

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN TRABAJADORAS DE
SEXO**



JOSE ANTONIO GARCIA LOPEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

Indice	1
Título	2
Subtítulo	3
I. Introducción	4
II. Definición del problema	6
III. Justificación	8
IV. Objetivos	10
V. Revisión Bibliográfica	11
VI. Material y Métodos	28
VII. Presentación de Resultados	33
VIII. Discusión de Resultados	52
IX. Conclusiones	57
X. Recomendaciones	58
XI. Referencias Bibliográficas	59
XII. Anexos	62

I. INTRODUCCION

La prostitución es una forma de comercio, en la cual se practican relaciones sexuales continuas repetidas y de manera libre con cualquier persona que se lo solicite, cuyo propósito esencial es la ganancia económica. No es de extrañarse que el comercio sexual está considerado como un problema social desde hace 20 mil años. Desde Mesopotamia, pasando por Babilonia, Chipre, Egipto, Roma, Grecia hasta la aprobación por la ONU de la abolición de la explotación de la trabajadora sexual.

En Guatemala se inició con los conquistadores hispanos. En 1686 se creó la Casa de Recogidas, pasando dicha casa a control de la Municipalidad en 1823, hasta 1981 donde se emitió el reglamento sobre la prostitución y en 1920 se declaró el libre ejercicio de la prostitución.

Las enfermedades infecciosas han azotado a la humanidad, evolucionando al mismo tiempo que las condiciones de vida y la expansión de la población, es así que la difusión de las enfermedades de transmisión sexual, se han dado a través de los siglos, según datos griegos y egipcios antiguos. Los avances de la medicina también han modificado el panorama de las enfermedades infecciosas. No es hasta que Robert Koch descubre los agentes infecciosos, y el descubrimiento de la Penicilina por Fleming, y la aparición de nuevos antibióticos y fármacos microbicidas, ha modificado de forma radical no solamente la incidencia sino también la evolución de la mayor parte de las enfermedades infecciosas, de forma que actualmente no es frecuente que las observemos en sus formas clásicas.

Desde que Papanicolau y Traut publicaron en 1948 su libro titulado "Diagnóstico de Cáncer uterino por medio de frotis vaginal", se ha adaptado la citología exfoliativa del tracto genital femenino como una rama de la patología. Por otra parte el desarrollo de la tecnología médica no ha disminuido la incidencia de infecciones venéreas. Por lo que se requiere de habilidad para realizar el examen pélvico, y la importancia de considerar la historia clínica y principalmente los antecedentes sexuales. Las enfermedades de transmisión sexual incluyen una serie de entidades de variada etiología (bacterias, virus, parásitos, hongos), que se caracterizan por ser contraídas mediante el acto sexual, aunque no indispensablemente. Por lo que la atención correcta requiere del conocimiento de la fisiología, fisiopatología y la farmacología.

Para el estudio preciso de las enfermedades de transmisión sexual es necesario practicar un registro citológico, bacteriológico y químico, sensible y exacto para comparar los resultados obtenidos con los que se obtienen clínicamente.

En el presente estudio se realizó una entrevista y toma de muestra a 52 trabajadoras del sexo que asisten a profilaxis sexual al Puesto de salud de la aldea el Naranjo, La Libertad, Petén. De los cuales solamente 38 datos fueron tomados en cuenta ya que 14 muestras no fueron adecuadas para el estudio pues no fueron bien preservadas. Las muestras fueron fijadas en una laminilla y coloreadas con el método de tinción de Papanicolau. El resultado observado citológicamente fue de 21 casos positivos para la presencia de alguna anomalía 55.26% (21/38), incluidas en este estudio.

Las patologías diagnosticadas clínicamente fueron las siguientes: Gonorrea 5 casos, Trichomoniasis 1 caso, Úlcera en cérvix 1 caso (sin sangrado), Candidiasis 1 caso, Presencia de hemorragia 1 caso.

El diagnóstico citológico demuestra la patología de la siguiente forma: Flora aumentada 1 caso, Inflamación moderada 8 casos, Inflamación moderada más trichomoniasis 1 caso, Inflamación severa 1 caso, Inflamación severa más Candida 1 caso, Inflamación severa más Haemophilus 1 caso, Inflamación severa más trichomoniasis 5 casos, Inflamación severa más Flora aumentada 1 caso, Neoplasia intraepitelial Grado II 1 caso y Neoplasia intraepitelial Grado III 1 caso, Normales fueron 17 casos, haciendo un total de 38 casos estudiados.

Se pudo confirmar que las lesiones del cérvix son frecuentes en la práctica clínica y anatomopatológica. Son muchos los microorganismos que pueden infectar el aparato genital femenino y, en conjunto producir una gran cantidad de molestias y morbilidad. Algunas como las infecciones por Cándida o las tricomoniasis, son frecuentes y provocan importantes molestias, aunque su significado patológico sea escaso. Entre las molestias se incluyen la gran abundancia de lesiones inflamatorias menores a las que se llama cervicitis inespecífica. De hecho, la excesiva secreción vaginal inflamatoria, conocida como leucorrea, constituye una de las molestias más frecuentes de las observadas en la práctica ginecológica. Sin embargo el cérvix es también vulnerable a la aparición de cáncer.

Además de este frecuente tipo de cervicitis existen otros muchos tipos de inflamaciones cervicales específicas, como la Gonorrea, la sífilis, el chancro, la TB, por lo que según los criterios histológicos elegidos para establecer el diagnóstico, puede encontrarse cierto grado de inflamación cervical. Aunque cada vez hay técnicas más complicadas para diagnosticar, el médico siempre debe intentar hacerlo con base en la historia clínica y exploración física, apoyadas con algunas pruebas sencillas como frotis en fresco, la tinción de Gram, cultivos adecuados y Biopsias.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Los procesos infecciosos de los genitales femeninos son un problema que ha venido en ascenso en los últimos años. Vulva y vagina son sitios húmedos y tibios ideales para la proliferación de muchos microorganismos y de fácil contaminación fecal. En la población en general, las infecciones ginecológicas son la causa más frecuente de consulta al médico, por parte de las mujeres en edad reproductiva, la mayor parte de estas infecciones son de transmisión sexual (14).

Las enfermedades de transmisión sexual son especialmente más frecuentes en personas con actividad sexual frecuente, por lo general adolescentes y adultos jóvenes, entre las edades de 15 a 35 años, también son afectados neonatos y niños de madres infectadas. Las mujeres son más susceptibles a la infección y si no se ha tratado eficientemente la capacidad infectante puede ser mayor debido a la frecuencia de portadoras asintomáticas (50 a 80% según algunos estudios respecto a gonorrea) y presentan más complicaciones que los varones y en caso especial las mujeres que se dedican al trabajo sexual (5,7).

Desde que, Papanicolau y Traut publicaron en 1943 su libro clásico titulado Diagnóstico del Cáncer Uterino por medio de frotis vaginal, se ha adaptado la citología exfoliativa del tracto genital femenino como una rama de la patología en todo el mundo. Hoy día se considera incompleto un examen ginecológico, sin un examen citológico del cuello del útero y tercio superior de la vagina (6).

El frotis es de gran ayuda diagnóstica tanto para enfermedades de transmisión sexual (pues la tinción de los frotis tiene un 50 a 60% de sensibilidad y 80 a 95% de especificidad), como para diagnóstico de cáncer de cérvix (INCAN de 1000 pacientes con diagnóstico de Cáncer un 56% padecen cáncer de cérvix). (6,12,19).

Las infecciones transmitidas por contacto sexual son prevalentes en muchos segmentos sociales, pero por razones evidentes no es la actividad sexual en sí, sino el número y el tipo de compañeros sexuales, los que determinan el riesgo de adquirirlas. Los índices de gonorrea corresponden a jóvenes (15-30 años) y solteras, así como las que forman parte de grupos con nivel de estudio y socioeconómico bajo. La incidencia de gonococosis en solteros jóvenes de ciudades pequeñas es hasta 50 veces mayor que en casados jóvenes de clase media o media superior. Como lo demuestra un estudio en trabajadoras del sexo realizado en la ciudad de Guatemala el cual reportó el 77% de gonorrea (6,12, 18, 23).

Las infecciones múltiples son frecuentes en pacientes con estos padecimientos. En las clínicas de enfermedades venéreas, casi 20% de los varones con gonorrea tienen clamidia uretral, mientras 30-50 % de las mujeres gonorreicas padecen clamidiasis del cérvix. Como lo demostró el estudio de tesis realizado en Guatemala, en trabajadoras del sexo el cual reporta 40%. En un estudio mostró que 16% de los casos dependían de infecciones mixtas por diversas condiciones como Candida, trichomonas y gardenerela vaginalis. Sin embargo, no hay datos convincentes de que el contagio con una enfermedad venérea aumente de modo directo el riesgo de adquirir otras. La coexistencia frecuente de varias de éstas probablemente refleje la frecuencia de los microorganismos causales y la multiplicidad de compañeros sexuales entre los pacientes incluidos en tales estudios (2, 6, 12, 14, 18, 23).

A la Aldea el Naranjo, Petén asisten semanalmente las trabajadoras del sexo y se les realiza un examen ginecológico limitándose únicamente a la inspección.

El propósito de la investigación es determinar la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, a través de la realización de frotis vaginal en la población de trabajadoras sexuales que asistieron a profilaxis sexual al Puesto de salud de la Aldea El Naranjo, Petén. Para luego comparar los resultados obtenidos en la población estudiada con los resultados reportados en la literatura, así como con el diagnóstico clínico previo a la obtención de la muestra.

III. JUSTIFICACION

Si bien es cierto que la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual no son una amenaza directa e inmediata a la vida, su diagnóstico oportuno y eficaz permitirá en el caso correspondiente cortar la cadena de contagio, disminuir las recidivas y complicaciones subsecuentes.

En el Puesto de Salud de la Aldea el Naranjo, Petén, se atiende una vez por semana a las trabajadoras del sexo realizándoles un examen ginecológico incompleto (realizándoles únicamente examen visual, con la ayuda de la introducción de un espéculo, en la vagina). Ya que es extraordinariamente raro que las pacientes refieran algún tipo de sintomatología, aún cuando en su propia ropa interior o genitales externos se evidencie flujo vaginal, el problema es fácil de entender ya que lo que desean principalmente es que no se les retire el libretito que les permite trabajar libremente. El médico se enfrenta entonces al problema de no tener ayuda en la historia clínica y de que no cuenta con la facilidad de realizar frotis cervicovaginal por no existir un laboratorio patológico accesible.

Se hace necesario por lo tanto seguir las normas establecidas por el MSPAS con respecto a realizar un examen ginecológico completo el cual incluye por lo tanto historia clínica, examen físico completo, examen pélvico, examen interno, examen citológico, examen bimanual y examen rectal, y con ello tener una ayuda diagnóstica para llegar a un resultado certero.

