



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

H.G.Z No. 3

CD. MANTE, TAMS.

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
SOBRE ETS EN LA U-M-F No. 5, XICOTENCATL.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**LEOBARDO LOPEZ HERRERA
MEDICO FAMILIAR**

CD. MANTE, TAMS.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
SOBRE ETS EN LA U-M-F No. 5, XICOTENCATL.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA

LEOBARDO LOPEZ HERRERA

MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ

PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
H.G.Z No. 3.

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA UMF No 5,
XICOTENCATL.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

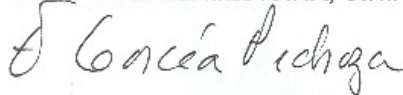
PRESENTA

DR LEOBARDO LOPEZ HERRERA

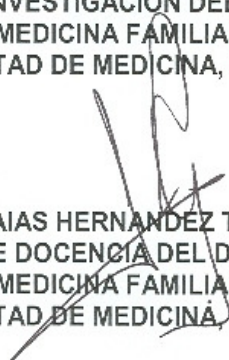
AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| I. MARCO TEÓRICO..... | 1 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 18 |
| III.JUSTIFICACIÓN | 19 |
| IV.OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS) | 20 |
| V. METODOLOGÍA | 21 |
| A) TIPO DE ESTUDIO. | |
| B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO. | |
| C) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA. | |
| D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN. | |
| E) INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES). | |
| F) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN. | |
| G) ANÁLISIS ESTADÍSTICO. | |
| H) CONSIDERACIONES ÉTICAS. | |
| VI. RESULTADOS | 26 |
| VII DISCUSION..... | 31 |
| VIII CONCLUSION..... | 33 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 35 |
| X. ANEXOS..... | 38 |

I. MARCO TEORICO.

La adolescencia es el periodo de tiempo entre el final de la niñez y el inicio de la edad adulta que se caracteriza por rápidos cambios psicosociales, físicos y emocionales tiempo de demandas crecientes para el joven .La búsqueda de una identidad personal significativa el objetivo esencial de los adolescentes. La exploración a de extenderse durante los diversos años en los que aun no se ha establecido una identidad firme y definida. Durante estos años el adolescente normal experimenta crisis de identidad que son momentos clave de mayor concienciación durante los cuales existe una capacidad especial par5a las experiencias de crecimiento y de formulación de la identidad. Crisis que con el tiempo conducen a una sensación madura del yo. ⁽¹⁾

La pubertad es un periodo de cambios rápidos que conducen a la maduración física y sexual. Que afecta a casi todos los sistemas orgánicos sin aclarar que es lo que específicamente dispara el comienzo de la pubertad. Sin embargo, durante el final de la prepubertad parece que se produce un cambio en la sensibilidad del sistema de retroalimentación negativa del hipotálamo. A este cambio le sigue un aumento de la liberación de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y de esteroides sexuales. En los varones la LH produce aumento del tamaño testicular y desarrollo de las células de Leidig de los testículos, que producen testosterona, qué a su vez produce el desarrollo de las características sexuales secundarias. La FSH, que aumenta significativamente en los chicos durante el año previo a la

pubertad clínica, estimula el desarrollo de los tubulos seminíferos de los testículos, lo cual provoca la espermatogenesis y la fertilidad durante la fase intermedia y final de la adolescencia ,En las mujeres las gonadotrofinas facilitan el desarrollo de los ovarios y elevan la producción de estrógenos, lo cual induce el desarrollo de todos los caracteres sexuales secundarios femeninos con la excepción del vello pubiano y axilar, que dependen de los andrógeno suprarrenales. ^(2,3) A lo largo de la pubertad aparece la ovulación con un pico brusco de la LH. Los cambios endocrinos son también responsables del inicio del crecimiento de los adolescentes y de los cambios específicos del sexo en la estructura corporal, y son particularmente responsables de los cambios conductuales que se producen durante la adolescencia. El comienzo de la pubertad femenina normalmente ocurre entre los 9 y 12 años. Para los chicos el comienzo se produce entre los 11 y 16 años (media 12 años). En las niñas el principal ciclo de crecimiento se produce en torno a los 11 años y unos 2 años mas tarde en los chicos. La mayor parte del crecimiento de los adolescentes se produce a expensas del crecimiento de la columna vertebral. Esta rápida velocidad de crecimiento dura unos 2 años y entonces, bajo el control de las hormonas sexuales que están aumentadas, disminuye hasta el punto de cierre epifisiario y el cese del crecimiento al final de la adolescencia. Se produce un aumento de a masa muscular, particularmente en los chicos, y una disminución de la grasa corporal subcutánea. El peso aumenta más del doble entre los 10 y los 20 años. En las chicas gran parte del peso es grasa y en los chicos, predominantemente tejido muscular y esquelético. ^(4,5)

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Trastornos transmitidos por contacto sexual enfermedades causadas por microorganismos que de manera peculiar esta adaptados para crecer en las vías genitales. Dentro de las principales enfermedades de transmisión sexual se encuentra:

GONORREA

Es causada por *Neisseria gonorrhoeae* un diplococo gramnegativo que en forma característica se encuentra dentro de leucocitos polimorfo nucleares.

Con un periodo de incubación de 2- 8 días. Los síntomas tempranos se localizan en las vías genitourinarias bajas e incluyen secreción vaginal, polaquiuria o disuria, y malestar rectal, faringitis por relación bucogenital, proctitis por relación anal. La vulva, la vagina, el cerviz y la uretra pueden estar inflamadas y ocasionar prurito o ardor.

Puede producir oftalmia neonatorum por parto a través del conducto del parto infectado.

El diagnóstico se realiza mediante el exudado cultivado de la uretra, el cerviz, el recto u otros sitios infectados en medios selectivos (Thayer-Martín o Transgrow) ya que los diplococos gramnegativos son oxidasa positivos con resultado en 24-48 horas. ⁽⁶⁾

Entre los antibióticos de elección para su tratamiento se encuentran la penicilina; ampicilina, tetraciclinas, espectinomicina.

Las medidas generales comprenden: Baños de asiento calientes, aplicación de compresas calientes y prohibición del coito.

Se recomiendan los procedimientos de prueba de curación aproximadamente a los 7 – 14 días después del tratamiento.

