



**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE
AGUASCALIENTES**

HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO

TESIS

***“DETERMINAR EL INCREMENTO DE LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS DEL
PERSONAL DE SALUD, POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA POR
MEDIO DE UN TRIPTICO, EN LA ATENCION Y MANEJO SINDROMATICO DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL”***

PRESENTA

Dr Fernando Flores Cardoso

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA

ASESORES:

Dr Jorge Armando Gamboa Marroquín

Dr Javier Góngora Ortega

Aguascalientes, Ags., Enero 2013

DEPENDENCIA: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL
ESTADO DE AGUASCALIENTES.
SECCIÓN: SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN.
Nº DE OFICIO: 5000-
EXPEDIENTE: 5000/

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

Aguascalientes, Ags, 2 de Octubre de 2012

A quien corresponda:

El comité estatal de investigación en salud, basado en los estatutos contenidos en el manual de investigación en salud, ha tenido a bien revisar el protocolo de investigación intitulado **"Determinar el incremento en los conocimientos del personal de salud, posterior a una estrategia educativa por medio de un tríptico, en la atención y manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual."**

Otorgando el Dictamen de **"ACEPTADO"** número de registro: 2ISSEA-37/12

Investigador (s) de proyecto:
Dr. Fernando Flores Cardoso

Investigador principal (es) y Asesor (es) del proyecto:
Dr. Jorge Armando Gamboa Marroquín
Dr. Javier Góngora Ortega

Lugar de desarrollo de la Investigación:
Jurisdicción Sanitaria 1

Clasificación:
Trabajo de Investigación Tesis de especialidad de Medicina Integrada

Esperando que este proyecto de investigación redunde en beneficio a nuestra población, nos ponemos a sus órdenes.

ATENTAMENTE


Dr. Israel Gutiérrez Mendoza
Secretario Técnico

C.c.p.- Archivo.



UNIDAD
DE INVESTIGACION
EN SALUD



www.aguascalientes.gob.mx
Margil de Jesús No. 1501 Fracc. Las Arboledas,
Aguascalientes, Ags.C.P. 20020 | Tel: 910 79 00 |



Secretaría de
SALUD
ISSEA



CARTA DE ACEPTACION DE IMPRESIÓN DE TESIS

Tesis para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA DEL ADULTO

Título de la Tesis:

“DETERMINAR EL INCREMENTO DE LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS DEL PERSONAL DE SALUD, POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA POR MEDIO DE UN TRIPTICO, EN LA ATENCION Y MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL”

Presenta:

Dr Fernando Flores Cardoso

Residente de Segundo Grado de la Especialidad de Medicina Integrada del Adulto Mayor

Dr José Malrubio Quintero Robles

Médico especialista en Otorrinolaringología

Jefe de Enseñanza, Capacitación e investigación del

Hospital General Tercer Milenio

Dra Concepción González Cruz

Médico Especialista en Medicina Interna

Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina Integrada del H G T M

Dr Jorge Armando Gamboa Marroquin

Médico Especialista de Medicina Integrada

Director UNEME CAPASITS Aguascalientes

Asesor Clínico de Tesis

Dr Javier Góngora Ortega

Investigador Titular del ISSEA

Asesor Metodológico de Tesis-ISSEA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

FERNANDO FLORES CARDOSO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“DETERMINAR EL INCREMENTO DE LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS DEL PERSONAL DE SALUD, POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA POR MEDIO DE UN TRIPTICO, EN LA ATENCION Y MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Integrada

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., 22 de Enero de 2013.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

DEDICATORIAS

A Dios por darme la vida y la oportunidad de vivir esta experiencia maravillosa que es la especialidad

Con mucho cariño principalmente a mis padres Fernando Flores Bahena y María de Jesús Cardozo Vázquez que me dieron la vida me supieron guiar y confiaron siempre en mí, sin su apoyo no hubiera sido posible esta nueva etapa de mi vida

A mi Abuelito Ines que descansa en paz el cual me dio una lección de vida.

A mis Abuelitos Josefina Vázquez, Tomas Flores, Leova Bahena, porque siempre estuvieron a mi lado en mi crecimiento y sobretodo son un ejemplo de vida.

A mis hermanos Zozimo y su esposa Vianey , Heber, Edgar y Areli y a mis sobrinos porque siempre estuvieron presentes en las buenas y en las malas, gracias por brindarme su apoyo

A mi compadre Cesar Vivar a su familia con quienes me identifico y siempre me han estado presente en mis logros.

A Luis Alfonso Rodríguez Flores y Miriam Colorado Valdés que en estos últimos años fueron mi familia con los que compartí momentos de estrés alegría.

Y especialmente a ti. Con todo mi amor y cariño Lina Guadalupe Montoya Ciriaco que siempre estuviste presente en esta nueva etapa de mi vida. Gracias por ser mi inspiración y mi apoyo, pido a Dios la oportunidad de darme toda una vida para conocerte TE AMO.

AGRADECIMIENTOS

A los médicos adscritos Dra Guadalupe Orona, Dra Nadia Huitron, Dra Concepcion Gonzalez, Dra Blanca De la Rosa, Dr Adolfo Tello, Dr David Arroyo, Dr Mario Alvizo, Dr Enrique Avalos, Dr Eduardo Tapia, Dr J. Fernando Topete, Luis Rodriguez, Dr Jovan y médicos de las múltiples rotaciones. Fueron mis maestros y participaron en toda la etapa de formación, que confiaron en mí y sin ellos no hubiera sido posible concluir estos estudios.

Al Dr Jose Refugio Reyes por sus enseñanzas académicas pero sobre todo por su amistad.

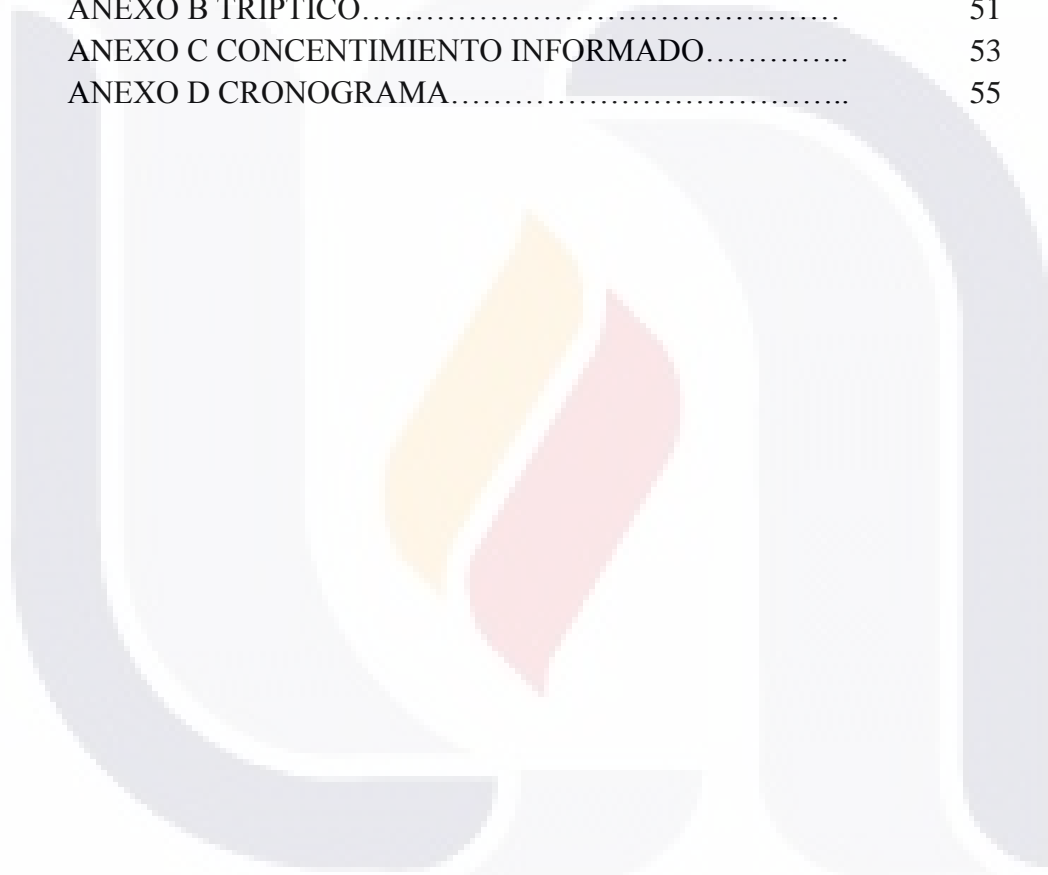
Al Dr Felipe Flores P. quien me enseñó a mantener siempre la calma, es un ejemplo de vida

A los asesores clínicos y científicos gracias a por su paciencia y el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

INDICE GENERAL

| | | |
|-------|---|----|
| | RESUMEN..... | 1 |
| 1 | IINTRODUCCION..... | 3 |
| 2 | MARCO TEORICO..... | 5 |
| 2.1 | MARCO HISTORICO..... | 5 |
| 2.2 | MARCO CIENTIFICO..... | 6 |
| 2.3 | MARCO NORMATIVO..... | 20 |
| 2.4 | MARCO CONCEPTUAL..... | 20 |
| 3 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 26 |
| 3.1 | DESCRIPCION DE PROBLEMA..... | 26 |
| 3.2 | MAGNITUD DEL PROBLEMA..... | 26 |
| 3.3 | TRASENDENCIA..... | 26 |
| 3.4 | FACTIBILIDA..... | 27 |
| 3.5 | PREGUNTA DE INVESTIGACION..... | 27 |
| 4 | JUSTIFICACION..... | 27 |
| 5 | OBJETIVOS..... | 29 |
| 5.1 | OBJETIVOS GENERALES..... | 29 |
| 5.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 29 |
| 6 | HIPOTESIS..... | 30 |
| 7 | MATERIAL Y METODOS..... | 30 |
| 7.1 | DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 30 |
| 7.2 | PERIODO DEL ESTUDIO..... | 30 |
| 7.3 | LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO..... | 30 |
| 7.4 | TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 30 |
| 7.5 | DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES..... | 31 |
| 7.6 | CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 32 |
| 7.6.1 | CRITERIOS DE INCLUSION..... | 32 |
| 7.6.2 | CRITERIOS DE EXCLUSION..... | 32 |
| 7.6.3 | CRITERIOS DE ELIMINACION..... | 33 |
| 7.7 | PLAN DE RECOLECCION DE DATOS..... | 33 |
| 7.7.1 | INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION..... | 33 |
| 7.7.2 | DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO..... | 34 |
| 7.7.3 | INTERVENCION..... | 34 |
| 7.8 | ANALISIS ESTADISTICOS..... | 35 |
| 8 | CONSIDERACIONES ETICAS..... | 35 |

| | | |
|-----|---------------------------------------|----|
| 9 | RECURSOS..... | 36 |
| 9.1 | RECURSOS HUMANOS..... | 36 |
| 9.2 | RECURSOS MATERIALES..... | 36 |
| 9.3 | RECURSOS FINANCIEROS..... | 36 |
| 10 | ANALISIS DE RESULTADOS..... | 37 |
| 11 | DISCUSION..... | 41 |
| 12 | CONCLUSIONES..... | 42 |
| 13 | BIBLIOGRAFIA..... | 43 |
| | ANEXO A CUESTIONARIO..... | 46 |
| | ANEXO B TRIPTICO..... | 51 |
| | ANEXO C CONCENTIMIENTO INFORMADO..... | 53 |
| | ANEXO D CRONOGRAMA..... | 55 |



INDICE DE TABLAS

| | | |
|---------|--|----|
| TABLA 1 | CASOS DE ITS EN MEXICO..... | 6 |
| TABLA 2 | DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES..... | 31 |
| TABLA 3 | DATOS GENERALES..... | 37 |
| TABLA 4 | CONOCIMIENTOS MEDICOS GENERALES ITS | 38 |
| TABLA 5 | CONOCIMIENTOS MEDICOS EN DIAGNOSTICO DE ITS... | 38 |
| TABLA 6 | CONOCIMIENTOS MEDICOS EN CLASIFICACION DE ITS | 39 |
| TABLA 7 | CONOCIMIENTOS MEDICOS EN TRATAMIENTO DE ITS | 39 |
| TABLA 8 | CONOCIMIENTOS MEDICOS GLOBALES..... | 40 |



INDICE DE GRAFICOS

| | | |
|-----------|---|----|
| GRAFICO 1 | FLUJOGRAMA DE ATENCION SECRESION..... | 22 |
| GRAFICO 2 | FLUJOGRAMA DE ATENCION ULCERA.... | 23 |
| GRAFICO 3 | FLUJOGRAMA DE ATENCION DOLOR ABDOMINAL..... | 24 |
| GRAFICO 4 | FLUJOGRAMA DE ATENCION TUMORACION..... | 25 |
| GRAFICO 5 | COMPARACION DE MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR INTRAGRUPAL E INTERGRUPALES..... | 40 |



RESUMEN

OBJETIVO: Valorar los conocimientos del personal médico de los centros de salud de Aguascalientes sobre el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual. Pretende detectar si el personal médico está familiarizado con el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual en los consultorios a su cargo. Así como valorar si posterior a una estrategia de intervención educativa como lo es un tríptico incrementa los conocimientos médicos

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio experimental longitudinal comparativo. con una evaluación cuantitativa al personal médico de primer nivel de atención de los centros de salud urbano Gómez Portugal, La Salud, San Marcos, Morelos, Ojocaliente, Insurgentes, Arboledas López Portillo en Aguascalientes en los meses de octubre – noviembre del 2012 un total de 42 participantes se formaron 2 grupos, se aplicó un cuestionario inicial de 23 reactivos, para valorar conocimientos médicos sobre manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, al primer grupo con una estrategia educativa con guías de CENSIDA para el manejo sindromático de las ITS, al segundo grupo con tríptico elaborado por los autores, se realizó una evaluación final comparando los resultados inicialmente obtenidos .

