

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE  
POBLACIÓN ADULTA CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL  
HOSPITAL CLARITA SANTOS SANDONÁ 2005-2018**

**FRANCISCO ALEJANDRO CASTRO CABRERA  
JUAN PABLO LÓPEZ ZAMBRANO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA MEDICINA  
SAN JUAN DE PASTO  
2019**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE  
POBLACIÓN ADULTA CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL  
HOSPITAL CLARITA SANTOS SANDONÁ 2005-2018**

**FRANCISCO ALEJANDRO CASTRO CABRERA  
JUAN PABLO LÓPEZ ZAMBRANO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico  
General**

**Asesor:  
MSc. LUIS EDUARDO GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA MEDICINA  
SAN JUAN DE PASTO  
2019**

**Francisco Alejandro Castro Cabrera  
Juan Pablo López Zambrano**

**NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN.

**NOTA ACEPTACIÓN**

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado 1**

---

**Jurado 2**

**San Juan de Pasto, 15 julio /2019**

### **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Fundación Universitaria San Martín, por habernos brindado la posibilidad de formarnos como médicos y por ende hacer realidad nuestros sueños de servir a la sociedad.

A la Hospital Clarita Santo de Sandoná- Nariño, por haber colaborado, para que esta investigación se realice, por facilitarnos las bases de datos y las historias clínicas.

A todo el personal académico y administrativo de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto, por su continua colaboración.

## **DEDICATORIAS**

Quiero dedicarle esta meta a Dios, en mi sueño por ser médico un paso más cerca. A mis padres por estar siempre a mi lado guiando y aconsejando mi camino por ser ese motivo de lucha y sacrificio. A mi familia por su apoyo continuo en este proceso, Por la confianza que ellos siempre tuvieron sobre mí. Y por último gracias a mi Universidad San Martin por permitir realizar mis estudios en esta institución y rodearme siempre de los mejores profesionales y docentes que compartieron su conocimiento su tiempo y su paciencia conmigo.

### **Francisco Alejandro Castro Cabrera**

A Dios por permitirme llegar hasta aquí, dando un paso más para poder alcanzar mi sueño, ser médico, a mis padres que son el motor de mi vida, la motivación para seguir luchando cada día, mi ejemplo a seguir, gracias por estas siempre apoyándome en los buenos y malos momentos, y por todo su esfuerzo. A mis hermanos por gran e incondicional apoyo, amor, comprensión y consejos cuando los he necesitado y a mis cuñados por brindarme apoyo. Familia gracias a ustedes todo esto fue posible, y todo lo que soy es por ustedes por esa confianza que me brindan siempre y ese amor incondicional que tiene por mí. Y finalmente gracias todos mis docentes que a lo largo de la carrera nos compartieron sus conocimientos.

### **Juan Pablo López Zambrano**

## CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	15
1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	17
2.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. MARCO DE REFERENCIA	20
4.1 MARCO TEÓRICO	20
4.1.1 Infecciones de Transmisión Sexual.	20
4.1.2 Infecciones de Transmisión Sexual más Frecuentes.	20
4.1.3 Uretritis no Gonocócica y Cervicitis por Clamidia.	20
4.1.4 Gonorrea. La	21
4.1.5 Herpes Genital.	22
4.1.6 VIH/Sida.	23
4.1.7 Sífilis.	26
4.1.8 Tricomoniasis.	30
4.2 MARCO CONTEXTUAL	30
4.2.1 Departamento de Nariño.	30
4.2.2 San Juan de Pasto.	31
4.2.3 Sandoná (Nariño).	31
4.3 MARCO LEGAL	32
5. OBJETIVOS	33
5.1 OBJETIVO GENERAL	33
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
6. METODOLOGÍA	34
6.1 DEFINICIÓN DEL TIPO DE ESTUDIO	34
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
6.2.1 Población.	34
6.2.2 Muestra.	34
6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	34
6.4 SESGOS	35
6.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
6.6 PROCEDIMIENTO	35
6.6.1 Recolección de la Información.	35
6.6.2 Plan de Análisis Estadístico.	35
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
7. RESULTADOS	37
7.1 CARACTERIZAR SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA LA POBLACIÓN CON ITS ATENDIDA EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS ENTRE 2005.2018	37
7.2. IDENTIFICAR EL TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMÚN EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS ENTRE 2005.2018	60
7.3 EVALUAR LOS FACTORES CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN TIPO DE ITS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS ENTRE 2005.2018	62
8. DISCUSIÓN	73
9. CONCLUSIONES	77
10. RECOMENDACIONES	78
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	79
ANEXOS	86

## LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Estado civil para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018	40
Tabla 2. Ocupación para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018	40
Tabla 3. Lugar de nacimiento para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018	42
Tabla 4. Departamento de nacimiento para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018	42
Tabla 5. Según el tipo de antecedentes quirúrgicos para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	46
Tabla 6. Número de hospitalizaciones después del diagnóstico de una ITS para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	47
Tabla 7. Razón de la hospitalización para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	48
Tabla 8. Razón de la hospitalización clasificada por especialidades para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018	48
Tabla 9. Menarquia en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	51
Tabla 10. Modo de planificación en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	52
Tabla 11. Tipo de planificación en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	52
Tabla 12. Tipo de antecedente patológico paterno en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	55
Tabla 13. Tipo de antecedente patológico materno en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	56
Tabla 14. Tipo de antecedente patológico materno por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	57
Tabla 15. Antecedentes patológicos del paciente en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	57
Tabla 16. Antecedentes patológicos del paciente por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	58
Tabla 17. Citología en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	60
Tabla 18. Tipo de ITS diagnosticada ahora en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018	60
Tabla 19. Año de diagnóstico según el tipo de ITS en el Hospital Clarita Santos de Sandoná	62
Tabla 20. Características sociodemográficas según el tipo de ITS en el Hospital Clarita Santos de Sandoná.	63
Tabla 21. Relación entre los antecedentes o factores de riesgo frente al tipo de ITS de los pacientes que fueron atendidos durante el periodo 2005 a 2018 en el Hospital Clarita Santos de Sandoná.	64
Tabla 22. Relación entre de variables sociodemográficas o factores de riesgo frente al estado civil de los pacientes con ITS en el Hospital Clarita Santos de Sandoná	66
Tabla 23. Relación de escolaridad y edad de diagnóstico frente al nivel educativo	67
Tabla 24. Relación de la ocupación frente a la escolaridad	67
Tabla 25. Relación de ocupación frente al nivel educativo	68
Tabla 26. Relación de la	

ocupación frente la procedencia. 69 Tabla 27. Relación de la edad de diagnóstico y el uso de preservativo frente a la vida sexual activa en la población ITS del Hospital Clarita Santos de Sandoná 69 Tabla 28. Relación de la edad de diagnóstico de hombre y mujeres por separado frente a las ITS en la población de Sandoná. 70 Tabla 29. Método de planificación de la mujer (89) frente a la ITS 71 Tabla 30. Método de planificación frente al estado civil 72

## LISTA DE GRÁFICAS

**Pág.**

Gráfica 1. Género de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 37 Gráfica 2. Edad de diagnóstico de las ITS en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 38 Gráfica 3. Procedencia de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 38 Gráfica 4. Escolaridad de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018 39 Gráfica 5. Nivel educativo de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 39 Gráfica 6. Religión para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 41 Gráfica 7. Estrato para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 41 Gráfica 8. Seguridad social para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 43 Gráfica 9.

Desplazamiento y conflicto armado para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 43 Gráfica 10. Pareja estable para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 44 Gráfica 11. Orientación sexual para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 44 Gráfica 12. Abuso sexual o físico para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 45 Gráfica 13. Antecedentes quirúrgicos para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 45 Gráfica 14. Antecedentes quirúrgicos clasificados por especialidades y subespecialidad para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 46 Gráfica 15. Reingreso antes de un mes al servicio de hospitalización para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 47 Gráfica 16. Transfusión para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 49 Gráfica 17. Uso de preservativo en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 49 Gráfica 18. Vida sexual activa en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 50 Gráfica 19. Número de parejas sexuales en la población objeto de estudio del

Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 50 Gráfica 20. Planificación en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 51 Gráfica 21. Consumo de alcohol en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 53 Gráfica 22. Exposición al humo de leña en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 53 Gráfica 23. Consumo de cigarrillo u otras sustancias psicoactivas en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 54 Gráfica 24. Antecedentes patológicos paternos en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 54 Gráfica 25. Tipo de antecedente patológico paterno por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 55 Gráfica 26. Antecedente patológico maternos en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 56 Gráfica 27. Diagnóstico de alguna enfermedad en los últimos 3 años en la paciente por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 58 Gráfica 28. IVU en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 59 Gráfica 29. Citología en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 59 Gráfica 30. Tipo de ITS diagnosticada ahora en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 61 Gráfica 31. Tipo de ITS diagnosticada ahora en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018 61

## LISTA DE ANEXOS

**Pág.**

Anexo A. Encuesta 87 Anexo B. Variables del estudio 89

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y tricomoniasis (174 millones), además La prevalencia suele ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el peligro de infectarse por estos patógenos amplía con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima para América Latina y el Caribe, que existen entre 35 y 40 millones de casos, con más de 100.000 infecciones promedio por día. Además, que 1 de cada 20 personas padece una ITS al año, representando un importante problema de la Salud Pública, debido a factores sociales y económico, siendo enfermedades más prevalentes en la población sexual y laboralmente activa. (2)

La presente investigación se fundamenta en un tema que es prioridad en salud pública a nivel mundial y regional, como son las enfermedades de transmisión sexual, la investigación fue desarrollada por la necesidad de los municipios intermedios como Sandoná, en brindar nuevo conocimiento sobre todas las ITS por medio de la presentación información confiable, dado el rigor metodológico de la investigación, sobre las principales características sociodemográficas y clínicas de la población adulta con ITS en el municipio, información que es relevante para la toma de decisiones en el ámbito público y clínico.

El trabajo está pensado desde el ámbito clínico tomando como fuente de información las historias clínicas del Hospital Clarita Santos, de los pacientes que fueron confirmados con enfermedades de transmisión sexual entre 2005 y 2018, dado que el Hospital es el único en el municipio se consideró que los datos representan los casos de ITS en el municipio, siendo para la toma de decisiones en salud pública por parte de la dirección local de salud.

La investigación se desarrolló por medio de un estudio epidemiológico observacional transversal con intención analítica, puesto que buscaba describir los factores clínicos y sociodemográficos de la población adulta con infecciones de transmisión sexual además determinar la asociación de los diferentes factores evaluados frente al tipo de ITS.

Epidemiológica

## 2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) también son conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) y antes como enfermedades venéreas. Existen más de 30 microorganismos como bacterias, virus y parásitos que pueden causar ITS, estas se propagan principalmente durante un contacto sexual (a través de sexo vaginal, sexo anal y sexo oral). Algunas de ellas también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo o durante el parto o por otras vías menos frecuentes como transfusiones de sangre o trasplantes de órganos. Las ITS pueden generar enfermedades crónicas como la hepatitis o el SIDA, pueden también llevar a complicaciones durante el embarazo, infertilidad, cáncer en las mujeres (cervicouterino) e incluso pueden llevar a la muerte (2).

Según la Organización mundial de la salud (OMS) cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS) siguientes: clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. En Colombia la prevalencia de la sífilis en gestantes es de 1.7% superior al 1% establecido por la OPS como criterio de base. Se reportan a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) con un promedio anual de 98.423 casos de ITS de las cuales se considera que el 23% es de tipo ulcerativo (3).

Durante el periodo de 2009 a 2011 un promedio anual de 94.000 personas consultó por una ITS, siendo mayor la carga en jóvenes de 20 a 29 años y mujeres. Según un reporte del Ministerio de Salud y Protección Social cada hora se contagian 10 colombianos de alguna ITS, en el mundo se estima que diariamente contraen una ITS 685 mil personas y se calcula que cada año pueden ocurrir 330 millones de nuevos casos (4).

La prevalencia en el Departamento de Nariño, Colombia es de 0.11% (aproximadamente 1 de cada 1.000 personas tiene VIH o SIDA). Una de cada 3 personas con VIH/SIDA en el departamento son mujeres. En el año 2.013 se diagnosticaron 164 nuevos casos y en lo transcurrido del presente año (a 15 de noviembre de 2014) se han registrado 118 nuevos casos de VIH/SIDA. El grupo poblacional más afectado se encuentra entre 15 y 44 años. En 47 de los 64 municipios del departamento ya se ha diagnosticado al menos un caso de VIH/SIDA (5), los municipios con mayor prevalencia para VIH son Pasto, Tumaco, Ipiales, Barbacoas, La Tola y Sandoná siendo este último el objeto del presente estudio justificado en la alta carga de VIH detectada desde los análisis departamentales, además que en la actualidad es difícil obtener cifras o información confiable sobre

la carga de ITS exceptuando el VIH a nivel municipal, información que es relevante para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública y clínica, por lo cual la presente investigación se centrará en personas con ITS confirmada, atendidas entre 2014 y 2018 en el Hospital Clarita Santos, por ser el hospital de referencia del

municipio de Sandoná según consulta en el SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social.

## **2.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de la población con infecciones de transmisión sexual (ITS) en población adulta atendida en el Hospital Clarita Santos de Sandoná, Nariño entre 2005 – 2018?

## **3. JUSTIFICACIÓN**

Se calcula que la prevalencia mundial de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

es de 357 millones de casos curables (sífilis, gonorrea, clamidia, tricomonas) lo cual es motivo de gran preocupación debido a que las ITS no tratadas facilitan la transmisión del VIH (6), los costos asociados con las infecciones no detectadas, no tratadas o mal tratadas por automedicación, representan una carga para las personas, las comunidades y los gobiernos, desde hace varios años se cuenta con antibióticos eficaces para tratar estas infecciones (7).

“Hoy día, en la mayoría de los países, la enfermedad afecta en porcentajes cada vez mayores a mujeres y varones heterosexuales que no pertenecen a los grupos de riesgo. Por ello, es más acertado hablar de prácticas, conductas o comportamientos de riesgo que de grupos de riesgo”. A partir de la implementación de diferentes políticas de salud pública propuestas por el estado y tomadas en cuenta en diferentes municipios (8).

Es importante tener en cuenta que desde los primeros registros de las ITS en el año de 1975 con la creación del SNS (9) donde se reportaban las enfermedades transmisibles y no transmisibles, solo se dieron reportes de tricomonas, herpes genital. En 1983 con la aparición de los primeros casos de VIH y dada su rápida diseminación y mortalidad se implementaron todos los esfuerzos de vigilancia a estos casos descuidando la vigilancia de las otras ITS ocasionando un su registro de casos de las otras ITS (10).

En la actualidad el sistema de vigilancia en salud pública monitorea la sífilis y el VIH, por ser la ITS de mayor letalidad y cronicidad, sin embargo, las demás ITS se ubican en un alto desconocimiento para las entidades territoriales municipales, departamentales y nacionales; y se debe entender que estas también son un problema en salud pública, por lo cual la presente investigación se justifica, en la necesidad de los municipios intermedios como Sandoná, en brindar nuevo conocimiento sobre todas las ITS por medio de la presentación de información confiable, dado el rigor metodológico de la investigación, sobre las principales características sociodemográficas y clínicas de la población adulta con ITS en el municipio, información que es relevante para la toma de decisiones en el ámbito público y clínico.

## **4. MARCO DE REFERENCIA**

### **4.1 MARCO TEÓRICO**

**4.1.1 Infecciones de Transmisión Sexual.** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) o enfermedades venéreas son las infecciones que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual. Dado que la actividad sexual implica un contacto íntimo, constituye una oportunidad fácil para que los microorganismos se transmitan de una persona a otra. Por eso hay una gran variedad de microorganismos que se transmiten mediante el contacto sexual. Entre las enfermedades bacterianas de transmisión sexual, están la sífilis, la gonorrea, uretritis no gonocócica, la cervicitis por clamidia, linfogranuloma venéreo, el chancro, el granuloma venéreo, el granuloma inguinal y la Tricomoniasis. Las verrugas genitales, el herpes genital y la infección por VIH o el SIDA están incluidas entre las ITS más frecuentes. (1)

Por lo general las ITS se producen como resultado de las relaciones sexuales vaginales, orales o anales con una persona infectada, la penetración genital no es necesaria para propagar la infección. Algunas enfermedades también se transmiten al besar o al mantener contacto corporal estrecho. (11) Además los microorganismos responsables de algunas ITS (por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana y el de la hepatitis B) también se transmiten por contactos no sexuales, como el paso de la madre al niño en el momento del nacimiento o través de la lactancia materna, sangre, instrumentos médicos, o agujas contaminadas (12).

**4.1.2 Infecciones de Transmisión Sexual más Frecuentes.** Existen más de 20 tipos de ITS, que incluyen: Uretritis no gonocócica y cervicitis por clamidia., Gonorrea, Herpes genital, VIH/SIDA, VPH, Sífilis, Tricomoniasis.

**4.1.3 Uretritis no Gonocócica y Cervicitis por Clamidia.** La uretritis no gonocócica y la cervicitis por clamidia son enfermedades de transmisión sexual causadas por la bacteria *Chlamydia trachomatis* y por otros microorganismos que producen inflamación de la uretra y el cuello uterino (13).