La inquietud de realizar este estudio en una población rural de alto riesgo por ser un área de paso tanto de inmigrantes como de emigrantes lo cual aumenta la demanda de las trabajadoras del sexo y por ello aumenta el riesgo de contaminación y contagio de enfermedades de transmisión sexual, haciendo necesario y obligatorio la realización de un examen ginecológico completo para determinar la incidencia de ETS (enfermedades de transmisión sexual), en toda mujer en edad fértil y principalmente en mujeres de alto riesgo.

Los médicos de la compañía CGC, que prestan el servicio en la profilaxis sexual han notado que la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual es alta en la compañía a la cual pertenecen (CGC), teniendo aproximadamente de 8 a 12 casos mensuales de 78 trabajadores en el personal de la región que labora en dicha empresa. Sin embargo lo reportado por el Puesto de Salud con relación a enfermedades de transmisión sexual, durante el año 1997 y los meses de mayo, junio y julio de 1998 son de 36 casos, lo cual no es compatible con los datos reportados en el estudio realizado en el año 1994 en una población similar del área urbana de la ciudad de Guatemala, (Incidencia de 77% de casos positivos). La presencia de infecciones en estas personas representa un gran peligro para la población en general.

Al identificar el germen más frecuente, por medio del método de papanicolau, y la frecuencia con que se presentan con flujo vaginal. Al determinar la incidencia y la etiología más frecuente, proponer un tratamiento adecuado, establecer como norma la realización de frotis cervico vaginales rutinarios y servir como punto de partida para otros estudios en la población con las otras técnicas de coloración, así como comparar los resultados con otros estudios realizados previamente en otra región del país, y determinar el riesgo de la población estudiada para evitar de esta forma la diseminación de éstas enfermedades en dicha región.

Este estudio se realizó con aprobación de los médicos de la Empresa Servicios Médicos que laboran en la compañía CGC y prestan sus servicios a dicha población, en el puesto de salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Péten.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Conocer la incidencia de enfermedades de transmisión sexual por medio de frotis cervicovaginal en trabajadoras del sexo en la Aldea el Naranjo, Petén. Durante el período de Octubre de 1998 a Enero de 1999.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar el grupo de edad más frecuentemente afectado
2. Establecer la frecuencia con que se presentan los agentes infecciosos con flujo vaginal y en ausencia del mismo en las pacientes estudiadas.
3. Establecer la relación entre el diagnóstico clínico obtenido durante el examen ginecológico y el resultado posterior del frotis cervico vaginal realizado.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. PROSTITUCION

1. Definición:

La palabra prostitución procede del verbo latino "prostituere", que significa: traficar, comerciar, ofrecer el propio cuerpo con fines sexuales por dinero o por bienes materiales (4).

Otra definición más completa es la siguiente:

"La práctica de relaciones sexuales continuas y repetidas, de manera libre y con cualquier otra persona que se lo solicite, siendo su propósito esencial la ganancia económica y no el placer que consiga dicha ganancia" (4).

Actualmente el comercio sexual está considerado como un problema básicamente social. Término reservado antiguamente para el sexo femenino, ha derivado también hacia la prostitución homosexual, bisexual, la masculina e incluso existe la prostitución infantil.

2. Datos historicos:

En la comunidad primitiva, los historiadores consideran que el hombre no pasó apuros en lo relativo al sexo, por "disponer" de suficientes mujeres, de manera que el origen del fenómeno lo ubican hace unos 20 mil años, es en la vieja Mesopotamia donde se inicia la prostitución "hospitalaria" la cual consistía en ofrecer a la esposa y/o hijas al peregrino, como muestra de hospitalidad, dejando aquél alguna prenda antes de marcharse (9).

Dicha práctica derivó hacia la prostitución "religiosa". Por ejemplo, según Herodoto, en la antigua Babilonia existió una ley, según la cual toda mujer nacida en la patria estaba obligada, una vez en su vida, a ir al templo de Ishtar a entregarse a un extranjero, cuya retribución pasaba a engrosar las arcas del templo. La prostitución religiosa también se dispone de ejemplos en Chipre, Egipto, Roma y Grecia, siendo en ésta última donde se inició con Solón, la prostitución legal, civil, reglamentada y grabada con impuestos, los que pasaron, de manos de los sacerdotes, al estado Ateniense, para contribuir a los fondos públicos. En Roma existió la prostitución hospitalaria la religiosa y civil, la cual era controlada por el consejo de Roma. Cicerón y Catón, defendían a la prostitución, como una forma de evitar males mayores a la familia y a la

juventud. Constantino y Teodocio la persiguieron, y Justiniano intentó erradicarla con una ley publicada en el año 531. San Agustín y Santo Tomás de Aquino promulgaban la tolerancia hacia la prostitución. Vemos pues, que durante la edad media se alternaban las desiciones de supresión y reglamentación (9).

Con el Renacimiento y la Reforma protestante se inicia una nueva época de persecución y gran represión contra las prostitutas (9).

Napoleón instaló las casas de tolerancia debidamente registradas y reglamentadas. Llegando así hasta la conferencia de 1949, auspiciada por la ONU, la que tuvo carácter crucial en las trabajadoras del sexo, firmándose acuerdos para la represión y abolición de la trata de seres humanos y de la explotación de la prostituta (9).

3. La prostitución en Guatemala:

a.- Antecedentes:

Los conquistadores hispanos trajeron al nuevo mundo dicha práctica: tomaban por bien o por mal a la mujer indígena para fines sexuales, obteniendo ésta protección en especie y en servicios (8).

En el año de 1686, el rey de España emitió real cédula en la que se ordenaba al Obispo de Guatemala la creación de la casa de recogidas, para encerrar a las mujeres "perdidas y de mal vivir", y no fue sino hasta 1823 en que dicha casa pasó a control de la Municipalidad (8).

El 31 de diciembre de 1881, el Gobierno liberal emitió el primer reglamento sobre la prostitución, con miras a extirpar la prostitución clandestina. En el año de 1920 se declara en Guatemala el libre ejercicio de la prostitución, habiéndose emitido un nuevo reglamento (1935, Jorge Ubico), en el que se prohibía el funcionamiento de las casas de citas (8).

La sección de profilaxia y enfermedades venéreas quedó adscrita a la Dirección General de Sanidad (8).

Durante el Gobierno de Vinicio Cerezo, se promulgó el acuerdo Gubernativo número 242-86 ("reglamento para el control de las enfermedades de transmisión sexual"), (20).

b.- Prostitución en la Aldea El Naranja

En la Aldea el Naranja, no se tienen datos de cuando se inició la prostitución, pero ésta inició hace ya bastante tiempo, por ser un área de paso en la introducción de compañías privadas así como de los explotadores de maderas. Siendo la única área que cuenta con prostíbulos en muchos kilómetros a la redonda, y sirviendo la Aldea también de escala a la personas emigrantes hacia el norte de América, y en los últimos años para los refugiados e inmigrantes del país, favoreciendo todo ello al auge de la prostitución.

Esta ocupación se ha desarrollado ya que las trabajadoras del sexo ofrecen sus servicios, no sólo en el área de trabajo (la Aldea), los prostíbulos declarados, sino en áreas donde el cliente no puede llegar, por lo que se trasladan hacia esos lugares, teniendo como consecuencia la diseminación de la prostitución en esta región.

Las trabajadoras que prestan sus servicios sexuales son de diferentes nacionalidades (Hondureñas, Salvadoreñas), así como de diferentes áreas del país principalmente del Petén. En su gran mayoría son jóvenes, madres solteras y de bajo nivel escolar, por lo cual se ven en la necesidad de ofrecer sus servicios sexuales para la manutención de sus familias.

4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA TRABAJADORA DEL SEXO

En nuestra sociedad capitalista aparece la prostitución conformada por: El que quiere el servicio lo paga a quien se lo dá, encontrándose esta persona en una situación de dependencia dominación frente a otra persona, la cual se apropia de la mitad o más de los ingresos recibidos por el servicio prestado (20).

En países en vías de desarrollo como Guatemala, se ha identificado una serie de factores socialmente determinados por nuestra formación capitalista, los cuales se asocian con el fenómeno social de la trabajadora del sexo. Siendo algunos de los factores los citados a continuación:

- pobreza
- nivel instructivo bajo o analfabetismo
- hogar desintegrado
- hogar promiscuo
- retraso mental
- pereza

- educación rigurosa
- matrimonio forzado
- hofandad
- influencia culturales
- migración
- padres alcohólicos (20)

Dentro de los rasgos psicológicos de las trabajadoras del sexo podemos enunciar los siguientes:

- necesidad de afecto, pero a la vez, incapacidad de dar o recibir el mismo.
- neurosis de ansiedad por lo inestable de su situación presente
- depresión muy frecuente
- sentimientos de culpabilidad generalmente asociados a sentimentalismo moral o falsa conciencia
- agresividad ya que lo percibe del medio ambiente y mantiene una actitud defensiva
- rechazo
- responsabilidad asumiendo voluntariamente la manutención de su familia
- relaciones interpersonales deficientes
- relaciones con el cliente, caracterizadas por el placer fingido y generalmente condicionadas por lineamientos tendentes a evitar el sufrimiento moral físico y psicológico.
- Falta de controles internos ya que generalmente busca satisfacer sus necesidades más inmediatas, evadiendo sus sentimientos a través del alcohol, drogas, pastilla psicotrópicas o comiendo y bailando con sus clientes.
- Frustración y sensación de fracaso (16).

La urgencia masculina por el alivio fisiológico de su impulso sexual, en un medio femenino poco permisivo, es un obvio terreno para la prostitución. Para el adolescente pobre e inexperto es un medio de descarga pasional y de socialización. La soledad, presunta soltería, defectos físicos, mentales, o la vejez son atributos de la clientela. Mientras subsistan las condiciones expuestas subsistirá la prostitución con sus ventajas o desventajas como un subproducto de la barbarie social (16).

B. ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL

1. Generalidades:

Las enfermedades por transmisión sexual incluyen una serie de entidades de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria o micótica), que tiene como característica esencial aunque no indispensable, el ser contraída mediante realización de actos sexuales. Con algunas de ellas, como gonorrea y herpes simple genital, la transmisión sexual es el único modo importante de contagio, al menos en adultos. En otras, como hepatitis, SIDA, giardiasis, también hay otros mecanismos no sexuales significativos por los que se adquiere la infección. (7,11).

2. Antecedentes históricos :

La difusión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se ha dado a través de los siglos, según consta en datos de los antiguos griegos y en Egipto, y no es hasta el presente siglo cuando con el descubrimiento de los agentes infecciosos por Robert Koch y el descubrimiento de los antibióticos es cuando se han podido estudiar y atacar científicamente (7).

3. Microorganismos patógenos más frecuentes:

Clásicamente fueron consideradas 5 enfermedades de transmisión sexual "enfermedades venéreas" (esto es, haciendo relación a Venus diosa del amor carnal), ya que su forma de adquisición es exclusivamente por medio de relaciones sexuales. Con el correr de los años se han añadido diversas enfermedades por su potencial capacidad de transmisión sexual hoy catalogadas como ETS.

a. Flora normal:

La vagina después del nacimiento empieza a ser colonizada por cierto tipo de microorganismos que son importantes para el mantenimiento del Ph ácido y no permite el crecimiento de otro tipo de agentes que produzcan algún tipo de patología en la mujer.

