

**UNIVERSIDAD PERUANA DE INTEGRACIÓN GLOBAL**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES  
QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES QUE SE ATIENDEN EN  
EL CENTRO DE SALUD PIEDRA LIZA. 2012.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**AUTORA :**

**ITA RIVAS GILES**

**ASESOR:**

**MG. ZELADITA HUAMAN JHON ALEX**

**LIMA - PERU**

**2015**

**FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES  
QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD PIEDRA LIZA. 2012.**

## AGRADECIMIENTOS

- ❖ El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.
- ❖ A la UNIVERSIDAD PERUANA DE INTEGRACION GLOBAL por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.
- ❖ Agradezco a la Dra. Emma Bustamante mis profesores que durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis profesores Lic. Zoila Villagaray, Mg. Mirtha Janet Ascoitia Chacaltana y Lic. Mónica Ríos Torres por sus consejos, su enseñanza y amistad
- ❖ A mis padres que aun no estando en cuerpo presente junto a mi sé que me han acompañado y apoyado desde donde se encuentren.
- ❖ A mi esposo, a mis hijos por su apoyo incondicional y su confianza en mí, motivándome a seguir día a día por mis sueños.
- ❖ A todos ellos muchas gracias

## DEDICATORIA

A Dios porque sin su guía no tendría la luz para elegir el camino correcto.

A mi cuñado JUAN CARLOS, por su esfuerzo, dedicación, apoyo moral, que me dio la fortaleza para culminar mis estudios como profesional de enfermería.

A la Universidad Peruana de Integración Global porque con su guía y la de sus docentes han forjado mi temple como profesional al servicio de la sociedad y mi país.

A ellos, muchas gracias.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
DEDICATORIA .....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
PRESENTACIÓN .....	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	11
1.1. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. OBJETIVOS .....	16
1.2.1. Objetivo General:.....	16
1.2.2. Objetivos Específicos: .....	16
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	17
1.3.1. Problema General .....	17
1.3.2. Problemas Específicos .....	17
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	18
1.5. MARCO TEÓRICO.....	19
1.5.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	19
1.5.2. BASE TEÓRICA.....	28
1.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS .....	65
1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	67
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODO .....	68
2.1. NIVEL, TIPO Y MÉTODO.....	68
2.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	68
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	69

2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO .....	70
2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	71
2.6. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	71
2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	72
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	74
3.1. DATOS DEMOGRÁFICOS.....	74
3.2. FACTORES CULTURALES .....	78
3.3. FACTORES SOCIALES.....	79
3.4. FACTORES ECONÓMICOS: .....	80
3.5. DISCUSIÓN: .....	81
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
5.1. CONCLUSIONES.....	82
5.2. LIMITACIONES .....	83
5.3. RECOMENDACIONES .....	84
ANEXOS.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
BIBLIOGRAFÍA.....	85

## RESUMEN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son unas de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y regional. El grupo de población que presenta la mayor prevalencia es la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y que la mayoría de infecciones han ocurrido antes de los 25 años. Por ello, el objetivo de este estudio es determinar los factores sociales, culturales y económicos asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012. Se utilizó una muestra no probabilística de conveniencia de 60 participantes a la que se le aplicó un cuestionario validado por expertos, Es así que se encontró que para el grupo de estudio, la orientación sexual no está asociada a la presencia de ITS en la población HSH ( $p=0.098$ ); existe una asociación media entre el conocimiento de las ITS y la presencia de ITS ( $V$  Cramer = 0.5); asociación débil entre el reconocimiento de ITS y su presencia ( $V$  Cramer = 0.4); no hay asociación de hecho entre la ingesta de alcohol y la presencia de ITS ( $V$  Cramer = 0.04); y asociación muy débil entre el uso de drogas y la presencia de ITS ( $V$  Cramer = 0.2). Se concluye que el conocimiento sobre las ITS y su identificación son factores asociados a la presencia de ITS, probablemente porque el HSH puede reaccionar y auto reportar su condición de enfermedad ante el servicio de salud. Por ese motivo, se recomienda promover el acceso a la información sobre las ITS a las personas HSH para disminuir en un futuro la incidencia de estas infecciones en la población de estudio.

## ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs) are a major cause of morbidity at global and regional level. The men who have sex with men (MSM) population group has the highest prevalence, and most infections have occurred before 25 years. Therefore, the aim of this study is to determine the social, cultural and economic associated factors to the increase in sexually transmitted infections in the population of men who have sex with men, who are seen in Piedra Liza Health Center in 2012. A non-probabilistic convenience sample of 60 participants to which was applied a questionnaire validated by experts, is so found that for the study group, sexual orientation is not associated with the presence of STIs in the population was used MSM ( $p = 0.098$ ); There is an average association between knowledge of STIs and the presence of STIs (Cramer  $V = 0.5$ ); weak association between STI recognition and presence (Cramer  $V = 0.4$ ); indeed no association between alcohol intake and the presence of STIs (Cramer  $V = 0.04$ ); and very weak association between drug use and the presence of STIs (Cramer  $V = 0.2$ ). It is concluded that knowledge about STIs and their identification are associated with the presence of STIs factors, probably because the MSM can react and self-report their illness condition to the health service. For this reason, it is recommended to promote access to information about STIs MSM people in the future to reduce the incidence of these infections in the study population.

## PRESENTACIÓN

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) son importantes y graves problemas de Salud Pública no sólo por sus altas tasas, sino también por su capacidad de transmisión perinatal, sus complicaciones en salud sexual y reproductiva. Estos efectos tempranos y tardíos desencadenan serias consecuencias a nivel de la salud, nivel social y económico de la población peruana. En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene limitaciones que no permiten estimar la magnitud real de las ITS. La información proveniente de estudios transversales evidencia que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades que contrasta con la escasa demanda de servicios de salud. 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. La forma predominante de transmisión del VIH ha ocurrido por vía sexual, lo que pone de manifiesto la importancia de atender de manera prioritaria las conductas sexuales de varones y mujeres en toda su diversidad de orientaciones sexuales. El grupo de población que presenta la mayor prevalencia es la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y que la mayoría de infecciones han ocurrido antes de los 25 años. Es inobjetable que una epidemia concentrada del VIH y SIDA como la que tiene el Perú debe poner particular atención a los grupos de alto riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los trabajadores sexuales (TS) con servicios que eviten la diseminación del VIH en ésta y otras poblaciones. La atención a estos grupos de alto riesgo debe estar ubicada en el contexto del respeto a sus derechos, evitando los estigmas y la discriminación subsecuente. No menos importante es la necesidad de la participación de organizaciones de estos grupos en la planificación e implementación de las actividades de prevención. Es por ello que el propósito de este estudio es determinar los factores asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de

hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza; haciendo énfasis en los factores culturales, sociales y económicos que podrían estar relacionados al incremento de las ITS en esta población. Por tal motivo, desarrollaremos el presente estudio en cuatro capítulos a saber:

- El Capítulo I desarrollará el contexto del problema para delimitarlo a la población solicitante de los servicios de atención del Centro de Salud Piedra Liza, durante el periodo de estudio.

- El Capítulo II revisará la metodología de trabajo aplicada para el estudio, considerando la población, muestra y el desarrollo del instrumento con el que se recogen los datos para la investigación.

- El Capítulo III evalúa estadísticamente los datos a fin de resaltar algunos resultados importantes.

- El Capítulo IV, presenta las principales conclusiones, limitaciones del estudio y recomendaciones posteriores para mejorar los alcances de los hallazgos.

Esperamos que con esta investigación aportemos a un mejor entendimiento de la presencia de las ITS en la población HSH que se atiende en el distrito de San Juan de Lurigancho, y que este entendimiento redunde en mejores servicios y contribuya a una mejora de la calidad de vida de estas personas, lo que representará también una contribución a su inclusión social,

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son unas de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y regional. No se sabe con exactitud la carga de enfermedad que representan las ITS. Esto se debe no sólo a las insuficiencias de los sistemas de vigilancia epidemiológica, inexistentes o de escasa calidad incluso en los países más desarrollados, sino también a otros factores que influyen en la calidad y exhaustividad de la información epidemiológica sobre las ITS, como son la historia natural de cada enfermedad, la disponibilidad de métodos diagnósticos, los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes y los programas de búsqueda activa de casos (1).

En los países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y tricomoniasis (174 millones). La incidencia suele ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el riesgo de infectarse por estos patógenos aumenta con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales (1).

Esta no es una realidad ajena al Perú, diferentes estudios muestran elevadas tasas de ITS no solo en grupos de elevado riesgo como los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o Trabajadores Sexuales (TS), sino también en población general (2).

Las ITS son importantes y graves problemas de Salud Pública no sólo por sus altas tasas, sino también por su capacidad de transmisión perinatal, sus complicaciones en salud sexual y reproductiva y por facilitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos efectos tempranos y tardíos desencadenan serias consecuencias a nivel de la salud, nivel social y económico de la población peruana (2).

Desde que en 1995 se crea el Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS), sustituyendo al Programa Especial de Control de SIDA (PECOS), se plantean modernas propuestas de intervención, todas bajo la visión de la lucha contra las ITS y VIH-SIDA a nivel mundial. En el 2004 se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA a través de la Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA. Esta Estrategia Sanitaria Nacional diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura del cuidado de la salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía (2).

Las ITS son muy frecuentes, más de lo que se reconocen dado que muchas veces son asintomáticas. Se estima que 70% de las mujeres y 30% de los varones infectados con clamidia no tienen síntomas, y que 80% de las mujeres y 10% de los varones con gonorrea son asintomáticos (2). El Ministerio de Salud en el Perú ha reportado, según datos oficiales de la OGE– MINSA, 18059 casos de SIDA y 24449 casos de VIH notificados al 31 de enero del 2006. Existen 7000 PVVS que necesitan tratamiento de las cuales aproximadamente 6298 (89,97%) ya reciben tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), al mes de noviembre del 2005 (3). En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene limitaciones que no permiten estimar la magnitud real de las ITS. La información proveniente de estudios transversales evidencia que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades que contrasta con la escasa demanda de servicios de salud. 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. La integración de los servicios de ITS en el primer nivel de atención y la creación de centros modelo de atención de ITS contribuyen a revertir esta situación (2).

Una aproximación a la prevalencia poblacional de ITS, según ENDES 2000, mostraba que en el último año 23% de las mujeres sexualmente activas habían presentado secreción genital, cerca del 1% tuvo una ITS y 3% alguna llaga o úlcera en sus genitales (ENDES, 2000). Esta encuesta no presenta dato alguno sobre hombres sexualmente activos (4).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) viene desarrollando este estudio desde el año 2000. El ENDES continua 2004-2005 se aplicó a un total de 12,465 mujeres en edad reproductiva o fértil (15 a 49 años de edad) a nivel nacional). Aunque no brinda información en relación a la seroprevalencia de VIH, el autoreporte de conocimientos de VIH y reconocimiento de sintomatología de ITS, ENDES 2004-2005 muestra que el 91% de la población femenina en edad fértil ha escuchado sobre el SIDA, mientras que un 83% considera que existen formas de prevenirlo, que es un incremento de 3 puntos porcentuales en relación a la ENDES 2000. Además, el estudio muestra que solo el 9% de las mujeres entrevistadas usaron condón en su última relación sexual con su esposo o compañero, siendo este porcentaje mayor en mujeres con educación superior; residentes en el área urbana y entre las que residen en Lima Metropolitana. En el caso de las relación a las mujeres que usaron condón en su última relación sexual, con un compañero con quien no vive, se encontró una proporción de uso del 29.8% (4). Para la ENDES 2014, la mujeres sexualmente activas reportaron que presentaron: enrojecimiento/picazón en genitales (29,6%), seguido de úlceras/llagas genitales (20,9%), pérdida de peso (19,4%), inflamación o hinchazón en genitales (18,8%), secreción mal oliente (16,4%) y secreción por genital (14,5%). De las mismas mujeres entrevistadas, un 0,7% informó haber tenido una ITS y/o síntomas asociados en los 12 meses anteriores a la entrevista. En el año 2009 fue 0,6%. (5)

La epidemia del VIH apareció en el Perú en población homosexual, pero luego ha ido introduciéndose en poblaciones heterosexuales, varones y mujeres. Hasta diciembre del 2005 se han notificado 28,018 infecciones por VIH y 17,863 casos de SIDA. El 96% de la transmisión del VIH han ocurrido por vía sexual, lo que pone de manifiesto la importancia de atender de manera prioritaria las conductas sexuales de varones y mujeres en toda su diversidad de orientaciones sexuales. Entre los hombres, el 28% de los casos fueron por relación homosexual, 22, en relaciones bisexuales, 47 heterosexuales, 2% por transmisión vertical y 1% por transfusión sanguínea.

En su último informe en el 2007, la Dirección General de Epidemiología (DGE) reafirma que la epidemia en el país está concentrada en algunos grupos poblacionales tomando en cuenta que la tasa de prevalencia en la población en general es de menos del 1% establecida a través del tamizaje de gestantes. El grupo de población que presenta la mayor prevalencia es la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y que la mayoría de infecciones han ocurrido antes de los 25 años. En cuanto a su distribución geográfica, el 71.5 % de los casos de VIH notificados son de Lima y Callao. Los otros departamentos con mayor número de casos notificados son: Ica, Loreto, La Libertad, Ancash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque (4). Es inobjetable que una epidemia concentrada del VIH y SIDA como la que tiene el Perú debe poner particular atención a los grupos de alto riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los trabajadores sexuales (TS) con servicios que eviten la diseminación del VIH en ésta y otras poblaciones. La atención a estos grupos de alto riesgo debe estar ubicada en el contexto del respeto a sus derechos, evitando los estigmas y la discriminación subsecuente. No menos importante es la necesidad de la participación de organizaciones de estos grupos en la planificación e implementación de las actividades de prevención (4).

La presente investigación, surge en el centro de salud Piedra Liza, perteneciente al Distrito de Rímac-Lima durante el curso de Metodología De Investigación. Donde puedo observar que los pacientes vulnerables acuden al servicio del programa Procits, detectamos que muchos pacientes se contagiaron de una ITS (infecciones

de transmisión sexual). como la sífilis en un porcentaje en el año 2011 6.60% y en el año 2012 hubo un incremento de 14.40% entre el año 2013- 2014 habido un incremento del 18.4%. Los jóvenes que acuden Centro de Salud, tienen edades comprendidas entre los 18 y 30 años. Este grupo etáreo se caracteriza por ser muy activo sexualmente, al estar expuestos a la calle.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo General:**

- Determinar los factores asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012.

### **1.2.2. Objetivos Específicos:**

- a) Determinar los factores sociales asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012.
- b) Determinar los factores culturales asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012.
- c) Determinar los factores económicos asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012.

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problema General**

- ¿Cuáles son los factores asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012?

### **1.3.2. Problemas Específicos**

- a) ¿Cuáles son los factores sociales asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012?
- b) ¿Cuáles son los factores culturales asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012?
- c) ¿Cuáles son los factores económicos asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres, que se atienden en el Centro de Salud Piedra Liza durante el 2012?

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto de investigación es relevante porque analiza un grave problema de salud pública de mayor importancia de los países, que tiene como finalidad concientizar a la sociedad, las cuales afectan principalmente a los hombres que tienen relaciones con hombres y jóvenes los que se constituyen como la población más vulnerable a contraer una Infección de Transmisión Sexual incluyendo el VIH/SIDA, siendo un indicador de riesgo el comportamiento sexual de los mismos que los impulsan a tener relaciones sexuales tempranas .

Esta investigación es relevante debido a que en el Centro de Salud de Piedra Liza se cuenta con el único servicio para el Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en el distrito de San Juan de Lurigancho; por lo que el conocimiento de los factores asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual en población HSH permitirá tomar acciones de prevención y educación en salud para un mejor manejo de las ITS en esta población vulnerable.

La implicancia social de esta investigación está presente en el enfoque de prevención particular hacia este grupo objetivo (los HSH), debido a que la conducta sexual y las implicancia de la misma dentro de una sociedad no tolerante expone a los HSH a factores sociales, económicos y culturales que pueden generar riesgos hacia su salud, como los son la discriminación laboral y la marginación social.