Varios microorganismos distintos causan enfermedades parecidas a la gonorrea, entre estos microorganismos se encuentran la *Chlamydia trachomatis*, varios tipos de *Mycoplasma*. En el pasado estos microorganismos eran difíciles de identificar en el laboratorio, por las infecciones que originaban se denominaban simplemente como no-gonocócicas, para indicar que no eran causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, la bacteria que produce gonorrea (14).

La infección por *Chlamydia trachomatis* es muy frecuente, a veces no produce síntomas, es posible que sean mucho más, los afectados que los casos que se diagnostican. En los hombres este microorganismo causa casi siempre uretritis no gonocócicas. Un 10 a 40% de las mujeres con infecciones clamidiales no tratadas acaban presentando enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sintomática. El daño de las trompas por la infección es responsable del 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina. Además, la probabilidad de tener embarazos ectópicos (tubáricos) es 6 a

10 veces mayor en las mujeres que han sufrido EIP que en las que no la han sufrido, y un 40 a 50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a episodios anteriores de EIP (15).

**A. Signos y Síntomas.** Por lo general, entre 4 y 8 días después del contacto sexual con una persona que padece la infección, aunque por lo general las mujeres infectadas con clamidia no presentan síntomas, algunas experimentan una frecuente necesidad de orinar, dolor con micción, dolor en la parte inferior del abdomen durante el coito, y secreciones de mucosidad amarillenta y pus procedentes de la vagina. Las infecciones anales pueden producir dolor y una secreción amarillenta de pus o moco.

**B. Tratamiento.** Las infecciones por clamidia y ureplasma se tratan por lo general con tetraciclinas doxicilinas o levofloxacino tomados por vía oral durante al menos siete días, o bien con una sola dosis de azitromicina por vía oral. Como los síntomas son similares a los de la gonorrea, se suele prescribir un antibiótico como la ceftriaxona con el fin de tratar a la gonorrea al mismo tiempo (14).

**C. Epidemiología.** La infección por *Chlamydia trachomatis* es la infección de transmisión sexual (ITS) de etiología bacteriana más frecuentemente reportada en adolescentes. Estudios poblacionales han mostrado una prevalencia de 2,6% a 4,74%. En estudios clínicos, las tasas comunicadas son aún más altas 5% a 15% (16).

**4.1.4 Gonorrea.** La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que infecta el revestimiento mucoso de la uretra, el cuello uterino, el recto y la garganta o la membrana ocular (conjuntiva). Habitualmente causa daños solo en el lugar de la infección, aunque la enfermedad puede propagarse a través del torrente sanguíneo hacia otras partes del cuerpo, en especial la piel y las articulaciones. En las mujeres puede ascender por el tracto genital llegar a infectar las membranas que se encuentran dentro de la pelvis, causando dolor pélvico y problemas reproductivos (17).

**A. Síntomas.** En los hombres los primeros síntomas suelen aparecer entre 2 y 7 días después de la infección. Los síntomas comienzan con una molestia leve de la uretra, seguida por disuria que puede ser leve o intensa, una secreción de pus a través del pene y una necesidad imperiosa de orinar con frecuencia que empeora a

medida que la enfermedad se extiende hacia la parte superior de la uretra. El orificio del pene puede adquirir un color rojizo e inflamarse. Las mujeres infectadas no suelen presentar síntomas durante semanas o meses y la enfermedad se descubre solo después de que su pareja masculina haya sido diagnosticada y la mujer sea examinada. Si presenta síntomas por lo general aparecen de 7 a 21 días después de la infección y suelen ser leves, sin embargo, algunas mujeres tienen síntomas graves, como una frecuente necesidad de orinar, dolor al orinar, secreción vaginal y fiebre. El cuello uterino, el útero, las trompas de falopio, los ovarios, la uretra y el

recto pueden resultar infectados, dando lugar a una mayor sensibilidad al tacto o a un intenso y profundo dolor pélvico, en especial durante el coito. El pus que aparentemente proviene de la vagina puede tener origen en el cuello uterino, la uretra o las glándulas próximas al orificio vaginal (18).

Se puede diagnosticar esta enfermedad casi de inmediato mediante la identificación de la bacteria (gonococo) al microscopio. En más del 90% de los hombres infectados, el diagnóstico puede realizarse utilizando una muestra de secreción uretral. La cual se obtiene introduciendo un pequeño algodón al interior de la uretra. El examen microscópico de una muestra de secreción del cuello uterino es menos fiable; los gonococos solo se identifican en aproximadamente el 60% de las mujeres infectadas, la muestra de secreción también debe enviarse al laboratorio para el cultivo, que constituye una técnica muy fiable para el diagnóstico, pero lleva más tiempo que el examen microscópico (19).

**B. Tratamiento.** Las personas con gonorrea por lo general reciben tratamiento antibiótico para eliminar tanto chlamydia como el gonococo, ya que la gente que padece gonorrea frecuentemente se infecta con chlamydia al mismo tiempo. Una sola inyección de ceftriaxona intramuscular o una sola dosis de cefixima, levofloxacino, ciprofloxacino u ofloxacino por vía oral suele ser un tratamiento adecuado para la gonorrea. Para tratar la clamidia de manera sistemática se prescribe un antibiótico oral por una semana (18).

**C. Epidemiología.** La infección por *Neisseria gonorrhoeae* es la segunda ITS más frecuente sujeta a notificación en Estados Unidos de Norteamérica. Estudios poblacionales han mostrado una prevalencia de gonorrea de 0,08% a 0,42% (20).

**4.1.5 Herpes Genital.** Enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple. Puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Se puede contagiar al tener relaciones sexuales, incluso sexo oral. El virus puede contagiarse aun cuando las llagas no están presentes. A los síntomas se los llaman comúnmente brotes. Pueden aparecer llagas cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. Se convierten en ampollas que pican y duelen y luego sanan. A veces las personas no saben que tienen herpes porque no presentan síntomas o éstos son muy leves. (21)

22

La mayoría de las personas presentan varios brotes al año, pues el virus permanece en su cuerpo para siempre, el Aciclovir, el Valacyclovir y el Famciclovir han demostrado reducir la propagación del virus del herpes II, disminuir el dolor y acelerar la cicatrización de las lesiones primarias del herpes. En forma oral, este tratamiento también parece acortar la duración tanto de los episodios primarios como de las recurrencias (22).

**4.1.6 VIH/Sida.** La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es

causada por uno de dos virus, el VIH-1 y el VIH -2. El VIH destruye progresivamente algunos tipos de células blancas de la sangre llamadas linfocitos. Los linfocitos tienen un importante papel en las defensas inmunológicas del organismo, de manera que, cuando se destruyen, la persona se vuelve muy propensa a la agresión por otros microorganismos infecciosos. Muchas de las complicaciones de la infección por el VIH, incluida la muerte, son por lo general el resultado de estas otras infecciones y no de la infección por el VIH mismo. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la forma más grave de infección por el VIH, se considera que una persona infectada por el VIH tiene SIDA cuando presenta al menos una enfermedad como complicación o cuando su capacidad para la defensa contra infecciones disminuye significativamente como consecuencia del descenso del nivel en el recuento de sus linfocitos CD4+ (23).

La infección por el VIH y el SIDA ha alcanzado proporciones de epidemia en el mundo. En algunas regiones de África, más del 30% de la población adulta. (Entre las edades de 15 y 45 años) está infectada, lo que supone una amenaza de desaparición para casi toda la generación (24).

**A. Trasmisión de la Infección.** En la trasmisión de la infección por el VIH es necesario que exista contacto con líquidos corporales que contengan células infectadas o partículas del virus. El VIH puede aparecer prácticamente en cualquier líquido corporal, pero su trasmisión se realiza sobre todo por la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. El VIH se encuentra también, aunque a concentraciones bajas, en las lágrimas, la orina y la saliva, pero su trasmisión desde estos líquidos es extremadamente infrecuente (25).

**B. Modos de Trasmisión.** Por relaciones sexuales con una persona infectada, en las que la membrana mucosa que reviste la boca, la vagina o el recto queda expuesta a los líquidos corporales contaminados (sexo no protegido) (25).

Otro medio de trasmisión es mediante una inyección o infusión de sangre contaminada, compartir jeringuillas o pincharse accidentalmente con una aguja contaminada con el VIH (26).

El virus se puede transmitir de una madre infectada a su hijo, ya sea antes del parto, durante el parto o después del mismo a través de la lactancia materna a esto se le

llama trasmisión vertical (12).

La propensión a la infección por el VIH aumenta cuando se produce desgarro o daño, incluso mínimos, en la piel o membranas mucosas como puede suceder durante una relación sexual enérgica vaginal o anal. La trasmisión sexual del VIH es más probable si alguno de los miembros de la pareja tiene herpes, sífilis u otra enfermedad de trasmisión sexual (ITS) que produzca ruptura o lesión en la piel o inflamación de los genitales. Sin embargo, el VIH puede transmitirse, aunque ninguno de los dos tenga otras ITS o lesiones evidentes en la piel (25).

La infección por el VIH en muchas mujeres en edad fértil ha producido la transmisión del virus a los niños. Aproximadamente entre el 25% y el 35% de los embarazos en mujeres infectadas por el VIH se transmite el virus al feto por vía placentaria o, más frecuentemente, en el momento del nacimiento al pasar por el canal del parto (12). Los niños que son amamantados pueden contraer la infección por la leche materna (27). Algunos niños también pueden infectarse si son objeto de abuso sexual (11).

**C. Mecanismo de Infección.** Una vez dentro del organismo, el VIH se adhiere a varios tipos de glóbulos blancos, de los cuales el más importante es el linfocito T cooperador, activan y coordinan otras células del sistema inmunológico. Estos linfocitos tienen una proteína receptora llamada CD4 en el exterior de su membrana (y por eso se denominan CD4+). El VIH tiene su propio material genético codificado en el ARN. Una vez en el interior de un linfocito CD4+, el virus transforma su ARN en ADN por medio de una enzima llamada transcriptasa inversa. El ADN de los linfocitos infectados. Los propios sistemas del linfocito reproducen entonces el virus dentro de la célula y finalmente la destruyen. Los miles de nuevos virus producidos por cada célula infectada, infectan a su vez a otros linfocitos y también pueden destruirlos. Al cabo de pocos días o semanas, se ha producido la suficiente cantidad de VIH como para reducir sustancialmente el número de linfocitos y posibilitar la diseminación del virus por el organismo. Cuando el VIH destruye los linfocitos CD4+ se debilita el sistema inmunológico y el organismo se ve expuesto a múltiples infecciones y cánceres esta es una de las razones por las cuales el organismo humano es incapaz de eliminar la infección del VIH una vez transmitida. Pero el cuerpo reacciona y está capacitado para actuar por ejemplo unos dos meses después de haberse producido la infección por el virus, el cuerpo produce linfocitos y anticuerpos que disminuyen la cantidad de VIH en la sangre y ayudan a mantener la infección bajo control por algún tiempo (23).

Por esta razón la infección provocada por el VIH puede prolongarse durante mucho tiempo en algunas personas antes de causar serios problemas. El recuento de linfocitos CD4+ en la sangre nos dan una muestra del gran daño causado por la infección del VIH. Una persona sana tiene un recuento de linfocitos CD4+ es de aproximadamente 800 a 1300 células por micro litro de sangre (28).

Durante los primeros meses de infección se destruyen el 40% y el 60% de los

24

linfocitos CD4+ y después de unos seis meses aproximadamente, se siguen destruyendo, pero más lentamente. Si en el recuento de linfocitos, el número disminuye debajo de las 200 células por micro litro de sangre el sistema inmunológico no está apto para defenderse de ciertas infecciones llamadas oportunistas que no atacarían a una persona sana y si el recuento disminuye debajo de los 50 linfocitos CD4+ el organismo está en alto riesgo, pues pueden aparecer otras infecciones oportunistas que provocarían una gran pérdida de peso, ceguera e incluso la muerte (29).

Carga vírica se le denomina a la cantidad de virus que se encuentra en la sangre, durante los primeros meses de infección una gran cantidad de partículas víricas

circulan por la sangre y es aquí cuando es más contagiosa la enfermedad luego de cierto tiempo la carga se mantiene y es aquí donde se puede cuantificar la progresión de la enfermedad. Con el tratamiento se trata de disminuir la carga vírica hasta el punto que no pueda ser detectada en la sangre, aunque algunos virus estén aun presentes si aparece una repentina carga vírica alta (29).

**D. Síntomas.** La mayoría de las personas no experimentan ningún síntoma importante en la infección inicial, sin embargo, a las pocas semanas de la infección por el VIH puede aparecer fiebre, erupciones, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, cansancio y otros síntomas menos frecuentes. Algunas semanas después los síntomas desaparecen, aunque es posible que los ganglios linfáticos permanezcan agrandados, una persona infectada puede propagar el virus en poco tiempo después de infectarse, incluso si no presenta síntoma alguno. La persona infectada puede ser portador de la infección por VIH durante años incluso una década o más tiempo, antes de presentar SIDA, hasta ese momento la persona normalmente se siente bien, aunque puede presentar ciertos síntomas no específicos tales como ganglios linfáticos agrandados, pérdida de peso, cansancio, fiebre recurrente o diarrea, anemia y candidiasis oral (28).

Los principales síntomas del SIDA son los derivados de las enfermedades oportunistas específicas que presentan. El VIH también puede infectar directamente al cerebro, causando pérdida de memoria, debilidad y dificultad para la marcha, el pensamiento y la concentración mental, es probable que el VIH sea directamente responsable del Síndrome de Consunción asociado al SIDA, que provoca una pérdida de peso significativa con o sin causa evidente. La consunción en los enfermos del SIDA también puede ser causada por infecciones sucesivas o por una infección no tratada que persiste en el tiempo como la tuberculosis. También la insuficiencia renal puede ser un efecto directo del VIH (24).

Entre otras infecciones se encuentran un tumor llamado Sarcoma de Kaposi, este es un tumor que aparece en la piel en forma de placas indoloras y elevadas, de color rojo o púrpura afecta a los enfermos de SIDA en especial a los homosexuales hombres, también puede presentarse cánceres en el sistema inmunológico típicamente el Hodgkin, pero es más común el de no Hodgkin, los homosexuales de

25

ambos sexos son propensos a sufrir cánceres del recto y cuello uterino en las mujeres. Por lo general la muerte se da por los efectos acumulativos de la consunción, la demencia y las infecciones oportunistas (28).

**E. Diagnóstico.** Para determinar si una persona está infectada por el VIH se utiliza un análisis de sangre preciso y relativamente simple que detecta anticuerpos contra el VIH (prueba de ELISA). Si el resultado del ELISA es positivo, se confirma con una prueba más precisa, normalmente el Western Blot. Ambas pruebas suelen ser negativas en el primero o segundo mes después de la infección por el VIH porque el organismo necesita ese lapso de tiempo para producir anticuerpos contra el virus. Otras pruebas, las pruebas de determinación de la carga vírica o de detección del antígeno P24 detectan el VIH en la sangre en una fase mucho más precoz de la

infección. El antígeno P24 se usa actualmente, junto con otras pruebas, para el examen sistemático de las donaciones de sangre para transfusiones. (23)

En las personas diagnosticadas con la infección por el VIH se realizan regularmente análisis de sangre para el recuento de linfocitos CD4+ y la determinación de la carga vírica. Los recuentos de linfocitos CD4+ indican el estado del sistema inmunológico, cuando su número baja, aumentan las posibilidades de enfermedad por causa de la infección. La carga vírica es un indicador de la probable velocidad de caída del número de linfocitos CD4+ en el siguiente año.

El SIDA es la fase última de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) este virus debilita el sistema inmunológico del cuerpo a través de la incorporación de su ARN a las cadenas de ADN de la célula, logrando de esa forma la reproducción del VIH y su posterior invasión a otras células del sistema inmunológico. El VIH se encuentra en todos los fluidos corporales. Sin embargo, solamente han demostrado ser de origen infeccioso los siguientes: sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna (29).

**4.1.7 Sífilis.** Es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La sífilis es muy contagiosa en la fase primaria y secundaria: un solo encuentro sexual con una persona que tiene sífilis da lugar a la infección en un tercio de los casos, esta bacteria penetra en el organismo a través de las membranas de la mucosa, oral y vaginal o bien a través de la piel. En el transcurso de horas la bacteria llega a la proximidad de los ganglios linfáticos y a continuación se disemina por el torrente sanguíneo, la sífilis también puede contaminar al feto en un embarazo o causar defectos congénitos y otras complicaciones (30).

Cada año se producen 448 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis). En embarazadas con sífilis temprana no tratada el 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal. Lo cual representa una mortalidad perinatal general de aproximadamente un 40% (1).

26

Los síntomas suelen comenzar entre 3 y 4 semanas después de la infección, aunque puede iniciarse más precozmente en la primera semana, o tardíamente como a las 13 semanas después de haber contraído la infección. Si no se administra tratamiento, la sífilis progresa pasando por varias fases: Primaria. Secundarias, latente, y terciaria; la infección puede persistir durante muchos años causar daño cardíaco, cerebral y finalmente la muerte.