RESULTADOS: Los conocimientos del personal médico sobre manejo sindromático de las ITS son bajos, al implementar una estrategia educativa con guías y/o tríptico hay un incremento de los conocimientos médicos sin embargo, el grupo tríptico obtuvo una mayor incremento de conocimientos médicos que el grupo guías.

CONCLUSIONES: Es necesario valorar al personal médico de los centros de salud, buscando oportunidades para implementar estrategias educativas, una estrategia de bajo costo y alto impacto como lo es un tríptico incrementa de forma significativa los conocimientos médicos del personal de salud.

SUMMARY

OBJECTIVE: Assess knowledge of medical staff of health centers from Aguascalientes based on syndromic management of sexually transmitted infections. It aims to detect if the medical staff is familiar with the syndromic management of sexually transmitted infections (STI) in clinics in which they are responsible, and evaluate if after an educational intervention strategy as it is a triptych increased medical knowledge.

MATERIAL AND METHODS: A comparative experimental longitudinal study, with a quantitative assessment was conducted to the medical staff of primary care of urban health centers Gómez Portugal, La Salud, San Marcos, Morelos, Ojocaliente, Insurgentes, Arboledas Lopez Portillo in Aguascalientes in the months of October-November 2012 a total of 42 participants were formed 2 groups, we applied an initial questionnaire of 23 items to assess medical knowledge about syndromic management of sexually transmitted infections, the first group with an educational strategy with CENSIDA Guides for syndromic management of STI, the second group with triptych developed by the authors, at the end of evaluation was performed by comparing the initially results.

RESULTS: The knowledge of the medical staff on syndromic management of STI are low, to implement an educational strategy with guides and/or triptychs there is an increase in medical knowledge however, the triptych group had a greater increase in medical knowledge that the guides group.

CONCLUSIONS: It is necessary to evaluate the medical staff of the health centers looking for opportunities to implement educational strategies, a strategy of low cost and high impact as a triptych that significantly increases the medical knowledge of health staff.

1. INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual son un grupo heterogéneo de infecciones transmisibles las cuales su principal forma de transmisión es a través de las relaciones sexuales (incluyen el contacto pene-vagina, pene-ano, pene-boca, boca-vagina, boca-ano, y el uso de juguetes sexuales, no es necesario que haya eyaculación), en 1998 la OMS sustituye el termino enfermedad de transmisión sexual por el de infección de transmisión sexual(ITS) debido a que el termino enfermedad no es apropiado para designar a las infecciones que son asintomáticas y pueden no ser detectadas y por ende provocar complicaciones en los pacientes, las infecciones de transmisión sexual ocupa una de las 10 primeras causas de morbilidad en México, la OMS estima que el 25% de los jóvenes a nivel mundial en algún momento padecido una ITS igual reporta 900 000 casos nuevos anualmente, tomando los factores de riesgo como son(1,2,3,4):

- 1.- La edad, el grupo más frecuente afectado es el grupo en edad productiva y sexualmente activa entre los 15-45 años de edad.
- 2.- En inicio de vida sexual activa a temprana edad.
- 3.-Múltiples parejas sexuales.
- 4.- El uso de sustancias (drogas alcohol).
- 6.- Los comportamientos sexuales (HSH MSM)
- 7.- La no utilización de preservativos
- 8.- La falta comunicación de los pacientes para acudir al personal médico para su atención
- 9.- La falta de capacitación del personal médico y la poca información actualizada del tema hace que las ITS sean mal manejadas o manejadas empíricamente

Por lo tanto el personal médico debería estar familiarizado con las principales causas de ITS el diagnóstico y tratamiento sindromático con lo cual disminuiríamos el número de

consultas y costos en la atención médica, al mismo tiempo realizando medidas de prevención primaria y secundaria de las misma

Actualmente las ITS se pueden clasificar según el agente etiológico causal y la nueva clasificación instaurada por la OMS la cual engloba la sintomatología del paciente en síndromes, esto nos facilita el manejo de las patologías y disminución de costos de los mismos.

Una estrategia educativa fácil y económica para el personal de salud es el uso de trípticos, se propone realizar una guía rápida de fácil acceso y con la información básica suficiente para que el personal de salud pueda familiarizarse con el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, con esto buscamos impactar en una atención de mejor calidad al paciente y reducción de costos en la atención medica en relación a las infecciones de transmisión sexual.

Por tal motivo se realizó un tríptico el cual incluía flujogramas para que al personal se le facilite el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, incluye las principales infecciones de transmisión sexual en México, su agente causal, presentación clínica, así como el tratamiento recomendado para las mismas

2. MARCO TEORICO

2.1.MARCO HISTORICO

Tradicionalmente las estrategias de aprendizaje en la educación continua se orientan a cumplir dos propósitos: 1) capacitar y 2) actualizar al personal médico.

La capacitación se refiere a las estrategias educativas que tienen como propósito habilitar al personal de salud, esto con el fin de que se cumplan las disposiciones directivas organizacionales o administrativas con el fin de cumplir con las normas y procedimientos establecidos con frecuencia el aprendizaje es pasivo, un enfoque distinto es la visión participativa, la clave de este aprendizaje consiste en que el alumno participa activamente y propicia una reflexión (autocritica) esto promueve que los alumnos externen propuestas a partir de las experiencias, esto con el fin de mejorar lo que hacen según la OMS, se calcula que el 25% de los jóvenes sexualmente activos a nivel mundial están afectados por alguna ITS y su incidencia aumenta fundamentalmente en mujeres y jóvenes (4).

La OMS estima que 900 000 personas se infectan diariamente y se registran 340 millones de casos nuevos al año de ITS en mayor cantidad en personas entre 15- 49 años siendo similar la frecuencia en ambos géneros esto debido al mayor número de relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales (1).

Las ITS más frecuentes en la actualidad son: Vaginosis bacteriana, Herpes genital, Clamidiasis, Trichomoniasis, Candidiasis, VPH, Hepatitis B Sífilis y VIH (9).

El comportamiento de las ITS en la república mexicana durante el periodo 1986 al 2010 presenta 2 variantes:

1.- La disminución de las ITS clásicas sífilis adquirida 6.3% a 1.4%; sífilis congénita 0.2% a 0.1% linfogranuloma venéreo 0.5 a 0.2% chancro blando 1.2 a 0.6 % y gonorrea de 19.1 a 12 %

2.-Un incremento de las ITS herpes genital 1.1 a 2.7 % a excepción de la Hepatitis B que disminuyo de 0.6 a 0.5 Tricomoniasis 31.6 a 95.3% tomando en cuenta que hay un sub-registro de debido a que no todas las ITS son de notificación obligatoria y a los casos que son asintomáticos (1).

Tabla 1 CASOS DE ITS EN MEXICO

| ITS | 1990 | 1995 | 2003 | 2010 |
|------------------------|-------|-------|--------|--------|
| SIFILIS ADQUIRIDA | 3685 | 2204 | 1975 | 2160 |
| GONORREA | 19870 | 8612 | 1626 | 1438 |
| CHANCRO BLANDO | 776 | 680 | 957 | 608 |
| LINFOGRANULOMA VENEREO | 242 | 208 | 324 | 341 |
| HERPES GENITAL | 2927 | 2142 | 2691 | 2553 |
| HEPATITIS B | 471 | 511 | 1055 | 823 |
| TRICOMONIASIS | 94226 | 80397 | 183157 | 124310 |
| CANDIDIASIS | 72718 | 95192 | 336648 | 293530 |
| VPH | - | - | 16848 | 31517 |
| | | | | |

Fuente: registro nacional de casos de VIH/Sida boletín epidemiológico CONAPO (1)(6)

2.2.MARCO CIENTIFICO

Entre los factores de riesgo para adquirir una ITS son inicio de vida sexual activa a temprana edad, múltiples parejas sexuales, nueva pareja o más de una en los últimos 3 meses, pareja que tenga múltiples parejas, historia previa de ITS, síntomas actuales de ITS, contacto sexual con personas que padecen o padecieron alguna vez ITS, usuarios de drogas, prostitución, relaciones sexuales vaginal oral o anal sin protección (10).

La tasa de reproducción de las ITS está determinada por 3 factores (1):

I.- FACTORES CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Disponibilidad para cuidados preventivos.
- Personal capacitado.
- Disponibilidad de tratamiento oportuno y eficaz mediante el abordaje sindromático.

II.- FACTORES CONDICIONANTES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

- Población joven y adulta joven: tasa alta de exposición, susceptibilidad, mayor y menor acceso a servicios de salud.
- Nivel educativo. El menor nivel educativo debilita la capacidad de negociación del acceso a relaciones sexuales, protección durante las mismas y limita la percepción de acceso a los servicios de salud.
- La urbanización y concentración poblacional: aumenta la exposición a individuos que forman parte de redes sexuales densas.
- Cambio en los valores sociales.
- Disponibilidad y el acceso a condones.

III.- FACTORES CONDICIONANTES A ESTILOS DE VIDA

- Uso de sexo servicio.
- Drogas.
- Actitud frente al uso de condón.
- Compromiso personal hacia el autocuidado usando los servicios prevención curación y cumplimiento de tratamientos para beneficio propio y de los contactos sexuales.

FACTORES BIOLÓGICOS

- Mujeres jóvenes y adolescentes.
- Contacto sexual con una persona con ITS.
- Factores virulentos del microorganismo infectante.

Los agentes etiológicos más frecuentes de ITS y su cuadro clínico^(1, 2,11)

NEISSERIA GONORRHOEAE:

Diplococo gram negativo no móvil, no esporulado, con forma de grano de café. es oxidasa positivo como todas las otras Neisseria spp., pero crece en medios selectivos, y utiliza la glucosa, pero no la maltosa, sacarosa ni lactosa para su crecimiento.

Se transmite de hombre a mujer con mayor facilidad que de mujer a hombre. El riesgo de contagio de una mujer por sexo vaginal es de 40 a 60%, y el riesgo de adquirir gonorrea oro faríngea por sexo oral es de 20%.

Este microorganismo se adhiere a la superficie de los epitelios uretral, endocervical, vaginal, rectal, faríngeo e incluso a los espermatozoides humanos y a las células ciliadas de las trompas de Falopio. Los tipos infectantes poseen una proteína de superficie llamada pilina que facilita su adherencia. Otro componente que se extiende en la superficie de esta bacteria es la proteína pi (pi), que forma poros por los cuales entran a la célula algunos nutrientes.

En hombres los síntomas suelen aparecer 3 a 7 días después de la infección. se inician con leve molestia uretral, seguida de disuria de grado variable y a veces urgencia miccional. Hay eritema y edema del meato urinario y salida de material purulento por él. en mujeres los síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la infección y consisten en disuria, descarga vaginal y a veces fiebre, sin embargo la infección puede ser asintomática.

Puede complicarse con epididimitis, prostatitis, tromboflebitis, absceso peri-uretral o fístulas, vesiculitis seminal, estenosis uretral, enfermedad pélvica inflamatoria esterilidad infertilidad. Las personas que mantienen sexo por vía anal pueden desarrollar gonorrea rectal, que causa malestar alrededor del ano y secreción, eritema, ulceración, y eliminación de heces cubiertas de sangre y mucosidad.

El sexo oral es un factor de riesgo para gonorrea orofaríngea, la cual puede ser asintomática o provocar disfagia.

El contacto de las secreciones infectadas con los ojos puede producir una conjuntivitis gonorreica, de no tratarse se puede llegar a la opacidad y úlcera corneal, con alto riesgo de ceguera.

La infección gonocócica diseminada resulta de una bacteriemia y se da en el 0.5 a 3% de los pacientes con infección gonocócica no tratada. Las cepas involucradas resisten la acción del suero y no desarrollan inflamación genital, probablemente debido a la pobre producción de factores quimiotácticos. Son factores de riesgo de diseminación, la menstruación y la deficiencia de factores del complemento de c5 a c9. Se caracteriza por el síndrome artritis-dermatitis, con compromiso de grandes articulaciones (codo, rodilla, cadera, hombro, etc.) y desarrollo de pápulas, pústulas y bulas con gran tendencia a la transformación hemorrágica, ubicadas en las extremidades y principalmente peri articular.

Diagnostico

Aislamiento por cultivo selectivo para *N. Gonorrhoeae* de los sitios de exposición (uretra, endocérvix, faringe y recto) y demostración de colonia morfológicamente típica, reacción positiva a la oxidasa y Gram con la típica morfología de la bacteria.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Responsable de las uretritis no Gonocócicas produce síndromes semejantes a los producidos por *N. Gonorrhoeae* y también el Linfogramuloma venéreo.

Cuadro clínico

En el hombre es responsable de 50 a 60% de las uretritis no gonocócicas, que representa la ITS más frecuente en países desarrollados y son indistinguibles de la infección gonocócica. Puede caracterizarse por presentar secreción mucopurulenta y disuria. La resolución espontánea en el 25% de los casos y a las 3 semanas desaparece la sintomatología: en la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujer igual secreción mucopurulenta en el endocervix aunque el 70% puede ser asintomática.

Complicaciones: epididimitis, prostatitis proctitis síndrome de Reiter, uretritis, enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad e infertilidad.

Diagnostico

Identificación, aislamiento y confirmación de la bacteria en secreción cervical, rectal o uretral por medio de cultivo identificación de *C. Trachomatis* por medio de Inmunofluorescencia directa IFD, detección de antígeno por medio del Inmunoensayo enzimático (EIA). Detección por medio de pruebas de ácidos nucleicos.

TRICOMONIASIS VAGINAL

Causada por *Trichomonas Vaginalis* protozooario flagelado produce vaginitis en la mujer y uretritis en el hombre tiene un periodo de incubación de 4 a 21 días.

Cuadro clínico

Puede ser asintomático o secreción vaginal, profusa, espumosa amarillo verdosa, mal oliente, disuria, eritema con signo de cérvix en fresa, en el hombre por lo general es asintomática

Diagnostico

Toma de muestra en solución salina y observación directa al microscopio del protozooario.

