



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO

**“Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las
infecciones de transmisión sexual en el colegio 27
de Febrero”**

**Tesis previa a la obtención
del título de Médico General**

AUTORA: Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez

DIRECTOR: Dr. Richard Orlando Jiménez, *Mg.Sc.*

LOJA – ECUADOR

2020

Certificación

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la presente investigación y el informe final del proyecto de tesis titulado **“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL COLEGIO 27 DE FEBRERO”**. De autoría de la estudiante, Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez, previa a la obtención de título de Médico General una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja; autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma

Atentamente,



Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

Loja, 11 de Noviembre de 2020

Autoría

Yo, Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autor: Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez



Firma:

C.I: 1104208416

Fecha: 11 de Noviembre de 2020

Carta de autorización

Yo, Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez, declaro ser autora, de la tesis titulada: **“Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en el colegio 27 de Febrero”**, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para con fines académicos, muestren al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

Para constancia de esta autorización, firmo en la ciudad de Loja a los 11 días del mes de noviembre del dos mil veinte.



Firma:

Autora: Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez

Cédula: 1104208416

Dirección: Ciudadela Héroes del Cenepa

Director de tesis: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc.

Correo electrónico: karen.gutierrez@unl.edu.ec

Teléfono: 0985776889

Datos complementarios

Tribunal de grado:

Presidente: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc.

Vocal: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo, en primer lugar a Dios, por guiarme en este largo camino y por ser mi soporte en los momentos más difíciles: a mis padres Susana y Gonzalo, por brindarme su apoyo incondicional y por ser mi ejemplo a seguir, a mi esposo Carlos, por su cariño y paciencia durante este trayecto, a mi pequeña Noelia, que llegó a mi vida para impulsarme cada día a superarme y ser mi motivación, a mis docentes y en general a todas las personas, que han contribuido de una u otra manera en mi formación académica.

Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez

Agradecimiento

Mi infinito agradecimiento a Dios, por ser mi guía espiritual y darme fuerza en cada momento de mi vida. Gracias a mi familia por confiar en mí, por los principios y valores que me han sabido inculcar, así como a la Universidad Nacional de Loja y en especial a la carrera de Medicina Humana, por permitir mi formación académica, a los docentes, que me brindaron su apoyo e impartieron sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi carrera.

De forma muy especial mi más sincero agradecimiento al Dr. Richard Orlando Jiménez. Mg. Sc, director de tesis, quién con su capacidad profesional orientó el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Finalmente, a todas aquellas personas, que han sido parte primordial de esta larga etapa de mi vida, gracias por haberme brindado su apoyo, amistad y por sus buenos consejos en los momentos difíciles, por llenarme de esperanza, dicha y amor. A todos ellos va dedicado mi esfuerzo y dedicación.

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice	vii
1 Título	1
2 Resumen	2
Abstract.....	3
3 Introducción.....	4
4 Revisión de literatura	6
4.1 Adolescencia	6
4.1.1. Adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años).....	6
4.1.2. Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años).....	6
4.1.3. Adolescencia tardía (18 a 21 años... ¡o más!).....	6
4.2 Infecciones de transmisión sexual (ITS)	7
4.2.1 Magnitud del problema.....	7
4.3 Incidencia y conocimiento de las ITS entre adolescentes.....	8
4.4 Actitudes frente a las infecciones de transmisión sexual	9
4.5 Prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual.....	9
4.6 Prevención frente a las ITS	10
4.7 Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	10
4.7.1 Clasificación de las infecciones de transmisión sexual.....	11
4.7.1.1 Infecciones de transmisión sexual bacterianas.	11
4.7.1.1.1 <i>Sífilis</i>	11
4.7.1.1.2 <i>Chancro</i>	15
4.7.1.1.3 <i>Gonorrea</i>	18
4.7.1.1.4 <i>Clamidiasis</i>	21
4.7.1.1.5 <i>Linfogranuloma Venéreo (LGV)</i>	23
4.7.1.1.6 <i>Vaginosis Bacteriana (VB)</i>	25
4.7.1.2 Infecciones de transmisión sexual víricas.	27

4.7.1.2.1 Hepatitis B.....	27
4.7.1.2.2 Herpes	28
4.7.1.2.3 Virus del papiloma humano (VPH).....	30
4.7.1.2.4 VIH/SIDA.	33
4.7.1.3 Infecciones de transmisión sexual por parásitos	36
4.7.1.3.1 Tricomoniasis.	36
4.7.1.4 Infecciones de transmisión sexual por hongos	38
4.7.1.4.1 Candidiasis.....	38
4.8 Escala Likert.....	39
5 Materiales y métodos	41
5.1 Enfoque	41
5.2 Tipo de diseño	41
5.3 Unidad de estudio.....	41
5.4 Universo	41
5.5 Muestra.....	41
5.6 Criterios de inclusión	41
5.7 Criterios de exclusión.....	41
5.8 Técnicas.....	42
5.9 Instrumentos	42
5.10 Procedimiento.....	42
5.11 Equipo y materiales.....	43
5.12 Análisis estadístico.....	43
6 Resultados	44
7 Discusión	48
8 Conclusiones.....	52
9 Recomendaciones	53
10 Bibliografía	54
11 Anexos	62

1 Título

“Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en el colegio 27 de febrero”

2 Resumen

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema para la salud pública, su incidencia a nivel mundial es del 10%. No discriminan sexo, edad o condición social. Entre los más vulnerables están los jóvenes entre 15 a 28 años. Con estos antecedentes se desarrolló la presente investigación denominada: “Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en el colegio “27 de Febrero”, sección matutina, año lectivo 2018 – 2019. El estudio es de tipo transversal, descriptivo y el enfoque es cuantitativo. Tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de tercer año de Bachillerato de la sección matutina del colegio “27 de Febrero” durante el año lectivo 2018 – 2019. La muestra estuvo conformada por 100 estudiantes entre 17 y 19 años de edad de ambos sexos. El instrumento que se aplicó fue la encuesta y como herramienta de medición de actitudes y el grado de conformidad del encuestado la escala de Likert. De los resultados obtenidos en la investigación determinamos que 53% son mujeres, 68.18% están entre 18 y 19 años, 86,36% viven en la zona urbana; el conocimiento sobre las ITS es regular en 84%; las actitudes son desfavorables en 69.45%; las prácticas de alto riesgo y preventivas son desfavorables en 67.67%; 62% ha tenido relaciones sexuales y 98% emplea Internet como principal fuente de información.

Palabras Clave: Infecciones de Transmisión Sexual; Prevención; Adolescencia.

Abstract

Sexually transmitted infections (STIs) are a problem for public health. Their worldwide incidence is 10%. They do not discriminate sex, age or social condition. Among the most vulnerable ones are young people between 15 and 28 years old. With this background, it was developed the following investigation which was denominated as: Knowledge, attitudes and practices against sexually transmitted infections in the morning section of the "27 de Febrero" high school during the 2018 – 2019 school year. This is descriptive and analytical cross-sectional study with a quantitative standpoint. It has as general objective to determine the level of knowledge, attitudes and practices against sexually transmitted infections in third-year high school students of the morning section of the "27 de Febrero" high school during the 2018 - 2019 school year. The sample was formed by 100 students of both sexes aged between 17 and 18. The instrument used was the survey and as measurement tool of attitude and agreement grade was selected the Likert. From the obtained results, 53% are women, 68.18% of them are between 18 and 19 years old, and 86.36% of them live in urban areas. First, knowledge about STIs is regular in 84% of them. Second, attitudes are unfavorable in 69.45% of them. Third, high risk and preventive practices are unfavorable in 67.67% of them. Finally, 62% of them have had sexual relations and 98% of them use the internet as a principal source of information.

Keywords: Sexually Transmitted Infections; Prevention; Adolescence.

3 Introducción

Uno de los mayores problemas que enfrenta la sociedad actual, son las infecciones de Transmisión Sexual (ITS), su incremento es exponencial cada año. Los jóvenes entre 15 y 24 años son el grupo más vulnerable y el de mayor riesgo a la hora de contagiarse. Estudios han demostrado que las ITS se presentan con mayor frecuencia en personas que viven en las zonas marginales y de mayor vulnerabilidad de las grandes ciudades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cualquier persona que tenga una vida activa sexualmente es susceptible a padecerlas, sin importar su sexo, edad o posición socioeconómica, color de piel, etc. (OMS, 2015)

Las ITS son patologías que se constituyen en factores de alto riesgo para la salud humana, no son selectivas en cuanto a edad, pudiendo presentarse en niños que están por nacer, en el nacimiento, en la niñez o en la adolescencia (considerado uno de los grupos más vulnerables). Estas se pueden presentar en pacientes y el mismo ser asintomático, es decir, no presentar ninguna sintomatología. (ConSalud.es, 2019)

Según la OMS, (2019) estas pueden presentar síntomas muy habituales como: flujo vaginal, secreción o ardor uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal. Sin embargo, se puede estar infectado y no presentar síntomas. Estas por lo general se presentan por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Algunas se pueden transmitir también por otras vías, como la sangre y hemoderivados. O en otros casos de la madre a hijo durante el embarazo o el parto. Este tipo de infecciones pueden presentarse por diferentes agentes causales, como: bacterias, virus, protozoarios o parásitos. Entre las más conocidas, podríamos citar: Clamidia, Tricomoniasis, Gonorrea, Herpes Genital Condilomas, Papiloma humano, Chancro, Cándidas, Sífilis y la más grave el SIDA. (OMS, 2015)

La OMS estima que más de un millón de personas contraen una ITS cada día. Solo en el 2016 hubo unos 376 millones de nuevas infecciones producidas por: clamidiasis (127 millones), gonorrea (87 millones), sífilis (6,3 millones) y tricomoniasis (156 millones). Más de 500 millones de personas se han contagiado con infección genital por el VHS (herpes); algo más de 300 millones de mujeres tienen VPH, la principal causa de cáncer cervicouterino. Cerca de 240 millones de personas padecen hepatitis B crónica. Tanto el herpes genital como la hepatitis B se pueden prevenir mediante vacunación. (OMS, 2019)

En América se producen cerca de 64 millones de nuevos casos por año de ITS curables (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *sífilis* y *Trichomonas vaginalis*), por lo

general en individuos de entre 15 a 49 años. Este tipo de infecciones se presentan en mayor grado en determinados grupos de la población, como: trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero. Según este estudio se revela que los brotes de sífilis se han incrementado entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de altos ingresos, como Estados Unidos. El papiloma humano (VPH) es la infección vírica más recurrente en el tracto genital en América Latina y el Caribe con un 16.1% de prevalencia, estimándose que para el 2014 llegará a 11,6%. (OPS, 2019)

En Ecuador el problema no es ajeno, de la totalidad de consultas en ITS, el 96.6% se realizaron a mujeres y apenas 1.7% a hombres. El mayor problema se registra en la población sexual y económicamente activa. La región que más problemas presenta por ITS es la Costa, en la Sierra la mayor incidencia se concentra en Pichincha. (MSP, 2019)

Por su parte la provincia de Loja Según el MSP (2018) registra 77 casos de SIDA, representando el 1.89% a nivel nacional. De los cuales el 80,52% son hombres y el 19,48% mujeres. Así mismo, se establece que 491 personas viven con el SIDA, representando el 1,5% a nivel nacional. En el 2017, el MSP registró 39 casos que representaron el 1,1% del total nacional, lo que establece un incremento al 2018 del 50,65%. La mayor prevalencia se da en el grupo etario comprendido entre los 15 a 49 años, representando el 84.37% de los contagios, a nivel nacional.

Con estos antecedentes se planteó el problema que representan las ITS para la salud de la sociedad y en especial para la salud pública.

El objetivo general de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de tercer año de Bachillerato de la sección matutina del colegio “27 de febrero” durante el año lectivo 2018 – 2019, estableciendo para ello los siguientes objetivos específicos: describir las características socio/demográficas de los estudiantes; investigar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes acerca de ITS y las formas de transmisión; identificar las actitudes y prácticas sobre prevención de ITS de la población en estudio; determinar el nivel de prácticas de los adolescentes sobre las ITS y conocer cuál es la fuente de información más frecuente que tienen los estudiantes de tercer año de Bachillerato de la sección matutina del colegio “27 de febrero”, año lectivo 2018 – 2019, acerca de ITS.

Por otro lado, el presente trabajo de investigación sirvió como referente para optar por el título profesional de Médico General, otorgado por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

4 Revisión de literatura

4.1 Adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida que está comprendido entre la niñez y la adultez. En esta se producen cambios y normalmente son físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales, que generan expectativas y ansiedad tanto al niño como a la familia. Comprender cada etapa y cambio puede garantizar un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y a principios de la adultez. (Allen & Waterman, 2019)

4.1.1. Adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años). Se produce un crecimiento acelerado, asociado a cambios corporales: crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Algunos niños, en este momento debaten su identidad de género. Los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas. Las cosas están bien o mal, fantásticas o terribles, sin muchos matices. En esta etapa es normal que los jóvenes enfoquen su pensamiento en ellos mismos (lo que llamamos "egocentrismo"). Aumenta la privacidad. (Allen & Waterman, 2019)

4.1.2. Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años). Continúan los cambios. La mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. se quiebra la voz. Asoma acné. La mayoría de mujeres ya tienen menstruaciones regulares. Asoman las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, comienza la masturbación. Piden mayor independencia. Se incrementa la preocupación por el aspecto. El cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto. Se inician los retos. (Allen & Waterman, 2019)

4.1.3. Adolescencia tardía (18 a 21 años... ¡o más!). Se completa el desarrollo físico, alcanzan la altura definitiva. Mayor control en los impulsos, comparan riesgos y recompensas con mayor precisión. Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Son más estables física y emocionalmente. (Allen & Waterman, 2019)

4.2 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Son infecciones causadas por la incidencia de más de treinta tipos de agentes patógenos, como: bacterias, virus y parásitos diferentes y se transmiten de un individuo a otro por contacto sexual. Entre las más comunes tenemos a la sífilis, la gonorrea, la clamidia, el Virus del Papiloma Humano (VPH), las hepatitis B y C, el VIH. Afectando a cualquier persona: hombre o mujer, de cualquier edad u orientación sexual (Huésped, 2020). Según (Durex.es, 2020) otra forma de transmisión se da por el contacto con la sangre de personas afectadas, ocurre usualmente cuando se intercambian objetos como jeringas o cuchillas, contagio que aplica para patologías como la hepatitis B y el VIH. Infecciones como el herpes genital, se transmiten por el contacto directo con áreas de la piel o mucosas infectadas, lo que puede ocurrir a través del roce o durante el sexo. Algunas como: clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir de la madre al niño durante el embarazo y el parto. (OMS, 2019)

De entre los patógenos que transmiten las ITS, ocho son considerados de alta incidencia en enfermedades. De estos cuatro son curables, en la actualidad: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Los cuatro restantes: hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son consideradas enfermedades víricas incurables, pudiendo en la actualidad ser mitigadas o atenuarse con tratamiento médicos, sin efectos colaterales. (OMS, 2019)

Existen varias maneras de clasificar las ITS. Una, es por el agente etiológico: bacterianas, virales, micóticas y parasitarias. Otra clasificación es según las enfermedades que producen, lo que permite pautas estandarizadas de tratamientos. La clasificación promocionada por la OMS y aceptada por el Ministerio de Salud del Perú es la sindrómica. Esta clasifica las enfermedades, con precisión, y es útil para el manejo en la atención primaria de una manera práctica. Considera cinco grandes síndromes: síndrome de descarga uretral, síndrome de úlcera genital, síndrome de flujo vaginal, síndrome de dolor abdominal bajo y síndrome de bubón inguinal. (Rivas Saavedra, 2020)

4.2.1 Magnitud del problema. Las ITS generan efectos irremediables en la salud sexual y reproductiva a nivel mundial, en el 2019 la OMS estimó que un millón de personas contraen ITS. En el 2016 se estiman que más de 376 millones de contagios por clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. Otros 500 millones presentaron infección genital por el VHS (herpes), además de unos 300 millones de infecciones en mujeres por VPH (causa principal del cáncer cervicouterino). A esto se suman uno 240 millones de personas que padecen hepatitis B crónica.

Infecciones como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar por tres o más el riesgo de contraer el SIDA. La transmisión vertical de madre a hijo puede producir defunción fetal o neonatal, prematuridad e insuficiencia ponderal al nacer, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y anomalías congénitas. La OMS estima que, en el 2016 más de un millón de mujeres embarazadas presentaban sífilis activa, causando dificultades en aproximadamente 350000 partos, con consecuencias, con cerca de 200000 muertes del feto o el recién nacido.

Solo el VPH provoca 570000 casos de cáncer cervicouterino al año y cerca de 300000 muertes.

Algunas infecciones como la gonorrea y la clamidiasis, tienen un nivel alto de incidencia en afecciones como enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad femenina. (OMS, 2019)

4.3 Incidencia y conocimiento de las ITS entre adolescentes

La OMS (2019) en su publicación sobre Recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, establece que las ITS entre los jóvenes representan un grave problema social. Según la OMS no hay estimaciones en cuanto a la prevalencia o incidencia de estas en adolescentes a nivel mundial. Los datos en países pobres y en vías de desarrollo son limitados. En países desarrollados por su lado cuentan con esta información que demuestra una sustancial incidencia de estas en los adolescentes.