En la fase primaria, aparece una llaga o úlcera indolora (chancro) en el sitio de la infección generalmente en el pene, la vulva o la vagina. También puede aparecer en el ano, recto, labios, lengua, garganta, cuello uterino, los dedos y rara vez, en otras partes del cuerpo. Por lo general, aparece un único chancro, pero a veces se presentan varios. La fase secundaria suele comenzar con una reacción cutánea que aparece entre 6 y 12 semanas después de la infección. Alrededor del 25% de las

personas infectadas aún tiene un chancro que se está curando en ese momento. La erupción, por lo general, no produce prurito ni dolor y puede tener diferentes aspectos, a diferencia de las erupciones de la mayoría de las otras enfermedades, la erupción de la sífilis secundaria aparece a menudo en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Esta erupción cutánea puede durar poco tiempo, o bien prolongarse durante meses, aunque la persona no reciba tratamiento, la erupción acaba desapareciendo. Sin embargo, pueden aparecer nuevas erupciones en semanas o meses más tarde. La Sífilis terciaria: etapa que se desarrolla años después de la infección primaria en pacientes no tratados o tratados inadecuadamente. Las manifestaciones de la sífilis terciaria son cardiovasculares con compromiso de grandes vasos y válvulas cardíacas, lesiones muco-cutáneas llamadas gomas sífilíticas que se pueden encontrar en piel, mucosas del paladar, faringe y tabique nasal y lesiones Óseas que comprometen principalmente los huesos largos, en esta etapa, la enfermedad no es transmisible y los test no treponémicos pueden estar no reactivos. Además los treponemas son difíciles de encontrar y se entiende que las lesiones son producto de una reacción de hiper sensibilidad (31).

**Neurosifilis:** se caracteriza por el compromiso del sistema nerviosos central por T. Pallidum. Sus manifestaciones clínicas varían según el tiempo de evolución de la enfermedad. En sífilis de menos de un año, se manifiesta como sífilis meningovascular, meningitis sífilítica y neurosifilis sintomática. En sífilis de larga data (más de un año) se manifiesta como tabes dorsal y parálisis general progresiva. La neurosifilis se puede manifestar en cualquier etapa clínica de la enfermedad, por lo tanto, el estudio del líquido céfalo raquídeo es crucial en población de riesgo. (32)

**Sífilis Congénita:** infección que es adquirida por vía transplacentaria durante el periodo de gestión desde una madre infectada no tratada o inadecuadamente tratada. La gravedad de la infección se relaciona con el estadio de infección materna al momento del embarazo, la edad gestacional al momento de la infección, la carga de treponemas que infectan al feto y la oportunidad de la respuesta inmunológica de la madre (35).

## 27

**A. Signos y Síntomas.** La fase secundaria de la sífilis es una enfermedad generalizada que puede causar fiebre, cansancio, pérdida de apetito y pérdida de peso se presentan aftas orales en más del 80% de las personas. Después de haberse recuperado del estado secundario, la enfermedad entra en un estado latente en la cual la infección persiste, pero no se producen síntomas esta etapa puede durar años o décadas, o bien toda la vida. La incidencia de la sífilis secundaria ha continuado siendo alta como consecuencia de los hábitos sexuales, especialmente de la prostitución destinada a costear el consumo de drogas. La incidencia de la sífilis congénita se corresponde con el patrón de sífilis en las mujeres en edad fértil. Se debe tener en cuenta que cuando existen lesiones genitales activas, el paciente tiene mayor riesgo de transmitir y de adquirir el virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) (33).

Generalmente la sífilis no es contagiosa durante la fase latente. En la fase terciaria,

la sífilis tampoco es contagiosa, pero producen síntomas que oscilan desde leves hasta devastadores. Pueden aparecer tres tipos principales de etapas: la sífilis terciaria benigna, la sífilis cardiovascular y la neurosífilis.

Sífilis congénita, las infecciones intrauterinas pueden producir una enfermedad fetal grave que origina infecciones latentes, malformaciones multiorgánicas o la muerte del feto. La mayoría de los niños infectados nace sin indicios clínicos de la enfermedad, pero se puede producir una rinitis que se sigue de un exantema maculopapular generalizado y descamativo. Las malformaciones dentales, óseas, ceguera, sordera y la sífilis cardiovascular son frecuentes en niños no tratados (30)(34).

**B. Agente Causal.** Las dos especies de *Treponema* que producen enfermedad en el ser humano son: *Treponema pallidum* (con tres subespecies) y *Treponema carateum*, todas son morfológicamente idénticas, provocan la misma respuesta serológica en el ser humano y son sensibles a la penicilina. Estos microorganismos se distinguen por sus características epidemiológicas y por su presentación clínica. La subespecie *pallidum* de *T. pallidum*, es el agente etiológico de la sífilis endémica (bejel). El *T. Pallidum* y otras *treponemas* patógenas relacionados con esta especie son espiroquetas delgadas enrolladas, con extremos rectos puntiagudos, en cada uno de ellos se insertan tres flagelos periplásmicos. Estas espiroquetas son incapaces de desarrollarse en los cultivos celulares (30).

**C. Epidemiología.** La sífilis tiene una distribución universal y es la tercera enfermedad bacteriana de transmisión sexual más frecuente. (Después de las infecciones por *Clamidia* y *Neisseria gonorrhoeae*). La incidencia de la enfermedad ha disminuido como consecuencia de la introducción del tratamiento con penicilina en los años cuarenta, aunque se han descrito incrementos periódicos asociados a modificaciones de los hábitos sexuales. (P. ej., utilización de píldoras anticonceptivas en la década de los setenta, casas para baño, para público homosexual en la década de los setenta, aumento de la prostitución relacionada con el consumo de cocaína, crack en la década de los noventa). Sin embargo, no

28

se refiere a un elevado número de infecciones, lo que contribuye a subestimar la verdadera incidencia de esta entidad.

La sífilis natural es exclusiva del ser humano y no se conocen otros organismos anfitriones naturales. *T. Pallidum* es un microorganismo muy hábil incapaz de sobrevivir a la disecación o a la acción de los desinfectantes. Por tanto, la sífilis no se puede propagar por el contacto con objetos inanimados como los sanitarios. La vía más frecuente de propagación es el contacto sexual directo (31).

La enfermedad se puede adquirir también de forma congénita o mediante la transfusión de sangre contaminada. La sífilis no es muy contagiosa, el riesgo de que un individuo contraiga la enfermedad después de un único contacto sexual se estima alrededor del 30%. Sin embargo, el contagio depende de la fase de la enfermedad del individuo infeccioso. Como ya se dijo previamente, las espiroquetas no pueden sobrevivir en las superficies secas de la piel. Por tanto, *T. Pallidum* se

contagia fundamentalmente durante las primeras fases de la enfermedad, cuando hay muchos microorganismos presentes en las lesiones cutáneas o mucosas húmedas (35).

Durante las primeras fases del proceso, el paciente tiene bacteriemia, la cual puede persistir por ocho años en ausencia del tratamiento. La trasmisión congénita de la madre al feto puede tener lugar en cualquier momento durante este periodo. Después de ocho años, la enfermedad puede permanecer activa, pero no se cree que ocurra bacteriemia.

Con la introducción de tratamientos antimicrobianos eficaces, la incidencia de la sífilis tardía (terciaria) ha disminuido de manera considerable (32).

**D. Diagnóstico.** La presencia de un chancro o una típica erupción cutánea localizada en las palmas de las manos y la planta de los pies suele hacer que se sospeche el diagnóstico de sífilis. El diagnóstico definitivo se hace en función de los resultados de la prueba de laboratorio. Se utilizan dos tipos de análisis de sangre, el primero consiste en pruebas de detección como la prueba del *Venérea Disease Research Laboratory* (laboratorio de investigación de enfermedades venéreas), también conocido por las siglas en inglés VDRL y la prueba de la Reagina rápida del plasma. En las fases primaria o secundaria, es posible diagnosticar la sífilis tomando una muestra del líquido de la piel o de la ulcera de la boca para identificar la bacteria a través del microscopio (36).

**E. Tratamiento.** La sífilis es una infección tratable, especialmente en sus escenarios primarios y secundarios. Es más difícil tratar en su fase terciaria, la sífilis primaria y secundaria se trata con 2,4 millones de UI Intra Muscular (I.M) de penicilina Benzatinica en una dosis simple, para la fase terciaria se utiliza 2,4 millones de UI Intra Muscular (I.M) de penicilina benzatinica en cada dosis por tres dosis una cada semana haciendo un total de (7,2 millones de unidades totales) (37).

29

**4.1.8 Tricomoniiasis.** La tricomoniasis es una enfermedad de la vagina o la uretra causa por trichomonas vaginalis, unos microorganismos unicelulares. Que infectan con frecuencia los genitales y las vías urinarias tanto de los hombres como las mujeres. Sin embargo, las mujeres son más propensas a presentar tricomoniasis de la vagina durante sus años fértiles. (38)

En los hombres, la infección uretral es asintomática o con un mínimo de síntomas es frecuente, aunque rara vez se infecta el epidídimo y la próstata, en algunas poblaciones, Trichomonas son responsables del 5 al 10% de todos los casos de uretritis no gonocócica (39).

**A. Signos y Diagnóstico.** En las mujeres, la enfermedad suele comenzar con una secreción espumosa de color verde amarillento procedente de la vaginal, en algunos casos la secreción es ligera. La vulva puede estar irritada, dolorida y es posible que se produzcan dolor durante las relaciones sexuales. En los casos graves, la vulva y la piel que lo rodea se inflaman, al igual que los labios, de forma aislada o en las

micciones frecuentes tal como sucede en infecciones como la cistitis (40), los hombres con tricomoniasis no suelen tener síntomas pero pueden infectar a sus parejas (39), el diagnóstico se realiza por medio del frotis vaginal (41).

**B. Tratamiento.** Una dosis única de Metronidazol tomado por vía oral permite curar hasta al 95% de las mujeres infectadas; sin embargo, estas pueden sufrir una reinfección, a menos que sus parejas sexuales reciban tratamiento simultáneamente, no está claro que el tratamiento con una sola dosis sea eficaz en los hombres, que si suelen curarse después de siete días de tratamiento (41)(42).

## 4.2 MARCO CONTEXTUAL

**4.2.1 Departamento de Nariño.** Nariño se encuentra ubicado al extremo sur occidental de Colombia en la región andina y pacífica listado al norte con Cauca, al este con Putumayo, al sur con la república del Ecuador y al oeste con el océano pacífico. Cuenta con 1.766.008 habitantes. En él se distinguen tres unidades geográficas la llanura del pacífico, caracterizado por sus altas temperaturas, exuberante vegetación y abundantes lluvias; la región andina, tomada por la Sabana de Tuquerres, Guachucal y Cumbal y los volcanes Galeras y doña Juana; y la vertiente amazónica que delinea los terrenos abruptos poco aprovechables y bosques húmedos en ellos se aloja la laguna de la cocha. Nariño lo constituyen dos vertientes hidrográficas la del pacífico que incluye los ríos Patío, Guitarra, mayo, Juanambu, Pasto, Mira y Mataje; y la amazónica formada por los ríos Guamuez, Churuyaco, San Miguel, Patascoy, Afiladores y Lora. Privilegiado por la naturaleza este departamento cuenta con todos los pisos térmicos, desde los 2 M.S.N.M hasta los 4760 M.S.N.M. Tres de los más grandes accidentes geográficos del país se encuentran en Nariño, las cuencas pacíficas, amazónica y la cordillera de los andes

30

(44).

**4.2.2 San Juan de Pasto.** Ciudad capital del departamento de Nariño en el sur de Colombia, además de ser la cabecera del municipio de Pasto, la ciudad se encuentra ubicada en un valle interandino con una latitud de 2.527 metros, al pie del volcán galeras, donde la precipitación y la nubosidad son muy altas. La temperatura promedio anual es de 13°, la visibilidad, de 10 kilómetros y la humedad de 60 a 80%, Pasto está conectado hacia el norte por vía terrestre con Popayán y hacia el sur, a 78 km de distancia con Ipiales en la frontera con la república del Ecuador a través de la carretera panamericana. La distancia de Pasto a la capital de la república, Bogotá, por la vía Panamericana es de 798 km para un tiempo promedio de viaje de 18 horas (45).

**4.2.3 Sandoná (Nariño).** Sandoná es una población que se encuentra al suroccidente de Colombia en el departamento de Nariño. El Municipio de Sandoná,

forma parte de la subregión centro del Departamento de Nariño, está al occidente de la ciudad de Pasto y en las faldas noroccidentales del Volcán Galeras. La cabecera municipal, está ubicada en la antigua Meseta de Paltapamba, hoy Meseta de Sandoná, a una altura de 1.848 m.s.n.m, al pie de la Cascada de Belén y a una distancia de 48km de la Ciudad de San Juan de Pasto, por la vía circunvalar del Galeras (46).

· **Hospital Clarita Santos.** El Hospital Clarita Santos, presta sus servicios de primer nivel de atención a todos los habitantes del Municipio de Sandoná (25.730) y de acuerdo a la red de prestadores de servicios de salud en la región, aparece habilitado le sede central de la institución y el puesto de salud, El Ingenio, el hospital tiene habilitado los servicios de: atención preventiva en salud oral higiene oral; odontología general; enfermería; planificación familiar; promoción en salud; psicología; tomo de citología cérvico uterina; vacunación; consulta externa; hospitalización; apoyo diagnóstico y complementación terapéutica; urgencias; servicio farmacéutico y transporte asistencial básico.

El Hospital Clarita Santos realizo para 2017 un total de 58.375 atenciones de consulta externa, siendo las principales causa de morbilidad la gastritis, la rinofaringitis, la caries de la dentina y la hipertensión arterial, además atención 8.617 urgencias donde las principales patologías fueron las EDA, dolores abdominales, infecciones en vías urinaria y respiratorias, se reportaron un total de 359 egresos hospitalarios siendo las principales causas de morbilidad las infecciones en vías urinarias , las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, los falsos partos y partos espontáneos (47).

#### **4.3 MARCO LEGAL**

En la constitución política de 1.991 se le brinda al tema de la seguridad social una gran importancia, por lo que en 1.993 se promulgó la ley 100 que crea y regula el sistema de seguridad social integral.

Dada la naturaleza del nuevo SGSSS (mercado regulado por el Estado), su desarrollo futuro depende de la forma como el marco constitucional y legal, se traduzca en normas y estas, a su vez, en procesos de ajuste institucional que respondan con servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población. Todo esto, por supuesto, bajo el ojo del aparato regulador del Estado, que vigila y controla la aplicación de normas.

En la práctica, sin embargo, la transformación del SGSSS avanza en forma lenta y traumática, particularmente para las personas con VIH y SIDA. por ejemplo, el POS estableció la atención integral de las personas con VIH y SIDA; no obstante, estas personas continúan experimentando grandes dificultades tanto para la inscripción a

las EPS como para el acceso para la terapia antirretroviral (TRA). Para acceder a estos medicamentos, las personas con VIH y SIDA se ven obligadas a recurrir a la acción de tutela, invocando el derecho fundamental a la vida.

Ahora bien, por lo menos la mitad de las personas viviendo con VIH y SIDA no están cubiertas por el sistema; en principio, tienen acceso al sistema como participantes vinculados (régimen de transición) quienes por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado o del régimen contributivo, tiene derecho a los servicios de atención de salud a través de las Direcciones Territoriales de Seguridad Social de Salud (DTSSS), que a su vez subcontratan las Empresas Sociales del Estado (ESE) o las IPS privadas. Sin embargo, las DTSSS no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir de forma continua y adecuada el suministro de los medicamentos antirretrovirales.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los factores clínicos y sociodemográficos de la población adulta con infecciones de transmisión sexual (ITS), atendida en el Hospital Clarita Santos de Sandoná, Nariño entre 2005 – 2018.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar sociodemográfica y clínica la población con ITS atendida en el Hospital Clarita Santos entre 2005.2018.
- Identificar el tipo de infección de transmisión sexual más común en la población

atendida en el Hospital Clarita Santos entre 2005.2018.

- Evaluar los factores clínicos y sociodemográficos según tipo de ITS en la población atendida en el Hospital Clarita Santos entre 2005.2018.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 DEFINICIÓN DEL TIPO DE ESTUDIO

**Enfoque:** cuantitativo

**Tipo de Estudio:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, Tiempo - Retrospectivo

### 6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

**6.2.1 Población.** Corresponde a las 181 personas adultas (18 y 74) años de edad,

registradas con diagnóstico de ITS en la base de datos del Hospital Clarita Santos del municipio de Sandoná, entre los años 2005 – 2018,

**6.2.2 Muestra.** Se realizó un censo de toda la población diagnosticada con ITS, sin embargo, se realizó un filtro según los criterios de selección.

### **6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de ITS (VIH B20-B24) o (gonorrea, tricomoniasis, clamidia, herpes genital y sífilis A50-A64) (37). Atendidos entre 2005 y 2018 en el Hospital Clarita Santos.
- Pacientes mayores de edad con diagnóstico de ITS atendidos entre 2005 y 2018 en el Hospital Clarita Santos.
- Pacientes atendidos en el servicio de urgencias, observación de urgencias, consulta externa u hospitalización con diagnóstico de ITS atendidos entre 2005 y 2018 en el Hospital Clarita Santos.

#### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que en la historia no presentaron sustento clínico y/o de laboratorio para la confirmación diagnóstica de la ITS.
  - Historias clínicas con pérdida de información clínica y sociodemográfica

34

superior al 10%.

