

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE 1° NIVEL DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA), 2009-11

CLAUDIA MARCELA CASTAÑO CASTAÑO*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN**, FIS, MSc,
NATALIA DÁVILA ALZATE, SANDRA PAOLA GONZÁLEZ LONDOÑO, LUISA FERNANDA GONZÁLEZ
MORCILLO, VALENTINA LÓPEZ UBAQUE, DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO, NORHA MILENA
SERNA TORO, DANIELA VÁSQUEZ LÓPEZ, OSCAR ALBERTO VILLEGAS ARENAS***, MD, MAG.

Recibido para publicación: 12-07-2012 - Versión corregida: 28-08-2012 - Aprobado para publicación: 31-10-2012

Resumen

Objetivo: *Caracterizar pacientes diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual atendidos en ASSBASALUD ESE en Manizales (Colombia) entre los años 2009 a 2011.*

Materiales y métodos: *Es un estudio de corte transversal, que recolectó información de la base de datos de centros de atención de ASSBASALUD ESE, se analizaron 933 historias clínicas, de las cuales 503 cumplieron los criterios de inclusión. Dentro de las variables estudiadas se encuentran el género, edad de inicio de las relaciones sexuales, uso del preservativo, estado civil y diagnóstico de ETS.*

Resultados: *El año con más frecuencia de ETS fue el 2010 con 55%, mayor proporción en género femenino 87,5%, edad promedio de 28,64 años. El motivo de consulta más frecuente fue el de síntomas inespecíficos en un 34,8%. La patología más frecuente en mujeres fue la candidiasis vulvovaginal con 60,3%, en hombres el herpes genital con 33,3%. Personas con unión no estable fueron quienes presentaron mayor proporción de ETS.*

Conclusiones: *Las ETS se diagnostican con mayor frecuencia en las mujeres, porque son ellas quienes acuden más a los servicios de salud. Aunque el número de pacientes atendidos por ETS disminuyó año tras año, es notorio que se requiere de más y mejores métodos de diagnóstico y tratamiento adecuados para dicha población.*

Castañó Castañó CM. Castañó Castrillón JJ. Davila Alzate N. González Londoño SP. González Morcillo LF. López Ubaque V. Restrepo Osorio DC. Serna Toro NM. Vásquez López D. Villegas Arenas OA. Archivos de Medicina. Volumen 12 N° 2. ISSN:1657-320X julio-diciembre 2012. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia)

* Estudiante de 10° Semestre del Programa de Medicina de la Universidad de Manizales.

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co .

*** Profesor asociado, Docente de Semiología, Magister en educación docencia, médico y cirujano. Programa de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia. correo: oscarvillegasa@hotmail.com

Palabras clave: *Enfermedades de transmisión sexual, factores de riesgo, caracterización, conducta sexual.*

Arch Med (Manizales) 2012; 12(2): 154-167

Characterization of patients diagnosed with sexually transmitted diseases attended at a public health institution in Manizales (Caldas) during the years 2009-11

Summary

Objective: *To characterize patients diagnosed with sexually transmitted diseases treated at ASSBASALUD ESE in Manizales (Colombia) from 2009 to 2011.*

Materials and Methods: *Cross-sectional study, which collected information from the database of health centers from ASSBASALUD ESE, 933 medical records were analyzed, of which 503 met the inclusion criteria. The variables studied include gender, age at first intercourse, condom use, marital status and diagnosis of STDs.*

Results: *The year with greatest prevalence of STD was 2010 by 55%, the female gender was predominant by 87.5%, average age was found of 28.64 years. The most frequent reason for consultation was to non-specific symptoms by 34.8%. Candidiasis was the most prevalent STD among women by 60.3%, followed by genital herpes among men by 33.3%. Patients with an unstable union had higher proportion of sexually transmitted diseases.*

Conclusions: *Sexually transmitted diseases are diagnosed more frequently in women, because that population consults more frequently the health services of ASSBASALUD ESE. Although the prevalence of STD has decreased year after year, it is clear that more and better methods of diagnosis and treatment are needed for this population*

Key words: *Sexually transmitted diseases, risk factors, characterization, sexual behavior.*

Introducción

El comportamiento sexual está determinado por un componente biológico, dado de manera distinta en cada ser humano de acuerdo a su maduración sexual, y por un componente sociocultural que además tiene implicaciones como la religiosidad, la política, las normas de la sociedad, entre otras.^{1,2,3}

Alrededor de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se ha creado una cultura del silencio y a pesar de que son prevenibles, diagnosticables y tratables; son consideradas

una verdadera epidemia, pues anualmente se diagnostican más de 250 millones de casos nuevos en el mundo.⁵ Las enfermedades de transmisión sexual son un problema mundial, diariamente se infectan 900 mil personas, dichas enfermedades no solo afectan la salud física sino también la salud psicológica y social.^{5,6}

Los adolescentes sexualmente activos y adultos jóvenes especialmente los que tienen múltiples parejas sexuales son los dos grupos poblacionales en mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados ya que estos son

quienes adoptan mayores conductas riesgosas durante la vida sexual.^{7,8}

Estas afirmaciones son constatadas por la Organización Mundial de la Salud: la mayoría de las ETS se producen en menores de 30 años en varios países y aproximadamente un cuarto de estas enfermedades se producen en adolescentes.^{9,10}

Se han incluido más de 25 enfermedades de transmisión sexual.¹¹ Otra población muy propensa a adquirir estas infecciones es la de las trabajadoras sexuales, quienes son consideradas como el reservorio más importante, predominando entre ellas enfermedades como la sífilis, blenorragia, herpes, tricomoniasis y clamidia.^{12,11}

En Malasia, Singapur e Inglaterra durante el año 2006, las ETS más comunes fueron sífilis, herpes, VPH, clamidia, gonorrea y hepatitis.⁹ En Europa Occidental se han conocido cifras de 30 casos nuevos de VIH por millón¹¹. En países como Ucrania, Portugal y España durante el año 2006, la transmisión se dio especialmente por relaciones heterosexuales, en donde el 24% de los infectados fueron hombres y el 51% mujeres.¹³ En Bangladesh se consideraron como ETS más frecuentes la clamidia y tricomona, entre otras.¹¹