La flora vaginal en algún momento de la vida sufre cambios en la presencia de microorganismos oportunistas colonizan el área vaginal produciendo determinada patología manifestada por flujos en su gran mayoría.

b. Flujo:

Se entiende como flujo toda pérdida no hemática que sale por los genitales.

Leucorrea se define al flujo blanco. Cuando es mucoso y transparente como osle, mixorrea. Si es amarillo, xantorrea; si es verde, clororrea; si es acuoso, hidrorrea; quiloso, quilorrea. Las combinaciones del flujo, dan lugar a los términos mixo xantorrea, xantoclororrea etc.

Según las molestias que ocasionan o acompañan al flujo podemos dividir las pacientes en dos grandes grupos: las que tienen flujo no irritante y las que sufren irritación, escosor o prurito en genitales externos acompañados de flujo. El contingente de las primeras es menor que el de las segundas.

Flujo no irritante significa que no se acompaña de procesos inflamatorios groseros en el tramo genital bajo. Molesta porque obliga a frecuentes lavados y al uso constante de apósitos. Es excepcional antes de la pubertad y poco frecuente después de la menopausia.

La Mixorrea en la mujer virgen, es mucoso, transparente, abundante. Aumenta al tiempo de la ovulación y en el premenstruo; es más escaso después de la regla. Se produce a nivel del cuello del útero, único tramo del aparato genital que posee abundantes glándulas mucosas cuya secreción está destinada a rellenar la cavidad cervical impidiendo así el ascenso de gérmenes y secreciones desfavorables a la cavidad uterina.

La mixorrea de la mujer casada no suele ser pura. El moco es menos transparente, con leucocitos abundantes y gérmenes asociados. Hidrorrea, es poco frecuente, su punto de partida es el endometrio, rara vez el endosálpinx. Sus causas son un proceso infeccioso crónico no supurativo del endometrio o un efecto hormonal.

Flujo purulento no irritante. Es frecuente en la mujer casada. De color blanco, amarillento o amarillo verdoso, acartona la ropa. Contiene abundantes leucocitos, células de descamación epitelial y flora vaginal impura. Muestra variaciones ligadas al ciclo sexual.

Flujo irritante. Todo flujo irritante es de flujo inflamatorio y al propio tiempo sinónimo de vulvitis. Esta se acompaña con frecuencia de vaginitis y hasta de cervicitis. Dichas afecciones pasarían inadvertidas a la mujer que anteriormente tenía flujo si las secreciones no actuaran produciendo una inflamación de la región vulvovestibular. La exploración orienta a veces sobre la causa del flujo. Como es muy corriente la concurrencia de varios agentes etiológicos precisa la investigación microscópica (25).

4. ENTIDADES PATOLOGICAS:

a. Gonorrea:

Sinonimia blenorragia. Se define como un grupo de cuadros clínicos inflamatorios diversos causados por el diplococo gramnegativo *Neisseria Gonorrhoeae*, que se mantiene en la comunidad por la presencia continua de las infecciones subclínicas y portadores "sanos".

El único reservorio conocido es el hombre. Su período de incubación es entre 3 y 8 días hasta 20 días. Se transmite por el contacto con exudados de las mucosas de personas infectadas, casi siempre a consecuencia de la actividad sexual, aun en niños, en quienes puede ser accidental.

La duración de la transmisibilidad puede durar meses o años, si no se ha tratado eficientemente. En mujeres la capacidad infectante es mayor debido a la frecuencia de portadoras asintomáticas (50 a 80% según algunos estudios).

Todas las personas son susceptibles y hasta la fecha no hay datos sobre inmunidad adquirida después del episodio infeccioso.

Generalmente sigue un curso muy agudo con gran reacción inflamatoria de toda la vulva, dermatitis del periné y muslos, compromiso uretral y cervical. Suele curar en el curso de tres a seis meses, quedando muchos casos como portadores asintomáticos. El contagio puede ser directo, sexual o accidental con prendas íntimas (toallas húmedas contaminadas, introducción de objetos extraños intencional o accidentalmente, por ejemplo termómetros).

El diagnóstico se realiza con base al cuadro clínico y debe confirmarse por exámen de laboratorio:

- exámen directo y coloración de las secreciones (gram).
- cultivo (medio de Thayer Martin modificado) y antibiograma.

En el varón el hallazgo de diplococo gramnegativo intra y/o extracelulares es diagnóstico. En la mujer pueden ser necesarios varios cultivos repetidos de secreción cervical y rectal (1,2,3,5,6,7,25).

La gonorrea no complicada se puede tratar con 4.8 millones de penicilina procaína asociada con probenecid 1 gramo. También es efectiva la dosis en casos de alergia de tetraciclina o eritromicina a dosis de 2 gramos por día durante 7 días. Como alternativa es útil la doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 horas por 7 días también ha sido eficaz la ampicilina o amoxicilina en una dosis de 3.5 gramos de una vez, por 2 días consecutivos en el varón y 3 días en la mujer asociados ambos casos a 1 gramo de probenecid.

b. Uretritis no gonococica:

La mayoría son de origen sexual, pero causadas por gérmenes como chlamydias y enterococos consecutivos a prácticas anales y coitos vaginales; muchas veces ambas enfermedades (gonorrea y uretritis por chlamydias) pueden estar asociadas, constituyéndose en causa de la persistencia de los síntomas aún después de instaurar un tratamiento efectivo. El síndrome de Reiter (uretritis, conjuntivitis, poliartritis, enterocolitis) y linfogranuloma venéreo constituyen los otros ejemplos más sobresalientes de infecciones genitales por estos gérmenes. El período de incubación de las chlamydias y de las chlamydiasis suele ser más prolongado que el de la gonorrea, por lo cual los síntomas aparecen más tardíamente. El 60% de las uretritis no gonococicas son debidas a la *Chlamydia trachomatis*.

El tratamiento de las Chlamydiasis se verifica con eritromicina o tetraciclina 2 gramos por día por 7 días, se han reportado excelentes resultados con norfloxacin o floxacina 200 mg BID por 10 días con curaciones del 98 %, la azitromicina en dosis oral única de 1 gramo es igualmente efectiva.

c. Chancroide:

Sinonimia chancro blando infección de Ducreyi.

Se define como una enfermedad infectocontagiosa, transmitida sexualmente, de naturaleza aguda, localizada en la región genital, que cursa con úlceras dolorosas y compromiso linfático regional. Siendo el patógeno el bacilo *Haemophilus ducreyi*.

Siendo el reservorio el hombre exclusivamente tras un período de 3-5 a 14 días aparecen las manifestaciones clínicas. Debe tenerse presente que si la infección ocurre sobre una mucosa excoriada previamente, este periodo se puede reducir a 24 horas.

El curso clínico es a partir de una vesicopústula genital que se erosiona y transforma en una úlcera muy dolorosa en el término de 10 a 20 días aparece una adenitis regional con iguales características. Pueden aparecer también múltiples úlceras por autoinoculación; a su nivel se observan escaras de color pardo y un eritema perilesional.

El exámen directo del exudado y coloración de Gram revela la presencia de estreptobacilos gramnegativos, con mayor tinción bipolar; la biopsia y el cultivo de pus de los bubones, ayudan a confirmar el diagnóstico.

Siendo el tratamiento la tetraciclina o eritromicina en dosis de 2 gramos al día por 7 a 10 días, se ha utilizado también la ceftriaxona IM en 250 mg o 1 gramo IV (1,3,5,6,7,25,27).

d. Granuloma Inguinal:

Es una infección transmisible por contacto sexual de curso crónico, que compromete áreas genitales y extragenitales vecinas, a las cuales se extiende por autoinoculación. Siendo su origen la *Calimato bacterium Granulomatis* (o *Donovania Granulomatis*).

El período de incubación es de 8 a 20 días, reservorio el hombre que inicia por una pápula o papulovesícula que se erosiona y extiende como una úlcera superficial serpinginosa, de aspecto granulomatoso, que termina curando por sectores merced a cicatrices fibrosas. Poco dolorosas, compromete los pliegues genitales y puede causar seria destrucción de los órganos genitales. El diagnóstico se confirma mediante identificación de los cuerpos de Donovan intracitoplasmáticos, en frotis de los exudados teñidos por el método de Giemsa, o por biopsia de la lesión.

Son eficaces en el tratamiento la tetraciclina y eritromicina usualmente 2 gramos por día de 7 a 10 días también responde a la estreptomycin cloranfenicol lincomicina clotrimoxazol y norfloxacin (1,3,5,6,7,27).

e. Linfogranuloma Venéreo:

Sinonimia Enfermedad de Nicolas Fabré siendo su etiología la *Chlamydia Tracomatis* (grupo *Bedsunia*). Con varios tipos. La *Chlamydia* causal tiene varios tipos.

Se define como una enfermedad infectocontagiosa que compromete la vía linfaticoganglionar. Siendo el período de incubación entre 7 a 11 días, pero puede ser más prolongado (20 días a meses). Siendo el hombre el único reservorio.

El cuadro se inicia por una pápula o vesicopústula, erosión indolora o nodular, localizada en el pene, vulva, recto o uretra; en el término de pocos días se produce un cuadro agudo que compromete varios ganglios y ocasiona una periadenitis con adherencia a los planos profundos formando un plastrón, en el cual no es posible individualizar separadamente a los ganglios (bubón). En pocos días aparecen focos supurativos que, si se abren al exterior, terminan por originar úlceras crónicas que drenan material achocolatado y luego serosanguinolento de fuerte olor fétido, por último debe tenerse en cuenta la posible transformación carcinomatosa. Para la confirmación del diagnóstico se puede emplear la intradermoreacción con antígeno de Frei, la cual se lee a 48 horas, siendo positiva si aparece un nódulo esta reacción está disponible en centros muy especializados. El cultivo de pus aspirado y la biopsia de ganglio son alternativas diagnósticas.

El tratamiento puede ser tetraciclina 2 gramos por día por 14 días en la fase temprana asociado o no a sulfonamidas. La doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas por 14 días es otra alternativa (1,2,5,6,7,27).

f. Condiloma acuminado:

Sinonimia Verruga Venérea "Crestas", Verruga Acuminada.

Se refiere a verrugas de origen viral que aparecen en el área genital o genitoanal. Originadas por virus del tipo del DNA del grupo Papova, similares a los causales de la verruga vulgar. Se debe hacer énfasis que la enfermedad no se presenta por contacto sexual exclusivamente.

Iniciándose el cuadro con tumores de muy variados tamaños, desde lesiones de pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro, que afectan las áreas húmedas, especialmente de la unión mucocutánea. Las lesiones son muy vascularizadas, de color rosa a rojo, y en el pene afectan específicamente el surco balano prepucial y el frénulo. En la mujer, las partes húmedas de la vulva son las más comprometidas, pudiendo invadir vagina, cérvix y la región perianal en ambos sexos.