### **6.4 SESGOS**

**Sesgos de Selección:** para controlar los sesgos de selección se realizó una búsqueda activa de los pacientes con diagnósticos confirmados de ITS, que a su vez fue corroborada por medio de la revisión de historia clínica.

### **6.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se diseñó un instrumento en el software Microsoft Excel ® 2010, con base en la operacionalización de variables, anteriormente descrita la cual fue prevalidada por medio de la herramienta “validación de datos”, para evitar errores en la digitación, este instrumento se someterá a revisión por parte de una mesa de expertos donde participe el asesor del proyecto, personal asistencial del Hospital Clarita Santos y los investigadores, este instrumento será piloteado en una IPS del municipio de San Juan de Pasto donde se evaluarán los tiempos de recolección de información y las principales dificultades que puedan surgir en el proceso de recolección.

## **6.6 PROCEDIMIENTO**

**6.6.1 Recolección de la Información.** Para la recolección de la información se contó con el apoyo del ingeniero de sistemas del Hospital Clarita Santos, a quien se le suministró los códigos CIE 10 de las enfermedades de transmisión sexual de interés para la investigación, con la base de datos suministrada por sistemas se completó la información según la operacionalización de variables establecida (Anexo B) por medio de la revisión de historias clínicas realizada por dos estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín de la facultad de medicina, sede Pasto, con el apoyo de la encargada de gestión documental del hospital.

**6.6.2 Plan de Análisis Estadístico.** Para dar cumplimiento de los objetivos, se realizó un análisis univariado de los factores clínicos y sociodemográficos, para las variables cualitativas se calculó las frecuencias absolutas y relativas, presentadas por medio de tablas y gráficos de barras, mientras para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencia central como la media, la mediana y la desviación estándar, los resultados se presentaron en tablas y gráficos, por último se realizaron tablas de contingencia para evaluar las características sociodemográficas y clínicas en función del tipo de ITS.

## **6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

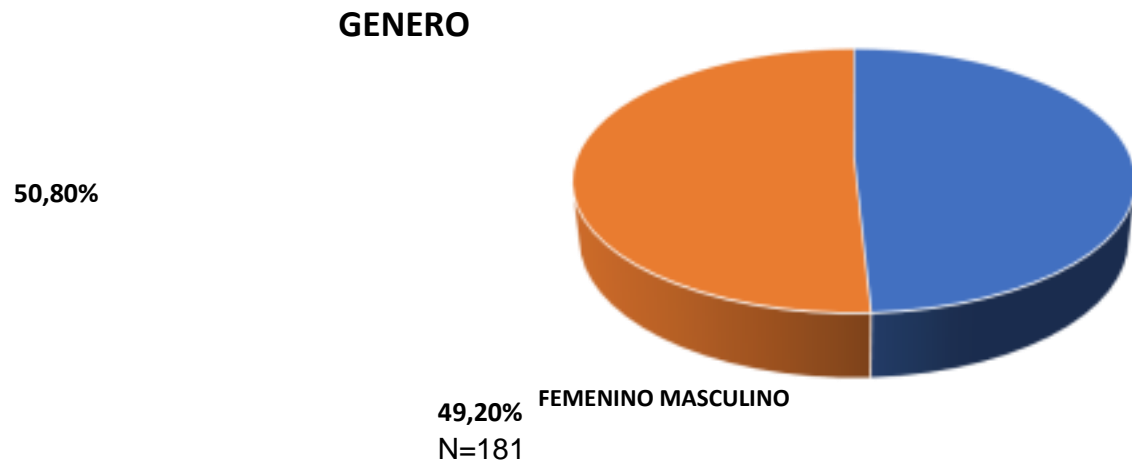
La presente investigación se orientó en lo reglamentado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según sus lineamientos y su clasificación, esta propuesta de investigación pertenece a investigación sin riesgo, por ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran la revisión de historias clínicas.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 CARACTERIZAR SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA LA POBLACIÓN CON ITS ATENDIDA EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS ENTRE 2005.2018

Para dar solución al primer objetivo planteado, se realizó un análisis exploratorio de cada grupo de variables para conocer propiedades y condiciones importantes de las infecciones de transmisión sexual en la población atendida en el Hospital Clarita Santos del municipio de Sandoná; teniendo en cuenta la naturaleza de los datos, se utiliza frecuencias, porcentajes y además un análisis bivariado a través de tablas de contingencia.

**Gráfica 1. Género de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

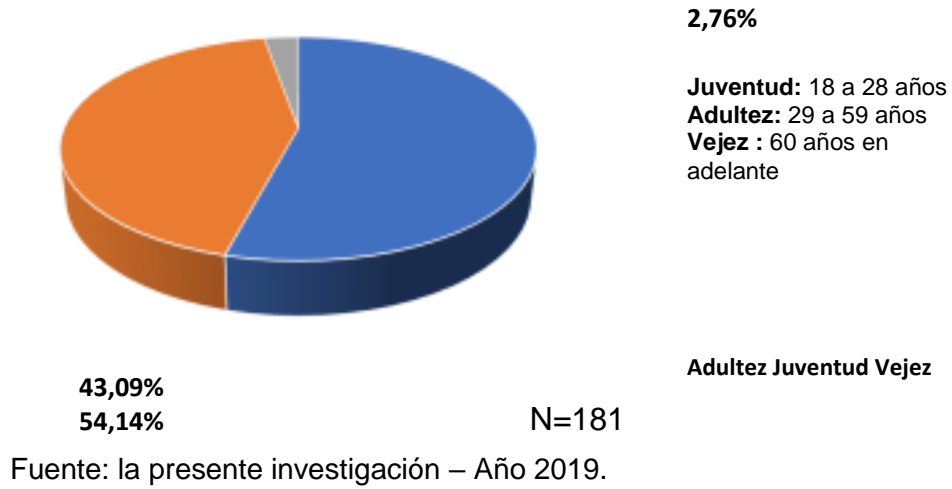


Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Del total de los pacientes que fueron diagnosticados de alguna ITS el 50,8% (92) corresponden al género masculino mientras que el 49,2% (89) de los pacientes corresponde al género femenino, se puede observar que el diagnóstico de ITS se distribuye aproximadamente igual para los dos géneros.

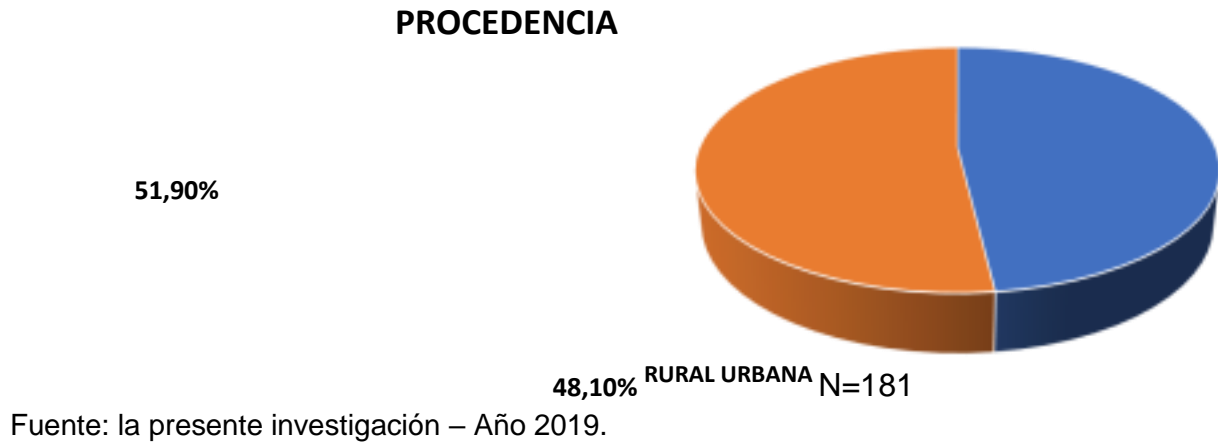
**Gráfica 2. Edad de diagnóstico de las ITS en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

### EDAD DE DIAGNOSTICO



Se encontró que el 54,14% (98) de la población son adultos entre los 29 y 59 años mientras que el 43,09% (78) son jóvenes con 18 a 28 años y en menor proporción se encontraban con un 2,76% (5) los de edad de vejez.

**Gráfica 3. Procedencia de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

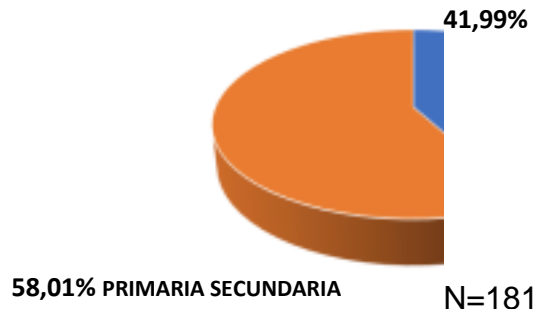


Según la zona de residencia el 51,90%(94) de los pacientes son de zona urbana mientras que el 48,1%(87) es de zona rural, de lo cual podemos observar que la tasa de ITS afecta tanto zona urbana como rural.

**Gráfica 4. Escolaridad de la población objeto de estudio del Hospital Clarita**

## Santos entre 2005 y 2018

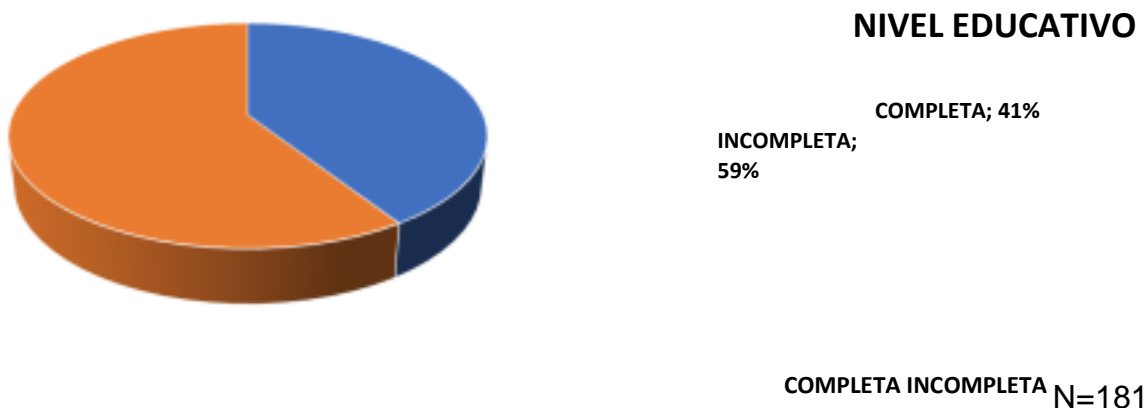
### ESCOLARIDAD



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Respecto al nivel educativo se encontró que el 58,01%(105) pacientes tiene estudios hasta básica secundaria, mientras el 41,99%(76) restante contaba con básica primaria.

**Gráfica 5. Nivel educativo de la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

39

La mayoría de los pacientes 59% (107) refirió que su nivel de escolaridad, de básica primaria o secundaria es incompleto, mientras el 40,9%(74) restante confirmo que su escolaridad era completa.

**Tabla 1. Estado civil para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018**

<b>ESTADO CIVIL</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casado(a)	33	18,2%
Soltero(a)	89	49,2%
Unión libre	57	31,5%
Viudo	2	1,1%
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Evaluando el estado civil se encontró que la mayoría 49,2% (89) de los pacientes corresponden a solteros, seguidos por lo de unión libre 31,5% y casados 18,2% y en último lugar los viudos equivalentes a 1,10% (2).

**Tabla 2. Ocupación para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018**

<b>TIPO DE OCUPACIÓN</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Agricultor	14	7,7%
Ama de casa	44	24,3%
Artesana	20	11,0%
Comerciante	44	24,3%
Conductor	4	2,2%
Desempleado	6	3,3%
Estudiante	26	14,4%
Obrero	21	11,6%
Sin	2	1,1%

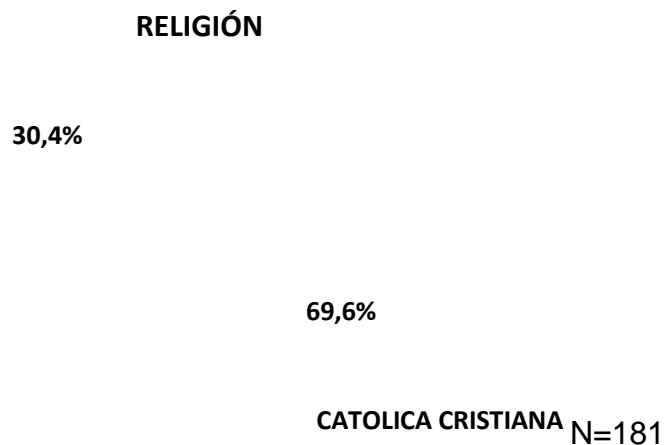
información		
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

De acuerdo a la ocupación se encontró que el 24,3% (44) de los pacientes corresponden a amas de casa y en igual porcentaje a comerciantes, sumando entre ambos casi la mitad del total, mientras que la ocupación menos frecuente fue la de

conductor con un 2,2%(4). Es preocupante observar que un 14,4% (26) de los pacientes con ITS son estudiantes.

### **Gráfica 6. Religión para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

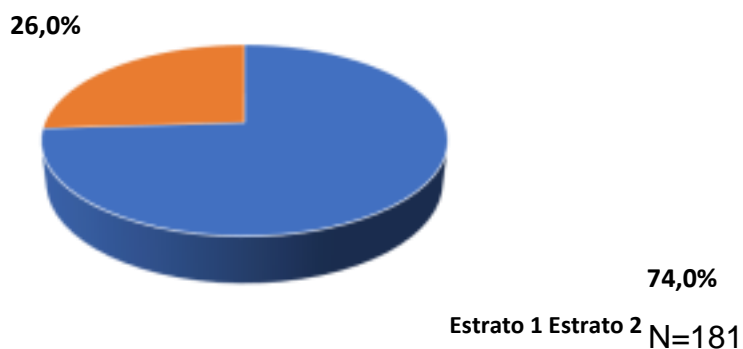


Fuente: la presente investigación – Año 2019.

La mayoría de los participantes equivalente al 69,6%(126) pacientes afirmo ser practicante de la fe católica, mientras el 30,4%(55) restante afirmo pertenecer a la religión cristiana.

### **Gráfica 7. Estrato para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**ESTRATO**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

41

De acuerdo al estrato socioeconómico, se encontró que el 74,0%(122) corresponden a estrato uno, mientras que el 26,0% restante corresponde a un estrato dos.

**Tabla 3. Lugar de nacimiento para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018**

LUGAR DE NACIMIENTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Cali	8	4,4%
El tambo	2	1,1%
Magdalena	2	1,1%
Medellín	4	2,2%
Pasto	2	1,1%
Pereira	2	1,1%
Putumayo	21	11,6%
Samaniego	2	1,1%
Sandoná	138	76,2%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 76,2% (138) son procedentes de Sandoná seguido de 11,6%(21) procedentes

de Putumayo, y con menor proporción con un 1,1% (2) se encuentran con el Tambo, Magdalena, Pasto, Pereira y Samaniego.

**Tabla 4. Departamento de nacimiento para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018**

	Frecuencia	Porcentaje
Antioquia	4	2,20%
Magdalena	2	1,10%
Nariño	144	79,60%
Putumayo	21	11,60%
Risaralda	2	1,10%
Valle	8	4,40%
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,00%</b>

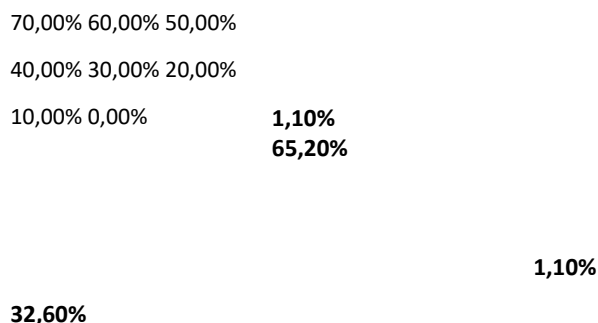
Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 79,60% (144) de los pacientes son procedentes del departamento de Nariño, y en menor cantidad se encuentra Magdalena y Risaralda con 1,10% (2) pacientes cada uno.

42

**Gráfica 8. Seguridad social para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

### SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Según el tipo de aseguradora en salud se encontró que el 65,2%(118) de los pacientes corresponden a la aseguradora de Emssanar, y el resto a otras aseguradoras como Asmet, Caprecom y Nueva EPS.

**Gráfica 9. Desplazamiento y conflicto armado para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**DESPLAZADO O CONFLICTO ARMADO**

30,40%

69,60%

NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Al evaluar entre los pacientes el haber sido víctimas de desplazamiento o del conflicto armado interno en el país, se encontró que el 30,4% (55) afirmaron haber sufrido este flagelo en algún momento previo de sus vidas.