Es así, que en África subsahariana, la prevalencia de las ITS entre mujeres (a excepción del virus del herpes simple de tipo 2) es mayor entre las jóvenes de 15 a 24 años, que entre las mujeres de 25 a 49 años. En Europa el 61% de los jóvenes (hombres y mujeres) de entre 15 a 24 años registraron clamidiasis en el 2015. Por su lado EEUU registra que la mitad de los casos de ITS (2008) se detectaron en jóvenes de los dos sexos de entre 15 a 24 años. (OMS, 2019)

En un estudio realizado por Caicedo (2017) titulado “El contagio de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Unidad Educativa “San Luis, Rey de Francia”, en la ciudad de Guayaquil”, el observa que el 80.20% afirma tener conocimiento de las ITS y la gravedad que generan; pero adquirieron este tipo de información por lo que han escuchado y han podido experimentar dentro de la vivencia familiar o el uso de la tecnología. El 19,80% restante de los encuestados dicen no conocer sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, no porque no han querido conocer, saben cuáles son las causas y métodos de prevención. (Caicedo, 2017)

Así mismo, en otro trabajo titulado “La sexualidad un tema de interés y desconocimiento en los adolescentes” y realizado el 2018, en la ciudad de Guayaquil, los autores en sus conclusiones establecen que en lo que respecta al conocimiento sobre las ETS en jóvenes en un gran porcentaje del 26% si conocen de estas, mientras un 15% demostró una carencia total de información sobre el tema. (Navarrete M. et al, 2018)

4.4 Actitudes frente a las infecciones de transmisión sexual

Desde su concepción psicológica se considera a la actitud como la predisposición de una persona a responder a situaciones de manera consistente y por ello, se considera una variable importante para predecir conductas. Algunas organizaciones internacionales de salud, establecen que se hace necesario conservar actitudes e influencias sociales y culturales positivas. Estas se derivan de la experiencia y del aprendizaje del ser humano, por lo que contribuyen al resultado de sus actividades. La organización de las actitudes es de carácter multidimensional y se estructura de tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual. La actitud se define, por lo tanto, en el campo al que estamos haciendo referencia, como una predisposición aprendida, o una forma de comportarse, favorable o desfavorable, frente a las ITS.

Como resultado de la encuesta aplicada en el estudio realizado por Mirabal Nápoles, et al. (2015) se consiguieron identificar algunas actitudes socioculturales que influyen en las ITS y VIH/SIDA en alumnos de primer año de la carrera de Medicina. Las variables con mayores deficiencias en lo cognitivo son: las vías de transmisión, las manifestaciones clínicas relacionadas con las ITS y las complicaciones que traen aparejadas las mismas para la salud del paciente. En menor escala lo afectivo, relacionado fundamentalmente por el "no gusto" del uso del preservativo. En lo conductual se identificó la tendencia a conservar parejas estables, realizarse pruebas de diagnóstico y recibir atención médica y psicológica especializada. (Nápoles, Marjoris, & José, 2015).

4.5 Prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual

Lo importante al hablar de las prácticas sexuales frente a las ITS es tener claro que las mismas no se relacionan directamente ni con la orientación sexual ni con la identidad de género. Lo fundamental es que sean seguras, a partir del uso de protectores: preservativo o barrera de látex; considerando algunos resguardos y por supuesto, estando atentos a la sintomatología que muestre nuestra pareja, la cual nos podría estar indicando alguna infección. (Torales, 2019)

Un estudio realizado por Capote, A. et al., (2017) establece que solo el 20% de los adolescentes comprende las medidas de prevención hacia las ITS y el uso adecuado del preservativo. Así mismo, se establece que la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales no va aparejada a una adecuada educación sexual. Por lo que se hace importante brindar herramientas que permitan a los jóvenes conocer los riesgos por ejercer prácticas inadecuadas en cuanto a relaciones sexuales, o mejor aún posponer su vida sexual hasta su madurez, ya que definitivamente no es suficiente la educación sexual en el hogar, la escuela y la comunidad. (Capote, 2017)

4.6 Prevención frente a las ITS

La única forma de prevenir una ITS al 100% es evitar el contacto sexual, ya sea sexo vaginal, anal u oral, y contacto genital de piel con piel con otra persona. No hay sexo, no hay ITS. Pero si se tiene relaciones sexuales, practicar sexo seguro reduce las probabilidades de contagio. El sexo seguro significa el uso de condones masculino o femeninos, o barreras bucales. Uno de los aspectos importantes para prevenir es la comunicación en pareja, dialogar el problema con lo que se contribuye a la confianza y acercamiento.

Es importante como medida de prevención: disminuir el número de parejas sexuales; el respeto hacia la pareja; se debe realizar chequeos médicos regularmente; las mujeres deben hacerse un examen de papanicolau una vez al año y hacerse pruebas de detección de ITS periódicamente. Sobre todo, lo más importante en el aspecto preventivo para el adolescente es establecer diálogos a nivel familiar, capacitación escolar y oportuna injerencia gubernamental en dicho tema, ya que el mismo es de interés colectivo. El mensaje en cuanto a la incidencia de las ITS, debe ser observada desde una visión amplia y objetiva, siempre se deben admitir las consecuencias que estas puede acarrear a lo largo de toda su vida y lo que puede influir a nivel familiar, social y cultural. (Planned, 2020)

4.7 Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Como ya se habló anteriormente las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra por contacto sexual (vaginales, orales o anales). Las ETS también reciben el nombre de ITS. La mayoría de estas se pueden prevenir con un uso correcto de protectores (condón) cada vez que se tiene una relación sexual. (Planned, 2020)

4.7.1 Clasificación de las infecciones de transmisión sexual.

Dentro de las ITS producidas por bacterias encontramos la sífilis, clamidiasis, vaginosis bacteriana y linfogranuloma venéreo; ITS causadas por virus: hepatitis B, herpes, virus del papiloma humano (VPH), VIH/SIDA; ITS producidas por endoparásitos: tricomoniasis y producidas por hongos: candidiasis; producidas por ectoparásitos: escabiosis o sarna y piojo del pubis o ladillas.

4.7.1.1 Infecciones de transmisión sexual bacterianas.

4.7.1.1.1 Sífilis. La sífilis según el Manual MSD, (2018) es una enfermedad producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, caracterizada por 3 estadios clínicos sintomáticos secuenciales, separados en períodos de infección asintomática latente. Las manifestaciones más frecuentes son las úlceras genitales, las lesiones cutáneas, la meningitis, la enfermedad aórtica y los síndromes neurológicos. El diagnóstico es con pruebas serológicas y estudios auxiliares seleccionados sobre el estadio de la enfermedad. La penicilina es el fármaco de elección. *Treponema pallidum* no puede sobrevivir durante un período prolongado fuera del cuerpo humano. Este ingresa a través de las mucosas o la piel, alcanza los ganglios linfáticos en pocas horas y se disemina rápidamente por todo el cuerpo.

La sífilis ocurre en 3 estadios:

Primaria. Después de un período de incubación de entre 3 y 4 semanas (intervalo entre 1 y 13 semanas), aparece una lesión primaria (chancro) en el sitio de la inoculación. La pápula eritematosa inicial se convierte en un chancro, constituida por una úlcera indolora con base firme que, cuando se fricciona, produce un líquido transparente con gran cantidad de espiroquetas. Los ganglios linfáticos circundantes pueden estar agrandados, ser duroelásticos e indoloros.

Los chancros pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero son más frecuentes en las siguientes áreas: pene, ano y recto en los hombres; vulva, cuello uterino y periné en las mujeres y labios o boca en ambos sexos. El chancro suele curarse en 3 a 12 semanas. Luego, los pacientes parecen completamente sanos. (Sheldon R. , 2018)

Secundaria. La espiroqueta se disemina a través del torrente sanguíneo y produce lesiones mucocutáneas generalizadas, hinchazón de los ganglios linfáticos y, con menor frecuencia, síntomas en otros órganos. Los síntomas típicos aparecen entre 6 y 12 semanas después de la identificación del chancro y alrededor del 25% de los pacientes aún conserva el chancro cuando surgen los síntomas. Por lo general se presenta fiebre, anorexia, náuseas y cansancio. También dolor de cabeza (debido a meningitis), pérdida de la audición (debido a otitis),

problemas de equilibrio (debido a laberintitis), trastornos visuales (debido a retinitis o uveítis), y dolor óseo (debido a periostitis).

Más del 80% de los pacientes presenta lesiones mucocutáneas. Sin tratamiento, las lesiones pueden desaparecer en pocos días o semanas, persistir durante varios meses o recidivar tras la curación, pero todas desaparecen en algún momento. La dermatitis sifilítica suele ser simétrica y predomina en las palmas y las plantas. Las lesiones individuales son redondas, a menudo escamosas y pueden coalescer para producir lesiones más grandes que, en general, no producen prurito ni dolor.

Los condilomas planos son pápulas planas hipertróficas de color rosado mate o gris que se manifiestan en las uniones mucocutáneas y en áreas húmedas de la piel (p. ej., en la región perianal, debajo de las mamas); las lesiones son muy infecciosas. Las localizadas en la boca, las fauces, la laringe, el pene, la vulva o el recto suelen ser circulares, sobreelevadas y a menudo de color gris o blanco con borde eritematoso. (Sheldon R. , 2018)

La sífilis secundaria puede afectar muchos otros órganos:

- Alrededor de la mitad de los pacientes presenta adenopatías, se asocian con ganglios linfáticos indoloros, duros y delimitados, a veces con hepatoesplenomegalia.
- 10% de los pacientes manifiesta lesiones en otros órganos, como oculares (uveítis), óseas (periostitis), articulares, meníngeas, renales (glomerulitis), hepáticas (hepatitis) o esplénicas.
- Entre el 10% y el 30% de los pacientes presenta meningitis leve, pero menos del 1% muestran síntomas meníngeos, que pueden consistir en cefaleas, rigidez de nuca, lesiones de los nervios craneales, sordera e inflamación ocular (por ejemplo: neuritis óptica, retinitis).

Sin embargo, la meningitis aguda o subaguda es más común entre los pacientes con infección por VIH, y puede manifestarse con síntomas meníngeos o accidentes cerebrovasculares debidos a la vasculitis intracraneal. (Sheldon R. , 2018)

Terciaria. Una tercera parte de los pacientes no tratados presenta sífilis tardía, aunque recién varios años o décadas después de la infección inicial. Las lesiones se pueden clasificar en términos clínicos como: sífilis terciaria benigna, sífilis cardiovascular y neurosífilis.

La sífilis terciaria gomosa suele aparecer dentro de los 3 a los 10 años siguientes a la infección y puede afectar la piel, los huesos y los órganos internos. La sífilis terciaria ósea se relaciona con la aparición de lesiones inflamatorias o destructivas que provocan dolor terebrante profundo, más intenso durante la noche.

La sífilis cardiovascular suele manifestarse entre 10 y 25 años, con síntomas: dilatación aneurismática de la aorta ascendente, insuficiencia aórtica y estrechamiento de las arterias coronarias. Las pulsaciones de la aorta dilatada causan compresión o erosión de las estructuras cardíacas adyacentes en el tórax. Síntomas como tos metálica y la obstrucción respiratoria debido a la presión sobre la tráquea pueden presentarse. (Sheldon R. , 2018)

La neurosífilis se presenta de varias formas: asintomática, meningovascular, parenquimatosa y con tabes dorsal. La neurosífilis asintomática causa meningitis leve en alrededor del 15% de los pacientes con diagnóstico original de sífilis latente, en el 25 al 40% de los pacientes con sífilis secundaria, en el 12% de aquellos con sífilis cardiovascular y en el 5% de los pacientes con sífilis terciaria benigna. Sin tratamiento, la enfermedad evoluciona a una neurosífilis sintomática en el 5% de los casos. Si el examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) no encuentra evidencia de meningitis 2 años después de la infección inicial, en general no se produce neurosífilis.

La neurosífilis meningovascular es el resultado de la inflamación de arterias grandes o medianas del encéfalo o la médula espinal. Sus síntomas se manifiestan típicamente entre 5 y 10 años después de la infección y van desde ninguno hasta accidentes cerebrovasculares. El compromiso de la médula espinal puede causar debilidad y consunción de los músculos de la cintura escapular y los brazos, debilidad en las piernas que progresa lentamente, incontinencia urinaria o fecal y, rara vez, parálisis súbita de las piernas debida a una trombosis de las arterias espinales.

La neurosífilis parenquimatosa (paresia general o demencia paralítica) aparece cuando una meningoencefalitis crónica destruye el parénquima cortical. En general, se evidencia entre 15 y 20 años después de la infección inicial y no suele afectar a los pacientes antes de su quinta o sexta década. El paciente puede presentar temblores en la boca, la lengua, las manos y todo el cuerpo, y también alteraciones pupilares, disartria, hiperreflexia y, en algunos casos, respuestas de extensión plantar. La escritura manuscrita suele ser temblorosa e ilegible. (Sheldon R. , 2018)

La tabes dorsal es una complicación de la sífilis no tratada que se caracteriza por debilidad muscular y sensaciones anormales. Se la conoce también como: ataxia locomotora; mielopatía sifilítica; mieloneuropatía sifilítica; mielopatía - sifilítica; neurosífilis tabética. Entre las causas se puede establecer que la tabes dorsal es una forma de neurosífilis, que es una complicación de la infección por sífilis en etapa tardía. Cuando la sífilis no se trata, la

bacteria daña la médula espinal y el tejido nervioso periférico. Esto produce los síntomas de la tabes dorsal.

En la actualidad, la tabes dorsal es poco frecuente ya que la sífilis se trata generalmente en las etapas iniciales de la enfermedad. Los síntomas de la tabes dorsal se deben al daño en el sistema nervioso. Los síntomas incluyen: sensaciones anormales (parestesia), a menudo llamadas "dolores fulgurantes"; problemas para caminar, por ejemplo, tener las piernas muy separadas; pérdida de la coordinación y de reflejos; daño en las articulaciones, especialmente en las rodillas; debilidad muscular; cambios en la visión; problemas de control de la vejiga, problemas de disfunción sexual, etc. (ADAM, 2018)

- Diagnóstico de sífilis.

Pruebas serológicas reagínicas (reagina plasmática rápida, PRP, o Venereal Disease Research Laboratory, VDRL) como pruebas de cribado en sangre y para diagnóstico de las infecciones del SNC. Pruebas serológicas para el treponema (por ejemplo: absorción de anticuerpos antitreponémicos fluorescentes o ensayos de microaglutinación de anticuerpos contra *Treponema pallidum*).

Debe sospecharse la sífilis en todos los pacientes con lesiones mucocutáneas típicas o trastornos neurológicos de etiología incierta, en particular en áreas con prevalencia elevada de la infección. En estas regiones, también debe considerarse el diagnóstico en pacientes con una amplia variedad de hallazgos inexplicables. Como las manifestaciones clínicas son tan diversas y los estadios avanzados son relativamente infrecuentes en la actualidad en la mayoría de los países desarrollados, la sífilis puede pasar inadvertida. Los pacientes con VIH y sífilis pueden presentar una enfermedad atípica o acelerada. La selección de las pruebas de diagnóstico depende del estadio de la sífilis. La infección neurológica se detecta y se sigue mejor con las pruebas reagínicas cuantitativas en LCR. Los casos deben informarse a las Agencias de Salud Pública. (Sheldon R. , 2018)

- Incidencia de sífilis

Según la OMS se estima que en el año 2016 se originaron en todo el mundo 5,6 millones nuevos casos de sífilis en adolescentes y adultos de entre 15 a 49 años, cuya tasa de incidencia a nivel mundial era de 1,5 casos por 1000 mujeres y 1,5 casos por 1000 hombres. La prevalencia total considerada de 18 millones de casos de sífilis en el 2012 es de 0,5% en hombres de 15 a 49 años. (OPS, 2020)

Por otro lado, estimaciones afirman que la sífilis causó 200000 mortinatos y muertes neonatales en el 2016, una cifra que hace de esta enfermedad sea una de las más importantes

causas de muertes de recién nacidos en el mundo. La sífilis congénita es la causante de 200000 muertes fetales y de recién nacidos cada año, según informe de la OMS. Las nuevas estimaciones de la OMS muestran que, de un total de 661000 casos de sífilis congénita, hubo 355000 consecuencias con nacimiento adversos, lo que representa un porcentaje significativo de fallecimientos de recién nacidos y enfermedad. Entre el 2012 y el 2016 estos resultados disminuyeron ligeramente, pasando de 397000 a 355000. (Opazo, 2019)

4.7.1.1.2 *Chancro*. El chancroide es una ITS producida por una bacteria, el bacilo *Haemophilus ducreyi*. Es común en países tropicales, aunque rara en otras partes del mundo. El chancroide es un factor de riesgo para contraer el virus del VIH.