En los últimos años se ha descrito el cuadro de la papulosis Bowenoide, que consiste en la aparición de elementos papulares, planos y aún verrugosos con el color de la piel o pardas.

El tratamiento de elección es la podofilina aplicada tópicamente. Otra alternativa es la quimioterapia con excelentes resultados.

g. Trichomonas:

Es un protozoo flagelado tiene forma de pera mide de 15 a 30 micras de longitud, siendo las manifestaciones clínicas leucorrea después de un período de incubación de 4 a 28 días el flujo es copioso, espumoso, burbujeante seropurulento, cremoso con exudado verde amarillento de olor fétido, acumulándose en el fondo del saco posterior, produciendo inflamación leve moderada y severa en la vulva, vagina y cérvix, rara vez se extiende al interior del útero, la mujer presenta una sensación de prurito vulvar quemazón y ardor.

Se diagnostica al tomar una muestra del flujo vaginal la cual se diluye en una gota de solución salina para poder observar la motilidad característica de sus movimientos, los frotos pueden ser teñidos con hematoxilina o colorantes de Romanowsky. También pueden ser evaluados con técnicas de papanicolau y tinción de naranja acridina.

El tratamiento de elección es el metronidazol 250 mg TID por 7 días. También puede utilizarse cremas que contengan estrógenos para mejorar el epitelio vaginal, o duchas vaginales con ácido acético, sal y azúcar que modifican el Ph (3,6,17,18,19,27).

h. Cándida albicans:

Aparece como una levadura grampositiva, mide 2-3 por 4-6 micras, está compuesta de pseudohifas que forman blastosporas en los nódulos y algunas veces Chlamydosporas con sus terminales.

La Cándida Albicans es una levadura que puede llegar a ser patógena, si el microorganismo prolifera gracias a un medio favorable y si las defensas del huésped están debilitadas.

Se presenta en la vulva y vagina como algodoncillo produciendo irritación, prurito intenso y secreción o flujo blanco gaseoso tipo cuajo sin mal olor.

Se diagnostica al tomar la muestra por medio de un hisopo, y luego se colorea mediante la tinción de Gram, buscando las pseudohifas y células gemantes. Otro método diagnóstico es la detección de pseudohifas por la técnica de KOH.

Siendo el tratamiento clotrimazol 500 mg dosis única o 2 tabletas de 100 mg por 3 días (3,6,17,18,19,27).

i. Gardenella vaginalis:

Es un bacilo o cocobacilo aerobio facultativo y no móvil, que mide de 0.3 a 0.5 micras de ancho y 1 a 3 micras de largo. En tinción de Gram puede observarse como cocobacilos gramnegativos y puede haber mitad negativa y mitad positiva.

El parásito es superficial, no provoca cambios histológicos ni causa signos de irritación. La adherencia del parásito a las células epiteliales de la vagina forman las llamadas "clue-cells" o células guía.

Produce un flujo de color grisáceo y en ocasiones espumosos o con olor a pezcado, en ocasiones produce ardor, dispareunia, eritema o edema vulvar, produciendo vulvovaginitis inespecífica se diagnostica al aplicar una gota de KOH al flujo vaginal produciendo un olor a pezcado (debido a la liberación de amina por la gardnerella) también se puede observar células clave en un frote de papanicolau.

El tratamiento metronidazol 500 mg cada 12 horas por 7 días o tinidazol 500 mg cada 12 horas por 5 días (3,6,17,18,19,27).

j. Virus del herpes simple II:

La composición química de la envoltura consiste en lípidos, carbohidratos y proteínas, el virus penetra a la célula por fusión con la membrana celular o por pinocitosis, luego al ADN se asocia con el núcleo; los núcleos de las células afectadas son grandes y multinucleados.

El herpes genital presenta un período de incubación de 2 a 7 días. Presenta lesiones vesiculoulcerativas en la vulva, vagina, cérvix y periné; las lesiones son más intensas durante la infección primaria en las mujeres con anticuerpos al herpes virus, sólo pueden estar afectados el cuello o la vagina y permanecer asintomática.

El diagnóstico por medio de cultivo, por pruebas de neutralización o tinción inmunofluorescente con antisueros específicos.

Se puede utilizar aciclovir y otros inhibidores de la síntesis de ADN. Aunque el virus se mantiene latente en los ganglios sensoriales y la reincidencia es similar en pacientes tratados y no tratados.

k. Papovavirus:

Pertenece a la familia del virus papiloma humano. Presenta una estructura isoédrica de 55 nanómetros de diámetro con un núcleo bastante denso de ADN, rodeado por una cápsula proteica. Este virus infecta al núcleo de las células epiteliales.

Se presenta en forma de verruga que se instala en vulva, vagina, cuello uterino y en el área perianal, las lesiones que se producen en el cérvix tienen relación con la displasia y cáncer del cuello uterino produciendo hiperqueratosis, el examen colposcópico evidencia citológicamente infección por el virus papiloma y también revela cambios específicos llamados "infección por el virus de la verruga no condilomatosa" o cambios específicos por "condiloma plano".

El tratamiento es podofilina al 25 % en tintura de benzoína. El ácido tricloroacético evita contacto con la piel vecina, congelación con nitrógeno líquido (2,3,19,27).

C. CITOLOGIA DEL TRACTO GENITAL FEMENINO

Desde que Papanicolau y Traut publicaron en 1943 su libro clásico titulado Diagnóstico del Cáncer Uterino por medio de frotis vaginal, se ha adaptado la citología exfoliativa del tracto genital femenino como una rama de la patología en todo el mundo. Hoy día se considera incompleto un examen ginecológico si no se incluye un examen citológico del cuello, útero y tercio superior de la vagina.

1. Toma del material para el frotis:

El frotis es una toma de secreciones, recoge células directamente del ectocérvix y de la unión escamocolumnar.

Los frotis tomados directamente del cérvix y del fondo del saco vaginal posterior proporcionan más del 90 % de precisión para detectar lesiones cervicales, de las que el 65 % son asintomáticas.

El espécimen obtenido se coloca en forma de capa delgada sobre una placa para el estudio citológico. La lámina debe ser tratada de inmediato: por medio de fijadores comerciales, para prevenir que se seque y halla destrucción celular; vale también colocarla en una cubeta con partes iguales de alcohol de 95 grados y éter.

Se puede tomar de varios lugares: fondo de saco posterior anterior o lateral de la vagina, del ectocérvix y de la unión escamocolumnar del canal endocervical, de la cavidad endometrial o del tercio superior de la pared vaginal lateral.

El material tomado de la pared lateral de la vagina sirve para estimar efectos hormonales, el material tomado del ectocérvix es escasamente apropiado en la búsqueda de un carcinoma endometrial.

El tomar muestra de varios lugares aumenta el alcance del examen.

2. Instrumentos necesarios:

Para la recogida de secreciones se acude al espéculo vaginal, lámpara con luz ajustable, portaobjetos, fijador, papel y lápiz para identificar, espátula ayre de madera, hisopos estériles.

i. Método:

Con la paciente en posición de litotomía se introduce suavemente el espéculo y con el extremo ondeado de la espátula se raspa ligeramente el ectocérvix y especialmente cualquier área que parezca anormal.

Se retira cuidadosamente el equipo, y lo raspado se coloca rápidamente en el portaobjetos fijándose inmediatamente.

Para la recogida de secreciones se acude a hisopos estériles se obtiene material de secreción para cultivos con el fin de buscar monilias, trichomonas, gonococos. Se detectarán más casos de esta infección si se hace frotis de secreción uretral después de presionar las glándulas de Skene. Con frecuencia una muestra de secreción rectal aumenta la tasa de detección.

ii. Errores en la preparación del frotis:

- Material insuficiente
- Película gruesa con distribución inadecuada del material.
- Toma de material de un lugar equivocado.
- Utilización de portaobjetos insuficientemente limpios o desengrasados.
- Secado al aire antes del fijado o durante el proceso de teñido.
- Fijado insuficiente debido al poco tiempo o alcoholes demasiado débiles.
- Tinción incorrecta. (12).

D. EDUCACION SEXUAL COMO MEDIDA PREVENTIVA

La educación sexual ha sido una disciplina, que tiene varios años de existir, desde la década de los 50, pero no es hasta los estudios hechos por Marter y Jhonson, y luego de la aparición de enfermedades tan graves como el SIDA y la comprobación de la hepatitis B, a través de relaciones sexuales que se le ha dado a nivel mundial mayor empuje a esta disciplina, como uno de los mejores, sino el mejor en la prevención de la problemática sexual.

Es así que en Guatemala muchas instituciones privadas y no privadas quienes se han dado a la tarea de impartir educación sexual a nivel estudiantil, familiar y comunitario. Ya que la educación sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales en la sexualidad, para el logro de la formación integral de la persona humana.

Su finalidad última es lograr identificación sexual del individuo y capacitarlo para formar valores y asumir actitudes propias que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana, positiva, consciente y responsable; dentro de su época, cultura y sociedad (26).

1. Panorama histórico:

La educación sexual surge como disciplina separada en el primer cuarto de nuestro siglo (1924).

Antes de 1950 se enfocaba hacia las enfermedades venéreas y los abusos de la sexualidad. Ese enfoque negativo y el consiguiente rechazo popular fueron las primeras características de su implementación, prevaleciendo aún en algunos países. Hacia 1950, en algunos países la educación sexual era aceptada como una necesidad para preservar a la juventud de "numerosos males". Las estadísticas alarmantes de la actividad sexual juvenil, de los embarazos no deseados, de las enfermedades venéreas, de las relaciones no materiales, etc. Constituían la principal preocupación, siendo la educación sexual la esperanza para remediarlos. Lo más positivo de estos años fue que se estaba depurando el enfoque negativo con que se presentaba anteriormente.

Hacia 1960 se percibe un nuevo enfoque en la educación sexual, siendo esta considerada como base para un desarrollo más armónico de la personalidad y para unas mejores relaciones interpersonales.

La educación sexual formal que se daba de manera individual y estaba antes circunscrita a la familia, se convierte en colectiva y extendida, con sorprendente rapidez a la escuela y a la comunidad (26).

2. Razones que justifican la educación sexual:

Varios hechos justifican plenamente la existencia de la educación sexual formal:

- a. La necesidad de informaciones científicas básicas que permitan un armónico desarrollo de la personalidad en un ambiente cada vez más controversial, principalmente por la problemática que producen las enfermedades de transmisión sexual en general.