43

**Gráfica 10. Pareja estable para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**PAREJA ESTABLE**

45,30%

54,70%

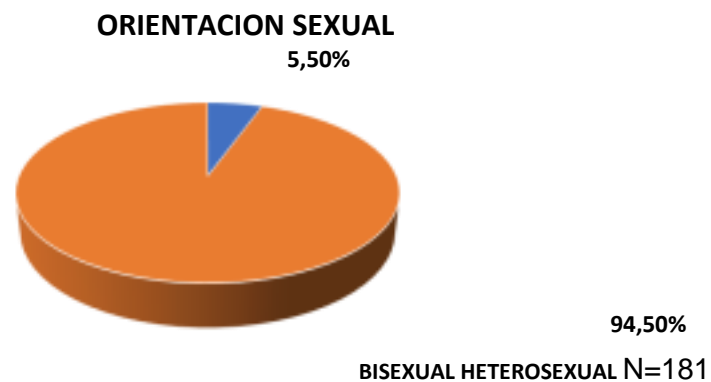


NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

De acuerdo al tener o no una pareja sexual estable, se encontró que el 54,7% (99) de los pacientes confirmo tener pareja estable al momento de la consulta, mientras que el 45,3% (82) no la tiene.

**Gráfica 11. Orientación sexual para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

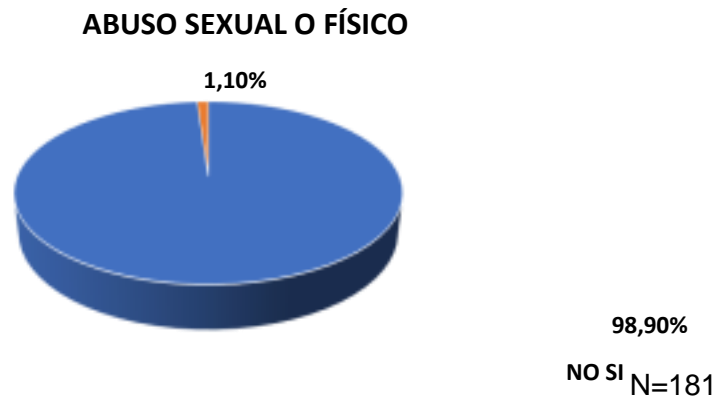


Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Según la orientación sexual se encontró que el 94,5% (171) pacientes afirmaron tener una orientación heterosexual, mientras que el 5,5% (10) restante se declaró bisexual.

44

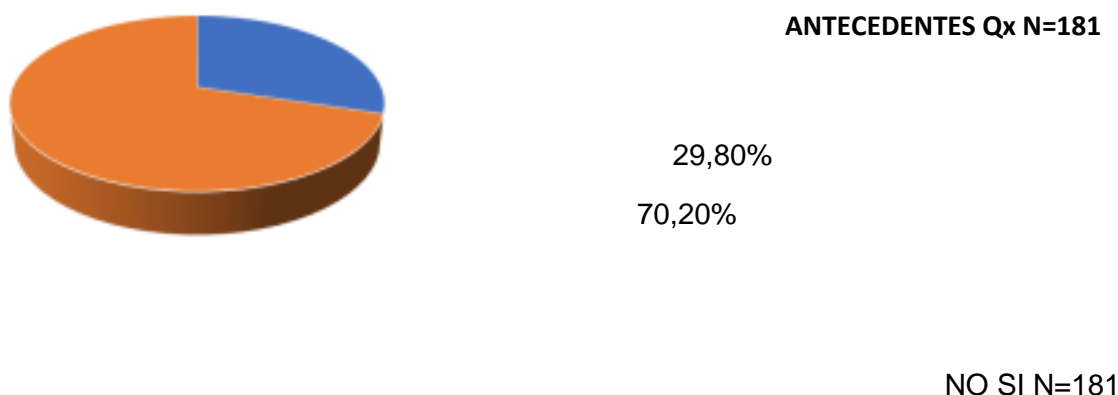
**Gráfica 12. Abuso sexual o físico para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Solo el 1,1% (2) de los pacientes reportaron haber tenido abuso sexual o físico. A pesar de ser un porcentaje bajo, es de gran preocupación considerado que Sandoná es una región de pocos habitantes.

**Gráfica 13. Antecedentes quirúrgicos para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

La mayoría equivalente al 70,20% (127) de los pacientes ha tenido al menos un antecedente quirúrgico en la vida, mientras que 29,80% (54) pacientes nunca ha tenido una cirugía.

45

**Tabla 5. Según el tipo de antecedentes quirúrgicos para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

TIPO DE ANTECEDENTE QX		
	Frecuencia	Porcentaje
Apendicetomía	22	12,2%
Cesárea	22	12,2%
Circuncisión	4	2,2%
Colecistectomía	12	6,6%
Fractura	5	2,8%

Herniorrafía	14	7,7%
Histerectomía	13	7,2%
Laparotomía	13	7,2%
Legrado	2	1,1%
Pancreatitis	2	1,1%
Pomeroy	15	8,3%
Salpingostomía	1	0,6%
Úlcera péptica perforada	2	1,1%
Ninguno	54	29,8%
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 29,80% (54) de los pacientes corresponden sin antecedentes quirúrgicos pero un 12,2% (22) de los pacientes presentaron apendicetomía y en la misma proporción paciente con antecedentes de cesárea y el resto presentaron otro tipo de antecedente quirúrgico.

**Gráfica 14. Antecedentes quirúrgicos clasificados por especialidades y subespecialidad para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

80 CLASIFICACIÓN POR ESPECIALIDADES U SUBESPECIALIDADES

69

53 54

60

40

20

0

5

CX GENERAL CX OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA NINGUNO ORTOPEDIA N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 38,1% (69) de los pacientes corresponden a cirugía general seguido del 29,8% (54) que son pacientes que nunca han tenido una cirugía, y con 2,8% (5) que corresponden a cirugía por ortopedia.

**Tabla 6. Número de hospitalizaciones después del diagnóstico de una ITS para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
3 hospitalizaciones o menos	104	57,5%
4 hospitalizaciones o mas	77	42,5%
	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 57,5% (104) de los pacientes fueron hospitalizados 3 o menos veces y el 42,5% (77) paciente fueron hospitalizados más de 4 veces.

**Gráfica 15. Reingreso antes de un mes al servicio de hospitalización para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 58,0% (105) de los pacientes corresponde de haber tenido reingresos repetidos antes de un mes al servicio de hospitalización.

47

**Tabla 7. Razón de la hospitalización para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>RAZÓN DE HOSPITALIZACIÓN</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Convulsiones	2	1,1%
Difteria	3	1,7%
Dolor abdominal	41	22,7%
Dolor pélvico	10	5,5%
Eda	24	13,3%
Hemorragia de vías digestivas	3	1,7%
Migraña	7	3,9%
Neumonía	3	1,7%
Trauma	12	6,6%
Ninguno	76	42,0%
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 42,0%(76) del paciente no han presentado ningún reingreso antes de un mes, pero un 22,7%( 41) de los pacientes presentaron reingreso por dolor abdominal, y que 1,1%(2) de los pacientes reingresaron por convulsiones siendo la menor causa de reingreso.

**Tabla 8. Razón de la hospitalización clasificada por especialidades para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005 y 2018**

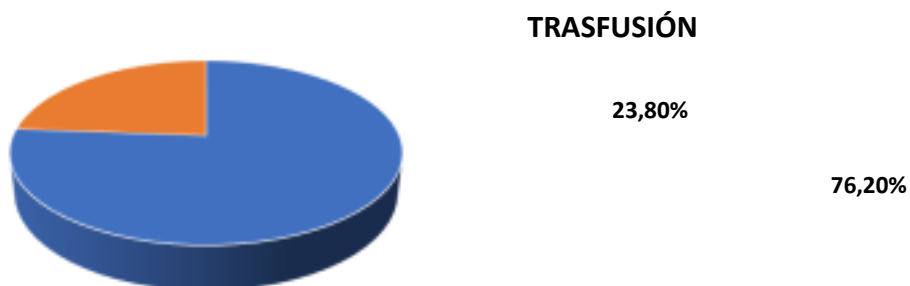
<b>CLASIFICACIÓN POR ESPECIALIDADES</b>		
Ginecología y obstetricia	10	5,5%
Medicina interna	74	40,9%
Neurología	9	5,0%
Ninguno	76	42,0%
Traumatología	12	6,6%
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 42,0%(76) de los pacientes no presentaron ningún reingreso al servicio de hospitalización, pero se logra observar que 40,9%(74) de los pacientes tuvieron reingreso por el servicio de medicina interna, y con un 5%(9) los pacientes por servicio de neurología siendo la de menor proporción.

48

**Gráfica 16. Transfusión para la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

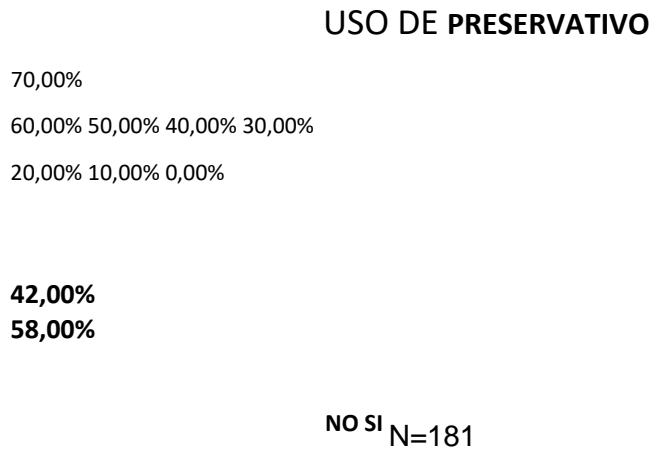


NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 76,20% (138) de los pacientes corresponden que nunca tuvieron transfusión, y que un 23,80% (43) de los pacientes si tuvieron transfusión.

### Gráfica 17. Uso de preservativo en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018

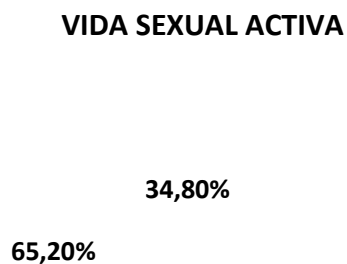


Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 58,0% (105) pacientes corresponden que, si usan preservativo, y un 42,0% (76) de los pacientes que no usan preservativo.

49

### Gráfica 18. Vida sexual activa en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018



NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 65,20% (118) de los pacientes corresponden que tiene una vida sexual activa, y

un 34.80% (63) de los pacientes no tienen una vida sexual activa.

**Gráfica 19. Número de parejas sexuales en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES**

32,04%

67,96%

mas de 4 menos o igual a 3 N=181  
c

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En cuanto al número de parejas el 67,96% (123) de los pacientes corresponden que han tenido relaciones sexuales con más de 4 parejas y que un 32,04% (58) del paciente con menos de 3 parejas

50

**Tabla 9. Menarquia en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>MENARQUIA</b>		
11 años	6	3,3%
12 años	15	8,3%
13 años	28	15,5%
14 años	31	17,1%
15 años	7	3,9%
16 años	2	1,1%

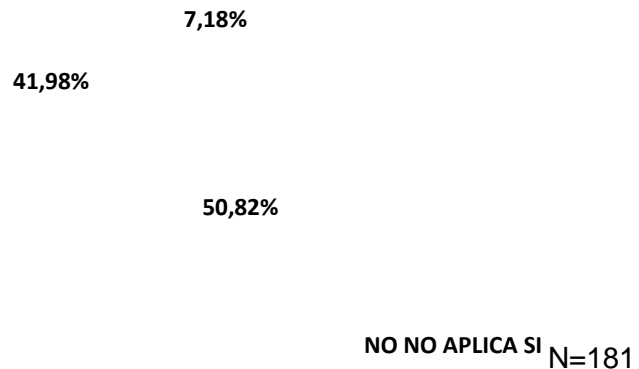
No aplica	92	50,8%
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

La grafica nos muestra que el 50,8%(92) pacientes no aplica ya ellos son hombres, pero del total de mujeres el 17,1% (31) de las pacientes tuvieron su primera menstruación a los 14 años, y con un 1,1% (2) de las pacientes a los 16 años siendo la de menor proporción.

**Gráfica 20. Planificación en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**PLANIFICA**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 50,82% (92) de la población corresponde no aplica ya que ellos son hombres, pero un 41,98% (76) de los pacientes si planifican mientras que el 7,18% (13) de los pacientes no planifican.

**Tabla 10. Modo de planificación de mujeres en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

MODO DE PLANIFICACIÓN		

Definitiva	19	21,34%
Ninguno	13	14,60%
Temporales	57	64,04%
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Se encontró que el 21,34% (57) de las pacientes tiene un método temporal y que el 14,60% (13) de las pacientes no utiliza ningún método de planificar.

**Tabla 11. Tipo de planificación de mujeres en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

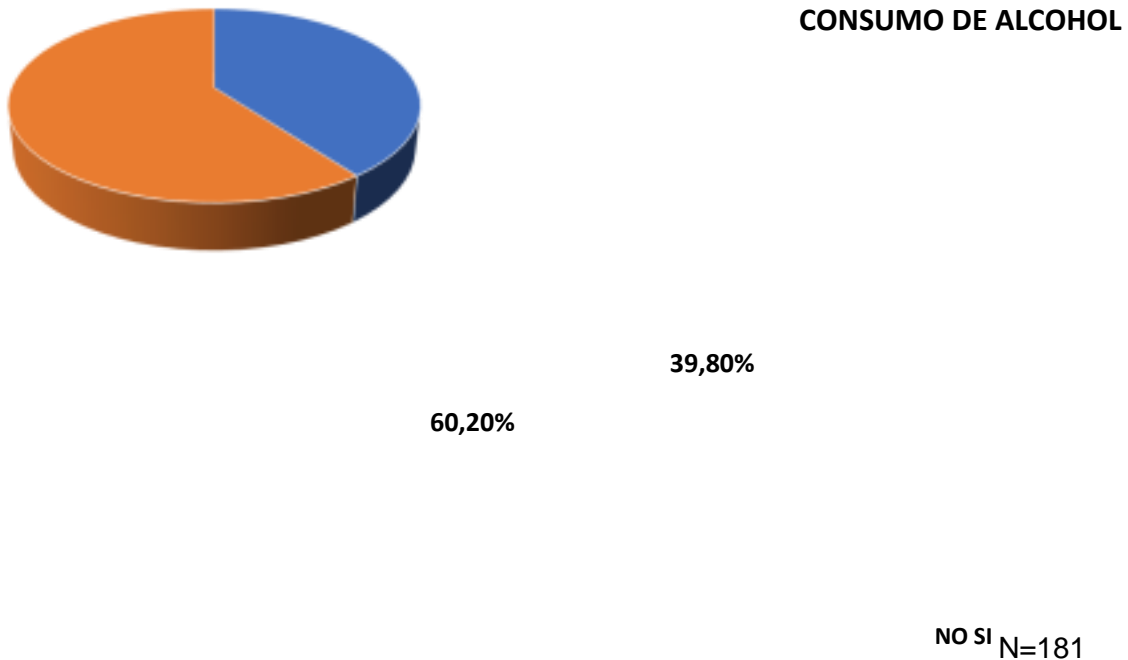
<b>Tipo de planificación</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
DIU	1	1,12%
Inyección	7	7,86%
Oral	4	4,49%
Pomeroy	12	13,48%
Preservativo	13	14,60%
DIU y preservativo	6	6,74%
Inyección y preservativo	5	5,61%
Oral y preservativo	8	8,98%
Pila y preservativo	13	14,60%
Pomeroy y preservativo	7	7,86%
Ninguno	13	14,60%
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Se encontró que el 14,60% (13) pacientes planifican pila y además usan preservativo al igual que un 14,60% (13) solo usan preservativo y con el mismo porcentaje 14,60% (13) no tienen un método de planificar planifican y en menor proporción DIU con un 1,12% (1) de las pacientes lo cual nos muestra que una parte de las muer solo tienen método de planifica o no tiene método de planificación pero de igual forma no tiene algún método para prevenir la ITS

52

**Gráfica 21. Consumo de alcohol en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

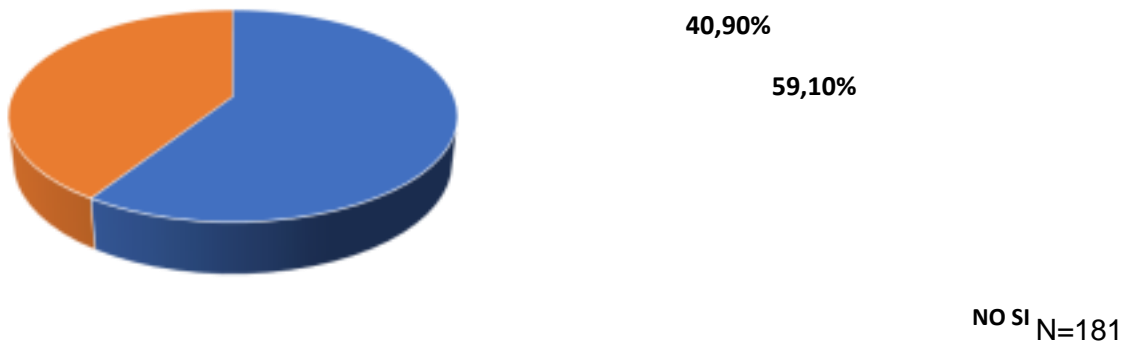


Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Se encontró que 60,20% (109) de los pacientes si consumen alcohol, y que un 39,80% (72) de los pacientes no han consumido alcohol.