Cualquier persona sexualmente activa puede infectarse con chancroide. Es más común en los hombres que en las mujeres, especialmente en los hombres sin circuncisión. El chancroide se contagia a través del contacto sexual con una persona infectada. Es más probable que las bacterias invadan los órganos sexuales en el punto de una lesión preexistente, como una cortadura o raspadura pequeña. La probabilidad de contagio es mayor si la persona es muy activa sexualmente y no practica hábitos de higiene personal. (Health, 2020)

En cualquier caso, al tratarse de una bacteria, afortunadamente se puede tratar de forma efectiva con antibióticos con curación completa posterior. Aun así, sería fundamental prevenirla. Por otro lado, padecer chancroide no confiere inmunidad, por lo que las personas con prácticas sexuales de riesgo se pueden infectar múltiples veces a lo largo de su vida. (Arponen, 2019)

- Sintomatología de chancro

Al principio esta enfermedad se manifiesta en forma de una pápula eritematosa que se convierte en pústula y se ulcera en 48 h. Los bordes de estas úlceras dolorosas son irregulares con bordes eritematosos no indurados. Las bases de las úlceras son granulosas, de color rojo y, a diferencia del chancro sífilítico, blandas. Las lesiones a menudo se cubren de material purulento y, si se infectan de manera secundaria, son fétidas. (Barbara L. Hoffman, 2014)

Las ubicaciones más comunes en la mujer son la horquilla, el vestíbulo, el clítoris y los labios. Las úlceras del cuello uterino o la vagina no son dolorosas. Alrededor del 50% de las pacientes manifiesta al mismo tiempo linfadenopatía inguinal unilateral o bilateral dolorosa. Cuando los ganglios son grandes y fluctuantes, se denominan bubas. Éstas en ocasiones supuran y forman fístulas y su secreción origina otras úlceras. (Barbara L. Hoffman, 2014)

- Diagnóstico de chancro

El diagnóstico puede ser:

- Clínico: la precisión diagnóstica sólo es del 30-80% y hay úlceras genitales mixtas con otros patógenos.
- Microscopia: útil cuando hay una gran carga de microorganismos en forma de vagones de tren o encadenados o de bandada de peces. Su sensibilidad es baja 5-63% y su especificidad del 51-99%. Puede dar falsos positivos. No se recomienda para su diagnóstico.
- Cultivo: técnicamente difícil y en las mejores condiciones tiene una sensibilidad del 75-80%. Es el patrón oro, pero es menos sensible que la PCR. Se debe recoger la muestra limpiando previamente con suero salino fisiológico estéril y luego usar una torunda de alginato cálcico, dacrón o algodón (ninguna parece ser mejor que otra) de la úlcera. Se toma material de la base de la úlcera o de los bordes después de eliminar el pus superficial con una torunda de algodón. *Haemophilus ducreyi* sobrevive de 2 a 4 horas en la torunda si se mantiene a 4°C. (Montemayor, Jiménez, Guerra, Pladevall, & Vázquez, 2018)

La recuperación de HD (*Haemophilus ducreyi*) es menor de bubones intactos que de la base de la úlcera o de bubones abiertos. Lo ideal es inocular la muestra directamente. No parece una ventaja usar el medio de transporte comparado con la inoculación directa, en dos medios de cultivo al lado del paciente. Lo ideal es un medio bifásico debido a que las cepas difieren en su capacidad de crecimiento: agar gonococo suplementado con 2% de hemoglobina bovina y 5% de suero bovino y suplementado con 1% de IsovitaléX, 3 µ/mL de vancomicina para prevenir el crecimiento de grampositivos, y el segundo agar Mueller-Hinton suplementado con sangre de caballo lisada al 5%, 1% de Isovitaléx y 3 µ/mL de vancomicina. Una modificación igualmente eficaz es sustituir el suero bovino fetal por carbón activado al 0,2% que es más barato.

El aislamiento mejora si se pone en condiciones de microaerofilia. Debido a que el laboratorio no dispone habitualmente de estos medios, los clínicos deben preguntar si es posible prepararlos en 2-3 h. *H. ducreyi* es un microorganismo asacarolítico y no se identifica bioquímicamente de forma fácil en el laboratorio. Sus colonias son tostadas o color canela y amarillentas autoadherentes y se pueden empujar enteras sobre la superficie del agar. Son oxidasa positiva, catalasa negativa y requieren el factor nutricional X (hemina) para crecer (mediante el test de la porfirina positiva) y no requieren NAD (factor V). (Montemayor, Jiménez et al, 2018)

Actualmente la identificación se puede realizar mediante MALDI-TOF. El procesamiento de estos controles debe realizarse en paralelo junto con las muestras problema en medios preparados en el momento. Si esto no es posible, se deben procesar mediante PCR.

- Inmunofluorescencia (detección de antígenos): es una técnica con mayor sensibilidad que el cultivo y útil en zonas de alta prevalencia que utiliza un anticuerpo monoclonal frente a la OMP (proteína de membrana externa de 29 KDa) o también mediante inmunofluorescencia indirecta usando anticuerpos monoclonales frente a los lipooligosacáridos (LOS). e) PCR: puede haber inhibidores en las muestras de las úlceras y puede ser necesario un paso previo, que es muy laborioso, con extracción fenol-cloroformo, para realizar una PCR múltiple. La muestra se puede enviar en un recipiente estéril seco, y si el envío al laboratorio se demora, se congelará la muestra a -70°C. La sensibilidad de la PCR es del 95%.
- Serología: enzimoimmunoensayo: No es útil para el diagnóstico, la respuesta es lenta y da reacciones cruzadas con otras especies de *Haemophilus*. Se utilizan en estudios epidemiológicos. La sensibilidad es del 55-100% y la especificidad del 23-96%.
- Biopsia de tejido: no es diagnóstico, podría ser útil para diagnosticar úlceras atípicas. Antibiograma: se puede realizar por dilución en agar o mediante tiras en gradiente (Etest) pero no se realiza de rutina debido a que no hay métodos estandarizados ni criterios interpretativos.
- Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) debido a la dificultad diagnóstica han propuesto el diagnóstico probable si un paciente tiene úlceras dolorosas genitales y se ha excluido sífilis y herpes.
- No se recomienda realizar el test de curación. (Montemayor, Jiménez et al, 2018)
 - Incidencia del chancro

La prevalencia del chancroide ha disminuido en los Estados Unidos. Cuando ocurre una infección, generalmente se asocia con brotes esporádicos. En todo el mundo, el chancroide parece haber disminuido también, aunque la infección aún puede ocurrir en algunas regiones de África y el Caribe. (CDC, 2015)

Se observa una disminución apreciable de la incidencia de *Haemophilus ducreyi* (chancroide) en las tasas de sífilis de la población en general y en algunas secuelas de estas infecciones. (Gangaiah D, 2016)

La transmisión es muy probable que ocurra ésta durante el coito con una pareja que tiene una úlcera genital por *H. ducreyi*. El chancroide es un cofactor para la transmisión de

VIH/sida; existen altas tasas de infección por VIH/sida en quienes tienen chancroide. Diez por ciento de los individuos con chancroide adquirido en Estados Unidos tienen una coinfección por *T. pallidum* y HSV. (Fitzpatrick, 1983)

4.7.1.1.3 Gonorrea. La gonorrea es una de las enfermedades venéreas clásicas; puede infectar tanto a hombres como mujeres, causa infecciones genitales, recto y garganta. Es muy común, en las personas jóvenes de 15 a 24 años. Asimismo, es una de las infecciones estudiadas con mayor atención en los últimos 30 años, en relación con sus aspectos clínicos, epidemiológicos, de diagnóstico, de terapéutica y desde diversos ángulos de la relación hospedero – parásito. Es importante resaltar que los humanos son el hospedero natural del agente etiológico, el cual provoca usualmente infecciones no complicadas de los epitelios mucosos.

La gonorrea es la enfermedad producida por la infección de la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* infecta típicamente los epitelios de la uretra, el cuello uterino, el recto, la faringe o las conjuntivas y causa irritación o dolor y secreción purulenta. La diseminación a la piel y las articulaciones, que es inusual, causa úlceras en la piel, fiebre y poliartritis migratoria o artritis séptica particular. El diagnóstico se basa en el examen microscópico, el cultivo o las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos. El tratamiento puede realizarse con diversos antibióticos por vía oral o parenteral, pero la resistencia farmacológica constituye un problema creciente. (Sheldon M. , 2020)

La Neisseria gonorrhoeae es un diplococo gramnegativo que se halla únicamente en los seres humanos y casi siempre se transmite por contacto sexual. Las infecciones uretrales y cervicales son más frecuentes, pero a menudo asoman infecciones en la faringe o el recto después de una relación sexual oral o anal o conjuntivitis tras la contaminación del ojo.

Durante un episodio de coito vaginal, la probabilidad de transmisión de la mujer al hombre se aproxima al 20%, aunque puede ser más elevada del hombre a la mujer. Los recién nacidos pueden contagiarse y presentar infección conjuntival durante el pasaje a través del canal del parto y los niños pueden contagiarse una gonorrea como resultado de abuso sexual.

Entre el 10 al 20% de las mujeres, la infección cervical asciende a través del endometrio hasta las trompas uterinas (salpingitis) y el peritoneo pélvico y provoca una enfermedad pelviana inflamatoria (EPI). Las clamidias o las bacterias intestinales también pueden producir una EPI. La cervicitis gonocócica suele manifestarse con disuria o inflamación de los conductos de las glándulas de Skene y de Bartholin. En una pequeña proporción de hombres, la uretritis ascendente progresa en una epididimitis. (Sheldon M. , 2020)

En menos del 1% de los casos, sobre todo en mujeres, aparece una infección gonocócica generalizada provocada por la diseminación hematógena de la enfermedad. Este cuadro afecta típicamente la piel, las vainas tendinosas y las articulaciones. Rara vez se aparecen pericarditis, endocarditis, meningitis y perihepatitis. En el 15 al 25% de los hombres heterosexuales infectados y en el 35 al 50% de las mujeres se detecta una coinfección con *Chlamydia trachomatis*. (Sheldon M. , 2020)

- Aspectos clínicos de la gonorrea

Entre el 10 y el 20% de las mujeres infectadas y muy pocos hombres infectados son asintomáticos. Alrededor del 25% de los hombres manifiesta mínimos síntomas.

La epididimitis suele causar dolor escrotal unilateral, dolor a la palpación y edema. Rara vez, los hombres presentan abscesos en las glándulas de Tyson y de Littre, abscesos periuretrales o infección de las glándulas de Cowper, la próstata o las vesículas seminales.

La cervicitis suele estar precedida por un período de incubación de más de 10 días. Los síntomas, es decir, la disuria y el flujo vaginal, pueden ser leves o graves. Durante el examen pelviano el médico puede identificar una secreción cervical mucopurulenta o purulenta y el orificio cervical puede estar eritematoso y sangrar fácilmente cuando contacta con el espéculo. La paciente puede presentar uretritis concomitante, con expresión de pus a través de la uretra cuando se comprime la sínfisis del pubis o los conductos de las glándulas de Skene o de Bartholin. Rara vez, en niñas prepúberes sometidas a abuso sexual aparece una uretritis caracterizada por disuria, flujo vaginal purulento e irritación vulvar, eritema y edema.

En el 10 al 20% de las mujeres infectadas aparece una enfermedad inflamatoria pélvica, que incluye salpingitis, peritonitis pelviana y abscesos pelvianos, así como también molestias en las fosas ilíacas y el hipogastrio (típicamente bilateral), dispareunia e hipersensibilidad significativa a la palpación del abdomen, los anexos o el cuello uterino. (Merck, 2020)

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una perihepatitis gonocócica (o por clamidia) que aparece predominantemente en mujeres y provoca dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre, náuseas y vómitos, a menudo diagnosticados en forma errónea como parte de una enfermedad hepática o biliar.

La gonorrea rectal suele ser asintomática y aparece sobre todo en hombres que tienen relaciones sexuales anales receptivas y en mujeres que también practican sexo anal. Sus síntomas consisten en prurito rectal, secreción rectal turbia, proctorragia y estreñimiento,

todos ellos de gravedad variable. El examen proctoscópico puede detectar eritema o exudado mucopurulento en la pared rectal.

La faringitis gonocócica suele ser asintomática, pero puede causar odinofagia. *Neisseria gonorrhoeae* debe distinguirse de la *Neisseria meningitidis*, y otros microorganismos estrechamente relacionados que suelen detectarse en las fauces de pacientes portadores asintomáticos.

La infección gonocócica generalizada, también conocida como síndrome de artritis-dermatitis, refleja el desarrollo de bacteriemia y se manifiesta típicamente con fiebre, dolor migratorio o edema articular (poliartritis) y lesiones cutáneas pustulosas. En algunos pacientes aparece eritema o edema tendinoso (por ejemplo en la muñeca o el tobillo). Las lesiones cutáneas características se identifican en los brazos o las piernas, tienen una base eritematosa y son pequeñas, algo dolorosas y a menudo pustulosas. La gonorrea genital, que es el origen habitual de la infección generalizada, puede ser asintomática. La infección gonocócica generalizada puede confundirse con otros trastornos productores de fiebre, lesiones cutáneas y poliartritis (por ejemplo: pródromo de la infección por hepatitis B o meningococemia); algunos de estos otros trastornos (por ejemplo: artritis reactiva) también provocan síntomas genitales. (Merck, 2020)

- Diagnóstico de la gonorrea

Neisseria gonorrhoeae es un cocobacilo gramnegativo que invade las células epiteliales cilíndricas y de transición, tornándose intracelular. Por esta razón, el epitelio vaginal no se ve afectado. Para identificar al gonococo se cuenta con NAAT (técnicas de ácidos nucleicos), las cuales ya sustituyeron al cultivo en la mayoría de los laboratorios. Antes, sólo se obtenían muestras aceptables del endocérvix o de la uretra. Sin embargo, existen nuevos estuches de recolección para NAAT específicas para muestras de la vagina, del endocérvix o de orina. En mujeres sin cuello uterino por una histerectomía previa, se obtienen muestras de la primera orina de la mañana. (Barbara L. Hoffman, 2014)

En pacientes con un cuello uterino intacto, los especímenes de secreción vaginal son tan sensibles y específicos como los frotis del cuello uterino. Éstos son aceptables si se realiza una exploración pélvica, aunque las muestras de exudado vaginal son adecuadas incluso cuando se ejecuta un examen completo de dicha región. Aunque las muestras de orina son aceptables, en pacientes con cuello uterino son las menos preferidas. (Barbara L. Hoffman, 2014)

El cultivo es sensible y específico, pero dado que los gonococos son microorganismos frágiles que requieren condiciones de cultivo especiales, las muestras obtenidas con un hisopo deben prepararse rápidamente sobre una placa en un medio apropiado (por ejemplo: de Thayer-Martin modificado) y transportarse al laboratorio en un ambiente rico de dióxido de carbono. Las muestras de sangre y de líquido articular deben enviarse al laboratorio con una nota en la que debe usarse que se sospecha una infección gonocócica. Dado que las pruebas de amplificación de los ácidos nucleicos han reemplazado al cultivo en la mayoría de los laboratorios, puede ser difícil encontrar un laboratorio que pueda realizar cultivos y antibiogramas, y es necesaria la consulta con un especialista en salud pública o en enfermedades infecciosas. (Merck, 2020)

Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos PAAN tienen en general mayor sensibilidad que el cultivo, especialmente para las muestras faríngeas y rectales. Sin embargo, la especificidad de varias de las PAAN gonocócicas es insuficiente para el diagnóstico en las muestras urogenitales y, en particular, en las extragenitales, lo que da lugar a un valor predictivo positivo bajo en poblaciones con prevalencia baja.

- Incidencia de la gonorrea

La OPS (2020) establece que en el 2012 se presentaron 78 millones de nuevos casos de gonorrea entre adolescentes y adultos de 15 a 49 años en el mundo, cuya tasa de incidencia se estima en 19 por 1000 en mujeres y de 24 por 1000 en hombres. La prevalencia mundial estimada entre 27 millones de infectados al 2012 es de 0,8% en las mujeres y de un 0,6% en los hombres de 15 a 49 años a nivel mundial. Además, el estudio revela una coinfección con *Chlamydia trachomatis* en un 10% a 40% en los pacientes con gonorrea en todo el mundo.

La gonorrea de todas las ITS, es la más resistente a los antibióticos. Se ha descrito en todo el mundo un incremento de la resistencia a la mayor parte de los antibióticos empleados para tratar los contagios gonorreicos, lo que sin duda lleva a establecer que asomen casos de infección gonocócicas que no sean tratables. (OPS, 2020)

4.7.1.1.4 Clamidirosis. La infección por la bacteria *Chlamydia trachomatis* está creciendo en todo el mundo, según Jordi Casabona, portavoz del grupo de ITS de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, se debe al aumento en la exposición de relaciones sexuales no protegidas. Según el investigador en ocasiones se alude a esta infección como una epidemia silenciosa, ya que en muchos casos es asintomática. Tiene un buen pronóstico cuando se maneja de forma adecuada, pero puede desembocar en consecuencias graves si no se trata a tiempo.

Las infecciones por clamidia representan entre el 8% a 10% de los jóvenes. Su máxima incidencia se da en menores de 25 años según Alicia Comuni3n, coordinadora del Grupo Espa3ol de Investigaci3n en ITS y SIDA de la Academia Espa3ola de Dermatolog3a y Venereolog3a (AEDV).

La clamidia seg3n Casabona se transmite por contacto sexual a trav3s de los fluidos; por lo tanto, en funci3n del tipo de pr3cticas sexuales puede adquirirse mayoritariamente a trav3s de la mucosa vaginal, anal o del aparato urinario, por su lado Comuni3n resalta que el contagio es por contacto directo y se puede producir por penetraci3n vaginal, anal y por sexo oral. (Sanches, 2019)

Chlamydia trachomatis no afecta por igual a hombres y mujeres y la infecci3n puede cursar de forma asintom3tica, especialmente en mujeres. La sintomatolog3a m3s frecuente es la de una inflamaci3n del tracto urinario con escozor y molestias al orinar, pero puede variar en funci3n de la localizaci3n. En las mujeres infecta el cuello del 3tero y puede causar cervicitis, aumento del flujo y coitalgia, pero en dos de cada tres mujeres es una infecci3n asintom3tica.

En los hombres infecta el epitelio uretral, pudiendo causar uretritis, molestias al orinar y supuraci3n uretral. Tambi3n puede producir epididimitis.

En el sexo anal puede causar proctitis, con tenesmo; moco o sangre y dolor, aunque en m3s del 50% de casos no da s3ntomas. Cuando se contrae por sexo oral sin protecci3n puede producir infecci3n de faringe, que suele ser asintom3tica. Una cepa especial de clamidia puede causar una infecci3n denominada linfgranuloma ven3reo, que produce inflamaci3n de los ganglios y bubones, especialmente inguinales. Esta se da especialmente en portadores del SIDA. (Sanches, 2019)

- Diagn3stico de clamidiasis

Chlamydia trachomatis se identifica en forma m3s 3ptima en muestras genitales con pruebas de amplificaci3n de 3cidos nucleicos, ya que estas pruebas son m3s sensibles que los cultivos celulares y se asocian con requerimientos de manipulaci3n de la muestra menos estrictos. Las pruebas de amplificaci3n de 3cidos nucleicos para detectar la infecci3n genital pueden llevarse a cabo en muestras obtenidas con m3todos no invasivos, como orina o hisopado vaginal recolectado por el paciente o el m3dico.

