminado, Herpes genital o anal, Sífilis, Gonorrea.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the prevalence and clinical and epidemiological sexually transmitted infection in men between 15 and 49 years who presented to the clinic PROCETSS Tacna “Hipólito Unanue” Hospital during 2013 features. **Methodology:** The study area consisted of the office of the Hipólito Unanue Hospital PROCETSS Tacna to the study surveys and records of the program were used. The population consisted of 79.13% of male patients ranged from 15 to 49 years old treated in the office of the “Hipólito Unanue” Hospital PROCETSS of Tacna in 2013. **Results:** We can observe that 65.9% of the surveyed male population present condyloma acuminata, followed by genital or anal herpes with 16.5%, also found that 8.8% presented Syphilis, then also the 7.7% presented Gonorrhoea and finally 1.1% presented Pediculosis pubis, of all men studied 42.9% are between 20 and 29 years, followed by those 30 to 39 years 26.4%. The 93.4% of the male population living in urban areas. Also, 63.7% of men are single and 25.3% married. There is equality between the group whose degree of incomplete secondary education and complete secondary group having a 36.3%, 20.9% also has a degree of superior instruction. The 62.6% of the male population is self-employed and 19.8% is an employee. It is also observed that the total male population studied was 62.6% between 2-3 sexual partners, followed by 31.9% had one sexual partner and 5.5% of the population had > 3 sexual partners. The 54.9% of the study population is heterosexual. **Conclusions:** sexually transmitted infections in men treated at the clinic PROCETSS “Hipólito Unanue” Hospital Frequently Tacna were condyloma acuminata (65.9%) and genital or anal (16.5%) predominantly Herpes. Syphilis (8.8%), gonorrhoea (7.7%).

**Keywords:** sexually transmitted infection, condyloma acuminata, Genital Herpes (HSV), syphilis, gonorrhoea.

## ÍNDICE

Introducción.....	8
-------------------	---

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Objetivos de la Investigación.....	10
1.3.1. Objetivo General.....	10
1.3.2. Objetivos Específicos.....	11
1.4. Justificación.....	11
1.5. Definición de términos.....	13

### CAPÍTULO II

#### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Marco teórico.....	23

### CAPÍTULO III

#### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Hipótesis.....	60
3.2. Operacionalización de variables.....	60

### CAPÍTULO IV

#### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño (clasificación).....	63
4.2. Ámbito de estudio.....	63
4.3. Población y muestra.....	63
4.3.1. Criterios de Inclusión.....	63
4.3.2. Criterios de Exclusión.....	63

4.4. Instrumento de recolección de datos.....	64
---	----

## CAPÍTULO V

### PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1. Procedimiento de análisis de datos.....	65
--	----

## CAPÍTULO VI

Resultados.....	66
Discusión.....	78
Conclusiones.....	80
Recomendaciones.....	81
Bibliografía.....	82
Anexos.....	85

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema muy importante dentro de la sociedad, que repercuten en la salud tanto a nivel individual como colectiva. Constituyen una serie de infecciones y/o enfermedades transmisibles que se caracterizan porque su principal modalidad de transmisión es la vía sexual. El control de las ITS es fundamental para mejorar el nivel de la salud sexual y reproductiva de la población de nuestro país.

El cambio de concepto, acuñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998, que sustituye la terminología de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por el de *Infecciones de Transmisión Sexual* (ITS) se sustenta, en que el término "Enfermedad", es inapropiado para designar a aquellas infecciones que son asintomáticas y que pasan desapercibidas para las personas con consecuencias, en ocasiones, irreversibles.

Dentro de los objetivos sanitarios la prevención y la atención de las ITS constituyen una condición prioritaria, por la magnitud del problema a nivel nacional, por su vinculación con el VIH/SIDA, y por los efectos que causa en la calidad de vida de las personas desde el punto de vista bio-psicosocial.

Este documento contemplo la información que ayuda a caracterizar el comportamiento de algunas variables clínicas y epidemiológicas de las infecciones de transmisión sexual en pacientes varones que acuden al consultorio del Programa de control de ETS y SIDA (PROCETSS), excluyendo el VIH, realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013.



## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Fundamentación del Problema

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos y parasitarios en las cuales la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas este mecanismo de transmisión no es lo más importante. Las ITS constituyen un problema importante en salud pública por su elevada incidencia y prevalencia, por las secuelas que pueden ocasionar (infertilidad, cáncer ano-genital, trastornos psicosexuales, etc.) y por las consecuencias económicas derivadas<sup>1</sup>.

Los diferentes indicadores epidemiológicos muestran un importante incremento de las ITS en nuestra población en general y en especial en la población joven sexualmente más activa y con más conductas de riesgo<sup>1</sup>.

La OMS en el año 2008 indica que más de 1 millón de personas se infectaban diariamente de infecciones de transmisión sexual, cerca del 60% de estas infecciones ocurrieron en menores de 25 años, y de estos el 30% se presentó en menores de 20 años.

Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen ITS cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujeres contraen la infección de transmisión sexual (ITS) cada año. La VPH (virus papiloma humano), es ITS más frecuente a nivel mundial (20 millones en USA están infectados) especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> A. Vives Suñer y J. Sarquella Geli, "Infecciones de Transmisión Sexual" Servicio de Andrología. Fundación Puigvert. Barcelona. España. 2010.

<sup>2</sup> <http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3319/2/147.1.pdf>

El Perú no escapa a esta realidad; y, si bien puede afectar a cualquier persona sin diferencia de edad, sexo o condición económica o social; las personas entre los 15 y 49 años son las más afectadas, existiendo una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer. Así mismo, son causa de pérdidas económicas, ya que origina un gasto en exámenes de laboratorio, medicamentos y pérdida de actividad laboral productiva<sup>3</sup>.

La escasez de datos básicos sobre la verdadera incidencia y prevalencia de las ITS, no permite contar con información confiable para estimar el impacto de la transmisión de este tipo de enfermedades en los países en vía de desarrollo como el nuestro. Por ello, se considero importante realizar estudios que provean una aproximación a la frecuencia de ITS en la población que hemos seleccionado como objeto de estudio.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la frecuencia y características clínico-epidemiológicas de la infección por transmisión sexual en varones entre 15 y 49 años que acuden al consultorio del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013?

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar la frecuencia y características clínico-epidemiológicas de la infección por transmisión sexual en varones entre 15 y 49 años atendidos en consultorio del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013.

---

<sup>3</sup> Castañeda Núñez María Luisa, Bonifacio Morales Nilo, Ojeda Celi Nora, y Col, "Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)" CARE PERU® Módulo de Capacitación: 2009

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la frecuencia de pacientes con infecciones de transmisión sexual con las características epidemiológicas: edad, estado civil, grado de instrucción, área de residencia; en varones entre 15 y 49 años atendidos en consultorio del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013.
- Reconocer las características clínicas de las infecciones de transmisión sexual de los varones entre 15 y 49 años atendidos en consultorio del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013.
- Determinar el comportamiento sexual de riesgo y el antecedente patológico para la presencia de infecciones de transmisión sexual, de los varones entre 15 y 49 años atendidos en consultorio del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013.

### **1.4. Justificación**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública de importancia capital en todo el mundo. El fracaso en el diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS puede producir importantes complicaciones y secuelas.

Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen ITS cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujeres contraen la infección de transmisión sexual (ITS) cada año, lo cual es motivo de gran preocupación debido a que: 1) las ITS no tratadas facilitan la transmisión del VIH, 2) los costos asociados con las infecciones no

detectadas, no tratadas o mal tratadas por automedicación, representan una carga para las personas, las comunidades y los gobiernos, y 3) desde hace varios años se cuenta con antibióticos y agentes quimio-terapéuticos eficaces para tratar estas infecciones.

En la filosofía del tratamiento de las ITS no sólo prima la atención al paciente, y su seguimiento, sino que sitúa el control de la transmisión a la/s pareja/s sexuales en un puesto primordial, de ahí que se prefieran los tratamientos en una sola dosis y se abogue en muchos de los casos por el tratamiento, epidemiológico, de los contactos sexuales si no se puede tener acceso a ellos.

Las consecuencias de la infección varían entre las diferentes poblaciones debido a que los factores biológicos, sociales, conductuales, económicos y programáticos influyen en las reacciones psico-sociales y en los resultados fisiológicos de las ITS. Si no se manejan adecuadamente, las ITS pueden generar costos altos, directos o indirectos, así como otras repercusiones para las personas y las comunidades.

Todas las personas que tienen alguna ITS no tratada se encuentran expuestas a varios riesgos graves, pero la probabilidad de que se manifiesten es mayor en entornos donde el acceso a la atención es limitado y el tratamiento es ineficaz. Esta situación se presenta en muchos países en desarrollo donde las ITS se encuentran entre las primeras cinco razones por las que los adultos acuden en busca de servicios de atención de salud.

Hoy se conoce que tiene 6 veces mayores posibilidades de adquirir el VIH quien posea antecedentes de una ITS. La escasa conciencia de los riesgos que supone el cuidado de su cuerpo, especialmente en genitales, provoca que muchos contagiados no se den cuenta de la aparición de la enfermedad o de algunos signos o síntomas, hasta cuando ya es tarde.

## 1.5. Definición de términos

- **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**, son aquellas enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales. Son causa frecuente de enfermedad en todo el mundo, especialmente en la población adulta y adolescente. Sin tratamiento oportuno y adecuado producen secuelas importantes como infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, anomalías, estrechez uretral, entre otras<sup>4</sup>.
- **Sífilis**, es una enfermedad sistémica causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*, que afecta aproximadamente, como primoinfección, a unos 10-12 millones de personas al año en el mundo. La sífilis es una enfermedad sistémica, compleja, que puede afectar a cualquier órgano del cuerpo. *Treponema* penetra en la piel o través de la mucosa por escoriaciones o lesiones y con menos frecuencia, a través de mucosa intacta<sup>5</sup>.
- **Herpes genital**, es una infección causada por el virus del herpes simple o VHS. Hay dos tipos de VHS, y ambos pueden producir herpes genital. El VHS tipo 1 comúnmente infecta los labios causando lesiones conocidas como "vesículas de fiebre" o "lesiones de frío" o "fuegos", pero también puede infectar el área genital y causar lesiones. El VHS tipo 2 usualmente causa el herpes genital, pero también puede infectar la boca durante sexo oral. Una persona infectada con herpes genital puede pasar o transmitir fácilmente el virus durante el acto sexual a una persona sana. Ambos tipos, el VHS 1 y 2, pueden producir llagas

---

<sup>4</sup> Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350] p.; tab; ilus.

<sup>5</sup> Menéndez Fernández Ana Isabel, Quintana Morgado Almudena, Puig Cantero Eva María y Maroto García M. Ángeles; "Evaluación y tratamiento de la sífilis en sus distintas etapas", Centro de Salud Valle-Inclán. Área 7. Madrid. España. JANO 3 DE ABRIL DE 2009. N.º 1.732.

en y alrededor del área vaginal, en el pene, alrededor del ano, y en los glúteos o muslos.<sup>6</sup>

- **Gonorrea**, es una infección de transmisión sexual provocada por la *Neisseria Gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del tracto genital, y en la uretra (conducto urinario) en la mujer y en el hombre. También puede crecer en la boca, garganta, ojos y ano.<sup>6</sup>
- **Pediculosis del pubis**, es la infección por piojos, el *Phthirus pubis* causante de la pediculosis genital llamada coloquialmente como “ladillas”. La infección se adquiere por el contacto íntimo durante la relación sexual. El síntoma principal es prurito intenso, por lo que encontramos múltiples excoriaciones y manchas azuladas de 0.5 a 1cm de diámetro denominadas manchas cerúleas que son autorresolutivas; éstas corresponden al sitio de picadura del insecto.<sup>6</sup>
- **Linfogranuloma venéreo**, es una infección de transmisión sexual causada por los tipos L1, L2, o L3 de la bacteria *Chlamydia trachomatis*; los primeros síntomas se presentan a los 3 a 12 días después del contagio y aparece una ampolla indolora, que se convierte en una úlcera, es curable tan rápido que puede pasar inadvertida. Luego los ganglios linfáticos de la ingle aumentan de tamaño y se sensibiliza al tacto.<sup>6</sup>
- **Chancroide**, es conocido también como chancro blando o *ulcus molle*. Esta enfermedad se caracteriza por úlceras genitales dolorosas e invasión regional a los ganglios linfáticos con formación de bubones sin manifestaciones sistémicas. La característica de estas úlceras es que son blandas con fondo sucio y rápidamente necrosantes. Las lesiones se pueden autoinocular a otras áreas del cuerpo muy fácilmente. El

---

<sup>6</sup>Geo Salud. <http://geosalud.com/Enfermedades%20Transmision%20Sexual/herpesgenital.htm>

agente causal es *Haemophilus ducreyi*, una bacteria Gram negativa anaerobia facultativa.<sup>7</sup>