En América, anualmente se diagnostican unos 50 millones de casos nuevos de ETS.⁴ En Latinoamérica, países como Cuba, Brasil y México³ tienen prevalencias elevadas de enfermedades como cándida, papiloma virus y tricomona, siendo factores de riesgo para ellas vivir en zonas rurales y el analfabetismo.^{14,5,15}

En Colombia existen pocos estudios que caractericen las poblaciones con ETS. Sin embargo, se ha detectado que en Montería, Barranquilla y Bogotá durante el año 2007, las ETS más comunes fueron gonorrea, candidiasis, tricomoniasis y clamidia, encontrándose mayoritariamente en un grupo de edades entre los 18 y 44 años.^{16,1}

En Manizales no se encontraron estudios en las bases de datos de literatura científica

médica que reflejen las características de la población que presenta ETS, realizados a nivel clínico; sin embargo se encontró que en un colegio de la ciudad existe una clara relación entre las variables de comportamiento sexual y el consumo de alcohol y drogas.¹⁷

En un estudio realizado en Barranquilla¹⁸, Colombia acerca de los comportamientos de riesgo en salud en estudiantes de 18 años de edad en promedio, se evidenció la tendencia de los adolescentes a enfrentar una serie de situaciones que incrementan los riesgos y la morbilidad, encontrando que el 51,1% ya habían iniciado su vida sexual, de los cuales sólo el 56% utilizaban método de planificación familiar y la prevalencia de enfermedades de ETS fue de 1,1%.¹⁸

Las prácticas sexuales inseguras y comportamientos conflictivos que constantemente rodean a los adolescentes constituyen el mayor factor que predispone a esta población a sufrir ETS, como lo expone Uribe¹⁹ quien enfatiza en su estudio la susceptibilidad frente al VIH/Sida y el uso del preservativo, encontrando que los jóvenes varones entre los 16 y 18 años se exponen a mayor riesgo que las mujeres al ser éstas más proactivas en la prevención de las ETS.¹⁹

La ignorancia es uno de los factores de riesgo en común entre las personas, sobre todo en adolescentes, lo cual se demostró en el estudio realizado por Uribe²⁰ en varias ciudades de Colombia en el cual se incluyeron 978 adolescentes en los que se aplicó la escala VIH/Sida-65 y la escala de auto eficacia (SEA-27), de la población estudiada más del 50% había recibido información sobre transmisión y prevención del VIH, pero los conocimientos no se reflejaron en las prácticas y tenían ideas erróneas sobre el tema, según este estudio a medida que aumenta la edad disminuyen los conocimientos actitudes, susceptibilidad y auto eficacia frente a VIH/Sida.²⁰

Un foco infeccioso evidente son las trabajadoras sexuales quienes no en todas las

relaciones sexuales utilizan preservativo, convirtiéndose en punto clave de expansión de las ETS. Así lo demostró el estudio realizado por Alvis²¹ en Montería (Colombia) en el año 2007.

Por las consideraciones anteriores se plantea el presente estudio que pretendió caracterizar los pacientes atendidos por ETS en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia).

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal, en el cual se incluyeron los pacientes que fueron atendidos en los centros de salud de ASSBASALUD E.S.E (Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud de baja complejidad en la ciudad de Manizales, Caldas, Colombia) diagnosticados con algún tipo de ETS, en el período comprendido entre el 01 de enero de 2009 y el 31 de diciembre del 2011.

Para realizar este estudio se recolectó la información contenida en la base de datos de los diferentes centros de salud ASSBASALUD ESE, seleccionando los pacientes de cualquier edad que tuvieran una historia clínica completa asociada a ETS con diagnóstico y tratamiento aplicados en los diferentes centros.

Se escogieron las siguientes variables a medir en la población de estudio: edad (años), género (femenino, masculino), escolaridad (primaria, secundaria, educación superior), ocupación (cuál), estrato social (bajo, medio), estado civil (unión estable, unión no estable), seguridad social (subsidiado, pobre no vinculado-otros), tipo de ETS (VIH, sífilis, blenorragia, herpes genital, VPH, tricomoniasis, candidiasis vulvovaginal, chlamydia trachomatis), motivo de consulta (prurito genital, secreciones genitales, úlceras genitales u orales, verrugas genitales, dispareunia, disuria), uso de preservativo (sí, no), consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, inhalantes, bazuco, alcohol, cocaína, heroína, popers, LSD, acetona, boxer), número de parejas sexuales, antecedentes de ETS (sí, no), paraclínicos (sí, no), citología cervicovaginal

(sí, no), serología RPR-VDRL (sí, no, resultados), frotis vaginal (sí, no, resultados), prueba de Elisa (sí, no, resultados), frotis uretral (sí, no, resultados), intervención ginecológica (sí, no, histerectomía, radioterapia en útero, crioterapia, vaporización, cauterización cuello uterino), tiempo de evolución de la enfermedad (días), fecha de diagnóstico (día/mes/año).

Los datos se recolectaron entre octubre del 2011 y Abril del 2012, previamente se efectuó una prueba piloto para probar el instrumento.

Referente a los análisis estadísticos las variables nominales se describieron mediante tablas de frecuencia, y las variables numéricas mediante promedio y desviación estándar. Para probar la relación entre variables nominales se empleó el procedimiento estadístico de χ^2 , para determinar las relaciones entre variables nominales y numéricas se emplearon los procedimientos de pruebas t, o análisis de varianza según el caso. Los datos fueron tabulados en el programa Acces 2007 (Microsoft Corp.) y analizados mediante los programas estadísticos IBM SPSS 20 (IBM Corp) y el Epi Info™ 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

El proyecto se entregó a la dirección de ASSBASALUD ESE, y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de esa entidad. En la ejecución del estudio se respetaron todas las normas de ley vigentes en Colombia para proyectos de investigación en Ciencias de la Salud.

Resultados

De 933 historias revisadas 503 cumplieron los criterios de inclusión.

La Tabla 1 muestra parte de los resultados obtenidos, y se despliegan datos tomados de la población en general no discriminados por ninguna variable. El centro de salud con el mayor número de casos es la Asunción con el 11,7%, en el año 2010 hubo mayor consulta por ETS con 55,1%, género predominante el femenino con un 87,5%, edad promedio de 28,64 años

(Figura 1), el 64,6% tienen como ocupación el hogar, 67,2% de la población estaban en unión no-estable, 82,7% corresponden al régimen subsidiado, el 62,4% cursaban secundaria y 65% pertenecían al estrato social 2.