Aunque estas AAT (pruebas de amplificaci3n de 3cidos nucleicos) no est3n aprobadas para infecciones extragenitales (por ejemplo: aquellas en el recto o la faringe), pueden detectar *Chlamydia trachomatis* en estos sitios, y los laboratorios pueden realizar una

validación interna para su uso en ellos. Las pruebas serológicas tienen un valor limitado, salvo para el diagnóstico de linfogranuloma venéreo y psitacosis. La infección genital por clamidia es tan frecuente y suele ser asintomática o provocar sólo síntomas leves o inespecíficos (particularmente en mujeres), la Agencia del gobierno federal de los Estados Unidos cuya encargada de proteger la salud pública mediante la prevención y el control de enfermedades, lesiones y discapacidades CDC recomiendan la evaluación sistemática de las personas asintomáticas con riesgo elevado de desarrollar ITS. (Merck, 2020)

Los síntomas en las mujeres incluyen: flujo vaginal anormal, que puede tener un fuerte olor, sensación de ardor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales y si la infección se propaga, es posible presentar dolor abdominal bajo, dolor durante las relaciones sexuales, náuseas o fiebre. (MedlinePlus, 2020)

Los síntomas en los hombres incluyen: secreción del pene, sensación de ardor al orinar, ardor o picazón alrededor de la abertura del pene, dolor e inflamación en uno o ambos testículos, aunque esto es menos común, y si la clamidia infecta el recto puede causar dolor rectal, secreción y/o sangrado tanto en hombres como en mujeres. (Medlineplus, 2020)

Para el coito anal activo: análisis de orina; para el coito anal receptivo: hisopado rectal y para sexo oral: hisopado faríngeo. (MedlinePlus, 2020)

- Incidencia de clamidiasis

La OPS (2020) establece que según la OMS en el 2012 se produjeron 131 millones de nuevos casos de infección por clamidias (o clamidiosis) en adultos y jóvenes de entre 15 a 49 años en todo el mundo, sumados a cerca de 128 millones ya existentes. El número más alto se dio en América y la Región del Pacífico Occidental.

En América se estima cerca de 17,8 millones de nuevos casos en mujeres y 7 millones en hombres en el 2012. Estos se suman a los cerca de 18,8 millones de casos ya existentes en mujeres y 4,5 millones de casos ya existentes en hombres. En muchos países el número mayor de infecciones lo registran las mujeres comprendidas entre los 15 a 19 años y 20 a 24 años respectivamente. Un 10% a 40% de las personas con infección por gonorrea presentan también una infección por clamidias. (OPS, 2020)

4.7.1.1.5 Linfogranuloma Venéreo (LGV). Según el doctor Sheldon R. Morris, de la Universidad de California de San Diego, el linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad causada por 3 únicas cepas de *Chlamydia trachomatis* que se caracteriza por el desarrollo de una lesión cutánea pequeña, a menudo asintomática, seguida de una adenopatía regional en el área inguinal o la pelvis. En forma alternativa, si se adquiere por sexo anal,

puede manifestarse como proctitis grave. Sin tratamiento, el linfogranuloma venéreo puede causar obstrucción del flujo linfático y edema crónico de los tejidos genitales. El diagnóstico se basa en los signos hallados en la evaluación clínica, pero en general la enfermedad puede confirmarse con pruebas serológicas o inmunofluorescencia.

Este es causado por los serotipos L1, L2, y L3 de la bacteria *Chlamydia trachomatis* los cuales difieren de los serotipos de clamidia que causan tracoma, conjuntivitis de inclusión, y clamidia uretritis y cervicitis porque pueden invadir y reproducirse en los ganglios linfáticos regionales. El linfogranuloma venéreo ocurre en 3 etapas. (Hammerschlag, 2018)

- El primer estadio comienza tras un período de incubación de alrededor de 3 días con una pequeña lesión en el sitio de entrada, que puede provocar un desgarro en la piel suprayacente (úlceras), pero cicatriza tan rápidamente que puede pasar inadvertida.
- El segundo estadio suele comenzar en los hombres después de la segunda a la cuarta semana, con ganglios inguinales unilaterales o bilaterales que se agrandan y forman masas grandes y dolorosas a la palpación, en ocasiones fluctuantes (bubones). Los bubones se adhieren a los tejidos más profundos y promueven la inflamación de la piel suprayacente, a veces con fiebre y malestar general. En las mujeres, la lumbalgia o el dolor pelviano son habituales y las primeras lesiones se detectan en el cuello uterino o la parte superior de la vagina, lo que promueve la inflamación de los ganglios linfáticos perirectales y pelvianos más profundos. Puede haber múltiples trayectos fistulosos de drenaje, por donde se elimina pus o sangre.
- En el tercer estadio, las lesiones curan con cicatrices, pero los trayectos fistulosos pueden persistir o recidivar. La inflamación persistente causada por la infección no tratada obstruye los vasos linfáticos y provoca edema y úlceras cutáneas.

Las personas que practican sexo anal receptivo pueden tener proctitis o proctocolitis grave, con secreción rectal hemática y purulenta durante la primera etapa. En los estadios crónicos, la colitis, que puede confundirse con la de la enfermedad de Crohn, puede causar tenesmo y estenosis en el recto o dolor secundario a la inflamación de los ganglios linfáticos pélvicos. La proctoscopia puede detectar inflamación difusa, pólipos y masas o exudado mucopurulento, hallazgos que se asemejan a una enfermedad inflamatoria intestinal. (Hammerschlag, 2018)

- Diagnóstico de linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo se sospecha en pacientes con úlceras genitales, ganglios linfáticos inguinales edematizados o proctitis que viven en áreas donde la infección es

frecuente, realizaron un viaje a esa zona o tuvieron contacto sexual con personas que viven en esas áreas. El linfogranuloma venéreo también se sospecha en pacientes con bubones, que pueden confundirse con abscesos causados por otras bacterias.

El diagnóstico suele realizarse mediante la detección de los anticuerpos contra la endotoxina de *Chlamydia* (títulos de fijación del complemento > 1:64 o títulos inmunofluorescentes > 1:256) o mediante genotipificación con pruebas de ácidos nucleicos basados en PCR. Los niveles de anticuerpos suelen estar aumentados en el momento de la presentación o poco después y permanecen elevados.

En laboratorios de referencia (por ejemplo los CDC) se cuenta con pruebas directas para identificar antígenos de clamidia con inmunoensayos (por ejemplo: inmunoadsorción ligada a enzimas [ELISA], ELISA es el acrónimo en inglés para enzimoimmunoanálisis de adsorción. Se trata de un examen de laboratorio comúnmente usado para detectar anticuerpos en la sangre. Un anticuerpo es una proteína que el sistema inmunitario del cuerpo produce cuando detecta sustancias dañinas, llamadas antígenos) esta es asociada con anticuerpos monoclonales para teñir el pus o pruebas de amplificación de ácidos nucleicos. (Medlineplus, 2020)

Todas las parejas sexuales deben ser sometidas a evaluación. Una vez concluido un tratamiento en apariencia exitoso, los pacientes deben controlarse durante 6 meses. (Hammerschlag, 2018)

- Incidencia de linfogranuloma venéreo

El nivel de incidencia no está diferenciado por la OMS, se asocia a la clamidiasis, porque el agente causal es una cepa seropositiva de la *Chlamydia trachomatis*, como se explicó anteriormente.

4.7.1.1.6 Vaginosis Bacteriana (VB). La vaginosis bacteriana (VB) es una infección causada por una cantidad excesiva de ciertas bacterias que cambian el equilibrio normal de las bacterias en la vagina, es muy frecuente en las mujeres de 15 a 44 años.

Se desconoce la causa de la vaginosis bacteriana (VB) o su forma de contraerla, por lo general ocurre en mujeres sexualmente activas, esta infección se asocia al desequilibrio de la flora bacteriana vaginal. Se ha postulado que la alcalinización repetida de la vagina, que se produce con las relaciones sexuales frecuentes o con las duchas vaginales, tiene una función. Después de que desaparezcan los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno, es difícil restablecer la flora vaginal normal, y es frecuente la recurrencia de VB. (Novak)

Tener vaginosis bacteriana puede incrementar la probabilidad de contraer otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por lo general no se presenta en mujeres que no tengan contacto sexual, esta infección no se contrae por contacto con asientos del inodoro, la ropa de cama o las piscinas.

Son medidas preventivas ya que no se conocen las causas de su propagación: no tener relaciones sexuales, limitar el número de parejas sexuales y no hacerse muy frecuentemente duchas vaginales. Muchas mujeres con vaginosis bacteriana no presentan síntomas, esto se pueden manifestar con presencia de secreción vaginal blanca o gris y poco espesa, olor, dolor, picazón o ardor en la vagina. Algunas mujeres tienen un fuerte olor a pescado, especialmente después de haber tenido relaciones sexuales. Es posible que también sienta ardor al orinar o picazón en la parte externa de la vagina o ambos síntomas. La VB no se la ha observado con la importancia que la misma ameritaba, es a partir de los años 80 del siglo XX que cobra importancia debido a que es asociada a muchas enfermedades de tipo obstétricas y ginecológicas. En la actualidad es considerada una enfermedad de alto riesgo. Se asocia en la mujer gestante con el parto pretérmino, la corioamnionitis, la ruptura prematura de membranas, la endometritis posparto y otras complicaciones ginecológicas tales como la enfermedad pélvica inflamatoria. Entre los factores que se asocian a esta enfermedad podemos citar: bajo nivel educativo, la raza negra, uso de hormonas, utilización de duchas vaginales, inicio de vida sexual a temprana edad y parejas sexuales múltiples. También se la asocia con el estrés psicoemocional y su frecuencia parece ser mayor en mujeres que consumen tabaco y alcohol. (Merchán, Quiroz, María, & Pin, 2017)

- Diagnóstico de vaginosis bacteriana

Para diagnosticar una vaginosis bacteriana es necesario realizar pruebas en la consulta. Se diagnostica basándose en los siguientes hallazgos: olor vaginal a pescado, en particular después del coito, y secreción vaginal; las secreciones vaginales son grisáceas y recubren finalmente las paredes vaginales; el pH de estas secreciones es mayor de 4,5 (en general entre 4,7 y 5,7); el estudio microscópico de las secreciones vaginales muestra un aumento de células clave y los leucocitos están ausentes de manera notable. En casos avanzados de VG, más del 20% de las células epiteliales son células clave; al añadir hidróxido potásico a las secreciones vaginales (prueba de mal olor) se detecta un olor a pescado, producido por las aminas. No se recomiendan los cultivos de *G. vaginalis* como prueba diagnóstica por su falta de especificidad. (Novak)

- Incidencia de vaginosis bacteriana

En África Subsahariana se registra las prevalencias más altas de VB, en zonas afectadas por el VIH. En Norteamérica 1 de cada 3 mujeres la tienen. En Latinoamérica, Chile reporta hasta un 32%, Brasil reporta prevalencias de más de 30%, en el Perú, un estudio en Lima ha reportado una prevalencia de 23% en mujeres que asistieron a consultorios ginecológicos. (López-Torres, y otros, 2016)

4.7.1.2 Infecciones de transmisión sexual víricas.

4.7.1.2.1 Hepatitis B. Esta infección hepática potencialmente mortal, que es causada por el virus de la hepatitis B (VHB), es un problema importante a nivel mundial. Se puede cronificar y conlleva alto riesgo de muerte por presencia de cirrosis y cáncer de hígado.

Gran parte de los infectados no presentan sintomatología tras infectarse, otros presentan cuadros agudos con síntomas durante varias semanas, como: coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, cansancio extremo, náuseas, vómitos y dolor abdominal. En algunas personas se puede presentar hepatitis aguda que da lugar a una insuficiencia hepática aguda potencialmente mortal. Algunos afectados pueden presentar infección hepática crónica que puede ocasionar cirrosis o cáncer hepático. Sin embargo, existe una vacuna inocua y eficaz que confiere una protección del 98% al 100% contra la enfermedad y que, por tanto, permite evitar las complicaciones, como la cronificación y el cáncer. (OMS, 2019)

- Transmisión de hepatitis B

En las zonas de alta endemicidad, se transmite asiduamente de la madre al niño durante el parto (transmisión perinatal) o de modo horizontal (por exposición a sangre infectada), y particularmente de niños infectados a niños sanos durante los primeros cinco años de vida. La cronificación es común en lactantes infectados a través de su madre y en los menores de 5 años. (OMS, 2019)

También se transmite por pinchazos, tatuajes, perforaciones y exposición a sangre o líquidos corporales infectados como la saliva, el semen, el flujo vaginal y menstrual. También se da el contagio por vía sexual, sobre todo en hombres sin vacunar que tienen contactos homosexuales y también en heterosexuales que tienen varias parejas sexuales o contacto con profesionales del sexo. En adultos la infección se cronifica en menos del 5% de los casos, mientras que en los lactantes y los niños pequeños esta proporción es del 95%. (OMS, 2019)

El VHB puede sobrevivir siete días fuera del organismo tiempo en que puede infectar si penetra en el cuerpo de una persona no vacunada. La incubación promedio se da en 75 días,

pero varía entre 30 y 180 días. Se puede detectar entre los 30 y 60 días después de la infección. Este puede persistir y dar lugar a una hepatitis B crónica. (OMS, 2019)

- Diagnóstico de hepatitis B

Las manifestaciones clínicas no permiten diferenciar la hepatitis B de la causada por otros virus y, por tanto, es primordial confirmar mediante pruebas analíticas. Se dispone de algunos análisis de sangre para diagnosticar la enfermedad y hacer un seguimiento de los pacientes, que se pueden utilizar para distinguir las infecciones agudas y las crónicas. Las pruebas analíticas persiguen detectar el antígeno de superficie del VHB (antígeno HBs). La OMS recomienda analizar todas las donaciones para evitar la transmisión accidental del virus a los receptores de hemoderivados.

La infección aguda se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra el antígeno HBs y de inmunoglobulinas M contra el antígeno del núcleo del VHB. En la fase inicial de la infección, los pacientes son también seropositivos para el antígeno e (HBe), lo cual, por lo general, indica que el virus se está replicando intensamente y que la sangre y los líquidos corporales son muy contagiosos.

La infección crónica se caracteriza por la persistencia del antígeno HBs por más de seis meses, con o sin presencia de antígeno HBe. La persistencia del antígeno HBs es el principal marcador del riesgo de sufrir hepatopatía crónica y cáncer de hígado (carcinoma hepatocelular) más adelante. (OMS, 2019)

- Incidencia de hepatitis B

Las regiones del Pacífico Occidental y de África son las más elevadas en prevalencia, con una tasa de infección en los adultos del 6,2% y del 6,1%, respectivamente. En países del Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Europa, la tasa de infección es del 3,3%, el 2,0% y el 1,6%, respectivamente. En América el 0,7% de la población está infectado.

En muchos países de bajos recursos, el acceso al diagnóstico y tratamiento de la hepatitis B es limitado. En el 2016 el 10,5% de la población infectada, es decir, 27 millones de un total de 257 millones, sabía que tenía la infección y tan solo el 16,7% de diagnosticados tenía tratamiento. (OMS, 2019)

4.7.1.2.2 *Herpes*. Según la OPS, (2020) la infección por el virus del herpes simple, a la que se denomina generalmente herpes, puede deberse al virus del herpes simple de tipo 1 (VHS-1) o al virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2). El primero se transmite primariamente por contacto de boca a boca y causa una infección en la boca o alrededor de ella (herpes bucal o labial). El VHS-2 se transmite casi únicamente por contacto sexual y

causa una infección en el área genital o anal (herpes genital). Así mismo, el VHS-1 puede transmitirse también al área genital a través del sexo oral. Muy poco frecuente es el contagio de madre a hijo en el parto.

La mayor parte de las infecciones genitales por herpes son asintomáticas o pueden producir síntomas leves que pasan desapercibidos. En un 10-25% de las infecciones primarias, el herpes genital se caracteriza por la presencia de una o varias vesículas o úlceras genitales o anales, generalmente de 4 a 7 días después del contacto sexual. El VHS genital sintomático es un trastorno que persiste durante toda la vida y que puede caracterizarse por reapariciones sintomáticas frecuentes.