SÍFILIS

La cual es causada por una espiroqueta, el *Treponema pallidum*. Clínicamente se puede encontrar:

1. Sífilis primaria: El chancro se desarrolla en 10- 90 días después de la exposición y consiste en una papula o ulcera indurada, firme, indolora con bordes elevados el examen revela lesión cervical o vaginal típica, lesiones primarias en todo el cuerpo ganglios linfáticos inguinales pueden estar crecidos, firmes e indoloro.
2. Sífilis secundaria: En 2 semanas a 6 meses después de la desaparición de la lesión primaria, se desarrolla una erupción. Lesiones típicas son maculopapulares, foliculares o pustulosas. La alopecia del cuero cabelludo en la región occipital es característica, pérdida del tercio externo de las cejas. Pueden verse papulas exudativas en la región anogenital y la boca.
3. Sífilis latente: La sífilis latente no presenta signos o síntomas. El único hallazgo positivo es el suero reactivo y a veces el líquido cefalorraquídeo reactivo.

4. Sífilis terciaria: las lesiones se pueden clasificar desde el punto de vista clínico. 1) sífilis terciaria benigna de la piel, los huesos y las vísceras, 2) sífilis cardiovascular o 3) neurosífilis. Sífilis terciaria benigna: la lesión típica es el goma masa inflamatoria que evoluciona hacia la necrosis y la fibrosis con frecuencia localizada pero que puede causar infiltración difusa de un órgano o un tejido. Las gomas son indoloras, crecen con lentitud, curan de modo gradual y dejan cicatrices.

La sífilis terciaria benigna de los huesos conduce a periostitis con neoformación ósea, o a osteítis con lesiones destructivas y dolor profundo intenso, que en los casos típicos empeora por las noches.

Sífilis cardiovascular : El Aneurisma de la aorta ascendente o de la porción transversal, habitualmente fusiforme, el estrechamiento de los orificios coronarios o la insuficiencia valvular aortica suelen aparecer 10 a 25 años después de la infección inicial.^(7,8)

Neurosífilis:

La neurosífilis asintomático.

La neurosífilis sintomática produce diversos síndromes clínicos.

Neurosífilis meningovascular: presenta cefalea, inestabilidad, dificultad para la concentración, laitud, insomnio, rigidez del cuello y visión borrosa, confusión mental crisis epileptiforme, edema de papila, afasia y monoplejía o hemiplejía.

Neurosífilis parenquimatosa: (parálisis general o demencia paralítica) se manifiesta por deterioro conductual progresivo y puede imitar a un trastorno psiquiátrico o ala enfermedad de Alzheimer. Puede producir

convulsiones, afasia y hemiparesia transitoria, irritabilidad dificultad para la concentración, deterioro de la memoria los defectos de juicio, la cefalea el insomnio, astenia y la letargia.

5. Sífilis durante el embarazo: El efecto de la sífilis sobre la gestación y el feto depende en gran parte de si la infección ocurre antes, durante o mas tarde puede ocasionar aborto del segundo trimestre o muerte fetal, en los comienzos o antes del embarazo y no se da tratamiento nace deformado por sífilis congénita y a menudo nace en forma prematura, la sífilis contraída en la segunda mitad del embarazo puede o no dar por resultado un lactante sifilítico.

Sífilis congénita: el recién nacido con sífilis congénita puede mostrar crecimiento subnormal, con facies arrugada debido a la grasa subcutánea reducida, piel con tinte parduzco, la lesión mas común es una erupción bulosa llamada pénfigo sifilítico, grandes vesículas en las palmas y en las plantas, inflamación de las mucosas de la boca y de las vías respiratorias altas, linfadenitis y hepatoesplenomegalia.⁽⁸⁾

Los estudios diagnósticos para la sífilis incluyen historia clínica, exploración física detallada, pruebas sexológicas, investigación de los contactos sexuales y, en los casos apropiados, examen en campo oscuro del exudado de las lesiones, análisis del LCR y estudios radiológicos.⁽⁸⁾

La penicilina a dosis convencionales sigue siendo el tratamiento de primera línea contra esta enfermedad.

TRICOMONIASIS

Infección de la vagina o del tracto genital masculino o femenino por trichomona vaginalis.

Las mujeres, cursas típicamente con abundante exudado vaginal, espumoso y de color amarillo verdoso, junto con irritación y molestias en la vulva, el peiné y los muslos, dispareunia y disuria. Algunas son portadoras asintomaticas.

Los hombres son asintomático o presentar exudado uretral transitorio, espumoso o purulento, con disuria y polaquiuria, leve irritación uretral, exudado del meato urinario.

Obteniendo una muestra de la secreción vaginal obtenida del fornix posterior y examinada al microscopio óptico ordinario se pueden observar fácilmente, o en la extensión del papanicolao.

En los hombres se obtiene muestra de exudado mucoide a primera hora de la mañana antes de la micción y examinarse al microscopio.

Metronidazol una sola dosis de 2 gr. v.o. y dar tratamiento a la pareja sexual.

CHANCRO BLANDO

Infección aguda contagiosa de la piel o de las mucosas de los genitales, y caracterizada por úlceras dolorosas y supuración de los ganglios linfáticos inguinales.

El microorganismo causante es la bacteria gramnegativo corto y fino con extremos redondeados *haemophilus ducrey*.

Después de un periodo de incubación de 3 a 7 días aparecen pequeñas papulas dolorosas que se rompen para dejar ulceras dolorosas, superficiales y no induradas, con bordes irregulares socavados de color rojizo, los ganglios linfáticos inguinales aparecen dolorosos agrandados y fundidos por periadenitis para formar un absceso fluctuante (bubón) en la ingle. La piel sobre el absceso puede estar enrojecida y fina y a veces se rompe para formar una fístula de drenaje.

El diagnostico se suele basar en los datos clínicos, puesto que la identificación del microorganismo es difícil y poco fiable, sin embargo se debe intentar la identificación obteniendo exudado del borde de una ulcera o en el pus de un bubón mediante cultivo.

La eritromicina, ceftriaxona, azitromicina y ciprofloxacino forman parte de su tratamiento.^(8,9)

LINFOGRANULOMA VENEREO

Enfermedad de transmisión sexual causada por clamidias y caracterizada por una lesión primaria transitoria, seguida de linfadenitis y linfangitis supuradas y complicaciones locales graves.

El linfogranuloma venéreo (LGV) es causada por varios tipos inmunológicos de *Chlamydia tracomatis*.⁽⁹⁾

El primer síntoma suele ser el agrandamiento inguinal unilateral y doloroso de los ganglios inguinales, que progresa hasta la formación de una gran masa dolorosa y

fluctuante, que se adhiere a los tejidos profundos e inflama la piel suprayacente que forman cicatrices y pueden persistir o reaparecer. Puede presentar fiebre, malestar general, dolores articulares, cefalea, anorexia y vómitos. dolor de espalda en mujeres con lesiones en el cerviz o la vagina superior y pueden llevar a hipertrofia y supuración de los linfáticos perirrectales y pelvianos. La afectación de la pared rectal puede provocar proctitis ulcerosa con exudado purulento teñido de sangre. La inflamación crónica obstruye los vasos linfáticos y conduce a edema, ulceración y formación de fístulas produciendo estenosis rectales.