- **Condiloma acuminado**, es una enfermedad vírica de la piel caracterizada por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. En los adultos, el trastorno se considera una infección de transmisión sexual, pero en niños el virus aparece o se transmite con o sin el contacto sexual. Los condilomas son ocasionados por el virus de papiloma humano (VPH). Los virus del papiloma ocasionan pequeños crecimientos (verrugas) sobre la piel y membranas mucosas. La infección de las regiones anales y genitales con VPH puede ocasionar verrugas (condiloma ano-genital) sobre el pene, vulva, uretra, vagina, cuello del útero, y alrededor del ano (perianal).<sup>7</sup>
- **Uretritis**, es un síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta o purulenta y/o disuria, aunque puede ser asintomática. La uretritis puede ser causada por bacterias o virus. Las mismas bacterias que causan las infecciones urinarias (*E. coli*) y algunas enfermedades de transmisión sexual (clamidia, gonorrea) pueden llevar a que se presente uretritis. Las causas virales de la uretritis incluyen el virus del herpes simple y el citomegalovirus.<sup>7</sup>
- **Epididimitis**, es la inflamación aguda del epidídimo causada por bacterias. La sintomatología es que el paciente sienta dolores e inflamación en aumento del epidídimo, que es la estructura tubular situada detrás de los testículos donde maduran los espermatozoides. Suele estar acompañada de una inflamación testicular y aparecen otros síntomas generales tales como fiebre, escalofríos y cansancio.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Mallqui Osorio, Marisela. Epidemiología de las ITS. Dermatología Peruana. Vol. 10 Suplemento Nº 1, Diciembre, 2010.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

**MIRABAL MARTINEZ, Grisell. Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual. Cuba- 2012.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de algunas variables clínicas y epidemiológicas de las infecciones de transmisión sexual en el área de Salud del Policlínico Docente “Manuel Gonzales Díaz” del municipio Bahía Honda el periodo comprendido entre Enero de 2006 hasta Diciembre del 2010. La muestra estuvo constituida por 279 pacientes con diagnóstico confirmado y que representa la totalidad de los casos notificados con esta enfermedad en el periodo estudiado lo cual coincide con el universo de trabajo. Los resultados del trabajo de investigación son: Las enfermedades más frecuentes durante los últimos cinco años en el periodo 2006-2010, son las Condiloma, Sífilis, Blenorragia.

Sobre la incidencia de las infecciones de transmisión sexual según sexo durante los años 2006-2010 donde se registraron 279 notificaciones con diagnóstico confirmado, de los cuales existió un predominio del sexo masculino con 188 casos para un 67.4%, estableciéndose una relación 3-1 entre ambos sexos.

En la distribución de la ITS por grupos de edades, existiendo un franco predominio del grupo comprendido entre 20 y 29 años, con 134 casos para un 48% , seguido algo de cerca por los pacientes de 30-39 años con 92 para un 39.2%. Es significativo señalar que se reportan solo 13 casos para un 4.6% en la población de 10-19 y ningún caso se reporta en ancianos mayores de 60 años.

El mayor porcentaje de los pacientes tenían un nivel educacional secundario, con 125 casos para un 44.8%; le sigue el preuniversitario con el 30.1% y el



primario con el 19.0%; lo que demuestra que el nivel de escolaridad no es determinante, sino la educación sexual y la conducta que de ella se deriva. Además, predominó el estado civil acompañado, con el 52.6% y soltero el 16.8%, lo que demuestra que a pesar de estar casado o acompañado presentaban relaciones con otras personas sin realizar un sexo seguro, por lo que se hace necesario educar sexualmente a toda la población.

En la investigación más de la tercera parte de los pacientes enfermos, o sea el 89.5% de los casos presentaban orientación heterosexual, seguida algo distante por la orientación homosexual.

Conclusión: Las tres cuartas partes de los enfermos de ITS son del sexo masculino, la enfermedad se presentó mayoritariamente en individuos cuyas edades oscilaron entre 20 y 30 años de edad. Además no se demostró asociación significativa entre la edad y el sexo de los pacientes enfermos. Por otra parte la orientación heterosexual resultó ser la predominante entre los enfermos notificados.<sup>8</sup>

**GARCÍA, Patricia J. y Col. Sexo, información y uso de condón en adolescentes peruanos. Perú- 2009.** Buscó evaluar conocimientos acerca de ITS/VIH, fuentes de información y conductas sexuales y analizar los factores asociados a experiencia sexual y uso de condones en adolescentes peruanos. Se realizó una encuesta de base poblacional utilizando un muestreo multietápico en 3 ciudades del Perú. La encuesta incluyó a 2,607 adolescentes con edades entre 12 y 19 años. Resultados: más de 80% de los adolescentes reportaron haber escuchado alguna vez acerca de las ITS, reconociendo como principal fuente de información a sus profesores(as) de colegio, sin embargo el 40% describió la educación sexual ofrecida en la escuela como insuficiente. 21.8% de las mujeres, 41.8% de los varones de 15-19 años, y

---

<sup>8</sup> Mirabal Martínez Grisell, "Comportamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual"; Policlínico Docente Manuel Gonzales Díaz, Cuba, 2012.

1.4% de las mujeres, 4.1% de los varones de 12-14 años reportaron haber tenido alguna vez sexo. Sólo un tercio de los adolescentes reportaron haber usado condón en su primera relación sexual. Se encontró una asociación positiva entre experiencia sexual y el reporte de insuficiente educación sexual en el caso de los varones (OR: 1.7 [1.1-2.6]). En mujeres, el reporte de que la escuela era la principal fuente de información acerca de sexo se asoció de manera positiva con el uso de condón en su última relación sexual (OR: 35.7 [6.0-213.4]). En el caso de varones, el uso de condón en su última relación sexual se asoció al conocimiento de dónde obtenerlos (OR: 39.6 [3.8- 414.6]). Concluye que los resultados enfatizan las diferencias por género en los predictores de experiencia sexual y uso de condón en adolescentes, y la importancia de la conexión entre educación sexual y conducta sexual.<sup>9</sup>

**GÓMEZ Walter y Col. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga. Perú-2008.** El autor estudio la asociación de los comportamientos sociales y sexuales con las infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH/sida), en jóvenes del Alto Huallaga, 2004. Diseño: Estudio de casos y controles. Lugar: Establecimientos de salud del Alto Huallaga. Participantes: Jóvenes de 18 a 24 años. Intervenciones: Se estudió jóvenes que presentaron alguna ITS VIH/sida durante el año 2004, realizándose análisis estadístico bivariado (prueba de chi cuadrado y prueba exacta de Fisher) y análisis multivariado (regresión logística). En el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico Stata versión 9, con apoyo del EPIDAT 3,1. Principales medidas de resultados: Edad, características familiares, vida sexual y asociación con ITS/VIH/sida. Resultados: De 1518 sujetos de investigación, 506 fueron casos con antecedente de infección de transmisión sexual y 1012 los controles, sin antecedente de ITS; 921 (60,7 por ciento) fueron de sexo

---

<sup>9</sup> García, Patricia J; Cotrina, Armando; Shah, Sural; Cárcamo, César. Sexo, información y uso de condón en adolescentes peruanos. DST j. bras. doenças sex. transm; 21(1), 2009

femenino, 29 por ciento procedían de Rupa Rupa y 64 por ciento tenía entre 21 a 24 años. Al análisis bivariado, al igual que el análisis de regresión logística, resultaron estar asociados a las variables sexo (femenino: OR 2,40 (IC 95 por ciento 1,83 a 3,14)), edad (rango de 21 a 24 años; OR 1,38 (IC 95 por ciento 1,08 a 1,78)), tipo de amigos (pandillaje; OR 1,19 (IC 95 por ciento 1,05 a 1,35)), tipo de relación padre e hijo (no dialogan; OR 1,28 (IC 95 por ciento 1,12 a 1,46)), edad de primera relación sexual (menores de 14 años; OR 1,09 (IC 95 por ciento 1,02 a 1,15)), número de parejas sexuales (dos o más; OR 4,74 (IC 95 por ciento 3,31 a 6,80)). Concluye que la edad de 21 a 24 años, el grupo de pandillaje, los padres e hijos que no conversan, la primera relación sexual en menores de 14 años y el tener dos o más parejas sexuales fueron las variables asociadas a las infecciones de transmisión sexual VIH/sida.<sup>10</sup>

**GALBÁN GARCÍA, Enrique Prevalencia y frecuencias relativas de las ITS en la ciudad de Manaus, Brasil- 2005.** La investigación incluyó 1855 personas pertenecientes a cuatro subgrupos de la población: gestantes, trabajadores de industrias y hombres y mujeres que demandaron atención en una clínica de ITS, de manera de poder contar con resultados tanto para población de riesgo estándar como de mayor riesgo. La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) fue la ITS con mayor frecuencia encontrada, con tasas de prevalencias que oscilaron entre 45% y 65,7% en los grupos de estudio, seguida por la infección por clamidia con tasas de 10% y más en mujeres. Una ponderación relativa de los resultados encontrados en los grupos estudiados fue realizada para estimar las tasas en la población general de la ciudad de Manaus, siendo estas de 2.7%; 7.5%; 2.1%; 0.2%; 0.9%; 3.0%; 48.8%; 38.8; y 23.5% para infección gonocócica, infección por clamidia, sífilis, VIH, Virus de la hepatitis B, Herpes genital, VPH todos los tipo, VPH oncogénicos y VPH no oncogénicos. Fueron estimadas mediante

---

<sup>10</sup> Gómez, Walter; Damaso Bernardo; Cortegana, Carlos; Lahura, Pedro; Motta, Juan. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga. An. Fac. Med. (Perú); 69(1):17-21, ene.-mar. 2008

análisis univariado y multivariado las principales variables independientes, predictoras de la infección de cada una de las ITS. Se identificaron las etiologías más frecuentes de los síndromes de flujo vaginal y de secreción uretral en los hombres y se construyeron un grupo de nuevos indicadores para ser usado en lugares donde no haya información epidemiológica sobre las ITS ni posibilidades para desarrollar este tipo de estudio.

Se concluye que las ITS representan para la población de Manaus un problema de salud importante, que las altas tasas de infección por VPH en las poblaciones estudiadas sugieren que la penetración de este agente en la población de la ciudad puede ser importante, en especial la circulación de los tipos de alto riesgo para cáncer de cuello uterino así como que la mayoría de las infecciones se están produciendo en un periodo temprano de la adolescencia, elementos que deben ser tenidos en cuenta para el perfeccionamiento del programa local de prevención y control del cáncer de cuello uterino. Los datos proveídos también pueden ser de gran importancia para la evaluación futura del riesgo de la ocurrencia de complicaciones frecuentes y para mejorar sus eventuales programas de prevención y control.<sup>11</sup>

**CAMEJO, R., y Colaboradores. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en adolescentes pertenecientes al consultorio de Vista Alegre. Cuba – 2006**

El objetivo del trabajo de investigación fue modificar conocimientos sobre las ITS en adolescentes pertenecientes a un consultorio del municipio de Majibacoa. El universo estuvo constituido por 106 adolescentes. Para la muestra se seleccionaron dos grupos al azar, uno formado por 50 adolescentes (grupo 1) a los que se les aplicó el modelo educativo y el otro (grupo 2) por 50 a los que no se les aplicó el modelo educativo. Las diferencias entre los

---

<sup>11</sup> Galbán García, Enrique . Prevalencia y frecuencias relativas de las ITS en la ciudad de Manaus, Brasil, 2005. <http://tesis.repo.sld.cu/198/>

grupos luego de la intervención fueron significativas. Se verificó un aumento de conocimientos generales del grupo 1 en un 86%, los resultados nos permitieron evaluar satisfactoriamente la intervención educativa.<sup>12</sup>

**LÓPEZ DE MUNAIN, J. Las infecciones de transmisión sexual. Situación en la comunidad autónoma del país Vasco. Efectividad de las intervenciones preventivas. Publicaciones del Gobierno Vasco, 1ª ed., 2007.** Se realizó un estudio descriptivo de morbilidad proporcional y de tendencias temporales de los episodios atendidos en las consultas de ITS de Osakidetza. Este estudio muestra que la tendencia en nuestro medio ha sido similar a la de distintos países europeos, con un incremento significativo de los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* desde 1998 en los varones homosexuales. Igualmente, a partir del 2003 se ha evidenciado un exceso de casos de sífilis respecto a lo esperado. Las altas prevalencias de infección por VIH tanto entre los casos de IG (14%) como en los de sífilis infecciosa (18%) sugieren un aumento de las prácticas de sexo no protegido entre personas HIV (+), con el agravante de que estas ITS facilitan la transmisión del VIH. La información obtenida del análisis de los datos de las consultas de ITS de Osakidetza, junto con las tendencias epidemiológicas en los países de nuestro entorno, recomiendan una situación de alerta y la toma de medidas ante un posible recrudecimiento de estas infecciones en nuestro medio.<sup>13</sup>

**LUQUE FERNÁNDEZ, Miguel Ángel y colaboradores. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual y factores relacionados en Pweto, República Democrática del Congo, 2004.** El objetivo de este estudio fue de estimar la prevalencia de ulceración genital y exudado uretral en Pweto, República Democrática del Congo, así como analizar la asociación de las

---

<sup>12</sup> Camejo, R., Mora, E. 2006. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en adolescentes pertenecientes al consultorio de Vista Alegre. <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEuFpkElaHLVCoRV.php>

<sup>13</sup> López de Munain, J., Las Infecciones de Transmisión Sexual. Situación en la comunidad autónoma del país Vasco. Efectividad de las intervenciones preventivas. Publicaciones del Gobierno Vasco, 1ª ed., 2007.

prevalencias estimadas, con la edad, el estado civil, la profesión y el número de parejas sexuales. Fue un estudio descriptivo y transversal mediante encuesta, realizada a una muestra representativa de 106 varones de Pweto, de entre 15 y 65 años de edad, en mayo de 2004, con una precisión del 9,5%. Las preguntas sobre la presencia actual o antecedentes de ulceración y exudado fueron autoinformadas y referidas al último año a partir del día de la encuesta. Para el estudio de las asociaciones, se calculó la odds ratio (OR) cruda y posteriormente la OR ajustada mediante una regresión logística multivariante.