VAGINOSIS BACTERIANA

La causa más común de secreción anormal en la mujer con vida sexual activa causada principalmente por *G. Vaginalis* secundario al cambio de pH normal que provocan los *Lactobacillus spp.*

Tiene un periodo de incubación de 4-21 días

Fisiopatología

Los bacilos de Döderlein productores de peróxido de hidrogeno producen un balance adecuado para la flora existente el cual inhibe el desarrollo de bacterias catalasa negativas su alteración provoca una mayor producción y concentración de poliaminas las cuales causan el olor característico a pescado y la elevación del pH vaginal.

Cuadro clínico

Secreción vaginal de moderada a abundante, profusa, homogénea, blanca o gris, maloliente, no pruriginosa y no hay disuria o irritación.

Diagnostico

Se realiza a través del examen clínico y los criterios de Amsel: presencia de secreción abundante gris, pH mayor de 4.5, prueba de hidróxido de potasio al 10% positiva, olor a pescado, y células clave al microscopio

CANDIDIASIS VAGINAL

El agente causal encontrado en un 90% de las infecciones causadas por levaduras es la cándida albicans por lo general es oportunista en pacientes con diabetes mellitus, pacientes con problemas inmunológicos y los que se encuentra en tratamiento con esteroides.

Tiene un periodo de incubación de 2- 5 días.

Fisiopatología

La Cándida Albicans se adhiere al epitelio vaginal por medio de fimbrias y la producción de enzimas (protrinasas y fosfolipasas) las cuales causan daño celular, inflamación por invasión al epitelio.

Cuadro clínico

Se caracteriza por una secreción blanquecina en moderada cantidad, grumosa, viscosa (requesón), su adherencia a las paredes causa eritema, prurito y dispareunía.

Diagnostico

Cuadro clínico más la presencia de levaduras en la prueba de hidróxido de potasio al 10%.

DOLOR ABDOMINAL BAJO

Síndrome clínico atribuido al ascenso de gérmenes por el tracto genital inferior y compromete endometrio, anexos y estructuras contiguas, es primaria cuando se debe a procesos infecciosos (ITS) y secundaria cuando se debe a procedimientos ginecológicos como factores de riesgo son mujer joven, historia previa de ITS, múltiples parejas sexuales manipulación genital.

Los agentes causales más frecuentes son: N. Gonorrhoea, C. Trachomatis, Mycoplasma Hominis, Ureaplasma Urealyticum.

Cuadro clínico

Dolor abdominal bajo punzante con antecedente de infección secretora del tracto genital inferior, inflamación abdominal dispareunía y fiebre, dolor a la exploración vaginal, y al movilizar útero y anexos y se corrobora con salida de secreción a través del endocervix.

Se debe referir al paciente a un segundo nivel de atención en caso de embarazo, retraso menstrual, sangrado transvaginal, resistencia muscular, tumoraciones.

Diagnostico fase aguda dolor bilateral intenso en cuadrantes inferiores, distensión abdominal y fiebre, dolor a la palpación de cuadrantes inferiores sin contractura muscular y a la valoración vaginal o uretral secreción fase crónica dolor localizado en cuadrantes inferiores que aumenta posterior a relaciones sexuales y dismenorrea. Seguimiento a las 72 hrs. posteriores al inicio de tratamiento

AGENTES CAUSANTES DE ULCERAS Y VERRUGAS

CHANCRO BLANDO

También conocida como enfermedad de Ducrey, es una ITS producida por Haemophilus Ducreyi diferenciado por primera vez por Bassereau en Francia 1852 descubierto y descrito en 1889 por a. Ducrey. Tiene alta prevalencia en poblaciones con altas tasas de

promiscuidad, sexo por drogas, de transmisión exclusiva sexual, más frecuente en países tropicales. Periodo de incubación de 3- 7 días. (13)

Cuadro clínico

prodrómicos: pápula blanda, redondeada, en área genital, después de 24-48 se vuelve pustulosa erosiva y ulcerada con bordes socavados cubiertos por exudado necrótico doloroso, ulcera única o múltiples con imagen especulares por auto-inoculación, el 50% de los casos presentan adenopatías inguinales dolorosas (bubones), que aparecen días o hasta 2 semanas posteriores al chancro.

Diagnostico

Clínico y el aislamiento del germen, frotis del fondo de la ulcera con tinción de Gram o Giemsa el cual permite observar bacilos cortos Gram negativos dispuestos en empalizada (vías de ferrocarril).

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Infección causada por Chlamydia Trachomatis serotipos 11 12 y 13. Es endémica en partes de África, Asia, América del sur y el Caribe, el linfogranuloma venéreo puede causar grave inflamación e infección invasiva con síntomas sistémicos (1).

Cuadro clínico

Según el área de inoculación se puede manifestar como síndrome inguinal unilateral con linfadenopatía dolorosa o síndrome ano rectal, con proctocolitis hemorrágico, hiperplasia de tejido linfático intestinal o peri rectal. Es causante de 1-10% de las úlceras genitales en países tropicales (14).

Tiene un periodo de incubación de 5- 35 días inicia con una lesión papulo-vesicular pequeña e indolora que puede pasar inadvertida y desaparece sola (1).

La presentación clásica es una ulcera unilateral inguinal y linfadenopatía femoral y tumefacción inicial los cuales se adhieren a la piel que se torna color rojo oscuro

formando úlceras grandes hemorrágicas y dolorosas con síntomas sistémicos dejando una cicatriz retráctil con trastornos linfáticos obstructivos ⁽¹⁵⁾

Diagnostico

- cultivo con tinción de yodo o Giemsa, Inmunofluorescencia directa se realiza con anticuerpos monoclonales dirigidos contra el antígeno específico

Detección de anticuerpos con técnica de Elisa la cual detecta inmuno-histoquímica de antígenos de LPS ⁽¹⁶⁾

DONOVANOSIS

Es una enfermedad indolora, progresiva y granulomatosa causada por un bacilo gram negativo, pleomórfico, encapsulado *Calymatobacterium Granulomatis* (*Klebsiella Granulomatis*) es endémica en países tropicales y subtropicales como Indonesia, Australia, Nueva Guinea, Sudáfrica y el Caribe un periodo de incubación de 2- 3 semanas ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Inicia como un nódulo cutáneo único o múltiple que erosiona la piel y produce una lesión indolora limpia granulomatosa de bordes irregulares, puede ocurrir una infección secundaria que contribuye a la formación de tejido necrótico y fibrosis puede tomar un apariencia acuminada y ser confundida con condiloma ⁽¹⁾

Diagnostico

Mediante estudio histopatológico de la lesión donde se aprecian los cuerpos de Donovan ⁽¹⁾

HERPES GENITAL

Agente causa por virus herpes simple perteneciente a la familia de los herpes-*viridae* ADN se han identificados 2 tipos de serotipos el vhs1 y el vhs2 ambos pueden causar herpes genital el herpes genital es una infección crónica recurrente, la mayoría de las personas infectadas no llegan a desarrollar un herpes genital, no siendo conscientes de que pueden estar infectados e infectar a otras personas ^(19,20)

Reservorio: Exclusivamente el ser humano

El mecanismo de infección es directo con la piel, las mucosas o las secreciones infectadas. Un periodo de incubación de 3 a 10 días (20)

Fisiopatología

Es necesario un contacto íntimo entre una persona susceptible (sin anticuerpos contra el virus) y otra persona con lesiones activas o con fluidos corporales que contengan el virus. El contacto debe implicar membranas mucosas o zonas de piel lesionada. El virus, desde la piel o la mucosa, llega a los ganglios de las raíces sensoriales dorsales, donde permanece de forma latente. La replicación viral en el ganglio sensorial conduce a los brotes clínicos recurrentes, los pueden inducir por varios estímulos, como traumatismos, radiación ultravioleta, temperaturas extremas, estrés, inmunosupresión o fluctuaciones hormonales. La transmisión puede ocurrir mientras exista replicación viral y, por tanto, durante la infección primaria, durante las recidivas, y durante períodos de replicación viral asintomática. (20)

Formas clínicas

La mayoría de las infecciones son subclínicas las lesiones típicas están formadas por vesículas con una base eritematosa que progresan a lesiones pustulosas o ulceradas y eventualmente a lesiones costrosas. Las lesiones tienden a repetirse cerca de la misma localización dentro de la distribución de un nervio sensitivo (20)

Diagnostico

- Se puede realizar con un frotis de Tzanck a partir de una vesícula rota
- Reacción en cadena de polimerasa en busca de DNA viral

SÍFILIS

Enfermedad sistémica compleja transmitida generalmente por contacto sexual, causada por la espiroqueta treponema Pallidum. La OMS estima una incidencia de 0.4% y una

prevalencia del 1% se le ha descrito como el gran imitador por que puede simular muchas enfermedades (22)

El T. Pallidum penetra el organismo a través de lesiones de la piel o mucosas al implantarse se multiplica localmente y pasa a los ganglios linfáticos para distribuirse a todos los tejidos del cuerpo (1)

Etapas de la sífilis (22,23, 24)

Tras el contacto un periodo de incubación de 21 días aproximadamente hasta 6 semanas. se manifiesta como una sola ulcera de borde indurado de consistencia cartilaginosa e indolora y desaparece 4- 6 semanas con o sin tratamiento, suele haber adenopatías inflamatorias indolora no supurativas y bilaterales, dado que es indolora muchas veces los pacientes no son conscientes de la enfermedad

Sífilis secundaria

Posterior a 4- 8 semanas de la curación del chancro en un 33% aparecen síntomas sistémicos, odinofagia, pérdida de peso malestar general fiebre, síndrome nefrótico, caracterizado por exantema maculopapular generalizado simétrico por lo general en regiones palmo-plantares, lesiones pápulo-escamosas y pustulosas (siflides), en pliegues y zonas húmedas pueden aparecer condilomas planos, suele ceder a las 3-6 semanas

Etapa latente

Se divide en latente temprana antes de 1 año y tardía posterior a 1 año es la etapa en la que no hay cuadro clínico y con el antecedente de lesiones primarias o secundarias no tratadas la importancia de esta fase radica en que se puede transmitir la infección al feto y por transfusiones sanguíneas

Sífilis terciaria

Actualmente es muy raro los casos de sífilis terciaria se caracteriza por

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Neurosífilis puede ser meníngea asociada a uveítis e iritis, meningovascular (5-10 años) , parenquimatosa: parálisis general(20 años) y tabes dorsal (25 años)
 - Sífilis cardiovascular aortitis sífilítica por afectación de la vasa vasorum que determina necrosis, aneurisma aórtico y miocarditis
 - Gomas nódulos o placas que pueden afectar cualquier órgano

Diagnostico

Examen fresco por microscopio de campo oscuro para visualizar la espiroqueta

Pruebas no Treponemicas

Basados en anticuerpos IGG IGM frente antígeno lipoideo (Cardiolipina-Colesterol-Lecitina)

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
- RPR(Rapid Plasma Reagin)

Pruebas Treponemicas especificas

Confirman la positividad de las no Treponemicas

- FTA- ABS (Fluorescent Treponemal Antibody-absorbed) se mantiene positiva no sirve para estudio de actividad de infección ni para control del tratamiento
- TPHA(Test. Pallidum Hemaglutination) utilizada en España

AGENTES QUE CAUSAN TUMORACION

VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano virus ADN se han identificado más de 100 genotipos de los cuales 30 son los que pueden infectar la zona genital, los virus 6 y 11 son los causantes de la mayoría de verrugas y condilomas; y los virus más oncogénicos son el 16, 18, 31, 33, 35 el humano es el reservorio exclusivo.(19)

Fisiopatogenia

Los VPH son altamente especie-específicos, y los humanos son su único reservorio. Tienen dos formas de replicarse: a) de forma estable, en las células basales y b) de forma episódica, permaneciendo en estado vegetativo. Los VPH son virus epidermotropos con afinidad de infectar cualquier tipo de epitelio escamoso ⁽¹⁾ ⁽²⁰⁾

La infección, por tanto, ocurre cuando las células basales del huésped quedan expuestas al virus por rotura de la barrera epitelial, como puede ocurrir durante las relaciones sexuales o por abrasiones menores de la epidermis. La replicación viral se produce en el núcleo. Las células infectadas exhiben un alto grado de atipia nuclear. La coilocitosis (del griego *koilos*: vacío), hace referencia a células con un núcleo picnótico y un halo perinuclear, y es característica de la infección por VPH. ⁽²⁰⁾

Cuadro clínico

La manifestación clínica habitual es el condiloma que puede ser exofítico, pediculado o papulares, de base sésil o aplanada. Su localización más frecuente frenillo, mucosa del glande y prepucio, uretra escroto, vulva labios mayores y menores región perianal

Las manifestaciones subclínicas por lo general son aplanados y múltiples asintomáticas y altamente contagiosas

Diagnostico ⁽¹⁹⁾

Las lesiones aplanadas se pueden aplicar ácido acético al 3-5% y observación con lupa o colposcopia (manchas blancas) en caso de diagnóstico dudoso la biopsia, la hibridación molecular con sondas de ADN o la PCR solo cuando hay lesiones histológicas.

Citología vaginal la primera 3 años después de inicio de relaciones sexuales, o a los 21 años, 1 citología anual hasta que se acumulen 3 pruebas negativas y posteriormente cada 2 - 3 años.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es recomendable la realización de pruebas de vph en mujeres después de los 35 años para detectar virus cada 5 años, la citología para detectar lesiones cervicales o cáncer.

CLASIFICACIÓN Y MANEJO SINDROMÁTICO

La detección temprana de las personas afectadas por las ITS el inicio de un tratamiento oportuno son factores primordiales para disminuir la propagación de las mismas y disminuir sus complicaciones.