El diagnóstico clínico se puede establecer por su típica presentación clínica y confirmar mediante una prueba de fijación de complemento. Una prueba de microinmunofluorescencia mide anticuerpos específicos de tipo y diferencia entre los varios serotipos de germen.

El tratamiento farmacológico es a base de doxiciclina, eritromicina o tetraciclinas durante 21 días.

Los bubones se deben aspirar los abscesos suelen requerir cirugía, todos los contactos sexuales deben ser examinados, la elefantiasis se trata mediante cirugía plástica, y el paciente debe ser observado durante 6 meses después del tratamiento.⁽⁹⁾

GRANULOMA INGUINAL

Infección progresiva de la piel genital, transmitida sexualmente y causada por una bacteria intracelular.

Es causado por un bacilo intracelular gramnegativo presenta en las células mononucleares, *Calymmatobacterium granulomatis* (*Donovania granulomatis*).

La lesión inicial es un nódulo de color carnosos que aumenta de tamaño lentamente hasta formar una placa elevada, aterciopelada, maloliente, granulosa y ulcerada. Localizada en pene, el escroto. La ingle y los muslos de los hombres, en la vulva, la vagina y el perineo de las mujeres en el ano y las nalgas de homosexuales y en la cara de ambos sexos. En ausencia de tratamiento, puede producirse diseminación hematológica a los huesos, las articulaciones o el hígado, anemia caquexia y la muerte.

Las lesiones elevadas, lisas, húmedas, de color rojo carnosos y brillantes son características y el diagnóstico se confirma con raspado de los bordes de las lesiones al microscopio por la presencia de cuerpos de Donovan (bacilos intracitoplasmáticos dentro de los macrófagos teñidos con la tinción de Giemsa o Wright).

Los antibióticos empleados son azitromicina, doxicilina, eritromicina y ceftriaxona.

Los contactos sexuales del paciente deben de ser examinados en busca de lesiones, el seguimiento debe continuar durante un periodo de 6 meses después del éxito aparente del tratamiento.

HERPES GENITAL

Infección de la piel o de las mucosas genitales o anorrectales por uno de dos virus del herpes simple íntimamente relacionados (VHS - 1 o VHS - 2).

La infección es producida de modo habitual por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS – 2) y el 10 al 30 % de los casos por el tipo 1 (VHS – 1) es la enfermedad de transmisión sexual ulcerosa más común.

Clínicamente se forma un pequeño grupo de vesículas mas o menos dolorosas, que se erosionan para dejar úlceras superficiales circulares con una areola roja que pueden llegar a confluir que se convierten en costras y curan en 10 días.

Las lesiones se pueden localizar en el prepucio, el glande y el cuerpo del pene en el hombre, y en los labios, el clítoris, el perine, la vagina y el cerviz en la mujer. Pueden aparecer en el ano y en el recto de los varones homosexuales y mujeres que practican el coito anal.

Durantes el episodio inicial, las lesiones suelen ser mas dolorosas, prolongadas y extensas que en las recidivas, sobre todo en pacientes no infectados antes. la fiebre, el malestar general y las adenopatías regionales acompañan a menudo el episodio inicial sobre todo en la infección primaria. Puede notar dificultad para la micción, debida a paresia vesical o disuria o molestias durante la marcha. Los síntomas neuropáticos con dolor en las caderas o en las piernas, pueden ser muy molestos.

El diagnóstico se puede confirmar mediante cultivo, análisis de inmunofluorescencia directa o serología a través de la muestra obtenida con torunda o aspirado de líquido de las vesículas y se introduce en un medio de transporte para virus.

El tratamiento específico contra VHS

- A. Reduce el contagio del virus y los síntomas en las infecciones primarias graves
- B. Reduce algo el contagio y los síntomas en la enfermedad recurrente.
- C. Cura las infecciones crónicas en pacientes inmunodeprimidos.
- D. Reduce la incidencia de recidivas cuando se utiliza con fines profilácticos

El medicamento de elección es el aciclovir. ^(8,9)

VERRUGAS GENITALES

Lesiones hiperplásicas de la piel o las mucosas de los genitales causada por papilomavirus humano.

Las verrugas anogenitales causadas por papilomavirus humano (PVH) tipos 6,11, 16, 18, 31, 33 y 35. Con un periodo de incubación de 1 y 6 meses. Las infecciones verrugosas endocervicales por los tipos 16 o 18 han sido implicadas como una causa de neoplasia intraepitelial cervical y de cáncer cervical.

Las verrugas genitales suelen aparecer como pólipos diminutos, blandos, húmedos y de color rosado o gris que pueden aumentar de tamaño y convertirse en pediculados y que de modo habitual forman grupos. Sus superficies recuerdan a la de una coliflor. En los hombres son más frecuentes sobre la superficie templada y húmeda del área subpreputial, en el surco coronario, dentro del meato uretral y sobre el cuerpo del pene. En las mujeres se puede afectar la vulva, la pared vaginal, el cerviz y el perine. Son comunes en el recto de varones

homosexuales, y pueden ser más graves y difíciles de tratar en pacientes inmunosuprimidos.

Las verrugas se pueden identificar por su aspecto, pero es necesario distinguirlas de los condilomas planos de la sífilis secundaria cuya cara superior es aplanada. Puede ser necesaria la biopsia de verrugas atípicas o persistentes para excluir un carcinoma. Las verrugas endocervicales solo se pueden detectar mediante colposcopia, y no se deben tratar hasta que se disponga de los resultados de la tinción de papanicolaou.

Las verrugas genitales se pueden eliminar mediante electro cauterización, láser, crioterapia o escisión superficial utilizando un anestésico local o general.

Los antimicóticos tópicos como:

Podofilotoxina, el podofilino o el 5- fluorouracilo, los cáusticos como el ácido tricloroacético o los inductores del interferón como el imiquimod son ampliamente utilizados, pero de modo habitual requiere múltiples aplicaciones a lo largo de semanas o meses y fracasan con frecuencia.

El tiotepa; se ha mostrado eficaz para las lesiones uretrales.

El seguimiento de las mujeres con verrugas endocervicales y sus parejas sexuales es muy importante para detectar cambios displásicos o carcinoma invasivo de cerviz. ^(9,10)

INFECCIÓN POR VIH

Infección causada por uno de dos retrovirus relacionados (VIH – 1 y VIH – 2) que origina una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde estado de portador asintomático hasta procesos debilitantes y fatales, relacionados con defectos de la inmunidad mediada por células. Cuya transmisión requiere contacto con líquidos corporales que contengan células infectadas o plasma.