Los resultados fueron: La prevalencia fue del 39,6% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 30-49) para el exudado uretral y del 33% (IC del 95%, 24-42) para la ulceración genital. Independientemente de la edad, el número de parejas sexuales durante el último año y el estado civil, los militares fueron identificados como un grupo de riesgo. El análisis multivariante nos muestra una OR ajustada de 3,25 (IC del 95%, 1,10-9,95;  $p < 0,05$ ) para la frecuencia del exudado uretral de los militares frente a otras profesiones.

Se concluye que la alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Pweto y las asociaciones encontradas desencadenaron la instauración de un programa de donación supervisada de preservativos para los militares. En situaciones de conflicto, con alta prevalencia de ITS y los servicios sanitarios deficientes, las organizaciones de ayuda humanitaria deberían implementar actividades de prevención focalizadas en los grupos de riesgo.<sup>14</sup>

**GONZÁLES LÓPEZ, José Rafael y colaboradores. Salud Sexual y Reproductiva en inmigrantes latinoamericanos adultos de la ciudad de Sevilla. España-2011.** El estudio es de corte transversal que se llevó a cabo en una muestra estratificada con afijación proporcional por las variables sexo, edad y distrito administrativo de 190 inmigrantes latinoamericanos adultos de

---

<sup>14</sup> Luque Fernández, Miguel Ángel; Palma Urrutia, Pedro Pablo; Bauernfeind, Ariane. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual y factores relacionados en Pweto, República Democrática del Congo, 2004. Gac Sanit v.22 n.1 Barcelona ene.-feb. 2008

25 a 44 años de la ciudad de Sevilla desde enero a mayo de 2011. Se utilizaron algunos apartados del cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados al comportamiento (2009) de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos en el que se incluyeron variables sociodemográficas, el uso de métodos anticonceptivos, la prevalencia de ITS y la asistencia a planificación familiar.

Los resultados fueron que el preservativo masculino lo emplean el 43,0%, de ellos lo usa siempre el 66,2%, utilizándolo más los hombres que las mujeres, 68,9% vs. 31,1%. Las mujeres casadas utilizaban métodos anticonceptivos con mayor frecuencia (64,2%), frente al 42,6% de las no casadas. La incidencia autodeclarada de ITS ha sido significativamente mayor en hombre que en mujeres, 6,7% frente al 0,9%. El 16,8% de la muestra afirmó acudir a consulta de planificación familiar.

Concluye que la mayoría de la población estudiada está bien informada sobre planificación familiar y emplea algún tipo de método anticonceptivo, con mayor frecuencia, el preservativo masculino. La prevalencia de infecciones de transmisión sexual es baja, aunque su protección es insuficiente.<sup>15</sup>

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo único elemento en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. Las ITS se pueden clasificar tomando en consideración diferentes aspectos como el agente causal, la patología que produce o los síntomas

---

<sup>15</sup> González López, José Rafael; Rodríguez Gázquez, María de los Ángeles. Salud Sexual y Reproductiva en inmigrantes latinoamericanos adultos de la ciudad de Sevilla. España, 2011. <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/152611/144351>

asociados, pudiendo agruparse varias patologías bajo un conjunto de síntomas. (Tabla 01).

**Tabla 1: Síndromes asociados a infecciones de transmisión sexual**

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiologías más comunes
Flujo vaginal (Descenso vaginal)	-Descenso vaginal	-Descenso vaginal o flujo vaginal anormal	Vaginitis asociada a: - Vaginosis Bacteriana Tricomoniasis - Candidiasis (si hay prurito asociado)
Descarga uretral en varón	-Pus o secreción por el pene -Ardor al orinar	- Pus o secreción por el pene	Clamidia y gonorrea
Úlcera genital en varón y mujer	-Úlcera genital	-Úlcera genital -Ganglios inguinales palpables.	Sífilis Herpes Chancroide  Menos frecuentes: Donovanosis Linfogranuloma venéreo
Dolor abdominal bajo	-Dolor abdominal bajo -Dolor con las relaciones sexuales.	-Descenso vaginal -Dolor a la movilización de la cérvix y anexos -Temperatura >38°.	Clamidia, Gonorrea y Anaerobios
Inflamación escrotal	- Dolor e inflamación escrotal.	Inflamación escrotal.	Clamidia, Gonorrea
Bubón inguinal	-Ganglios inguinales inflamados y dolorosos.	- Ganglios inguinales inflamados acompañados de absceso o fístula.	Linfogranuloma venéreo  Menos frecuente: Chancroide

Cerca de un millón de las infecciones corresponden a infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el agente causal del SIDA. Su importancia y la necesidad de su control está no sólo en las infecciones agudas que causan, sino también, en las complicaciones que las caracterizan.



Los principales "factores de riesgo" para adquirir una ITS son:<sup>16</sup>

- a. Tener una pareja sexual infectada.
- b. El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.
- c. Tener relaciones coitales sin protección.
- d. Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- e. Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- f. Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.
- g. El comienzo de las relaciones sexuales a edades más tempranas, que implica una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales.
- h. El aumento de la actividad sexual, sólo con la protección de métodos anticonceptivos.
- i. La modificación de las costumbres (valores morales y familiares). Múltiples parejas casuales.
- j. No tener una educación sexual formal.

Muchas ITS se transmiten a través de las membranas mucosas del pene, de la vulva, y (menos a menudo) de la boca. La membrana visible que cubre la cabeza del pene es una membrana mucosa. Las membranas mucosas se diferencian de la piel en que permiten que ciertos patógenos (los virus o las bacterias) entren en el cuerpo.

Ésta es una razón por la que la probabilidad de transmitir muchas infecciones es bastante más alta por sexo que por otros medios. Aunque las membranas mucosas existen tanto en la boca como en los

---

<sup>16</sup> DIGESA, Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva, Perú, 2004. URL: <http://www.infecciones/infecciones2.shtml>

órganos genitales, muchas ITS parecen ser más fácil de transmitir a través de sexo oral, muchas infecciones que se transmiten fácilmente de la boca a los órganos genitales o de los órganos genitales a la boca, son mucho más difíciles de transmitir a partir de una boca a otra. Algunas infecciones etiquetadas como ITS se pueden transmitir por el contacto directo de la piel. El herpes y VPH son ambos ejemplos.

La probabilidad de transmitir varias enfermedades por varias actividades sexuales varía mucho, en general, todas las actividades sexuales entre dos (o más) personas debe ser considerada como una ruta de dos vías para la transmisión de ITS.

#### **2.2.1.1. Situación de las ITS en el Perú**

En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene diferentes limitaciones que no permiten estimar la magnitud de las ITS. Sin embargo, la información proveniente de diversos estudios transversales -realizados la mayoría en la ciudad de Lima- evidencia la elevada frecuencia de estas infecciones, lo que contrasta con la escasa demanda de servicios. Esta situación es explicada por la inadecuada percepción de riesgo, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas ITS, y la carencia de servicios de ITS accesibles, aceptables y de calidad. La integración de los servicios de ITS en el primer nivel de atención y la creación de centros modelo de atención de ITS ayudarán a revertir esta situación. Estas evidencias, y otras, demuestran que la mayoría de las ITS tienen una prevalencia mayor en determinados grupos poblacionales, y que las estrategias de prevención de ETS deben dirigirse a estos grupos si se quiere ser eficaz en el control de las mismas.

El MINSA a través del PROCETSS reportó que el número de personas con ITS atendidas en el Perú ascendió de 200,000 personas en 1997 hasta 640,000 en el 2000 siendo las zonas de Lima Metropolitana, la provincia constitucional de Callao, La Libertad, Loreto y Piura quienes aportaron el mayor porcentaje de los casos al Programa Nacional –PROCETSS, producto de la implementación de la estrategia de manejo sindrómico.

Estudios de prevalencia en Lima y Callao realizados entre 1990 y el 2003 en diferentes poblaciones reportan prevalencias de 2.7%, 7.6%, 3.6% de *N. gonorrhoeae* por cultivo y de 1.2% y 3.9% por PCR en orina. Prevalencias de 80.8%, 57%, 14.1%, 2,8% de *C. trachomatis* por serología, y 10.4%, 8.4 por PCR de orina.

#### **2.2.1.2. Factores que influyen la transmisión de la ITS.**

Las ITS son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno social. Las epidemias de ITS evolucionan siguiendo fases que se caracterizan por diferentes patrones de distribución y transmisión dependiendo de los agentes patógenos respectivos, del comportamiento de las poblaciones y sub-poblaciones en que se desarrolla y entre ellas, así como de los esfuerzos para su control. Las redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en una primera fase en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales (grupos nucleares) y un pobre contacto con el sistema de salud formal. Por tanto para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

#### **A) Factores Sociales:**

Existen muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro: desconocen lo que es “sexo seguro” (ignorancia), razones culturales o religiosas que impiden que las personas sexualmente activas usen condones, roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones), no les gusta usar condones, no se tiene acceso a condones, presiones sociales que empujan especialmente a los adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.

Con frecuencia hay retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS lo que ocasiona diagnósticos y tratamientos tardíos, muchas personas desconocen cuáles son los síntomas de las ITS, muchas ITS son asintomáticas especialmente en mujeres. Otras causas están relacionadas con los servicios de salud que pueden no ser adecuados y carecer de medicamentos por lo que prefieren acudir a proveedores alternativos y farmacias.

#### **B) Factores de Comportamiento:**

El comportamiento y las prácticas sexuales inadecuadas de las personas, es uno de los factores de riesgo más importantes que los expone a la probabilidad de adquirir una ITS incluido el VIH, y dado que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales, existe una serie de factores que incrementan el riesgo de infección como: tener más de una pareja sexual, tener una pareja que tiene otras parejas sexuales, tener una nueva pareja sexual, tener relaciones sexuales con parejas

“casuales” (amigos/as, “vacilones”, etc.), tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales, el uso de drogas o alcohol interfiere con la capacidad de las personas de tomar decisiones respecto de con quién y cómo tener relaciones sexuales, continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS, no usar condón o usarlo en forma inadecuada en situaciones de riesgo como las mencionadas anteriormente exponiendo a la(s) pareja(s) a un alto riesgo de infección o si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.

#### **C) Factores Biológicos**

- Edad: los jóvenes son más susceptibles por la constitución de la mucosa genital, además, cuanto más precoz el inicio de la actividad sexual se aumenta el número de parejas en el curso de la vida sexual activa.
- Sexo: mujeres más vulnerables por mayor superficie expuesta de la mucosa vaginal.
- Circuncisión: los varones circuncidados se contagian menos que los no circuncidados.<sup>17</sup>

#### **2.2.1.3. Enfoques de manejo del paciente con ITS**

Los responsables de brindar atención a los pacientes que consultan por una ITS, utilizan en general los enfoques clásicos:

---

<sup>17</sup> Programa Nacional de Control de SIDA-ITS (PRONASIDA), Paraguay, 2013.  
[http://www.pronasida.gov.py/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.pronasida.gov.py/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)

### **A) Manejo Etiológico.**

Se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas serológicas o microbiológicas y otras de apoyo al diagnóstico. El principal problema de este enfoque es la necesidad de exámenes de laboratorio.

Este tipo de manejo ocasiona que los pacientes no puedan ser tratados en la primera consulta, necesitando varias visitas de seguimiento para completar un tratamiento adecuado y la posibilidad de un control posterior es mínima.

### **B) Manejo Clínico**

Está basado en la experiencia del examinador y el diagnóstico en base a la historia natural de una ITS y/o a la apariencia de las lesiones “ojo clínico”.

La automedicación con antibióticos sistémicos, tópicos o corticoides pueden alterar la apariencia de las lesiones, y dificultar más el diagnóstico clínico.

### **C) Manejo Sindrómico**

Busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos, en la primera consulta, haciendo uso de recursos de laboratorio, sólo cuando estén disponibles, pero sin condicionar ni retardar una decisión terapéutica.