- b. Los avances de las ciencias y de la tecnología moderna, especialmente lo relacionado con la sexualidad, ameritando una metodología especializada para esclarecer una serie de tabúes, mitos o falacias acerca del tema.
- c. En nuestra sociedad, tanto el sexo como la sexualidad son aún considerados temas intocables. El sexo es visto como un tema tabú que los adultos no discuten en forma seria abierta y serena con los jóvenes, propiciando esto la ignorancia sexual entre gente de todas las edades.
- d. La integración de la mujer al mundo laboral, que ha originado una mayor independencia de acciones en todos los aspectos de su vida, incluyendo el sexual (26).
- e. Recientemente se han detectado otras enfermedades de transmisión sexual y una de las más importantes es la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Como la gonocócica, muchas de éstas nuevas enfermedades de transmisión sexual se han vuelto epidémicas en casi todos los países del mundo.
- f. Las ETS, se propagan en los núcleos de población con gran actividad sexual, integradas preferentemente por jóvenes de bajo nivel socioeconómico. Las ETS provocadas por bacterias tales como la sífilis, gonocócica, chancro, se mantienen concentradas principalmente en los núcleos urbanos y afectan, cada vez más, a las prostitutas, compañeros sexuales y otros partícipes haciendo con ello cada vez más grande el problema si no se tiene una medida eficaz para combatirlas (18, 23).

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA:

1. Tipo de estudio:

Observacional descriptivo de corte transversal.

2. Unidad de análisis:

Se tomaron en cuenta los frotis de las trabajadoras del sexo que asistieron regularmente al Puesto de Salud de la Aldea el Naranjo, Petén durante los meses de octubre de 1998 a enero de 1999.

3. Definición del universo:

El universo del presente estudio lo constituyeron las trabajadoras del sexo, que cumplieron con los criterios de inclusión y que asistieron al Puesto de Salud de la aldea el Naranjo, durante los meses de octubre de 1998 a enero de 1999.

4. Criterios de inclusión:

Toda mujer trabajadora del sexo, activa, y que se encuentre registrada en el Puesto de Salud de la aldea El Naranjo, Petén.

5. Criterios de exclusión:

- a. Se excluyeron a las pacientes que se encontraron en su período menstrual.
- b. No se incluyó en el trabajo de investigación los resultados de los frotis mal preservados.

6. Definición de variables:

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual.	Edad referida por la paciente en la boleta, desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	Numérica	Años
No. DE EMBARAZOS	No. de embarazos que ha tenido la entrevistada, sin tomar en cuenta su resolución posterior.	No. de embarazos referidos por la paciente al momento de la entrevista.	Numérica	1,2,3, etc.
No. DE CONTACTOS SEXUALES POR DIA	Número de compañeros sexuales que cada mujer tiene durante una jornada de trabajo.	No. de compañeros sexuales que tiene la entrevistada durante un día referido en la boleta	Numérica	1,2,3, etc.
FROTIS	Preparación microscópica de líquido o tejido.	La realización de frotis que reporte la entrevistada.	Nominal	SI NO
FLUJO VAGINAL	Descarga producida por un proceso patológico.	Secreción vaginal que sale al exterior y es diagnosticada por el médico al momento del exámen.	Nominal	Si No

ANTICONCEPTIVO	Método seguido para impedir la fecundación.	El uso de anticonceptivos referido en la boleta	Nominal	Si No
ABORTO	Expulsión del producto de la concepción antes que el feto sea viable, 0-27 semanas	Número de abortos que refiere la paciente en la boleta	Numérica	1,2,3, etc
ESCOLARIDAD	Duración de los estudios en un centro docente.	Años cursados de escolaridad reportado por la entrevistada al momento del estudio.	Numérica	1°. 2°. 3°. Etc.
No. DE PARTOS	Acción de parir, alumbramiento.	No. de partos reportados por la entrevistada.	Numérica	1,2,3, etc.
TIEMPO DE LABORAR	Duración determinada por la sucesión de los acontecimientos.	Tiempo de laborar como trabajadora sexual el cual es reportado por la entrevistada.	Numérica	Días Meses Años.
TRATAMIENTO ANTIBIOTICO	Sustancias químicas producidas por varias especies de microorganismos, que suprimen el crecimiento de otros microorganismos, pudiendo producir su destrucción eventual.	Este dato se tomará de la boleta de recolección de datos recabados a la entrevistada.	Nominal	Si No

7. Plan para la recolección de la información

a. Plan para la recolección de datos.

El responsable de la presente investigación, realizó una entrevista a cada una de las personas incluidas en el estudio, recabando nombre, edad, años de ocupación, número de embarazos, antecedentes de Abortos, uso de anticonceptivos, historia de flujo vaginal, y antecedentes de exámen de papanicolau. Se anotaron los datos en la boleta de recolección, seguidamente se tomó una muestra cervicovaginal y se fijó en una laminilla, a cada una de las mujeres del grupo de estudio previamente entrevistada (52 pacientes). Se incluyó en el estudio toda mujer trabajadora del sexo, que asistió a profilaxis sexual, en la aldea El Naranjo, los días de profilaxis sexual en el Puesto de Salud con la colaboración de la enfermera del Puesto de Salud. Los frotis cervico vaginales fueron enviados a una clínica particular para su estudio por un médico patólogo. Los resultados de los exámenes fueron manejados únicamente por el médico responsable, el cual se encargó de informar a cada una de las pacientes de sus resultados, de dar tratamiento en los casos pertinentes y plan educacional.

b. Tabulación de los datos:

Para la tabulación de los datos recabados, se utilizó el programa EPI INFO, específicamente para uso de la tabulación de estudios relacionados con ciencias de la salud.

Luego de la tabulación para la presentación de resultados se elaboraron cuadros con la siguiente información:

- Patógenos más frecuentes vrs Presencia de flujo vaginal.
- Presencia de flujo vrs Dx. Citológico.
- Diagnóstico Citológico vrs edad
- Edad vrs Historial obstétrico.
- Medicamentos vrs Presencia de flujo vaginal.
- Número de contactos vrs Uso de medicamentos y/o uso de anticonceptivos.
- Escolaridad vrs Tiempo de laborar.

c. Análisis estadístico de los datos:

Se utilizó un análisis estadístico de tipo descriptivo, con la utilización del programa EPI INFO diseñado específicamente para análisis estadísticos de este tipo de estudios.

8. Aspectos éticos de la investigación:

El presente estudio realizado en mujeres trabajadoras del sexo, se les hizo a las pacientes la observación que dicho estudio no causaría daño alguno a la integridad física y moral de su persona; y los datos que de este se obtuvieron conciernieron al médico responsable, por lo que se protegió de preguntas sobre la vida privada y se garantizó el carácter confidencial y anónimo de su participación en el trabajo y se les explicó en que consistía el estudio. Los resultados se dieron por medio del médico encargado de la profilaxis semanal en forma confidencial los días de profilaxis.

Los hallazgos obtenidos se dieron a conocer al personal médico de la compañía (CGC), así como a la enfermera del puesto de salud.

B. RECURSOS:

1. Humanos:

- Pacientes
- Enfermera del puesto de Salud
- Encargado de la investigación
- Médico Patólogo

2. Físicos:

- Puesto de salud de la Aldea el Naranjo
- Laboratorio clínico privado

3. Materiales:

- Camilla
- Espéculo
- Hisopo
- Portaobjetos (laminillas)
- Spray fijador
- Guantes descartables
- Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 1

Relación edad y diagnóstico citológico de las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Citológico	EDAD (AÑOS)			Total
	16-19	20 - 23	24 - 28	
Flora aumentada	1			1
Inflamación Moderada	1	6	1	8
Inf. Mod. Trichomonas			1	1
Inflamación Severa.		1		1
Inf. Sev. Candidiasis			1	1
Inf. Sev. Haemophylus			1	1
Inf. Sev. Trichomona		3	2	5
Inf. Sev. Flora Aumentada	1			1
NIC Grado II		1		1
NIC Grado III		1		1
Normal	8	4	5	17
Totales	11	16	11	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se puede observar que la anomalía más frecuente es la inflamación moderada, con 8 casos que representan el 38.09% (8/21), del total de pacientes. En pacientes de 20 a 23 años de edad un total de 6 casos, el 75% (6/8), presentan esta anomalía. El grupo de edad más afectado es el de 20 a 23 años, con un total de 16 pacientes de las cuales 12 el 31.58% (12/38), son positivas para alguna anomalía, también se reporta en este grupo 2 casos de neoplasia. Lo cual representa a un grupo joven en alto riesgo.

CUADRO No. 2

Relación entre diagnóstico citológico y años académicos cursados por las trabajadoras del sexo de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999

Diagnóstico Citológico	ESCOLARIDAD							Total
	0	1	2	3	4	5	7	
Flora aumentada					1			1
Inflamación Moderada	3			4	1			8
Inf. Mod. Trichomona				1				1
Inflamación severa				1				1
Inf. Sev. Candidiasis					1			1
Inf. Sev. Haemo. Vaginalis				1				1
Inf. Sev Trichomona	1	1	1	2				5
Inf. Sev. Flora aumentada	1							1
NIC Grado II				1				1
NIC Grado III			1					1
Normal	2	1		10		2	2	17
Totales	7	2	2	20	3	2	2	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que 21 pacientes el 51.26% (21/38) del total de pacientes fueron positivas por el diagnóstico citológico y que 21 un 100% de los positivos tienen 4 años de estudio, el mayor número de pacientes cursaron hasta 3 años de estudio, de las cuales 10 el 50% (10/20), fueron positivas para alguna patología. Del grupo sin estudio 5 el 71% (5/7), son positivas según diagnóstico citológico, lo cual indica que entre menos años de estudio mayor es la patología aunque se debe considerar que el tamaño de la muestra no permite una generalización a toda la población.

CUADRO No. 3

Relación entre diagnóstico citológico y el No. de embarazos reportados por las trabajadoras del sexo de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Citológico	No. DE EMBARAZOS						Totales
	0	1	2	3	4	6	
Flora Aumentada	1						1
Inflamación Moderada	1		5		2		8
Inf. Mod. Trichomoniasis	1						1
Inflamación Severa		1					1
Inf. Sev. Candidiasis		1					1
Inf. Sev. Haemop. Vaginalis						1	1
Inf. Sev. Trichomoniasis	1	1		2		1	5
Inf. Sev. Flora Aumentada	1						1
NIC Grado II					1		1
NIC Grado III		1					1
Normal	5	7	2	2	1		17
Totales	10	11	7	4	4	2	38

Fuente : Boleta de recolección de datos

En este cuadro se observa que el total de pacientes, 11 el 28.95% (11/38), reportaron 1 embarazo, de los cuales 4 el 36.36% (4/11), son positivos para alguna patología, según diagnóstico citológico. En el grupo que reportó 6 embarazos 2 el 5.26% (2/38) fueron positivos para algún diagnóstico citológico, lo cual equivale al 100% de las pacientes de este grupo que son positivas. Aunque la muestra es pequeña se deduce que entre mayor número de partos mayor es la patología encontrada.