La implicancia práctica del presente estudio es que identificando los factores sociales, culturales y económicos de las población HSH que acude a los servicios del Centro de Salud Piedra Liza, se pueda utilizar dicha información para tomar medidas de prevención posibles a impartirse durante las atenciones de esta misma población, a fin de contribuir a la disminución en el mediano y largo plazo de prevalencia de las infecciones de transmisión sexual.

## 1.5. MARCO TEÓRICO

### 1.5.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Dado que los factores de riesgo para la adquisición de ITS y VIH cursan casi las mismas vías de contagio, muchos de los estudios de los últimos cinco años establecen la presencia de estos factores de riesgo en la transmisión de VIH:

Castillo, R. *et al.* (2015). Incidencia y Factores de Riesgo para VIH e ITS asociados en HSH y mujeres transgénero (TW) en Lima, Perú. - Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero de hombre a mujer (TW) tienen un mayor riesgo de contraer VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS). Se evaluaron los factores asociados con la incidencia de VIH, HSV-2, y la clamidia y la gonorrea (anal y faríngea). Se utilizaron los datos del ensayo Comunidades Positivas con MSM / TW que tienen sexo con hombres en Lima, Perú. Se pidió a los participantes acerca de los comportamientos sexuales de riesgo y pruebas de VIH / ITS se sometieron al inicio del estudio, 9 y 18 meses de seguimiento. Utilizamos una regresión discreta de tiempo proporcional al riesgo para calcular los coeficientes de riesgo para las variables asociadas con la incidencia de cada una de las ITS. Entre 718 HSH / TW, la incidencia del VIH fue de 3,6 casos por 100 personas-año. La incidencia del VIH se asoció con tener una razón de riesgo ajustada incidente ITS (AHR) de 3,73. Coito anal receptivo sin protección se asoció con clamidia anal incidente (AHR 2,20). Un mayor número de parejas sexuales aumentó incidente HSV-2 (AHR 3.15 para 6-14 socios y 3,97 para 15 a 46 socios en comparación con 0-2 parejas). El riesgo de gonorrea anal disminuye con cada año sexualmente activas (AHR 0,94) y aumentó para el sexo sin protección compensado (AHR 2,36). El riesgo de gonorrea faríngea también disminuyó con cada año desde el debut sexual (AHR 0,95). El riesgo de clamidia anal disminuye

con cada año sexualmente activas (AHR 0,96); el riesgo aumenta con los informes de trabajo de relaciones sexuales sin protección (AHR 1,61) y sin protección sexo anal receptivo (AHR 2,63). Todos AHRs tienen valores de  $p < 0,05$ . (6)

Galea, J. *et al.* (2015). "Factores asociados a verrugas anogenitales visibles en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero peruanos, no infectados con VIH: Estudio Transversal" - Factores Asociados con Visible anogenital verrugas Entre los hombres peruanos-VIH no infectados que tienen sexo con hombres y transwomen: Un Transversal-Estudio. Las verrugas anogenitales visibles pueden asociarse con factores de riesgo para la infección por VIH. Este estudio transversal examinó los factores asociados con verrugas anogenitales visibles entre los hombres peruanos no infectados por el VIH que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans. Seiscientos sin VIH HSH y transexuales fueron reclutados de un entorno basado en la comunidad en el área metropolitana de Lima, Perú, a través de actividades de divulgación. Los participantes fueron evaluados para la sífilis, completaron un cuestionario de comportamiento, y se examinaron para las verrugas anogenitales visibles. La regresión logística se utilizó para evaluar la asociación independiente entre las características de la muestra, los factores de riesgo relacionados con el VIH, y las verrugas anogenitales visibles. Una educación terciaria frente a una secundaria primaria / (odds ratio ajustado [AOR], 1,79; 95% intervalo de confianza [IC], 1.07-2.99), una primera experiencia de coito anal a la edad de 20 años o más en comparación con edades más jóvenes (AOR , 2,80; IC del 95%, 1,45-5,38), y la auto-reporte de transmisión sexual síntomas de infección de corriente (AOR, 2,38; IC del 95%, 1,61-3,52) fueron correlatos significativos de las verrugas anogenitales visibles, mientras que la infección por sífilis, el sexo transaccional, coito anal receptivo, y la auto-identifican como un transexual no lo eran. A pesar de que no se asocia con factores clave de riesgo para la infección por VIH en HSH y transexuales del Perú, la presencia de verrugas anogenitales visibles debe llevar a los médicos a considerar la posibilidad de que personas del mismo sexo comportamientos sexuales no reportados y otros factores de riesgo de riesgo de infección por el VIH / transmisión sexual. (7)

Chialepeh, W y Sathiyasusuman, A. (2015). “Factores de riesgo asociados de las ITS y múltiples relaciones sexuales entre jóvenes en Malawi”. Tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales (MSP) es el mayor factor de riesgo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los jóvenes. Los jóvenes con múltiples parejas sexuales son menos propensos a usar un condón y mayor el riesgo de infecciones de transmisión sexual. Este estudio examina los factores de riesgo asociados de las ITS y múltiples parejas sexuales entre los jóvenes de 15-24 años. Se utilizó la información de la Encuesta de Salud Demográfica de Malawi 2010. De una muestra de 2.987 varones y 9.559 mujeres de 15-24 años, 2.026 varones y 6.470 mujeres fueron considerados en el estudio. Se realizaron la prueba de Chi cuadrado y las técnicas de regresión logística. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 22. Los resultados indican que 1.399 (69,0%) varones y 2.290 (35,4%) mujeres reportaron múltiples parejas sexuales (MSP). En el área rural, las mujeres (n = 1779) fueron más propensos a reportar el MSP que los machos (n = 1082) y dentro de las zonas urbanas, una mayor proporción de mujeres (n = 511) todavía informaron MSP, con los varones (n = 316). Alrededor del 78% de las mujeres rurales de edades 20-24 años, y alrededor del 79% de los hombres rurales de edades 15-19 años reportados MSP. La probabilidad de MSP fue mayor entre las mujeres en los hogares más pobres (OR = 1,31), se casó (OR = 5,71) y varones católicos (OR = 1,63), que se casaron (OR = 1,59). Varones católicos (OR = 1,82) en las zonas rurales, que se casaron (OR = 1,80) y las mujeres rurales en la región norte (OR = 1,26) eran más propensos a tener MSP. Los odds ratios fueron mayores entre las mujeres urbanas en los hogares que estaban casados (OR = 4,22) más pobre (= 3.45 OR). (8)

Goodreu, S *et al.* (2012). “¿Qué impulsa la epidemia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en Estados Unidos y Perú?” - What Drives the US and Peruvian HIV Epidemics in Men Who Have Sex with Men (MSM)? – Estudio retrospectivo, de modelo dinámico, aleatorio, en red, utilizando encuestas

conductuales y demográficas a gran escala para Perú y Estados Unidos de América. Todos se centraron en los grandes centros urbanos, y la mayoría tienen una definición de alto riesgo para los criterios de inclusión, por lo que los modelos reflejan estas poblaciones. Los modelos simulan redes paralelas para compañeros principales y contactos sexuales casuales, ambos implementados usando modelos gráficos exponenciales aleatorizados. Cada hombre fue caracterizado por edad, raza, circuncisión previa, comportamiento y rol sexual, y propensión al acto sexual sin protección. Los resultados mostraron que la prevalencia de VIH en estado estacionario a través de repetidas simulaciones promedios fue de 28% de los EE.UU y 29% para el Perú, y la media de incidencia anual es de 1,8% y 1,9%, respectivamente. La estimación de la prevalencia en Estados Unidos es ligeramente más alta que 25% y se encuentra en la mayoría de las ciudades en la primera ronda de los HSH, un patrón esperado dado que la mayoría de los conjuntos de datos de código excluyendo HSH sin riesgo de VIH. Para el Perú, hay menos documentación clara de la reciente incidencia y prevalencia. Informes de la prevalencia del VIH en Lima en la década de 2000 estaban por encima de 20%, y un incremento del 6% respecto al año; si esa tendencia ha continuado, la prevalencia debe ser aproximadamente 30% en los últimos años. Otras ciudades peruanas tienen menor prevalencia, pero nuestro modelo refleja principalmente datos para Lima, donde se halla el 73% de los diagnósticos del país; datos de origen aquí también excluyen los hombres sin el riesgo de VIH. Se halló también que para los Estados Unidos aproximadamente el 39% de las infecciones provinieron de la pareja sexual principal, este porcentaje fue de aproximadamente 35% para Perú. En la transmisión relacionada al rol sexual, en Estados Unidos el 21% de la transmisión sucedió desde la pareja receptiva hacia la pareja insertiva comparada con el 34% en Perú. Esto podría deberse a la baja prevalencia de circuncisión, además a una transmisión menos exclusiva de las parejas insertivas, lo que debe jugar un rol importante en la cadena de transmisión. (9)

Alarcón, J *et al* (2012). “Estimación y Análisis de la Incidencia de VIH en población adulta del Perú: Resultados de la aplicación del modelo matemático MoT”.

Se aplicó el modelo de ONUSIDA según modos de transmisión (MoT). Los datos fueron obtenidos de la revisión detallada de 59 documentos (1984 – 2008). También se analizó bases de datos nacionales para obtener datos específicos. La selección final de los datos fue validada por el grupo técnico y un grupo de expertos. Después de la consulta con expertos, se corrigieron los valores y se realizó un análisis de incertidumbre. El modelo fue ajustado a la prevalencia nacional del 2009 (0,45%). La incidencia estimada para el 2010 fue de 0,03%, (4346 nuevas infecciones). El 84% de nuevas infecciones se concentra en grupos de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres (55%) y personas que tienen sexo casual heterosexual (6,2%). El 16% restante corresponde a la población heterosexual de bajo riesgo. La transmisión heterosexual es el 43% de nuevos casos, y dentro de estos el 18% corresponde a parejas femeninas de sujetos de alto riesgo. Solo 2,2% de casos está relacionado al trabajo sexual femenino y 1,0% a usuarios de drogas inyectables. (10)

Fernández, P. y Zaragoza, K. (2011). “Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH?”. El estudio busca comparar las variables asociadas al riesgo de infección por el VIH entre los hombres <25 años (jóvenes) y >25 años de edad que tienen sexo con hombres, y determinar las variables asociadas a la penetración anal sin condón de los hombres jóvenes con parejas sexuales ocasionales. Durante 1 mes, 485 participantes <25 años y 1.470 >25 años completaron una encuesta impresa aplicada en lugares de ambiente o a través de Internet en Madrid, Barcelona, Bilbao y San Sebastián. La encuesta investigó conductas sexuales de los últimos 3 meses según las parejas sexuales conocidas en lugares de ambiente y por Internet. No se encontraron diferencias

Significativas entre los hombres <25 años y >25 años con respecto a la penetración anal sin condón con parejas sexuales conocidas en lugares de ambiente (23% frente a 30%,  $p>0,05$ ) o en Internet (29% frente a 30%,  $p>0,05$ ), al uso del condón en la última penetración anal y a haber tenido una infección de transmisión sexual en

el último año (19% frente a 23%,  $p > 0,05$ ). Sin embargo, los encuestados  $>25$  años tuvieron un número promedio mayor de parejas sexuales conocidas en lugares de ambiente (9,2 frente a 7,  $p < 0,05$ ) y en Internet (8,9 frente a 6,4,  $p < 0,05$ ), consumieron alguna droga cuando tuvieron penetración anal sin condón (68% frente a 55%,  $p < 0,05$ , con parejas conocidas en Internet; y 73% frente a 55%,  $p < 0,05$ , con parejas conocidas en lugares de ambiente) y presentaban una mayor prevalencia del VIH (11% frente a 4%,  $p < 0,05$ ). Al explorar otras variables encontramos que los jóvenes tuvieron mayor penetración anal sin condón receptiva con parejas sexuales conocidas en Internet (73% frente a 57%,  $p < 0,05$ ), la pareja sexual los convenció para tener penetración anal sin condón (8% frente a 0%,  $p < 0,05$ ) y tuvieron menos tiempo de estar en una relación de pareja estable. En el análisis multivariado, la penetración anal sin condón de los hombres jóvenes con parejas sexuales no se asoció con ninguna variable. (11)

Galindo, J *et al* (2011). "VIH y vulnerabilidad: Una comparación de tres grupos en Cali, Colombia". El estudio determinó las características socio-demográficas, comportamientos de riesgo para VIH/Sida y presencia de VIH en tres grupos de participantes de diferentes grupos socio-económicos en Cali. 4055 participantes dieron voluntariamente su consentimiento informado, respondieron un cuestionario estructurado, recibieron asesoría de VIH pre-prueba y post-prueba, así como prueba para diagnóstico presuntivo de VIH. Los participantes fueron agrupados en tres categorías: personas de bajo nivel socio-económico, baja escolaridad y alto desempleo ( $N_1=1217$ ); trabajadores empleados con escolaridad técnica-superior y de estrato medio-alto ( $N_2=899$ ); y estudiantes de universidades de carácter privado, de estrato medio-alto ( $N_3=1939$ ). Se determinaron características socio-demográficas, comportamientos sexuales y auto percepción de conocimientos sobre VIH. Análisis estadístico: uso de Chi-Cuadrado y prueba de muestras independientes T-Student, significancia  $< 0,05$  e intervalos de confianza al 95%. De acuerdo con los datos socioeconómicos, 1.217 personas pertenecían al grupo  $N_1$ . Todas pertenecían a los estratos 1 y 2, de éstas el 57% tenían hasta primaria y el 30% hasta secundaria, y el 75% estaban desempleados; 899 personas pertenecían al grupo  $N_2$ ; la mayoría de ellas pertenecían a los estratos medio-alto (el 77% de estratos 3 al 6), principalmente con escolaridad técnica-superior al 70% (el 37% técnicos/tecnólogos y el 33%

profesionales) y todos eran trabajadores empleados (100%); 1.939 estudiantes aceptaron participar y constituyeron el grupo N3, quienes vivían primordialmente en estrato medio-alto (el 87% de estratos 3 al 6), de los cuales estaban empleados el 4%. La frecuencia global de VIH + por prueba rápida fue del 0,62% (25/4055) (IC95%: 0,38% -0,86%). No hubo diferencias significativas del diagnóstico VIH + en función de sexo (hombres = 0,69%; mujeres = 0,53%, valor  $p = 0,555$ ). Se encontró que el diagnóstico de VIH + fue mayor en el grupo N1, comparado con N2 y N3 ( $p < 0,00001$ ). La comparación de las variables demográficas y de comportamientos de riesgo reveló diferencias significativas entre los grupos socio-económicos. Los esfuerzos de prevención para disminuir la carga de la infección por VIH en Colombia deben dirigirse a hombres y mujeres que viven en contexto de bajos recursos económicos o que reflejen pobreza, con baja escolaridad y alto índice de desempleo. Los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en este tipo de grupos, soportan el papel potencial de la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual como una herramienta para la prevención y detección del VIH a través de la prueba, en poblaciones como la descrita anteriormente. (12)

Folch, C *et al.* (2010) “Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña”. Estudios transversales bianuales en una muestra de conveniencia de hombres que tienen sexo con hombres reclutados en saunas, sex-shops, bares y un parque público, y por correo a los socios de la Coordinadora Gai-Lesbiana, mediante un cuestionario anónimo y autoadministrado. Se recogieron muestras de saliva para determinar la prevalencia de la infección por VIH. La significación de las tendencias lineales en las proporciones se analizó mediante el test de  $\chi^2$  de tendencia lineal, estratificando por edad. Se encontró que la prevalencia global del VIH aumentó del 8,5% (1995) al 14,1% (2006) en los menores de 30 años ( $p=0,162$ ), y del 18,2% (1995) al 21,2% (2006) en los de 30 años y más ( $p=0,07$ ). El uso consistente del preservativo en la penetración anal con parejas ocasionales descendió del 72,9% al 58,7% en los menores de 30 años ( $p<0,05$ ), y del 77,2% al 65,6% en los de 30 años y más ( $p<0,001$ ). (13)