La historia clínica es fundamental para esto ya que podemos obtener información detallada de signos y síntomas por lo que hay que obtener información referente a edad, sexo, lugar de origen y de residencia, ocupación, grado de escolaridad, estado civil antecedentes médicos como inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, parejas sexuales recientes, historia de ITS, relaciones con parejas que hayan tenido alguna ITS, circuncisión, uso de condón, fecha de ultima regla, menarca, gestas, partos, abortos, uso de métodos anticonceptivos, transfusiones, esquema de vacunación Hepatitis B, VPH

En la consulta es necesario generar un ambiente de confianza, evitando hostilidad o rechazo, crear empatía, recordando que muchos pacientes no acuden a nosotros por pena, y tener en cuenta que la información que se nos otorgue se maneje con privacidad y sobretodo con confidencialidad

Saber el inicio y duración de los síntomas, tratamientos previos o actuales, modificación de la sintomatología o presencia de complicaciones

Capacitar a los pacientes sobre las ITS siempre motivando a completar un tratamiento regresar a consultas subsecuentes, convencerlo informar a sus contactos para iniciar tratamiento en ellos y evitar reinfecciones propagación de las ITS, motivar a los pacientes para el uso de condón, y modificar factores de riesgo

Exploración física

El examen general del examen de escroto y sus componentes anatómicos (testículos epidídimo cordón espermático) retracción del prepucio en búsqueda de úlceras secreción o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tumoraciones, en caso de no haber secreción uretral solicitar al paciente que se presione desde la base del pene a la punta(ordeño) exploración de mamas exploración de genitales externos región inguinal en busca de lesiones adenopatías y/o tumoraciones, exploración anal en mujeres, incluir exploración vaginal con espejo, y revisión bimanual,⁽¹⁾-

En 1970 la OMS instauró los manejos sindromático para las ITS con la finalidad de simplificar el manejo medico ⁽⁴⁾.

El cual consiste en el reconocimiento de signos y síntomas asociados con agentes etiológicos bien definidos y así brindar el tratamiento simultaneo para la mayoría de los agentes causales

Las ventajas del tratamiento sindromático son:

- 1.- Está orientado al problema al tratar los síntomas del paciente
- 2.- Existe una alta sensibilidad en el diagnostico
- 3.- No pasa por alto infecciones mixtas
- 4.- Permite iniciar tratamiento en la primera visita evitando pérdida de tiempo y disminuyendo costos en la atención al evitar exámenes de laboratorio costosos y disminuye el número de interconsultas.

2.3.MARCO NORMATIVO

El presente trabajo está dirigido a todo el personal de salud, con la finalidad de capacitarlos en el conocimiento de las principales infecciones de transmisión sexual en México, la clasificación sindromática de las misma y la instauración de los tratamientos establecidos en la norma oficial mexicana **nom-039-ssa2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual** y las guías de la OMS ⁽⁸⁾

2.4.MARCO CONCEPTUAL

LAS ITS SE CLASIFICAN EN ⁽¹⁾

I.- SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL:

II.- SÍNDROME DE FLUJO URETRAL

III.- SÍNDROME DE ULCERA GENITAL

IV.- SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL

V.- SÍNDROME DE TUMORACIÓN

I SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Se caracteriza por la presencia de flujo a través de la vagina el cual puede ser leve moderado o severo con o sin olor, y de diferentes colores, y puede ser acompañado por prurito vulvar o vaginal, disuria, dispareunía y dolor abdominal, los agentes etiológicos más frecuentes son :

- 1.-Neisseria Gonorrhoeae
- 2.- Chlamydia Trachomatis
- 3.-Trichomonas Vaginalis
- 4.-Gardnerella Vaginalis
- 5.- Cándida Albicans

II.- SÍNDROME DE FLUJO URETRAL

La presencia de secreción a través de la uretra, la secreción puede ser escasa (en ocasiones es necesario realizar un ordenamiento) o abundante, de aspecto mucoide o purulento, puede ser acompañada de disuria, polaquiuria, irritación de glánde pujo y tenesmo.

Los agentes etiológicos más frecuentes suelen ser

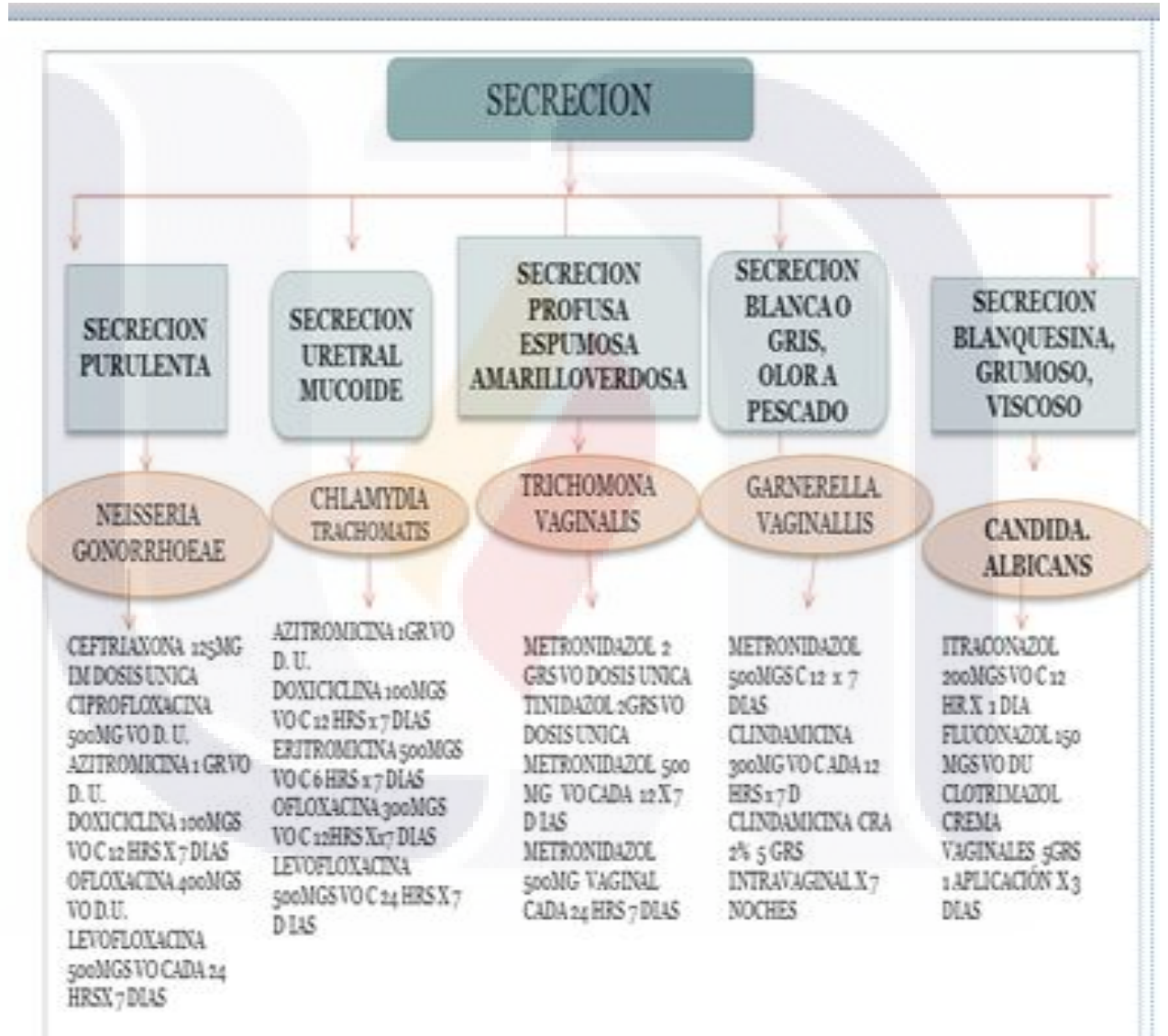
- 1.- Neisseria Gonorrhoeae
- 2.-Chlamydia Trachomatis

3.-Ureaplasma Urealyticum

4.-Mycoplasma Hominis

5.-Trichomonas

GRAFICO 1 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN SECRECION



III.- SÍNDROME DE ULCERA GENITAL:

La ulcera genital se define como una solución de continuidad de la superficie cutánea o de una membrana mucosa, pueden ser únicas o múltiples, dolorosas o indoloras, con bordes regulares o irregulares, y puede o no ser acompañada de linfadenopatias y de consistencia dura o blanda los principales agentes causantes son:

- 1.- Treponema Pallidum
- 2.-Haemophilus Drucreyi
- 3.-Herpes Simple tipo I y II
- 4.-C. Trachomatis (L1 L2 y L3)
- 5.-Calymmatobacterium Granulomatis

GRAFICO 2 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN ULCERA

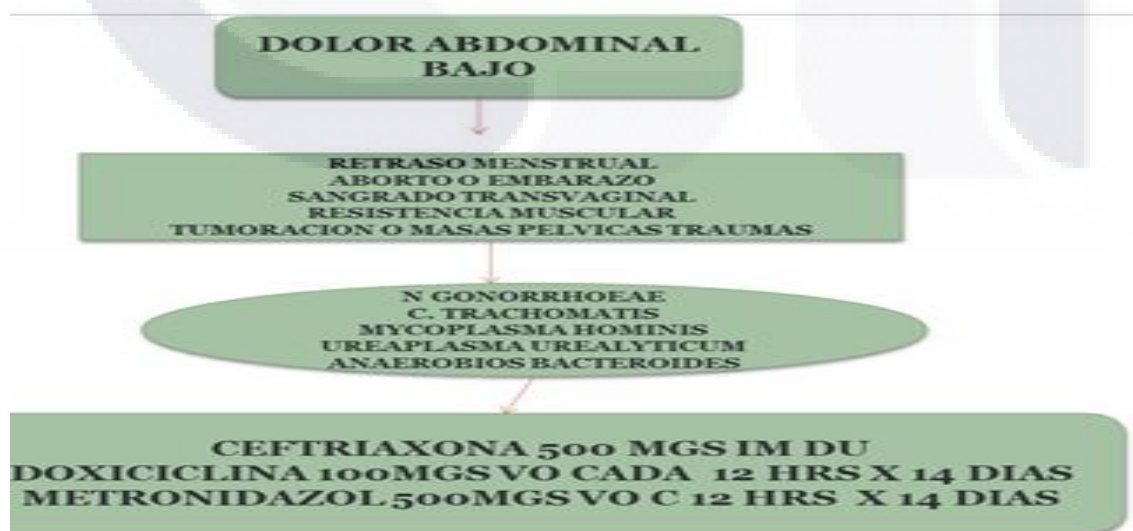


IV.- SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL

es la presencia de dolor en la parte baja del abdomen, y es provocado por migración de microorganismos a través de los conductos genitales hasta el endometrio trompas de Falopio ovarios y/o peritoneo, el cual requiere una buena exploración física, ya que se deben descartar otras patologías como embarazo ectópico, apendicitis, amenaza de aborto o aborto etc .. Y requiere atención medica por especialista. Los agentes etiológicos más frecuentes son:

- 1.- Neisseria Gonorrhoeae
- 2.- Chlamydia Trachomatis
- 3.-Ureaplasma Urealyticum
- 4.- Mycoplasma Hominis
- 5.-Estreptococ
- 6.- Anaerobios

GRAFICO 3 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DOLOR ABDOMINAL

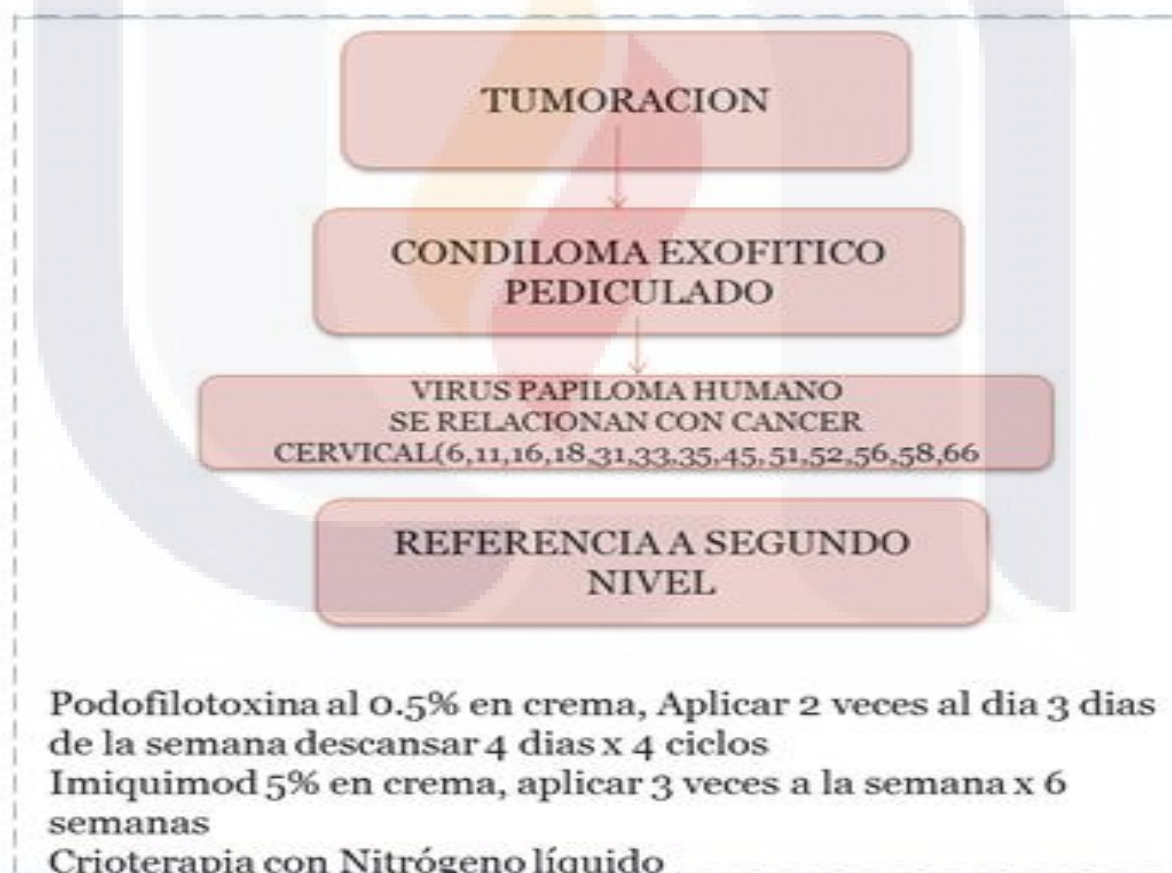


V SÍNDROME DE TUMORACION GENITAL

Se define como la presencia de neoformaciones a expensas de la primera capa de la piel, de un tamaño variable de diferente morfología por lo general en forma de coliflor, que se presentan en órganos sexuales, cavidad oral uretra y/o perianal los agentes etiológicos más frecuentes son:

- 1.- virus del papiloma humano
- 2.-virus molusco contagioso

GRAFICO 4 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN TUMORACION.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Como personal de salud debemos estar familiarizados con el diagnóstico y manejo sindromático de las ITS en nuestra área es muy poco conocida la clasificación sindromática de las ITS así como los tratamientos. El médico de primer nivel de atención debe estar lo suficientemente instruido en el manejo de las infecciones de transmisión sexual con ello se disminuye costos y tiempos de atención medica así como fallas terapéuticas.