CUADRO No. 4

Relación entre diagnóstico citológico y el No. de partos reportado por las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnostico Citológico	PARTOS							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
Flora Aumentada	1							1
Inflamación Moderada	1	2	3	1	1			8
Inf. Mod. Trichomoniasis	1							1
Inflamación Severa		1						1
Inf. Sev. Candidiasis		1						1
Inf. Sev. Haemo. Vaginalis							1	1
Inf. Sev. Trichomoniasis	1	1	1	1		1		5
Inf. Sev. Flora Aumentada	1							1
NIC Grado II					1			1
NIC Grado III		1						1
Normal	7	5	2	3				17
Totales	12	11	6	5	2	1	1	38

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se observa que del total de las pacientes, 11 el 28.95% (11/38) se encuentran en el grupo de 1 parto, de los cuales 6 el 54.54% (6/11), son positivos para alguna patología según diagnóstico citológico, y que en el grupo de 4 a 6 partos se reportó un 100% de patología por citología. Aunque la muestra es pequeña se puede deducir que entre mayor número de partos mayor número de diagnósticos citológicos positivos.

CUADRO No. 5

Relación entre diagnóstico citológico y el No. de Abortos reportados por las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnostico Citológico	ABORTOS		Totales
	0	1	
Flora Aumentada	1		1
Inflamación moderada	6	2	8
Inflamación moderada, Trichomona	1		1
Inflamación Severa	1		1
Inflamación Severa Candidiasis	1		1
Infla. Severa, Haemo. Vaginalis	1		1
Infla. Severa, Trichomoniasis	3	2	5
Infla. Severa, Flora Aumentada	1		1
NIC Grado II	1		1
NIC Grado III	1		1
Normal	16	1	17
Totales	33	5	38

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se puede observar que del total de la población 5 pacientes el 13.15% (5/38), reportaron haber tenido un aborto. De las 33 pacientes el 86.84% (33/38) que no reportaron aborto, 17 el 51.5% (17/33), fueron positivas por estudio citológico para alguna patología. De esto se deduce que entre mayor número de abortos mayor es el número de diagnósticos positivos para alguna patología.

CUADRO No. 6

Relación entre Diagnóstico citológico y historia de frotis en las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de la Aldea el Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnostico Citológico	FROTIS		Totales
	SI	NO	
Inflamación Moderada	1		1
Inflamación Severa	1		1
Inflamación Severa, Trichomona	2		2
Otros		34	34
Totales	4	34	38

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se puede observar que 4 el 10.53% (4/38), pacientes se habían realizado un frotis con anterioridad, de las cuales el 100% fueron positivas para alguna patología según diagnóstico citológico.

CUADRO No. 7

Relación de la edad con el historial obstétrico de las trabajadoras del sexo, obtenidos en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Historial Obstétrico	Edad			Total
	16 - 19	20 - 23	24 - 28	
Embarazos	11	18	12	41
Partos	11	16	9	36
Abortos	0	2	3	5
Totales	22	36	24	82

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se puede observar que las mujeres en estudio son madres jóvenes (en edad reproductiva), como se reporta en estudio realizado en Guatemala. Estando el grupo mayor entre los 20 a 23 años de edad. De este grupo el 43.90% (18/41) reportó embarazos y un 44.44% reportó partos, se encontraron 5 casos de aborto, lo cual equivale a 12.19% (5/41), de los cuales 60% (3/5), se encuentran entre las edades de 24 a 28 años de edad, lo cual confirma los datos reportados (2,3,12,18,27). Pudiendo observar con ello que entre mayor edad mayor cantidad de abortos.

CUADRO No. 8

Relación entre tiempo de laborar como trabajadora del sexo y el resultado de diagnóstico citológico. Estudio realizado en el Puesto de Salud de la Aldea el Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Citológico	TIEMPO DE LABORAR (MESES)						Total
	1-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	
Flora Aumentada	1						1
Inflamación Moderada	4	2	2				8
Infla. Mod. Trichomona	1						1
Inflamación Severa	1						1
Infla. Sev. Cándida	1						1
Infla. Sev Haemo. Vaginal		1					1
Infla. Sev. Trichomona	3		2				5
Infla. Sev. Flora Aumenta.	1						1
NIC Grado II	1						1
NIC Grado III	1						1
Normal	8		4	2	1	2	17
Totales	22	3	8	2	1	2	38

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se observa que 33 trabajadoras el 86.84% (33/38), tienen menos de tres años de laborar, de las cuales 21 pacientes 63.64% (21/33), presentan alguna patología, o sea el 100% del total de pacientes con anormalidad reportada. Del total de pacientes 22 el 57.89% (22/38), tienen menos de un año de laborar. La patología reportada con mayor frecuencia fue la inflamación moderada con 8 casos el 38.10% (8/21), el 100% de dichas patologías es reportada antes de los tres años de laborar, de las cuales cuatro un 50% (4/8), tienen menos de un año de laborar. El germen más frecuente reportado fue Trichomona, con seis casos el 28.57% (6/21), del cual cuatro el 66.67% (4/16), fueron entre el grupo de pacientes que tienen menos de un año de laborar. Se reportaron nueve casos el 42.86% (9/21), de flora mixta, de las cuales 5, un 55.56% (5/9), tienen menos de un año de laborar. Catorce de las pacientes 63.64% (14/22), fueron positivas para alguna patología reportada citológicamente. En el grupo de pacientes que han laborado durante un año, se reportaron pacientes con neoplasia intraepitelial, 9.09% (2/22), lo cual representa un 5.26% (2/38), de la población total.

CUADRO No. 9

Relación entre diagnóstico citológico y número de contactos al día en las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de la Aldea el Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Citológico	No. DE CONTACTOS AL DIA								Total
	2	3	4	5	6	9	10	12	
Flora Aumentada				1					1
Inflamación Moderada		2	3		1	1	1		8
Infla. Mod. Trichomona			1						1
Inflamación Severa			1						1
Infla. Sev Candidiasis									1
Infla. Sev. Haemo. Vaginal			1	1					2
Infla. Sev. Trichomona		1	3		1				5
Infla. Sev. Flora Aumentada		1							1
NIC Grado II						1			1
NIC Grado III			1						1
Normal	2	4	7	1	1		1	1	17
Totales	2	8	17	3	3	2	2	1	38

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se observan 17 pacientes 44.74% del total (17/38), se encuentra en el grupo de cuatro contactos al día, de las cuales 10, un 58.82% (10/17), son positivas. En el grupo de 5 y 6 contactos el 66% de ambos son positivos, por lo cual se puede indicar que entre mayor número de contactos mayor es el riesgo de alguna patología.

CUADRO No. 10

Relación entre grado de escolaridad y tiempo de laborar como trabajadora sexual en la aldea el Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999

Escolaridad	TIEMPO DE LABORAR (MESES)						Totales
	1-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	
Analfabeta	4	1	2				7
Primero Primaria	1			1			2
Segundo Primaria	1		1				2
Tercero Primaria	12	2	4			2	20
Cuarto Primaria	3						3
Quinto Primaria			1		1		2
Primero Básico	1			1			2
Totales	22	3	8	2	1	2	38

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se observa que 31 trabajadoras un 81.58%, tienen menos de tres años de laborar 57.89% (22/38); tienen menos de un año de laborar y que 31 el 81.58% (31/38), no cursaron más allá de tres años de estudio, del cual 7 un 35% (7/31), son analfabetas. Con lo cual se deduce que entre menor tiempo de laborar, menor el número de años de estudio.

CUADRO No. 11

Relación entre el número de contactos al día y el tiempo de laborar, de la población estudiada en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Tiempo Laboral	No. DE CONTACTOS								Total
	2	3	4	5	6	9	10	12	
1 a 12 meses	1	7	6	4	2	2			22
13 a 24 meses			2		1				3
25 a 36 meses		1	4				2	1	8
37 a 48 meses	1			1					2
49 a 60 meses			1						1
61 a 72 meses			2						2
Totales	2	8	15	5	3	2	2	1	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que del total de pacientes, 33 de ellas tienen menos de tres años de laborar, de las cuales 22 el 57.89% (22/38), del total de pacientes 86.84% (33/38), tienen menos de un año de laborar. De las pacientes que tienen menos de tres años de laborar, ocho o sea un 21.05% (8/38), tienen más de seis contactos al día o sea el 100% en este grupo, del cual el 50% (4/8), se encuentra en el grupo de un año. Se observa en este grupo que sin importar el tiempo de laborar el número de contactos más frecuente es de cuatro al día con un total de 15 pacientes lo cual representa un 39.47% (15/38). Del cual seis casos, 40% (6/15), esta en el grupo de un año. El grupo de tres contactos al día es el más frecuente entre las pacientes que tienen un año de laborar, 7 el 31.82% (7/22), lo cual indica que entre menor tiempo de laborar mayor es el número de contactos al día.

CUADRO No. 12

Relación entre diagnóstico citológico y la utilización de anticonceptivos orales, por las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de La Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Citológico	Uso de anticonceptivos		Totales
	SI	NO	
Flora Aumentada		1	1
Inflamación Moderada	4	4	8
Infla. Mod. Trichomona	1		1
Inflamación Severa	1		1
Infla. Sev. Candidiasis	1		1
Infla. Sev. Haemo. Vaginalis		1	1
Infla. Sev. Trichomoniasis	2	3	5
Infla. Sev. Flora Aumentada		1	1
NIC Grado II	1		1
NIC Grado III	1		1
Normal	8	9	17
Totales	19	19	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que 19 casos, 50% (19/38), de la población estudiada utilizan anticonceptivos orales, de los cuales 11 un 57.89% (11/19), son positivos para alguna patología. De los 19 casos que no utilizan anticonceptivos orales 10 el 26.32% (10/38), presentaron alguna patología. Observándose que a pesar de lo pequeña de la muestra hay una mínima tendencia a la presencia de alguna patología al tomar anticonceptivos orales.

CUADRO No. 13

Relación entre diagnóstico citológico y el uso de antibióticos en las pacientes estudiadas en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de Octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Citológico	Uso de Antibióticos		Total
	SI	NO	
Flora Aumentada		1	1
Inflamación Moderada	1	7	8
Infla. Mod. Trichomonas		1	1
Inflamación Severa	1		1
Infla. Sev. Candidiasis	1		1
Infla. Sev. Haemo. Vaginalis		1	1
Infla. Sev. Trichomonas	1	4	5
Infla. Sev. Flora Aumentada		1	1
NIC Grado II		1	1
NIC Grado III	1		1
Normal	8	9	17
Totales	13	25	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que trece 34.21% de las pacientes estudiadas utilizan antibióticos, de las cuales 13% (5/38), son positivas para alguna patología. De las pacientes que no toman antibióticos 64% son positivas. De las pacientes que sí toman antibióticos 38.46% son positivas para alguna patología, lo cual indica que a mayor uso de antibióticos menor es el número de casos positivos y a que sólo el 23.81% del total de las pacientes positivas tomaron antibióticos.