Tabla 1. Variables demográficas de los pacientes atendidos en ASSBASALUD ESE por Enfermedades de transmisión sexual entre los años 2009 y 2011		
Centro de Salud	N	%
La Asunción	59	11,7
El Carmen	44	8,7
Centro	43	8,5
San Cayetano	43	8,5
Cisco	38	7,6
Galán	38	7,6
La Enea	38	7,6
La Palma	35	7,0
Cervantes	31	6,2
Aranjuez	23	4,6
El Bosque	20	4,0
Fátima	13	2,6
Minitas	12	2,4
Género	N	%
Femenino	440	87,5
Masculino	63	12,5
Edad (años)	Válidos	502
	Promedio	28,64
	LI 95%	27,55
	LS 95%	29,74
	DE	12,44
	Mínimo	11
	Máximo	80
Seguridad Social	N	%
Subsidiado	416	82,7
Otro	76	15,1
Pobre no afiliado	11	2,2
Año	N	%
2010	277	55,1
2009	180	35,8
2011	46	9,1
Escolaridad	N	%
Secundaria	174	62,4
Primaria	82	29,4
Ninguna	15	5,4
E. Superior	8	2,9
Sin dato	224	
Estrato social	N	%
2	327	65,0
1	106	21,1

3	67	13,3
Rural	2	0,4
5	1	0,2
Estado civil	N	%
unión no estable	225	67,2
unión estable	110	32,8
Sin dato	168	
Cual ocupación	N	%
Hogar	184	64,6
Estudiante	62	21,8
Vendedor(a)	14	4,9
Trabajador(a) Sexual	13	4,6
Mesero(a)	5	1,8
Agricultor	2	0,7
Auxiliar de Enfermería	2	0,7
Obrero	2	0,7
Reciclador (a)	1	0,4

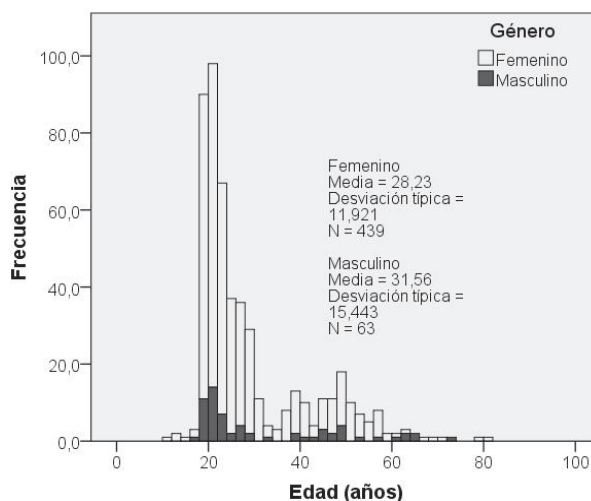


Figura 1. Histograma de edad en población con ETS de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), atendida por esta patología entre los años 2009 y 2011.

En la Tabla 2 se observa que el motivo de consulta sobresaliente fueron los síntomas inespecíficos con un total de 34,8% (Ic95%:30,7%-39,2%), la ETS de mayor predominio fue la candidiasis vulvovaginal con un 52,5% (Ic95%: 48%-56,9%), VPH 12,3% (Ic95%:9,6%-15,6%), vaginitis 12,3% (Ic95%:9,6%-15,6%), herpes genital 7% (Ic95%:5%-9,6%), sífilis 5,2% (Ic95%:5%-9,6%) etc, el tiempo de evolución promedio fue de 34,66 días (Figura 2), el 10,2% presentaron vaginitis como antecedentes de

ETS (Ic95%:7,7%-13,3%), el tipo de transmisión predominante fue la horizontal con un 99,4% (Ic95:98,1%-99,8%).

El 93,4% (Ic95%:90,7%-95,4%) se sometieron a tratamiento; el 89,4% (Ic95%:85,7%-92,4%) de las mujeres tenían el antecedente de haberse realizado citología vaginal, frotis vaginal el 48,5% (Ic95%:40,8%-56,3%), serología al 66,5% (Ic95%:60,6%-72,2%), siendo la más frecuente VDRL en el 97,8% (Ic95%:94,4%-99,4%) de éstos, se remitieron el 26,1% (Ic95%:21,6%-31,1%). 12,6% fueron intervenidos siendo pomey la intervención más frecuente en el 79,4% (Ic95%:67,3-88,5%) de éstos.

Tabla 2. Variables con relación a ETS encontradas en los pacientes atendidos en ASSBASALUD en los años 2009 a 2011		
Motivo de consulta	N	%
Inespecíficos	175	34,8
Secreciones Genitales	154	30,6
Prurito Genital	123	24,5
Úlceras Genitales	28	5,6
Disuria	12	2,4
Dispareunia	5	1,0
Verrugas Genitales	5	1,0
Otros citología	1	0,2
Diagnóstico de ETS	N	%
Candidiasis vulvovaginal	264	52,5
VPH	62	12,3
Vaginitis	62	12,3
Herpes genital	35	7,0
Sífilis	26	5,2
Tricomoniasis	20	4,0
Blenorragia	17	3,4
Sífilis gestacional	8	1,6
VIH-SIDA	8	1,6
Sífilis congénita	1	0,2
Tiempo de evolución de la enfermedad (días)	Válidos	503
	Promedio	34,66
	LI 95%	28,73
	LS 95%	40,58
	DE	67,59
	Mínimo	0
	Máximo	480
Tipo de transmisión	N	%
Horizontal	500	99,4
Vertical	3	0,6