Se basa en la identificación y tratamiento del problema que motiva la búsqueda de atención en un establecimiento de salud. A su vez, un síndrome es definido como un grupo de síntomas que aquejan a un

paciente y/o signos encontrados al momento de examinarlo<sup>18</sup>.

### **1. Infecciones Sindrómicas.**

- Síndrome de descarga uretral.
- Síndrome de flujo vaginal.
- Síndrome de úlcera genital.
- Síndrome de dolor abdominal bajo.
- Síndrome de bubón inguinal.

### **2. Infecciones no incluidas en el manejo sindrómico**

- Sífilis adquirida no primaria
- Lesiones proliferativas genitales y/o perianales conocidas como Condiloma acuminado (virus del Papiloma humano)
- Ectoparasitosis:
  - Acarosis
  - Pediculosis púbica

### **Ventajas del Manejo Sindrómico:**

- Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- Permite decisiones y acciones claras.
- Considera tratamiento para varias infecciones concomitantes, lo que es muy común en las ITS.
- Estandariza los tratamientos para las ITS en todos los niveles de atención, garantizando su eficacia al utilizar esquemas con elevada efectividad.

---

<sup>18</sup> Norma técnica de salud para el manejo de las ITS. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA-Lima. Ministerio de Salud; 2006.XXX p.;ilus.

- Permite el tratamiento de los pacientes en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana.
- Combina la educación del paciente con la atención médica ya que da la oportunidad de introducir mensajes preventivos y promover el uso del condón.

### **¿Es el manejo Sindrómico la mejor opción?**

No necesariamente es mejor ni peor que otros, pero hay muchos lugares en donde el empleo del manejo sindrómico puede marcar una gran diferencia en el control de las ITS.

El manejo sindrómico es ideal para situaciones o lugares en los que el diagnóstico basado en sofisticadas pruebas de laboratorio es impracticable o demasiado costoso. Ofrece además la ventaja adicional de que el/la paciente puede ser diagnosticado/a o tratado/a en una sola visita.

El uso de pruebas de laboratorio es recomendado siempre en cuando estén disponibles y no retarden la decisión terapéutica. Para proporcionar el mejor tratamiento posible usando el manejo sindrómico es necesario evaluar y actualizar las actuales estrategias y herramientas. Por esta razón es importante conducir estudios de validación periódicamente para determinar si las guías de tratamiento son apropiadas dado los actuales patrones en el país. <sup>17</sup>



#### **2.2.1.4. Manejo de los síndromes más frecuentes en Infecciones de transmisión sexual**

El objetivo central del manejo de casos de ITS es el de hacer un diagnóstico adecuado que permita dar un tratamiento oportuno en la primera visita. El manejo sintomático permite cumplir con este objetivo.

Los síndromes más frecuentes de ITS en varones son:

- Síndrome de Descarga Uretral.
- Síndrome de Úlcera Genital.
- Síndrome de Bubón Inguinal.

#### **A) Síndrome de Descarga Uretral (DU en varones)**

##### **A.1. Definición**

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

A veces puede ser necesario solicitar al paciente ordeñar la uretra hacia adelante. Si el paciente no es circuncidado se le debería examinar con el prepucio retraído para estar seguro que la descarga viene del canal uretral y no del espacio sub-prepucial.

##### **A.2. Etiología**

La descarga uretral puede deberse a infección por *Neisseria gonorrhoeae* (Uretritis gonocócica (UG)) o

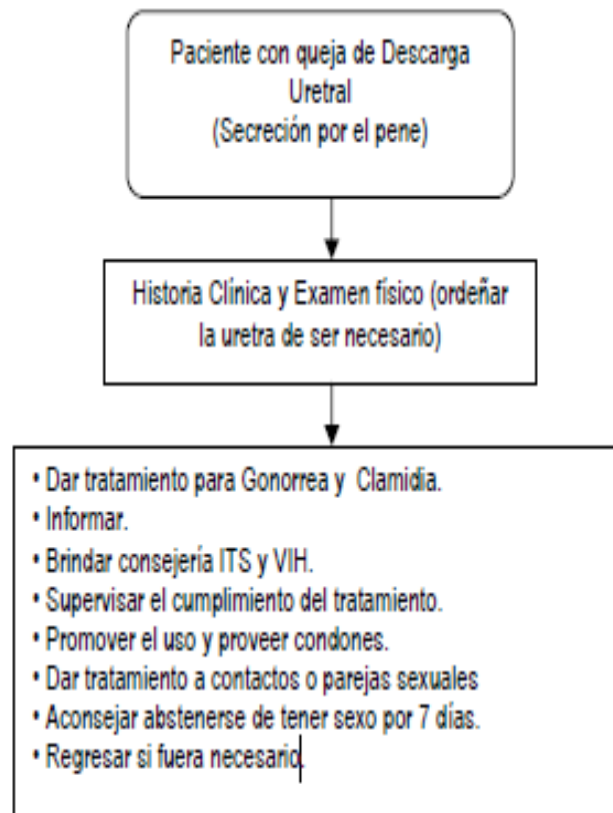
a una variedad de agentes etiológicos (Uretritis no gonocócica (UNG) como la *Chlamydia trachomatis* - el agente más común -, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* y raras veces otros gérmenes como la *Trichomonas vaginalis*.

Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis.

### **A.3. Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico de la Descarga Uretral**

- a. No es posible distinguir clínicamente entre la uretritis gonocócica de la no gonocócica debido a que estas infecciones comparten características similares que hacen imposible distinguir, solo en base al examen físico, si la infección fue producida por gonorrea o clamidia, u otro organismo.
- b. En el Perú de lejos las causas mas frecuentes de DU son gonorrea y clamidia, esta última asociada al menos a un 55% de las descargas uretrales. También es frecuente que se asocien ambas infecciones (coinfección), según algunos autores esto se presenta entre el 25-60% de los casos de DU.

### Fluxograma de Manejo del Síndrome Descarga Uretral (DU)



#### A.4. Tratamiento del Síndrome de Descarga Uretral

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

relaciones sexuales o usar condón por 7 días luego de haber recibido el tratamiento.

**Tratamiento del Síndrome de Descarga Uretral**  
**Ciprofloxacina** 500 mg vía oral en dosis única más  
**Azitromicina** 1g vía oral en dosis única.

#### **4.5. Manejo de los contactos**

- a. Se considerará como contacto a toda persona que ha tenido relaciones sexuales con el caso Índice en los últimos 60 días.
- b. El contacto recibirá el mismo tratamiento que el caso índice (TRATAMIENTO PARA GONORREA Y CLAMIDIA) tenga o no sintomatología. Si el contacto fuese una mujer gestante o que da de lactar se procederá a dar tratamiento según esquema sugerido para gestantes.

**Tratamiento de la mujer gestante o que da de lactar y es contacto de DU: Ceftriaxone** 250mg vía IM en dosis única (o Espectinomicina 2gm IM en dosis única) más **Azitromicina** 1g vía oral en dosis única (o Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días).

- c. Debe brindarse información y las 4 C.
- d. El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

#### **4.6. Seguimiento**

La mejoría luego del tratamiento se observa dentro de los primeros días. Usualmente los síntomas desaparecen entre la primera y segunda semana post tratamiento. Se recomendará al paciente que regrese a la consulta sólo si evidencia persistencia de los síntomas.

#### **4.7. Consideraciones especiales**

**Paciente infectado por VIH:** Es importante recordar que las uretritis facilitan la transmisión del VIH. El paciente infectado por VIH recibirá el mismo tratamiento que el no infectado en la primera consulta. Es importante seguir al paciente y de considerar utilizar pruebas de laboratorio ante la posibilidad de recurrencias.

##### **Uretritis recurrente y uretritis persistente**

Antes de decidir dar nuevamente tratamiento, es importante objetivar signos de uretritis: descarga uretral, leucocitos en secreción uretral en coloración gram ( $\geq 5$  PMN por campo en aceite de inmersión 400X), o leucocitos en primera orina de la mañana ( $\geq 10$  PMN por campo a 400X)

No existen esquemas de tratamiento efectivos para este grupo de pacientes.

Recomendamos:

- a. Si el paciente no cumplió con el tratamiento o si hubo exposición a pareja sexual no tratada, repetir el tratamiento inicial.
- b. Si el paciente cumplió con el tratamiento y no se expuso a pareja sexual no tratada, hacer examen

directo con suero salino para buscar *Trichomonas vaginalis*. Si el examen es positivo tratar con Metronidazol 2 gr vía oral en dosis única.

## **B) Síndrome de Úlcera Genital (UG)**

### **B.1. Definición**

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas.

### **B.2. Etiología**

Las principales causas de úlcera genital en el Perú son:

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

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

Otras causas menos frecuentes son:

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

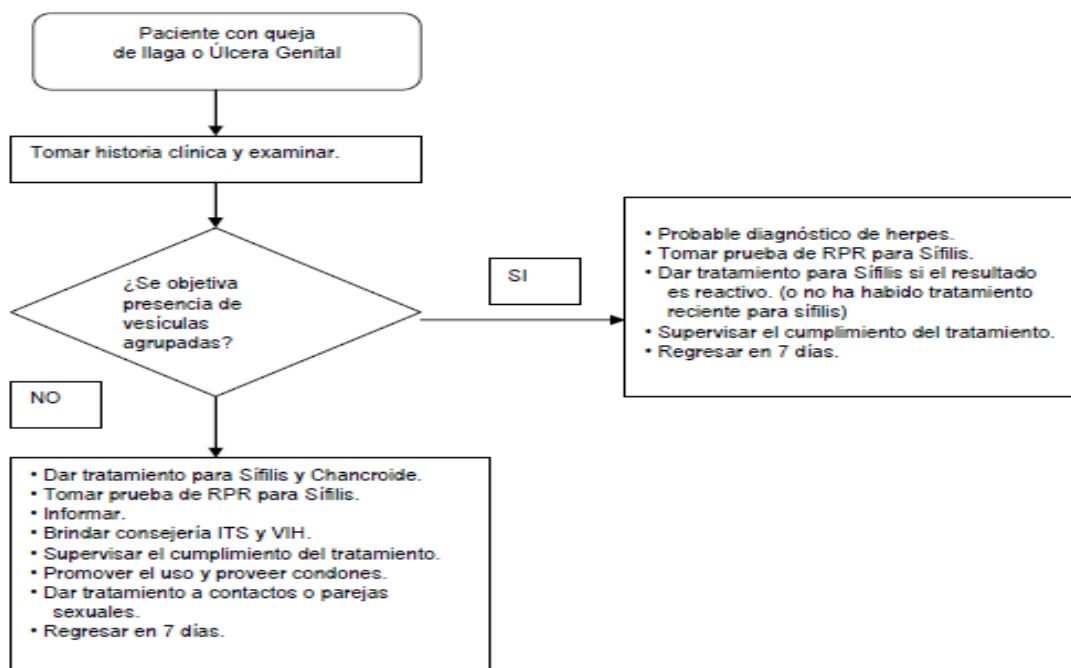
Muchas veces un paciente con úlcera genital tiene más de una etiología a la vez. Aunque la mayoría de las UG son causadas por una enfermedad de transmisión sexual, existen patologías que no son de transmisión sexual que pueden producir úlcera genital

como: el trauma, la dermatitis irritativas de contacto, etc.

### B.3. Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico de la Úlcera Genital

1. La morfología y presentación clínica de las úlceras generalmente no sirven para diferenciar su etiología dado que puede existir coinfección de varios agentes etiológicos, apariencias alteradas por estadíos avanzados, por estar sobre infectadas, o por el uso previo de tratamientos (tópicos o no).
2. Entre las úlceras genitales más frecuentes, sólo la sífilis y el chancroide tienen tratamiento curativo, mientras que para el herpes el tratamiento es sólo paliativo y no evita las recurrencias.
3. Existen además, presentaciones atípicas que son muy comunes en personas VIH positivas.

Fluxograma de Manejo del Síndrome de Úlcera Genital



#### **B.4. Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital (UG)**

Es importante examinar la lesión y decidir:

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

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

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

##### **Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital**

- Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular, un dosis única. **más**
- Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única.

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



## **B.5. Manejo de contactos**

- a. Se considera como contacto a toda pareja sexual con exposición al caso índice dentro de los 90 días previos al inicio de los síntomas.
- b. El contacto recibirá el mismo tratamiento según síndrome del caso índice (tratamiento para Sífilis y Chancroide) tenga o no sintomatología. Si el contacto fuese una mujer gestante o que dá de lactar se procederá a dar tratamiento según esquema sugerido para gestantes.
- c. Si se considera una alta sospecha de herpes genital en el caso índice, los contactos deben ser informados sobre el proceso y evolución de la enfermedad.
- d. Debe brindarse información y las 4 C.
- e. El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

## **B.6. Seguimiento**

Se recomienda regresar a la consulta a los 7 días si la(s) lesión(es) no evidenciaran mejoría. Debe recordarse que la infección primaria por herpes genital suele durar de 2 a 3 semanas en promedio, luego de lo cual se inicia la remisión de las lesiones. La mejoría luego del tratamiento se comienza observar dentro de la primera semana de iniciado el tratamiento. La curación completa puede demorar varias semanas.