Para su detección son necesarios análisis de laboratorio para diferenciar el VHS-1 del VHS-2. La infección por el VHS-2 es la causa más frecuente de la enfermedad de úlcera genital (EUG) recurrente en todo el mundo. Además, la infección por el VHS-2 tiene un especial interés debido a su sinergia epidemiológica con la infección por el VIH y la transmisión de este. (OPS, 2020)

- Diagnóstico del herpes

El diagnóstico se establece por las manifestaciones clínicas. Se confirma mediante el cultivo de virus o anticuerpo fluorescente directo o pueden ser necesarias pruebas serológicas. Hay que descartar la infección concomitante a otra enfermedad de transmisión sexual. (Fitzpatrick, 1983)

El método ideal para el diagnóstico de una infección herpética es el cultivo de tejidos. Su especificidad es elevada pero la sensibilidad es reducida y disminuye más conforme las lesiones cicatrizan. En casos recurrentes, menos del 50% de los cultivos es positivo. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es de 1.5 a 4 veces más sensible que el cultivo y quizá lo sustituya en el futuro. Es importante señalar que un cultivo negativo no significa que no exista infección herpética. Existen pruebas serológicas basadas en glucoproteínas G de tipos determinados que permiten detectar anticuerpos específicos contra la glucoproteína G2 particular del HSV (HSV-2) y la glucoproteína G1 (HSV-1). La especificidad del análisis es $\geq 96\%$ y la sensibilidad de la prueba para detectar anticuerpos contra HSV-2 varía del 80 al 98%. (Barbara L. Hoffman, 2014)

- Incidencia del herpes

La OPS, (2020) en el 2012 estima que se produjeron alrededor de 19,2 millones de nuevas infecciones por el VHS-2 en adultos y adolescentes de 15 a 49 años en todo el mundo, y las tasas más altas se registraron en los más jóvenes. Esta infección persiste durante toda

la vida; la prevalencia mundial es de 11,3%, que significan unos 417 millones de personas al 2012. En el mismo año se presentaron 2,2 millones de nuevos casos en mujeres y 1,3 millones en hombres en América, ya existiendo en el continente 45,2 millones de casos de infección por el VHS-2 en mujeres y 25,1 millones de casos en hombres. (OPS, 2020)

4.7.1.2.3 Virus del papiloma humano (VPH). Es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Comúnmente es inofensivo y desaparece naturalmente, pero algunos tipos consiguen provocar verrugas genitales o cáncer. Se conoce más de 200 tipos de virus del papiloma humano y de estos aproximadamente 40 tipos pueden infectar la vulva, vagina, cuello uterino, recto, ano, pene y escroto, así como la boca y garganta. Estos tipos de VPH se propagan durante el contacto sexual. Al menos una docena de tipos de VPH pueden provocar cáncer, si bien dos en particular (los tipos 16 y 18) son los causantes de la mayoría de los casos. A estos se los denomina VPH de alto riesgo. El cáncer cervical es comúnmente asociado al VPH, pero el VPH también puede causar cáncer de vulva, vagina, pene, ano, boca y garganta. La infección por VPH no tiene cura, pero hay muchas cosas que se puede hacer para evitar que el VPH tenga efectos negativos en la salud. (Parenthood, 2020)

La mayoría de los hombres que se infectan por VPH no presentan síntomas y la infección es transitoria. Debido a que el VPH, generalmente no produce síntomas, la mayoría de los hombres y mujeres pueden contraer y transmitir el virus sin saberlo. De hecho, la propia inmunidad suele eliminar el virus.

Cerca del 90% de las infecciones por VPH son transitorias y se resuelven en el transcurso de los dos años posteriores a la infección, gracias a una respuesta del sistema inmunitario que elimina el virus.

Pero el VPH puede permanecer en estado latente y es capaz de reactivarse unos años después. La mujer y el hombre puede ser portadores asintomáticos y transmisores de la enfermedad por contacto sexual. (Vela, 2019)

Según la OMS (2019) establece que, aunque la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, todas las mujeres tienen el riesgo de que los contagios por PVH se cronifiquen y las lesiones precancerosas desarrollen cáncer cervicouterino invasivo.

Entre los factores de riesgo que favorecen la persistencia de los VPH y su evolución hacia el cáncer cervicouterino, se puede citar: el tipo de VPH y su poder oncógeno, el estado inmunitario. Las personas inmunodeprimidas, como las infectadas por el VIH, tienen mayores probabilidades de padecer infecciones persistentes por VPH y una progresión más

rápida de las lesiones precancerosas al cáncer, la infección simultánea por otros microorganismos de transmisión sexual, como los virus del herpes simple, las clamidias o los gonococos, el número de hijos y la juventud en el momento del primer parto y el consumo de tabaco. (OMS, 2019)

- Transmisión del virus del papiloma humano

La infección por VPH se transmite por contacto sexual y la capacidad de transmisión es muy elevada. El contagio se produce con más frecuencia en los primeros años de actividad sexual, un 20-30% en las mujeres menores de 30 años y por debajo del 10% en mujeres mayores de 50 años. Se observa que al menos el 80% de las mujeres sexualmente activas, y un porcentaje mayor en varones, han estado expuestas a la infección por VPH en algún momento de su vida. La transmisión por contacto sexual, no solo se hace a través del coito, sino mediante otros comportamientos o actividades sexuales, por lo que el sexo manual u oral también posibilitan el contagio, sin necesidad de penetración. Esto explica que la utilización del preservativo, aunque útil para disminuir el riesgo de infección, y para otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), no protege completamente, ya que el VPH puede estar presente en zonas ano-genitales no cubiertas por el condón. (Peinador, Castellanos, & Jiménez, 2019)

La infección inicial, se produce en muchos casos sin síntomas, en otros casos puede provocar algo parecido a la mononucleosis infecciosa, consistente en fiebre, inflamación de los ganglios del cuello, malestar y erupción cutánea.

En la mayoría de los casos el VPH desaparece por sí solo y no causa ningún problema de salud. Pero cuando el VPH no desaparece, puede causar problemas de salud como verrugas genitales o cáncer.

Generalmente, las verrugas genitales aparecen como pequeños bultos o grupos de bultos en la zona genital. Las verrugas genitales pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas, o tener forma de coliflor. Un proveedor de atención médica puede por lo general diagnosticar las verrugas al mirar la zona genital.

El VPH puede causar cáncer de cuello uterino y otros cánceres como el de vulva, vagina, pene o ano. También puede causar cáncer en la parte de atrás de la garganta, como en la base de la lengua y las amígdalas (llamado cáncer orofaríngeo).

El cáncer generalmente puede tardar años en aparecer, incluso décadas después de que una persona haya contraído el VPH. Los tipos de VPH que pueden causar verrugas genitales no son los mismos que los que pueden causar cáncer.

No hay manera de saber quiénes con el VPH presentarán cáncer u otros problemas de salud. Es posible que las personas con sistemas inmunitarios débiles (incluidas las personas con el VIH/SIDA) tengan menor capacidad para combatir el VPH y más probabilidad de presentar problemas de salud derivados del virus. (División para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, 2017)

- Diagnóstico del virus del papiloma humano

EL frotis de Papanicolaou se recomienda a todas las mujeres a que se efectúen un frotis de Papanicolaou cada año ya que el HPV es la principal causa de cáncer del cuello uterino. La prueba de Papanicolaou anal con un cepillo cervical y solución fijadora ayuda a detectar displasia anal. (Fitzpatrick, 1983)

La biopsia se utiliza cuando el diagnóstico es dudoso; las lesiones no responden al tratamiento habitual y se agravan durante el mismo; el paciente está inmunodeprimido; las verrugas están pigmentadas, induradas, fijas o ulcerosas. Se utiliza en algunos casos para confirmar el diagnóstico o descartar SCCIS o SCC invasivo. (Fitzpatrick, 1983)

La detección de DNA de HPV se determina si hay DNA de HPV y tipos de HPV específicos en el frotis y en la biopsia de la lesión mediante hibridación in situ. Pruebas serológicas. Las verrugas genitales son indicadoras de prácticas sexuales riesgosas. Se han de obtener pruebas serológicas para sífilis en todos los pacientes a fin de descartar infección concomitante por *Treponema pallidum* y a todos los pacientes se les han de practicar pruebas de VIH/sida. (Fitzpatrick, 1983)

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha entregado una guía para la utilización de estas técnicas y recomendaciones para la interpretación de resultados, en conjunto con resultados citopatológicos y tecnología en el diagnóstico celular.

El diagnóstico de las verrugas comunes se basa en su presentación clínica, su localización anatómica y su histología. En la mayoría de los casos no es necesaria la identificación del genotipo viral, ya que todos corresponden a tipos de bajo riesgo o benignos (VPH 11 en papilomatosis laríngea; verrugas vulgares: VPH 2, 27 y 57; verrugas planas: 3 y 10; manos y pies: VPH 1).

Ninguno de los exámenes disponibles para la detección de genotipos mucosos ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos, para su utilización en tipos cutáneos. En el caso de estudios de carcinomas cutáneos no melanoma (VPH 5/8), lo ideal es realizar una RPC anidada, con el fin de identificar la presencia de la mayor cantidad de tipos cutáneos. (Concha, 2017)

- Incidencia del virus del papiloma humano

La mayor prevalencia de VPH de alto riesgo oncogénico tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 59, se encuentra en África y América Latina. VPH 16 es el más frecuente en el mundo, excepto Indonesia y Argelia donde VPH 18 es el más común. VPH 45 presenta alta frecuencia en África Occidental. Los tipos 33, 39 y 59 se concentran en Centroamérica y Sudamérica.

La prevalencia máxima de VPH cervical estudiada por técnica de PCR se presenta entre los 20 y 25 años de edad, 10% - 20% de las mujeres VPH positivas en cérvix presentan alteraciones citológicas; 20% de las mujeres jóvenes sin actividad sexual presentan VPH en cérvix y el 60% de las mujeres sexualmente activas.

Investigaciones recientes muestran que el VPH 16 presenta una alta frecuencia en la población femenina, seguido por el VPH 58, lo cual constituye una novedad para Ecuador (A.et.al, Estudios sobre el virus del papiloma humano (VPH) en el, 2018)

4.7.1.2.4 VIH/SIDA. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (OMS, 2020)

El tiempo medio entre la infección por el VIH y el desarrollo del sida es de 10 años, con un intervalo que va desde unos pocos meses a más de 12 años. En un estudio de adultos infectados con VIH, los síntomas se desarrollaron en el 70% al 85% de los adultos infectados, y el sida se desarrolló en el 55% al 60% durante los 12 años posteriores. La evolución puede estar alterado por el tratamiento antirretroviral. Las mujeres con la función inmunitaria alterada por el VIH tienen un riesgo aumentado de infecciones como la tuberculosis, la neumonía bacteriana y la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. Debido a su impacto en el sistema inmunitario, el VIH influye en el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de muchas otras enfermedades y puede reducir la eficacia del tratamiento antimicrobiano de algunas ITS. (Novak)

- Transmisión de VIH/SIDA

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. También ser vertical, de madre a hijo: de gestante infectada al feto (maternofetal), durante el parto o la lactancia materna (perinatal).o por transfusión de sangre (o administración de derivados de la sangre) contaminada por el VIH. A partir de 1985, está vía ha perdido importancia. (OMS, 2020)

- Diagnóstico de VIH/SIDA

El estudio de anticuerpos se inicia con una prueba de cribado sensible, como el enzimoimmunoanálisis de anticuerpos (ELISA) o una prueba rápida. Si se confirma por Western blot, los anticuerpos positivos confirman que una persona está infectada por el VIH y es capaz de transmitir el virus. Los anticuerpos anti-VIH son detectables en más del 95% de los pacientes hasta los 6 meses de la infección. Se recomienda el cribado sistemático en mujeres de 19 a 64 años; el cribado dirigido se reserva para mujeres con factores de riesgo, sin importar la edad, como por ejemplo adolescentes sexualmente activas. (Novak).

El estudio inicial de una mujer VIH positiva consiste en el cribado de enfermedades asociadas al VIH, como la tuberculosis y las ITS, la administración de vacunas recomendadas y asesoramiento conductual y psicosocial. (Novak)

La determinación cuantitativa del RNA, denominada "carga viral" se ha incorporado como prueba de rutina. Es útil desde el punto de vista pronóstico y para evaluar la eficacia del tratamiento. Permite un diagnóstico de la infección más precoz que la detección de anticuerpos. (León, 2020)

- Incidencia de VIH/SIDA

El VIH sigue siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya casi 33 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable. Se estima que, a finales de 2019, había 38 millones de personas con el VIH. Como resultado de los esfuerzos internacionales concertados para responder al VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente. En 2019, el 68% de los adultos y el 53% de los niños con el VIH estaban en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.

Una gran mayoría (85%) de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia con el VIH también estaban en tratamiento con antirretrovíricos, lo que no solo protege su salud, sino que también previene que transmitan el virus a sus hijos.

Sin embargo, no todas las personas pueden acceder a las pruebas de detección del VIH, al tratamiento y a la atención. En particular, las metas aceleradas de 2018 para reducir a 40000 las nuevas infecciones pediátricas por el VIH no se cumplieron. Las metas mundiales para 2020 corren el riesgo de no alcanzarse si no se toman medidas rápidas.

Debido a las deficiencias en los servicios relacionados con el VIH, en 2019 murieron 690 000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas se infectaron. Así mismo, en 2019 los grupos de población clave y sus parejas sexuales representaron más del 60% de todas las nuevas infecciones por el VIH en el grupo etario de 15 a 49 años (se estima que un 62%). En cada una de las siguientes regiones: Europa (oriental, central y occidental) y Asia central, Asia y el Pacífico, América del Norte, Oriente Medio y el Norte de África, estos grupos representaban más del 95% de las nuevas infecciones por el VIH.

La OMS define como poblaciones clave aquellas personas de determinados grupos de población que corren un mayor riesgo de adquirir el VIH en todos los países y regiones. Los grupos de población clave son: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que se inyectan drogas; personas reclusas en cárceles y otros entornos cerrados; trabajadores del sexo y sus clientes; y personas transgénero.

Además, dadas sus circunstancias de vida, otros grupos poblaciones pueden ser particularmente vulnerables y correr un mayor riesgo de infección por el VIH, como las adolescentes y las mujeres jóvenes de África meridional y oriental y los pueblos indígenas de algunas comunidades.

El aumento de la vulnerabilidad al VIH suele estar asociado a factores legales y sociales, lo que aumenta la exposición a situaciones de riesgo y crea obstáculos para acceder a servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH eficaz, de calidad y asequibles.

Más de dos tercios de todas las personas con el VIH viven en la Región de África de la OMS (25,7 millones). Si bien el VIH es prevalente entre la población en general en esta Región, un número cada vez mayor de nuevas infecciones se produce entre los grupos de población clave.

El VIH se puede diagnosticar mediante pruebas de diagnóstico rápido que pueden proporcionar resultados el mismo día. Cada vez se dispone de más autopruebas de detección del VIH, que constituyen una alternativa eficaz y aceptable de incrementar el acceso a las

personas a las que no llegan los servicios de los centros de salud de realización de pruebas de detección del VIH. Las pruebas rápidas y las autopruebas de detección del VIH han facilitado el diagnóstico y la vinculación con el tratamiento y la atención.

Entre 2000 y 2019, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 39% y las muertes relacionadas con el VIH en un 51%, y se salvaron 15,3 millones de vidas salvadas gracias al TAR. Este logro fue el resultado de los grandes esfuerzos realizados por los programas nacionales sobre el VIH con el apoyo de la sociedad civil y los asociados internacionales en favor del desarrollo. (OMS, 2020)

4.7.1.3 Infecciones de transmisión sexual por parásitos

4.7.1.3.1 Tricomoniasis. Es una de las ITS, responsable de casi el 30% de las infecciones sexuales no virales. Según Santos, I., (2015) se presenta mayormente en mujeres de entre 16 a 35 años. Se puede presentar asintomática, lo que permite facilidad en su transmisión. El agente etiológico es el protozoo *Trichomonas vaginalis*, transmitido casi siempre por relación sexual. Alfred Donné lo describió por primera vez en 1836 como “animalículos” presentes en secreciones genitourinarias humanas. Su nombre se debe a su semejanza con los escarabajos de la especie *Trichodes*. Es en 1938 que se le da el nombre *Trichomonas vaginalis*, principalmente porque la vagina humana es su hábitat.

El transporte del parásito entre las mucosas en el acto sexual se hace mediante las secreciones de quienes participan en él como el flujo vaginal, el líquido preseminal y el semen. Una vez que el parásito invade la mucosa genital, tiene preferencia por localizarse, en el caso de la mujer, en las glándulas de Bartholino y parauretrales y en sus secreciones, además de la vagina y el cérvix.

En el hombre coloniza principalmente el surco balano-prepucial, las glándulas prepuciales, la uretra prostática y las vesículas seminales. Una vez que el trofozoíto se encuentra en la mucosa, se reproduce mediante fisión binaria longitudinal con un período de incubación que oscila entre 4 y 28 días, y crece con la presencia de sales de hierro, como las que se encuentran en la sangre menstrual, y de la glucosa, presente en el epitelio vaginal durante la edad fértil; se favorece por el pH alcalino que genera tras colonizar el epitelio sano.

El ser humano es el único hospedero de *Trichomonas vaginalis* y su transmisión, por lo general, es por contacto sexual, aunque se ha demostrado que también es posible mediante el uso de fómites y ropa interior, porque el parásito puede sobrevivir en la orina durante tres

horas y en el semen durante seis horas. Además, se han encontrado parásitos vivos y con capacidad de infectar en inodoros, piscinas y zonas húmedas. (Santos, 2015)

- Diagnóstico de tricomoniasis

Los factores inmunitarios locales y la cantidad de inóculo influyen en la aparición de los síntomas. Los signos y síntomas pueden ser leves en aquellas pacientes con pequeños inóculos de tricomonas, la vaginitis por tricomonas es asintomática. (Novak)

Esta infección se asocia a una secreción vaginal profusa, purulenta y maloliente que se puede acompañar de prurito vulvar; las secreciones purulentas procederán de la vagina; En pacientes con altas concentraciones de microorganismos puede observarse un eritema vaginal parcheado y colpitis macular (cuello en << fresa>>); el PH de las secreciones vaginales suele ser mayor de 5; el estudio microscópico de las secreciones muestra tricomonas móviles y un número aumentado de leucocitos; puede haber células clave presentes debido a la asociación con la vaginosis bacteriana: la prueba de mal olor puede ser positiva. (Novak)

Al igual que en todas las ETS, los pacientes con tricomonas requieren otros exámenes para excluir otras ETS frecuentes como gonorrea e infección por clamidia. (Morris, 2019)

- Incidencia de tricomoniasis

La tricomoniasis es la ITS no viral más propagada en el mundo, con cerca de 180 millones de infectados nuevos por años; anotando que este no puede ser un dato verídico porque la enfermedad no es de reporte obligatorio, por otro lado, mantiene un curso silente en muchos hospederos. Predomina en mujeres jóvenes de entre 16 a 35 años, de edad fértil, grupo etario en el que se estima que entre el 10% y el 30% están infectadas. En Estados Unidos se calcula que ocurren aproximadamente 16 millones de infecciones nuevas al año, aunque solo se diagnostican anualmente entre dos y tres millones de casos en mujeres. (Santos, 2015)

Según la OPS, (2020) en el 2012 hubo 13,8 millones de nuevos casos de tricomoniasis en mujeres y 13,6 millones de nuevos casos en hombres en la Región de las Américas. El mismo año ya reportados en las Américas existían 18,8 millones de casos de tricomoniasis en mujeres y 3,2 millones de casos en hombres. Es importante anotar que las ITS no ulcerosas, como la gonorrea, la infección por clamidias y la tricomoniasis, son vías de contagio de otras ITS incluidos el SIDA.