El retrovirus humano VIH – 1 causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Trastorno de la inmunidad mediada por células, caracterizado por células oportunistas, neoplasias malignas, disfunción neurológica y una variedad de otros síndromes.

El VIH causa una amplia gama de problemas clínicos que pueden imitar a otras enfermedades. Inmediatamente después de la infección y durante un periodo prolongado; que suele durar de 3 a 14 días, seguido entre algunos días y 3 meses después [por seroconversión con aparición de anticuerpos contra el VIH. Que con frecuencia se diagnostica erróneamente como una enfermedad respiratoria (gripe) o como una mononucleosis. Estas manifestaciones agudas desaparecen mas adelante los pacientes se convierten en portadores asintomáticos del VIH con anticuerpos positivos. Algunas de estas personas desarrollan síntomas y signos leves remitentes que no cumplen la definición de SIDA. La leucopenia es común y puede existir también anemia y trombocitopenia por mecanismo inmune.

Dentro de los principales afectaciones orgánicas del SIDA se encuentran las neurológicas, neoplásicas, hematológicas, gastrointestinales, dermatológicas, pulmonares, cardiovasculares, aparición de infecciones oportunistas.^(10,11)

La detección de anticuerpos contra el VIH es sensible y específica en la mayoría de las fases de la infección barata y ampliamente disponible. Se incluye el ELISA, que permite demostrar anticuerpos contra proteínas del virus. El ELISA es muy sensible y específico pero produce algunos falsos positivos. Cuando es positivo, el ELISA se debe repetir en la misma muestra. Si es positivo por segunda vez, se debe realizar una prueba más específica, por ejemplo el Western blot, un procedimiento inmunoelectroforético para la identificación de anticuerpos contra proteínas víricas específicas separadas en función de sus pesos moleculares.⁽¹¹⁾

La prueba más sensible para detectar ARN del virus en plasma, como la reacción en cadena de la polimerasa para transcriptasa inversa (PCR – TI), que amplifica los ácidos nucleico víricos y para ADN ramificado (ADNb), que amplifica la señal, son sensibles y exactas dentro de una amplia gama de concentraciones de virus.^(11,12)

En el tratamiento suele utilizarse combinaciones de fármacos, en general dirigidos contra 2 enzimas (transcriptasa inversa y proteasa) del VIH, y se desaconseja el empleo de fármacos aislados. El tratamiento con 2 o 4 fármacos puede detener con rapidez la multiplicación del virus, conservar la función inmunitaria y disminuir la probabilidad de aparición de mutantes víricos resistentes a los fármacos. La duración de la respuesta a las diversas combinaciones depende de su éxito para conseguir la supresión completa de la replicación del virus, lo que suele requerir un cumplimiento regular por parte del paciente.⁽¹³⁾

La mayoría de los expertos recomiendan tratar a los pacientes en cualquier fase de infección por VIH con más de 5 000 copias de ARN vírico/ml de plasma mediante combinaciones de fármacos entre ellas:

2 nucleosidos (zidobudina y lamivudina [3TC]).

2 nucleosidos y un inhibidor de la proteasa (indinavir).

2 nucleosidos y un inhibidor no nucleótido de la transcriptasa inversa (nevaripina).⁽¹³⁾

RELACION DE ANTECEDENTES ENTRE ADOLESCENTES Y ETS

En las dos últimas décadas la investigación sobre la actividad sexual durante la adolescencia ha ganado un mayor interés dada la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha observado que la mayoría de los jóvenes infectados por VIH adquirieron la infección en los años de adolescencia.⁽¹⁴⁾

La prevalencia de relaciones sexuales (RS) en adolescentes estudiantes varía de acuerdo con el contexto sociocultural. El informe de haber tenido RS aumenta gradualmente con la edad cronológica, en general es más frecuente en varones y en quienes informan consumo de cigarrillo y alcohol durante el último mes.

Este hecho está dado debido a la influencia de la cultura occidental que determina fuertemente tanto en la forma en que percibimos la sexualidad como en el modo en que la expresamos, promoviendo las relaciones sexuales en varones irreprimiéndola en mujeres.⁽¹⁴⁾

En un estudio descriptivo transversal realizado en Colombia en 3 colegios privados reportaron que el 25% de los estudiantes entre 13 y 17 años tenían relaciones sexuales, es decir 1 de 4 estudiantes; de los cuales 43.3% eran hombres.⁽¹⁵⁾

En un estudio descriptivo transversal efectuado en Cuba con 1103 estudiantes en edades de 11 – 15 años donde se valoró el grado de conocimiento sobre sexualidad y ETS reportaron 53.8% como bueno, 17.7% regular y 23.3% deficiente, así mismo, el 17.8% (197) de ellos habían manifestado haber tenido relaciones sexuales.

Estudiantes que adquirieron enfermedades de transmisión sexual, de 22 hombres el 15.3 % y en 31 mujeres el 57.4 %.^(15,16).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades de transmisión sexual afectan en gran medida a los jóvenes en la actualidad; la educación sexual en ellos no se ha proyectado enormemente, reflejándose en el número de ellos que las adquieren diariamente. La pobre importancia que le dan los adolescentes al hecho de tener relaciones sexuales es una de las condicionantes que hacen plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de conocimiento de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual?

III. JUSTIFICACION

En la actualidad uno de los principales grupos de la población más afectados por las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son los adolescentes; las características propias; aunado a todos aquellos factores extrínsecos como lo son la mala información obtenida a través de medios de comunicación masiva los hacen ser muy sensibles a este tipo de entidades patológicas.

Es un grave problema que se presenta a nivel mundial, por ende, en México las condiciones son muy similares. El inicio de la vida sexual a temprana edad es alarmante; además de mencionar el aumento de embarazos en la adolescencia, con los riesgos de mortalidad perinatal que conlleva.

El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual han incrementado sus cifras estadísticas en el mundo; apreciándose una relación estrecha con otros factores de riesgo como lo son las drogas, alcoholismo.

Es importante conocer primero como están preparados lo adolescentes en nuestras comunidades en cuanto a esta situación, y de ahí partir para implementar los programas necesarios que establezcan condiciones favorables que favorezcan una adecuada orientación sexual. De igual forma, es necesario implementar medidas donde la participación de la familia sea imprescindible, ya que constituye la base primaria para la educación en los jóvenes.