3.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA:

En Aguascalientes según el ISSEA en 2009 se reporta 1341 casos de ITS, en el 2010 reportaron 1035 casos, y hasta septiembre del 2011 1050 casos de estos últimos se reportan 564 casos de Candidiasis Urogenital, 333 casos de Tricomoniasis Urogenital, 35 Sífilis adquirida, 24 infección asintomática por VIH, 7 sida, 2 infección Gonocócica Genitourinaria, 1 Herpes genital simultaneo

Para la mayoría de los agentes causales las ventajas del tratamiento sindromático: 1.- está orientado al problema al tratar los síntomas del paciente 2.- existe una alta sensibilidad en el diagnostico 3.- no pasa por alto infecciones mixtas 4.- permite iniciar tratamiento en la primera visita evitando pérdida de tiempo y disminuyendo costos en la atención al evitar exámenes de laboratorio costosos y disminuye el número de interconsultas.(6)

3.3 TRASENDENCIA:

Es importante investigar si el personal que labora en los centros de salud del estado de Aguascalientes conoce las principales causas de infecciones de transmisión sexual y el manejo sindromático, para poder dar un tratamiento adecuado al paciente. Y poder valorar si un tríptico como estrategia educativa para el personal médico de primer nivel de atención puede ser un buen recurso informativo y cumple con las funciones de

capacitación y actualización contribuyendo a disminuir costos en la atención médica, evitando recaídas así como el adecuado manejo consecutivo de los pacientes.

3.4 FACTIBILIDAD:

Es posible realizar este trabajo ya que se cuenta con el material necesario para ello cuestionarios Guías de Censida y un tríptico realizado por los autores para poder valorar los conocimientos del personal médico que labora en los centros de salud de Aguascalientes

3.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Una estrategia educativa con tríptico incrementa los conocimientos médicos para el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual?

4. JUSTIFICACION

Las ITS son una de las diez primeras causas de enfermedades en México, y tomando en cuenta que la edad más susceptible es de los 15 a los 45 años y la pirámide poblacional que nos indica que el grueso de la población se encuentra en edad reproductiva

Estamos obligados a conocer las enfermedades de transmisión sexual su forma de presentación su diagnóstico clínico y paraclínico y el tratamiento médico así como la información a los pacientes sobre estilos de vida saludable y promoción de la salud y prevención tanto primaria (prevenir la ITS con educación para la salud y promover el uso de preservativos) y prevención secundaria y así interrumpir la cadena de transmisión, dar seguimiento del caso y sus contactos. (1,4)

En 1970 la OMS instauró los manejos sindromático para las ITS con la finalidad de simplificar el manejo médico, el cual consiste en el reconocimiento de signos y síntomas asociados con agentes etiológicos bien definidos y así brindar el tratamiento en el 2010 en México se reportaron 460148 casos de ITS, de los cuales en Aguascalientes se reportan 3762 casos. De los cuales solo la candidiasis urogenital tienen una incidencia de 270.79 a nivel nacional y en Aguascalientes una incidencia de 210.04; la Tricomoniasis una incidencia nacional de 114.68 y en Aguascalientes de 96,78, la falla en el diagnóstico

temprano y el ITS tratamiento oportuno de las s puede ocasionar secuelas tales como. Infertilidad, embarazo ectópico aborto, transmisión materno fetal, cáncer, hay una estrecha relación entre la diseminación de ITS y VIH

El manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual es la base disminuir costos y tiempo de atención por parte del personal médico además previene el desarrollo de complicaciones y sus secuelas, reduce la diseminación de las ITS, una estrategia educativa como lo es un tríptico con la información adecuada para el abordaje sindromático de las infecciones de transmisión sexual podría facilitar en la capacitación del personal médico y estandarizar el manejo de las ITS unificar criterios de atención y fármacos disponibles para su atención y así disminuir fracaso en los tratamiento y resistencia a los fármacos

El presente trabajo es un estudio longitudinal, experimental, comparativo con la finalidad de saber si el personal de salud de primer contacto de los centros de salud de Aguascalientes está familiarizado con el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, evaluar si posterior a una estrategia educativa aumentan sus conocimientos del personal sobre el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual posterior a la aplicación de una estrategia de salud con un tríptico elaborado por los autores el cual por su bajo costo y pretende tener un alto impacto para la capacitación del personal médico y unificar criterios diagnósticos y terapéuticos, al personal médico incrementar el conocimiento, y facilitar en la consulta el diagnóstico y tratamiento de las ITS, y permitir que al paciente se le inicia tratamiento médico en la primera visita evitando pérdida de tiempo disminuyendo costos en la atención al evitar exámenes de laboratorio costosos así como interconsultas.

5. OBJETIVOS

5.1. objetivos generales:

Determinar si al aplicar una estrategia educativa con un tríptico el cual incluye flujogramas de atención del manejo sintromático de las infecciones de transmisión sexual, incrementa los conocimientos del personal de salud

5.2. Objetivos específicos:

- Evaluar si un tríptico como estrategia educativa incrementa los conocimientos médicos del personal de salud del primer nivel de atención.
- Evaluar el conocimiento del manejo sintromático de las infecciones de transmisión sexual por parte del personal de salud del primer nivel de atención antes y después de una estrategia educativa en un grupo control y en un grupo con tríptico
- Evaluar en los 2 grupos si el personal médico de primer nivel de atención sabe clasificar las ITS antes y después de una estrategia educativa
- Evaluar en los 2 grupos si el personal medico de primer nivel de atención tiene conocimiento sobre el diagnostico de las ITS, antes y después de una estrategia educativa
- Evaluar en los 2 grupos si el personal médico de primer nivel de atención tiene conocimiento del tratamiento específico de las ITS, antes y después de una estrategia educativa
- Comparar intragrupal e intergrupala las evaluaciones realizadas al personal medico

6. HIPOTESIS

El personal de primer nivel de atención de los centros de salud de Aguascalientes no está familiarizados con el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual es necesario una estrategia educativa de bajo costo y alto impacto para su actualización, una estrategia educativa como lo es un tríptico incrementa los conocimientos del personal de salud sobre el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual

Una estrategia educativa como lo es un tríptico no incrementa los conocimientos médicos del personal de salud sobre el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño del estudio: experimental longitudinal comparativo, con un grupo control al cual se entregó la guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida al personal de servicios de salud y al segundo grupo al cual se le entregó un tríptico del manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual elaborado por los autores

7.2. Periodo : los meses de octubre a noviembre del 2012

7.3. Lugar: se realizó con el personal médico de primer nivel de atención de los centros de salud urbanos: Arboledas, Ojocaliente, la Salud, López Portillo, Gómez Portugal, Morelos, Independencia y san Marcos de Aguascalientes

7.4. Tamaño de la muestra: Utilizando una fórmula para estudios cuyo objetivo es comparar dos medias (27) se plantea una muestra unilateral un conocimiento inicial de 30% con una desviación estándar $\sigma \pm 10$ en ambos grupos , se espera encontrar una diferencia de medias de μ_1 80% (grupo tríptico) μ_2 70% (grupo control) con un error $\alpha = 5\%$ (0.05) y error $\beta = 10\%$ (0.10) valor k de 8.6, un total de 17 médicos por cada grupo

7.5 Definición operacional de variables

TABLA 2 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Categorización |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|---|
| Cuestionario de conocimientos básicos | | | Cualitativa | CONOCIMIENTOS BASICOS |
| | | | CUANTITATIVA | 1.-CLASIFICACION SINDROMATICA 2.-CRITERIOS DIAGNOSTICOS 3.-CRITERIOS TERAPEUTICOS |
| Edad | Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual. | Edad en años cumplidos | Cuantitativa continua | 1. 20 a 60 años |
| Género | Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según funciones que realizan en procesos de reproducción. | Expresión legal que distingue sexo masculino y femenino | Cualitativa nominal dicotómica | 1. Femenino 2. Masculino |
| Especialidad | profesional de la Medicina que ha realizado estudios y prácticas de posgrado en una disciplina específica del campo de la salud, que tenga un cuerpo de conocimientos, metodología, | | Cualitativa nominal | |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|--|-----------------------|--|
| | técnicas, instrumentos y un campo de investigación propios, y que ha cumplido los requisitos académicos de egreso de instituciones educativas y de salud reconocidas oficialmente | | | |
| Tiempo de egreso de la Universidad. | Período que transcurre entre el año de egreso de la universidad hasta el momento actual. | Tiempo medido en años desde el egreso. | Cuantitativa continua | <ol style="list-style-type: none"> 1. De 0 a 9 años 2. De 10 a 19 años 3. De 20 a 29 años 4. De 30 a 39 años |
| Universidad | institución de educación superior (o parte de dicha institución) enfocada en la enseñanza de la medicina | | Cualitativa | <ol style="list-style-type: none"> 1.- UAA 2.- UAG 3.- UNAM 4 OTRAS |
| | | | | |

7.6 Criterios de selección

7.6.1 Criterios de inclusión:

- Personal médico que labore en los centros de salud
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

7.6.2 Criterios de exclusión:

- Personal médico que no desean participar en el estudio.

7.6.3 Criterios de eliminación:

- Personal que no complete las 2 evaluaciones
- Personal que no lean el tríptico
- Personal que deseen salirse
- Personal que cambie de centro de salud

7.7 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

7.7.1 Instrumento de recolección de información

Debido a que no se cuenta con un trabajo similar por lo que no hay un cuestionario previamente utilizado para este fin los autores elaboran uno en base a las guías de la OMS y la norma 039 ssa2 2002 para el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, y la guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS el cual fue revisado y validado por médicos especialistas del servicio de medicina interna del Hospital General Tercer Milenio y el Hospital Miguel Hidalgo de Aguascalientes México

La primera versión el cuestionario se realiza en base a las guías de manejo sindromático de la OMS, la norma 039 ssa2 2002 para el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, y la guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS censida con un total de 28 reactivos. La primera valoración por el asesor experto se modifica el reactivo numero 5 antes decía (cuál es el agente etiológico causal de este síndrome y es bien sabido que existen varias cepas de candida, siendo el principal agente etiológico la variedad albicans) y errores en la redacción del cuestionario

La segunda versión es valorada por 10 médicos especialistas del Hospital Miguel Hidalgo y del Hospital Tercer Milenio así como el asesor experto, no es posible reunirlos por lo que a cada quien se le otorga una versión del cuestionario y se les solicita su revisión y sugerencias de las cuales se decide quitar 3 reactivos que no cumplen con la función de evaluación de conocimientos y arreglar algunos errores en la redacción de las preguntas el reactivo 16 no especificaba que la lesión se encontraba en región perianal, el reactivo 24 y 25 no se deben de tomar como parte de la evaluación ya que son variable cualitativas por lo que se dejan como tal, son indispensables para valorar las necesidades del personal médico de primer nivel de atención,

La tercera versión queda constituida por 23 reactivos, uno de los cuales es de respuesta abierta para la definición de infecciones de transmisión sexual el resto de las preguntas son preguntas con respuestas de opción múltiple, 4 de los reactivos van encaminados a conocimientos generales sobre ITS, 6 reactivos en busca de conocimientos sobre clasificación sindromática, 7 reactivos para diagnóstico y 6 para tratamiento específico, así como 2 preguntas de valor cualitativo para ver las necesidades del personal médico de capacitación sobre ITS. Esta versión es valorada nuevamente por los expertos considerando que la versión cumplía con los requisitos necesarios

7.7.2 Descripción de procedimientos

Previa autorización por el jefe jurisdiccional para la realización del proyecto, se seleccionan los centros de salud urbanos de manera aleatoria y que cuenten con el personal médico necesario para obtener la muestra de nuestro estudio, se gestionan los permisos necesarios para poder trabajar con el personal de dichas unidades médicas

El trabajo de investigación se dividido en 3 visitas a los centros de salud

La primera visita por parte del investigador, en cada uno de los 8 centros de salud con apoyo del director médico de cada unidad se aborda personalmente a cada uno de los médicos participantes entre cada una de sus consultas, se les explica la finalidad del nuestro estudio, y de aceptar participar se les entrega un consentimiento informado, posteriormente se procede a aplicar la evaluación inicial con un límite de tiempo de 30 minutos.