CUADRO No. 14

Relación entre el número de contactos diarios, con el uso de antibióticos en las trabajadoras del sexo de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Número de contactos	SI	NO	Total
2		2	2
3	1	6	7
4	4	12	16
5	3	2	5
6	1	2	3
9	1	1	2
10	1	1	2
12	1		1
Totales	12	26	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se puede observar que del total de pacientes estudiadas, 12 o sea el 31.58% (12/38), utilizan antibióticos, de éstas cuatro el 33.33% (4/12), corresponden a pacientes con cuatro contactos al día, y tres 25% (3/12), corresponde a cinco contactos al día, con el mayor número de pacientes que utilizan algún antibiótico. De ello se deduce que entre mayor número de contactos más frecuente es la utilización de antibióticos y que las pacientes que utilizan menos antibióticos son las pacientes que tienen tres y cuatro contactos al día 14.29% (1/7), y 25% (4/16) respectivamente, y que las pacientes con dos contactos al día no utilizan antibióticos.

CUADRO No. 15

Relación entre diagnóstico clínico, diagnóstico citológico y la manifestación de flujo durante la entrevista a trabajadoras del sexo, realizado en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Flujo	Diagnóstico citológico		Total	Diagnóstico Clínico		Total
	Positivo	Negativo		Positivo	Negativo	
Positivo	5	1	6	5	1	6
Negativo	16	16	32	3	29	32
Total	21	17	38	8	30	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que únicamente seis de las entrevistadas reportaron la presencia de flujo al momento de la misma, de las seis, cinco tuvieron un diagnóstico positivo lo cual equivale a un 83.33% (5/6), para ambos diagnósticos. Este dato es compatible con los datos reportados (5,12,23). En el diagnóstico citológico se reportaron 21 casos 55.26% (21/38), de los cuales cinco pacientes refirieron tener flujo días atrás 23.81% (5/21). El diagnóstico clínico reporta 8 casos de los cuales cinco manifestaron flujo 62.5% (5/8).

CUADRO No. 16

Relación entre diagnóstico citológico, diagnóstico clínico y la presencia de flujo al momento de la toma de la muestra en trabajadoras del sexo en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Flujo	Diagnóstico Citológico		Total	Diagnóstico Clínico		Total
	Positivo	Negativo		Positivo	Negativo	
Positivo	1		1	1		1
Negativo	20	17	37	7	30	37
Totales	21	17	38	8	30	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que del total de pacientes estudiadas, 21 fueron positivas 55.26% (21/38), para alguna patología según diagnóstico citológico. En uno de los 21 casos se observó flujo al momento de la toma de la muestra, lo cual es bajo, según lo reportado en otros estudios (5,7,12). El Diagnóstico Clínico reporta ocho caso positivos 21.05% (8/38). DE los cuales uno fue positivo para flujo o sea, un 12.5% (1/8).

CUADRO No. 17

Relación entre el flujo referido con la utilización de antibióticos por las trabajadoras del sexo, de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Flujo	Penicilina Benzatinica	Penicilina Procaína	Otros	Ninguno	Total
SI	3				3
NO	7	2	1	25	35
Total	10	2	1	25	38

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Se observa en este cuadro que del total de pacientes estudiadas trece pacientes, lo cual equivale a un 34.21% (13/38), utilizaban algún antibiótico, de las trece, tres o sea un 23.07% (3/13), manifestaron haber tenido flujo vaginal y la utilización de antibióticos, lo cual indica que el 100% de las pacientes que presentaron flujo utilizaron antibióticos días antes. El antibiótico más utilizado fue la penicilina Benzatinica, con un 76.92% (10/13), de las cuales 30% presentaban flujo (3/10). Lo cual indica que el 100% de las pacientes con flujo utilizaron penicilina Benzatinica.

CUADRO No. 18

Diagnóstico clínico obtenido en 38 pacientes evaluadas en el Puesto de Salud de la Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén, de octubre de 1998 a enero de 1999.

Diagnóstico Clínico	Número	Porcentaje
1. Candidiasis	1	2.63
2. Gonorrea	5	13.16
3. Trichomona	1	2.63
4. Ulcera en Cérvix	1	2.63
5. Normal	30	78.95
Totales	38	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se puede observar que la patología más frecuente fue gonorrea lo cual equivale al 13.16% (5/38), del total de la población. Lo cual equivale a 62.5% (5/8), del total de diagnósticos clínicos positivos. Se obtuvieron ocho casos 21.05% (8/38), de diagnósticos positivos para alguna anomalía. Obteniéndose entonces una incidencia de 15.38% (5/52 por 100).

VIII. DISCUSION DE RESULTADOS

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es preciso insistir en el cuidado preventivo de las mujeres y principalmente de las trabajadoras del sexo, ya que en la actualidad es tan inadecuado como limitado. La razón es que muchos patógenos de transmisión sexual causan poca o ninguna sintomatología en forma inmediata pero pueden provocar daños a largo plazo.

De todos es conocida la importancia de contar con el equipo y material necesario para la exploración ginecológica (batas, sábanas, fuente de luz, espejos, medio de cultivo para gonococo, clamidia), o para pruebas directas de inmunofluorescencia (hisopos de algodón, solución salina, hidróxido de potasio al 10%, gel lubricante hidrosoluble, guantes), para obtener diagnóstico personalizado en la paciente según el caso. En el estudio se entrevistaron a 52 trabajadoras del sexo, el total de la población de la región al momento de la realización del trabajo. Así como la toma de una muestra (frotis), fijada con spray, las cuales fueron enviadas a una clínica patológica en la ciudad de Guatemala, de las cuales 14 frotis al momento de leerlos con la técnica de papanicolaou no fueron adecuados, debido a que estaban mal preservados, por lo que sólo 38 frotis se tomaron en cuenta, así como el mismo número de pacientes. Esto por no contar con el recurso técnico ni económico, para realizar el resto de las pruebas específicas según el caso en particular, para mejorar el diagnóstico.

El rango de edad varió desde 16 a 28 años de edad, con promedio de 22.5 años de edad. El 42.10% de las pacientes sometidas al estudio estuvieron comprendidas entre el grupo de 20 a 23 años. En el cual se reportó 12 pacientes positivas para alguna patología (57.14%), del total de diagnósticos positivos. La patología más frecuente fue la inflamación moderada con 8 casos, de los cuales 6 se encuentran en este grupo de edad. El germen más frecuente la trichomona con un total de 6 casos de los cuales 50% se encuentra en este grupo de edad, al igual que 2 casos de neoplasia.

En el grupo de 20 a 23 años de edad se reportó un 43.90% de embarazos, 44.44% de partos, 40% de abortos. El 28.95% de las pacientes reportaron 1 embarazo, de las cuales 36.36% son positivas para alguna patología, los germen se presentaron independientemente del número de embarazos. Pero entre mayor número de embarazos mayor el número de casos positivos para alguna patología. De las 38 pacientes estudiadas un 28.95% de ellas reportaron haber tenido 1 parto, de éstas un 54.54% fueron positivas para alguna patología. Aunque la mayoría de patologías se centran en el grupo de menos de 2 partos, la frecuencia de diagnósticos positivos aumentó a medida que aumentó el número de partos.

Se reportó un 13.16% de abortos de las cuales 80% fueron positivas para alguna patología, el germen más frecuente fue la trichomona con 50% del total de positivos para el grupo de 20 a 23 años, mientras que un 86.84% de las pacientes que no tuvieron aborto, el 51.52% fueron positivas para algun patógeno. Siendo el germen más frecuente la Trichomona con el 23.53% del total de positivos en este mismo grupo de edad. El 10.53% de la población en estudio se había realizado un frotis con anterioridad, de las cuales 100% fueron positivas para alguna patología según el estudio citológico actual. (ver cuadros 1,3,4,5, 6, 7)

El 100% de las pacientes con diagnóstico positivo tienen menos de cuatro años de estudio. Del total de la población un 52.63% de las pacientes cursaron 3 años de estudio de éstas un 50% fueron positivas para alguna patología, con la trichomona como germen más frecuente. Mientras que un 18.42% son analfabetas, con una frecuencia de 71% para casos positivos en este grupo de edad. El 81.58% de la población se encuentra en el grupo de 1 a 36 meses de laborar del cual 64.52% tienen menos de un año de laborar, de la cuales la inflamación moderada es la patología más frecuente, y el 100% en el grupo de 1 a 36 meses de laborar.

El 100% de pacientes reportadas con alguna patología tienen menos de 3 años de laborar. Del cual 66.67% tienen menos de 1 año de laborar, con una frecuencia de 63.64% en el grupo que tiene menos de un año de laborar. En este mismo grupo se reportaron 2 casos de neoplasia.

El 44.74% se encuentra en el grupo de 4 contactos al día del cual 58.82% son positivos para alguna patología. Del 89% de pacientes que tienen menos de 1 año de laborar el 81.82% tienen menos de 5 contactos al día, de los cuales 33.33% se encuentra en el grupo de menos de 1 año de laborar, y el 40% del total del grupo tienen 4 contactos al día (ver cuadros 2,8,9,10,11).

El 50% de la población utiliza anticonceptivos orales, de los cuales 57.89% son positivas para alguna patología, del otro 50% el 52.63% son positivos para alguna patología. De la utilización de antibióticos el 34.21% de pacientes los utilizan, de las cuales 38.46% son positivas para alguna patología, del 65.79% que no los utilizan el 64% son positivas para alguna patología. El 31.58% de pacientes utilizan antibióticos sin importar el número de contactos al día del cual 58% se encuentra en el grupo de 4 a 5 contactos al día.

En el grupo de 3 a 4 contactos al día, utilizan antibióticos el 14.29% y 25% respectivamente cada grupo.

El 15.79% refirieron haber tenido flujo días antes de la toma de la muestra, de las cuales 83.83% fueron positivas para alguna patología. En el

diagnóstico citológico el 23% de pacientes positivas refirieron flujo, mientras en el diagnóstico clínico el 62.5% refirieron flujo.

Del 55.26% de los casos positivos, en el 4.76% se observó flujo por parte del médico, mientras en el diagnóstico citológico 12.5% presentaron flujo y en el clínico 21% de los casos positivos. Del 34.21% de pacientes que utilizan antibióticos el 23.08% manifestaron tener flujo días antes, lo cual representa 100% para las pacientes que manifestaron tener flujo. El antibiótico más utilizado fue la penicilina benzatínica con 76.92% de las cuales 30% la utilizaron las pacientes que manifestaron tener flujo.

En cuanto a la impresión clínica previa al resultado citológico, notaremos que el 21.05% de las pacientes presumiblemente tendrían alguna patología de las cuales la gonorrea presentó 5 casos, 13.51%, siguiéndole el resto homogéneamente dentro de las cuales están candidiasis, úlcera cervical, trichomonas. Con lo que la gonorrea ocupa el 68.75% de las patologías diagnosticadas, lo que reporta la literatura es el 70% de casos positivos para esta patología.