Repiso, B *et al.* (2010) “Uso de preservativo y número de parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres con sífilis”. Estudio transversal descriptivo de los casos incidentes de sífilis en los años 2007 y 2008, y estudio caso-control de los hábitos sexuales en el último año de los HSH diagnosticados o no de sífilis. Se registraron 26 nuevos casos de sífilis, 19 de ellos en el estadio de sífilis precoz. 8 pacientes estaban infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana y 15 eran HSH. Como grupo control se seleccionaron 65 HSH sin sífilis. Se demostró un mayor número de parejas sexuales en los HSH afectados de sífilis, 3,98 (IC95%=0,90–17,46) veces más en la categoría «entre 2 y 5 parejas» y 3,22 (IC95%=0,84–12,43) en la categoría de «más de 5 parejas». En el apartado de uso de preservativo estas diferencias fueron significativas ( $p=0,02$ ), siendo 3,96 veces superior (IC95%=1,15–13,61) el empleo inconstante del mismo en el grupo de HSH con sífilis. (14)

Millett, G *et al.* (2008). “Circuncisión y riesgo de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual en Hombres que tienen sexo con hombres: Un Meta-análisis”. Diversos ensayos aleatorizados y meta-análisis han demostrado que la circuncisión reduce el riesgo del hombre de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante el sexo heterosexual. Es menos conocido si la circuncisión masculina provee protección contra la infección por VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). EL objetivo del estudio fue cuantificar la fuerza de asociación entre hombres circuncidados y la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) a lo largo de estudios observacionales en HSH. La bases de datos revisadas fueron MEDLINE, EMBASE, ERIC, Sociofile, PsycINFO, Web of Science, and Google Scholar, además de la correspondencia con investigadores. De 18 estudios que revisaron cuantitativamente la asociación entre la circuncisión masculina y VIH/ITS en HSH, 15 (83%) cumplieron los criterios de inclusión para el meta-análisis. Un total de 53 567 participantes HSH (52% circuncidado) fueron incluidos en el meta-análisis. La probabilidad de ser VIH-positivos no era significativamente menor entre los HSH que fueron circuncidados que no circuncidados (odds ratio, 0,86; intervalo de confianza del 95%, 0,65-1,13; número de tamaños para efecto independiente  $[k] = 15$ ). Estudios de más alta calidad se asociaron con una reducción de las probabilidades de infección por VIH entre los HSH circuncidados ( $\beta$ , -0,415;  $p = 0,01$ ). Entre los HSH que se

dedican principalmente al sexo anal con penetración, la asociación entre la circuncisión masculina y el VIH era de protección, pero no estadísticamente significativa (odds ratio, 0,71; intervalo de confianza del 95%, 0,23-2,22; k = 4). La circuncisión masculina tuvo una asociación protectora con el VIH en los estudios de HSH realizados antes de la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (odds ratio, 0,47; intervalo de confianza del 95%, 0,32-0,69; k = 3). Ni la asociación entre la circuncisión masculina y otras ITS (odds ratio, 1,02; intervalo de confianza del 95%, 0,83-1,26; k = 8), ni su relación con la calidad de los estudios fue estadísticamente significativa ( $\beta$ , 0,265;  $p = 0,47$ ). (15)

Clark, JL *et al.* (2008). “Los factores de riesgo para la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres infectados con el VIH en Lima, Perú”. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la frecuencia de los comportamientos sexuales de riesgo, y la relación entre el conocimiento del estado de infección por el VIH y los comportamientos de riesgo sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) infectados con la asistencia del VIH una ITS clínica en Perú. Se reclutaron una muestra de 559 HSH de una clínica de ITS municipal en Lima, Perú. Los participantes completaron una encuesta y proporcionaron la sangre para pruebas de anticuerpos de VIH, sífilis y el HSV-2, y la orina para las pruebas de

ácido nucleico gonorrea y clamidia. Entre 124 HSH con el VIH, el 72,6% eran conscientes de que estaban infectados con el VIH. Sífilis activa ( $RPR \geq 1: 8$ ) se diagnosticó en el 21,0% de los hombres infectados con el VIH, HSV-2 en el 79,8%, gonorrea uretral en 1,6% y la clamidia en el 1,6%. Entre 41 participantes que informaron el coito anal con penetración con su última pareja sexual, el 34,2% no usó un condón. De los 86 participantes que informaron el coito anal receptivo, 25,6% no usó un condón. Por lo menos un episodio de sexo anal sin protección insertivo (UAI) con una pareja no infectada con el VIH durante los últimos 6 meses se informó en un 33,6% (35/104) de los participantes, y receptivo UAI con una pareja no infectada por el VIH fue reportado por el 44,6% (45/101). No hubo diferencias en la frecuencia de la

UAI con parejas infectadas o no infectadas con el VIH observada entre los hombres que conocían su estado serológico en comparación con aquellos que estaban sin diagnosticar previamente (todos los valores de  $p > 0,05$ ). Se concluye que los HSH con VIH en Perú participan en conductas de alto riesgo para la propagación del VIH y las ITS. Conocimiento de si alguien se infecta con el VIH no se asoció con una disminución de la frecuencia de la AUI. Esfuerzos adicionales para reducir la conducta de riesgo después del diagnóstico de la infección por VIH son necesarios. (16)

### **1.5.2. BASE TEÓRICA**

**Las infecciones de transmisión sexual (ITS)** comprenden una serie de patologías, de etiología infecciosa diversa, en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico, aunque en ocasiones pueden existir otros mecanismos de contagio, como la transmisión perinatal o por vía parenteral. El término incluye el estadio asintomático, ya que puede ser compatible con la existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión, razón por la cual se prefiere esta denominación a la de enfermedades de transmisión sexual previamente utilizada (1).

Los agentes etiológicos de las ITS tienen como único reservorio al hombre. La transmisión se realiza a partir de las personas infectadas (con formas clínicas agudas, crónicas o asintomáticas) y se produce por contacto directo, de persona a persona durante la relación sexual. La probabilidad de transmisión de una persona infectada a su pareja varía ampliamente de unas ITS a otras: puede alcanzar el 80% en el caso de *Haemophilus ducreyi*, ronda el 50% en la sífilis primaria y en la gonococia, se estima en torno al 10% para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1), y es menor para el virus de la hepatitis C (1). La susceptibilidad es general y, a excepción de las hepatitis víricas, los episodios pasados no dejan inmunidad, por lo que persiste la posibilidad de reinfección ante una nueva exposición, incluyendo la reinfección desde la propia pareja si no se trata a ambos (1).

Las manifestaciones más frecuentes de la ITS son locales, en el sistema genitourinario, aunque no son infrecuentes las manifestaciones generales y de otros órganos. En un mismo individuo puede coincidir más de una ITS, al compartir mecanismo de transmisión, y, además, tanto las que cursan con úlceras como con inflamación en el tracto genitourinario, favorecen la transmisión de otras, como por ejemplo el VIH o el virus de la hepatitis C (1).

Tabla nº 1. Agentes etiológicos de las infecciones de transmisión sexual y enfermedades o síndromes que producen. (1), nos muestra los agentes etiológicos de las ITS más frecuentes, mostrando sus consecuencias respecto del género de la persona afectada.

Tabla nº 1. Agentes etiológicos de las infecciones de transmisión sexual y enfermedades o síndromes que producen.

Agente causal	Enfermedades/síndromes
<b>Bacterias</b>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<b>Hombres:</b> uretritis, epididimitis, orquitis, infertilidad <b>Mujeres:</b> cervicitis, endometritis, salpingitis, EIP, infertilidad, rotura prematura de membranas, perihepatitis <b>Ambos sexos:</b> proctitis, faringitis, infección gonocócica diseminada <b>Neonatos:</b> conjuntivitis, deformación cicatrizal de la córnea y ceguera
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis <b>Ambos sexos:</b> úlcera primaria (chancro) con adenopatía local, erupciones cutáneas, condylomata lata, lesiones óseas, cardiovasculares y neurológicas <b>Mujeres embarazadas:</b> aborto, muerte prenatal, parto prematuro <b>Neonatos:</b> Muerte prenatal, sífilis congénita
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<b>Hombres:</b> uretritis, epididimitis, orquitis, infertilidad <b>Mujeres:</b> cervicitis, endometritis, salpingitis, EIP, infertilidad, rotura prematura de membranas, perihepatitis; normalmente asintomática <b>Ambos sexos:</b> proctitis, faringitis, síndrome de Reiter <b>Neonatos:</b> conjuntivitis, neumonía
<i>Chlamydia trachomatis</i> (serotipos L1-L3)	Lingranuloma venéreo <b>Ambos sexos:</b> úlcera, inflamación inguinal (bubón), proctitis
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<b>Hombres:</b> exudado uretral (uretritis no gonocócica) <b>Mujeres:</b> vaginosis bacteriana, probablemente EIP
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<b>Hombres:</b> exudado uretral (uretritis no gonocócica) <b>Mujeres:</b> vaginosis bacteriana, probablemente EIP
<i>Gardnerella vaginalis</i>	<b>Mujeres:</b> Vaginosis, EIP
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando o chancroide <b>Ambos sexos:</b> úlceras genitales dolorosas; pueden ir acompañadas de bubón
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal (Donovanosis) <b>Ambos sexos:</b> inflamaciones ganglionares y lesiones ulcerativas de las zonas inguinal y anogenital
<i>Streptococcus agalactiae</i>	<b>Ambos sexos:</b> Sepsis neonatal, meningitis
<i>Shigella</i> *	<b>Ambos sexos:</b> Enterocolitis
<i>Salmonella</i> *	<b>Ambos sexos:</b> Enterocolitis
<i>Campylobacter</i> *	<b>Ambos sexos:</b> Enterocolitis

Fuente: Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2011 Jul-Oct; 13(2).

Las ITS y el VIH son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno. Las epidemias de ITS se desarrollan a través de fases predecibles, moldeadas por la interrelación de los agentes patógenos, el comportamiento de los grupos poblacionales en los que se desarrolla, y los esfuerzos para prevenirla. Las redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales (grupo núcleo) y un pobre contacto con el sistema de salud. Para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir (2).

Factores sociales que influyen en la transmisión:

Fracaso en el cumplimiento en la adopción de medidas de “sexo seguro” (que disminuyen la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA), como el tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, o el uso de condón. Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas (2):

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

Retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS: algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionan a continuación (2):

- Muchas personas no saben cuáles son los síntomas de las ITS.
- Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
- Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
- Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados.
- Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos (curanderos etc).
- Hay un estigma asociado a tener una ITS lo que hace que la persona retrase al máximo el acudir a un servicio de salud o al médico.

La costumbre de no completar el tratamiento: un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar el tratamiento) (2).

No se brinda la oportunidad de tratamiento a la(s) pareja(s) sexual(es), por temor a informarles de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja (2).

Factores de comportamiento de los individuos o factores de “riesgo”:

Debido a que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección (2):

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

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

#### Factores Biológicos que influyen la transmisión (2):

- La edad: las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.
- Muchas Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser asintomáticas. Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos(as) lo tienen. Esto complica los programas de control y tratamiento puesto que no es sencillo localizar a los pacientes asintomáticos.
- Características de los agentes biológicos: Existe resistencia de algunas bacterias (como las que causan gonorrea y chancroide) a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades. Para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo, esto condiciona que las personas infectadas con estos virus puedan seguir contagiando durante toda su vida si tienen relaciones sexuales sin protección, manteniendo alta la prevalencia de estas infecciones.
- Diferencias por sexo: En general el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano

durante las relaciones sexuales penetrativas. Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). En el caso de la Gonorrea, el 80% de las mujeres se contagiarán después del contacto sexual con un hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influyen son la circuncisión masculina y el uso de anticonceptivos.

#### OBJETIVOS DEL MANEJO DE PACIENTES CON ITS

- Desarrollar un diagnóstico adecuado en el lugar de la primera consulta, aunque no se cuente con confirmación etiológica, ya que es reducida la posibilidad de lograr que el paciente retorne a un control posterior.
- Brindar un tratamiento rápido y oportuno con esquemas de dosis única en los casos que sea posible y cuya eficacia sea igual o mayor al 95%.
- Ofrecer dentro del marco de la atención integral información y las 4 C, que se traducen como:
  - o Consejería, para el cambio de conductas de riesgo.
  - o Cumplimiento del tratamiento.
  - o Contactos o parejas sexuales (referencia y tratamiento).
  - o Condones, promoción de su uso y provisión de los mismos.

La Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud nos dice (3):

#### **Infección De Transmisión Sexual (ITS)**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un grupo de infecciones adquiridas fundamentalmente por contacto sexual.

Cerca de un millón 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 (como la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) o la infertilidad (incapacidad de tener un embarazo).

Se conocen más de 20 microorganismos transmisibles por contacto sexual, pero se puede afirmar que las infecciones más comunes son seis: tres consideradas las ITS clásicas:

- Sífilis
- Gonorrea
- Chancro blando o chancroide
- Clamidia
- Herpes genital
- Infección por VIH
- Virus de Papiloma Humano
- Hepatitis B

Los principales "factores de riesgo" para adquirir una ITS es exponerse a ella.

Por eso los factores de riesgo son:

- Tener una pareja sexual infectada.
- El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.
- Tener relaciones coitales sin protección.
- Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis b que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes y perforaciones y no son precisamente por contacto sexual.
- Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.
- Para descartar la presencia de ITS, deben examinarse los siguientes casos:
  - La presencia de salida de flujo por la vagina (líquido que puede ser blanco, amarillo/verdoso), dolor pélvico (dolor en abdomen bajo).
  - Y en el hombre puede haber salida de líquido transparente o amarillo a través del pene (llamada secreción).
- Dolor y ardor al orinar, tanto en hombres como en mujeres
- Todo (a) adolescente sexualmente activo(a)
- Todo (a) adolescente que se sospecha haya sido víctima de violación, abuso sexual o incesto.

. La existencia de dos o más infecciones de transmisión sexual al mismo tiempo es común. Se debe hacer seguimiento y estar alerta para detectar las secuelas (consecuencias) a largo plazo, tales como:

- Enfermedad inflamatoria pélvica (dolor abdominal bajo)
- Esterilidad
- Embarazo ectópico (embarazo fuera del útero).
- Orquitis, epididimitis y deferentitis (Inflamación de los testículos).
- Infecciones en el recién nacido de una madre infectada.
- Cáncer cérvico uterino (del cuello uterino).

### **Clasificación De Las Infecciones De Transmisión Sexual Por Síndromes**

Los cuatro síndromes más comunes son:

#### **Síndrome De Secreción Uretral**

La secreción uretral es la molestia más frecuente en hombres con ITS. En estos casos se observa la salida de secreción a través de la uretra, con frecuencia acompañada de disuria. (Ardor al orinar). Los agentes más comunes que causan la enfermedad son en estos casos *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Ureoplasma urealyticum*. Para fines prácticos la uretritis (inflamación del conducto por donde pasa la orina en el hombre) se subdivide en gonocócica (causada por *Neisseria gonorrhoeae*) y no gonocócica (causada por *Chlamydia trachomatis* y *Ureoplasma uretricum*).

#### **Aspectos clínicos**

## **Etiología**

Cuando existe antecedente de una relación sexual, la secreción uretral generalmente está ocasionada por las bacterias: *Neisseria gonorrhoeae* (75%), *Chlamydia trachomatis* (15-40%), *Ureaplasma urealyticum* (30-40%), *Mycoplasma hominis*, *Haemophilus sp.* (20-40%); protozoarios, como la *Trichomonas vaginalis* (5%), hongos, como la *Candida albicans*, junto con *Ureaplasma urealyticum* (20- 30%). Otros: *Mycoplasma genitalium* (18-45%), adenovirus, virus del herpes simple tipo 1 (VHS1). Otros agentes involucrados: *Neisseria meningitidis*, *Corynebacterium genitalium*, *Haemophilus influenzae* y *parainfluenzae*.