Una vez realizada la primera evaluación, se realizan dos grupos del estudio con características similares el primer grupo control al cual se le otorgan las guías de censada y el segundo grupo se le otorga tríptico

La segunda visita por parte de los investigadores consiste en la distribución del material que le corresponda, con el apoyo del director de cada unidad se aborda nuevamente a los médicos entre cada una de sus consultas se entrega personalmente las guías o el tríptico, se les da una capacitación de 20 minutos sobre el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, en ambos grupos se les solicita que en la segunda evaluación sugieran cambios en su material otorgado esto con la finalidad de asegurar que fueran analizados

La tercera visita la cual se realiza 30 días posteriores a la entrega del material, el investigador junto con el personal directivo de cada unidad se visitó nuevamente a cada uno de los médicos participantes para aplicar la evaluación final, con un tiempo límite de 30 minutos

7.7.3 Intervención

Un tríptico el cual se realiza con la finalidad de facilitar el abordaje del paciente con infección de transmisión sexual en la consulta médica, es elaborado por los autores con base a las recomendaciones de la OMS para el manejo integral del paciente con ITS, las guías de Censida para diagnóstico y tratamiento de ITS y la norma oficial mexicana NOM 039 ssa2 2002, se realizan flujogramas diagnósticos terapéuticos, el cual incluye información de la cobertura del seguro popular, así como recomendaciones generales para una atención médica integral, la información que contiene este material tiene la finalidad de unificar criterios de atención médica al paciente con ITS, capacitación del personal médico sobre el manejo sindromático de las ITS y facilitar la capacitación del mismo

7.8 Análisis estadístico

Todos los resultados obtenidos de los cuestionarios se reunieron en el programa Excel 2007.

Inicialmente se valorara los conocimientos médicos generales, diagnóstico, clasificación y tratamiento específico de las infecciones de transmisión sexual antes de la aplicación de una estrategia educativa y se compararan los dos grupos en estudio se realizó la evaluación de conocimientos generales, diagnóstico y tratamiento específico de las ITS antes y después a una estrategia educativa

Se realizó comparación de conocimientos antes y después de una intervención educativa entre distintas en ambos grupos

Se realizó estadística descriptiva con métodos de tendencias de control y dispersión para variables cuantitativas frecuencias y porcentajes para variable cualitativa en cuanto estadística inferencial con tablas de cruce y chi cuadrada para variables cualitativas y t studen para variables cuantitativas lo anterior con el programa SPSS 17.0

8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en cuenta las normas establecidas por la convención de Helsinki ii de 1964 y sus modificaciones de Tokio de 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989, y códigos de ética médica, ley general de salud y normas oficiales para el ejercicio de las profesiones artículo 36. Que establecen normas y criterios sobre la confidencialidad del expediente clínico, consentimiento informado del paciente y la autorización del médico tratante para la enseñanza, investigación o experimentación de los pacientes. Se explicó a los médicos que

la información obtenida es de carácter confidencial. El investigador se compromete a informar sobre los resultados sobre los resultados obtenidos.(25)

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, fracción I, se considera como “investigación sin riesgo”, ya que en el presente estudio se emplearán técnicas y métodos de investigación documental, no se realizará ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio.

26

9 RECURSOS

9.1 RECURSOS HUMANOS :

- Asesor experto y metodológico
- Investigador principal

9.2 RECURSOS MATERIALES:

* Computadora, impresora, papel bond, cuestionarios, trípticos, guías CENSIDA, cartuchos de tinta para impresora, USB, lápices y gomas

9.3 RECURSOS FINANCIEROS:

Será realizado con recursos económicos propios del grupo de investigación del presente estudio.

I S S E A

10 ANALISIS DE RESULTADOS

De un total de 42 participantes se forma 2 grupos cada uno con el mismo número de participantes 21 por grupo, ambos grupos con similitud en cuanto a genero de los 21 participantes de cada grupo 10 (47.6%) son hombres y 11(52.4) son mujeres, cada grupo con una edad promedio para el grupo 1 de 48.38 años contra el grupo 2 49.33 años en cuanto a la universidad de egreso no hay una el grupo 2 esta conformado por mas egresados de la UAA 17 contra 12 del grupo 1 sin ser una variable con significado para el estudio, los grupos conformado por una cantidad similar de participantes los cuales estaban familiarizados con el manejo de las ITS. La estrategia educativa del grupo 1 con guias Censida y el grupo 2 con tríptico.

TABLA 3 DATOS GENERALES

| | GRUPO 1 | GRUPO 2 | TOTAL | % |
|-----------------------|---------|---------|-------|-------|
| HOMBRES | 10 | 10 | 20 | 47.60 |
| MUJERES | 11 | 11 | 22 | 52.40 |
| EDAD | | | | |
| MEDIA | 48.38 | 49.33 | | |
| DESVIACION | ± 11 | ± 9.4 | | |
| UNIVERSIDAD DE EGRESO | | | | |
| UAA | 12 | 17 | 29 | 69.05 |
| UAG | 2 | 1 | 3 | 7.14 |
| UNAM | 2 | 1 | 3 | 7.14 |
| OTROS | 5 | 2 | 7 | 16.67 |
| AÑOS DE TITULACION | | | | |
| 0-9 | 7 | 1 | 8 | 19.05 |
| 0 A 19 | 2 | 7 | 9 | 21.43 |
| 20 A 29 | 5 | 6 | 11 | 26.19 |
| 30 A 49 | 7 | 7 | 14 | 33.33 |
| FAMILIARIZADO ITS | | | | |
| SI | 11 | 11 | 22 | 47.60 |
| NO | 10 | 10 | 20 | 52.40 |

TABLA 4 CONOCIMIENTOS MEDICOS GENERALES EN ITS

| NUMERO DE REACTIVOS CORRECTOS | Grupo 1 | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 2 |
|--|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Pre Intervencion | Post Intervencion | Pre Intervencion | Post Intervencion |
| 0 | 4 | 0 | 6 | 0 |
| 1 | 12 | 1 | 7 | 0 |
| 2 | 2 | 9 | 7 | 2 |
| 3 | 2 | 8 | 0 | 2 |
| 4 | 1 | 3 | 1 | 17 |
| TOTAL | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Evaluación entre grupos pre intervencion p=,165 | | | | |
| Evaluación entre grupos post intervencion p =0,000 | | | | |
| Evaluación de grupo 1 pre y post intervencion p =0,000 | | | | |
| Evaluación de grupo 2 pre y post intervencion P=0,00 | | | | |

En cuestión a conocimientos generales en la evaluación inicial no se observa diferencia significativa entre ambos grupos, en la evaluación posterior a intervención educativa hay un incremento significativo de conocimientos generales en ambos grupos, en el grupo 2 se presenta un mayor incremento de conocimientos posterior a la intervención con respecto al grupo 1

TABLA 5 CONOCIMINTOS MEDICOS EN DIANOSTICO DE ITS

| NUMERO DE REACTIVOS CORRECTOS | Grupo 1 | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 2 |
|--|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Pre Intervencion | Post Intervencion | Pre Intervencion | Post Intervencion |
| 3 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| 4 | 3 | 3 | 6 | 0 |
| 5 | 10 | 10 | 6 | 4 |
| 6 | 5 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 0 | 2 | 1 | 10 |
| TOTAL | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Evaluación entre grupos pre intervencion p=,558 | | | | |
| Evaluación entre grupos post intervencion p =0,020 | | | | |
| Evaluación de grupo 1 pre y post intervencion p =0,679 | | | | |
| Evaluación de grupo 2 pre y post intervencion P=0,005 | | | | |

En cuestión en saber diagnosticar ITS en la evaluación inicial entre ambos grupos no hay diferencia significativa, en la evaluación posterior a intervención entre grupos hay una diferencia significativa del grupo 2 vs grupo 1 en incremento de conocimientos en cuanto a diagnósticos esto también se traduce en una diferencia significativa de incremento de conocimientos después de una intervención en el grupo 2, no así en el grupo 1.

TABLA 6 CONOCIMIENTOS MEDICOS EN CLASIFICACIÓN SINDROMÁTICA DE ITS

| NUMERO DE REACTIVOS CORRECTOS | Grupo 1 | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 2 |
|--|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Pre Intervencion | Post Intervencion | Pre Intervencion | Post Intervencion |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 3 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 4 | 8 | 2 | 4 | 0 |
| 5 | 5 | 7 | 6 | 5 |
| 6 | 5 | 12 | 7 | 16 |
| TOTAL | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Evaluación entre grupos pre intervencion p=,737 | | | | |
| Evaluación entre grupos post intervencion p =0,236 | | | | |
| Evaluación de grupo 1 pre y post intervencion p =0,044 | | | | |
| Evaluación de grupo 2 pre y post intervencion P= 0,040 | | | | |

Los conocimientos sobre clasificación sindromática en la evaluación inicial ambos grupos son idénticos no se encuentra diferencia significativa, hay un incremento de conocimientos en ambos grupos posterior a una estrategia educativa sin embargo el incrementó de conocimientos entre ambos grupos posterior a la estrategia no es significativo entre grupos.

TABLA 7 CONOCIMIENTOS MEDICOS EN TRATAMIENTO DE ITS

| NUMERO DE REACTIVOS CORRECTOS | Grupo 1 | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 2 |
|--|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Pre Intervencion | Post Intervencion | Pre Intervencion | Post Intervencion |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 2 | 5 | 0 |
| 3 | 7 | 3 | 3 | 2 |
| 4 | 12 | 10 | 7 | 0 |
| 5 | 2 | 3 | 5 | 7 |
| 6 | 0 | 2 | 1 | 12 |
| TOTAL | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Evaluación entre grupos pre intervencion p=,076 | | | | |
| Evaluación entre grupos post intervencion p =0,003 | | | | |
| Evaluación de grupo 1 pre y post intervencion p =0,222 | | | | |
| Evaluación de grupo 2 pre y post intervencion P= 0,000 | | | | |

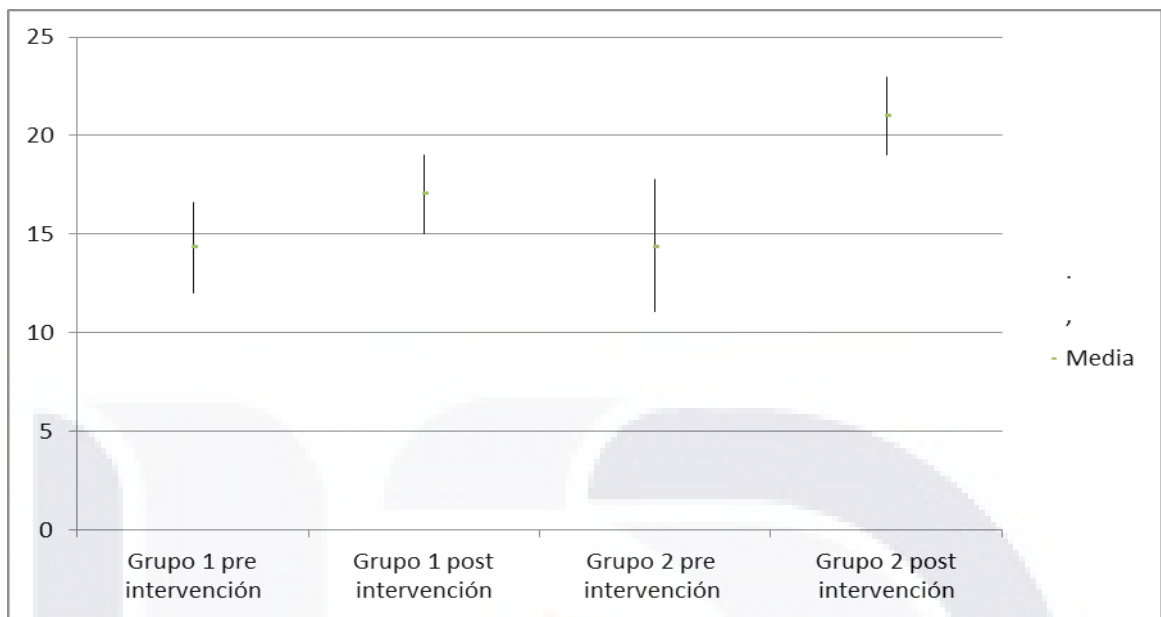
En la evaluación inicial entre ambos grupos los participantes del grupo 1 presentan mayor incremento de conocimientos que el grupo 2. Posterior a una estrategia educativa, en el grupo 1 el incrementó de conocimientos no es significativo, comparado con el grupo 2 en el cual si hay un incrementó de conocimientos

TABLA 8 CONOCIMIENTOS MEDICOS GLOBALES

| | Grupo 1 | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 2 |
|--|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Pre Intervencion | Post Intervencion | Pre Intervencion | Post Intervencion |
| Media | 14,33 | 17,00 | 14,29 | 21 |
| Desviacion estandar | 2,309 | 2,0 | 3.068 | 2,0 |
| Evaluación entre grupos pre intervencion p=0,995 | | | | |
| Evaluación entre grupos post intervencion p =0,000 | | | | |
| Evaluación de grupo 1 pre y post intervencion p =0,000 | | | | |
| Evaluación de grupo 2 pre y post intervencion P= 0,000 | | | | |

En la evaluación inicial ambos grupos son idénticos en cuanto a conocimientos generales en cuanto a manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, en ambos grupos posterior a una intervención educativa hay un incremento de los conocimientos, sin embargo el grupo 2 presenta un mayor incremento en conocimiento tanto generales, clasificación diagnóstico y tratamiento de las ITS

GRAFICA 5 COMPARACIÓN DE MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR INTRA E INTERGRUPOS



11 DISCUSIÓN

El implementar una estrategia educativa con guías clínicas de censida y tríptico en relación al manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual en el personal médico de los centros de salud del estado de Aguascalientes, mejora el nivel de conocimientos, esto es congruente con la investigación realizada por Bernabé Ortiz E, (Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: una intervención de salud donde se utilizan con éxito materiales educativos como lamina rotafolios y trípticos principalmente) (30)

En cuanto a los resultados obtenidos de los conocimientos existentes antes y después de una intervención educativa, con guías comparado con tríptico se observó un mayor incremento de conocimientos en el grupo de tríptico en conocimientos generales diagnóstico tratamiento y clasificación, comparado con las guías de censida en los cuales solo hubo un incremento significativo en conocimientos generales y clasificación, a por lo tanto un tríptico que contiene un resumen con información suficiente del tema representa una estrategia educativa de bajo costo y de alto impacto, la cual puede ser útil para capacitación del personal médico, y así unificar criterios de manejo del paciente con infección de transmisión sexual disminuyendo tiempo y costos de atención, esto es consistente con los resultados obtenidos por Denis Berdasquera y col los cuales realizaron un estudio experimental con control histórico antes y después de la intervención a 39 médicos de familia que laboran en los consultorios del municipio en Guanajay Cuba, debido a que se han presentado dificultades en el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual por parte de los médicos. los cuales incrementaron conocimientos de 43,6 % antes de la intervención a un 94,6 % después de la estrategia educativa. (7)

En cuanto a la opinión de los médicos encuestados todos coinciden en la conveniencia de realizar materiales didácticos y capacitación del personal con materiales que se ajusten a las necesidades del personal, este estudio facilitó la capacitación del personal médico en relación al manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, la estrategia educativa permitió incrementar los conocimientos teóricos generales sobre clasificación diagnóstica y tratamiento de las ITS. Los resultados obtenidos tras la intervención fueron evaluados de buenos.