Antecedentes de ETS	N	%
No	324	68,6
Si	148	31,4
Qué antecedente	N	%
Vaginitis	48	32,4
Candidiasis vulvovaginal	47	31,8
VPH	26	17,6
Sífilis	14	9,5
Herpes genital	4	2,7
Tricomoniasis	3	2
Blenorragia	2	1,4
Sífilis gestacional	2	1,4
VIH-SIDA	2	1,4
Tratamiento	N	%
Si	452	93,4
No	32	6,6
Sin Dato	19	
Antecedentes de intervenciones ginecológicas	N	%
Pomey	50	79,4
Histerectomía	7	11,1
Cauterización cérvix	3	4,8
Vaporización	3	4,8
Sin dato	440	
Paraclínicos	N	%
Si	414	87,9
No	57	12,1
Sin dato	32	
Citología	N	%
Si	319	89,4
No	38	10,6
Resultado Citología	N	%
Negativo	188	87,9
NIC 1	17	7,9
NIC 2	4	1,9
Sin Dato	105	
Elisa	N	%
Si	64	37,6
No	106	62,4
Resultados Elisa	N	%
No reactivo	37	84,1
Reactivo	7	15,9
Sin Dato	20	
Frotis vaginal	N	%
No	87	51,5
Si	82	48,5
Resultado Frotis	N	%
Leucocitos abundantes	23	38,3
Normal	5	8,3
Blastoconidias positiva	5	8,3

Tabla 2. Variables con relación a ETS encontradas en los pacientes atendidos en ASSBASALUD en los años 2009 a 2011

Otros	27	45,1
Faltantes	21	
Serología	N	%
Si	179	66,5
No	90	33,5
Cuál serología	N	%
VDRL	175	97,8
FTA-ABS	3	1,7
RPR	1	0,6
Resultado serología	N	%
No reactivo	92	68,1
Reactivo	43	31,9
Sin dato	45	
Remisión	N	%
No	255	73,9
Si	90	26,1
Sin Dato	158	
Otros exámenes	N	%
Hepatitis B	11	57,9
Colposcopia	5	26,3
Frotis de secreción uretral	3	15,8
Sin dato	484	

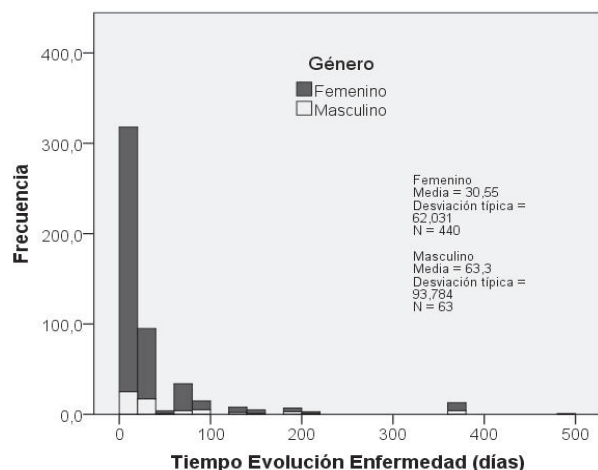


Figura 2. Histograma de tiempo de evolución de la patología en la población de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), atendida ETS entre los años 2009 y 2011

La Tabla 3 muestra que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 15,79 años, siendo múltiples (10 o más) en el 30,7% (Ic95%:25,5%-36,3%) el número de parejas

sexuales más frecuente, emplean preservativo el 15,5% (Ic95%:12%-19,8%), consume sustancias el 19,3% (Ic95%:15,5%-23,9%) siendo la más frecuente el alcohol con un 60% (Ic95%:47,6%-71,5%) entre los que consumen.

Tabla 3. Variables relacionadas con factores de riesgo encontradas en los pacientes atendidos en ASSBASALUD en los años 2009 a 2011

Edad de inicio de relaciones sexuales (años)	Validos	263
	Promedio	15,79
	LI 95%	15,57
	LS 95%	16,01
	DE	1,81
	Mínimo	7
	Máximo	21
Número de pareja sexuales	N	%
Múltiples (10 o más)	91	30,8
1	85	28,8
2	56	19,0
3	37	12,5
4	14	4,7
5	7	2,4
6	2	0,7
7	1	0,3
8	1	0,3
9	1	0,3
Sin dato	207	
Consumo de sustancias	N	%
No	292	80,7%
Si	70	19,3
Sin Dato	141	
Consumo de sustancias	N	%
Alcohol	42	8,3
Marihuana	18	3,6
Bazuco	4	0,8
Bóxer	2	0,4
Cocaína	2	0,4
Popers	2	0,4
Uso de preservativo	N	%
No	305	84,5
Si	56	15,5
Sin Dato	142	
Antecedentes de abortos en mujeres con ETS	N	%
1	76	83,5
2	10	11,0
3	3	3,3
>3	2	2,2

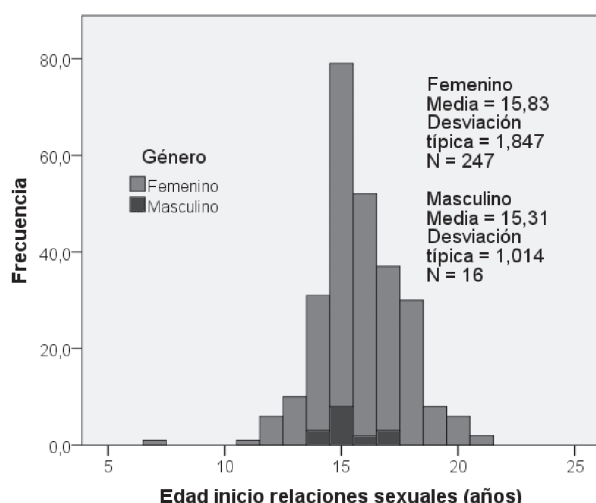


Figura 3. Histograma de edad de inicio de relaciones sexuales en la población de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), atendida por ETS entre los años 2009 y 2011.

Relaciones entre variables

Empleando el procedimiento de χ^2 se determinó la relación entre el diagnóstico de ETS y las diferentes variables nominales incluídas en el estudio, la Tabla 4 muestra los resultados de este análisis del cual se excluyó el VIH-SIDA por tener pocos casos y los diferentes tipos de sífilis se fundieron en uno solo.

En la mencionada Tabla se observa que para el género femenino la ETS más frecuente fue candidiasis vulvovaginal (Figura 4) con un 60,3%, para el género masculino la mayor proporción se presenta con el herpes genital con un 33,3%.