Las uretritis tienen un periodo de incubación de tres días en promedio, siendo un poco mayor en mujeres (cinco días). Existen tres formas clínicas de uretritis:

1. Uretritis agudas: menor a un mes de evolución
2. Uretritis persistentes: que no mejora después de una semana de tratamiento.
3. Uretritis recidivante o crónica: aparece en las seis semanas siguientes a la administración del tratamiento específico y sin factores de riesgo asociado (sexo oral, anal, etc.). En nuestro medio, la mayoría de las uretritis son causadas por *N. gonorrhoeae* aunque va en aumento la infección concomitante con *C. trachomatis*. Se debe tener presente la zoofilia entre los hombres, siendo una causa más. Se desconoce la frecuencia de las uretritis no gonocócicas en nuestro medio.

## **Síntomas**

La queja de las personas es la secreción de pus por el pene, la mayoría de veces acompañada de ardor o dolor al orinar. Signos Hombres no circuncidados: importante ver de dónde proviene la secreción. La secreción suele ser abundante y purulenta o escasa y mucoide. Puede ser necesario “ordeñar” la uretra del paciente con el fin de ver la secreción o volver a examinar al paciente después de que haya retenido la orina al menos por tres horas. El primer episodio de herpes simple 1 o 2 también puede producir secreción uretral.

### **Síndrome De Flujo Vaginal**

Si bien la presencia de flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos son anormales, ni indican la presencia de una ITS. La percepción de un flujo anormal depende de la paciente, es frecuente que exista como parte de la molestia una mayor cantidad de secreción, un cambio en el aspecto u olor, prurito (comezón), disuria (ardor al orinar), dolor abdominal bajo, dolor genital o al tener relaciones sexuales. Existen microorganismos causantes del flujo vaginal que no son necesariamente infecciones de transmisión sexual (candidiasis y Vaginosis bacteriana).

El flujo vaginal que proviene del cérvix (cuello uterino) es, por lo general, causado por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*; aquel que proviene directamente de las paredes vaginales es debido a *T. vaginalis*, *C. albicans* o se trata de una Vaginosis bacteriana.

Existen también vaginitis químicas por la aplicación de medicamentos, limpieza vaginal con sustancias abrasivas o la introducción de cuerpos extraños. Es importante recordar que la paciente con candidiasis vaginal (infección por hongos) recurrente, puede tener diabetes mellitus o bien infección por VIH.

La elección del tratamiento debe tomar en cuenta la causa más probable, la posibilidad de embarazo y la historia de contactos sexuales recientes de la o el paciente. Con excepción de los casos de candidiasis (infección por hongos) y Vaginosis bacteriana

(infección vaginal por bacterias) él o los contacto(s) sexual(es) deben incluirse en el tratamiento.

## **Aspectos clínicos**

### **Etiología**

Los microorganismos más comúnmente encontrados son: *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* y el conjunto formado por la *Gardnerella vaginalis* y los microorganismos vaginales anaerobios, causantes del flujo directamente, en tanto que *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* lo ocasionan de manera indirecta por medio de cervicitis y flujo del cuello uterino. El primer episodio de herpes simple 1 ó 2 puede también producir exudado vaginal, cervical y vulvar visible.

### **Síntomas**

La idea que tienen las mujeres de lo que constituye un “flujo vaginal anormal” puede variar. Por lo general, la mayoría de las mujeres con este síndrome se quejan de manchas en su ropa interior, secreciones excesivas, cambios de color, olor o ambas situaciones, ardor al orinar, dolor al tener relaciones sexuales, enrojecimiento vulvar, etc. Se debe determinar si la mujer está embarazada anotando cuidadosamente la información básica de sus ciclos menstruales.

## **Síndrome De Ulceración Genital**

## **Definición**

Una úlcera genital se define como pérdida de la continuidad de la piel de los órganos sexuales. Puede ser dolorosa o indolora y con frecuencia ir acompañada de linfadenopatía regional.

## **Aspectos clínicos**

Las úlceras anogenitales son causa común de consulta médica y de acuerdo con su etiología, pueden tener graves consecuencias, como sífilis sintomática tardía, lesiones mutilantes y actuar como cofactores de la transmisión del VIH.

## **Etiología**

Los agentes que comúnmente producen úlceras en los órganos sexuales, el ano y la boca son *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *C. Trachomatis* (serotipos L1 a L3), *K. granulomatis* y los virus del herpes simple tipo 2 y 1. Se deben descartar las úlceras por traumatismo que se pueden infectar con otras bacterias.

## **Síntomas**

Las personas se quejan generalmente de una o varias úlceras en los órganos sexuales y/o el ano. Los hombres no circuncidados pueden quejarse de secreción por el pene o de imposibilidad de retraer el prepucio. Las mujeres se quejan de ardor al orinar si hay úlceras en la vulva.

## **Signos**

Se deben tener en cuenta el número y las características de las lesiones. Es preciso determinar si hay bubones inguinales.

## **Laboratorio**

Por lo general, las pruebas de diagnóstico de este síndrome no son útiles para adoptar decisiones terapéuticas iniciales a nivel de atención primaria. Cuando sea posible, se debe realizar una tinción de Giemsa o de Wright para determinar la presencia de *Haemophilus ducreyi*, microscopía de campo oscuro y serología para la sífilis con el fin de proporcionar información suplementaria que pueda llevar a establecer un método más específico de tratamiento de la infección.

## **Síndrome De Dolor Abdominal Bajo**

### **Definición:**

Por lo general, el dolor abdominal bajo que afecta a la mujer guarda relación con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Éste es un término inexacto en materia de diagnóstico que se emplea para denotar casos sospechosos o comprobados de infección pélvica en la mujer (por ejemplo, salpingitis, endometritis, etc.) provocados por microorganismos que generalmente migran a través del conducto genital inferior para invadir el endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo. Es una complicación de las ITS.

### **Aspectos clínicos**

#### **Etiología**

Los patógenos comunes transmitidos por vía sexual que causan la EPI son *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y tal vez *M. hominis*. También se encuentran con frecuencia bacterias facultativas y estrictamente anaerobias, en particular en infecciones recurrentes clínicamente graves.

### **Síntomas**

Un dolor abdominal bajo de intensidad leve a grave, que aparece inicialmente durante la menstruación o poco después de ésta y a veces va acompañado de fiebre o de los síntomas señalados en la parte correspondiente al flujo vaginal, debe llevar al médico a sospechar de EPI y a investigar si han habido ataques similares previos.

## **Signos**

El médico debe descartar la posibilidad de un caso de urgencia médico-quirúrgica (por ej. aborto séptico, obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis y embarazo ectópico) y determinar si existe:

- Sensibilidad anormal en la región inferior del abdomen.
- Flujo vaginal.
- Ulceración genital.
- Dispositivo intrauterino (DIU). V. Diagnóstico y manejo sindrómico de las ITS 31
- Apertura del cuello uterino o tejido residual de un aborto, que se pueda ver o palpar,
- Sensibilidad anormal al mover el cuello uterino.
- Sensibilidad anormal y/o masas en las estructuras anexas al examen bimanual.
- Temperatura de mayor o igual a 38°C.

## **Laboratorio**

Se necesita efectuar una microscopía directa de una muestra de frotis vaginal en fresco. La presencia de células polimorfonucleares en número superior a las epiteliales sugiere infección de las vías genitales inferiores. Se deben de considerar cultivos o el envío de la paciente al siguiente nivel de atención.

## **Infecciones De Transmisión Sexual Más Frecuentes**

### **Sífilis**

La sífilis es una infección de transmisión sexual que puede ser crónica o aguda, es “Producida por el *Treponema pallidum*, microorganismo espiral del grupo de espiroquetas, que penetra la piel y las mucosas a través de pequeñas abrasiones, multiplicándose en el punto de penetración y alrededor para invadir los ganglios linfáticos, vasos sanguíneos y la sangre, diseminándose rápidamente antes que se manifieste la lesión primaria.”

Las características que hacen que sea difícil el diagnóstico de la sífilis, son las siguientes:

- El chancro sífilítico se cura en forma espontánea, por consiguiente, el paciente puede no darle importancia y no consulta al médico.
- En las mujeres la lesión inicial (en los labios menores de los genitales femeninos y/o alrededor del ano), puede pasar inadvertida o puede estar oculta en el cérvix (cuello uterino).
- Durante el período de latencia, la sífilis no presenta síntomas.
- La sífilis secundaria y tardía se puede parecer a (y confundir con) una gran variedad de enfermedades.
- La sífilis se presenta por lo general en una de las siguientes formas:
  - Sífilis primaria (10 a 90 días después del contagio). Se caracteriza por la presencia de una pápula (lesión tipo roncha) que evoluciona a una úlcera que no duele con bordes elevados llamada chancro e inflamación de un ganglio regional.

- En la sífilis secundaria (seis o más semanas después de la infección), se presenta un malestar, fiebre, cefalea, dolor de garganta, inflamación generalizada de los ganglios, lesiones cutáneas (varias, por lo general simétricas, extensas y no producen comezón, a menudo son superficiales y papulo escamosas; el eritema (coloración rojiza) es bastante marcado en la palma de las manos y los pies; cuando se encuentra afectada toda la cara las lesiones tienden a ser anulares), lesiones de la membrana mucosa (Condyloma latum), hepatitis (inflamación del hígado).
- Sífilis tardía (toda enfermedad sifilítica que sigue a la fase secundaria). Las manifestaciones más comunes son meningitis aguda, o subaguda, que puede ocurrir un año después de la infección, accidentes cerebro vasculares (cinco años después de la infección inicial pueden observarse accidentes cerebro vasculares debido a artritis sifilíticas).
- Sífilis congénita tardía. Caracterizada por sordera, debido a la lesión del octavo par craneano, queratitis intersticial, lesiones nasales (periostitis, que se manifiesta en un hueso frontal prominente y una hendidura del dorso de la nariz), lesiones de la tibia (periostitis, que se manifiesta en una curva exagerada en la tibia), artritis de la rodilla (articulación de Clutton) anomalías de la dentición permanente (dientes de Hutchinson).

En toda adolescente embarazada, como parte importante del control prenatal (antes del nacimiento del bebé), se debe realizar una prueba de VDRL (es una prueba de sangre para detectar si hay infección de transmisión sexual) si pertenece a un grupo de alto riesgo de contraer ITS, se debe efectuar un segundo análisis de sangre antes del parto. Cuando hay dudas acerca del diagnóstico, la joven embarazada debe recibir tratamiento para prevenir una posible enfermedad en el recién nacido. Este estudio es de bajo costo y se puede realizar en un Centro de Salud o clínica que cuente con laboratorio de la Secretaría de Salud.

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

Las pruebas serológicas más usadas para esta infección de transmisión sexual son “RPR o VDRL”.

En cuanto al tratamiento es la Penicilina benzatinica G, 2.4 millones de unidades intramusculares semanalmente por tres días, el antibiótico de elección.

Entre las complicaciones podemos encontrar para la sífilis no tratada a la aortitis y neurosífilis. La transmisión al feto es posible por una mujer embarazada sin tratamiento

### **Gonorrea.**

“Es la infección de transmisión sexual más prevalente. Los signos de infección incluyen al cérvix, uretra, recto y faringe”.

La gonorrea está producida por el diplococo *Neisseria gonorrhoeae*, (Bacteria). En la mujer regularmente los signos vulvares (aparecen en la vulva) son los primeros. La paciente consulta por un edema (inflamación) doloroso de la vulva, acompañado de una leucorrea verdosa (salida de líquido o flujo vaginal) aparecida entre dos y siete días después de una relación sin protección (condón). La mayoría de las mujeres están lejos de presentar este cuadro clínico ya que son casi asintomáticos. En los hombres, uno de los síntomas iniciales es la disuria (ardor al orinar), así como aumento en la frecuencia de la micción (orina frecuente) y descarga uretral purulenta (flujo a través de la uretra, es decir por el pene).

Se diagnostica por las manifestaciones clínicas y los antecedentes sexuales dudosos. También se realiza “la identificación microscópica en frotis de la secreción purulenta de endocervix, vagina, uretra, ano rectal, glándulas de Skene, garganta, y el cultivo para identificar al gonococo, este cultivo establece la confirmación definitiva de la infección”.

El tratamiento de elección es la Ceftriaxona 1g iv cada 24h. Entre las complicaciones de la Gonorrea se tiene a la “rotura prematura de membranas, enfermedad inflamatoria pélvica, conjuntivitis en recién nacidos, artritis y dermatitis”.

## **CHANCROIDE**

Es una infección de transmisión sexual conocida también como chancro blando, se localiza “en los genitales como una úlcera irregular, auto inoculable, doloroso, que con frecuencia causa supuración de los ganglios linfáticos de la región convirtiéndolos en bubones muy sensibles y dolorosos; es más frecuente en los varones, siendo menor su incidencia en el sexo femenino”

Su agente causal es el *Haemophilus ducreyi*, bacteria gram negativo, poco frecuente pero endémico y se asocia con infección por VIH, uso de drogas y la prostitución.

“El periodo de incubación es de dos a cinco días, pero puede llegar a 14 días. La manifestación inicial es una mácula inflamatoria en una úlcera dolorosa. Suele haber eritema cutáneo circundante”.

El diagnóstico se realiza en base a Tinción Gram, para identificar cocos gram positivos y cultivo.

La Ceftriaxona, en dosis de 250mg. IM, es el antibiótico de elección.

El chancro blando puede complicarse con la rotura del bubón y la formación consiguiente de fístulas. Cuando la lesión es en el meato urinario puede producir estenosis.

## **CHLAMYDIA**

Una de las razones de la diseminación rápida de la clamidiasis es que un grado importante de la infección es desconocida. En la mujer las infecciones por Chlamydia se presentan en endocérvix (tejido interno del cuello uterino) donde el microorganismo parasita el epitelio columnar de transición. En el hombre, parasita el epitelio uretral (tejido interno de la uretra, es decir por donde pasa la orina).

El microorganismo se aísla frecuentemente de mujeres cuyos compañeros sexuales padecen uretritis inespecífica (inflamación de la uretra de causa desconocida). Algunos de los hombres infectados son asintomáticos. Los que manifiestan sintomatología, presentan síntomas urinarios como disuria (ardor al orinar), frecuencia urinaria aumentada (orina frecuente) y descarga uretral de aspecto mucoso o purulento (flujo a través del pene).

El diagnóstico se hace a través de un examen de cultivo de secreción vaginal.

## TRATAMIENTO

Los antibióticos pueden curar la clamidia muy fácilmente si se trata temprano. Dile a todas tus parejas sexuales (de antes y presentes) enseguida si te dice un médico que tienes clamidia. Ellos también deben tomar la medicina aunque no tengan síntomas. Si NO se tratan y se curan, te pueden volver a pasar la clamidia o pasarle la enfermedad a otra persona.

## COMPLICACIONES

Si no se trata, en una mujer, la clamidia como la gonorrea puede crecer hasta convertirse en una enfermedad más seria llamada enfermedad inflamatoria de la pelvis (PID en inglés) y puede hacerle tanto daño que después no pueda tener hijos.

La infección puede subir por las trompas de Falopio (fallopian tubes) y causar dolor permanente. Además, puede causar cicatrices en las trompas de Falopio y hacer que la mujer nunca pueda salir embarazada. También puede causar embarazos dentro de las trompas (en vez de dentro del útero), donde el bebé no puede crecer.

Si una madre está infectada, ella puede pasarle la clamidia a su bebé durante el parto.

## **Herpes Genital**

La infección herpética de los genitales es producida por un virus de la familia de los herpes virus, considerándose actualmente como una infección de transmisión sexual.”  
“Es la causa más frecuente de úlceras genitales visibles”.

El virus del herpes pertenece a un amplio grupo del cual cinco especies contaminan habitualmente al ser humano. Hay que distinguir el herpes con manifestaciones en boca, de transmisión bucofaríngea (a través del contacto de la boca), que puede dar lugar a lesiones genitales y el Herpes 2, con manifestaciones en las vías urinarias y genitales.

El herpes del recién nacido es casi siempre de tipo 2, consecuencia de un herpes genital de la madre. El interés de esta infección va en aumento debido a su papel en la etiología del contagio del cuello uterino.