IV. OBJETIVO GENERAL

1. Determinar el grado de conocimiento de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el grado de de conocimiento de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo al sexo.
2. Determinar la frecuencia de adolescentes que tienen relaciones sexuales.
3. Determinar la frecuencia de adolescentes que han padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Por el número de grupos en estudio: Descriptivo

Por la asignación de la maniobra: Observacional

Por el número de mediciones en el tiempo: Transversal

Por la forma de recolección de los datos: Prospectivo

LUGAR DEL ESTUDIO

Se realizó en la U.M.F No. 5 de Xicotencatl, Tamaulipas.

PERIODO DEL ESTUDIO

Enero a Diciembre de 2007

PROCEDIMIENTO

1. Se identificaron a todos los adolescentes de 15 a 19 años que asistieron a consulta de Medicina Familiar en la UMF No. 5.
2. Se les informó sobre el estudio de investigación a realizar, y se les solicitó su consentimiento a participar en él, al igual que la autorización de los padres.
3. Se les realizó una encuesta de donde se obtuvieron características como: edad, antecedentes patológicos de importancia, escolaridad, toxicomanías, AGO en las mujeres.
4. Se analizaron los datos obtenidos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes de 15 a 19 años de ambos sexos que aceptan participar en el estudio.
2. Derechohabientes del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Adolescentes que no desearon participar en el estudio
2. Adolescentes cuyos padres no autorizaron su participación en el estudio.
3. Adolescentes que tengan una enfermedad neurológica, psiquiátrica.

MUESTRA

Mediante un muestreo por conveniencia se incluyeron a todos los adolescentes que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

ANÁLISIS

1. Se realizó análisis univariado: Frecuencias simples.
2. Se utilizaron medidas de tendencia central: medias, medianas.
3. Medidas de dispersión: desviación estándar.
4. Intervalo de confianza del 95 % con una significancia estadística de $P < 0.05$

RECURSOS

1. RECURSOS HUMANOS.

El presente estudio se llevará a cabo por el encargado de investigación:

Dr.Leobardo López Herrera

2. RECURSOS MATERIALES

Se contará con material de escritorio: Lápiz, hojas blancas tamaño carta, computadora, impresora, borradores, fotocopias.

3. RECURSOS ECONOMICOS

Los gastos generados por el presente estudio serán sustentados por el personal investigador.

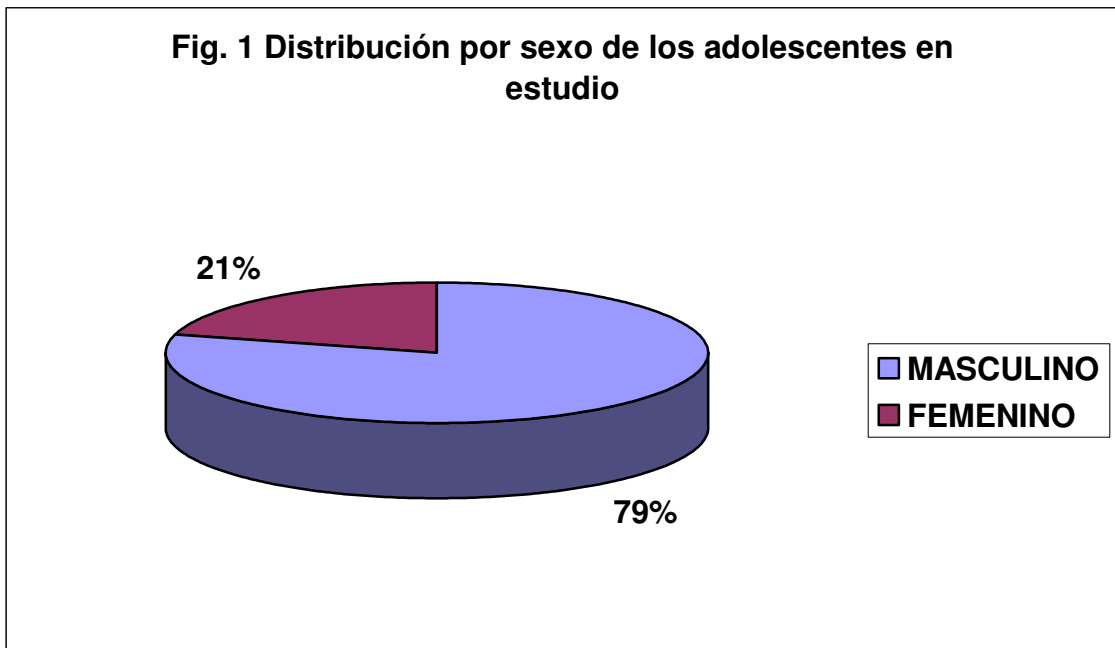
CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no infringe ningún principio ético de la investigación de acuerdo a lo establecido por la declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, ni por sus revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia.

Asimismo, se apega a la Ley de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la salud y normas institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

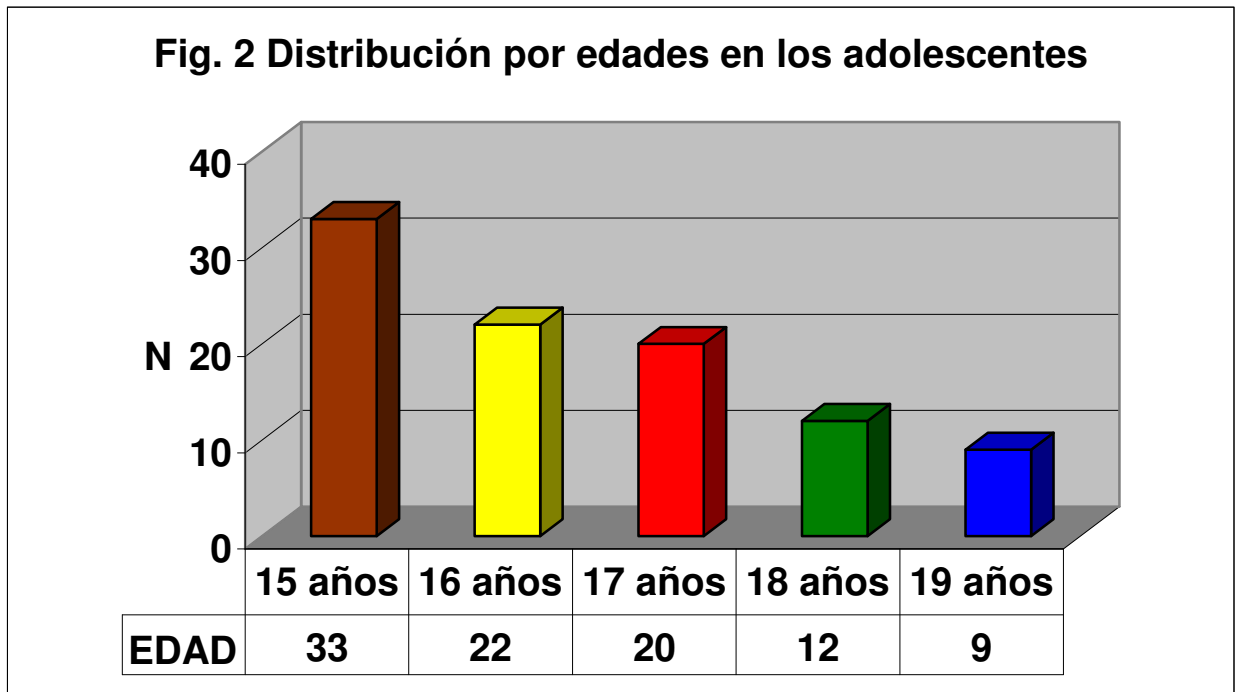
VI. RESULTADOS.