**Gráfica 22. Exposición al humo de leña en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

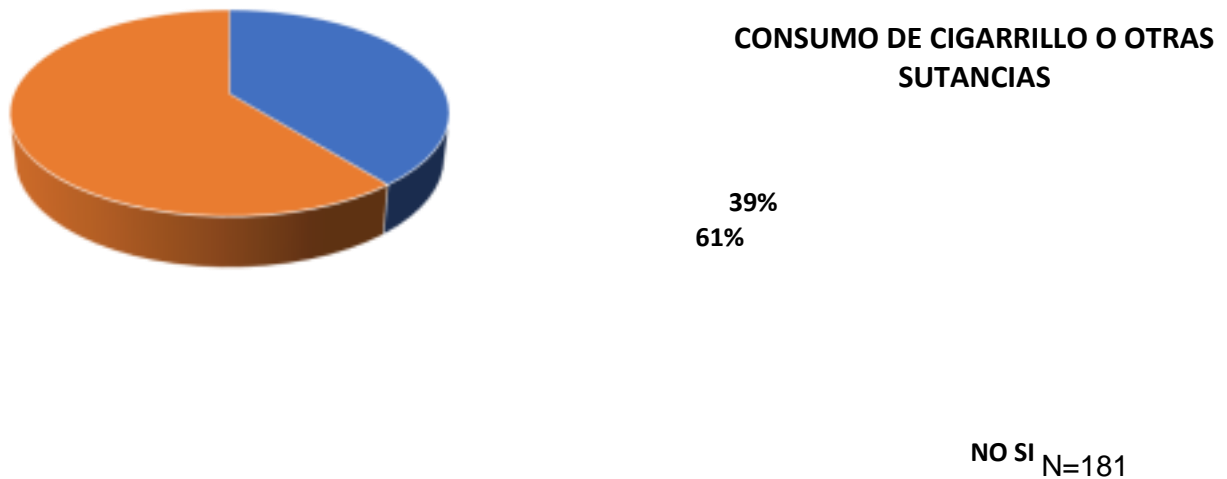
**EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Se encontró que el 59,10% (107) de los pacientes si han presentado exposición al humo leña, y un 40,90% (72) de los pacientes no han presentado exposición a humo de leña.

53  
**Gráfica 23. Consumo de cigarrillo u otras sustancias psicoactivas en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Se encontró que 61% (110) pacientes si tiene hábitos tóxicos como el consumo de cigarrillo, y un 39% (71) de los pacientes corresponden a los pacientes que no tienen consumo de cigarrillo.

**Gráfica 24. Antecedentes patológicos paternos en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PATERNOS**

41,40%

58,60%

NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 58,6% (106) de los pacientes no presentan antecedentes patológicos paternos, mientras que el 41,40% (75) de los pacientes si presenta antecedentes patológicos paternos.

54

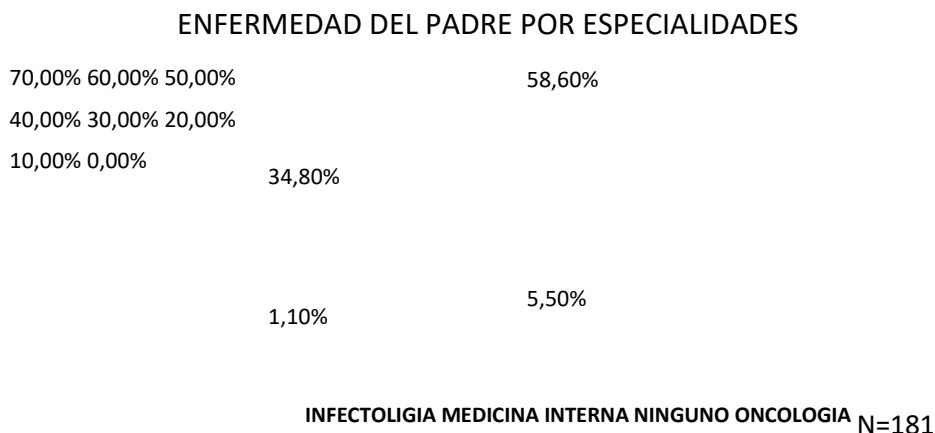
**Tabla 12. Tipo de antecedente patológico paterno en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>TIPO DE ENFERMEDAD DEL PADRE</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer	9	5,0%
DM	25	13,8%
Hipotiroidismo	4	2,2%
HTA	31	17,1%
IAM	2	1,1%
IRC	2	1,1%
VIH	2	1,1%
Ninguno	106	58,6%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Del total se identifica que 31 pacientes tienen antecedentes patológicos paternos de HTA correspondiente al 17.1% de la población y se observó que 58,60% (106) de los pacientes no presentan antecedentes patológicos paternos.

**Gráfica 25. Tipo de antecedente patológico paterno por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

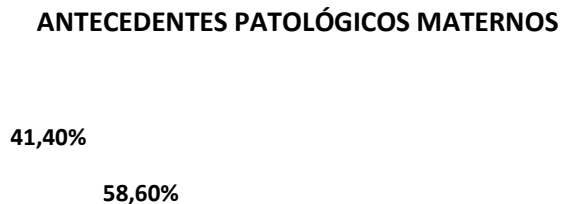


Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 34,8% corresponde a medicina interna, el 5,5% por manejo de oncología, el 1,1% infectología, y el 58,6% de la población hace referencia de no tener ningún antecedente patológico paterno

55

**Gráfica 26. Antecedente patológico maternos en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

106 pacientes no presentan antecedentes patológicos maternos correspondiente al 58,6% de la población total mientras que 75 pacientes correspondiente a 41,1% si presenta antecedentes patológicos maternos.

**Tabla 13. Tipo de antecedente patológico materno en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>TIPO DE ENFERMEDAD DE MADRE</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
ACV	2	1,1%
CANCER	15	8,3%
DM	14	7,7%
EPILEPSIA	2	1,1%
HIPOTIROIDISMO	4	2,2%
HTA	38	21,0%
NINGUNA	106	58,6%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Según los antecedentes maternos se encontró que 38 pacientes tienen antecedentes patológicos maternos de HTA correspondiente al 21,0% de la población, y se observó que 58,6% (106) de los pacientes no presentan antecedentes patológicos maternos.

56

**Tabla 14. Tipo de antecedente patológico materno por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>ENFERMEDAD DE LA MADRE POR ESPECIALIDADES</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	56	30,9%
Neurología	4	2,2%
Ninguna	106	58,6%

Oncología	15	8,3%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

El 30.9% corresponde a medicina interna, el 8,3% por manejo de oncología, el 2,2% neurología mientras que el 58,6% de la población hace referencia de no tener antecedentes patológicos maternos.

**Tabla 15. Antecedentes patológicos del paciente en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
ACV	2	1,1%
Asmático	4	2,2%
Cáncer	4	2,2%
Colitis	2	1,1%
Desnutrición	2	1,1%
Dislipidemia	16	8,8%
DM	4	2,2%
DM HTA	2	1,1%
Enfermedad ácido péptica	16	8,8%
Epilepsia	4	2,2%
Epixtasis	2	1,1%
Hipotiroidismo	12	6,6%
HTA	13	7,2%

Lupus	2	1,1%
Neumonía	2	1,1%
Psiquiátrico	4	2,2%
Rinitis	5	2,8%
TBC	2	1,1%
Ninguna	83	45,9%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

57

16 pacientes presentan antecedentes patológicos correspondiente a 8,8 % de la población y se observa que 83 pacientes no presentan antecedentes patológicos correspondiente a 45,9% de la población

**Tabla 16. Antecedentes patológicos del paciente por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE POR ESPECIALIDAD</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	71	39,2%
Neumología	6	3,3%
Neurología	6	3,3%
Oncología	4	2,2%
Otorrinolaringólogo	7	3,9%
Psiquiatría	4	2,2%
Ninguna	83	45,9%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

De la población con antecedentes patológicos clasificados por especialidad corresponde a 71 pacientes por medicina interna correspondiente al 39.2% de la población y se encontró que oncología y psiquiatría con 4 paciente correspondiente al 2,2% de la población adema se presentó que 83 pacientes no presentan ningún antecedente.

**Gráfica 27. Diagnóstico de alguna enfermedad en los últimos 3 años en la paciente por especialidad en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**FUE DIAGNOSTICADA DE ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS  
ULTIMOS 3 AÑOS**

29,80%

70,20%

NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

58

La población que fue diagnosticada con alguna enfermedad en los últimos 3 años que 127 pacientes fue una respuesta positiva correspondiente al 70,2% de la población y 54 pacientes no fueron diagnosticados de ninguna enfermedad correspondiendo al 29,8% de la población.

**Gráfica 28. IVU en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**IVU**

42,50%

57,50%

NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

104 pacientes fueron diagnosticados de por lo menos una vez de IVU correspondiente al 57,5% de la población y 77 pacientes no reportaron IVU corresponde al 42,5% de la población.

### Gráfica 29. Citología en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018

#### CITOLOGÍA

3,30%

45,90%

50,80%

NO NO APLICA SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

59

Un total de 83 pacientes se realizaron la citología correspondiente al 45,9% de la población y 6 pacientes no se realizaron corresponde al 3.3% de la población además 92 pacientes los cuales no aplica ya que son hombres corresponde al 50,8% de la población total.

Tabla 17. Citología en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018

RESULTADO		
	Frecuencia	Porcentaje
Atrofia	4	2,2%
Inflamación moderada	42	23,2%
Ninguno	6	3,3%

No aplica	92	50,8%
No reporta	6	3,3%
Normal	31	17,1%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

42 pacientes reportaron como resultado inflamación moderada correspondiente al 23,2% de la población y en menor proporción 4 pacientes con reporte de atrofia que corresponde al 2,2% de la población además 92 pacientes los cuales no aplica ya que son hombres corresponde al 50,8% de la población total.

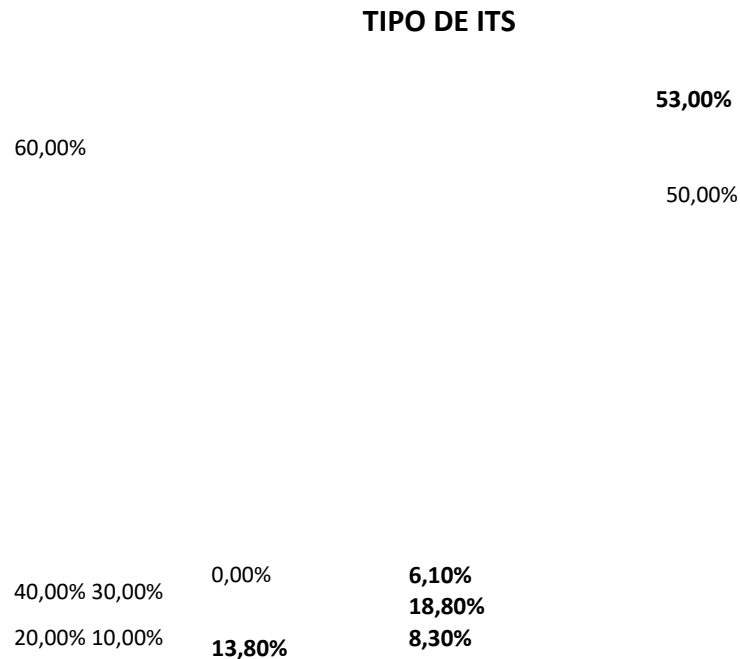
## 7.2. IDENTIFICAR EL TIPO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMÚN EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS ENTRE 2005.2018

**Tabla 18. Tipo de ITS diagnosticada ahora en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

TIPO DE ITS		
	Frecuencia	Porcentaje
Gonorrea	25	13,8%
Herpes	11	6,1%
Sífilis	34	18,8%
Sífilis gestacional	15	8,3%
VIH	96	53,0%
Total	181	100,0%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

**Gráfica 30. Tipo de ITS diagnosticada ahora en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**



GONORREA HERPES SIFILIS SIFILIS GESTACIONAL VIH

N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

96(53.0%) pacientes corresponde infección de VIH – SIDA, 34 (18.8%) pacientes corresponden a sífilis, 25 (13.8) pacientes corresponden a gonorrea, 15 (8.3%) pacientes corresponden a sífilis gestacional y un 11(6.1%) pacientes corresponde a herpes.

**Gráfica 31. Tipo de ITS diagnosticada ahora en la población objeto de estudio del Hospital Clarita Santos entre 2005.2018**

**TRATAMIENTO**

3,30%

96,70%  
NO SI N=181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

61

El 96,70% (175) de los pacientes se encuentran en tratamiento para su ITS, y solo un 3,30% (6) de los pacientes no se encuentran en tratamiento.

### 7.3 EVALUAR LOS FACTORES CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN TIPO DE ITS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS ENTRE 2005.2018

Para dar cumplimiento a este objetivo se va asociar los factores clínicos y sociodemográficos según tipo de ITS en la población atendida en el Hospital Clarita Santos entre 2005.2018

**Tabla 19. Año de diagnóstico según el tipo de ITS en el Hospital Clarita Santos de Sandoná**

Tabla de contingencia AÑO * TIPO DE ITS							
		TIPO DE ITS					Total
		GONORREA	HERPES	SÍFILIS	SÍFILIS GESTACIONAL	VIH	
AÑO	2005	0	0	0	0	2	2
	2006	1	0	0	1	5	7
	2007	2	0	8	2	10	22
	2008	1	2	3	0	10	16
	2009	0	2	1	0	8	11
	2010	0	0	1	0	4	5

	2011	2	0	4	0	9	15
	2012	1	0	3	0	6	10
	2013	4	2	0	0	6	12
	2014	0	2	7	0	9	18
	2015	4	0	3	0	5	12
	2016	6	3	2	0	12	23
	2017	4	0	2	10	9	25
	2018	0	0	0	2	1	3
Total		25	11	34	15	96	181

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 19 podemos observar que se presentaron más casos de ITS en el año 2017 siendo más relevante la sífilis gestacional y menor cantidad sífilis, además se puede observar que el año 2005 fue donde menos se presentaron casos de ITS donde se puede observar solo dos casos de VIH.

62

**Tabla 20. Características sociodemográficas según el tipo de ITS en el Hospital Clarita Santos de Sandoná.**

Características sociodemográficas			Tipo de ITS					Total	P valor (chi cuadrado)
			Gonorrea	Herpes	Sífilis	Sífilis gesta	VIH		
Sexo	F	n	10	11	30	15	23	89	No se calculó P valor
		%	11,2%	12,4%	33,7%	16,9%	25,8%	100,0%	
	M	n	15	0	4	0	73	92	
		%	16,3%	,0%	4,3%	,0%	79,3%	100,0%	
Edad de diagnóstico	Juventud	n	18	6	21	4	29	78	No se calculó P valor
		%	23,0%	7,6%	26,9%	5,1%	37,1%	100	

	Adultez	N	7	5	13	11	62	98	
		%	7,14%	5,10%	13,26%	11,22%	63,26%	100%	
	Vejez	N	0	0	0	0	5	5	
		%	,0%	,0%	,0%	,0%	100%	100%	
Escolaridad	Primaria	n	7	6	16	2	45	76	0.059
		%	9,2%	7,9%	21,1%	2,6%	59,2%	100,0%	
	Secundar	n	18	5	18	13	51	105	
		%	17,1%	4,8%	17,1%	12,4%	48,6%	100,0%	
Procedencia	Rural	n	12	9	10	7	49	87	0,039
		%	13,79%	10,34%	11,49%	8,04%	56,32%	100%	
	Urbana	n	13	2	24	8	47	94	
		%	13,82%	2,12%	25,53%	8,51%	50%	100%	
Estrato	1	n	15	7	29	12	71	134	0.223
		%	11,2%	5,2%	21,6%	9,0%	53,0%	100,0%	
	2	n	10	4	5	3	25	47	
		%	21,3%	8,5%	10,6%	6,4%	53,2%	100,0%	
Orientación sexual	Heterosexual	n	25	9	34	15	88	171	No se calculó P valor
		%	14,61%	5,26%	19,88%	8,77%	51,46%	100%	
	Bisexual	n	0	2	0	0	8	10	
		%	,0%	20%	,0%	,0%	80%	100%	
Estado civil	Casado(A)	n	5	0	4	2	22	33	No se calculó P valor
		%	15,15%	,0%	0,12	6,06%	66,66%	100%	
	Soltero(A)	n	16	7	16	7	43	89	
		%	17,97%	7,86%	17,97%	7,86	48,31%	100%	
	Unión libre	n	4	4	14	6	29	57	
		%	7,01%	7,01%	24,56%	10,52%	50,87%	100%	
	viudo	n	0	0	0	0	2	2	
		%	,0%	,0%	,0%	,0%	100%	100%	
Ocupación	Agricultor	n	2	0	4	0	8	14	No se calculó P valor
		%	14,28%	,0%	28,57%	,0%	57,14%	100%	
	Ama de casa	n	5	4	13	8	14	44	

	%	11,36%	9,09%	29,54%	18,18%	31,81%	100%
Artesana	n	0	3	10	5	2	20
	%	,0%	15%	50%	25%	10%	100%
Comerciante	n	4	0	4	2	34	44
	%	9,09%	,0%	9,09%	4,54%	77,27%	100%
Conductor	n	0	0	0	0	4	4
	%	,0%	,0%	,0%	,0%	100%	100%
Desempleado	n	0	0	0	0	6	6
	%	,0%	,0%	,0%	,0%	100%	100%
Estudiante	n	12	4	0	0	10	26
	%	46,15%	15,38%	,0%	,0%	38,41%	100%
Obrero	n	2	0	3	0	16	21
	%	9,52%	,0%	14,28%	,0%	76,19%	100%
Sin información	n	0	0	0	0	2	2
	%	,0%	,0%	,0%	,0%	100%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

63

Según se muestra en los resultados (Tabla 20), las asociaciones significativas según el tipo de ITS aparecen respecto a la variable procedencia con ( $p$  valor = 0,039) esto teniendo en cuenta que el valor  $p$  es menor de 0,05, por lo que se puede concluir que hay suficiente evidencia para plantear que la variable mencionada están relacionadas con el tipo de ITS. Donde la variable según el lugar de procedencia tanto para la zona urbana como la rural prevalece el VIH.