Los síntomas son vesículas únicas o múltiples, pruriginosas (que causan comezón) y aparecen en cualquier lugar en los genitales. La lesión primaria puede persistir de tres a seis semanas, mientras que los síntomas que reaparecen periódicamente, duran entre siete y diez días. La infección primaria puede acompañarse de signos generales: fiebre, cefalea (dolor de cabeza), y falta de apetito. Las lesiones se presentan a nivel de la vulva en la mujer I (vestíbulo de los labios y de la zona del clítoris)

El tratamiento tiene como antibiótico de elección al Aciclovir 400mg vía oral cada 8h por 7 días a 10 días.

Sus complicaciones están relacionadas con riesgo a parto prematuro, rotura prematura de membranas, meningitis y retención urinaria.

## **Virus Del Papiloma Humano (Condiloma Acuminado)**

Es una infección de transmisión sexual que produce lesiones cutáneas conocidas como condilomas (verrugas), las cuales se presentan en vulva, vagina, cérvix y recto.

La infección genital por el virus del papiloma humano, tiene un período de incubación de pocas semanas a varios meses. La lesión más visible, el condiloma acuminado, habitualmente es transmitido sexualmente y a menudo se encuentra asociado a otras infecciones sexualmente transmisibles. En algunos países del mundo es actualmente la infección de transmisión sexual más frecuente. Existe el potencial de la posible inducción del cáncer con el pasar del tiempo, los tipos de papiloma humano 16 y 18 han sido asociados a la neoplasia cervical intraepitelial (Cáncer del cuello uterino).

El diagnóstico se realiza en base a las lesiones externas visibles. La prueba del Papanicolaou es la “herramienta primaria de detección del cáncer cervical o cambios precancerosos en el cuello uterino, muchos de los cuales están relacionados con el Virus

Para su tratamiento se administra Podofilina al 25% o solución al 50% de ácido tricloroacético”. del Papiloma Humano”

Una de las complicaciones mas frecuente es el “cáncer cervical”.

### **Síndrome De Inmunodeficiencia Humana.**

El VIH significa “virus de la inmunodeficiencia humana”. Este es el virus que causa el SIDA. El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El sistema inmunitario le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra

y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades.

La persona infectada con el retrovirus humano VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) estará infectada por toda su vida. Inicialmente permanecerá asintomática (SIN SINTOMAS), a veces por muchos años. Sin embargo, cuanto más tiempo dure la infección más grave será el ataque al sistema inmunitario.

## **Síntomas De VIH**

### **Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda**

“En gran número de personas no hay manifestación alguna, usualmente se presenta luego de 2 a 4 semanas pero podría prolongarse. Estas manifestaciones pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente en corto tiempo. Es importante destacar que desde este momento puede hacer transmisión o contagio a otras personas y que en este periodo el examen de Elisa para VIH puede no ser reactivo a pesar de que la persona está infectada (periodo de ventana)”

### **Fase asintomática o portador sin síntomas**

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

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

“Aunque la persona está por largos años sin síntomas en la gran mayoría de casos, algunos de ellos están representados por síntomas que proceden a la presentación de las infecciones oportunistas. Es posible que aquí se presenten las primeras

apariciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.”

### **Complejo relacionado con SIDA**

Linfadenopatía generalizada (inflamación de los ganglios) con o sin sudores nocturnos, fiebre, diarrea, pérdida de peso, debilidad e infecciones inusuales (candidiasis oral, candidiasis vaginal crónica, herpes zoster)

### **SIDA o fase avanzada**

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

La definición de SIDA requiere que se cumplan las cinco condiciones establecidas por el CDC.

La enfermedad es crónica, progresiva, con periodos de recuperación y potencialmente fatal.

- Clasificación del Centro para el Control de Enfermedades (CDC).
- Se pueden detectar anticuerpos a las 8 semanas de iniciada la infección, aunque hay pacientes que pueden demorar seis meses o más.
- A pesar de NO TENER SÍNTOMAS y aparentemente sanos pueden transmitir el virus.

### **Vías De Transmisión**

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

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

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

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

“El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección”.

El tratamiento para el VIH es a base de medicamentos antiretrovirales. Entre las complicaciones están los “daños a órganos sexuales femeninos y masculinos, esterilidad, daños al cerebro, infección en el feto causado por aborto espontáneo, problemas en el embarazo e incluso la muerte”

Las ITS-VIH/SIDA no se transmiten por “picaduras de insectos, por tocar, abrazar o saludar con la mano; por el beso en la mejilla, dormir en la misma cama, por compartir agua o alimentos, por compartir vasos, tazas o platos; por uso de lugares como baños y piscinas”

### **Manifestaciones Clínicas**

Son muy variadas, van desde el paciente asintomático hasta el que presenta cuadros febriles, sudores nocturnos, fatiga, cansancio, diarrea, pérdida de peso, linfadenopatía generalizada y candidiasis oral. Las infecciones sintomáticas

habitualmente son crónicas. Debe recordarse que las infecciones genitales ulcerosas (como el herpes y la sífilis), facilitan la infección y también que la tuberculosis y la sífilis tienen un cuadro clínico más severo en aquellos pacientes infectados con VIH.

### **Diagnóstico Del Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida**

Aunque la mayoría de los casos se ha detectado en adultos jóvenes, se ha observado un incremento del número de adolescentes afectados. Muchos adultos jóvenes adquirieron la infección durante la adolescencia. La infección debe sospecharse en todo adolescente que tiene infecciones oportunistas, tales como: candidiasis recurrente, infecciones herpéticas recurrentes u otros estados de enfermedad crónica con presencia de pérdida de peso, diarrea y linfadenopatía generalizada (GANGLIOS INFLAMADOS EN CUELLO, AXILAS, INGLES, ETC).

La ceroconversión demora entre dos a cinco meses, por lo tanto, si no han pasado 3 meses entre la fecha de probable infección y la de la prueba del VIH, el resultado no será confiable. La incubación del SIDA es de dos años promedio en adultos y un año en niños y jóvenes, pero puede ser más prolongada. Los modelos matemáticos han estimado que el período de incubación puede ser de cinco años y a veces tan largo como 15 años

### **Hepatitis B**

El virus de la hepatitis B es la única INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL que se puede prevenir con una vacuna.

Es muy contagioso y representa un peligro grave para la salud de las adolescentes que no son vacunadas. En 1996 se publicó la recomendación de varias organizaciones médicas de vacunar en forma universal contra la hepatitis B a cualquier adolescente no vacunado entre 11 y 12 años de edad, y a los mayores con riesgo.

Esta vacuna se administra en forma de varias inyecciones en el músculo deltoides (en el brazo) y se repite entre un mes y dos meses después y entre cuatro y seis meses más tarde. Después de tres dosis, más de 90% de las personas vacunadas posee una concentración protectora de anticuerpos; la tercera dosis es especialmente importante para la inmunidad prolongada. Si la serie se interrumpe después de la primera o segunda dosis, la faltante se debe administrar tan pronto como sea posible, aunque no es necesario comenzar de nuevo la serie. Cuando un (a) adolescente no VACUNADO tiene contacto el virus de la Hepatitis B mediante relaciones sexuales sin protección o el contacto de líquidos corporales, se le debe administrar profilaxis (tratamiento preventivo) con inmunoglobulina de hepatitis B, e iniciar la serie de vacunas dentro de los primeros 14 días después de la exposición.

### **Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual**

Después de la evaluación física se debe ofrecer tratamiento para prevenir ITS y embarazo.

Las recomendaciones actuales para la profilaxis médica (tratamiento preventivo) en la violación reciente son las siguientes:

- Tricomoniasis y Vaginosis Bacteriana.- Metronidazol, 2g por vía oral una sola dosis
- Virus de la Hepatitis B.- Vacuna contra hepatitis B; repetir la dosis entre uno y dos meses y a los 4 y 6 meses después de la dosis inicial.
- VIH.- No se recomienda un tratamiento profiláctico sistemático contra VIH, sino que se individualiza con base en los riesgos potenciales; si el agresor es VIH positivo se utiliza la profilaxis (previene de una its) con fármacos múltiples según las recomendaciones más recientes para los casos de contacto de las mucosas.

- Virus de Herpes Simple.- No se recomienda administrar profilaxis sistemática contra virus de herpes simple; si el agresor posee una lesión genital la víctima debe recibir profilaxis (tratamiento preventivo) durante 10 días con aciclovir, famciclovir o valaciclovir.
- Virus de Papiloma Humano.- No se recomienda tratamiento preventivo para HPV

### **Principales intervenciones para reducción de la Infecciones de Transmisión Sexual (17).**

Las experiencias en prevención del VIH/SIDA han sido diversas en la región, debido en parte a su diversidad epidemiológica, y en parte a diferencias tanto en capacidades y recursos como en niveles de compromiso político de los gobiernos. Adicionalmente, han variado en el tiempo, en respuesta a cambios en el nivel de recursos disponibles, en los niveles de prioridad asignados a la epidemia, y en los paradigmas dominantes para explicarla y responder a ella. Estos últimos incluyen, esquemáticamente, un modelo individual basado en opciones informadas; un modelo culturalista basado en barreras culturales; y un modelo estructural basado en nociones de exclusión social. En general durante la última década se ha tendido a ir desde los modelos más individualistas hacia los estructurales. En este contexto, y tomando como base el útil recuento de tipos de intervenciones preventivas levantado por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluye el nivel (alto, medio, limitado) de evidencia de impacto disponible a nivel mundial, esquematizamos los tipos de intervenciones preventivas implementados en América Latina y Caribe. Programas enfocados en población “general” Pese a que en buena parte de América Latina (no así del Caribe) existía evidencia de la concentración de la epidemia en HSH y UDI, la mayor parte de los programas emprendidos ha estado dirigida a la población general, asumida como heterosexual y homogénea. Los programas de consejería y tamizaje voluntario (CTV, o VCT en inglés) han ganado importancia recientemente al asociarse a una reducción de la incidencia de VIH o ITS,

particularmente en quienes obtienen resultados positivos. En la región, la mayor parte de países ha organizado o auspiciado centros de CTV, en ocasiones gratuitos, y normalizado la consejería pre- y post-test en establecimientos públicos. La mayor parte de los programas han funcionado a demanda, en tanto no se ha promovido activamente la opción del público general por la CTV como una intervención en sí misma. La literatura consigna dos estudios que involucran a la región: el multicéntrico realizado en Trinidad juntamente con Kenya y Tanzania que demostró su efectividad en la reducción de conductas de riesgo con parejas no primarias, y el realizado en Haití, según el cual la CTV en ambos miembros de parejas discordantes incrementaba el uso de condón, y disminuía la incidencia de VIH. Programas fortalecidos de tratamiento de infecciones de transmisión sexual: aunque cierto nivel de inconsistencia empírica en su efectividad para reducir la incidencia de VIH ensombreció su popularidad, suficiente evidencia observacional y plausibilidad biológica sostienen la importancia de estos programas, implementados en el mundo de formas diversas a través de entrenamiento ampliado en manejo etiológico o sindrómico, o aplicación de tratamiento masivo. En la región, algunos gobiernos con desarrollo más incipiente en sus estrategias, y con menores recursos, establecieron programas de manejo sindrómico, mientras otros sostuvieron que su infraestructura y recursos, así como la cultura médica existente, apuntaban hacia el fortalecimiento del tratamiento etiológico. Una interesante variante regional ha consistido en el desarrollo de programas de manejo de ITS centrados en farmacias, pues una gran fracción de personas con ITS acude a éstas dispuesta a comprar lo que el personal les aconseje. Según un ensayo clínico controlado, sin embargo, no hubo diferencia en la calidad del diagnóstico o tratamiento sugeridos entre farmacias con personal entrenado y farmacias sin tal entrenamiento, aunque en las primeras se ofreció consejería más frecuentemente. Por otro lado, en trabajadoras sexuales seronegativas en Bolivia a las que se ofreció tratamiento de ITS y condones se logró un incremento auto-informado del uso de condones y disminuciones en la prevalencia de ITS. Se reconoce dificultad para establecer la relación costo-efectividad de estos programas. Las campañas preventivas en medios masivos son efectivas para desarrollar una conciencia de la existencia del SIDA y nociones sobre su prevención, pero no para instalar conductas

preventivas. Se les considera intervenciones estructurales en el ambiente social. En los inicios de las epidemias en la región éstas fueron comunes, en gran medida dada la necesidad política de demostrar acción frente al SIDA. Actualmente, se las emplea de forma esporádica para lanzar nuevos conceptos en prevención o para reforzar las normas sociales preventivas. Los programas de educación sexual para jóvenes probablemente contribuyen a la promoción de la salud sexual y reproductiva y el desarrollo humano en esta población, aunque no sorprende que no se haya logrado evidencia abundante de su impacto sobre las ITS, dado que su calidad es muy diversa, y la mayoría de ellos suele seguir formatos pedagógicamente tradicionales. Parecen ser más útiles los programas especiales, generalmente basados en pares, para jóvenes vulnerables. Pese a la oposición de actores conservadores en algunos casos, el establecimiento de programas de educación sexual, tanto incorporados en el currículo oficial por el sector educación, como promovidos por ONG's, el sector salud o municipios, ha sido bastante común en América Latina. La mayor parte de ellos ha seguido formatos tradicionales, y usualmente, mientras más masivos eran, más difícil era asegurar la calidad de los mensajes finales. Los programas más participativos, que involucran a los jóvenes incluso en la gestión del programa, han sido generalmente experiencias piloto a pequeña escala, o foco de estudios de intervención. También se han desarrollado experiencias integradas, como las de República Dominicana, combinando una campaña en medios con entrenamiento a docentes, o de Haití, con servicios amigables con los jóvenes, familias y maestros. Dos ensayos comunitarios controlados en la región, realizados en Brasil y en Nicaragua, mostraron reducción de conductas de riesgo en mujeres (y no en los varones). Los enfoques de trabajo con jóvenes considerados más efectivos incluyen los programas de pares (escolares o comunitarios), los servicios amigables con los jóvenes, y el mercadeo social. Las intervenciones en hombres heterosexuales son consideradas eficaces, aunque de efectos modestos. Típicamente utilizan el centro de trabajo como base. En América Latina se han dado sobre todo en las instituciones militares y policiales, aunque no han sido evaluadas. Por tratarse de grupos que suelen ser aislados de sus familias por períodos largos, y por sus mayores frecuencias de uso de servicios sexuales y de relaciones homosexuales, suelen mostrar prevalencias de infección algo mayores a

las de la población general; las intervenciones orientadas a ellos se han dirigido a promover el uso del condón y seleccionar las parejas sexuales. También debe citarse el trabajo con varones privados de libertad, los cuales no sólo provienen de subpoblaciones con mayor prevalencia de infección, sino que su experiencia en reclusión, usualmente en un contexto de negación de la existencia de uso de drogas inyectables, prostitución o relaciones homosexuales, conlleva la transmisión continuada del VIH entre reclusos. Por realizarse en instituciones complejas como los sistemas carcelarios, para tener éxito, estos programas deben reconocer la existencia de UDI y relaciones homosexuales, e incluir preservativos y acciones de reducción de daños.

Las intervenciones de pares con trabajadoras sexuales son reconocidas por su elevada capacidad para motivar la adopción y mantenimiento de las conductas preventivas entre ellas, reduciendo la incidencia de VIH y otras ETS entre éstas. La evidencia más abundante de intervenciones efectivas se centra en aquéllas dirigidas a poblaciones vulnerables, particularmente trabajadoras sexuales. No hay, en cambio, experiencia importante en intervenciones orientadas hacia varones clientes de éstas 65. Sus mayores limitaciones derivan de que buena parte del trabajo sexual es clandestino, lo que incrementa su vulnerabilidad y hace difícil a los agentes de salud pública señalar el número, localización y necesidades de muchas trabajadoras sexuales. Además, estas tienen gran movilidad. En América Latina, la experiencia de trabajo sexual femenino, además de estar regida por una legislación diversa, que varía entre el prohibicionismo y la legalización fiscalizada, aunque con vacíos legales que permiten arbitrariedades 66 suele implicar un fuerte estigma social. Dentro de una misma localidad puede existir diversidad en el riesgo. En la región han sido comunes intervenciones en trabajadoras sexuales desde los gobiernos y las ONG's, aunque no existen publicaciones al respecto. Mientras inicialmente predominaron programas informativos básicos con promoción del uso de condones, e incluso enfoques represivos, luego el clima político ha favorecido el reconocimiento del trabajo sexual como una actividad laboral que se ejerce en particulares condiciones de vulnerabilidad. Así, los programas orientados a esta población, incluyendo los gubernamentales, han ido incorporando visiones más integradoras de salud, y concibiendo a los trabajadores

sexuales como sujetos de derecho. El modelo más común ha sido el de intervenciones de pares, más suministro de condones, exámenes médicos periódicos, y tratamiento de ETS, con apoyo de vigilancia centinela de la prevalencia de VIH. La mayoría de los pocos estudios publicados se enfoca en programas de pares, aunque con distintos énfasis: mientras algunos sólo difundieron información preventiva, otros desarrollaron un programa que promovió la prevención del VIH dentro de una concepción de salud integral y derechos ciudadanos. Un estudio en Nicaragua mostró la utilidad del suministro de condones en moteles en donde se llevan a cabo encuentros de trabajo sexual para lograr un incremento en su uso. Otro estudio demostró una elevada aceptabilidad del condón femenino entre las trabajadoras sexuales.