Se identificaron 96 adolescentes de 15 a 19 años de edad que acudieron a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 5, Xicotencatl, Tamaulipas que aceptaron participar en el estudio. De los cuales 76 (79 %) pertenecen al sexo masculino y 20 (21 %) al sexo femenino. (Figura 1).



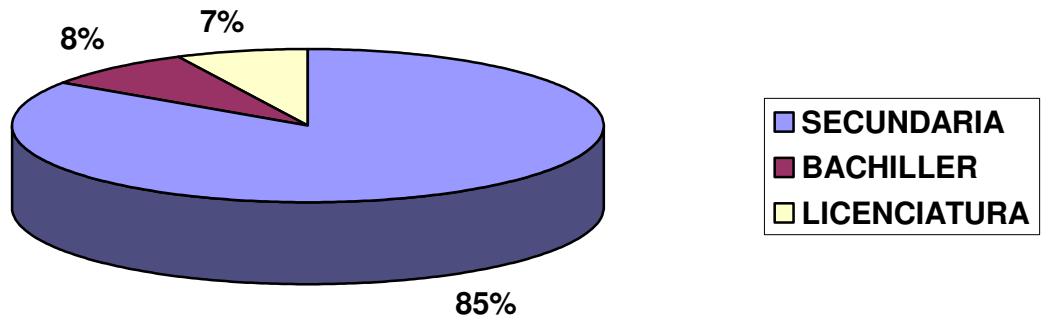
El rango de edad fue de 15 a 19 años, con un promedio de 16.4 años. Encontrándose una mayor frecuencia en el grupo de 15 años con 33 (22 %),

mientras que el grupo de 19 años fue el de menor frecuencia con 9 (18 %) adolescentes. (Figura 2).

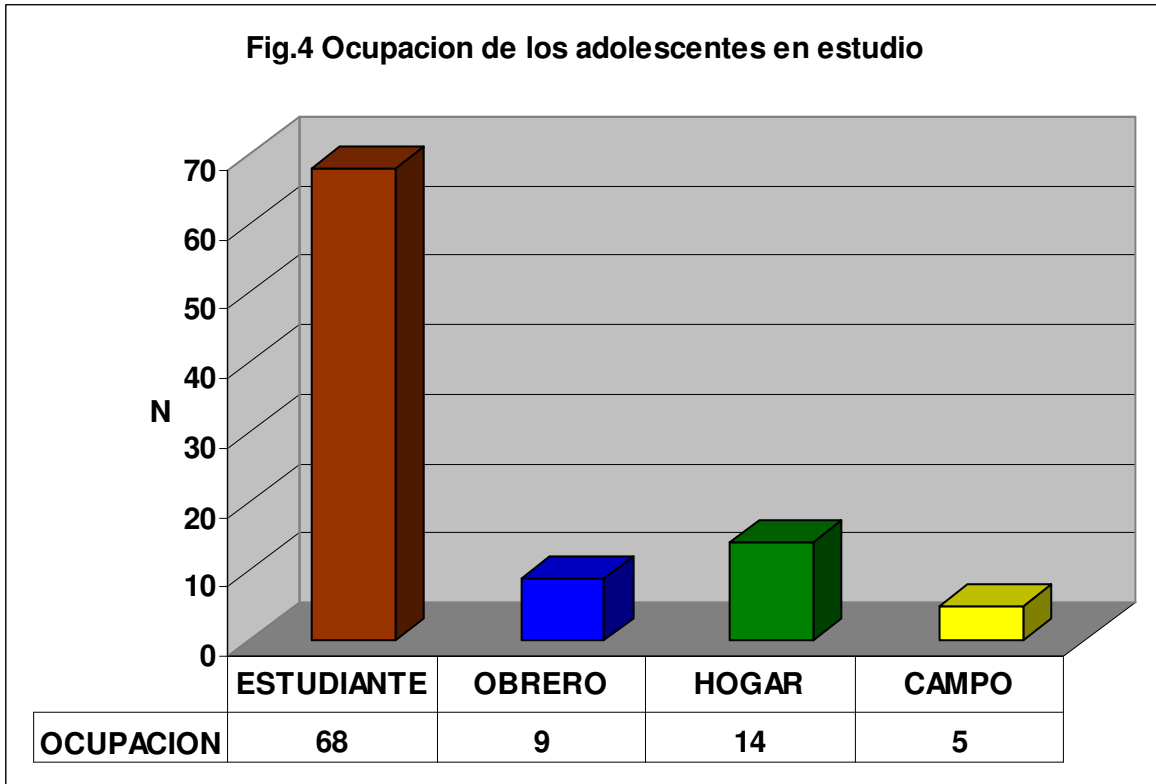


El principal grado de escolaridad encontrado fue secundaria, con 81 adolescentes, representando el 85 % de los mismos, seguido por nivel preparatoria y licenciatura con 8 y 7 % respectivamente de los casos. (Figura 3).