Existen otras ITS, que por su nivel de incidencia no demandan de mucha atención, ya que los medios de control en la actualidad son muy eficaces y por lo general ya se las considera de manejo público. (OMS, 2020)

4.7.1.4 Infecciones de transmisión sexual por hongos

4.7.1.4.1 *Candidiasis*. *Candida albicans* puede encontrarse en la vagina de pacientes asintomáticas y es un comensal de la boca, del recto y de la vagina. En ocasiones participan otras especies de *Candida*, que incluyen *C. tropicalis* y *C. glabrata*, entre otras. La candidiasis es más frecuente en los climas cálidos y en las pacientes obesas. Además, la inmunodepresión, la diabetes mellitus, el embarazo y el uso reciente de antibióticos de amplio espectro predisponen a las mujeres a contraer infecciones. Se puede transmitir por vía sexual y muchos estudios han reportado una asociación entre la candidiasis y el sexo orogenital. (Barbara L. Hoffman, 2014)

La candidiasis se clasifica en no complicada cuando es esporádica o poco frecuente, con síntomas leves a moderados, con probabilidad de que el microorganismo causante sea *Candida albicans* y se presenta en mujeres sin inmunodepresión, mientras que la complicada se caracteriza por infección recurrente por *Candida albicans*, los síntomas son graves, no es causada por *Candida albicans* y se presenta en mujeres con inmunodepresión (diabetes no controlada, debilidad, embarazo)

- Diagnóstico de candidiasis

Clínico. Los síntomas son el prurito vulvar asociado a una secreción vaginal de apariencia típica como grumos de queso *cottage*. La secreción puede variar desde acuosa hasta homogéneamente espesa. Puede haber dolor vaginal, dispareunia, ardor vulvar y síntomas de irritación. La exploración muestra eritema y edema de la piel de los labios y de la vulva. La vagina puede estar eritematosa, con una secreción adherente, blanquecina. El cuello uterino es normal; el pH de la vagina suele ser normal (<4,5); en el 80% de los casos aparecen elementos fúngicos, bien levaduras germinando, bien micelios; la prueba del mal olor es negativa; puede hacer un diagnóstico de presunción cuando, a pesar de que no haya una confirmación microscópica de elementos fúngicos y los resultados sean normales, la paciente sí presente un eritema en aumento en la exploración de la vagina y la vulva. Para confirmar el diagnóstico se recomienda un cultivo para hongos. (Novak)

- Incidencia de candidiasis

La vulvovaginitis por *Candida* es un problema común asociado a altos índices de morbilidad. En los Estados Unidos de América (EEUU), los signos y síntomas vaginales constituyen una de las principales causas por las que las mujeres buscan el asesoramiento de ginecólogos, con reportes de más de 10 millones de consultas al año. (Pineda-Murillo, Ángel, Jesús, & Rosio, 2017)

La incidencia de la candidiasis vulvovaginal (CVV) exactamente no se conoce ya que es una enfermedad no notificada y se ve enmascarada por errores en el diagnóstico y por estudios poco representativos de la población general.

Se estima que un 75% de las mujeres sufren, al menos, un episodio de candidosis vulvovaginal a lo largo de sus vidas. Un 45% sufrirán dos o más episodios. Afortunadamente, pocas tienen una infección crónica recurrente. (Novak)

Cinco a 8% de las mujeres desarrolla un cuadro más grave, la CVV recurrente (cuatro o más episodios de CVV al año). Se estima que, en promedio, 20% (10 a 80%) de las mujeres sanas asintomáticas está colonizada por *Cándida*.

4.8 Escala Likert

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. (Sampieri & Carlos Fernández Collado, 2014)

Su nombre se debe al psicólogo Rensis Likert. Likert diferenció entre una escala apropiada, la cual surge de las respuestas colectivas a un grupo de ítems (pueden ser 8 o más), y el formato en el cual las respuestas son puntuadas en un rango de valores.

Esta es una de las escalas más empleadas en la investigación de mercados, permite la comprensión de las opiniones y actitudes del consumidor hacia una marca, producto o mercado meta. Sirve primariamente para ejecutar mediciones y saber el grado de aprobación de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa.

Cuando se contesta a un ítem de la escala de Likert, el encuestado responde individualmente en base a su nivel de acuerdo o desacuerdo. Las escalas de frecuencia con la de Likert emplean formatos de respuestas fijos que son empleados para medir actitudes y opiniones. Estas escalas permiten determinar el nivel de acuerdo o desacuerdo de los encuestados. La escala de Likert es lineal, ya que va desde lo totalmente de acuerdo a un totalmente desacuerdo, asumiendo que las actitudes pueden ser medidas. Las respuestas pueden ser ofrecidas en diferentes niveles de medición, permitiendo escalas de 5, 7 y 9 elementos configurados previamente. Siempre se debe tener un elemento neutral para aquellos usuarios que no estén ni de acuerdo ni en desacuerdo. (QuestionPro, 2020)

Antes de aplicar este método es necesario considerar las ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas: es una escala de fácil aplicación y diseño, puede utilizar ítems que no tienen relación con la expresión, ofrece una graduación de la opinión de las personas encuestadas, produce mediciones de calidad (precisas y que minimizan el error de medición), permite realizar los análisis necesarios para alcanzar los objetivos de la investigación y es muy sencilla de contestar.

Dentro de las desventajas tenemos: existen estudios científicos que indican que existe un sesgo en la escala, ya que las respuestas positivas siempre superan a las negativas, también hay estudios que indican que los encuestados tienden a contestar “de acuerdo” ya que implica un menor esfuerzo mental a la hora de contestar la encuesta, dificultad para establecer con precisión la cantidad de respuestas positivas y negativas. (QuestionPro, 2020)

5 Materiales y métodos

El Colegio de Bachillerato “27 de Febrero”, es una institución de educación fiscal y de tipo regular, mixto. Se ubica en la provincia de Loja, en el cantón y ciudad del mismo nombre, en la calle Pablo Palacio 21-51 y Jhon F. Kennedy.

El nivel de educación que ofrece es educación general básica y Bachillerato, su régimen escolar es Sierra, la modalidad es presencial. Mantiene jornadas matutina y vespertina. Su planta docente es de 80 profesores y el número de estudiantes es de 1181.

La investigación se realizó a un grupo de 148 estudiantes, considerando solo a los estudiantes del tercer año de bachillerato, de la sección matutina, año lectivo 2018-2019.

5.1 Enfoque

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño

El estudio es de tipo transversal, descriptivo.

5.3 Unidad de estudio

Estudiantes de tercer año de Bachillerato entre 17 a 19 años de edad, de la sección matutina del colegio “27 de Febrero”.

5.4 Universo

Integrado por los estudiantes del tercer año de bachillerato, de la sección matutina, periodo lectivo 2018-2019 del colegio “27 de Febrero”, los cuales representan un total de 148 estudiantes.

5.5 Muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5% dando como resultado un total de 100 estudiantes, que cumplieron con los criterios de inclusión.

5.6 Criterios de inclusión

- Alumnos que acepten participar en la investigación por medio del consentimiento informado.
- Alumnos de entre 17- 19 años de edad.
- Se incluyen ambos géneros.

5.7 Criterios de exclusión

- Alumnos menores de 17 años.
- Alumnos que se encuentren matriculados y que no asisten regularmente.

5.8 Técnicas

Para la recolección de información se utilizó el formulario de consentimiento informado (Anexo 1) y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual previamente validada (Anexo 2)

5.9 Instrumentos

Formulario de consentimiento informado, elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Anexo 1), fue adaptado según necesidades de la investigación, el formulario consta de tema, propósito, procedimiento, riesgos, beneficios, confidencialidad, derecho a aceptar participar, negarse o retirarse. (OMS, 2017)

Encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas frente a infecciones de transmisión sexual previamente validada, en donde se recogen las características sociodemográficas, seguimiento de los conocimientos sobre las ITS en donde se valoró conocimientos generales, transmisión, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y formas de prevención. Este componente se estructuró de 38 preguntas. Luego se midió las actitudes de los estudiantes ante el uso del condón y relaciones sexuales de riesgo, en donde se realizaron 15 preguntas y para ello se empleó como herramienta de medición la escala de Likert. En relación a las prácticas de alto riesgo, preventivas y sexuales se compuso de 14 preguntas. La última parte de la encuesta hace referencia a las fuentes de información de ITS, personas con quienes han hablado acerca de ITS y el lugar en donde han escuchado sobre ITS.

5.10 Procedimiento

Una vez aprobado y siendo pertinente la investigación se aplicó una prueba piloto a 100 estudiantes de tercer año de Bachillerato del colegio “Daniel Álvarez Burneo”, en edades comprendidas entre 17-19 años previo firma del consentimiento informado.

Posteriormente, se solicitó el respectivo permiso al Rector del colegio de Bachillerato “27 de Febrero” para la recolección de datos del presente trabajo. Una vez obtenido el permiso se explicó a los estudiantes los fines del estudio, se firmó el consentimiento informado y se aplicó la encuesta. La encuesta fue calificada de la siguiente manera: Menor a 40% para un nivel de conocimiento malo, 41-70% para un nivel de conocimiento regular, 71-100% para un nivel de conocimiento bueno; para evaluar las actitudes utilizando la escala de Likert, a cada opción se le asignó un valor numérico de tal forma que 0 al 25 implican insatisfacción general; del 26 al 50, insatisfacción con respecto de ciertas características; del 51 al 80 una disposición neutral, y del 81 al 100, satisfacción; para las prácticas respecto a

las ITS se evaluó de la siguiente manera: buenas: 70% – 100%, regulares: 60% – 69% y malas: 0% – 59% puntos; en la parte final de la encuesta se solicitó al encuestado que marque con una X en relación a las fuentes de información de ITS, personas con quiénes han hablado acerca de ITS y el lugar en donde han escuchado sobre ITS.

5.11 Equipo y materiales

- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Encuestas
- ✓ Material de escritorio

5.12 Análisis estadístico

Para la tabulación de datos se realizó por medio de elaboración de tablas de frecuencia utilizando la base de datos de Excel y luego se efectuó el análisis descriptivo de los mismos por medio del cálculo de frecuencias y porcentajes. Con la información obtenida y tabulada, se construyeron las conclusiones, tratando de establecer una respuesta lógica a los objetivos planteados.

6 Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas de los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
<i>Masculino</i>	47	47
<i>Femenino</i>	53	53
<i>Edad</i>		
<i>16 a 17</i>	31	31,82
<i>18 a 19</i>	69	68,18
<i>Sector de residencia</i>		
<i>Urbano</i>	86	86,36
<i>Rural</i>	14	13,64

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019

Elaborado: Karen Gutiérrez Domínguez

Análisis: como se aprecia en la Tabla 1, el predominio de los jóvenes en el colegio lo tienen las mujeres representando el 53% (100); el 68.18% (100) de los alumnos tiene edades entre los 18 -19 años y el 86.36% (100) de los adolescentes viven en el área urbana de la ciudad de Loja.

Tabla 2

Conocimiento sobre las ITS de los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019.

<i>Nivel de Conocimiento</i>	<i>Rango</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Bueno</i>	$28 \leq x \leq 38$	5	5,00
<i>Regular</i>	$16 \leq x \leq 27$	84	84,00
<i>Malo</i>	$0 \leq x \leq 15$	11	11,00
<i>Total</i>		100	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019

Elaborado: Karen Gutiérrez Domínguez

Análisis: en el Tabla 2 de los 100 estudiantes encuestados 5 respondieron más de 28 preguntas afirmativamente, es decir, que un 5% califica como bueno en conocimientos; 84% califica como regular ya que respondieron entre 16 a 27 preguntas y 11% es malo, ya que tienen un conocimiento limitado sobre las ITS.

Tabla 3.

Actitudes frente a las ITS de los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019.

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Ante uso del condón</i>		
<i>De acuerdo</i>	30	30,55
<i>En duda</i>	28	27,89
<i>En desacuerdo</i>	42	41,56
<i>Total</i>	100	100,00
<i>Ante relaciones sexuales de riesgo</i>		
<i>De acuerdo</i>	32	32,33
<i>En duda</i>	27	26,67
<i>En desacuerdo</i>	41	41,00
<i>Total</i>	100	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019
Elaborado: Karen Gutiérrez Domínguez

Análisis: acerca de la actitud de los jóvenes ante el uso del condón 30(100) en promedio respondieron estar de acuerdo en su uso correcto, representado el 30.55%; 28(100) estudiantes se encuentran en duda, lo que representa el 27.89% y 42(100) estudiantes están en desacuerdo, representando el 41.56%. Sobre la actitud de los jóvenes ante las relaciones sexuales de riesgo 32(100) en promedio respondieron estar de acuerdo en responder positivamente ante este problema, representado el 32.33%; 27(100) estudiantes se mantienen en duda, lo que representa el 26.67% y 41(100) estudiantes están en desacuerdo, representando el 41.00%. esto denota que, de cada 100 estudiantes uno promedio de 31 toman con responsabilidad y de forma seria su actitud frente a las ITS.

Tabla 4.

Prácticas de riesgo y preventivas frente a las ITS de los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019.

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Prácticas de riesgo frente a las ITS</i>		
<i>Si</i>	13	12,75
<i>No</i>	87	87,25
<i>No responde</i>	0,000	0,00
<i>Total</i>	100	100
<i>Prácticas preventivas frente a las ITS</i>		
<i>Si</i>	58	58,00
<i>No</i>	36	36,20
<i>No responde</i>	6	5,80
<i>Total</i>	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019

Elaborado: Karen Gutiérrez Domínguez.

Análisis: se aprecia el nivel de conocimiento que los jóvenes tienen sobre las prácticas de riesgo y preventivas sobre las ITS, 87(100) jóvenes en promedio respondieron que no practican relaciones sexuales de riesgo, representando el 87.25%; 13(100) estudiantes si práctica, lo que representa el 12.75%. Sobre las prácticas preventivas 58(100) jóvenes refieren que, si previenen, representado el 58.00%; 36(100) estudiantes dicen que no, lo que representa el 36.20% y 6(100) estudiantes no responden, representando el 5.80%.

Además, se pudo establecer que un 62% de los alumnos ya ha mantenido relaciones sexuales, y la edad promedio para iniciar su vida sexual se encuentra entre 16 a 17 años, representado el 51.61% del grupo. El 46.77% (62) casi siempre utiliza condón en las relaciones sexuales; el 32.26% siempre y el 20.97% dice que no emplea condón. Por lo tanto, más del 50% de los jóvenes no toman las debidas precauciones al momento de mantener relaciones sexuales frente a las ITS. Un 85.48% (62) de los jóvenes que mantienen vida sexual activa supo manifestar que no tiene relaciones con otras personas, sólo con su pareja sexual y el 61.29% (62) supo manifestar que solo han tenido una pareja sexual.

Tabla 5.

Fuentes de información sobre que emplean los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019, sobre las ITS.

	SI		NO	
	f	%	f	%
Medios donde se informan sobre las ITS				
TV	56	56,00	44	44,00
Internet	98	98,00	2	2,00
Revistas	18	18,00	82	82,00
Radio	26	26,00	74	74,00
Libros	52	52,00	48	48,00
Con quien dialogan acerca de las ITS				
Amigos	66	66,00	34	34,00
Maestro	44	44,00	56	56,00
Novio(a)	28	28,00	72	72,00
Médicos	57	57,00	43	43,00
Hermanos	19	19,00	81	81,00
Madre	73	73,00	27	27,00
Padre	40	40,00	60	60,00
Sacerdote	6	6,00	94	94,00
Lugar donde han escuchado hablar de las ITS				
Colegio	91	91,00	9	9,00
Calle	18	18,00	82	82,00
Casa	47	47,00	53	53,00
Bares	8	8,00	92	92,00
Unidades Salud	86	86,00	14	14,00

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de tercero de bachillerato, sección matutina, del Colegio “27 de Febrero”, periodo académico 2018 – 2019

Elaborado: Karen Gutiérrez Dominguez

Análisis: las fuentes de información que más emplean los estudiantes para consultar sobre las ITS, es el Internet con un 98%, seguido de la TV con 56%, la persona con la que más dialogan sobre ITS es con la madre un 73%, seguido de los amigos con 66% y el lugar donde más han escuchado hablar de ITS es en el colegio con un 91%, seguido de las unidades de salud en un 86%.

7 Discusión

La epidemia de las ITS es una de las principales preocupaciones debido a su impacto en el ámbito de la salud pública, así como en el aspecto económico y social. Los adolescentes son un grupo social altamente vulnerable a nivel mundial por la falta de conocimientos reales e información errada frente a las ITS, así como por su inicio de vida sexual cada vez más precoz lo que los expone a comportamientos sexuales de riesgo como múltiples parejas sexuales o a ser inconsistentes en sus prácticas sexuales más seguras. La incidencia cada vez mayor de las ITS se está convirtiendo en un verdadero problema estableciendo que, de no tomarse las medidas correctivas, el futuro de las próximas generaciones se verá afectado notablemente.