Siendo ésta la población más uniformemente afectada por la epidemia en la región (representando un 35.0% de los casos notificados 71), ha recibido relativamente escasa atención por parte de los gobiernos, particularmente hasta mediados de los noventa, en principio porque primó la presunción de que ya otros actores habían invertido en prevención en estos grupos, y de que, en todo caso, la epidemia en ellos ya estaba adecuadamente controlada. Esta presunción se debería al inadecuado entendimiento de los comportamientos sexuales de los HSH entre los funcionarios de salud en la región, así como a la idea de que el papel del Estado es la prevención en la población general (pues no se concibe a esta población como sujetos de derechos). Hacia fines de los años noventa un conjunto de actores contribuyó a plantear la importancia epidemiológica del grupo, y apoyó iniciativas especiales en políticas, investigación, y trabajo entre Estado y sociedad civil, lo que llevó a un punto de inflexión que dio legitimidad al trabajo con esta población en los ministerios de salud de la región. La etiqueta de “HSH” (“MSM”, en inglés), unificó bajo una definición comportamental tanto a los hombres con identidad homosexual o gay como a los varones que no se consideraban homosexuales pero tenían sexo con otros hombres, y facilitó en entornos burocráticos el trabajo con una población tradicionalmente estigmatizada. Aunque numerosos desde mediados de los ochenta, los programas dirigidos a HSH en países de ingresos bajos o medios han sido evaluados en muy pocas ocasiones. Las intervenciones con pares incluyen sobre todo “outreach” (contacto breve en lugares públicos para entrega de material educativo o información

sobre servicios), líneas informativas especializadas, y el trabajo en sesiones en grupos pequeños. En Estados Unidos típicamente han tratado de cambiar las normas sociales sobre prevención o promover la organización comunitaria para la reducción del impacto de la enfermedad, y han mostrado cierta evidencia de éxito. Prácticamente no hay información sobre evaluación de este tipo de programas en la región, aunque éstos han sido implementados en varios países, inicialmente sólo por organizaciones de la sociedad civil, y hacia fines de los noventa también por gestión de varios gobiernos. No hay estudios sobre programas de CTV como modelo de intervención activa en HSH en el mundo en desarrollo. Un amplio número de ONG's han implementado programas de CTV para hombres gay en la región, usualmente con personal de la comunidad y en espacios amigables, aunque usualmente limitados a los hombres con identidad homo/bisexual en las ciudades capitales. No hay casos de programas de promoción activa de CVT, excepto los que se ejecutaron en estudios de prevalencia e incidencia. Tampoco existen datos de programas, o ensayos clínicos, de manejo mejorado de ITS para reducir la transmisión de VIH, aunque algunos estudios están en marcha en la región dada la evidencia de asociación especial entre las epidemias de HSV-2 y VIH. Se presume que, dado que algunas ITS son factores de riesgo independientes para VIH, estos programas deberían tener un impacto dependiente de la prevalencia de estas enfermedades y la incidencia de VIH. Estos implican, ciertamente, el entrenamiento del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de ITS anales y rectales.

Las campañas en medios sirven para instalar el tema del SIDA y su prevención pero, como con la población general, no para cambiar conductas. Algunas ONG's han realizado pequeñas campañas en medios de la comunidad: en Chile una ONG desarrolló un programa de advocacy en derechos sexuales en micromedios para disminuir la homofobia, y así contribuir a la prevención. Algunas campañas fueron solicitadas por los gobiernos, como la que lanzó recientemente el gobierno de Brasil (Teixeira P, comunicación personal). La movilización comunitaria integra las intervenciones con un enfoque de promoción de ciudadanía, que consolida la comunidad y, paulatinamente, reduce la experiencia homosexual clandestina y culpable. Algunos programas de esta índole se han gestado en la región, aunque sin

una evaluación de impacto incluida. Una reciente experiencia de trabajo de grupos comunitarios conjuntamente con los gobiernos para el desarrollo de planes estratégicos fue un buen ejemplo del primer paso para, al mismo tiempo, fortalecer organizaciones con trabajo en SIDA y, promover en los gobiernos el desarrollo de planes frente a la compleja epidemia entre HSH. Estos programas no funcionan automáticamente con hombres sin identidad gay, grupo difícil de alcanzar por la frecuente clandestinidad de su vida sexual, que requiere de intervenciones discretas en lugares de encuentro sexual.

## **PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LAS ITS -VIH/SIDA**

Son todas aquellas medidas usadas con el fin de prevenir el contagio de las ITS y VIH/SIDA entre las cuales se tiene:

### **a. Práctica de sexo seguro:**

“Es toda práctica sexual en la que no se está en contacto con fluidos que son de riesgo: semen, secreciones vaginales, sangre. Existen varias alternativas y estas son: masturbación, caricias, besos, masajes eróticos e incluso el uso del preservativo. Tienen como propósito de reducir el riesgo a contraer SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual”.

- **Uso correcto del preservativo en las relaciones sexuales.**

“Es la manera más efectiva de prevenir las ITS, usarlo en toda relación sexual; es necesario comprobar que el preservativo o condón esté en buenas condiciones, es decir, no usar si el envase está roto o despegado, está resquebrajado, reseco o pegajoso, el color está alterado o es desigual”.

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

Los condones han desempeñado un papel clave en la prevención de la transmisión sexual del VIH desde el comienzo de la epidemia. En los últimos años, la evidencia sobre la efectividad del uso consistente (en todas las relaciones sexuales)

del condón para la prevención de las ITS se ha incrementado. Una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane del año 2002 encontró una reducción del 80% en el riesgo de transmisión heterosexual del VIH asociada al uso consistente del condón.

En las poblaciones clave como los HSH y las personas transgénero, existen evidencias de la contribución del condón a la prevención de la infección por VIH desde mediados de los años 80.

- 1) Colocarse el condón antes de cualquier contacto sexual. Cuando el pene esté erecto sujetar la punta del preservativo y presionarlo para sacar el aire.
- 2) Sin soltar la punta desenrollarlo hasta llegar a la base del pene.
- 3) No usar crema cosmética ni vaselina como lubricantes porque deteriorarían el condón.
- 4) Después de eyacular, sujetar el condón por su base y retirarlo del pene mientras esté erecto.
- 4) Quitar el condón cuidando que no gotee. 6) Anudar el condón usado y eliminarlo a la basura.
  - **La abstinencia sexual**  
“Conducta por la cual una persona no tiene relaciones sexuales”.
  - **Prácticas sexuales sin penetración**  
“Son aquellas prácticas en las cuales no existe el coito (penetración), entre ellas, están los besos, fantasear, los abrazos, las caricias”.
  - **Ser fiel a la pareja o pareja sexual única y duradera**

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

- **Evitar la promiscuidad.**

“Se refiere promiscuidad cuando una persona mantiene relaciones sexuales con varias personas; es uno de los mayores riesgos para contraer el VIH o alguna ITS”.

**b. Práctica de higiene sexual:**

La higiene sexual es un conjunto amplio de prácticas que una persona sigue voluntariamente para mantener una buena salud general y una excelente salud sexual, la cual incluye varios conceptos como el aseo sexual y sexo seguro.

- **Aseo de los genitales**

Están importante la higiene en las partes genitales de ambos entre el hombre y la mujer para una mejor acopio de sus deseos y acciones de pareja y a la vez con ellos mismos en su vida rutinaria, que se han lanzado al mercado varias marcas de productos que facilitan el adecuado higiene y además el confort de estar siempre limpio y que se pueda sentir libre de impurezas y de posibles bacterias que podrán ocasionar enfermedades en un futuro a su compañero (a) sexual activamente hablando. Las recomendaciones van desde un lavado a diario de los genitales con abundante agua y jabón neutro, después de cada ida al baño se debe secar los genitales con alguno pañito húmedo o trapito ligero para expulsar los gérmenes que se depositan allí y crean un mal olor, y este debe ser en ambos casos tanto en mujeres como hombres.

**c. Práctica de control médico:**

**- No auto medicarse**

En ocasiones, la vergüenza o ignorancia provocan que no se consulte al médico y la infección no es tratada. Ni abusar de los medicamentos sin

prescripciones medica, puesto que se pueden enmascarar los síntomas sin ser tratadas.

#### **- Acudir al medico**

La vergüenza también ha motivado a la automedicación, siendo un acto completamente perjudicial, ya que es posible cubrir los síntomas sin eliminar completamente la infección. Cuando aparezca algún síntoma anormal en las mucosas o la piel. Es muy recomendable realizar revisiones ginecológicas / urológicas de forma periódica

### **1.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- a) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): son un grupo de patologías que se adquieren principalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad incluso a recién nacidos, que pueden infectarse en el útero o al atravesar el canal del parto y son más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas o actitudes sexuales riesgosas, como tener más de una pareja sexual a la vez, cambios frecuentes de pareja sexual, prácticas sexuales (oral –genital y genital – anal) sin protección. Definimos la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual de acuerdo al reporte diagnóstico del entrevistado al momento de su atención, ya sea por parte de él mismo o de sus registros de atención el día de la toma del cuestionario.
  
- b) Factores Sociales: Se refiere a los parámetros relacionados a acciones o acontecimientos que se dan en la interrelación con otras personas en un entorno determinado. Para el estudio, se considerarán factores sociales:
  - a. Consentimiento en la primera relación sexual.
  - b. Edad de la primera pareja sexual.
  - c. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.
  - d. Ingesta de alcohol en las últimas 4 semanas.
  - e. Uso de drogas en los últimos 12 meses.
  - f. Autoidentificación como trabajador sexual.

- g. Edad de inicio de trabajo sexual.
- c) Factores Económicos: Factor de riesgo que proviene de la organización económica y afecta negativamente la posición socioeconómica de una persona. Para el estudio consideramos:
  - a. Días dedicados al trabajo sexual por semana.
  - b. Ingreso económico aproximado al mes.
  - c. Lugares donde ejerce trabajo sexual.
  
- d) Factores Culturales: Son las actividades que derivan de una formación o transmisión de hábitos o conocimientos socialmente aceptados o regulados de acuerdo al entorno, igualmente es algo que influye constantemente en estas ya sea positiva o negativamente. Para el estudio estarán referidos a:
  - a. Uso de condón en la primera relación sexual.
  - b. Autoidentificación de la orientación sexual.
  - c. Identificación de la transmisión sexual de las ITS.
  - d. Identificación de síntomas de ITS en el hombre.

## 1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Factores asociados al incremento de las infecciones de transmisión sexual	Características que pueden condicionar o influir una situación. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.	Factores Culturales	Son las actividades que derivan de una formación o transmisión de hábitos o conocimientos socialmente aceptados o regulados de acuerdo al entorno, igualmente es algo que influye constantemente en estas ya sea positiva o negativamente	<p><b>a.</b> Uso de condón en la primera relación sexual.</p> <p><b>b.</b> Autoidentificación de la orientación sexual.</p> <p><b>c.</b> Identificación de la transmisión sexual de las ITS.</p> <p><b>d.</b> Identificación de síntomas de ITS en el hombre.</p>
		Factores Sociales	Se refiere a los parámetros relacionados a acciones o acontecimientos que se dan en la interrelación con otras personas en un entorno determinado.	<p><b>a.</b> Consentimiento en la primera relación sexual.</p> <p><b>b.</b> Edad de la primera pareja sexual.</p> <p><b>c.</b> Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.</p> <p><b>d.</b> Ingesta de alcohol en las últimas 4 semanas.</p> <p><b>e.</b> Uso de drogas en los últimos 12 meses.</p> <p><b>f.</b> Autoidentificación como trabajador sexual.</p> <p><b>g.</b> Edad de inicio de trabajo sexual.</p>
		Factores Económicos	Factores Económicos: Factor de riesgo que proviene de la organización económica y afecta negativamente la posición socioeconómica de una persona.	<p><b>a.</b> Días dedicados al trabajo sexual por semana.</p> <p><b>b.</b> Ingreso económico aproximado al mes.</p> <p><b>c.</b> Lugares donde ejerce trabajo sexual.</p>

## **CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODO**

### **2.1. NIVEL, TIPO Y MÉTODO**

El presente estudio es de nivel descriptivo porque al trabajar con una variable, para describir sus características.

Es de tipo observacional puesto que no se manipula ninguna condición o variable y se recogen los datos tal y como se dan en la realidad; transversal pues la aplicación de los instrumentos se ejecuta por única vez.

El método de investigación aplicado es el de la observación, hipotético – deductiva, de enfoque cuantitativo.

### **2.2. ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Piedra Liza, perteneciente a la Dirección de Salud IV Lima Este; fue creado en el año 1960 para atender a la población urbano marginal del distrito del Rímac y San Juan de Lurigancho, ubicado en la Av. Santa Rosa s/n Barrio Fiscal, con una población: 45 657. El centro es de categoría nivel I\_4 materno con internamiento y cuenta con los siguientes directivos: Medico Jefe de Micro RED de Piedra Liza Dra. Edith Trinidad Martínez céspedes, Medico Jefa del CM.I Piedra Liza Dra. Nelly Roxana Lliuya Ortiz. Lic María Elena Martínez Barrera. Enfermera jefe.

Brinda los siguientes servicios:

- Medicina general
- Ginecología
- Pediatría
- Enfermería
- Obstetricia
- Odontología

- Urgencias
- Laboratorio
- Psicología
- Nutrición
- Ecografías
- Rayos X
- Oftalmología
- Neumología.

El horario de atención en consultorios es de lunes a sábados de 7:00 am a 7:00 pm. Y el horario de Materno y Emergencias atienden las 24 horas.

La aplicación del instrumento se realizó en los ambientes del establecimiento como el pasillo de las consultas y sala de espera.

El área de estudio es Infecciones de Transmisión Sexual y Salud Sexual.

### **2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio de investigación está conformada por 70 HSH (Hombres que tienen relaciones sexuales con otro hombres) que acuden al Centro Materno Infantil Piedra Liza y reciben orientación de la enfermera; la muestra se seleccionó de forma no probabilístico accidental entre los HSH que acudieron en el primer trimestre en los meses de enero a marzo del año 2012 en los horarios establecidos para la recolección de los datos es de 7:00 am a 14:00 pm conformada por 60 de la población HSH.

Al aplicar la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{\epsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

Z (1,96): Valor de la distribución normal, para un nivel de confianza de  $(1 - \alpha)$  P (0,5):

Proporción de éxito.

Q (0,5): Proporción de fracaso ( $Q = 1 - P$ )

(0,05): Tolerancia al error

N (70): Tamaño de la población.

n: Tamaño de la muestra

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 70}{0.05^2(70-1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.5} = 60$$

## 2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, y como instrumento un cuestionario que contiene 21 preguntas. Este instrumento es estructurado, consta de introducción donde se presenta los objetivos, importancia de su participación y el agradecimiento; datos generales para la caracterización de la muestra y datos específicos con preguntas cerradas referidas los indicadores de las dimensiones a estudiar.

La escala fue sometido a prueba de validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos a cargo de:

- Enf. Elena Villaizán Astete
- Enf. Yanina Andrés Aguirre
- MC. Luz Nelly Prado Ignacio
- MC. Geny Cayo Acurio

- Obst Rosa M. Portocarrero Collantes.
- Obst Corina Vásquez

## **2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se aplicaron 60 cuestionarios en sala de espera, bajo consentimiento de los entrevistados, durante el primer trimestre 2012. Se aseguró confidencialidad en la aplicación de los cuestionarios y reserva de la información brindada.