Para las úlceras asociadas a chancroide se evidencia mejoría a los 7 días pero el tiempo necesario para la cicatrización depende del tamaño de la úlcera.

Ulceras grandes pueden necesitar más de 2 semanas. La cicatrización es más lenta en hombres no circuncidados, o en pacientes seropositivos a VIH.

## **B.7. Consideraciones especiales**

### a. Paciente VIH (+)

- Usar un esquema que incluya tratamiento para Sífilis y Chancroide.
- No usar esquemas de dosis únicas porque se ha observado una alta tasa de falla terapéutica. Se sugiere usar el régimen de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días para Chancroide, en lugar de ciprofloxacina.
- Se procederá a la administración de la dosis de Penicilina G Benzatínica, debiendo informarse al paciente sobre la necesidad de descartar un probable compromiso neurológico.

### b. Gestante o Mujer que dá de lactar

- La Ciprofloxacina está contraindicada en mujeres gestantes, durante la lactancia y en pacientes menores de 16 años (especialmente si pesan menos de 45 Kg.).

**Tratamiento del síndrome de UG en gestante, mujer que dá de lactar y en menores de 16 años.**

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular, en dosis única. **Más** Azitromicina 1 g vía oral en dosis única, o Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

### **B.8. Úlceras recidivantes y Úlcera crónica:**

- a. Úlceras recurrentes: considerar reinfecciones o Herpes genital.
- b. Úlcera crónica: es una úlcera con tiempo de enfermedad mayor a un mes y que no cedió con tratamiento Sindrómico  
(Penicilina/Ciprofloxacina). En estos casos se debe considerar Granuloma inguinal (DONOVANOSIS).<sup>17</sup>

## **C) Síndrome de Bubón Inguinal (BI)**

### **C.1. Definición**

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

### **C.2. Etiología**

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

La linfadenopatía inguinal puede ser ocasionada por infecciones localizadas en la región genital y de los miembros inferiores, puede acompañar al síndrome

de úlcera genital, o ser manifestación de infección por el VIH.

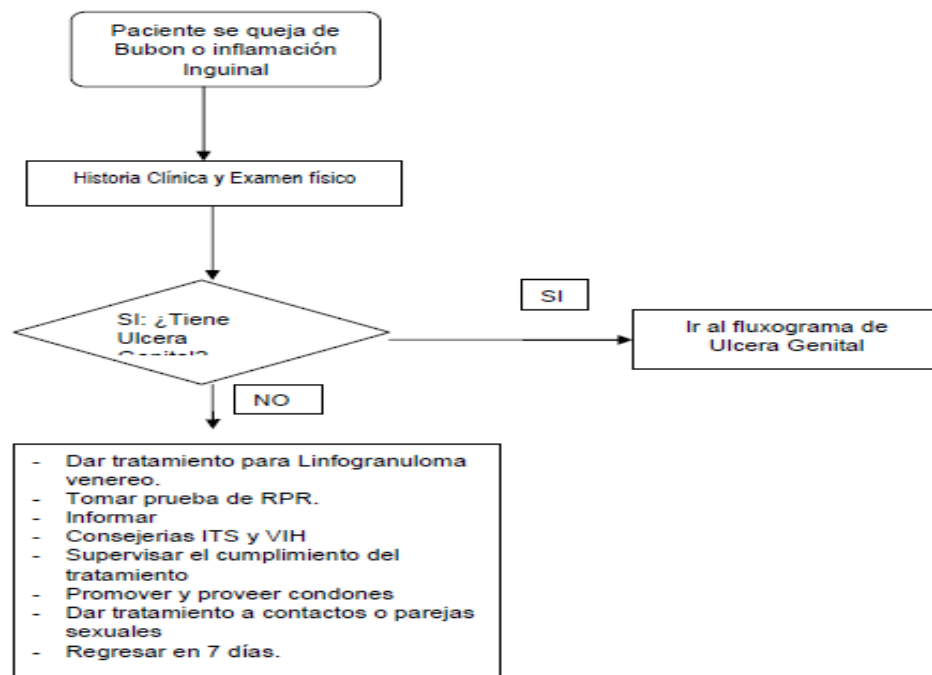
### C.3. Tratamiento del Síndrome de Bubón Inguinal

Después de haber determinado que un paciente es portador del síndrome de bubón inguinal, debemos descartar la presencia de úlcera genital. En ausencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de bubón inguinal y tratar según lo indicado. Si durante el examen físico se demuestra la existencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de úlcera genital.

Ante un síndrome de bubón inguinal, el paciente deberá recibir tratamiento para linfogranuloma venéreo

El Ministerio de Salud provee el siguiente esquema de tratamiento de manera gratuita:

Fluxograma de manejo del Bubón Inguinal



### **Tratamiento del Síndrome de Bubón inguinal**

Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 21 días. Como alternativa a la Doxiciclina se recomienda: Eritromicina base 500 mg por vía oral cada 6 horas por 21 días. Tan importante como tratamiento antibiótico es la aspiración de la pus, tantas veces y en la frecuencia como sean necesarias, para prevenir la formación de úlceras que evolucionarán tórpidamente. La aspiración debe realizarse a través de piel sana. No debe intentarse la incisión y drenaje o extirpación de los ganglios ya que puede causar el retraso de la curación.

#### **C.4. Manejo de los contactos**

- Se considerará como contacto a toda persona que hubiese tenido relaciones sexuales con el caso índice en los últimos 90 días.
- El contacto asintomático recibirá como tratamiento Azitromicina 1g vía oral dosis única. Si se trata de una gestante se recomienda Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.
- Si además se evidenciara otro síndrome, se usará el fluxograma correspondiente.
- Debe brindársele información y las 4 C.
- El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

#### **C.5. Seguimiento**

Durante el tratamiento de un paciente con síndrome de bubón inguinal, se deberán programar los controles necesarios para aspirar la pus y evitar el drenaje espontáneo del bubón. El seguimiento debe

realizarse hasta que los signos inflamatorios hayan resuelto.

### **C.6. Consideraciones especiales**

#### **a. Manejo del paciente con VIH**

Deberá recibir el mismo tratamiento que los no infectados por VIH.

#### **b. Gestante o mujer que dá de lactar**

Se recomienda el uso de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días.<sup>17</sup>

### **2.2.1.5. Manejo de otras ITS no incluidas en el manejo sindrómico**

#### **A) Sífilis Adquirida no primaria**

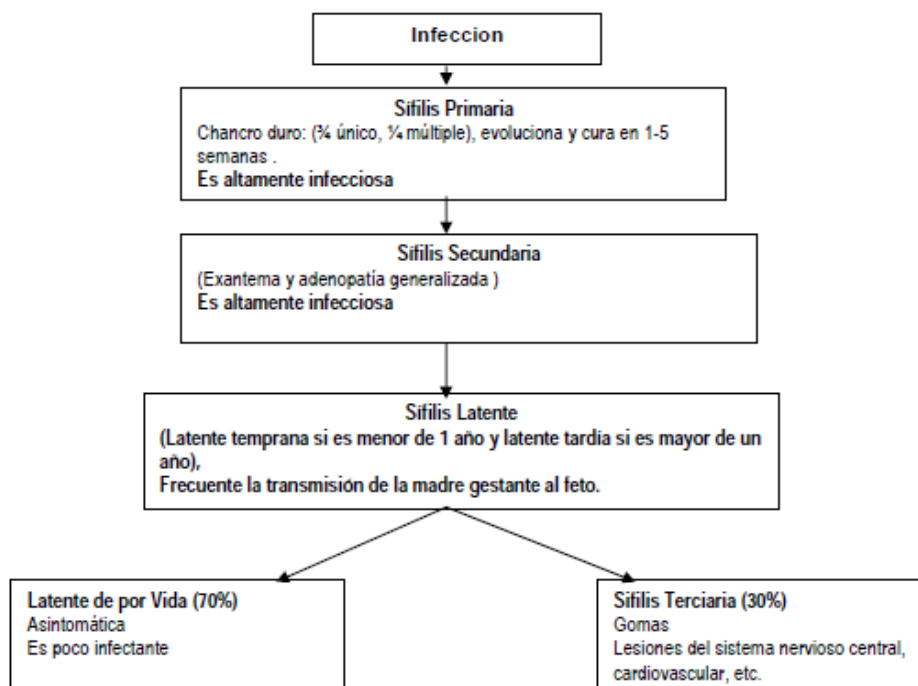
##### **A.1. Consideraciones generales**

La Sífilis es una enfermedad sistémica ocasionada por el *Treponema pallidum*, tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos (Tabla 8 y Figura 2).

**Tabla 8. Estadios clínicos de la Sífilis**

Sífilis temprana (hasta 1 año de producida la infección)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Latente temprana</li><li>• Neurosífilis asintomática temprana</li><li>• Meningitis sífilítica aguda</li></ul>
Sífilis tardía (más de 1 año de producida la infección)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Latente tardía</li><li>• Neurosífilis asintomática tardía</li><li>• Neurosífilis meningovascular</li><li>• Neurosífilis parenquimatosa</li><li>• Sífilis cardiovascular</li><li>• Sífilis tardía benigna (goma)</li></ul>

Figura 2. Historia natural de la Sífilis.



Con o sin tratamiento las manifestaciones clínicas de la sífilis primaria y secundaria se resuelven y la infección sólo puede diagnosticarse mediante pruebas serológicas. Esto constituye la **Sífilis Latente**.

La Sífilis latente temprana se extiende hasta un año luego de la infección luego de lo cual se le denominará **sífilis latente tardía**. Sin tratamiento efectivo la enfermedad no curada puede progresar hacia estadios tardíos de manejo más difícil.

Los pacientes con Sífilis pueden buscar tratamiento por síntomas o signos asociados a infección primaria (ejm: úlcera o chancro en el sitio de infección); infección secundaria (ejm: con manifestaciones que incluyen lesiones cutáneas como exantema, lesiones mucocutáneas y adenopatías); o infección terciaria (ejm: lesiones cardiacas, neurológicas,

oftalmológicas, auditivas o goma sifilítica). Las infecciones también pueden detectarse en su fase latente (asintomática) a través de pruebas serológicas (RPR o VDRL). Una persona con Sífilis transmite la enfermedad con mayor frecuencia durante los dos primeros años luego de la infección.

## **A.2. Pruebas serológicas**

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de Sífilis se pueden clasificar en:

- Pruebas no treponémicas.
- Prueba treponémicas.

### **a. Pruebas no treponémicas**

Se usan para **tamizaje, diagnóstico de Sífilis y seguimiento de su actividad**. Estas pruebas miden los anticuerpos antilipídicos IgG e IgM formados por el huésped. En nuestro medio se utilizan el RPR (Rapid Plasma Reagent) y el VDRL (VenerealDiseaseLaboratory). Ambas pruebas son similares en cuanto a su capacidad para identificar casos de Sífilis y poseen la misma especificidad, con la ventaja que la prueba RPR es técnicamente más sencilla.

Los resultados falsos positivos ocurren en la población general en un rango de 1 a 2%. En general, el 90% de los resultados falsos positivos tienen títulos menores a 1:8 que, sin embargo, pueden verse en Sífilis latente y formas tardías.

Luego de un tratamiento efectivo se espera la caída de los títulos por lo menos en 4 veces (ejm:



de 1:16 a 1:4) en los tres meses siguientes, pudiendo persistir la positividad por más de 1 año, dependiendo del valor inicial o de si el paciente es VIH (+).

#### **b. Pruebas treponémicas**

Se usan para **confirmar una infección treponémica pasada o presente**. Las pruebas más utilizadas incluyen el FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorbed) y el MHA-TP

microhemagglutination assay for antibody to *T. Pallidum*). Todas las pruebas treponémicas usan *T. pallidum* como antígeno, se basan en la detección de anticuerpos contra componentes celulares del treponema y son usadas como pruebas confirmatorias.

Por regla general, se mantienen positivas toda la vida, aunque el paciente haya recibido tratamiento efectivo, por lo que no son útiles para efectuar el seguimiento de los casos.

#### **c. Pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis.**

Relativamente reciente es la introducción del uso de pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis. Estas también son conocidas como “tiras reactivas” para sífilis y se basan en inmunocromatografía. Estas pruebas usan sangre venosa o sangre tomada del pulpejo de dedo, no requieren un laboratorio para su procesamiento y demoran entre 10-15 minutos en promedio para tener resultados. Cualquier profesional de salud puede interpretar fácilmente los resultados.

### **A.3. Diagnóstico y tratamiento**

Los criterios diagnósticos y de tratamiento varían de acuerdo al estadio y localización de la enfermedad.

Los pacientes con diagnóstico de Sífilis u otra ITS deben recibir información y las 4C (consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y uso de condón).