La impresión clínica luego de los resultados del papanicolau demostró que el 55.26% de los resultados es positivo para alguna patología, dejando en evidencia que el germen más frecuente fue la trichomona, con 6 casos el 15.79% con una incidencia de 11.54%. Y la patología más frecuente es la inflamación moderada con el 21.05%, con una flora mixta de 38.09%, lo reportado es hasta un 40% de flora mixta. Por lo que esta dentro de límites lo reportado por el papanicolau, ya que lo reportado es un 50 a 60% de sensibilidad y 80 a 95% de especificidad. También se observa que entre mayor edad la flora mixta se hace más presente en un 62.5% del total de las pacientes con flora mixta, para las pacientes comprendidas entre las edades de 24-28 años de edad, persistiendo la trichomona como el agente más frecuente observado por la técnica de papanicolau. Las mujeres que tienen menos de 1 año de laborar presentan 6% de alguna patología, siendo el germen más frecuente nuevamente la trichomona, con un 62.5% de flora mixta. (ver cuadros 12 al 19)

Los resultados ideales requieren que la paciente se convierta en miembro activo, lo que sólo sucede cuando conoce y comprende su organismo y sus funciones, lo cual no ocurre en este grupo de estudio. Por lo tanto la educación de la paciente se convierte en una parte de suma importancia.

La anticoncepción es la prevención temprana de la fertilidad, aunque cada individuo utilizará el método de su elección, ciertas indicaciones médicas y socioeconómicas indican la preferencia de un método. La píldora es la utilizada en este grupo de estudio, siendo esta no premedicada sino automedicada, aunque la píldora además de proporcionar un medio excelente

para la anticoncepción, induce períodos menstruales regulares y predesibles, protección contra enfermedades infecciosas de la pelvis, protección contra embarazos ectopicos, ovario, mastopatias benignas y alteraciones menstruales su aceptación depende del hecho de que es por completo independiente del acto sexual. Lo que no se estableció en este estudio fue el hecho de que grupo lo utilizaba por mas tiempo ya que lo reportado es de un 40% de abandono de las usuarias antes de 2 años. Otro hecho que se debe tomar en consideración es que interfiere con frotis de papanicolau, exploraciones pelvicas erroneas, tanto en la vaginitis por levaduras como por trichomonas lo cual se reporta dentro de las complicaciones comunes de los anticonceptivos orales. El moco cervical es una barrera natural, la cual se ve alterada durante los embarazos lo cual explica que los resultados obtenidos concuerden con los reportados, con un incremento de patógenos con un aumento en el número de embarazos, con un 33% así como en los partos y el incremento de abortos lo cual es similar a los reportado. Otro factor que debe tomarse en consideración es el hecho de la utilización de duchas vaginales las cuales si son utilizadas por las trabajadoras en este estudio lo cual no fue reportado, lo cual modifica el ph vaginal, la utilización de antibioticos es otro factor independiente ya que se reporta resistencia a los antibioticos por lo que esto podria ocasionar portadoras sanas asintomaticas, lo cual se refleja al comparar la cantidad de pacientes que manifestaron flujo, y el hecho de un porcentaje alto de positivos, lo cual sule ser el factor, ya que en mujeres la capacidad infectante es mayor debido a la frecuencia de portadoras asintomaticas con 50 a 60%. Debiendo tomar en consideración que se necesitan varios cultivos repetidos de secreción vaginal y rectal , de los cuales los frotis tomados directamente del cervix proporcionar 90% de precisión para detectar lesiones cervicales, de las que 65% son asintomaticas. Nos lleva al hecho que 66% de mujeres con NIC son de más de 20 años de edad, lo cual señala hasta hora la sugerencia que las neoplasias cervicales tienen muchas de las características de una enfermedad de propagación sexual, por lo que se incluyeron en este estudio.

El estudio comprendió un frotis por cada paciente, con la técnica de Papanicolau ya que es barata, indolora y precisa para diagnóstico de displasia o cáncer, y otros agentes infecciosos, con la desventaja de no ser específica para algunos gérmenes . Se calcula que la tasa de falsos negativos va de 1.4 a 50%. Por lo que se hace necesario realizar periódicamente frotis cervicovaginales que incluyan no sólo la tinción de Papanicolau, sino además la toma de muestras para la realización de otras técnicas específicas según el caso en particular, todo ello con base en lo mencionado con anterioridad.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de Enfermedades de transmisión sexual diagnosticadas por medio de frotis cervicovaginal fue de 40.38 % .
- 2.- La presencia de flujo vaginal no es compatible con el diagnóstico citológico.
- 3.- El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 23 años de edad.
- 4.- La frecuencia de pacientes positivas al frotis con presencia de flujo fue de 12.5% en el grupo estudiado.
- 5.- Las pacientes estudiadas fueron es su mayoría, jóvenes y con antecedentes reproductivos altos.
- 6.- El 75% de los diagnósticos clínicos fueron positivos por el diagnóstico citológico para alguna patología.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Que se establezca la toma de muestras vaginales rutinariamente.
- 2.- Hacer un estudio con las diferentes técnicas de tinción para la evaluación del frotis (KOH, Gram), complementarios para la identificación de patógenos que no pueden observarse por medio de la técnica de papanicolau. Para luego evaluar y comparar los resultados obtenidos.
- 3.- Promover programas educativos a la población de trabajadoras sexuales de la región, como base de las medidas preventivas.
- 4.- Llevar un control sanitario estricto en los Centros de comercio sexual (prostibulos) existentes en la región, a través de las autoridades encargadas. Para poder así evitar la diseminación de estas enfermedades en la población
- 5.- Establecer un plan terapéutico preventivo para la población de trabajadoras de la región.
- 6.- Hacer un estudio en la población que no pertenezca a trabajadoras del sexo.

XI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. APROFAM. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Folleto mimeografiado 1990.
2. Benson, Ralph. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. México, tercera edición Editorial Manual Moderno S.A. 1983 pp 180-190.
3. Brown, J.E. Jacobson. Enfermedades de transmisión sexual. Revista de Ginecología y Obstetricia. Volumen 57 No. 1, 1987 pp 13-17
4. Brownhorst, Jhon. Role of prostitutes in sexual transmitted diseases. Canadian Medical Association Journal. 1984 pp 130, 293.
5. Enfermedades de Transmisión Sexual El Manual Merck De Diagnóstico y Terapeutica. Barcelona, España. Octava edición. Ediciones Doyma S.A. 1989 pp 257 a 276.
6. Eisen, H.N. Enfermedades de Transmisión Sexual. Cómo identificarlas, prevenirlas y curarlas, Edición Grijalba 1987
7. Falabela, Rafael. Enfermedades por Transmisión Sexual. Fundamentos de Medicina. Corporación para investigaciones Biologicas, Medellin Colombia, 1997 pp 443-450
8. Galich, Luis Fernando. La Prostitución. APROFAM, Folleto mimeografiado, 1989
9. Giraldo, Nelson. Historia de las Relaciones Sexuales. Editorial Diana sexta edición, 1968, pp 13-224.

10. Goldsmith, RS. The Diagnosis and treatment of genital Herpes. JAMA 1982; 248: 1041.
11. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, DGSS. Manual de normas y procedimientos para la vigilancia y control de las enfermedades de transmisión sexual. Guatemala, 1990 pp. 71
12. Morales Rosales, Blanca Sobeida. Enfermedades de transmisión Sexual. 1994 Tesis (Médico y Cirujano) USAC. Pp; 62.
13. OMS. Aspectos Sociales y Sanitarios de Enfermedades de Transmisión Sexual; Ginebra 1997 pp. 945, (cuaderno de Salud Pública No. 65).
14. OMS. Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual. Ginebra 1985 pp.99
15. OPS. Manual Sobre El Enfoque De Riesgo En La Atención Materno Infantil. Washington. EUA 1986
16. OPS. Pautas Simplificadas para el control de las enfermedades de transmisión sexual a nivel de la Atención Primaria en Salud. Ginebra. 1986. Pp. 71.
17. Polanco, Estuardo. Capacitación sobre enfermedades de transmisión sexual en prostitución, 1991 tesis (Médico y Cirujano) USAC.
18. Pritchard, Jack. Macdonald, Paul. Gant, Norman F. Obstetricia de Williams. Tercera edición. Editorial SALVAT. 1993. PP 606-610.
19. Pur Mendez, Mario Ismael, Uso de condón por requerimiento de las trabajadoras del sexo, como prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Tesis (Médico y Cirujano) 1997 USAC.
20. Anónimo. Reglamento para el control de enfermedades de transmisión sexual. Acuerdo Gubernativo No. 342-86. Palacio Nacional, Guatemala 10/6/1986.
21. Secretaria de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. PROSTITUCION. Folleto para el Curso de Orientación Sexual Reproductiva. DF. Pp. 1-29, 1994.
22. Sodeman, William A. Jr. Fisiopatología clínica de Sodeman. Sexta edición, 1983 Nueva editorial Panamericana, S.A de C.V pp 618-620.
23. Sparling P. Frederick. Enfermedades Transmisibles Por Contacto Sexual. Tratado de Medicina Interna de Cécil. Vol II, Traducción de la 19 Edición en inglés, por Nueva Editorial Interamericana SA. 1992. México DF. Pp. 1877-1896.
24. Subhashk, Hira. Las Enfermedades De Transmisión Sexual. Una amenaza para madres y niños. Foro Mundial de la Salud. Vol. 7 1986; pp 263-267.
25. Surós, Juan. Surós, Antonio. Semiología Medica y Tecnica Exploratoria. Séptima Edicion Editorial SALVAT 1991; pp 596-626.
26. Tamara, Clara Meza, Juana María. Efectividad de un Programa de Capacitación Sobre Educación Sexual con Metodología de Adultos para Profesores de Escuelas y Colegios. Bogota 1990.
27. Velásquez, F. Capacitación Respecto al SIDA en Grupos de Alto Riesgo. Tesis (Médico y Cirujano)1989, USAC pp 62.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Instrucciones: Cada boleta será llenada por el encargado de la investigación durante la entrevista con cada una de las pacientes a estudiar, teniendo libertad la entrevistada a responder a cada una de las preguntas.

La información será de carácter confidencial, y será manejada únicamente por el investigador.

Aldea El Naranjo, Municipio de La Libertad, Petén.

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____

EDAD: _____ años. ESCOLARIDAD: _____

HISTORIAL OBSTETRICO:

Embarazos: _____ No. de partos: _____ No. de Ab: _____

Hijos vivos: _____ F.U.R: _____ F.U.P: _____

F.U.Frotis: _____

DATOS:

- Tiempo de laborar como Trabajadora sexual: _____
- No. de contactos al día: _____
- Ha tomado o usa actualmente Anticonceptivos orales: si _____ no _____
- Ha estado bajo Tx. Antibiótico en las últimas semanas con alguno de los siguientes medicamentos: 1. Penicilina procaína: _____ 2. Metronidazol _____
3. penicilina benzatínica _____ 4. Nistatina _____ 5. Miconazol _____
si _____ no _____ Especifique cuál _____
- Ha presentado flujo vaginal ultimamente (fecha) _____
Si _____ No _____

Resultado Actual de frotis cervicovaginal: _____
Con Flujo Sin Flujo

Sello y Firma del Puesto de Salud: _____