Fig. 3 Escolaridad de los adolescentes en estudio

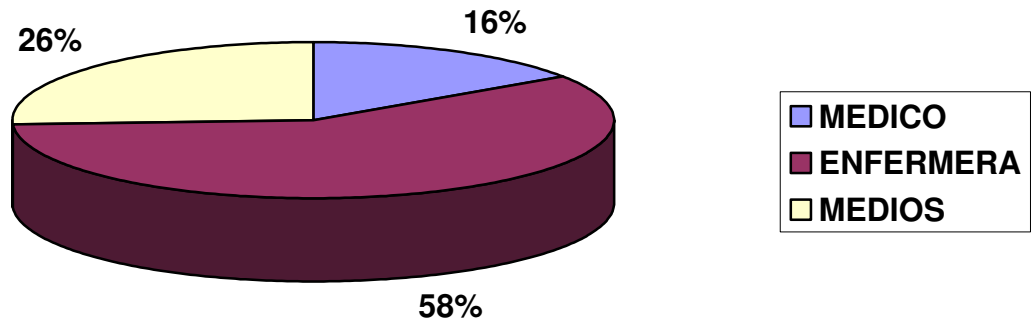


La mayoría aún son estudiantes, siendo el 71 %, seguido de quienes se dedican al hogar con el 15 %, y el 9 % de los que se dedican a ser obreros. (Figura 4)



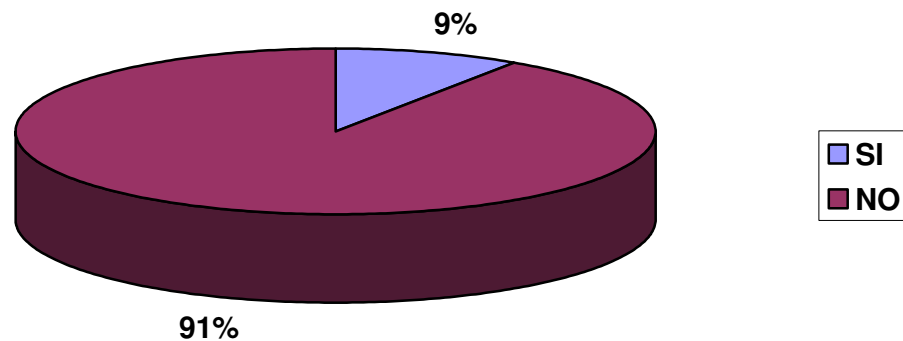
58 (60 %) adolescentes respondieron que si han recibido información sobre educación sexual, mientras que 38 (40 %) dijeron que no. De los que afirmaron, 34 (58 %) recibieron dicha información del personal de enfermería, solo 9 (16 %) fue del personal médico. (Figura 5).

Fig. 5 Fuente de información sobre educación sexual en los adolescentes.

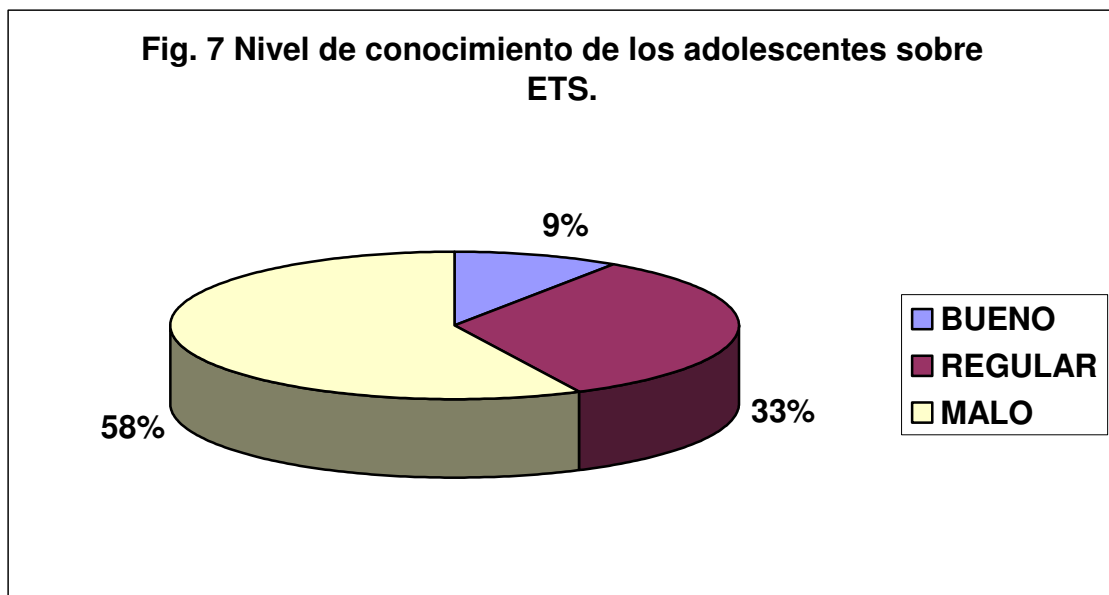


En cuanto a actividades sexuales; solo 9 (9 %) manifestaron haber tenido relaciones sexuales, vs. 87 (91 %) que lo negaron. (Figura 6).

Fig. 6 Adolescentes con relaciones sexuales



En lo que respecta al nivel de conocimiento de los adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS). 55 (58 %) tuvieron un nivel malo, seguido por un nivel regular con 32 (33 %), y finalmente 9 (9 %) presentaron un nivel bueno; lo que significa que hay una deficiencia en cuanto a la educación en la sexualidad en este grupo de población tan importante, y que conlleva a que este tipo de patologías vaya en aumento en la sociedad. (Figura 7).



VII. DISCUSION

Los adolescentes que participaron en la encuesta fueron los que acudieron a consulta en la UMF N ° 5 de Xicotencatl Tamaulipas el 79 % fueron del sexo masculino y el 21 % fueron del sexo femenino de los cuales el 71% recibieron información de educación sexual por parte del personal de enfermería, de los médicos y principalmente de los medios de comunicación principalmente de la televisión.

El 79 % de los adolescentes identificados en este estudio pertenecen al sexo masculino; quienes manifiestan menor sentido de vergüenza al entablar este tipo de temas que las mujeres, sobre todo en este grupo de edad; tomando en cuenta que la mayoría (85 %) se encuentran en nivel de secundaria. Esto es similar a lo reportado por autores como Roldan GR Y Jacobo DY ^(14,15).

El 60 % de los jóvenes encuestados, respondieron que han recibido información sobre educación sexual alguna vez en su vida; lo que se aprecia una baja participación del personal involucrado (salud, profesores y familia). Esto no difiere de lo halado por Pineda TJL, Jacobo DY ^(14,15).

9 (9 %) adolescentes mencionaron haber tenido relaciones sexuales. Aunque es una cifra baja, comparada por lo reportado por autores como Ceballos GAO ⁽¹⁷⁾; debe de preocupar que exista esta inquietud, cuando la información es baja, y los riesgos de contraer ETS son cada día mayores en este grupo de edad.

El nivel de conocimiento encontrado en este estudio es alarmante; el 58 % tuvieron un nivel deficiente; y solo un 9 % presentaron un nivel adecuado. Otros autores como Ceballos GAO encontraron resultados muy diferentes y contrarios a nuestro estudio; con un 58 % de nivel adecuado y 23 % deficiente.