### **A.4. Manejo de los contactos**

Se considerará como contacto, excluyendo el caso de sífilis primaria (ver úlcera genital), a toda persona que tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses con el caso índice con diagnóstico de formas clínicas de evolución menor de 2 años. Se procederá con el mismo esquema que para Sífilis latente tardía, iniciándose el tratamiento en la primera consulta.

En las formas clínicas de evolución igual o mayor de 2 años, se recomienda efectuar diagnóstico serológico a las parejas sexuales estables del caso índice, procediéndose al tratamiento si el resultado fuese reactivo.

### **A.5. Seguimiento**

En las formas clínicas de evolución menor de 2 años, el tratamiento resulta altamente efectivo. En las formas más tardías, es probable la permanencia de secuelas no resueltas que limiten la recuperación total del paciente. En ambos casos, se recomienda serología con pruebas no treponémicas a los 6 y 12 meses después de finalizado el tratamiento.

Las pruebas no treponémicas deben negativizarse un año después de tratamiento adecuado para sífilis

primaria y 2 años después de tratamiento adecuado para sífilis secundaria.

## **B) Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)**

### **B.1. Etiología**

El VPH es un virus ADN con más de 70 genotipos identificados, más de 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Las verrugas genitales son causadas por el VPH tipo 6 u 11. Otros tipos (16, 18, 31, 33 y 35) han sido asociados a displasia cervical.

### **B.2. Manifestación clínica**

El espectro clínico de la infección genital por el VPH es amplio y sus rangos van desde la completa ausencia de anormalidades epiteliales, pasando por una variedad de microlesiones visibles sólo por amplificación y después de aplicar ácido acético (Ej. en la colposcopia), hasta las verrugas observadas a simple vista.

#### **En los varones:**

- Las verrugas genitales son pleomórficas. El condiloma acuminado es la lesión más común. Por lo general las verrugas son pápulas exofíticas, hiperqueratósicas, sésiles o con un pedúnculo corto y ancho. Pueden variar desde pápulas perladas y lisas hasta proliferaciones acuminadas.
- Las lesiones aparecen con más frecuencia en el frenillo, surco balanoprepucial, glande y prepucio. En el caso de HSH, las lesiones aparecen frecuentemente en la zona perianal.

Tabla 11. Manifestaciones clínicas más frecuentes de los tipos más comunes de VPH

Tipo de VPH	Lesiones Genitales
6, 11	Condiloma anogenital
16, 18, 31, 42	Enfermedad de Bowen, Neoplasia vulvar intraepitelial
6, 11, 16, 18, 31, 33, 35	Neoplasia cervical intraepitelial, displasia de mucosa genital
16, 18, 31, 33, 35	Cáncer invasivo

### B.3. Tratamiento

#### • Esquemas de tratamiento

- a. Crioterapia con nitrógeno líquido que se usará en lesiones de pequeñas dimensiones (verrugas genitales externas, perianales, cervicales, uretrales, anales y orales), debiendo utilizarse aplicadores que permitan dosificar la cantidad necesaria y a delimitar el área de tratamiento. Repetir las aplicaciones cada una a dos semanas.
- b. Podofilina en tintura de benzocaína al 25% (en verrugas genitales externas, perianales, cervicales y uretrales). Para evitar la posibilidad de una absorción sistémica que pueda provocar toxicidad, se recomienda que la aplicación se limite a 0.5 ml de la solución o que el área total tratada no exceda de 10 cm<sup>2</sup> por sesión. Debe lavarse prolijamente la zona tratada después de 1 a 4 horas. Se repetirá semanalmente la aplicación si fuese necesario. Considerando su poder irritativo se recomienda su uso sólo por personal entrenado. El uso de este fármaco está contraindicado durante la gestación.
- c. Electrocauterización, que se utiliza en verrugas genitales externas. Estará contraindicada en

pacientes portadores de un marcapaso o en lesiones próximas al orificio anal.

- d. Remoción quirúrgica, especialmente en verrugas orales, o de grandes dimensiones.

#### **B.4. Manejo de los contactos**

No es necesaria la búsqueda de contactos ya que la reinfección no es relevante en estos casos. Si la pareja sexual tiene lesiones debe recibir tratamiento.

Los contactos mujeres de pacientes varones con ITS deberán tener PAP anuales debido a que se ha demostrado un incremento de riesgo de cáncer cervical en pacientes que tienen ITS.

Es probable que los pacientes varones con ITS sean también portadores de una infección subclínica por VPH, infección que no es tributaria de tratamiento específico, infecciones que pueden transmitir a sus parejas sexuales.

#### **B.5. Seguimiento**

Una vez que las verrugas remitan con la terapia, no existe necesidad de controles posteriores, salvo si las lesiones son múltiples por existir una mayor tendencia a las recidivas. No obstante, se puede desarrollar un despistaje anual en mujeres con o sin verrugas genitales. Debe explicarse al paciente que la tasa de recidiva es alta (hasta un 30%).

## **C) Herpes Genital**

### **C.1. Etiología y Epidemiología**

El herpes genital es una de las enfermedades de transmisión sexual más extendidas en el mundo occidental. Se estima que entre el 25 y el 35% de los adultos sexualmente activos del mundo pueden estar infectados por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), que es el virus más frecuentemente causante del herpes genital, y alrededor del 20% presentan síntomas reconocibles. Su incidencia ha ido aumentando a lo largo de los últimos 20 años, y no existe tratamiento curativo, aunque los fármacos antivirales pueden limitar la duración y la gravedad de los síntomas si se inicia el tratamiento tempranamente.

El herpes genital es causado principalmente por el VHS-2, aunque en algunos casos el responsable es el VHS-1. Este último es el responsable de entre el 10 y el 30 % de los primeros episodios de herpes genital y de sólo el 2-5 % de las recurrencias.

### **C.2. Manifestaciones clínicas**

Estas dependen de la fase de la enfermedad:

a. Infección inicial: que puede ser:

- i. Sintomática
- ii. Asintomática

b. Infección recurrente que puede ser:

- i. Asintomática sin excreción de virus
- ii. Asintomática con excreción de virus
- iii. Infecciones subclínicas
- iv. Sintomática

### **- Infección primaria**

En el primer episodio de infección primaria suele producirse un pródromo que dura varios días, con malestar general, fiebre, cefalea, mialgias y quemazón o prurito cutáneos en la zona donde se desarrollarán posteriormente las lesiones. Mientras persisten las lesiones se mantienen los síntomas locales de dolor (especialmente durante la micción) y prurito.

Los síntomas suelen ser más intensos en las mujeres que en los hombres. Los síntomas son más intensos cuando se trata de una infección por VHS-2 o cuando el o la paciente tienen serología positiva para VHS-1 (herpes simple tipo 1 usualmente causante de una infección viral pediátrica) y adquieren VHS-2.

El primer episodio del herpes genital suele presentarse con úlceras múltiples dolorosas, generalmente precedidas de un pródromo que dura varios días. Los síntomas dependen del número de las lesiones y de su localización. No obstante, todas evolucionan del mismo modo, comenzando con eritema y progresando a la formación de vesículas, que evolucionan a úlceras y terminan cubriéndose de costras. La diseminación del virus dura alrededor de 12 días. El proceso de curación tarda aproximadamente 12-20 días, y la duración completa de la enfermedad es de unas 3 semanas. No obstante, son frecuentes las presentaciones atípicas.

En los varones, las lesiones pueden producirse en el glande, en el propio pene o en la región perianal. En las mujeres pueden producirse en los labios, el

clítoris, el periné, la vagina, vulva o la región perianal.

#### **- Infección recurrente**

En los episodios recurrentes, los síntomas son similares pero tienden a ser menos intensos, de duración más corta y con menos lesiones. Los síntomas prodrómicos duran 24-48 horas y pueden acompañarse de dolores esporádicos en la distribución del nervio sacro, que pueden ser un indicador útil para comenzar el tratamiento. El dolor es frecuente; se presenta en el 67 % de los varones y en el 88 % de las mujeres. La disuria puede ser un problema especialmente en las mujeres, afectando en algunos estudios hasta al 27 % de ellas.

Las lesiones herpética (vesículas) en las infecciones recurrentes son más leves y más cortas.

Las recurrencias consisten en una lesión única o un grupo pequeño de lesiones localizadas en los genitales externos. Aunque la mayoría de los pacientes sufren entre 1 y 4 recurrencias al año, cuanto más grave sea el primer episodio, más frecuentes serán las recurrencias (sintomáticas). La frecuencia de éstas suele ser mayor en el primer año que sigue al primer episodio, que en los años posteriores. El herpes genital producido por el VHS-1 no parece recidivar con tanta frecuencia como el causado por el VHS-2, con un promedio de 5 episodios al año en la infección por el VHS-2 y de sólo uno con el VHS-1.



### **- Infecciones subclínicas**

También pueden producirse episodios asintomáticos cuando el virus se disemina desde la piel de la región genital sin que el paciente note síntomas. Muchos individuos seropositivos no han padecido nunca herpes clínico pero mantienen una proliferación asintomática del virus, y muchos más de ellos no reconocen sus síntomas a lo que se denomina infecciones subclínicas.

## **C.3. Tratamiento**

### **- Primer episodio de herpes Genital**

Muchos pacientes con un primer episodio de herpes genital presentan manifestaciones clínicas muy marcadas. Se recomienda en estos casos de primer episodio dar tratamiento antiviral con:

#### **Terapia recomendada para el primer episodio de herpes genital**

Aciclovir 400mg oral cada 8 horas por 7 a 10 días

o

Aciclovir 200 mg oral 5 veces al día por 7 a 10 días

o

Famciclovir 250 mg oral 3 veces al día por 7 a 10 días o

Valaciclovir 1gm oral dos veces al día por 7 a 10 días

(El tratamiento puede prolongarse por encima de 10 días si no se han curado todas las lesiones)

### **- Episodios recurrentes de herpes Genital**

La mayoría de los pacientes que tuvieron un primer episodio sintomático desarrollaran en el futuro episodios recurrentes. La terapia antiviral debe ser administrada en cada episodio para disminuir las molestias y disminuir el tiempo de las lesiones. Para que el tratamiento episódico sea efectivo debe iniciarse dentro de las 24 horas de la aparición de las primeras lesiones.

#### **Tratamiento recomendado para la terapia de los episodios de recurrencia**

Aciclovir 400mg oral cada 8 horas por 5 días

o

Aciclovir 200 mg oral 5 veces al día por 5 días

o

Aciclovir 800 mg oral dos veces al día por 5 días

o

Famciclovir 125 mg oral dos veces al día por 5 días

o

Valaciclovir 500mg oral dos veces al día por 5 días

o

Valaciclovir 1gm oral una vez al día por 5 días <sup>17</sup>

### **D) Pediculosis púbica:**

#### **D.1. Definición:**

Son insectos que infectan las zonas con vello del pubis. También pueden afectar otras zonas como el vello axilar y las cejas. La infección por este piojo es más frecuente en los adolescentes y es contagiado primordialmente en las relaciones sexuales aunque

podría también contagiarse por la ropa (probarse ropa interior o bañadores en tiendas).

#### **D. 2. Factores de riesgo:**

1. Adolescencia con vida sexual activa
2. Contacto con persona infectada
3. Parejas sexuales múltiples
4. Compartir ropa interior o cama

#### **D.3. Síntomas:**

Dan como síntoma primordial picor o prurito en la zona comprometida (esencialmente la zona cubierta por vello en el pubis) que suele empeorar por las noches. Además se puede ver una reacción cutánea en la zona infectada, de color grisáceo azulado..

#### **D.4. Diagnóstico:**

La exploración de las zonas comprometidas ponen en evidencia las liendres adheridas a los tallos del vello y los piojos adultos. Además se pueden ver las lesiones de rascado..

#### **D.5. Tratamiento:**

Se debe tratar al paciente tanto como a la pareja sexual. La base del tratamiento de de las ladillas es los lavados con champú de lindano al 1%. Se debe aplicar en la zona comprometida, bien seca, por lo menos por 5 minutos y luego enjuagar muy bien. Peinar la zona con cepillo. Un tratamiento único suele ser suficiente.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. Hipótesis

Por ser un estudio observacional descriptivo no se consignara hipótesis.

#### 3.2. Operacionalización de variables

##### 3.2.1. Variable Independiente

Las características clínico-epidemiológicas.

##### 3.2.2. Variable Dependiente

La frecuencia de las infecciones de transmisión sexual.