Para las variables escolaridad con ( $p$  valor =0,059), y estrato con ( $p$  valor=0,223) donde el valor  $p$  es mayor de 0.05 por tanto no hay asociaciones significativas, sin embargo, cabe resaltar que en cuanto a la escolaridad primaria como secundaria predomina más el VIH al igual que en el estrato socio económico se puede determinar que casi la mayor parte de la población pertenecen a un nivel de estrato 1 en donde predomina más el VIH. Además, se realizó un cruce de variables donde no se calculó el  $P$  valor, pero se pudo apreciar que para el caso de la categoría sexo el tipo de ITS más frecuente en los hombres es el VIH, mientras que en las mujeres es la Sífilis, respecto a la edad de diagnóstico observamos que se encuentra más en la población adulta entre los 29 y 59 años en la cual se presentó una gran cantidad de caso de VIH en comparación a las demás ITS y grupos etareos ,para la orientación sexual se encontró un grupo minorista de bisexuales donde más

predominaba el VIH de acuerdo a la ocupación en los pacientes de oficio Comerciante, Obrero, ama de casa, agricultor y conductor, la enfermedad más frecuente es el VIH, para las artesanas la ITS predominante es la Sífilis, Además se logra presenciar un grupo de pacientes los cuales son estudiantes donde se identificó que lo que más prevalente es la Gonorrea, y por último se encontró que un cierto número de la población conviven en un estado de unión libre donde predomina más sífilis gestacional.

**Tabla 21. Relación entre los antecedentes o factores de riesgo frente al tipo de ITS de los pacientes que fueron atendidos durante el periodo 2005 a 2018 en el Hospital Clarita Santos de Sandoná.**

Antecedentes y factores de riesgo			Tipo de ITS					Total	P valor (chi cuadrado)
			Gonorrea	Herpes	Sífilis	Sífilis Gesta	VIH		
Pareja estable	Si	n	10	4	21	13	51	99	0,031
		%	10,10%	4,04%	21,21		51,51%	100%	
	No	n	15	7	13	2	45	82	
		%	18,29%	8,53%	15,85 %	2,43%	54,87 %	100%	
Número de parejas sexuales	Menos o igual a 3	n	10	7	12	15	14	58	No se calculó P valor
		%	17,2%	12,1%	20,7%	25,9%	24,1%	100,0 %	
	Más de 4	n	15	4	22	0	82	123	
		%	12,2%	3,3%	17,9%	,0%	66,7%	100,0 %	
Uso de preservativo	Si	n	18	7	19	6	55	105	0.375
		%	17,14%	6,66%	18,09 %	5,71%	52,38 %	100%	

64

Antecedentes de riesgo			Tipo de ITS					Total	P valor (chi cuadrado)
			Gonorrea	Herpes	Sífilis	Sífilis Gesta	VIH		
No	n		7	4	15	9	41	76	

		%	9,21%	5,26	19,73 %	11,84	53,94	100%	
Consumo de alcohol	Si	n	17	3	18	2	69	109	0,000
		%	15,6%	2,8%	16,5%	1,8%	63,3%	100%	
	No	n	8	8	16	13	27	72	
		%	11,1%	11,1%	22,2%	18,1%	37,5%	100%	
Consumo de cigarrillo u otras sustancias	Si	n	15	3	15	6	71	110	0,001
		%	13,63%	2,72%	13,63	5,45%	64,54 %	100%	
	No	n	10	8	19	9	25	71	
		%	14,08%		26,76%	8,18%	35,21 %	100%	
Antecedentes quirúrgicos	Si	n	16	9	28	9	65	127	0.331
		%	12,59%	7,08%	22,04 %	7,08%	51,18 %	100%	
	No	n	9	2	6	6	31	54	
		%	16,66%	3,70%	11,11 %		57,40%	100%	
Antecedentes de IVU	Si	n	10	9	30	7	48	104	0.0001
		%	9,6%	8,7%	28,8%	6,7%	46,2%	100,0 %	
	No	n	15	2	4	8	48	77	
		%	19,5%	2,6%	5,2%	10,4%	62,3%	100,0 %	

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Según las relaciones de la Tabla 21, se revela que las asociaciones significativas de los antecedentes y factores de riesgo en relación con el tipo de ITS se encuentran las variables: Pareja estable (p valor = 0,031), el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas con un valor p valor de 0.000 y 0.001 respectivamente y también los antecedentes de infecciones de vías urinarias (p valor= 0,0001). Un aspecto de interés para el estudio está relacionado con el hecho de que tanto los pacientes con pareja estable y no estable, la ITS más frecuente es el VIH, seguido sífilis y gonorrea para ambos casos, sin embargo, se presentaron más casos de sífilis gestacional en usuarios con pareja estable respecto a la que no, en cuanto al consumo de alcohol

y el consumo de cigarrillo siendo para estos 2 factores la ITS que más se asoció es el VIH, al igual de los paciente que si han tenido infecciones de vías urinaria se asoció más el VIH seguido de la sífilis y para el numero de parejas sexuales donde no se realizo p valor se encontró que los que tenían más parejas sexuales presentaron más caso de VIH.

A pesar de no presentar una asociación estadísticamente significativa del uso del preservativo y los antecedentes quirúrgicos frente a la ITS, se puede determinar que tanto para el uso o no uso del preservativo se identificó más con el VIH seguido de la sífilis mientras que para los antecedentes quirúrgicos se encontró que de los que si tienes antecedentes se relación con el VIH seguido de sífilis y gonorrea.

65

**Tabla 22. Relación entre de variables sociodemográficas o factores de riesgo frente al estado civil de los pacientes con ITS en el Hospital Clarita Santos de Sandoná**

Características sociodemográficas o factores de riesgo			Estado civil				Total
			Soltero(a)	Unión libre (a)	Casado(a)	Viudo(a)	
Escolaridad	Primaria	n	32	24	18	2	76
		%	42,10%	31,57%	23,68%	2,63%	100%
	secundaria	n	57	33	15	0	105
		%	54,29%	31,43%	14,29%	,0%	100%
Procedencia	rural	n	32	34	19	2	87
		%	36,78%	39,08%	21,84%	2,30%	100%
	urbana	n	57	23	14	0	94
		%	60,64%	24,47%	14,89%	,0%	100%
religión	Católica	n	66	40	20	0	126
		%	52,38%	31,75%	15,87%	,0%	100%
	Cristiana	n	23	17	13	2	55
		%	41,82%	30,91%	23,64%	3,64%	100%
Pareja estable	Si	n	28	53	18	0	99
		%	28,28%	53,54%	18,18%	,0%	100%

	No	n	61	4	15	2	82
		%	74,39%	4,88%	18,29%	2,44%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

Según las relaciones de la Tabla 22, donde no se calculó p valor pero se puede observar que en las variables escolaridad, procedencia, religión y pareja estable cruzada con el estado civil se puede destacar que la mayor parte son de zona urbana en donde predomina más en los solteros pero cabe resaltar que entre la población de unión libre se encontró que son más de procedencia rural también se observó que los que sí tienen pareja estable se asocia con el estado civil de unión libre y se puede concluir que la mayor parte de la población son de escolaridad secundaria mientras que en los casados(a) se encontró que predomina la escolaridad primaria además se muestra que es una población de religión católica con predominio en solteros y seguido de unión libre.

**Tabla 23. Relación de escolaridad y edad de diagnóstico frente al nivel educativo**

Escolaridad y edad de diagnóstico			Nivel educativo		Total	P valor (chi cuadrado)
			Completa	Incompleta		
Escolaridad	Primaria	n	21	55	76	0,256
		%	27,63%	72,37%	100%	
	Secundaria	n	53	52	105	
		%	50,48%	49,52%	100%	
Edad de	Adulterez	n	34	64	98	0,014

diagnostico		%	34,69%	65,31%	100%
	Juventud	n	40	38	78
		%	51,3%	48,7%	100%
	Vejez	n	0	5	5
		%	,0%	100%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 23 se encontramos una asociación significativa en cuanto la edad de diagnóstico y el nivel educativo en donde se puede apreciar que la mayoría son adultos con una escolaridad incompleta, a pesar de no tener una asociación de la escolaridad con el nivel educativo se puede deducir que la escolaridad primaria predomina más el nivel incompleto mientras que en la secundaria se encuentra casi en los mismos valores de nivel educativo

**Tabla 24. Relación de la ocupación frente a la escolaridad**

Ocupación			Escolaridad		Total
			Primaria	Secundaria	
Ocupación	Agricultor	n	12	2	14
		%	85,71%	14,29%	100%
	Ama de casa	n	22	22	44
		%	50%	50%	100%
	Artesana	n	5	15	20
		%	25%	75%	100%
	Comerciante	n	17	27	44
		%	38,64%	61,36%	100%
	Conductor	n	2	2	4
		%	50%	50%	100%
	Desempleo	n	6	0	6
		%	100%	,0%	100%

	Estudiante	n	0	26	26
		%	,0%	100%	100%
	Obrero	n	10	11	21
		%	47,62%	52,38%	100%
	Sin información	n	2	0	2
		%	100%	,0%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

67

En la tabla 24 podemos observar que la mayor parte de la población son de escolaridad secundaria en donde se resalta los comerciantes y estudiantes, en cuanto a la escolaridad primaria se observa más en amas de casa siendo esta igual para la escolaridad secundaria, además se observan que la personas sin empleo se encuentra con una escolaridad primaria.

**Tabla 25. Relación de ocupación frente al nivel educativo**

Ocupación			Nivel educativo		Total
			Completa	Incompleta	
Ocupación	Agricultor	n	4	10	14
		%	28,57%	71,43%	100%
	Ama de casa	n	17	27	44
		%	38,64%	61,36%	100%
	Artesana	n	12	8	20
		%	60%	40%	100%
	Comerciante	n	20	24	44
		%	45,45%	54,55%	100%
	Conductor	n	2	2	4
		%	50%	50%	100%

	Desempleado	n	0	6	6
		%	,0%	100%	100%
	Estudiante	n	16	10	26
		%	61,54%	38,46%	100%
	Obrero	n	3	18	21
		%	14,29%	85,71%	100%
	Sin información	n	0	2	2
		%	0%	100%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 25 podemos observar el nivel educativo donde la mayor parte de la población son de nivel escolaridad incompleto en donde se resalta los comerciantes en donde la mayoría de ellos tiene un nivel incompleto mientras que en los estudiantes se destaca más el nivel completo, en cuanto a las amas de casa de la mayoría tiene un nivel de estudio incompleto y en relación con los desempleados todos ellos tienen un nivel incompleto.

68

**Tabla 26. Relación de la ocupación frente la procedencia.**

Ocupación			Procedencia		Total
			Rural	Urbana	
Ocupación	Agricultor	n	4	10	14
		%	28,57%	71,43%	100%
	Ama de casa	n	21	23	44
		%	47,73%	52,27%	100%
	Artesana	n	13	7	20
		%			

		%	65%	35%	100%
Comerciante	n		25	19	44
	%		56,82%	43,18%	100%
Conductor	n		2	2	4
	%		50%	50%	100%
Desempleo	n		1	5	6
	%		16,67%	83,33%	100%
Estudiante	n		8	18	26
	%		30,77%	69,23%	100%
Obrero	n		13	8	21
	%		61,90%	38,10%	100%
Sin información	n		0	2	2
	%		,0%	100%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 26 representa la ocupación frente a la procedencia donde las amas de casa predominan la zona urbana mientras que en los comerciantes predomina la zona rural además se puede observar que casi la mayoría de los estudiantes son de procedencia urbana al igual que las personas desempleadas.

**Tabla 27. Relación de la edad de diagnóstico y el uso de preservativo frente a la vida sexual activa en la población ITS del Hospital Clarita Santos de Sardoná**

Edad de diagnóstico y el uso de preservativo			Vida sexual activa		Total	P valor (chi cuadrado)
			Si	No		
Edad de diagnóstico	Adulterez	n	46	52	98	0,000
		%	46,94%	53,06%	100%	
	Juventud	n	72	6	78	
		%	92,31%	7,69%	100%	

	Total	n	118	58	176	
		%			100%	
Uso de preservativo	Si	n	87	18	105	0,000
		%	82,9%	17,1%	100%	
	No	n	31	45	76	
		%	40,79%	59,21%	100%	

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

69

En la presente tabla 27 se puede mirar una asociación estadísticamente significativa entre la edad de diagnóstico con la vida sexual activa (p valor=0,000), y el uso de preservativo frente vida sexual activa (p valor=0,000), en donde se puede concluir que según los jóvenes son los que presentan una asociación estadísticamente significativa con el sí tener una vida sexual activa aunque en los adultos se asoció más con el no tener un vida sexual activa, según el uso de preservativo se asocia con el tener una vida sexual activa.

**Tabla 28. Relación de la edad de diagnóstico de hombre y mujeres por separado frente a las ITS en la población de Sandoná.**

Edad de diagnóstico de hombres/ mujeres		Tipo de ITS					Total	
		Gonorrea	Herpes	Sífilis	Sífilis gesta	VIH		
Mujeres								
Edad de diagnóstico de las mujeres	Adulthood	n	2	5	11	11	15	44
		%	4,55%	11,36%	25%	25%	34,09%	100%
	Juventud	n	8	6	19	4	8	45
		%	17,78%		13,8,			100%
	Vejez	n	0	0	0	0	0	0
		%						

		%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Hombres								
Edad de diagnóstico de los hombres	Adultez	n	5	0	2	0	47	54
		%	9,26%	,0%	3,70%	,0%	87,04%	100%
	Juventud	n	10	0	2	0	21	33
		%	30,30%	,0%	6,06%	,0%	63,64%	100%
	Vejez	n	0	0	0	0	5	5
		%	0	0	0	0	100%	100%

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 28 se logra observar que él según la edad de diagnóstico de la mujer predomina más el VIH en las adultas y en menor proporción la gonorrea en la esta misma edad, mientras que en los hombres se destaca más el VIH en los adultos y en menor cantidad la sífilis tanto en jóvenes como adultos se encontró que de los pacientes hombre con edad de vejes todo ellos tenían VIH.

**Tabla 29. Método de planificación de la mujer (89) frente a la ITS**

Método de planificación			Tipo de ITS					Total
			Gonorrea	Herpes	Sífilis	Sífilis gesta	VIH	
Método de planificación	Definitivo	n	1	0	8	0	10	19
		%	5,26%	,0%	42,10%	,0%	52,63%	100%
	Temporales	n	9	9	20	8	11	57

		%	15,78%	15,78%	35,08%	14,03%	19,29%	100%
	ninguno	n	0	2	2	7	2	13
		%	,0%	15,38%	15,38%	53,85%	15,38%	100%
Tipo de planificación	DIU	n	0	0	1	0	0	1
		%	,0%	,0%	100%	,0%	,0%	100%
	Inyección	n	2	0	4	0	1	7
		%	28,57%	,0%	57,14%	,0%	14,29%	100%
	Oral	n	0	2	0	2	0	4
		%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100%
	Preservativo	n	0	1	3	4	5	13
		%	,0%	7,69%	23,08%	30,77%	38,46%	100%
	pomeroy	n	0	0	6	0	6	12
		%	,0%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	100%
	DIU y preservativo	n	0	0	6	0	0	6
		%	,0%	,0%	100%	,0%	,0%	100%
	Inyección y preservativo	n	3	0	0	2	0	5
		%	60,0%	,0%	,0%	40,0%	,0%	100%
	Oral y preservativo	n	2	4	2	0	0	8
		%	25,0%	50,0%	25,0%	,0%	,0%	100%
	Pila y preservativo	n	2	2	4	0	5	13
		%	15,38%	15,38%	30,77%	,0%	38,46%	100%
	Pomeroy y preservativo	n	1	0	2	0	4	7
		%	14,29%	,0%	28,57%	,0%	57,14%	100%
Ninguno	n	0	2	2	7	2	13	
	%	,0%	15,38%	15,38%	53,85%	15,38%	100%	
Total	n	10	11	30	15	23	89	
	%	11,24%	12,36%	33,71%	16,85%	25,84%	100%	

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 29 se concluye que la mayoría de la mujer planifica con un método temporal siendo más relevante en este la sífilis, mientras que las que tiene un método definitivo se identifica más con el VIH, aunque se observa un gran número de mujeres que no tienen ningún método de planificación familiar el cual se relaciona más con la sífilis gestacional en cuanto al método más usado es el pomero y el cual se identifica con el VIH de igual manera la pila y el preservativo son usados en una alta cantidad en la población de las mujeres de nuestro estudio con un mayor de caso de VIH.