Ambas estrategias educativas demostraron un incremento de los conocimientos médicos en cuanto al manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual, sin embargo el grupo tríptico presentó un mejor aprovechamiento esto probablemente es debido a que el tríptico contiene solo un resumen y flujogramas de atención sencillos comparado con las guías de Censida la cual tiene un buen contenido de la información pero es necesario invertir mayor tiempo de lectura

12 CONCLUSIONES

El presente estudio de tipo experimental, longitudinal comparativo se demuestra que el personal médico de los centros de salud de Aguascalientes, no están familiarizados con el manejo sindromático de las ITS por lo tanto es necesario implementar estrategias educativas para la actualización del mismo.

Una estrategia educativa como lo es un tríptico el cual contiene información detallada del manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual con flujogramas de atención y tiene un mayor impacto en el incremento de los conocimientos médicos, por lo cual consideramos que es una herramienta útil para la educación médica continua, esto ayuda al personal a unificar criterios de atención del paciente con ITS disminuyendo así tiempos de atención, costos en atención médica y lo más importante resistencia a los medicamentos.

13 . BIBLIOGRAFIA:

- 1.- DR. CARLOS CRUZ PALACIOS, LIC. GUILLERMO EGREMY MENDÍVIL, DR. UBALDO RAMOS ALAMILLO MANUAL PARA CAPACITADORES EN EL MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGUNDA EDICIÓN 1-128.
- 2.- CARMEN A LORENTE, JORGE SOSA, RAFAEL LLANES. SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA Y PERFIL PLASMIDICO EN CEPAS DE NEISSERIA GONORRHOEAE AISLADAS EN CUBA, BIOQUIMIA VOL 27 NO 3 2002 PAGS 69-75
- 3.- ESTER SANTANDER C., FELIX FICH SCH., AURELIO SALVO L., GENOVEVA PACHECO L., ISABEL MENDOZA V.,Y COLS, NORMA DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) PRIMERA PARTE REV CHIL INFECT 2009; 26 (2): 174-190
- 4.- WWW. RHRC.ORG GUIAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ENTORNOS AFECTADOS POR CONFLICTOS PAGS 1 – 146
- 5.,CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS APLICADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN REV MED INST MEX SEGURO SOC 2007; 45 (3): 249-254
- 6.- CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES (cenavece.salud.gob.mx)

- 7.- BERDASQUERA CORCHO, DENIS Y RODRIGUEZ GONZALEZ, IRMA CARIDAD. EL MÉDICO DE FAMILIA Y EL CONTROL DE LA SÍFILIS DESPUÉS DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN. REV CUBANA MED GEN INTEGR [ONLINE]. 2006, VOL.22, N.3
- 8.- LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
- 9.-NORMAS DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS CHILE NOV DE 2008 1-116
- 10.- A. ANDRÉS DOMINGO SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES PEDIATR INTEGRAL 2005;IX(2):105-120.
- 11.- M. ANGÉLICA MARTÍNEZ T. DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL PARTE 1 NO VIRALES REV CHIL INFECT 2009; 26 (6): 529-539
12. JOSÉ ANTONIO RIVERA TAPIA, MARGARITA CENTENO TORRES, MA. DEL RAYO SANTELLAN OLEA, NADIA RODRÍGUEZ - PREVALENCIA DE UREAPLASMA UREALYTICUM EN MUJERES REV MEX PATOL CLIN, VOL. 51, NÚM. 1, PP 33-36 • ENERO - MARZO, 2004 MG
- 13- EVANGELIA KOURIS, MARY CARMEN FERREIRO, MARÍA ALEJANDRA RODRÍGUEZ, JENIFER OLAGUIBEL CHANCRO BLANDO: UN ESTUDIO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA HUC DERMATOLOGÍA VENEZOLANA. VOL. 42, N° 3, 2004 PAG 32- 37
- 14.- AKKE K. VAN DER , JOKE SPAARGAREN, SERVAAS A. MORRÉ, HAN S. A. FENNEMA, ADRIAN MINDE, ROEL A. COUTINHO, AND HENRY J. C. DE VRIES DIAGNOSTIC AND CLINICAL IMPLICATIONS OF ANORECTAL LYMPHOGRANULOMA VENEREUM IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN: A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDY CLINICAL INFECTIOUS DISEASES VOLUMEN 42, NÚMERO 2PP. 186-194
15. PREETI PATHELA, SUSAN BLANK AND JULIA A. SCHILLINGER LYMPHOGRANULOMA VENEREUM: OLD PATHOGEN, NEW STORY CURRENT INFECTIOUS DISEASE REPORTS VOLUME 9, NUMBER 2, 143-150
16. ESTRELLA CERVANTES G1- INFECCIONES CAUSADAS POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS REV FAC MED UNAM VOL. 52 NO. 1 ENERO-FEBRERO, 2009
- 17.- DONOVANOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DERMATOL. PERU. VOL.16 NO.1 LIMA JAN./ABR. 2006
- 18.- BRAULIO VALENCIA, GABRIEL VIDAL-DOMÍNGUEZ, JORGE CASAS-CASTAÑEDA CASO CLÍNICO DONOVANOSIS REV SOC PERU MED INTERNA 2007; VOL 20

- 19.- A. VIVES SUÑER, J. SARQUELLA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
MEDICINE. 2010;10(61):4202-11
- 20.- R. JIMÉNEZ ALÉS, ENFERMEDADES VÍRICAS DE LA PIEL, PEDIATR INTEGRAL
2008;XII(3):269-277.
- 21.- LÓPEZ -SAAVEDRA Y LI ZANO-SOBERÓN, CÁNCER CÉRVICOUTERINO Y EL
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: LA HISTORIA QUE NO TERMINA. CANCEROLOGÍA 1
(2006) : 31-55
- 22.- A.I. MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, A. QUINTANA MORGADO, E.M. PUIG CANTERO Y
M.A. MAROTO GARCÍA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN SUS
DISTINTAS ETAPAS JANO 3 DE ABRIL DE 2009. N.º 1.732 PAG 20-23
- 23.- TEODORO CARRADA BRAVO, SÍFILIS: ACTUALIDAD, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO: REV FAC MED UNAM VOL.46 NO.6 NOVIEMBRE-DICIEMBRE, 2003
- 24.- C. PESTONI PORVÉN, F.L. LADO LADO*, A. CABARCOS ORTÍZ DE BARRÓN*, D.
SÁNCHEZ AGUILAR SÍFILIS: PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS ACTUALES AN. MED.
INTERNA (MADRID) V.19 N.2 MADRID FEB. 2002
- 25.- DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, PRINCIPIOS
ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. VERSIÓN
ELECTRÓNICA DISPONIBLE:
WWW.FISTERRA.COM/INVESTIGA/DECLARACION_HELSEINKI.HTM, CONSULTADO EL
03-05-2011.
- 26.- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA
SALUD. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. 7 DE FEBRERO DE 1984
- 27.- VICTOR MANUEL VELAZCO; FRANCISCO HUAZANO G. ; ARMANDO NIEVES
R.;JOSE RUIZ HERNANDEZ;VERONICA ARACELI MARTINEZ O. MUESTREO Y
TAMAÑO DE MUESTRA UNA GUIA PRACTICA PARA PERSONAL DE SALUD QUE
REALIZA INVESTIGACION PRIMERA EDICION PAG 54-53
- 28.- CARLOS CRUZ PALACIOS,UBALDO RAMOS ALAMILLO,ANDREA GONZÁLEZ
RODRÍGUEZ. GUÍA DE PREVENCIÓN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ITS
DIRIGIDA A PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD. PRIMERA EDICIÓN 2011
- 29.- CATALOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2008 SECRETARIA DE SALUD.
- 30.- BERNABÉ ORTIZ E, SÁNCHEZ-BORJAS PC, DELGADO-ANGULO EK. EFECTIVIDAD
DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD ORAL: RESULTADOS DESPUÉS DE
18 MESES. REV MED HERED. 2006;17

ANEXOS:

ANEXO A

Cuestionario de evaluación :

Nombre : _____ **Edad** _____ **Sexo** _____
Universidad de egreso: _____ **Años de titulación:** _____

Cuenta con una especialidad : _____ **AÑOS DE ESPECIALIDAD :** _____

1.- DESCRIBA QUE SON LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

R _____

2.- CONOCE LA CLASIFICACION SINDROMATICA DE LAS ITS

A) SI B)NO

3.- CUANTOS SINDROMES DE Infección de Transmisión Sexual EXISTEN

A)3 B)5 C)7 D) 8

4.-PACIENTE FEMENINO DE 35 AÑOS LA CUAL ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DESDE HACE 5 DIAS SECRECION BLANQUECINA, ESPESA EN FORMA DE REQUESON, PRURITO Y DISURIA CON ESOS DATOS ¿USTED INTEGRA EL SIGUIENTE DIAGNOSTICO?

- A) SINDROME DE SECRECION URETRAL
- B) SINDROME DE ULCERA
- C) SINDROME DE SECRECION VAGINAL**
- D) SINDROME DOLOR ABDOMINAL

5.-¿ CUAL ES EL PRINCIPAL AGENTE ETIOLOGICO DE ESTE SINDROME?

- A) NEISERIA GONORHOEAE
- B) TREPONEMA PALLIDUM
- C) CANDIDA ALBICANS**
- D) CLAMIDYA TRACHOMATIS

6.-EL TRATAMIENTO DE ELECCION DE QUE USTED INDICARIA ES:

- A) CEFTRIAXONA 125 MG
S IM DOSIS UNICA
- B) PENICILINA G BENZATINICA 2.4 MILLONES UI IM
- C) ITRACONAZOL 200 MGS VO CADA 12 HRS 1 DIA**
- D) METRONIDAZOL 500 MGS OVULOS VAGINALES 1 CADA 24 HRS POR 5 DIAS

7 ¿CUAL ES EL AGENTE CAUSAL DE UNA ULCERA EN AREA GENITAL, DOLOROSA DE BORDES MAL DEFINIDOS Y FONDO SANGRANTE?

- A) CANDIDA ALBICANS
- B) TREPONEMA PALLIDUM
- C) GARNERELLA VAGINALIS
- D) CHANCROIDE HAEMOPHILUS DUCREY**

8.- EL MEJOR TRATAMIENTO DE SIFILIS PRIMARIA ES CON :

- A) PENICILINA PROCAINICA 8 DIAS
- B) CEFTRIAXONA 1 GRS CADA 24 HRS X 5 DIAS

C) PENICILINA BENZATINICA 2.4 MILLONES DE UI DU

D) AZITROMICINA 500 MGS VO CADA 24 HRS

9.- PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS EL CUAL REFIERE QUE DESDE HACE 3 DIAS PRESENTA POR EL PENE UNA SECRECION PURULENTO, POLAQUIURIA, PUJO Y TENESMO CON ESTOS DATOS ¿ QUE SINDROME INTEGRARIA ?

A) SINDROME SECRECION VAGINAL

B) SINDROME DE ULCERA

C) SINDROME DE TUMORACION

D) SINDROME DE SECRECION URETRAL

10.- EL AGENTE CAUSAL DEL CASO ANTERIOR ES

A) NEISSERIA GONORRHOEAE

B) HAEMOPHILUS DUCREY

C) VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

D) GARNERELLA VAGINALIS

11.-¿ CUAL SERIA EL TRATAMIENTO ADECUADO PARA DICHO AGENTE?

A) CEFTRIAXONA 500 MGS IM DOSIS UNICA

B) METRONIDAZOL OVULOS VAGINALES

C) CIPROFLOXACIONO 500 MGS VO CADA 12 HRS X 3 DIAS

D) PODOFILINA CREMA 10-25%

12.- PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS LA CUAL PRESENTA DESDE HACE 6 MESES EN AREA GENITAL EN FORMA RECURRENTE MACULAS PAPULAS VESICULAS DE BORDES HIPEREMICOS MAL DEFINIDOS DOLOROSOS ACOMPAÑADO DE DISPAREUNIA ¿QUE DIAGNOSTICO SINDROMATICO INTEGRARIAMOS?