##### 3.2.3. Variables Intervinientes

- Área de Residencia.
- Estado Civil.
- Grado de Instrucción.
- Ocupación.
- Método anticonceptivo de uso

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Área de residencia	Lugar de residencia habitual donde vive el paciente.	1. Rural 2. Urbana	Nominal
Estado civil	Condición de estado civil actual.	1. Soltero. 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Separado 6. Conviviente	Nominal
Grado de instrucción	Ultimo nivel de estudio alcanzado.	1. Sin instrucción 2. Primaria incompleta	Nominal

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Primaria completa</li> <li>4. Secundaria incompleta</li> <li>5. Secundaria completa</li> <li>6. Superior</li> </ol>	
Ocupación	Labor o quehacer principal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Su casa</li> <li>2. Trabajador independiente</li> <li>3. Trabajador dependiente</li> <li>4. Sin ocupación</li> <li>5. Otro</li> </ol>	Nominal
Método anticonceptivo de uso	Método anticonceptivo de uso en los últimos 6 meses.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Condón</li> <li>2. Natural(coito interrumpido)</li> <li>3. Vasectomía</li> <li>4. Ninguno</li> <li>5. Otro</li> </ol>	Nominal
Número de parejas sexuales.	Número de parejas sexuales en los últimos 06 meses.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 01 pareja sexual</li> <li>2. 02 a 03 parejas sexuales</li> <li>3. &gt;03 parejas sexuales</li> </ol>	Nominal
Orientación Sexual	Tendencia sexual o inclinación sexual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heterosexual</li> <li>2. Homosexual</li> <li>3. Bisexual</li> </ol>	Nominal
Comportamiento sexual de alto riesgo	Comportamiento en las relaciones sexuales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relaciones sexuales de sin protección</li> <li>2. Relaciones contranatural</li> <li>3. Relaciones sexuales con prostitutas</li> </ol>	Nominal
Antecedente de ITS	Presento anteriormente alguna ITS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	Nominal
Número de infecciones de transmisión sexual	En el periodo de estudio y consignado en Historia clínica.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 01 infección</li> <li>2. 02 a 03 infecciones</li> <li>3. 03 a más.</li> </ol>	Nominal
Recibió tratamiento	Si recibió tratamiento en esa oportunidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	Nominal
Tratamiento recibido	Tipo de tratamiento recibido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalario</li> <li>2. Empírico (no</li> </ol>	Nominal

		hospitalario)	
Tipo de tratamiento empírico	Tipo de tratamiento empírico previo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionado en la farmacia</li> <li>2. Automedicación</li> <li>3. Recomendación de amigos y/o familiares</li> <li>4. Repitió anterior medicamento</li> <li>5. Otro</li> </ol>	Nominal
Tiempo de enfermedad	En días y meses.	Variable tratada en forma continua	Nominal
Principales signos o síntomas	Referido por paciente y médico tratante.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secreción uretral</li> <li>2. Dolor</li> <li>3. Prurito</li> <li>4. Dispareunia</li> <li>5. Disuria</li> <li>6. Otro</li> </ol>	Nominal
Diagnostico de la enfermedad	Referido por paciente y médico tratante.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pediculosis pubis.</li> <li>2. Condiloma acuminado</li> <li>3. Uretritis.</li> <li>4. Epididimitis.</li> <li>5. Herpes genital o anal.</li> <li>6. Sífilis.</li> <li>7. Chancroide.</li> <li>8. Linfogramuloma venéreo.</li> <li>9. Gonorrea</li> </ol>	Nominal
Recibió Consejería	Dado por el servicio de PROCETSS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	Nominal
Pareja recibió tratamiento	Si la pareja de la persona con ITS recibió tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	Nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. Diseño (clasificación)**

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

#### **4.2. Ámbito de estudio**

El ámbito de estudio estuvo constituido por el consultorio del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para la realización del estudio se utilizaron encuestas y los registros de dicho programa.

#### **4.3. Población y muestra**

Se buscó del área de Estadística del Hospital Hipólito Unanue los pacientes con diagnóstico de ITS durante el año 2013, que luego de haber sido seleccionados teniendo en cuenta los criterios de exclusión resultaron en 115 pacientes varones. De los cuales, no se lograron encontrar o ubicar para ser encuestados alrededor de 24 pacientes. Resultando finalmente 91 pacientes que fueron parte de este trabajo, representando el 79.13% del total de pacientes.

##### **4.3.1. Criterios de inclusión**

- Sexo masculino.
- Edades entre 15- 49 años.
- Usuarios del servicio.
- De toda procedencia.
- De todo oficio u ocupación.

##### **1.3.2. Criterios de exclusión**

- Transeúnte en la región.
- Sexo femenino.
- Pacientes que no cumplen con el criterio de inclusión.
- Enfermo de SIDA/VIH.

#### **4.4. Instrumento de recolección de datos**

El presente trabajo de investigación se desarrolló realizando encuestas a 91 pacientes varones que ingresaron al consultorio externo del Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS) del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2013; que cumplieron con los criterios de inclusión. Se elaboró una ficha con la encuesta correspondiente. (Ver anexos)



## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

La información se procesó y tabulo en una base de datos creada en Excel. La presentación de análisis de datos generados por las fichas de recolección de datos, se obtuvo por medio un modelo estadístico (análisis de gráficas circulares, tablas, porcentajes) y se utilizó el SPSS.

**CAPÍTULO VI**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS ITS EN  
HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE  
PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
DURANTE EL AÑO 2013**

<b>DIAGNOSTICO DE LA ITS</b>	Pediculosis púbica	1	1.1%
	Condiloma acuminado	60	65.9%
	Herpes genital o anal	15	16.5%
	Sífilis	8	8.8%
	Gonorrea	7	7.7%
	Total	91	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

En la Tabla N°01 podemos observar que el 65.9% de la población masculina encuestada presentó Condiloma acuminado como ITS; seguido de Herpes genital o anal con el 16.5%; asimismo, se encontró que el 8.8% presentó Sífilis; luego también el 7.7% presentó Gonorrea y finalmente el 1.1% presentó Pediculosis púbica.

**TABLA N°02****DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS  
EPIDEMIOLÓGICAS EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS  
ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013.**

		n	%
GRUPO ETÁREO	< 20	18	19.80%
	20 - 29	39	42.90%
	30 - 39	24	26.40%
	40 - 49	10	11.00%
	Total	91	100.00%
ÁREA DE RESIDENCIA	Rural	6	6.60%
	Urbana	85	93.40%
	Total	91	100.00%
ESTADO CIVIL	Soltero	58	63.70%
	Casado	23	25.30%
	Divorciado	1	1.10%
	Separado	5	5.50%
	Conviviente	4	4.40%
	Total	91	100.00%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	0	0.00%
	Primaria incompleta	2	2.20%
	Primaria completa	4	4.40%
	Secundaria incompleta	33	36.30%
	Secundaria completa	33	36.30%
	Superior	19	20.90%
	Total	91	100.00%
OCUPACIÓN	Su casa	5	5.50%
	Trabajador independiente	57	62.60%
	Trabajador dependiente	18	19.80%
	Sin ocupación	11	12.10%
	Total	91	100.00%
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	1 pareja sexual	29	31.90%
	2 a 3 parejas sexuales	57	62.60%
	> 3 parejas sexuales	5	5.50%
	Total	91	100.00%
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	50	54.90%
	Homosexual	32	35.20%
	Bisexual	9	9.90%
	Total	91	100.00%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

La Tabla N° 02 nos muestra que del total de hombres estudiados el 42.9 % tiene entre 20 y 29 años, seguido del grupo de 30 a 39 años con el 26.4 %.

El 93.4% de la población masculina viven en el área urbana. Asimismo, el 63.7% de hombres es soltero y el 25.3% es casado.

Existe una igualdad entre el grupo que tiene como grado de instrucción secundaria incompleta y el grupo que tiene secundaria completa con un 36.3%, además el 20.9% tiene un grado de instrucción superior.

El 62.6% de la población masculina es trabajador independiente y el 19.8% es trabajador dependiente.

Se observa también, que del total de la población masculina estudiada el 62.6% tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales, seguida del 31.9% tuvo una pareja sexual y el 5.5% de dicha población tuvo >3 parejas sexuales.

El 54.9% de la población estudiada es heterosexual, seguido del 35.2% cuya orientación sexual es homosexual y el 9.9% es bisexual.

**TABLA N° 03**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GRUPO ETAREO SEGÚN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

		GRUPO ETÁREO									
		< 20		20 - 29		30 - 39		40 - 49		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DIAGNÓSTICO DE ITS	Pediculosis púbica	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%
	Condiloma acuminado	12	66.7%	24	61.5%	19	79.2%	5	50.0%	60	65.9%
	Herpes genital o anal	3	16.7%	9	23.1%	2	8.3%	1	10.0%	15	16.5%
	Sífilis	2	11.1%	2	5.1%	1	4.2%	3	30.0%	8	8.8%
	Gonorrea	1	5.6%	3	7.7%	2	8.3%	1	10.0%	7	7.7%
	Total	18	100.0%	39	100.0%	24	100.0%	10	100.0%	91	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

La Tabla N° 03 nos muestra que del grupo etáreo <20 años el 66.7% se les diagnosticó que presenta Condiloma acuminado, seguido de 16.7% presento Herpes genital o anal.

Mientras en el grupo etáreo de 20 – 29 años el 61.5% de dichas personas presentaron Condiloma acuminado, encontrándose un 23.1% que presento Herpes genital o anal.

Asimismo en el grupo etáreo de 30-39 años el 79.2% presento Condiloma acuminado, seguido por el 8.3% que presentaron Herpes genital o anal y otros con igual porcentaje presentaron Gonorrea.

Observamos además que en el grupo etáreo de 40-49 años el 50% presento Condiloma acuminado y el 30% de dicha población presento Sífilis.

**TABLA N° 04**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL SEGÚN EL  
DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN  
HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE  
PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
DURANTE EL AÑO 2013**

		ESTADO CIVIL											
		Soltero		Casado		Divorciado		Separado		Conviviente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DIAGNÓSTICO DE LA ITS	Pediculosis púbica	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%
	Condiloma acuminado	39	67.2%	14	60.9%	1	100.0%	3	60.0%	3	75.0%	60	65.9%
	Herpes genital o anal	10	17.2%	3	13.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	25.0%	15	16.5%
	Sífilis	3	5.2%	4	17.4%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	8	8.8%
	Gonorrea	5	8.6%	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	7.7%
	Total	58	100.0%	23	100.0%	1	100.0%	5	100.0%	4	100.0%	91	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

En la Tabla N° 04 observamos que de la población estudiada, cuyo estado civil es SOLTERO presentaron el 67.2% Condiloma acuminado, seguido de un 17.2% que presentaron Herpes genital o anal.

Asimismo cuyas personas cuentan con estado civil CASADO, vemos que el 60.9% presentaron Condiloma acuminado, mientras que el 17.4% presentaron Sífilis.

Mientras que en las personas SEPARADAS, el 60% presentaron Condiloma acuminado, a su vez; las personas cuyo estado civil es CONVIVIENTE el 75% presentaron Condiloma acuminado.

**TABLA N° 05**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO Y CONTROL DE  
ITS EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN  
CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

		n	%
RECIBIÓ CONSEJERÍA	Si	64	70.3%
	No	27	29.7%
	Total	91	100.0%
SU PAREJA RECIBIÓ TRATAMIENTO	Si	21	23.1%
	No	70	76.9%
	Total	91	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

La Tabla N° 05 nos muestra que el 70.3% de la población masculina estudiada si recibió consejería al presentar actualmente una infección de transmisión sexual.

Asimismo se puede observar que 76.9% de las parejas sexuales de la población masculina encuestada no recibieron tratamiento al haberse presentado dicha patología.



**TABLA N° 06**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SINTOMAS Y SIGNOS DE LAS ITS  
EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO  
DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
DURANTE EL AÑO 2013**

		n	%
SECRECIÓN URETRAL	No	82	90.1%
	Si	9	9.9%
	Total	91	100.0%
DOLOR	No	86	94.5%
	Si	5	5.5%
	Total	91	100.0%
PRURITO	No	45	49.5%
	Si	46	50.5%
	Total	91	100.0%
DISPAREUNIA	No	77	84.6%
	Si	14	15.4%
	Total	91	100.0%
DISURIA	No	87	95.6%
	Si	4	4.4%
	Total	91	100.0%
NINGUNO	No	91	100.0%
	Si	0	0.0%
	Total	91	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

La Tabla N° 09 nos muestra con respecto a síntomas y signos de las infecciones de transmisión sexual que del total de la población masculina estudiada, el 50.5% presento prurito, seguido del 15.4% que presento dispareunia como síntoma principal en la ITS que presento actualmente.

**TABLA N° 07**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE OTROS SIGNOS PRESENTES EN LAS ITS EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

		n	%
OTROS SIGNOS	Lesiones condilomatosas	60	81.1%
	Lesiones vesiculares	14	18.9%
	Total	74	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

En la Tabla N° 10 se observa que de los 74 casos tratados que presentan otros signos en su patología, el 81.1% de dichos hombres presenta lesiones condilomatosas, seguido de 18.9% que presenta lesiones vesiculares en la infección de transmisión sexual que presenta actualmente.