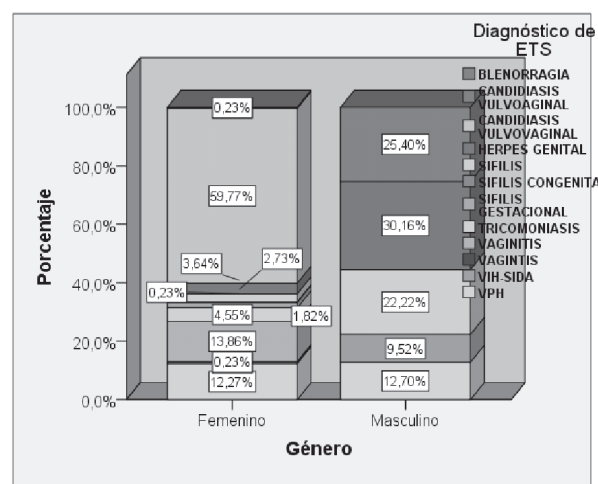


Figura 4. Diagnósticos de ETS por género en la población de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), atendida por esta patología entre los años 2009 y 2011.

La Figura 5 muestra la relación con tipo de unión, allí se observa que solo se diagnosticó blenorragia en los pacientes con unión no estable.

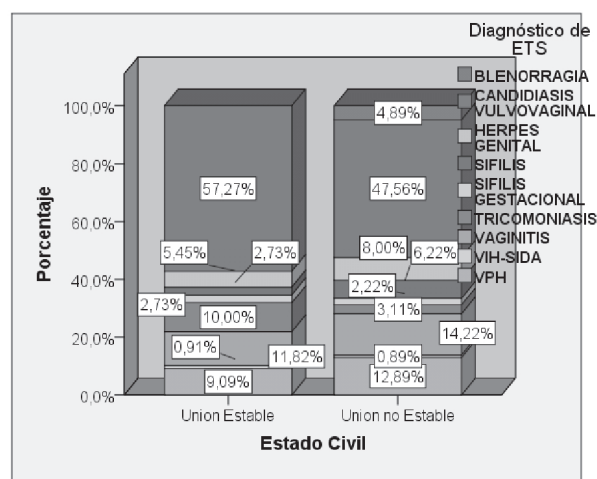
Tabla 4. Relación entre ETS con variables nominales en la población diagnosticada con ETS en ASSBASALUD ESE entre los años 2009 y 2011									
			Diagnóstico de ETS						
			Blenorragia	Candidiasis vulvovaginal	Herpes genital	Sífilis	Tricomoniasis	Vaginitis	VPH
Género	Femenino	N	1	264	16	21	20	62	54
		%	0,2	60,3	3,7	4,8	4,6	14,2	12,3
	Masculino	N	16	0	19	14	0	0	8
		%	28,1	0	33,3	24,6	0,0	0,0	14
Unión	No	N	5	19	8	8	1	6	5
		%	9,6	36,5	15,4	15,4	1,9	11,5	9,6
	Si	N	4	167	12	11	13	42	31
		%	1,4	59,6	4,3	3,9	4,6	15	11,1
Tipo de ocupación	Hogar	N	0	112	5	8	12	30	16
		%	0	61,2	2,7	4,4	6,6	16,4	8,7
	Estudiante	N	4	35	3	1	0	8	11
		%	6,5	56,5	4,8	1,6	0	12,9	17,7
	Trabajador(a)	N	0	7	1	1	0	2	2
		%	0	53,8	7,7	7,7	0	15,4	15,4
	Vendedor(a)	N	0	10	2	0	0	0	0
		%	0	83,3	16,7	0	0	0	0

Tabla 4. Relación entre ETS con variables nominales en la población diagnosticada con ETS en ASSBASALUD ESE entre los años 2009 y 2011

			Diagnóstico de ETS							
			Blenorragia	Candidiasis vulvovaginal	Herpes genital	Sífilis	Tricomoniasis	Vaginitis	VPH	P
Estado Civil	Unión Estable	N	0	63	6	6	11	13	10	0,013
		%	0	57,8	5,5	5,5	10,1	11,9	9,2	
	Unión No Estable	N	11	107	18	19	7	32	29	
		%	4,9	48	8,1	8,5	3,1	14,3	13	
Motivo de Consulta	Otros	N	5	54	18	27	10	11	43	0,000
		%	3	32,1	10,7	16,1	6	6,5	25,6	
	Prurito Genital	N	0	94	4	0	3	16	6	
		%	0	76,4	3,3	0	2,4	13	4,9	
	Secreción Genital	N	9	102	1	3	6	30	3	
		%	5,8	66,2	0,6	1,9	3,9	19,5	1,9	
	Verrugas Genitales	N	1	14,8%	0	0	0	0	4	
		%	20	0	0	0	0	0	80,0	
Consumo de Sustancias	No	N	6	168	15	14	8	42	38	0,000
		%	2,1	57,7	5,2	4,8	2,7	14,4	13,1	
	Si	N	6	21	11	12	4	7	6	
		%	9,0	31,3	16,4	17,9	6,0	10,4	9,0	
Antecedente de ETS	No	N	13	164	27	29	13	34	39	0,001
		%	4,1	51,4	8,5	9,1	4,1	10,7	12,2	
	Vaginitis	N	0	38	1	0	0	5	4	
		%	0,0	79,2	2,1	0,0	0,0	10,4	8,3	
	Candidiasis Vulvovaginal	N	0	35	1	0	4	5	2	
		%	0	74,5	2,1	0	8,5	10,6	4,3	
	VPH	N	1	12	1	0	0	4	8	
		%	3,8	46,2	3,8	0	0	15,4	30,8	
Remisión	No	N	4	173	15	9	8	32	13	0,000
		%	1,6	68,1	5,9	3,5	3,1	12,6	5,1	
	Si	N	6	22	7	10	1	5	35	
		%	7,0	25,6	8,1	11,6	1,2	5,8	40,7	
Paracélicos	No	N	1	31	13	0	1	5	5	0,000
		%	1,8	55,4	23,2	0	1,8	8,9	8,9	
	Si	N	14	214	19	35	17	54	54	
		%	3,4	52,6	4,7	8,6	4,2	13,3	13,3	
Serologías	No	N	0	66	2	0	3	17	1	0,000
		%	0,0	74,2	2,2	0	3,4	19,1	1,1	
	Si	N	13	48	14	35	6	18	41	
		%	7,4	27,4	8,0	20	3,4	10,3	23,4	
Elisa	No	N	1	65	7	7	4	16	6	0,003
		%	0,9	61,3	6,6	6,6	3,8	15,1	5,7	
	Si	N	2	19	3	8	2	9	14	
		%	3,5	33,3	5,3	14	3,5	15,8	24,6	
Otros exámenes	Colposcopia	N	0	1	0	1		0	3	0,018
		%	0,0	20	0,0	20		0	60,0	
	Frotis de Secreción uretral	N	2	0	0	1		0	0	
		%	66,7	0,0	0,0	33,3		0	0	
	Hepatitis B	N	0	7	1	0		1	2	
		%	0,0	63,6	9,1	0		9,1	18,2	