A) SINDROME DE SECRECION URETRAL

B) SINDROME DE ULCERA

C) SINDROME DE TUMORACION

D) SINDROME DE DOLOROSO ABDOMINAL

13.- EL AGENTE CAUSAL DEL CASO CLINICO ANTERIOR PUEDE SER

A) CHLAMYDIA TRACHOMATIS

B) GARDENELLA VAGINALES

C) VIRUS HERPES SIMPLE

D) VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

14 EL TRAMANIENTO QUE USTED UTILIZARIA EN ESTA PACIENTE ES

A) PODOFILINA 10-25%

B) ACICLOVIR 400 MGS VO CADA 8 HRS X 7 DIAS

C) DOXICILINA 100 MGS VO CADA 12 HRS

D) CEFTRIAXONA 125 MGS DOSIS UNICA

15.- MENCIONE LA NORMA OFICIAL MEXICANA QUE HABLA SOBRE PREVENCION Y CONTROL DE PACIENTES CON (ITS)

A) NOM 039 SSA 2 2002

B) NOM 005 SSA2 1993

C) NOM 007 SS2 1993

D) NOM 014 SSA2 1994

16.- PACIENTE MASCULINO 27 DE EDAD REFIERE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DESDE LOS 15 AÑOS PRACTICAS SEXUALES HOMOSEXUALES CON RELACIONES ANALES, EL CUAL REFIERE QUE DESDE HACE 3 MESES PRESENTA EN REGION PERIANAL LA SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO, A LA VALORACION SE ENCUENTRA UN CONDILOMA EXOFITICO, NO DOLOROSO A LA PALPACION POR LO QUE USTED INTEGRARIA EL DIAGNOSTICO DE:

A) SINDROME DE ULCERA

B) SINDROME DE SECRECION URETRAL

C) SINDROME DE TUMORACION

D) SINDROME DE SECRECION VAGINAL

17.- EL AGENTE CASUSAL DEL CUADRO CLINICO PROBABLEMENTE ES

- A) TREPONEMA PALLIDUM
- B) VIRUS DE PAPILOMA HUMANO**
- C) VIRUS HERPES SIMPLE
- D) HAEMOPHILUS DUCREY

18.- PACIENTE MASCULINO DE 28 AÑOS EL CUAL REFIERE DESDE HACE 5 MESES PRESENTO UNA LESION PAPULO VESICULAR PEQUEÑA NO DOLOROSA EN ESTE MOMENTO PRESENTA UNA LESION DE 2 CM DE DIAMETRO, HEMORRAGICA, DOLOROSA CON TUMEFACCION Y ADENOPATIA INGUINAL CON ESTOS DATOS INTEGRAMOS EL DIAGNOSTICO DE

- A) SINDROME DE SECRECION URETRAL
- B) SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL
- C) SINDROME DE ULCERA**
- D) SINDROME DE TUMORACION

19 .- EL AGENTE ETIOLOGICO DE ESTE PACIENTE PROBABLEMENTE ES :

- A) CHLAMYDIA TRACHOMATIS**
- B) TREPONEMA PALLIDUM
- C) HAEMOPHILUS DUCREY
- D) VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

20 EL TRATAMIENTO QUE USTED LE DARIA AL PACIENTE EN ESTE MOMENTO ES :

- A) CIPROFLOXACINO 500 MGS VO CADA 12 HRS POR 3 DIAS
- B) DOXICICLINA 100 MGS VO CADA 12 HRS POR 3 SEMANAS**
- C) PENICILINA G BENZATINICA 2.4 MILLONES DE UNIDADES INTERNACIONALES DOSIS UNICA
- D) PODOFILINA CREMA 10-25%

21.-PACIENTE FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD LA CUAL HACE 10 DIAS PRESENTO SECRECION VAGINAL COLOR GRIS CON OLOR A PESCADO MANEJADA EMPIRICAMENTE CON METRONIDAZOL OVULOS CADA 24 HRS POR 3 DIAS, CON MEJORIA CLINICA EL DIA DE AYER DURANTE RELACION SEXUAL PRESENTA DISPAREUNIA Y DOLOR ABDOMINAL FIEBRE DE 38°C A LA PALPACION CON RESISTENCIA ABDOMINAL CON ESTOS DATOS USTED INTEGRA EL DIAGNOSTICO DE

A) SINDROME DE SECRECION URETRAL

B) SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL

C) SINDROME DE ULCERA

D) SINDROME DE TUMORACION

22.- EL AGENTE CAUSAL DE ESTE CASO ES :

A) GARNERELLA VAGINALIS

B) TREPONEMA PALLIDUM

C) HAEMOPHILUS DUCREY

D) VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

23.-EL TRATAMIENTO QUE USTED UTILIZARIA EN ESTA PACIENTE ES:

A) METRONIDAZOL TABLETAS 500 MGS VO CADA 12 HRS POR 14 DIAS

B) PODOFILINA CREMA

C) CIPROFLOXACIONA 500 MGS VO CADA 12 HRS POR 10 DIAS

D) ACICLOVIR TASB 400 MGS VO CADA 8 HRS POR 10 DIAS

EN LA PRACTICA CLINICA ESTA USTED FAMILIARIZADO CON EL MENEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

A)SI

B) NO

CREE QUE LE SERIA DE UTILIDAD UNA CAPACITACION DE MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

A) SI

B) NO

Criterios diagnosticos: 5,7 ,10,13,17,19,22

Criterios clasificación sindromatica 3,9,12,16,18,21

Conocimientos terapéuticos :6,8,11,14,20,23

CONOCIMIENTOS GENERALES 1,2,15,

ANEXO B TRIPTICO ITS

COMO UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION PARA FACILITAR LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS DEL PERSONAL DE SALUD SE INTENTA HACER UN

RESUMEN CON FLUJOGRAMAS DE ATENCION DE LOS SINDROMES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL POR LO CUAL SE OBTIENE INFORMACION DE LAS GUIAS DE LA OMS, LA NORMA 039 SSA2 2002 PARA EL MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ASI COMO LA GUIA DE PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ITS CENSIDA Y DEL CATALOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2008. SE TIENE LA INTENCION DE QUE ESTE TRIPTICO FACILITE LA INFORMACION Y ASI PODER DAR UNA MEJOR ATENCION MEDICA AL PACIENTE CON ELLO DISMINUIR COSTOS DE ATENCION MEDICA Y RECAIDAS.

TUMORACION

CONDILOMA EXOFTITICO PEDICULADO

VIRUS PAPILOMA HUMANO SE RELACIONAN CON CANCER CERVICAL(1,16,18,31,33,35,45,51,52,56,58,66)

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Podofilotomina al 0,5% en crema, Aplicar 2 veces al dia 3 dias de la semana descansar 4 dias x 4 ciclos
Imiquimod 5% en crema, aplicar 3 veces a la semana x 6 semanas
Crioterapia con Nitrogeno liquido

| CLAVE | DIAGNOSTICO | SERVICIO/INTE | CLAVE | Resumen SA |
|-------|----------------------|----------------|-----------------|------------|
| 187 | CONDILOMA EXOFTITICO | PODIFILOTOMINA | 010.000.0001.00 | |

DOLOR ABDOMINAL BAJO

RETRASO MENSUAL ABORTO EMBARAZO SANGRANOS TRANSVAGINAL RESISTENCIA MICOTICA TUMORACION O MARIPIPI Y VAS TRAFUMAS

Y GONORRHEAL C. TRACIBONATIS MYCOPLASMA HOMINIS UREAPLASMA UREALYTICUM ANAEROBIOS BACTERIODES

CEFTRIAXONA 500 MGS IM DU DOXICICLINA 100MGS VO CADA 12 HRS X 14 DIAS METRONIDAZOL 500MGS VO C 12 HRS X 14 DIAS

| CLAVE | DIAGNOSTICO | SERVICIO/INTE | CLAVE | Resumen SA |
|-------|--|-----------------------------------|-----------------|----------------------|
| 181 | INFECCION GONOCOCICA | DOXICICLINA 100MG VO CADA 12 HRS | 010.000.0001.00 | QUINTO DE ENFERMEDAD |
| 186 | OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, EXCEPTO GONORRHEA | DOXICICLINA 100MG VO CADA 12 HRS | 010.000.0001.00 | QUINTO DE ENFERMEDAD |
| | | METRONIDAZOL 500MG VO CADA 12 HRS | 010.000.0001.00 | |

RECUERDE A TODO PACIENTE

- * TRATAMIENTO MEDICO ESPECIFICO
- * CONSEJERIA DE ITS /VIH
- * TRATAMIENTO DE PAREJA
- * CITOLOGIA VAGINAL (SI LO REQUIERE)
- * PROMOVER Y PROPORCIONAR EL USO DE CONDON
- * CITA 7 DIAS
- * VALORAR FACTORES DE RIESGO Y OFRECER REALIZAR PRUEBAS RAPIDAS DE VIH, SIFILIS HEPATITIS B Y C

ELABORADO POR :

DR FERNANDO FLORES CARDOSO
MEDICO RESIDENTE MEDICINA INTEGRADA

DR JORGE ARMANDO GAMBOA MARROQUIN
MEDICO INTEGRISTA

DIRECTOR UNEME CAPASITS AGUASCALIENTES

AVENIDA SIBLO XVI 103 COL SATELITE MORELOS

Instituto de **SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES**

HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO

UNEME CAPASITS AGUASCALIENTES

GUIA RAPIDA DE MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION

NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

LAS ITS SON UN GRUPO HETEROGÉNEO DE INFECCIONES DE LAS CUALES SU PRINCIPAL FORMA DE TRANSMISIÓN ES A TRAVÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES (INCLUYEN EL CONTACTO PENE-VAGINA, PENE-ANO, PENE-BOCA, BOCA-VAGINA, BOCA -ANO, Y EL USO DE JUGUETES SEXUALES), U OTRAS VIAS COMO SANGUINEA O PERINATAL Y NO ES NECESARIO QUE HAYA EYACULACIÓN

MANEJO SINDROMÁTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

EN 1970 LA OMS INSTALÓ LOS MANEJOS SINDROMÁTICOS PARA LAS ITS CON LA FINALIDAD DE SIMPLIFICAR EL MANEJO MÉDICO. CONSISTE EN EL RECONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS CON AGENTES ETIOLÓGICOS BIEN DEFINIDOS Y ASÍ EXTENDER EL TRATAMIENTO SIMULTANEO PARA LA MAYORÍA DE LOS AGENTES CAUSALES DE CONGENO E INCONGENO LAS 10 ITIS MAS FRECUENTES SON:

| SINDROME | SINTOMAS COMUNES | ITS | AGENTE CAUSAL | PERIODO DE INCUBACION |
|--------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| SINDROME VAGINAL | FUJO VAGINAL | GENERICA | NEisseria gonorrhoeae | 3-11 DÍAS |
| | PRURITO | CHANCRO VAGINAL | Chlamydia albicans | 14-21 DIAS |
| | DISPARIA, DOLOR, OLORES | TRICHOCELOS VAGINAL | Trichomonas | 1-2 SEMANAS |
| SINDROME UTERAL | DISPARIA, DOLOR, OLORES | VAGINOSIS | Chlamydia trachomatis | 8-13 DÍAS |
| | FUJO UTERAL | TRICHOCELOS | Gardnerella vaginalis | VARIABLE |
| | PRURITO | GENERICA | Neisseria gonorrhoeae | 3-11 DÍAS |
| ULCERA | PRURITO | GENERICA | Neisseria gonorrhoeae | 3-11 DÍAS |
| | DISPARIA, DOLOR, OLORES | CHANCRO | Chlamydia trachomatis | 8-13 DÍAS |
| | FUJO UTERAL | TRICHOCELOS | Gardnerella vaginalis | VARIABLE |
| SÍNDROME ABDOMINAL | DISPARIA, DOLOR, OLORES | VAGINOSIS | Chlamydia trachomatis | 8-13 DÍAS |
| | FUJO UTERAL | TRICHOCELOS | Gardnerella vaginalis | VARIABLE |
| | PRURITO | GENERICA | Neisseria gonorrhoeae | 3-11 DÍAS |
| TUMORACION | DISPARIA, DOLOR, OLORES | VAGINOSIS | Chlamydia trachomatis | 8-13 DÍAS |
| | FUJO UTERAL | TRICHOCELOS | Gardnerella vaginalis | VARIABLE |
| | PRURITO | GENERICA | Neisseria gonorrhoeae | 3-11 DÍAS |

SECRETION

SECRETION PURULENTA: NEISSERIA GONORRHOEAE

SECRETION FETIDA Y PURULENTA: CHLAMYDIA TRACHOMATIS

SECRETION PURULENTA ESPUMOSA AMARILLOVERDEA: TRICHOCELOS

SECRETION BLANCA OLEOSA OLIVA PESCADO: GARDNERELLA VAGINALIS

SECRETION BLANCA OLEOSA, GRUESA, VISCOSA: CANDIDA ALBICANS

ULCERA

INCREMOS CON PUJOS SANGRANTES DOLOROSOS DETERMINADOS: SIFILIS

ULCERA TROCANTERA NO SANGRANTE: SIFILIS

ULCERAS GRANDES HEMORRAGICAS DOLOROSAS: CHLAMYDIA TRACHOMATIS

ULCERA PUNTOCALLOSITA CLAUDICATORIA: GONORRUEA

INDETERMINADO DOLOROSO INDETERMINADO: VHS

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA CAPACITACION E INVESTIGACION

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes _____ de octubre de 2012.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “DETERMINAR EL INCREMENTO DE LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS DEL PERSONAL DE SALUD, POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA POR MEDIO DE UN TRIPTICO, EN LA ATENCION Y MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número de Registro: 2ISSA-37/12

El objetivo del estudio es la: “VALORAR SI UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION COMO LO ES UN TRIPTICO INCREMENTA LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS EN LA ATENCION Y MANEJO SINDROMATICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL ”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario inicial de 23 preguntas se dividirán 2 grupos un control al cual se otorgara las guías de Prevención Diagnóstico, y tratamiento de las ITS de CENSIDA y un grupo al cual se otorgara un tríptico como guía rápida para manejo sindromático de las ITS, y una evaluación final.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay riesgos.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

DR FERNANDO FLORES CARDOSO

Nombre y firma del Medico
Responsable

DR. Nombre y firma del Investigador

ANEXO D CRONOGRAMA

| AÑO | | | 2 | 0 | 1 | 2 | | | | | 20 | 13 |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ACTIVIDAD | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGS | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
| REDACCIÓN DE PROTOCOLO | | | | | | | | | | | | |
| AUTORIZACION | | | | | | | | | | | | |
| RECOPIACION DE DATOS | | | | | | | | | | | | |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS | | | | | | | | | | | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | | | | | | | | | | |
| ANALISIS ESTADISTICO | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE RESULTADOS | | | | | | | | | | | | |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS | | | | | | | | | | | | |
| CONCLUSIONES | | | | | | | | | | | | |
| REPORTE FINAL | | | | | | | | | | | | |