**TABLA N° 08**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO SEGÚN EL NUMERO DE ITS EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013.**

		MAS DE 01 ITS	SOLO 01 ITS	OR
RELACIONES HOMO/BISEXUAL	SI	14	27	3.74
	NO	33	17	1.57 - 8.95
MAS DE 01 PAREJA SEXUAL	SI	30	32	1.5
	NO	17	12	0.62 - 3.68
RELACION SEXUAL SIN PROTECCION	SI	25	20	1.36
	NO	22	24	0.6 - 3.11
RELACION SEXUAL CON PROSTITUTAS	SI	10	8	0.82
	NO	37	36	0.29 - 2.32
RELACION SEXUAL CONTRANATURAL	SI	9	19	3.21
	NO	38	25	1.25 - 8.22

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

En la Tabla N° 08 nos muestra que hay relación entre las relaciones homosexual/bisexual y el tener más de una infección de transmisión sexual con un OR= 3.74, IC [1.57 – 8.95].

Asimismo, se encuentra relación entre las relaciones sexuales contranatural y el tener más de una infección de transmisión sexual con OR= 3.21, IC [1.25 – 8.22]-

**TABLA N° 09**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PRESENCIA DE ANTECEDENTE DE ITS EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

		n	%	TIPO DE ITS	n	%
ANTECEDENTE DE ITS	SI	44	48.40%	Gonorrea	6	13.60%
				Condiloma	29	65.90%
				Herpes genital	7	15.90%
				Sífilis	2	4.60%
				Total	44	100%
	NO	47	51.60%			
TOTAL	91	100%				

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

La tabla N° 09 nos muestra que el 48.4% de la población masculina total encuestada presento como antecedente de alguna ITS, mientras que el 51.6% de dicha población no presento ITS como antecedente.

También se observa que de los 44 hombres con antecedente de ITS el 65.9% presento Condiloma, el 15.9% tuvo Herpes genital, seguido de un 13.6% que manifestó Gonorrea y en menor porcentaje el 4.6% presento Sífilis como antecedente.

**TABLA N° 10**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO RECIBIDO ANTERIORMENTE AL PRESENTAR ALGUNA ITS EN HOMBRES ENTRE 15 Y 49 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE PROCETSS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

RECIBIÓ TRATAMIENTO EN ESA OPORTUNIDAD	Si	42	95.5%
	No	2	4.5%
	Total	44	100.0%
SI LA RESPUESTA ES SI, ESPECIFICAR	Hospitalario	30	71.4%
	Empírico (no hospitalario)	12	28.6%
	Total	42	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en Consultorio de PROCETSS de Hospital Hipólito Unanue 2013

En la Tabla N° 10 se observa que de los 44 casos que presentaron antecedente de ITS, el 95.5 % de los hombres recibió tratamiento cuando presento alguna ITS anteriormente, mientras el 4.5% no recibió tratamiento en dicha ocasión.

También se observa que de los casos de ITS previa; que si recibieron tratamiento en dicha oportunidad, el 71.4% de los hombres recibió tratamiento hospitalario en aquella ocasión, mientras tanto que el 28.6% recibió tratamiento empírico.

## DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, concuerdan en ciertos aspectos con lo encontrado en otras investigaciones de similares características. Con respecto a la investigación de Mirabal Martínez G. (8), nos menciona que como resultado las enfermedades más frecuentes son el Condiloma y Sífilis; datos que al compararlo con este estudio se encuentra que el Condiloma acuminado es la más frecuente de las infecciones de transmisión sexual en la población encuestada con un 65.9%, seguido de Herpes genital con 16.5%, Sífilis con 8.8% y Gonorrea con 7.7%.

En relación al grupo etáreo en donde se presentan la mayor cantidad de infecciones de transmisión sexual en esta investigación se encuentra que el grupo etáreo entre los 20-29 años presenta el mayor porcentaje con 42.9%, seguido por el grupo etáreo entre 30-39 años con el 26.4%. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Mirabal Martínez G. (8), que demuestra un franco predominio del grupo comprendido entre 20 y 29 años, con un 48% , seguido algo de cerca por los pacientes de 30-39 años con 39.2%. Además se encuentra resultados similares en el trabajo de investigación elaborado por GÓMEZ Walter Y Col. (10); donde se encuentra predominantemente que el grupo etáreo de 20-24 años es una variable asociada a la presencia de una infección de transmisión sexual con el 64%.

Con respecto al grado de instrucción de la población encuestada se encontró en esta investigación, que favoreció en iguales cantidades a las personas con secundaria completa e incompleta con el 36.3%, seguida de las personas con estudio superior con el 20.9%. Dichos resultados coinciden con los encontrados por Mirabal Martínez G. (8), donde el mayor porcentaje de los pacientes tenían un nivel educacional secundario, con 44.8% y le sigue el preuniversitario con el 30.1%. Con lo que se concuerda en que el nivel de escolaridad no es determinante, sino la educación sexual y la conducta que de ella se deriva.

Asimismo, en dicho estudio de Mirabal Martínez G. (8), se encontró como resultado que predominó el estado civil conviviente, con el 52.6% y le sigue estar

soltero con el 16.8%. Estos resultados concuerdan en parte con los obtenidos en nuestra investigación, el cual nos muestra que el mayor porcentaje favorece al estado civil soltero con el 63.7%, seguido por el estar casado con el 25.3%; lo que nos lleva a promover la educación en toda nuestra población.

En la investigación realizada por Mirabal Martínez G. (8), se encontró también que más de la tercera parte de los pacientes enfermos, o sea el 89.5% de los casos presentaban orientación heterosexual, seguida algo distante por la orientación homosexual. Datos que concuerdan con los obtenidos en nuestro estudio ya que se encontró que el 54.9% de las personas encuestadas tenían orientación sexual heterosexual, seguido del 35.2% de hombres con orientación sexual homosexual y finalmente el 9.9% quienes tienen una orientación bisexual.

Por su parte el trabajo de investigación elaborado por Gómez Walter Y Col. (10), menciona como resultado que tener de 2 a más parejas sexuales es factor importante para portar una infección de transmisión sexual. Dicho resultado se correlacionado con el obtenido en nuestro estudiado el cual demostró que el tener 2 a 3 parejas sexuales favoreció en un 62.6%, a que la población estudiada presentara una infección de transmisión sexual; seguida del 31.9% de personas que tienen 1 sola pareja sexual.

## CONCLUSIONES

- Las infecciones de transmisión sexual en varones atendidos en consultorio de PROCETSS del Hospital Hipólito Unanue de Tacna más frecuentes fueron: Condiloma Acuminado (65.9%) y Herpes genital o anal (16.5%) predominantemente. Siendo las ITS menos frecuentes: Sífilis (8.8%), Gonorrea (7.7%) y Pediculosis púbica con (1.1%).
- Las ITS fueron más frecuentes en la población de 20 a 29 años con 42.9%. En cuanto a las demás características epidemiológicas vinculadas con las ITS; respecto al grado de instrucción, la mayoría de los pacientes estudiados tenía nivel secundario ya sea completo e incompleto con el 36.3%; con un lugar de residencia predominantemente urbana con el 93.4%; siendo el estado civil mayoritario el ser soltero con 63.7%.
- En cuanto a las manifestaciones clínicas más frecuentes encontramos: prurito (50.0%), dispareunia (15.4%), secreción uretral (9.9%), dolor (5.5%) y disuria (4.4%). Además de los 74 casos que manifestaron otros signos en su patología actual se encontró que el 81.1% presento lesiones condilomatosas y el 18.9% presento lesiones vesiculares.
- También se encontró como resultado que el 76.9% de las parejas de los pacientes hombres con alguna ITS encuestados, no recibió tratamiento preventivo.
- Además se concluye que existe una relaciones entre relaciones sexuales homo/bisexuales y el tener más de una ITS con OR= 3.74, IC [1.57 – 8.95]. También entre las relaciones sexuales contranatural y las ITS con OR= 3.21, IC [1.25 – 8.22].
- Se encontró también que el 48.4% de los pacientes tuvo antecedente de ITS, en esa ocasión presentaron predominantemente Condiloma con 65.9%, seguido de Herpes genital con 15.9% como ITS previa. De dicha población recibieron tratamiento el 95.5%; siendo en estos, mayoritariamente de tipo hospitalario con el 71.4%.



## RECOMENDACIONES

- Es necesario fomentar aún más las actividades de prevención y promoción de salud en los niveles primarios de atención, ya que tienen el primer contacto con este tipo de pacientes. Brindarles las herramientas necesarias para que puedan combatir estas patologías.
- Además estrategias de salud como el Programa de Control de ETS y Sida (PROCETSS), no debe dejar de brindar el apoyo a esta población, fomentando su acercamiento a las instituciones que brindan atención en salud, debido a que la ignorancia y la falta de información perpetúan ideas equivocadas y la estigmatización que las acompaña, y ésta, a su vez, hace que los pacientes sean reacios a buscar un tratamiento adecuado, tengan dificultades para informar a sus parejas sexuales y prefieran acudir a la automedicación.
- Fortalecer programas de detección y pruebas de diagnóstico rápido y con menos costo económico, para el diagnóstico oportuno.
- Expandir con mayor amplitud la atención de buena calidad de las ITS en los servicios de atención primaria de salud, de salud sexual y reproductiva y de atención a quienes viven con VIH porque las ITS aparecen con particular frecuencia entre las poblaciones marginadas que tienen dificultades especiales para acceder a los servicios de salud.
- Evaluar la magnitud de la presencia de ITS en la población general y en las poblaciones de alto riesgo.
- También es importante que además de que el paciente que presente alguna ITS reciba tratamiento, es necesario fortalecer la necesidad de que su(s) parejas sexuales también la reciban, para así prevenir la transmisión de dicha patología.

## BIBLIOGRAFIA

1. VIVES SUÑER, A. y SARQUELLA GELI, A., Infecciones de Transmisión Sexual, Servicio de Andrología. Fundación Puigvert. Barcelona. España. 2010.
2. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Comité Normas Infecciones de Transmisión Sexual. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): Primera parte. Rev. chil. infectol. [online]. 2009, vol.26, n.2 [citado 2012-01-19], pp. 174-190 . URL: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182009000200012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182009000200012&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0716-1018. doi: 10.4067/S0716-10182009000200012.
3. CASTAÑEDA NUÑEZ , María Luisa, Bonifacio Morales Nilo, Ojeda Celi Nora, y Col, Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)” CARE PERU ® Módulo de Capacitación: 2009
4. MINISTERIO DE SALUD Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva, 2004. [350] p.; tab; ilus.
5. MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, Ana Isabel; QUINTANA MORGADO Almudena; PUIG CANTERO, Eva María y MAROTO GARCÍA M. Ángeles; “Evaluación y tratamiento de la sífilis en sus distintas etapas”, Centro de Salud Valle-Inclán. Área 7. Madrid. España. N° 1.732.
6. <http://geosalud.com/Enfermedades%20Transmision%20Sexual/herpesgenital.htm>
7. MALLQUI OSORIO, Marisela. Epidemiología de las ITS. Dermatología Peruana. Vol. 10 Suplemento N° 1, Diciembre, 2010.
8. MIRABAL MARTINEZ , Grisell, “Comportamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual”; Policlínico Docente Manuel Gonzales Díaz, Cuba ,2012.
9. GARCÍA , Patricia J; COTRINA, Armando; SHAH, Sural; CÁRCAMO, César. Sexo, información y uso de condón en adolescentes peruanos. DST j. bras. doenças sex. transm; 21(1), 2009

10. GÓMEZ, Walter; DAMASO, Bernardo; CORTEGANA, Carlos; LAHURA, Pedro; MOTTA, Juan. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga. An. Fac. Med. (Perú); 69(1):17-21, ene.-mar. 2008
11. GALBÁN GARCÍA, Enrique . Prevalencia y frecuencias relativas de las ITS en la ciudad de Manaus, Brasil 2005. . <http://tesis.repo.sld.cu/198/>
12. CAMEJO, R., MORA, E. 2006. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en adolescentes pertenecientes al consultorio de Vista Alegre. Cuba , 2006 <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEuFpkElaHLVCoRV.p>
13. LÓPEZ DE MUNAIN, J., Las Infecciones de Transmisión Sexual. Situación en la comunidad autónoma del país Vasco. Efectividad de las intervenciones preventivas. Publicaciones del Gobierno Vasco, 1ª ed. , 2007.
14. LUQUE FERNÁNDEZ, Miguel Ángel; PALMA URRUTIA, Pedro Pablo; BAUERNEFEIND, Ariane. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual y factores relacionados en Pweto, República Democrática del Congo, 2004. Gac Sanit v.22 n.1 Barcelona ene.-feb. 2008
15. GONZÁLEZ LÓPEZ, José Rafael; RODRÍGUEZ GÁZQUEZ, María de los Ángeles. Salud Sexual y Reproductiva en inmigrantes latinoamericanos adultos de la ciudad de Sevilla. España, 2011. <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/152611/144351>
16. DIGESA, Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva, lima, 2004.URL: <http://www.infecciones/infecciones2.shtml>
17. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE SIDA-ITS (PRONASIDA), Paraguay, 2013. . [http://www.pronasida.gov.py/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.pronasida.gov.py/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)

18. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica de salud para el manejo de las ITS. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA-Lima. 2006.XXX p.;ilus.

# ANEXOS