Tabla 4. Relación entre ETS con variables nominales en la población diagnosticada con ETS en ASSBASALUD ESE entre los años 2009 y 2011

			Diagnóstico de ETS							P
			Blenorragia	Candidiasis vulvovaginal	Herpes genital	Sífilis	Tricomoniasis	Vaginitis	VPH	
Intervenciones Ginecológicas	Cauterización cérvix	N		0	0	1	0	1	1	0,000
		%		0	0,0	33,3	0,0	33,3	33,3	
	Histerectomía	N		4	0	0	0	3	0	
		%		57,1	0	0	0	42,9	0	
	Pomeroy	N		35	4	0	4	2	4	
		%		71,4	8,2	0	8,2	4,1	8,2	
	Vaporización	N		1	0	0	0	0	2	
		%		33,3	0	0	0	0	66,7	
Tratamiento	No	N	4	8	3	0	0	4	10	0,000
		%	13,8%	27,6	10,3	0	0	13,8	34,5	
	Si	N	12	249	31	34	20	52	49	
		%	2,7	55,7	6,9	7,6	4,5	11,6	11	

**Figura 5. Relación entre diagnóstico de ETS y tipo de unión en la población de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), atendida por esta patología entre los años 2009 y 2011.**

Mediante el procedimiento de análisis de varianza se probó la relación entre el diagnóstico y la edad a la que se efectúa y la edad de inicio de relaciones sexuales. No se encontró relación con la edad de inicio de relaciones sexuales, pero sí con edad de diagnóstico como se ve en la Tabla 5, en la cual se observa que la ETS diagnosticada a más temprana edad es el VPH 25,62 años, y el más tardío el herpes genital a los 32 años. De este análisis se excluyó el VIH-SIDA por presentar pocos casos.

Tabla 5. Relación entre diagnóstico de ETS y edad de diagnóstico en pacientes atendidos por ETS en ASSBASALUD ESE entre los años 2009 y 2011

P=0,028	Diagnóstico	N	Subconjunto	
			1	2
Discriminación de promedios-Tukey	VPH	62	24,52	
	Blenorragia	17	24,65	
	Vaginitis	62	27,34	
	Candidiasis vulvo-vaginal	263	29,43	
	Tricomoniasis	20	30,10	
	Sífilis	35	30,37	
	Herpes genital	35	32,26	
Discriminación de promedios de Duncan	VPH	62	24,52	
	Blenorragia	17	24,65	
	Vaginitis	62	27,34	27,34
	Candidiasis vulvo-vaginal	263	29,43	29,43
	Tricomoniasis	20	30,10	30,10
	Sífilis	35	30,37	30,37
	Herpes genital	35		32,26

Discusión

Las enfermedades de transmisión sexual son un problema de salud pública en todas las culturas con claros factores de riesgo como la edad, edad inicio relaciones sexuales, no uso de preservativo y mal control de salud pública.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual más prevalentes, en el estudio

se encontró que la candidiasis vulvovaginal predominó entre las mujeres con 60,3%, entre tanto para los hombres fue el herpes genital con 33,3%. En un estudio realizado por Araujo y col¹⁵ en la zona rural del nordeste del Brasil, en el año 2007 se encontró que el VPH fue la enfermedad con mayor prevalencia con un 11,7%, análogo resultado al obtenido por Forhan y col²² en el año 2003-2004 en un estudio entre adolescentes mujeres de 14-19 años participantes en la encuesta de salud y nutrición de los Estados Unidos (18,3%). En el estudio realizado en 69 trabajadoras sexuales por Alvis y col¹⁶ en Montería (Colombia) en el 2007, se encontró que la clamidia y la candida tienen igual prevalencia con el 12,5%, lo que difiere de la presente investigación donde este germen se observó en el 60,3% entre la población femenina. Así mismo se encuentra que la blenorragia tuvo una prevalencia del 28,1% en hombres, difiriendo de los resultados encontrados por Pérez²³ en el municipio de Baragua (Cuba) en el año 2000 quien realizó un estudio entre 117 sancionados militares donde menciona una prevalencia del 17,9%. En el estudio realizado por Arias-Rentería y colaboradores²⁴ en mujeres atendidas en Manizales, Colombia, se encontró que de una muestra de aproximadamente 1500 historias de mujeres sexualmente activas revisadas en ASSBASALUD ESE y la Liga Contra el Cáncer, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 17,9 años. 19,3% de los pacientes tuvieron antecedente de ETS, de estos un 73,3% fue por VPH, 4,3% usó método anticonceptivo de barrera²⁴. En 131 pacientes femeninas sintomáticas que fueron estudiados en Bogotá, Colombia por Muller²⁵ en el 2008, en los que se encontró vaginosis bacteriana como predominante (46%) y le sigue cándida (16%), sífilis (7%) y chlamydia trachomatis (6%).

Contrariamente a lo sucedido en¹⁷, en el presente estudio no se encontró relación entre la presencia de ETS y consumo de drogas.

Aunque podría juzgarse que el antecedente de ETS está relacionado con la incidencia

de nuevas ETS en este estudio, el perfil ETS resultó no tener dependencia significativa con el antecedente de estas patologías, resultado que coincide con un estudio realizado por Díez²⁶ en el año 2011 en el instituto Carlos III de Barcelona (España), en el cual refiere que episodios pasados de ETS no dejan inmunidad, por lo que persiste la posibilidad de reinfección ante una nueva exposición.