Administrativamente, se solicitó el permiso correspondiente a la jefatura del Centro de Salud Piedra Liza, para la aplicación del instrumento, uso de ambientes y registros de atención. Igualmente se coordinó acciones con las licenciadas en Enfermería y otros profesionales para la aplicación del instrumento en los ambientes del servicio PROCITSS.

La recolección de datos aseguró el consentimiento del usuario para la aplicación de la entrevista luego se procedió a la aplicación del instrumento.

## **2.6. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Concluida la recolección de datos, se procedió al procesamiento de datos mediante el programa Microsoft Excel 2013 y SPSS v. 22 para lo cual se elaboró el libro de códigos, en base a las etiquetas y los códigos asignados al instrumento (1=SI, 2=NO y 3=NO SABE). Luego, se elaboró la hoja de tabulación en base a los datos recopilados según las dimensiones estudiadas; finalmente la información fue procesada y presentada mediante tablas y gráficos, las cuales fueron interpretadas a la luz del marco teórico.

## **2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El primero de los principios éticos a tener en cuenta en la investigación se refiere al respeto por las personas. Para la profesión de enfermería en su código de ética este principio encuentra su expresión cuando se plantea:

- Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

- En la labor de enfermería no deben existir restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Se deben respetar las diferencias y brindar igual atención a todos los individuos, proteger a los menos favorecidos en aquellas circunstancias en las que esta condición pueda resultar en una diferencia en el acceso a la atención.

### **ROL EDUCATIVO DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ITS Y VIH/SIDA.**

La enfermera cumple una importante labor preventivo promocional como profesional y miembro del equipo de salud, siendo una de sus funciones brindar educación al paciente, familia y comunidad de forma tal que sus enseñanzas los oriente a responsabilizarse activamente en la conservación de la salud, en este caso a prevenir una ITS, incluido el VIH/SIDA.

La enfermera educa a la persona acerca de la manera de reducir los comportamientos de riesgos y da a conocer las medidas de prevención, de cómo limitar el número de compañeros sexuales, utilizar el condón de manera adecuada.,

orienta sobre la abstinencia sobre la necesidad de ser responsable con el compañero sexual (fidelidad), entre otros.

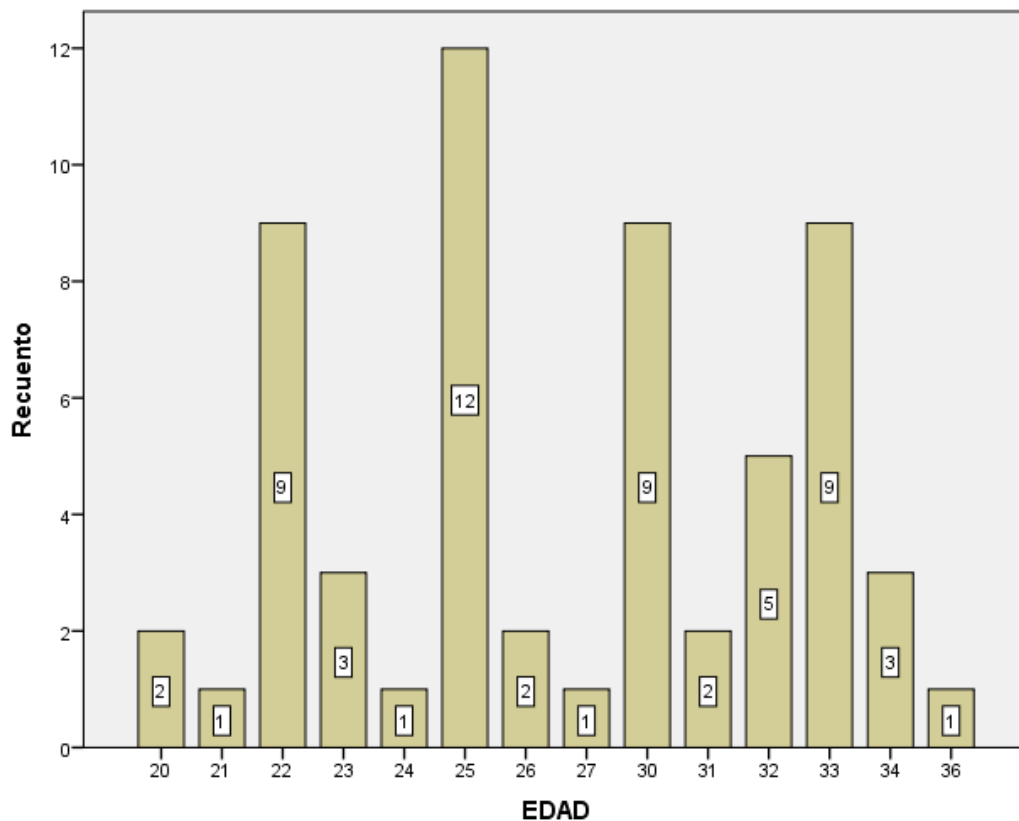
La participación educativa de la enfermera se reafirma en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA, donde se considera tres Líneas de Acción siendo una de ellas la de Prevención y Promoción. Se enfatiza en que la enfermera, entre otras actividades, brinda educación a la población, especialmente, a los adolescentes y jóvenes sobre las ITS, su transmisión, enfatizando en las medidas preventivas; incluidas el VIH/SIDA.

La labor educativa de la enfermera se conjuga con la de consejera. Al interactuar con la persona le brinda, además de la información, apoyo y oportunidad para que exprese sus dudas, temores, inquietudes, sentimientos, expectativas lo que favorece personalizar el contenido informativo y que sea la persona quien tome decisiones a favor de su salud.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 3.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Gráfico 1. Frecuencia de los participantes por edad. Población HSH.0  
CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.



Fuente: Datos de la investigación.

La gráfica 1 nos muestra que la mayor frecuencia de participantes está en los 25 años (20%). Comparten la segunda frecuencia más alta los 22 años, 30 y 33 años. Podemos decir además que ninguno de los participantes fue adolescente, y 51.7% son jóvenes.

Tabla 1. Frecuencia de los participantes por Grado de Instrucción. Población HSH.0

CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
	Ninguno	1	1,7	1,7
	Primaria	21	35,0	36,7
Válidos	Secundaria	35	58,3	95,0
	Superior	3	5,0	100,0
	Total	60	100,0	

Fuente: Datos de la investigación.

Cuando observamos la Tabla 1 vemos que el 58.3% de los participantes ha alcanzado nivel secundario en su instrucción, seguido del 35% de ellos que logró nivel primario. 3 participantes (5%) tiene nivel superior. Sólo 1 participante refiere no tener instrucción.

Tabla 2. Frecuencia de participantes por Lugar de Origen. Población HSH.0  
CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Ayacucho	3	5,0	5,0
Cajamarca	2	3,3	8,3
Cañete	2	3,3	11,7
Cuzco	2	3,3	15,0
Huacho	1	1,7	16,7
Huánuco	5	8,3	25,0
Ica	2	3,3	28,3
Iquitos	6	10,0	38,3
Lambayeque	1	1,7	40,0
Lima	26	43,3	83,3
Piura	1	1,7	85,0
Pucallpa	3	5,0	90,0
San Martín	2	3,3	93,3
Tarapoto	2	3,3	96,7
Trujillo	2	3,3	100,0
Total	60	100,0	

Fuente: Datos de la Investigación.

La tabla 2 nos muestra claramente que el 43.3% de los participantes (26 de ellos) son originarios de Lima. La segunda frecuencia más alta la observamos en 6 participantes (10%) provenientes de Iquitos. Se puede observar que el resto de participantes (47%) se reparten casi uniformemente entre 13 provincias distintas.

Tabla 3. Frecuencia de participantes por tipo de vivienda. Población HSH.0  
CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Casa	14	23,3	23,3
	Cuarto alquilado	35	58,3	81,7
	Pensión	11	18,3	100,0
	Total	60	100,0	

Fuente: Datos de la Investigación.

La tabla 3 nos permite ver que 35 participantes (58.3%) viven en cuartos alquilados. 23% de ellos lo hacen en casas y 11% en pensiones.

Tabla 4. Frecuencia de participantes según cohabitación. Población HSH.  
CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Amigo	10	16,7	16,7
	Familia	6	10,0	26,7
	Pareja	16	26,7	53,3
	Solo	28	46,7	100,0
	Total	60	100,0	

Fuente: Datos de la Investigación.

La tabla 4 muestra la convivencia de los participantes con otras personas. Así observamos que 28 de los participantes (46%) viven solos. 16 de ellos (26.7%) viven con su pareja y 10% con sus familiares.

### 3.2. FACTORES CULTURALES

Tabla 5. Chi cuadrado de asociación entre Orientación Sexual y Presencia de ITS. Conocimiento sobre ITS Y reconocimiento de síntomas de ITS en Población HSH. CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

**Tabla de contingencia**

FACTORES CULTURALES		NO		SI		X <sup>2</sup>	P	Vcrame
		N°	%	N°	%			
Orientacion Sexual	Bisexual	8	13,3%	6	10%	2,733 <sup>a</sup>	0,098	
	Homosexual	15	25%	31	51,7%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			
Conocimiento sobre ITS	No	9	15%	4	6,7%			0,501
	No sabe	6	10%	2	3,3%			
	Sí	8	13,3%	31	51,7%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			
Reconocimiento de Síntomas de ITS	Ardor al Orinar	8	13,3%	25	41,7%			0,420
	Hinchazón en área de ingle	0	0%	3	5%			
	Úlceras o llagas en genital	15	25%	9	15%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			

Fuente: Datos de la Investigación

- a. La tabla 5 nos muestra claramente 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,37.

El valor de  $p = 0.098$ , mayor a 0.05, por lo que podemos afirmar que la orientación sexual del participante no está asociada a la presencia de ITS.

Siendo que el valor para V de Cramer es 0.501, podemos decir que existe una asociación media entre las variables Conocimiento sobre ITS y Presencia de ITS.

El valor de V de Cramer es de 0.420, lo que indica una asociación débil entre las variables Reconocimiento de Síntomas y Presencia de ITS en la población estudiada.

### 3.3. FACTORES SOCIALES

Tabla 6. Chi cuadrado de asociación entre Ingesta de Alcohol y Presencia de ITS. Uso de drogas y reconocimiento como trabajador sexual en la Población HSH. CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

**Tabla de contingencia**

FACTORES SOCIALES		NO		SI		X <sup>2</sup>	P	Vcrame
		N°	%	N°	%			
Ingesta de Alcohol	Menos de 1 vez a la semana	6	10%	11	18,3%			0,043
	Nunca	3	5%	5	8,3%			
	Por lomenos 1 vez a la semana	14	23,3%	21	35,00%			
total		23	38,3%	37	61,7%			
Uso de Drogas	No	9	15%	21	35%			0,237
	No sabe	6	10%	4	6%			
	Sí	7	11,7%	9	15%			
	Sin respuesta	1	1,7%	3	5%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			
Reconocimiento como trabajador sexual	No	8	13,3%	6	10%	2,733	0,098	
	Sí	15	25%	31	51,7%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			

La tabla 6 nos muestra claramente que De acuerdo al valor de V de Cramer de 0.043, podemos afirmar que en la práctica no existe una asociación entre la ingesta de alcohol y la presencia de ITS en la población HSH del estudio.

El valor de V de Cramer es de 0.237, lo que denota que existe una relación muy débil entre la variable uso de drogas y presencia de ITS en la población de estudio.

Debemos afirmar que el autoreconocimiento del participante como Trabajador Sexual y la presencia de ITS, no están asociadas para esta población de estudios.

### 3.4. FACTORES ECONÓMICOS:

Tabla 7. Prueba de asociación entre la Frecuencia de Trabajo Sexual Presencia de ITS. Ingreso mensual y lugar de ejercicio del trabajo sexual en la Población HSH. CS Piedra Liza. Enero – Marzo. 2012.

**Tabla de contingencia**

FACTORES ECONOMICOS		NO		SI		X <sup>2</sup>	P	Vcrame
		N°	%	N°	%			
Frecuencia de Trabajo Sexual	Menos de 1 vez a la semana	5	8,3%	8	21,7%			0,284
	5 veces por semana	12	20%	11	38,3%			
	Diario	1	1,7%	8	15%			
	Fines de semana	5	8,3%	10	25%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			
Ingreso Mensual	100	1	1,7%	0	0%			0,296
	200	13	21,7%	13	21,7%			
	350	5	8,3%	10	16,7%			
	Más de 35	4	6,7%	14	23,3%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			
Lugar de Ejercicio del Trabajo Sexual	Calle	5	8,3%	14	23,3%			0,225
	Domicilio	3	5%	6	10%			
	Hotel	5	8,3%	8	13,3%			
	Masajes	9	15%	9	15%			
	Sauba	1	1,7%	0	0%			
Total		23	38,3%	37	61,7%			

La tabla 7. Nos muestra claramente que la prueba de asociación V de Cramer tiene un valor de 0.284 lo que se interpreta como una asociación muy débil entre la frecuencia de días de trabajo sexual y la presencia de infecciones de transmisión sexual.

El valor de la prueba estadística de asociación (V de Cramer) es de 0.296 lo que indica una relación directa muy débil entre el ingreso mensual que perciben los trabajadores sexuales y la presencia de ITS.

El valor de V de Cramer es de 0.255, lo que se interpreta como una asociación directa muy débil entre el lugar de ejercicio de trabajo sexual y la presencia de ITS entre la población de estudio

### **3.5. DISCUSIÓN:**

El estudio propone encontrar la asociación entre los factores culturales, sociales y económicos, y la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual en población de hombres que tienen sexo con hombres. Los factores culturales están relacionados a la declaración propia de la persona respecto de su orientación sexual, el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el reconocimiento de los síntomas de éstas. Se ha observado que las características relacionadas al conocimiento sobre las ITS y al reconocimiento de la sintomatología por parte de los trabajadores sexuales están más relacionadas a la incidencia de ITS auto reportadas. Esto probablemente haya sido por el contacto mismo con los servicios de salud preventiva del CS Piedra Liza, ya que en cada atención que reciben los trabajadores sexuales HSH, se les realiza una consejería donde tienen la oportunidad de recibir información detallada sobre las ITS, su prevención y el reconocimiento de los síntomas.

En relación a los factores sociales considerados: ingesta de alcohol, uso de drogas y la propia identificación como trabajador sexual, se observó que existe una asociación positiva débil con el uso de alcohol, y muy débil con el uso de drogas. Ya es conocido que el uso de sustancias que disminuyen las habilidades de discernimiento claro, exponen a una conducta de riesgo de los HSH al momento de la actividad sexual, lo que aumenta la posibilidad y riesgo de infecciones de

transmisión sexual. El reconocimiento de la persona como trabajador sexual no tiene asociación con la incidencia de ITS.

Los factores económicos asociados a la incidencia de ITS que se estudiaron fueron: la frecuencia de días dedicados al trabajo sexual, el ingreso mensual y el lugar del ejercicio del trabajo sexual. Los tres factores mostraron una asociación positiva muy débil en relación a la incidencia de ITS en la población HSH. Si se considera que la frecuencia de relaciones sexuales exponen a la adquisición de ITS, y que el ingreso está relacionado al número de días en que se ejerce el trabajo sexual, se puede entender también que exista una relación positiva entre estos factores y la presencia de las ITS.

## **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Luego de haber llevado a cabo el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones generales:

- Para los factores culturales asociados al aumento de las infecciones de transmisión sexual observamos que: no hay asociación entre la orientación sexual del participante y el reporte de una ITS ( $p=0.098$ ); existe una asociación media entre el conocimiento de las ITS y la presencia de ITS (V Cramer = 0.5); asociación débil entre el reconocimiento de ITS y su presencia (V Cramer = 0.4).
- Para los factores sociales y su relación a la presencia de las ITS, encontramos que no hay asociación entre la ingesta de alcohol y la presencia de ITS (V Cramer = 0.04); y asociación muy débil entre el uso de drogas y la presencia de ITS (V Cramer = 0.2). De igual modo,

el reconocimiento del participante como trabajador sexual no está asociado a la presencia de ITS ( $p=0.98$ ).