En nuestro estudio se aprecia una escasa información dirigida a los adolescentes; y la poca que hay es deficiente. Por ello es importante que el personal de salud en el primer nivel principalmente, tome mayor acción; y trabaje con los diferentes niveles – sector educativo, familia – y se tomen las medidas necesarias para evitar presencia de este tipo de enfermedades.

VIII. CONCLUSIONES

Dentro de los principales puntos encontrados en este estudio de investigación fueron:

Se encontró una falta de información adecuada y entendible ya que aun desconocen la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual.

En un grupo de 96 adolescentes encuestados con un rango de edad de 15 a 19 años de edad y un promedio de 16.4 años de los cuales los de 15 años fueron los mas encuestados (33), 16 años (22), 17 años (20), (18), y los de 19 años (9).

El principal grado de escolaridad fue el de secundaria terminada 81 (85%), el de preparatoria 8% y el de licenciatura 7%, los mas encuestados fueron los del sexo masculino 76 (79 %), y los del sexo femenino 20 (21%).

De los cuales la mayoría 71% aun son estudiantes, el 15% se dedican al hogar y solo el 9% trabajan.

El 60% recibieron información de educación sexual, el 40% no la recibieron por parte del personal medico y de enfermería. De los que la recibieron información el 58% la recibieron por parte del personal de enfermería y solo el 16 % fue por personal medico.

Solo el 9% manifestó haber tenido relaciones sexuales y el 91 % lo negaron lo que traduce que el personal medico y de enfermería debería de proporcionar mas información de enfermedades de transmisión sexual actualizada a los diferentes grupos de adolescentes de nuestra área de influencia y preguntar mas frecuentemente con encuestas de inicio y al final de las platicas para verificar si fue entendida la información que se proporciono.

La mayoría de los adolescentes (58 %), resultaron con un nivel de conocimiento deficiente en relación a enfermedades de transmisión sexual; lo que implica un riesgo considerable de contraer alguna de estos padecimientos; y, las consecuencias que conllevan.

Por ello es indudable que se debe realizar un trabajo exhaustivo de promoción y educación con esta población sumamente susceptible para ETS.

- Formación de grupos de adolescentes en las unidades médicas de primer nivel.
- Educación a la salud: sexualidad, ETS, planificación familiar, control prenatal, toxicomanías.
- Promoción a la salud en las escuelas de la localidad (secundaria, bachiller).
- Identificación de adolescentes con problemas emocionales, familiares, sociales.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Shore WB, Braveman PA, Mellin L. Conservación de la salud en los adolescents. De Taylor: Medicina Familiar. Principios y prácticas. Editores asociados. 5ª edición. 2002: 219-239.
2. Gutierrez JP et al. Risk behaviors of 15-21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. BMC Public Health. 2006;6(49):549-560
3. Cortes AA et al. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de La Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1996; (38)1: 70-79.
4. OPS/OMS. Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), 7 Washington DC: OPS/OMS; 1995:1-6.
5. OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra: 1995:25.
6. Silver TJ. Manual de Medicina de la adolescencia. Washington 1992. DC: OPS; 278-303.
7. Salud sexual y reproductiva. Factores que influyen sobre la salud sexual y reproductiva. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1995. 33.

8. Condiciones de salud en las Américas. Washington, D.C.: OMS, 1994. P. 194-6.
Aguilar PS. Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes. México, DF: 1989:67-72.
9. La salud del adolescente y el joven. Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina. Ginebra: OPS/OMS, 1995:70-83.
10. Rodríguez DP, S Ripol. La maternidad temprana y algunos aspectos psicosociales y psicoambientales. Rev Cub Obst y Ginecol 1992;8(3):285-93.
11. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo al futuro. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1995. OMS. (Comunicación para la salud No.6) Publicación Científica No. 455.
12. Cortés Alfaro A. Comportamientos sexuales riesgosos para las enfermedades de transmisión sexual. (Trabajo presentado en el XI Congreso Latinoamericano de enfermedades de transmisión sexual y V Conferencia de SIDA. 1997. Lima Perú).
13. Cruz RF. Información sexual en jóvenes de zona rural. Rev Cubana Med Gene Integral 1992; 8(2):96-105.

14. Roldán García R. Concepciones y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes atendidos por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gene Integral 1997,13(2):273-6.

15. Jacobo DY et al. Salud sexual y reproductiva en adolescentes del área rural. Eficacia de la capacitación. Rev Med IMSS. 2002; 40(2): 137-43.

16. Pineda TJL et al. Encuesta sobre salud reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey, N.I México. Rev Salud Pub y Nutrición. 2000; 1(4):154-60.

17. Ceballos GAO, Campo AA. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. Med UNAB. 2005; 8(3):171-72.

X. NEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
SOBRE ETS EN LA U-M-F No. 5, XICOTENCATL.
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____

No. AFILIACION _____ EDAD _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?

SI () NO ()

HA UTILIZADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?

SI () NO ()

HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL?

SI () NO ()

DR. LEOBARDO LOPEZ HERRERA

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUESTIONARIO

1. EL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) ES UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL?

SI () NO ()

2. EL USO DEL CONDON PROTEGE AL 100 % DE ADQUIRIR UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL?

SI () NO ()

3. SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA: SI APARECE UNA “VERRUGA “ EN EL AREA GENITAL SE DEBE HACER LO SIGUIENTE:

Esperar a que desaparezca sola _____

Acudir inmediatamente con el médico _____

Lavarse diariamente con agua y jabón _____

Pedir consejo a un amigo(a) _____

4. NO EXISTE TRATAMIENTO PARA CURAR SIDA

SI () NO ()

5. EL TENER VARIAS PAREJAS SEXUALES ES UN RIESGO PARA ADQUIRIR UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL

VERDADERO () FALSO ()

6. LA HEPATITIS B SE TRANSMITE POR VIA SEXUAL

VERDADERO () FALSO ()

7. EL RECIBIR INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL AYUDA A PREVENIR ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

VERDADERO ()

FALSO ()

8. EL HECHO DE SER ADOLESCENTE AYUDA A TENER MENOS RIESGO DE ADQUIRIR UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL

VERDADERO ()

FALSO ()

9. EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL DEBE SER:

PERSONA ENFERMA ()

A LA PAREJA ()

10. EL TENER RELACIONES SEXUALES CON PROTECCION EVITA TENER UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL

VERDADERO ()

FALSO ()

CALIFICACION

BUENO: 8 A 10 PUNTOS

REGULAR: 6 A 7 PUNTOS

MALA: ≤ 5 PUNTOS.

DR. LEOBARDO LOPEZ HERRERA