En este estudio se encontró que el motivo de consulta más frecuente fue el representado por los síntomas inespecíficos, con 34,8%, seguido por las secreciones genitales en un 30,6% y el prurito genital con el 24,5%. Hallazgos similares mostró el estudio realizado por Valdez⁵ en el año 2008, quien indica que la leucorrea es el motivo de consulta más frecuente en el Hospital de Puebla (México), en el 73%, seguido del prurito en el 67%; las manifestaciones inespecíficas fueron menos frecuentes en el mencionado estudio. También se encontró una alta proporción de enfermedad asintomática en el estudio realizado por Sánchez²⁷, en un grupo de mujeres jóvenes, en el año 2006 en Bogotá (Colombia), en el cual el 34,8% de los casos no tenían síntomas específicos.

Con respecto al estado civil, se halló que la mayoría de los pacientes se encuentran en unión no estable, 67,2% lo cual coincide con los resultados de Valdez⁵ en el año 2008 en su estudio realizado en el Hospital de Puebla, donde los pacientes con mayor tasa de ETS fueron los solteros. Lo anterior se contradice con el estudio realizado por Betancourt y col²⁸ en el área de Cabo de Santiago (Cuba) en 24 pacientes con ETS en el 2002 donde el estado civil casado fue el predominante con 54,2%.

Se ha propuesto que el número de parejas sexuales tiene influencia en la prevalencia y aparición de ETS, como lo indica Tucker y col²⁹ en su estudio con adolescentes de Estados Unidos en el año 2004, hecho que también se refleja en el presente estudio, donde se encuentra que 30,8% de los pacientes tenían múltiples parejas sexuales, al igual que en

estudios realizados en España, como el de Teva y col¹³ año 2007, en el cual se afirma que las múltiples parejas sexuales constituyen un factor de riesgo principal para la adquisición de ETS. También se reportan estudios que no encuentran una asociación significativa, como en el realizado en el año 2000 por Escobar³⁰ en 3 veredas del departamento de Caldas, encontrando que la infección por VPH y la edad de inicio de relaciones sexuales no tienen una relación directa y que no había una relación clara entre el número de parejas sexuales y las ETS³⁰. De la muestra (129 mujeres), 76 (58%) afirmaron que su primer coito vaginal fue entre los 16 y 20 años, solo 32 mujeres (24%) utilizaron método anticonceptivo en la primera vez y únicamente 24 mujeres utilizaban el condón (18%). A 90 mujeres (69%) nunca le habían diagnosticado ETS y a 39 sí. Lo que revela nuevamente la alta proporción de no empleo del condón. Al igual que en el presente estudio.

La realización de exámenes paraclínicos es de carácter esencial para el tamizaje, control, diagnóstico de ETS. En el estudio realizado por Sánchez²⁷ en el año 2006 se destaca la importancia del método paraclínico en el diagnóstico de ETS mostrando una sensibilidad general de 70-90% y una especificidad del 100%, coincidiendo con los resultados de la presente investigación.

El tratamiento es un factor indiscutible para la prevención del contagio poblacional y la promoción de la salud a nivel mundial. Desafortunadamente este parámetro no se lleva a cabo de manera regular en la población de ASSBASALUD ESE, encontrando algunas historias diagnosticadas con ETS y sin esquema de tratamiento (6,6%) en las cuales se encontraba el diagnóstico y hacía falta el registro del de tratamiento y en otras ocasiones el tratamiento no coincidió con la enfermedad diagnosticada. En la bibliografía consultada pocos autores hacen énfasis en la importancia de un tratamiento pertinente y efectivo de

acuerdo al diagnóstico. En el estudio realizado por Díez y col²⁶ en el año 2011 el instituto Carlos III de Barcelona (España), afirma que el diagnóstico y el tratamiento precoz de las ETS es importante para interrumpir la transmisión y las secuelas que producen.

La proporción de población que hace uso cotidiano de condón en esta muestra es de 15,5%, una frecuencia de empleo mayor a lo informado en la Guyana Francesa al evaluar a trabajadoras sexuales.²⁹ Varela³¹, en su estudio efectuado el año 2011, también evidencia una alta proporción (entre el 70-80% aproximadamente) de no uso del preservativo que predomina en los mayores de 25 años y no existen diferencias significativas en el uso y no uso de este método de barrera, según los grados de escolaridad³⁰. También en²¹ Alvis en su estudio realizado en Montería, en el año 2007, entre trabajadoras sexuales, encontró una baja proporción de empleo de preservativos (15,4%). La ETS más frecuente en esta población fue neisseria gonorrea (21,7%).

La edad de inicio de relaciones sexuales en la presente investigación tiene un promedio de 15,79 años resultado similar al obtenido por Gámez-Herrera y col³², en su estudio ejecutado en Orizava Veracruz en el año 2007 en México, y en el cual obtuvo 15,7±0,92 años.

Los resultados indican que en el presente estudio el 62,4% cursaban secundaria comparado con un estudio realizado por Araujo¹⁵ en población rural del nordeste Brasil en edad reproductiva donde fue de 70%. En un estudio realizado en Yopal, Colo Castañeda³³ en el año 2009 refleja la debilidad de conocimiento, actitud y prácticas sexuales que van a influir en la predisposición y contagiosidad de las ETS. De los 2812 encuestados, solo 33,1% refirió que en alguna de las consultas médicas generales en el último año había recibido información acerca de la prevención de las ETS.³² Este aspecto no se consideró en la presente investigación.

Las principales fortalezas de la actual investigación fueron: que la muestra representativa de la población que asiste a consulta en los centros de salud ASSBASALUD fue analizada bajo criterios estandarizados, y por lo tanto, se logró obtener datos locales sobre la prevalencia en relación a la etiología en una población sintomática, por el contrario la debilidad del estudio fue que no se obtuvieron datos acerca de la proporción de pacientes que volvieron a recaer después del tratamiento³⁴. Se plantea la necesidad de evaluar los factores de riesgo específicos para ETS en la población del presente estudio con el objeto

de fortalecer los programas de promoción y prevención que logren disminuir estas patologías. En investigaciones actuales se indica que la evaluación del riesgo de contraer una ETS puede ser un enfoque práctico y factible para determinar las conductas sexuales que aumentan el riesgo de contraer ETS, con el fin de brindar orientación general a los pacientes, incluso durante la elección de un método anticonceptivo³⁴.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Fuente de Financiación: Universidad de Manizales.