En cuanto a las características sociodemográficas, la población estuvo conformada por 100 jóvenes, casi en porcentajes similares 53% del sexo femenino y 47% del sexo masculino hombres, la mayoría de ellos (69%) con edades comprendidas entre los 18 a 19 años, ubicándolos dentro de la adolescencia tardía y gran parte de ellos, el 86.36% de ellos viven en zona urbana. En un estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes del nivel medio de centros educativos del distrito de R. I. 3 Corrales, 2018”, el 52% de la población fue del sexo femenino existiendo un equilibrio en relación al sexo al igual que en nuestra investigación. Sin embargo, en el estudio de Corrales la mayoría de adolescentes se ubican en el rango de edad entre 16 a 17 años, es decir, se encuentran en la adolescencia media, mientras que en esta investigación se los ubica a los estudiantes en la adolescencia tardía. (Armoa C, 2020). En otro análisis en estudiantes de secundaria de 6 colegios de la ciudad de León, Nicaragua, el grupo de mayor edad fue el de 14 a 16 años (adolescencia media) en un 57%, lo que contrarresta con los resultados de este proyecto; el sexo femenino predominó (54%) sobre el masculino (46%), y la mayoría (93%) procedían del área urbana al igual que ocurre en este trabajo investigativo. (M, Guti, & Milton, 2019)

Según un estudio titulado “Jóvenes, enfermedades de transmisión sexual y derechos. Panorama nacional y regional en Argentina” establece que los jóvenes tienen un conocimiento amplio en cuanto a generalidades, trasmisión, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y formas de prevención de las ITS. Los jóvenes han escuchado hablar del SIDA en un 99% indiferente del sexo, de la misma forma tiene conocimiento un 91% de las mujeres y 89% los hombres sobre la Hepatitis B y en cuanto a la Sífilis/Chancro 74% y 75%

respectivamente. (Marco, Ferraris, & Langsam, 2018) lo que difiere del presente estudio ya que el nivel de conocimiento de los estudiantes es regular en un 84%, un 11% % califica como malo en conocimientos y tan sólo un 5% presenta un conocimiento bueno acerca de las ITS. Así mismo, los resultados de la investigación acerca de “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes del nivel medio de centros educativos del distrito de R. I. 3 Corrales, 2018” fueron diferentes a los de este proyecto porque el conocimiento que se obtuvo fue bajo en un 48%. (Armoa C, 2020). Por otro lado, en un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de ITS/VIH SIDA, en estudiantes de la Unidad Educativa Saraguro, sección matutina”, en Saraguro, el conocimiento de los jóvenes respecto a las ITS se estimó en regular para un 34,2%, insuficiente para un 33,3% y bueno para un 33,3%, lo que demuestra similitud en relación al nivel de conocimiento con la presente investigación ya que los jóvenes en su mayoría presentan falta de conocimientos sobre la incidencia de las ITS. (Ordoñez, 2018)

En lo referente a la actitud ante el uso correcto del condón como medio de prevención ante las ITS, los resultados arrojaron que los jóvenes contestaron favorablemente en un 30.55%, entre tanto que el 69.45% muestran una actitud desfavorable o presentan duda. Frente a las relaciones sexuales de riesgo el 32.33% respondió estar de acuerdo en prevenirlas y el 67.67% está en duda o en desacuerdo. En el estudio realizado por Ordoñez, el nivel de actitud frente a las ITS y VIH/SIDA demuestra que el 55% de los jóvenes presenta una actitud desfavorable frente al uso del condón y relaciones sexuales de riesgo y el 45% hizo visible de alguna manera una actitud favorable (Ordoñez, 2018), por lo que se obtuvo información semejante en ambos estudios respecto a esta variable. Así mismo, en otros estudios, uno de ellos titulado “Conocimientos y actitudes para la prevención de las ITS/VIH-SIDA en estudiantes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru - Tumbes 2019”, se pudo establecer que el 60% de los estudiantes tiene una actitud regular, el 23% tiene una actitud mala, y tan solo el 17% tiene una actitud buena. (Barrientos Seminario, 2019), el otro denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes de obstetricia de la Universidad Privada Sergio Bernal. Cañete, 2018” determinó que los estudiantes mantienen actitudes negativas en 61,36% y el 38.64% tiene actitudes positivas frente a las ITS. (López Poemape & López Huarcaya, 2018), al igual que sucede con el trabajo de investigación realizado en adolescentes, sector ER05, Mulliquindil, en donde la actitud

desfavorable predominó con un 73.9% del total de la muestra mostrando que no existen diferencias con los datos que reportó el presente estudio. (Bolaños, 2016)

Debemos aclarar que, del total de la muestra, el 62% de los alumnos ya ha mantenido relaciones sexuales, y la edad promedio para iniciar su vida sexual se encuentra entre los 16 a 17 años, representado el 51.61% del grupo. Así mismo, en la investigación de Pulache aplicada en la institución educativa Manuel Scorza- Castilla, en Piura, el 72,67% de los jóvenes manifiestan haber iniciado las relaciones coitales, de los cuales reportan como edad de inicio de la actividad coital entre los 10-14 años con el 91,74%, por lo que el inicio de vida sexual es más precoz en relación a nuestra investigación. (Calle, 2017)

En un estudio realizado por López Huarcaya en el 2018, en lo referente a las prácticas sexuales en los estudiantes de obstetricia, el 77.65% tienen prácticas sexuales de alto riesgo y el 22.35% tienen prácticas sexuales de bajo riesgo lo que demuestra que las prácticas sexuales de los estudiantes de obstetricia la Universidad Privada Sergio Bernales, son de alto riesgo exponiéndose al contagio de infecciones de transmisión sexual con las consecuentes secuelas para su vida personal y de pareja. (Guarcaya, 2018). Los resultados del presente estudio difieren del anterior ya que el 87.25% de adolescentes de tercer año de Bachillerato del colegio “27 de Febrero” no practican relaciones sexuales de riesgo y solo el 12,75% de estudiantes si mantienen prácticas sexuales de riesgo. En lo referente a las prácticas preventivas como el uso de preservativo, monogamia, o abstinencia sexual, entre otras, en nuestro estudio más de la mitad de los jóvenes si las pone en práctica; en contraste a los resultados de una investigación llevada a cabo en los colegios nocturnos de la ciudad de Loja, donde se evidenció que solamente el 41.2% considera importante tener una relación monogámica estable, apenas un 39.8% de jóvenes evita el uso de sustancias tóxicas y tan sólo un 32.4% se realiza chequeos médicos de forma periódica como prácticas preventivas. (Ayora D, 2017)

En la población estudiada, la principal fuente de donde obtienen información acerca de las ITS es el Internet en un 98% de los jóvenes, seguido de la televisión en un 56%, y la radio en un 26%: estos datos son similares a los de un trabajo de investigación presentado en Piura, titulado “Conocimiento sobre ITS/VIH SIDA en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la institución educativa Manuel Scorza Castilla – Piura 2017” en donde se evidencia que las fuentes a las que recurren los estudiantes para obtener información son los medios de comunicación (Internet) en un 40,00%, seguido de las charlas en instituciones

educativas 24,66%. (Calle, 2017). Así mismo, en el estudio de Ordoñez, (2018) realizado en Saraguro se establece que el 100% de los encuestados obtienen la información sobre las ITS de Internet. Como podemos observar la incidencia de las redes sociales, la televisión y la radio, son los mayores medios de comunicación de los que se valen los jóvenes para informarse, ya sea de forma positiva o negativa

Del presente estudio se obtuvo que para el 73% de los jóvenes es su madre la primera persona con la que dialogan sobre las ITS; por el contrario, en el estudio de Ordoñez, realizado en Saraguro establece que el 95.80% de adolescentes con quien más habla sobre ITS es el novio o novia. (Ordoñez, 2018)

Además, este estudio reveló que el 91% de los alumnos han escuchado hablar de las ITS en el colegio principalmente, por el contrario, en la investigación realizada en Saraguro, el 51.6% del total de encuestados han oído acerca de este tema en casa.

8 Conclusiones

- En cuanto a las características sociodemográficas, en su mayoría se encuentran en el rango de adolescencia tardía, ya que tienen edades comprendidas entre los 18 y 19 años con predominio del sexo femenino, la mayor cantidad de ellos viven en zonas urbanas, lo que les da mayor cobertura hacia los servicios públicos y privados para atención de las ITS.
- De la población en estudio se determinó que el nivel de conocimiento de las ITS es regular en lo que respecta a las generalidades, transmisión, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y formas de prevención de este tipo de enfermedades.
- En relación a las actitudes frente al uso del preservativo la mayoría de jóvenes contestaron que están en desacuerdo con el uso del mismo, facilitando el contagio de ITS. Respecto a la actitud ante las relaciones sexuales de riesgo, tan sólo la tercera parte de ellos toman con responsabilidad y de forma seria su actitud frente a las ITS.
- El estudio determinó que más de la mitad de los adolescentes ya han mantenido relaciones sexuales y la mayoría de ellos tienen conocimientos sobre las prácticas de alto riesgo y por lo tanto no las practican. Además, gran parte de ellos llevan a cabo prácticas preventivas como es el uso de preservativo o la abstinencia sexual, entre otras.
- En el estudio realizado se encontró que el Internet es la fuente de información más empleada por los jóvenes para enterarse de las ITS seguido de la televisión, la radio y revistas. La mayor parte de ellos habla con su madre sobre el tema y es en el colegio principalmente donde han escuchado hablar acerca de las ITS.

9 Recomendaciones

- A las autoridades a cargo del colegio “27 de Febrero” se recomienda la capacitación permanente respecto a la educación sexual integral de sus estudiantes, ya que existe la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adolescentes frente a las ITS, aplicando estrategias de prevención de riesgo, para así generar prácticas de autocuidado, involucrando además a padres de familia y a la sociedad en general.
- A los estudiantes del colegio de Bachillerato “27 de Febrero” se sugiere tomar conciencia de la importancia de que adquieran los conocimientos suficientes acerca de las infecciones de transmisión sexual, para que de esta manera puedan mantener una vida sexual saludable, tomando actitudes favorables así como prácticas preventivas frente a las ITS.
- Al Ministerio de Educación se recomienda incorporar a los contenidos curriculares temáticas respecto a las ITS y que se impartan a los jóvenes, desde la adolescencia temprana cuando está por iniciarse el período crítico en la formación de las actitudes y consolidación de valores.
- Al Ministerio de Salud Pública se recomienda brindar información a las instituciones educativas respecto a las prácticas sexuales y de alto riesgo, así como de las prácticas preventivas con campañas masivas que sean difundidas con claridad y objetividad. Además, garantizar el acceso a vacunas contra el virus del papiloma humano y hepatitis B y promover el desarrollo de vacunas frente a otras ITS.
- A los medios de comunicación como televisión o radio se recomienda que sean portadores de información de buena calidad de manera permanente y oportuna debido a su influencia en la conducta de los jóvenes, difundiendo la misma de forma acertada. En relación al acceso que tienen del Internet los adolescentes, se aconseja a los padres de familia debido a la influencia que pueden ejercer en sus hijos, mayor vigilancia en cuanto a su uso y que les enseñen a buscar adecuadamente para encontrar aquello que quieran saber en páginas que sean fiables y con contenidos adecuados.

10 Bibliografía

- (s.f.). Obtenido de <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=514>
- A.et.al, R. (2018). Estudios sobre el Virus del. *Revista científica digital INSPILIP*.
- A.et.al, R. (2018). Estudios sobre el virus del papiloma humano (VPH) en el. *Revista científica digital INSPILIP* .
- ADAM. (2018). *University of Iowa*. Obtenido de <http://uihealthcare.adam.com/content.aspx?productid=118&pid=5&gid=000729>
- Allen, B., & Waterman, H. (2019). *healthychildren.org*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Arponen, S. (2019). Chancroide. *Webconsultas*. Recuperado el 10 de agosto de 2020, de <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/chancroide/que-es-el-chancro-blando-o-chancroide>
- Barbara L. Hoffman, J. O. (2014). *Williams Ginecología*. México: McGRAW-HILL.
- Barrientos Seminario, Y. D. (2019). Conocimientos y actitudes para la prevención de las ITS/VIH-SIDA en estudiantes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Tupac Amaru - Tumbes 2019. Obtenido de <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/397>
- Caicedo, M. (2017). El contagio de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Unidad Educativa “San Luis, Rey de Francia”, en la ciudad de Guayaquil. Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19421/1/MAR%c3%8da%20JOS%c3%89%20CAICEDO%20AGUAYO.pdf>
- Capote, A. e. (2017). Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolencetes de la Habana. *Scielo*, 166-179. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/166-179/es>
- Carpallo, S. (2019). Los contagios de enfermedades de transmisión sexual no dejan de crecer (y no es culpa de los adolescentes). Obtenido de https://elpais.com/elpais/2019/04/03/buenavida/1554319433_010263.html

CDC. (2015). *división de prevención de ITS*.

Cochachin De La Cruz, D. M. (2019). Disminuyendo la incidencia de infecciones de transmisión sexual en la jurisdicción del puesto de salud Cachipampa - Casma, 2019. Obtenido de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/14238>

Concha, M. (2017). Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Revista Chilena de Infectología* 24(3), 209-214. Recuperado el 18 de junio de 2020, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000300006>

ConSalud.es. (2019). *ConSalud.es*. Obtenido de La mayoría de las ITS son asintomáticas y pueden causar complicaciones en la salud sexual: : <https://www.consalud.es/pacientes/la-mayoria-de-las-its-son-asintomaticas-y-pueden-causar-complicaciones-en-la-salud-s>

División para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, C. N. (2017). Obtenido de [https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm#:~:text=El%20VPH%20puede%20causar%20c%C3%A1ncer,am%C3%ADgdalas%20\(llamado%20c%C3%A1ncer%20orofar%C3%ADngeo\).](https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm#:~:text=El%20VPH%20puede%20causar%20c%C3%A1ncer,am%C3%ADgdalas%20(llamado%20c%C3%A1ncer%20orofar%C3%ADngeo).)

Durex.es. (2020). *Durex.es*. Obtenido de <https://www.durex.es/blogs/ets/como-se-transmiten-las-enfermedades-de-transmision-sexual#section0>

enfermedades), C. (. (2015). *División de Prevención de ETS*.

Figueroa, L., Figueroa, L., García, L., & Soto, D. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 954-968. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600954&lng=es&tlng=es

Fitzpatrick. (1983). *Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General*. Panamericana.

Gangaiah D, S. S. (2016). *Haemophilus ducreyi Cutaneous Ulcer Strains Diverged from Both Class I and Class II Genital Ulcer Strains: Implications for Epidemiological Studies*.

- Hammerschlag, M. (2018). *Manual MSD*. New York. Recuperado el 29 de mayo de 2020, de <https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/clamidia-y-micoplasmas/chlamydia>
- Health, N. Y. (2020). *Consideraciones básicas sobre las ITS y el VIH/sida (Folleto del CNP ITS/VIH/sida)*. New York. Obtenido de <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=514>
- Huésped, F. (2020). Recuperado el 08 de junio de 2020, de <https://www.huesped.org.ar/informacion/otras-infecciones-de-transmision-sexual/que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual/>
- León, J. (2020). Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infeccion-vih>
- López Poemape, V. M., & López Huarcaya, Y. R. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes de obstetricia de la Universidad Privada Sergio Bernal. Cañete: 2018. Obtenido de <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/182>
- López-Torres, L., Chiappe, M., Cárcamo, C., Garnett, G., Holmes, K., & García, P. (2016). Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 448-454. Recuperado el 12 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300009
- Marco, M. H., Ferraris, S., & Langsam, M. (2018). Jóvenes, enfermedades de transmisión sexual y derechos. Panorama nacional y regional en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 2835-2848. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.13382018>
- Medlineplus. (25 de agosto de 2020). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003332.htm>
- MedlinePlus. (2020). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/chlamydiainfections.html>

- Merchán, K., Quiroz, V., María, Á., & Pin, Á. (22 de diciembre de 2017). La Vaginosis Bacteriana, un intruso muy común en la mujer. *Recimundo*, 702-714. doi: <https://doi.org/10.26820/recimundo/1.5.2017.702-714>
- Merck, M. (2020). *Manual Merck*. Obtenido de <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/SearchResults?query=gonorrea>
- Meštrović, T. (2019). *News-Medical*. Obtenido de [https://www.news-medical.net/health/Chancroid-Epidemiology-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Chancroid-Epidemiology-(Spanish).aspx)
- Montemayor, G., Jiménez, L., Guerra, O., Pladevall, S., & Vázquez, V. (2018). *Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras afecciones genitales*. Obtenido de <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimiento24a.pdf>
- Moreno, K., Ponce, M., & Ubbelohde, T. (2014). Chancroide (enfermedad de Ducrey). *Revista Mexicana de Dermatología*, 33-39. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2014/rmd141e.pdf>
- Morris, S. R. (2019). *Manual MSD*. San Diego, California, EEUU. Recuperado el 18 de julio de 2020, de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual/tricomoniasis#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20se%20basa%20en,tractarse%20con%20metronidazol%20o%20tinidazol.>
- MSP. (2019). Obtenido de <http://www.coalicionecuadoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-ITS-en-Ecuador-MSP.pdf>.
- Nápoles, M., Marjoris, B. B., & José, P. C. (2015). Actitudes socioculturales frente a las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de Medicina. *Humanidades Médicas*, 13(1), 56-71. Recuperado el 13 de mayo junio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000100005&lng=es&tlng=es.
- Navarrete M. et al, Z. M. (2018). La sexualidad un tema de interés y desconocimiento en los adolescentes. *Mapa*, 2(5), 291-300. Obtenido de e <http://revistamapa.com>