71

**Tabla 30. Método de planificación frente al estado civil**

Método de planificación			Tipo de ITS				P valor (chi cuadrado)
			Casado(a)	Soltero(a)	Unión libre	Total	
Método de planificación	Definitivo	n	7	2	10	19	0.0031
		%	36,84%	10,53%	52,63%	100%	
	Temporales	n	7	34	16	57	
		%	12,28%	59,65%	28,07%	100%	
	ninguno	n	0	6	7	13	
		%	,0%	46,15%	53,85%	100%	
	total	n	14	43	32	89	
		%	15,73%	48,31%	35,96%	100%	

Fuente: la presente investigación – Año 2019.

En la tabla 30 se determina una asociación significativamente donde los métodos temporales tienen asociación con el estado soltero y los definitivos con unión libre.

## 8. DISCUSIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), su magnitud, trascendencia y repercusión para el paciente, la familia y la sociedad en su conjunto, han adquirido una extrema importancia para la salud pública mundial, por la alta morbilidad que se asocia a estas infecciones en los países en desarrollo, como las secuelas de las infecciones genitales, el cáncer cervicouterino, la sífilis congénita, el embarazo ectópico, la infertilidad, lesiones deformantes en genitales y trastornos psicológicos. Afectan a la sociedad en todos los niveles sociales a casi todos los grupos de edades, con más frecuencia a adultos jóvenes, lo cual coincide con la presente investigación donde el promedio de edad de los casos incidentes fue 39,1 años (3)(10).

En cuanto a las características sociodemográficas, en este estudio se encontró la mayoría de la población pertenecía al sexo masculino representado por un 50,8%, al igual que el estudio de Orcasitas et al (55) con un 50,9% en comparación con el estudio en Nicaragua por Víctor (48) con un 56,3%, al igual que el estudio en España por Pérez (49) con un 56% fueron hombres, y el estudio de Medellín por Morales (58) con un 42,1%, en cuanto su orientación sexual este estudio demostró que el 94,5% son heterosexuales siendo casi igual con el estudio realizado en Cali por Orcasitas (55) con un 86,0% y siendo casi igual con el estudio realizado en España por Pérez (49) con un 75,6 % corresponde a heterosexual. En el perfil de los pacientes que fueron diagnosticados con una infección de transmisión sexual evidencio un nivel de escolaridad bajo, dado que ninguno de los pacientes refirió alcanzar una escolaridad por encima de la básica secundaria siendo un total de 58,01%, además la mayoría afirmó que su escolaridad de básica primaria o secundaria estaba incompleta, lo cual se puede explicar por qué Sandoná es un municipio donde predomina la población rural, El 94% del territorio del país es rural, el 32% de la población vive allí y las condiciones educativas de esta población son precarias. En el medio rural, el servicio educativo se ha visto influido por las condiciones socio-económicas, culturales y de infraestructura de las poblaciones rurales. En términos generales, se puede describir una escuela en el medio rural como un establecimiento pobre, estropeado, con barreras de acceso, con poca dotación y mobiliario poco funcional, condiciones que hacen que sean vistas como poco interesantes y de ese mismo modo el Estado y las políticas olvida el medio rural.

La ocupación más frecuente fue la de ama de casa referida por una de cada cuatro mujeres, entendiendo el rol de ama de casa como el trabajo doméstico que tiene como referentes a un conjunto de procesos de trabajo, cuyo objeto es la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los miembros de una unidad doméstica. Más del 90% de las mujeres asumen, con o sin ayuda el trabajo doméstico (50). Lo anterior además se relaciona con la falta de oportunidades para acceder a la educación superior o técnica por parte de las mujeres en el municipio

de Sandoná.

La mayoría de los pacientes pertenecía al estrato socioeconómico uno con un 74,0%, siendo casi similar a un estudio realizado en Nicaragua por Coreas y Espinoza (48) con un 88,3%, resultado que difiere con respecto al estudio realizado en Medellín por Morales (58) con un 13,4% corresponde a estrato I. Los cuales son afiliados al régimen subsidiado y una tercera parte fue en algún momento de su vida víctima del flagelo del desplazamiento por el conflicto armado interno, este fenómeno diferencial entre las zonas o capitales urbanas frente a la ruralidad, donde los determinantes estructurales como intermedios presentan diferencias, ya se ha descrito ampliamente en Colombia, donde factores como la pobreza, número de años escolares, analfabetismo y acceso a servicios como acueducto y alcantarillado presentan las más grandes diferencias. No obstante, el estado de la vivienda, la informalidad en el trabajo y consecuentemente la afiliación a la salud también presentan algunas variaciones que son importantes una vez que definen las condiciones de calidad de vida de los individuos. Al considerar que los determinantes en salud (51)(52) influyen en los perfiles de enfermedad y la salud rural, donde el 69% de la población rural depende del régimen subsidiado (53), también que los obstáculos en cuanto al acceso se dan principalmente porque son poblaciones dispersas y alejadas de los centros de salud, situación por la que el acceso requiere de recursos adicionales con los que muchas veces no se cuenta (54).

Cerca de la mitad de los pacientes (45,3%) refirieron haber tenido una pareja estable al momento de contraer la infección de transmisión sexual, porcentaje bajo comparado con un estudio realizado en Cali donde el 68,2% refirió tener una pareja sexual estable (55), en otro estudio realizado en Medellín por Morales (58) con un 69% de los encuestados refirió tener una pareja estable, la diferencia podría explicarse debido a que la presente investigación se enfocó en personas ya enfermas mientras las otras investigaciones la hicieron en población aparentemente sana.

En este trabajo demostró que cerca del 60,2 % consume alcohol, en comparación al estudio realizado en Nicaragua por Coreas y Espinoza (48) con un porcentaje 20,3% siendo un valor mucho menor en relación a nuestro estudio, además se identificó que el 80,8% de la población estudiada consume cigarrillo u otras sustancias alucinógenas, en comparación al estudio realizado en Nicaragua por Coreas y Espinoza (48) donde el consumo de cigarrillo o sustancias alucinógenas es de 26%.

El 65,2% de los participantes en el estudio refirieron tener vida sexual activa al momento del diagnóstico y tratamiento de la infección de transmisión sexual, realizando el enfoque en los potenciales factores de riesgo para contraer una ITS, se encontró que el uso del preservativo o condón no fue referido por menos de la

mitad de los pacientes (42%) mientras que el (58%) si lo usaban, sin embargo esta cifra es superior a lo reportado en otros estudios con en el de Medellín por Morales

(58), donde el uso del preservativo fue solo del 29,1% , a diferencia del estudio realizado en Cali por Orcasitas (55) donde el uso del preservativo fue del 72,9% casi similar al estudio realizado en Nicaragua por Coreas y Espinoza con un 60,2% de uso del preservativo, además en la presente investigación se encontró que cerca de siete de cada diez pacientes (68%) habían tenido más de tres parejas sexuales, en comparación al estudio realizado en España por Pérez (49) con un 43,2% refieren a ver tenido relaciones sexuales como más de 3 parejas a diferencia del estudio en Nicaragua por Coreas y Espinoza con un 28,% , además se observó en nuestro estudio que han tenido antecedentes de infección en vías urinarias (57,5%), lo anterior refiere que se debe fortalecer en el municipio de Sandoná la educación en salud sexual y reproductiva dado que la prevalencia de los factores de riesgo es considerablemente alta, en prácticas que han sido ampliamente evidenciados como factores de riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual (56).

La carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial derivada de patógenos de transmisión sexual compromete la calidad de vida. Así como la salud sexual y reproductiva, la salud del recién nacido y del niño. Las ITS también facilitan indirectamente la transmisión del VIH y provocan cambios celulares que preceden algunos tipos de cáncer, así mismo imponen una fuerte presión en los presupuestos sanitarios en los hogares de los enfermos y en los sistemas de salud de los países, además tiene efectos adversos en el bienestar general de las personas, en el Hospital Clarita Santos de Sandoná, el tipo de infección de transmisión sexual más frecuente fue el VIH, seguido por la sífilis y la gonorrea, lo cual coincide parcialmente dado que según cifras oficiales del organización mundial de la salud, la carga de enfermedad estima en primer lugar la infección por Trachomoniasis (131 millones), gonorrea (78 millones) y la sífilis (6 millones) (6)

Las infecciones de transmisión sexual evaluadas en la presente investigación, fueron más incidentes en hombres, lo cual coincide con la literatura internacional que ha determinado estas como las más frecuentes (1).

El tipo de infección de transmisión sexual tuvo asociación con la variable sexo, edad de diagnóstico, procedencia, orientación sexual , ocupación, pareja estable ,el número de parejas, el consumo de alcohol, consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y el antecedente de IVU, encontrando que los hombres, quienes han tenido más de tres parejas sexuales y consumen alcohol tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH (57), además se encontró que las personas con un estado civil soltero y las personas con unión libre se asocia más con el VIH mientras que el antecedente de IVU se asoció con mayor incidencia de sífilis.

En relación de la procedencia y pareja estable frente al estado civil que las personas que viven en unión libre son más de procedencia rural y con pareja estable además es una población netamente católica con unas escolaridades de básica secundaria.

En cuando a la edad de diagnóstico se relación con los adultos con el nivel educativo incompleto mientras que los jóvenes se relacionan con el nivel completo además se

observa que la mitad de los que tienen estudios hasta secundaria presentan uno estudios incompletos comparado con los estudios de los de primar que la mayoría los tienen incompletos.

Según la ocupación de esta población se pudo determinar que es grupo mayoritariamente de amas de casa quien la mayor parte son de zona urbana y con una escolaridad de primaria y secundaria en igualdad en esta población pero su nivel educativo mayoritariamente es incompleto, en cuanto a los comerciantes es un grupo de zona rural con una escolaridad mayoritariamente secundaria y de un nivel educativo incompleto, se pudo encontrar un pequeño grupo de personas desempleadas las cuales con de zona urbana con una escolaridad de primaria y un nivel incompleto, además se puede identificar que se presenta un grupo de estudiantes donde la mayoría son de zona urbana y con escolaridad de secundaria completa en la mayoría.

Se encontró una asociación estadísticamente relevante en cuanto la edad de diagnóstico y uso de preservativo frente a la vida sexual activa, donde se observa que los jóvenes son los de mayor vida sexual activa, en cuanto al uso de preservativo se observa un valor significativamente alto frente al sí tener vida sexual activa.

Se pudo observar en cuanto a las mujeres que es un grupo el cual tienen un método de planificación, pero de igual forma no tiene método de prevención de transmisión de ITS de la misma forma se encontró un pequeño grupo de mujeres que no tenía ni método de planificar ni método de prevención de ITS

Se demostró en nuestro estudio que el VIH predomina tanto en hombre y mujer adultos, pero se encontró una diferencia ya que en mujeres se presenta la gonorrea en menor porcentaje mientras que en hombre es la sífilis tanto en jóvenes como den adulto

## **9. CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas podemos concluir que la mayor

parte de la población objeto de estudio es de género masculino, con una condición sexual heterosexual, del sector rural, con bajo nivel educativo, afiliados a un régimen de salud subsidiado y con alto grado de informalidad laboral.

En cuanto a la condición clínica de la población objeto de estudio se concluye que la mayoría de la población hace uso de preservativo, sin embargo, tienen una vida sexual activa con múltiples parejas y presentan un alto nivel de consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, no obstante, los antecedentes quirúrgicos en esta población fueron apendicetomía, la cesárea y el pomey en cuanto a la mujeres se puede concluir que tienen un método de planificación pero no presentan un método de prevención de ITS o no presentan ningún método de planificación ni de prevención de ITS.

Las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en la población objeto de estudio en el tiempo determinado, evidencia que la más frecuente es el VIH, seguido de la sífilis y gonorrea.

El tipo de infección de transmisión sexual tuvo asociación con la variable sexo, el número de parejas, el consumo de alcohol y el antecedente de IVU, encontrando que los hombres, quienes han tenido más de cuatro parejas sexuales y consumen alcohol tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH.

En su gran mayoría la población objeto de estudio son amas de casa, pertenecen a la zona urbana, con un nivel educativo incompleto, dentro de la población objeto de estudio se puede concluir que existe una minoría que pertenece a una condición de desempleo, con bajos recursos económicos, nivel educativo incompleto, además se identificó un grupo de estudiantes donde la mayoría son de zona urbana y con escolaridad de secundaria completa en la mayoría.

En nuestro estudio se demuestra que la población objeto más afectada por infecciones de transmisión sexual como el VIH predomina en hombres y mujeres en edad de adultez, aunque la diferencia radica que la infección de transmisión sexual de menor frecuencia en las mujeres jóvenes y adultas es la gonorrea y en los hombres jóvenes y adultos es la sífilis.

La población femenina objeto de estudio que la mayoría tiene una infección de transmisión sexual como la sífilis es la que hace uso de métodos de planificación temporales, mientras que las que hacen uso de métodos de planificación definitivos son las que presentaron VIH.

## **10. RECOMENDACIONES**

Se recomienda al Hospital Clarita Santos y la dirección de salud de Sandoná realizar campaña tanto en zona rural como urbana de promoción y prevención sobre las

infecciones de transmisión sexual.

Se recomienda al hospital Clarita Santos y la dirección de salud de Sandoná promover el uso del preservativo en la comunidad ya que se constituye uno de los métodos más eficaces de protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Educar a la población general sobre los riesgos del consumo de alcohol y las sustancias psicoactivas frente a las ITS.

Enseñar a la población general el riesgo de contraer una ITS al tener una vida sexual activa con un alto número de parejas sexuales.

Educar a la población con ITS sexual la importancia del tratamiento y la adherencia al tratamiento.

Se recomienda al hospital Clarita Santos y la dirección de salud de Sandoná realizar charlas de prevención de infecciones de transmisión sexual en Instituciones Educativas.

Realizar campañas para la educación a la población en general sobre los métodos de planificación y los métodos de prevención de ITS ya que se presentaron casos de uso de métodos de planificación sin el uso de algún método de prevención de ITS.

## **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

1. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Rev esp sanid penit. 2011;13(2):58-66.

2. Berdasquera-Corcho D, Fariñas-Reinoso AT, Ramos-Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial. *Rev Cubana Med Gen Integr.*2001;17(2):185-90.
  3. Murillo Correa K, Rincón Rojas MA. Implementación del Protocolo de Asesoría en Infecciones de Transmisión Sexual Unidad Amigable para Adolescentes y Jóvenes [Tesis de grado]. Villavicencio - Meta: Universidad de los Llanos, Sede San Antonio y Barcelona; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unillanos.edu.co/jspui/handle/001/481>
  4. Sociedad Colombiana de Urología. Enfermedades de transmisión sexual: prevenirlas es mejor que curarlas [internet]. Sociedad Colombiana de Urología; 2011. [Citado 2 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.scu.org.co/userfiles/file/Comunicado%20General%20ETS.pdf>
  5. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. 1o de diciembre día mundial de la respuesta ante el VIH: cuidar de mí, es cuidar de ti [Internet]. IDSN; 2014 noviembre 27 [Citado 2 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/1508-1-de-diciembre-dia-mundial-de-la-respuesta-ante-el-vih-cuidar-de-mi-es-cuidar-de-ti>
  6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 [Internet]. OMS; 2016. [Citado 1 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=4F13F633905CCE7F62D796A505D06458?sequence=1>
  7. Cruz Hernández J, Yanes Quesada M, Isla Valdés A, Hernández García P, Turcios Tristán SE. Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2007 junio [Citado 5 de abril de 2018];23(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200013&lng=es).
  8. Bahamón Muñetón MJ, Vianchá Pinzón MA, Tobos Vergara AR. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *psicología desde el caribe* [Internet]. 2014. [Citado 5 de abril de 2018];31(2): 327-353. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a08.pdf>
- 79
9. El Presidente de la Republica de Colombia. Decreto 056 de 1975 (enero 15) [Internet]. [Citado 5 de abril de 2018]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D0056\\_75.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D0056_75.pdf)
  10. Gaitán-Duarte H. Las infecciones de transmisión sexual: un problema de salud pública que Colombia debe enfrentar. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(3):164-7.

11. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llario MD, Ballester Arnal R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia psicológica* [Internet]. 2007 junio. [Citado 24 de junio de 2018];25(1):39-50. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
12. Marecos M, Aparicio C. Trasmisión Vertical del VIH en gestantes del Hospital San Pablo. *Rev Nac (Itauguá)*. 2011;3(1):9-15.
13. Estrella Cervantes G. Infecciones causadas por Chlamydia trachomatis. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2009 [citado 2 de febrero de 2018];52(1). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/14757/14057>
14. Roca B. Infecciones por clamidias Chlamydial infections. *An Med Interna (Madrid)* [Internet]. 2007 [citado 2 de febrero de 2018];24(6). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0212-71992007000600009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-71992007000600009)
15. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, Krohn MA, Amortegui AJ, Hillier SL. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis*. julio de 2005;32(7):400-5.
16. Huneeus A, Pumarino MG, Schilling A, Robledo P, Bofil M. Prevalencia de Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae en adolescentes chilenas. *Revista médica de Chile*. diciembre de 2009;137(12):1569-74.
17. Ortiz Rodríguez C, Ley Ng M, Llorente C, Almanza C. Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2000 [citado 3 de abril de 2018];26(2):74-81. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2000000200002#](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200002#)
18. Cires M, Freijoso E, Silva L, Vergara E, Cutie E, Ortega M. Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2003 abril [citado 4 de mayo de 2018];37(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)