Literatura citada

1. Campo-Arias A. **Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas.** *MedUNAB* 2009; 12: 86-90.
2. Cortés-Alfaro A, Sordo ME, Cumbá C, García R, Fuentes J. **Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de la Habana, 1995-1996.** *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2000; 38 (1): 53-62.
3. Goncalves C, Castella J, Carlotto S. **Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes.** *R interam Psicol* 2007; 41(2): 161-166.
4. Fariñas AT, Berdasquera D, Ramos I. **Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(6): 532-539.
5. Valdez J, Abad M, Vallejo C, Enríquez M. **Prevalencia y características clínicas de enfermedades de transmisión sexual en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de Puebla, 2008.** *Enf Inf Microbiol* 2010; 30: 19-24.
6. García P, Blas M. **Las infecciones de transmisión sexual y el VIH: la epidemia desde una visión global y local.** *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2007; 24(3): 199-201.
7. Staras S, Cook R, Clark D. **Sexual Partner Characteristics and Sexually Transmitted Diseases Among adolescents and Young Adults.** *Sex Transm Dis* 2009; 36 (4): 232-238.
8. López Uribe A, Domínguez M, Pérez G, Goldaraz M, Hernández I. **Infecciones por transmisión sexual en un grupo de Adolescentes embarazadas.** *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51(4):144-146.
9. Hsien W. **College students' perspectives in sexually transmitted infections (STIs) in Malaysia, Singapore, England and the US: Formative evaluation insights and implications.** *Journal of Intercultural Communication Research* 2006; 35(3):219-233.
10. Gurvey J, Adler N, Ellen J. **Factors Associated With Self-Risk Perception for Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents.** *Sex Transm Dis* 2005; 32(12): 742-744.
11. Mondal N, Hossain K, Islam R, Mian A. **Sexual behavior and sexually transmitted diseases in street-based female sex workers in Rajshahi City, Bangladesh.** *Braz J Infect Dis* 2008; 12 (4): 287-292.
13. Teva I, Bermúdez M, Buela-Casal G. **Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007.** *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83 (2): 309-320.
14. Cortés A, García R, Monterrey P, Fuentes J, Pérez D. **SIDA, adolescencia y riesgos.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(3): 253-260.
15. Araujo F, Pflieger V, Lang K, Heukelbach J, Miralles I, Fraga F, et al. **Sexually transmitted infections, bacterial vaginosis, and candidiasis in women of reproductive age in rural Northeast Brazil: a population- based study.** *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2007; 102(6): 751-756.
16. Alvis N, Mattar S, García J, Conde E, Díaz A. **Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia.** *Salud pública (Bogotá)* 2007; 9 (10): 86-96.

17. Arias I, Cañon S, Castaño J, Giraldo M, Hans E, Herrera M, et al. **Relación entre comportamientos sexuales, y uso de drogas y alcohol en estudiantes de algunos colegios públicos de Manizales, Colombia 2008.** *Arch Med (Manizales)* 2009; 9 (2): 132-145.
18. Alonso LM, Perez MG, Alcala G, Luboy A, Consuegra A. **Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en barranquilla (Colombia).** *Salud Uninorte* 2008; 24 (2): 235-247.
19. Rodríguez AF, Vergara T, Barona C. **Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali- Colombia.** *Rev Latinoam Cienc Coc Niñez Juv* 2009; 7(2): 1513-1533.
20. Uribe AF, Orcasita LT, Vergara T. **Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos 2010.** *Act Colomb Psicol* 2010; 13 (1): 11-24.
21. Alvis N, Mattar S, García J, Conde E, Díaz A. **Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de montería, Colombia.** *Salud Pública (Bogotá)* 2007; 9(1): 86-96.
22. Forhan S, Gottlieb S, Sternberg M, McQuillan G, Markowitz L, Markowitz B, et al. **Prevalence of Sexually Transmitted Infections Among Female Adolescents Aged 14 to 19 in the United States.** *Pediatrics* 2009; 124 (6): 1505-1512.
23. Pérez J, Brunely M. **Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(3):270-274.
24. Arias-Rentería AJ, Botero-Baena SM, Castaño-Castrillón JJ, Chicué-Prado J, Díaz-Ramírez D, Giraldo-González GC, et al. **Hallazgos en la citología vaginal y colposcopia y su asociación con infección por VPH y otros factores de riesgo para cáncer de cérvix en mujeres atendidas en entidades de Manizales (Colombia).** *Arch Med (Manizales)* 2010; 10(2): 151-162.
25. Angel Muller E. **Frecuencia de infecciones del tracto genital femenino en mujeres sintomáticas y uso de pruebas rápidas para su diagnóstico en una población de Bogotá, Colombia (2008).** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2010; 61(3): 220-230.
26. Díez M, Díaz A. **Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control.** *Rev Esp Sanid Penit* 2011; 13: 58-66.
27. Sánchez RM, Ruiz AI, Ostos OL. **Prevalencia de chlamydia trachomatis detectada por reacción en cadena de la polimerasa en un grupo de mujeres jóvenes sintomáticas y asintomáticas en Bogotá, Colombia.** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006; 57 (3): 171-181.
28. Betancourt L, Leyva I, Moya M, Hechavarria M. **Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en el área "La Caoba".** *Rev Cubana Enfermer* 2002; 18(2): 92-97.
29. Tucker C, Hallfors D, Bauer D, Iritani B, Waller M, Cho H. **Implications of racial and gender differences in patterns of adolescent risk behavior for HIV and other sexually transmitted diseases.** *Perspect Sex Repro H* 2004; 36(6): 239-247.
30. Escobar GM. **Relación entre las conductas sexuales y algunas patologías crónicas del tracto genital inferior femenino.** *Hacia la promoción de la salud* 2007; 12 (6): 165-177.
31. Varela MT. **Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en la población adulta de Colombia.** *Rev Cub Sal Public* 2011; 37 (4): 472-481.
32. Gámez-Herrea A, García-García JM, Martínez-Torres J. **Factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años.** *Rev Fac Med UNAM* 2007; 50(2): 80-83.
33. Castañeda O, Ortega NG, Reyes Y, Segura O, Duarte M. **Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia.** *Investigaciones Andina* 2009; 19(11): 31-48.
34. Carter KH, Harry BP, Jeune M, Nicholson D. **HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana.** *Rev Panam Salud Publica* 1997; 1:451-458.