- Para los factores económicos estudiados y la relación con las ITS, encontramos que: existe una asociación muy débil entre la frecuencia de trabajo sexual y la incidencia de ITS (V Cramer = 0.2); Igualmente, se observa una asociación muy débil entre el ingreso mensual de los Trabajadores Sexuales y las ITS (V Cramer = 0.2); y por último, observamos que la asociación entre el lugar del ejercicio sexual y la presencia de ITS es también muy débil (V Cramer = 0.2).
- Podemos concluir que los factores con mayor asociación a la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual para la población HSH del estudio están ligados principalmente a los factores culturales relacionados con el manejo de la información sobre ITS y el reconocimiento de los síntomas de estas infecciones.

## **5.2. LIMITACIONES**

- La población de estudio es de 70 personas, que son quienes acceden a los servicios para HSH en el Centro de Salud de Piedra Liza, lo que hace que el estudio tenga una población pequeña y una muestra menor.
- La muestra se realizó por conveniencia, por lo que al no haber aleatorización, no puede extrapolarse el resultado a la población en general.
- Los participantes son aquellos asistentes durante los días de aplicación del instrumento, pero la población HSH usuaria de los

servicios del establecimiento suele ser fluctuante y rotativa lo que hace que el estudio se limita a la población y muestra entrevistadas.

### **5.3. RECOMENDACIONES**

- Ampliar la población de estudio para tener datos posibles de generalizar y que representen las conductas y características de la población HSH.
- Ampliar el tiempo de aplicación del instrumento de modo que puedan aplicarse métodos de aleatorización y así posibilitar la generalización de los hallazgos a poblaciones similares.
- Implementar una metodología que permita el acompañamiento prospectivo de la población de estudio, de modo que la información que brindan para el estudio sea reciente, y se evite el sesgo de recuerdo por parte del participante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 1. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2011 Jul-Oct; 13(2).
2. 2. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.. Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual. Lima - Perú. 2006..
3. 3. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y SIDA. 2006..
4. 4. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Lineamientos de Política Sectorial en ITS, VIH y SIDA. 2007..
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Lima: INEI; 2014.
6. 5. Castillo , Konda , Leon , Silva-Santisteban , Salazar , Klausner , et al. HIV and Sexually Transmitted Infection Incidence and Associated Risk Factors Among High-Risk MSM and Male-to-Female Transgender Women in Lima, Peru. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2015 August; 69(5).
7. 6. Galea , Kinsler , Galan , Calvo , Sánchez , Leon , et al. Factors Associated With Visible Anogenital Warts Among HIV-Uninfected Peruvian Men Who Have Sex With Men and Transwomen: A Cross-Sectional Study. Sexually Transmitted Diseases. 2015 april; 42(4).

8. 7. Chialepeh W, Sathiyasusuman A. Associated Risk Factors of STIs and Multiple Sexual Relationships among Youths in Malawi. Plos One. 2015 august.
9. 8. Goodreau S, Carnegie N, Vittinghoff E, Lama J, Sanchez J, Grinsztejn B, et al. What Drives the US and Peruvian HIV Epidemics in Men who Have Sex with Men (MSM)? PLOS One. 2012 November; 7(11).
10. 9. Alarcón J, Pun M, Gutiérrez C, Whittombury Á, Tejada R, Suárez L, et al. Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta en el Perú: Resultados de la aplicación del modelo matemático MoT. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012; 29(4).
1. 10. Fernández-Dávila P, Zaragoza-Lorca. Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? Gaceta Sanitaria. 2011 Setiembre-Octubre; 25(5).
- 1 11. Galindo J, Tello I, Mueses H, Duque J, Shor-Posner G, Moreno G. VIH y vulnerabilidad: Una comparación de tres grupos en Cali, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2011 Enero-Abril; 29(1).
- 1 12. Folch C, Casabona J, Muñoz R, González V, Zaragoza K. Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(1).
- . 13. Repiso B, Frieyro M, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Uso de preservativo y número de parejas sexuales en hombres que tienen sexo

con hombres con sífilis. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2010 Diciembre; 101(10).

14. Millett , Flores , Marks , Reed , Herbst. Circumcision Status and Risk of HIV and Sexually Transmitted Infections Among Men Who Have Sex With Men. A Meta-analysis. JAMA. The Journal of the American Medical Association. 2008 October; 300(14).

15. Clark J, Konda K, Segura E, Salvatierra H, Leon S, Hall E, et al. Risk factors for the spread of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men infected with HIV in Lima, Peru. Sexually Transmitted Infections. 2008 July; 84(6).

16. Cáceres C. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y el Caribe: una revisión de la experiencia regional. Cad. Saúde Pública. 2004 nov-dic; 20(6).

17. William, Hay. "Diagnóstico Pediátrico". 14ava edición, México: Editorial El manual Moderno, S.A, 2006, pág. 1247.

18. Gonzales Polo María Montserrat, Jerez Zamora Natividad. "Medidas preventivas y salud sexual". España 2009 (Tesis)

19. . Mongrut Steane, Andrés. "Tratado de Ginecología" ,3ra edición, Perú: Editorial Monpress, 2000 Pág. 165

20. Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual. Cruz Palacios C., Egremy Mendivil G, Ramos Alamillo U. Censida, SS. Family Health International. USAID. Segunda edición, 2004.

21. Atlas de ITS: Manifestaciones, diagnóstico, Tratamiento.  
Cabral Soto J., Cuz Palacios C., Ramos Alamillo U., Ruíz Gómez P.  
2007.

# ANEXO

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO SOBRE ITS.**

Mi nombre es ITA RIVAS GILES, Soy estudiante de Enfermería de la Universidad Peruana de Integración Global (UPIG). En la actualidad, estoy realizando un estudio de investigación que tiene como propósito de identificar los Factores Asociados al incremento de ITS en la población de HSH que acuden al C.S Piedra Liza. Para tal motivo solicito de su participación.

Para participar en este estudio de investigación se requiere que usted exprese su consentimiento. La participación en esta investigación es voluntaria y no expone a los participantes a daños físicos ni psicológicos. Se garantiza la confidencialidad y anonimato. Además toda información que usted provea no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá que cumpla con responder el cuestionario de 21 preguntas. Esto tomará 20 minutos de su tiempo. Si tuviera alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si desea participar en esta investigación, por favor escribir su nombre y firmar en los espacios indicados. Gracias por su cooperación.

Al dar mi consentimiento, reconozco que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo terminar mi participación en cualquier momento. Mi firma en

este documento significa que se me explico sobre la investigación, se respondió a mis preguntas y que acepto participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
(Colocar Nombres y apellidos del estudiante de Enf.)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **INSTRUMENTO**

**“FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD PIEDRALIZA. 2012.”**

### **PRESENTACIÓN:**



### **I. INTRODUCCIÓN:**

Buenos días, soy estudiante de enfermería de la UPIG, el presente cuestionario es parte del estudio de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE ITS EN HSH QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD

PIEDRA LIZA. 2013", cuyo objetivo es: Determinar los factores asociados al incremento de ITS en población HSH que se atienden en el centro de salud piedra liza. Los resultados servirán como propuesta para evitar el incremento de ITS en la población HSH. Por lo que se pide su colaboración, para responder las siguientes preguntas, el cuestionario es anónimo y confidencial, se les pide su absoluta sinceridad.

## II. INSTRUCCIONES:

El instrumento presenta preguntas cerradas que tiene que responder con las alternativas de si o no y marcar con(x).

Motivación, esta investigación es para saber los factores que incrementan una ITS en la población de HSH. Tiempo se realizara en 10 minutos aproximado y el motivo por el que el participante fue seleccionado en esta oportunidad estoy cogiendo una población vulnerable que apoyara para saber cuáles son los factores que incrementan una ITS.

## III. CUERPO DEL INSTRUMENTO.

### DATOS SOCIO – DEMOGRAFICOS

1.-Nombre de pila:.....2.  
Estudios:.....

3. Fecha de nacimiento:

4. origen:

5. ¿Dónde vives?

- a) Pensión
- b) Cuarto alquilado.
- c) casa.

6. ¿Con quién vives?

- a) Solo
- b) Pareja
- c) Amigo
- d) Familia
- e) Compañero de trabajo.

## HISTORIA SEXUAL

7. ¿tu primera relación sexual fue con tu consentimiento?
- a) abuso sexual
  - b) voluntad propia
8. ¿Utilizó un condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales?
- a) SÍ
  - b) NO
  - c) NO SABE
9. ¿Cuál fue la edad de la persona con la que sostuvo su primera experiencia Sexual?
- a) Edad en años [\_\_\_\_|\_\_\_\_]
  - b) NO SABE
10. En total, ¿cuántas parejas sexuales diferentes ha tenido en los últimos 12 meses?
- a) TOTAL [\_\_\_\_|\_\_\_\_]
  - b) NO SABE
11. ¿cuál es tu orientación sexual'?
- a) Heterosexual
  - b) Bisexual
  - c) Homosexual
12. ¿Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha ingerido bebidas que contienen alcohol?
- a) Todos los días
  - b) Por lo menos una vez a la semana
  - c) Menos de una vez a la semana
  - d) Nunca
13. ¿Se ha inyectado drogas en los últimos 12 meses?
- a) S Í
  - b) NO
  - c) NO SABE
  - d) NO HAY RESPUESTA

## DATOS SOBRE TRABAJADOR SEXUAL.

14 ¿te consideras trabajador sexual?

- a) SI
- b) NO
- c) NO SABE

15. ¿A qué edad comenzaste?

- a) 15 Años
- b) 18 Años
- c) 19 Años
- d) Otra edad

16. ¿Cuántos días trabajas ala semana?

- a) 3 veces a la semana
- b) 5 veces a la semana
- c) Solo los fines de semana.
- d) Todos los días.

17. ¿qué ingresos aproximados tienes al mes?

- a) 100
- b) 200
- c) 350
- d) Más de 350

18.. ¿cuáles son los lugares donde trabajas normalmente?

- a) Sauna
- b) Masajes
- c) hotel
- d) domicilio particular.
- e) Calle

## CONOCIMIENTO HACERCA ITS (Infecciones De Transmisión Sexual)

19.¿Ha escuchado alguna vez de las enfermedades que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales?

- a) Sí
- b) NO

20.¿Puede describir algún síntoma de las infecciones de transmisión sexual en En hombres ?... ¿Algún otro?

- a) Ardor al orinar
- b) Úlceras llagas en los Genitales
- c) Hinchazón en el área de la ingle

21. ¿Has tenido alguna ITS durante los últimos 12 meses?

- a) Sí
- a) NO
- b) NO SABE

Les agradezco por su colaboración y por permitirme realizar mi encuesta.

Fecha:

**JUICIO DE EXPERTOS**  
**ESCALA DE CALIFICACION**

Estimado (a) Experto:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3.	La estructura del instrumento es adecuado			
4.	Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6.	Los ítems son claros y entendibles			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....

Firma del Juez de Experto

**TABLA DE CONCORDANCIA  
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS.**

ITEMS	Nro. DE JUEZ								P
	01	02	03	04	05	06	07		
01	1	1	1	1	1	1	1		
02	1	1	1	1	1	1	1		
03	1	1	1	1	1	1	1		
04	1	1	1	1	1	1	0		
05	1	1	1	1	1	1	1 1		
06	1	1	1	1	1	1	1		

Favorable = 1 ( si ) desfavorable = 0 ( no)

# FOTOS DE RECOPILACION DE DATOS



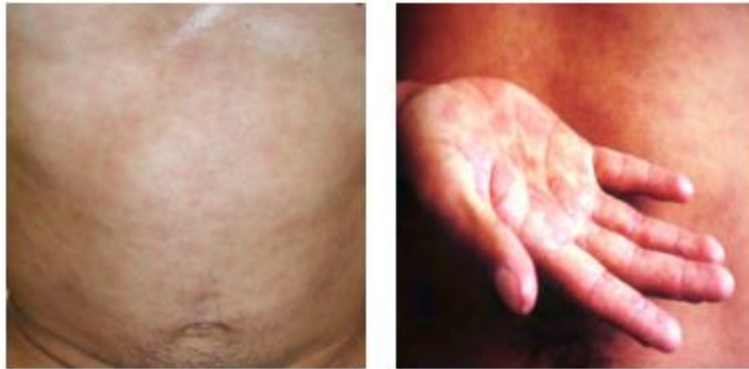
## Fotografías de las ITS más frecuentes en el país



Chancro sifilítico típico en prepucio: úlcera bien delimitada de bordes elevados firme, de base limpia no mayor a 1 cms de diámetro, casi siempre única.



Chancro sifilítico típico en prepucio: úlcera bien delimitada de bordes elevados firme, de base limpia, ejemplificando el signo del "botón engastado" a la palpación.



Secundarismo: máculas eritematosas, que simulan una roseola, distribuidas en el tronco y mano derecha.



Síndrome mano-pie de la sífilis: maculopápulas eritematoescamosas distribuidas en la superficie de las manos y pies.



Secundarismo sífilítico: condilomas latas de la sífilis, distribuidos alrededor de la vulva y en glande., son lesiones blandas la palpación, diferentes al condiloma vira o acuminado



Vesículas agrupadas en "racimo" sobre la superficie de cuerpo del pene.



Úlceras confluentes de bordes eritematosos con secreción serosa abundante sobre el prepucio.



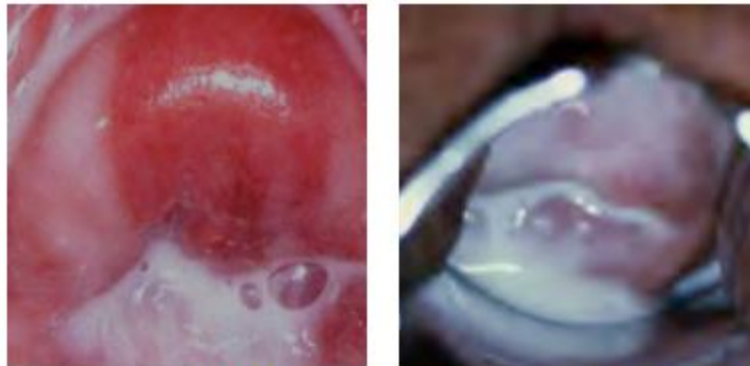
Múltiple úlceras pequeñas con halo eritematoso, de aspecto sucio en labios mayores de vulva.



Úlceras aplanadas de bordes elevados y de aspecto sucio, en la 1ra. se observa el "signo del beso", acompañadas de edema del pene.



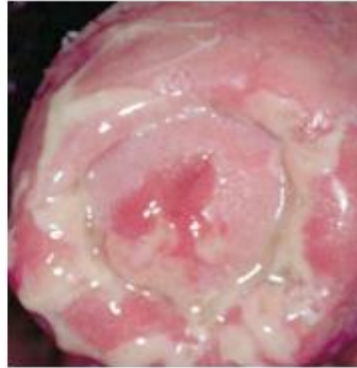
Se observa salida de secreción blanquecina, abundante a través de la vagina con mucosas de aspecto normal.



Se observa salida de secreción blanquecina abundante a través del cérvix con eritema del mismo.



Se observa salida de secreción transparente a levemente mucoide (2da. Foto) a través del meato urinario.



Se observa secreción blanquecina abundante en la uretra y prepucio, en la 2da. Eritema del meato urinario.



Se observan múltiples neoformaciones exofíticas, de aspecto verrugoso, asentadas en el prepucio de más o menos medio cms de diámetro.



Se observan múltiples neoformaciones exofíticas, de aspecto verrugoso, asentadas en la región perianal, ambas ocluyendo la entrada del canal anal de más o menos 1 a 10 cms de diámetro. También conocidos como condilomas gigantes de Buschke-Lowenstein.



Se observan múltiples neoformaciones de aspecto perlado con umbilicación central, distribuidas sobre el pene. En la segunda foto, una solitaria; en las últimas, para la umbilicación central, de más o menos 0.3 cms de diámetro.