- Novak, B. y. (s.f.). *Berek y Novak Ginecología*. 2014: Lippincott Williams and Wilkins.
- OMS. (2015). Obtenido de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/es/>.
- OMS. (2019). Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=Las%20ITS%20se%20propagan%20predominantemente,la%20sangre%20y%20los%20hemoderivados](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=Las%20ITS%20se%20propagan%20predominantemente,la%20sangre%20y%20los%20hemoderivados)
- OMS. (2019). Recuperado el 16 de mayo de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- OMS. (24 de enero de 2019). Recuperado el 12 de mayo de 2020, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- OMS. (2019). Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=La%20OMS%20estima%20que%2C%20en,y%20tricomoniasis%20\(156%20millones\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=La%20OMS%20estima%20que%2C%20en,y%20tricomoniasis%20(156%20millones)).
- OMS. (2019). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- OMS. (2020). Obtenido de https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- OMS. (2020). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=El%20VIH%20se%20transmite%20a,el%20embarazo%20y%20el%20parto>.
- OMS. (2020). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=El%20VIH%20se%20transmite%20a,el%20embarazo%20y%20el%20parto>.
- OMS. (2020). Recuperado el 05 de mayo de 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14868:sti-trichomoniasis&Itemid=3670&lang=es

- Opazo, P. (2019). *NaciónFarma*. Obtenido de <https://nacionfarma.com/oms-sifilis-congenita-grave-problema-mundial/>
- OPS. (2019). Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?cat=6&paged=2&lang=es>
- OPS. (2020). Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14872:sti-gonorrhoea&Itemid=3670&lang=es
- OPS. (2020). Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15066:infeccion-for-clamidias-preguntas-frecuentes&Itemid=3670&lang=es
- OPS. (2020). Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14871:sti-genital-herpes&Itemid=3670&lang=es
- OPS. (2020). Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14869:sti-syphilis&Itemid=3670&lang=es#:~:text=La%20OMS%20estima%20que%20en,5%20casos%20por%201000%20hombres
- Ordoñez, S. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de ITS/VIH SIDA, en estudiantes de la Unidad Educativa Saraguro, sección matutina. Loja, Loja, Ecuador.
- Parenthood, P. (2020). Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph#:~:text=VPH%20significa%20%20E2%80%9Cvirus%20del%20papiloma,provocar%20verrugas%20genitales%20o%20c%20c%3%A1ncer.>
- Peinador, M., Castellanos, L., & Jiménez, A. (Abril de 2019). Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/doc_gpi_vph_def_abril_2019.pdf

- Planned, P. (2020). Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-adolescentes/como-prevenir-un-embarazo-y-las-ets/que-necesito-saber-sobre-ets>
- QuestionPro. (2020). Obtenido de <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/>
- Rivas Saavedra, S. V. (2020). Conocimientos sobre ITS – VIH/SIDA en adolescentes del nivel secundaria de la I.E.P Ricardo Palma Castilla – Piura, 2018. (ORCID: 0000-0002-6920-8235). (U. C. Chimbote, Ed.) Piura, Perú. Obtenido de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/17447/ADOLESCENTES_CONOCIMIENTOS_RIVAS_SAAVEDRA_STEPHANIE_VANESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rivera, Z. R., Aguilera, T. J., & Larrain, H. A. (2002). Epidemiología del virus del pailoma humano. *Revista Chilena de Obstetrica y Ginecología* 67(6), 501-506. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600013>
- Sanches, M. (05 de octubre de 2019). Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/pareja/2019/10/05/clamidia-infeccion-transmision-sexual-silenciosa-171029.html>
- Santos, I. (2015). Tricomoniasis: una visión amplia. *IATREIA Vol 27(2)*, 198-205. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v27n2/v27n2a07.pdf>
- Sheldon, M. (2020). *Manual Merck*. San Diego, California, EE-UU. Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-ets/gonorrea>
- Sheldon, R. (2018). *Manual MSD*. San Diego, California, EE-UU. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-ets/s%C3%ADfilis?query=S%C3%ADfilis>
- Torales, T. e. (2019). *Recomendaciones sobre el abordajeterritorial de las infecciones de transmisión sexual. Guía para agentes sanitarios*. Argentina . Recuperado el 08 de junio de 2020, de

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001564cnt-2019-09_recomendaciones-sobre-abordaje-territorial-de-infecciones-de-transmision-sexual.pdf

Unemo, M. (2014). *Diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de la*. (OMS, Ed.) Orebro, Suecia . Recuperado el 26 de Julio de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2014-cha-diagnostico-lab-its-vih.pdf>

Universal, E. (2019). Adolescentes pierden el miedo a infecciones, aumentan las enfermedades venéreas. Obtenido de <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/adolescentes-pierden-el-miedo-infecciones-aumentan-enfermedades-venereas>

Vanguardia, L. (2018). Uno de cada cuatro adolescentes contraerá una ITS antes de acabar el instituto. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/20181121/453079530861/uno-cada-cuatro-adolescentes-contraera-infeccion-transmision-sexual-instituto.html>

Vela, R. (2019). Recuperado el 16 de mayo de 2020, de <https://www.institutouroandrologico.com/servicios/virus-papiloma-humano-hombres/>

11 Anexos

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA



Se le invita a formar parte de la investigación: CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL COLEGIO 27 DE FEBRERO”, el propósito de este proyecto es determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de tercer año de Bachillerato de la sección matutina del colegio de Bachillerato “27 de Febrero”. Tu participación será de forma voluntaria. En el caso que no desees participar, puedes retirarte del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Después de leer el consentimiento informado usted podrá hacer cualquier pregunta que le permita aclarar sus dudas.

La privacidad de la información será garantizada por el investigador del estudio y ninguna persona tendrá acceso a ella. La información brindada será utilizada únicamente con fines académicos.

Yo, _____,
 con CI _____ de nacionalidad _____

he leído el documento y entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente, con lo cual consiento participar en la investigación.

Fecha: _____

CI del participante: _____

Firma de la participante: _____

ANEXO 2

ENCUESTA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**



ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES

Soy estudiante de la carrera de MEDICINA de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana y me encuentro realizando mi proyecto de tesis que se titula “Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en el colegio 27 de Febrero” comprometida y responsable con la salud de los adolescentes, impulsando investigaciones formativas que apoyan a reducir la morbilidad de la población por lo que solicito muy comedidamente se digne a contestar las siguientes preguntas. Desde ya se le agradece por su colaboración. Tome el tiempo necesario para contestar este cuestionario según su criterio personal. Los datos obtenidos en la encuesta son estrictamente profesionales y de carácter ANÓNIMO.

DATOS GENERALES (socio – demográficos) Marque una X.

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: 16-17: _____ 18-19: _____

Sector: Urbano: _____ Rural: _____

I. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS.**CONOCIMIENTOS GENERALES**

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas producidas por bacterias, virus, hongos, cuya transmisión se produce a través del contacto sexual sin protección (oral, vaginal o anal) con una persona infectada.			
2. Las ITS (infección de transmisión sexual) son producidas por parásitos los mismos que provocan diarrea, fiebre, malestar general.			
3. Tanto hombres y mujeres pueden adquirir una ITS (infección de transmisión sexual).			
5. Se pueden prevenir las infecciones de transmisión sexual.			
6. El Herpes genital es una ITS (infección de transmisión sexual).			

7. Si una persona utiliza correctamente el condón se protege de las ITS y del VIH/SIDA.			
8. Las relaciones sexuales a una edad temprana constituye un factor de riesgo para contraer una ITS.			
9. El VIH/SIDA tiene cura.			

TRANSMISIÓN

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. Las ITS se transmiten a través del contacto directo con secreciones (sangre, semen fluidos vaginales) de personas infectadas durante un contacto sexual sin protección.			
2. Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de una infección de transmisión sexual.			
3. Las ITS se transmite por mala higiene personal.			
4. Una sola relación sexual sin protección es suficiente para adquirir una ITS.			
5. Las ITS se pueden adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro que haya sido ocupado previamente por una persona infectada			
6. Acudir a un prostíbulo con el propósito de tener relaciones sexuales sin protección puede contagiarte de una ITS.			
7. El herpes genital de tipo 2 y la sífilis pueden incrementar el riesgo de contraer el VIH.			
8. Las ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, mediante transfusiones de sangre.			
9. Muchas ITS como la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.			

SIGNOS Y SÍNTOMAS

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE

1. Los primeros síntomas de la gonorrea son: ardor al orinar y la salida de un líquido amarillo purulento (pus) por el pene.			
2. Los síntomas de la sífilis son: salida de secreciones purulentas (pus) a través de tus partes íntimas, presencias de un grano o llaga llamada "chancro" en el pene y en los genitales externos o internos de la mujer.			
3. El virus del papiloma humano presenta síntomas como: verrugas genitales que son suaves al tacto, parecen una flor en miniatura y se acompañan de comezón			
4. Los síntomas del herpes genital son vesículas únicas o múltiples, que causan picor y aparecen en cualquier lugar en los genitales.			
5. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal			

DIAGNÓSTICO

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. Se puede llegar al diagnóstico de una ITS solo por lo que se observa en una persona a simple vista.			
2. Se puede llegar al diagnóstico de una ITS por lo que le comenta algún amigo o conocido.			
3. Se puede llegar al diagnóstico de una ITS por lo que el médico y/o cualquier profesional de la salud refiere al examinarlo.			
4. Se puede llegar al diagnóstico de una ITS por los resultados de laboratorio.			

TRATAMIENTO

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. En el caso de usted contagiarse una ITS tomaría el tratamiento por su propia cuenta.			
2. Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares.			
3. Acudiría a una farmacia para solicitar un tratamiento.			

4. Tomaría medicamentos indicados por un médico.			
--	--	--	--

FORMAS DE PREVENCIÓN

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. Una infección de transmisión sexual se puede prevenir utilizando métodos de protección (condón) durante una relación sexual.			
2. Teniendo una sola pareja.			
3. No usando drogas inyectables.			
4. Reduciendo el número de parejas sexuales.			
5. Practicando la abstinencia sexual.			
6. Eyaculando (terminar) fuera de la pareja			
7. Masturbándose			
8. No usando baños públicos.			

II. ACTITUD FRENTE A LAS ITS

**A: De acuerdo
desacuerdo**

D: En duda

DS: En

ANTE EL USO DEL CONDÓN

PREGUNTAS	A	D	DS
1. El uso de preservativo disminuye el placer sexual.			
2. Es vergonzoso acudir a la farmacia para adquirir un preservativo.			
3. El uso de preservativo hace que se pierda la erección del pene.			
4. Es mejor usar el preservativo solo con personas con las que se tiene relaciones sexuales de vez en cuando.			
5. Resulta incómodo usar condón durante las relaciones sexuales.			
6. El uso del preservativo en una relación sexual de riesgo es el mejor método para evitar el contagio de una ITS.			

7. Se debe de evitar el uso del preservativo porque va contra la religión			
8. Únicamente los hombres deben portar preservativos.			
9. Las mujeres que portan preservativos es porque han tenido múltiples parejas sexuales.			

ANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO

PREGUNTAS	A	D	DS
1. Se debe tener relaciones sexuales con amistades casuales.			
2. Un adolescente debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas para experimentar su sexualidad.			
3. Tener relaciones sexuales con distintas parejas aumenta el riesgo de contraer ITS.			
4. Tener relaciones homosexuales es una actitud de riesgo para adquirir una ITS.			
5. Combinar las relaciones sexuales con el alcohol y las drogas es más placentero.			
6. Entre más joven se tenga relaciones sexuales sin protección es más probable adquirir una ITS.			

III. PRÁCTICAS EN RELACIÓN A LAS ITS

A. Prácticas de riesgo

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Acude a prostíbulos para mantener relaciones sexuales sin protección?		
2. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o algún otro tipo de droga?		
3. ¿Se ha inyectado algún tipo de droga?		
4. ¿Se ha realizado tatuajes o perforaciones en lugares clandestinos?		

B. Prácticas preventivas frente a ITS

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Siempre que tiene relaciones sexuales usa preservativo?		
2. ¿Practica la abstinencia?		
3. ¿Tiene una única pareja sexual cuando está en una relación?		
4. ¿Acostumbra siempre a llevar un condón en su billetera o mochila?		
5. ¿Cree que tanto el hombre como la mujer deben tomar la iniciativa de usar algún método para prevenir las infecciones de transmisión sexual?		

IV. PRACTICAS SEXUALES

a. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

SI (....) NO (....)

(Si su respuesta es NO pase directamente a la Parte V, en caso contrario responda las siguientes interrogantes.)

b. ¿Edad de inicio de las relaciones sexuales?

a) 10-11 años (....) b) 12-13 años (....) c) 14-15 años (....) d) 16-17 años (....) e) 18-19 años (....)

c. ¿En sus relaciones sexuales utiliza condón?

Siempre (....) Casi Siempre (....) Nunca (....)

d. ¿Tiene relaciones sexuales con otra persona, además de su pareja?

SI (....) NO (....)

e. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

1(....) 2(....) 3 o más (....)

V. FUENTES DE INFORMACIÓN DE ITS

MEDIOS MASIVOS DE INFORMACIÓN SOBRE ITS

FUENTES DE INFORMACIÓN	MARQUE CON UNA X
TV	
Internet	
Revistas	
Radio	

Libros	
--------	--

PERSONAS CON QUIENES HA HABLADO DE ITS

PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE ITS	MARQUE CON UNA X
Amigos	
Maestro	
Novio(a)	
Médicos	
Hermanos	
Madre	
Padre	
Sacerdote	

LUGAR DONDE HA ESCUCHADO HABLAR ACERCA DE ITS

LUGAR DONDE HA ESCUCHADO HABLAR ACERCA DE ITS	MARQUE CON UNA X
Escuela	
Calle	
Casa	
Bares	
Unidades de salud	

ANEXO 3

**NÓMINA DE ESTUDIANTES DE TERCER CURSO DE BACHILLERATO DEL
COLEGIO DE BACHILLERATO "27 DE FEBRERO" DURANTE EL AÑO
LECTIVO 2018-2019**

COLEGIO DE BACHILLERATO "27 DE FEBRERO"									
27/2/2019		Año Lectivo 2018-2019							
Año	Extensión	Par	Nro. Alumnos			Repetidor		Retir	Pag 2
			Total	Fem	Mas	Fem	Mas		
Acumulado: 1010		Total Curso:		187	79	108	4	13	
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	A	16	12	4				
B BACHILLERATO			16	12	4				
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	B	24	9	15				1
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	C	23	11	12				
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	D	21	7	14				
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	E	19	6	13		1		2
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	F	22	7	15			1	
C CIENCIAS			109	40	69				
Tercer Curso de Bachillerato	001 SECCIÓN MATUTINA	G	23	13	10				1
N CONTABILIDAD			23	13	10				
Tercer Curso de Bachillerato	002 SECCIÓN VESPERTINA	A	34	19	15				
C CIENCIAS			34	19	15				
Acumulado: 1192		Total Curso:		182	84	98	1	1	

ANEXO 4**PERMISO DEL RECTORADO**

Loja, 22 de julio del 2020

CERTIFICACIÓN

A petición verbal de la parte interesada, en debida y legal forma,

CERTIFICO:

Que, la Sra. **Karen Stefania Gutiérrez Domínguez** con cédula de ciudadanía Nro. **1104208416**, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, el día 25 de abril de año 2019 mediante los protocolos establecidos para la obtención de su título profesional, solicita por medio de la Gestora de la carrera de Medicina Humana de ese periodo la Dra. Sandra Mejía Michay llevar a efecto encuestas dirigidas a los estudiantes del tercer año de Bachillerato sección matutina del Colegio de Bachillerato 27 de Febrero para el desarrollo de su proyecto de tesis **“Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en el colegio 27 de Febrero”**, lo cual fue debidamente autorizado por el rector encargado de la institución en la fecha establecida, el Mgs. Carlos González Ochoa.

Es todo cuanto certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente en lo que creyere conveniente dentro de los límites legales.

Atentamente


Mgs. Vicente Ruales Segarra
RECTOR



COLEGIO DE BACHILLERATO 27 DE FEBRERO

ANEXO 5

APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0158 D-CMH-FS-UNL

PARA: Srta. Karen Estefanía Gutiérrez Domínguez.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 21 de Mayo de 2018

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS Y GONORREA EN LOS COLEGIOS 27 DE FEBRERO Y PIO JARAMILLO”** por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo**

TereO.

ANEXO 6

PERTIENCIA DEL TEMA DE TESI



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 497 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Karen Stefanía Gutiérrez Domínguez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 06 de julio de 2018

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS Y GONORREA EN LOS COLEGIOS 27 DE FEBRERO Y PIO JARAMILLO**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Dr. Richard Jiménez**. Docente de la Carrera, luego de haber revisado me permito emitir el siguiente criterio: luego de la revisión del proyecto se ha sugerido dar un enfoque diferente del tema formulado de la siguiente manera: "**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS COLEGIOS 27 DE FEBRERO Y PIO JARAMILLO**", una vez realizada la corrección del tema, **considero que es pertinente y relevante**, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA.

C.c.- Archivo
Bcastillo



ANEXO 7

DESIGNACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.543 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Richard Jiménez
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 de Julio de 2018

ASUNTO: **DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, "**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS COLEGIOS 27 DE FEBRERO Y PIO JARAMILLO**", autoría de la Srta. **Karen Stefania Gutiérrez Domínguez**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo
Bcastillo

17-07-2018



ANEXO 8

SECUENCIA FOTOGRÁFICA





ANEXO 9

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN EN INGLÉS



UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"
LOJA - ECUADOR
"Formar buenos cristianos y honestos ciudadanos"



Loja, 21 de Octubre de 2020

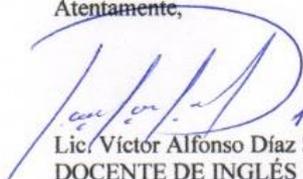
Lic. Víctor Alfonso Díaz Soto
DOCENTE DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "DANIEL ÁLVAREZ
BURNEO"

CERTIFICA:

Que, el documento elaborado es fiel traducción del idioma español al inglés del resumen de Tesis titulado **"Conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual en el colegio 27 de Febrero"** de autoría de la Srta. **Karen Stefania Gutiérrez Domínguez** con cédula de identidad 1104208416, egresada de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,


Lic. Víctor Alfonso Díaz Soto
DOCENTE DE INGLÉS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL
"DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"