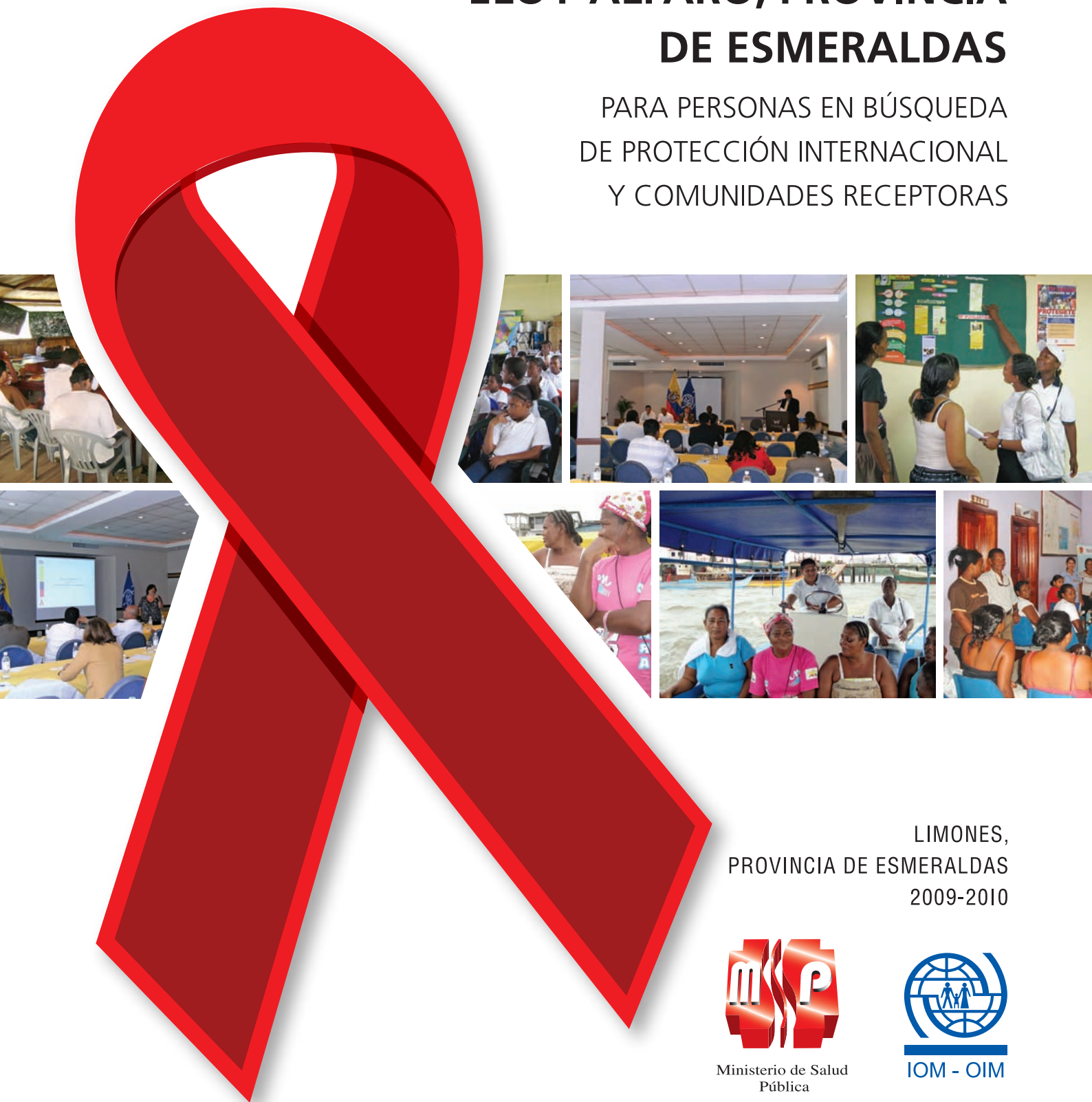


DIAGNÓSTICO Y MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH EN LA PARROQUIA VALDEZ (LIMONES), CANTÓN ELOY ALFARO, PROVINCIA DE ESMERALDAS

PARA PERSONAS EN BÚSQUEDA
DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL
Y COMUNIDADES RECEPTORAS



LIMONES,
PROVINCIA DE ESMERALDAS
2009-2010



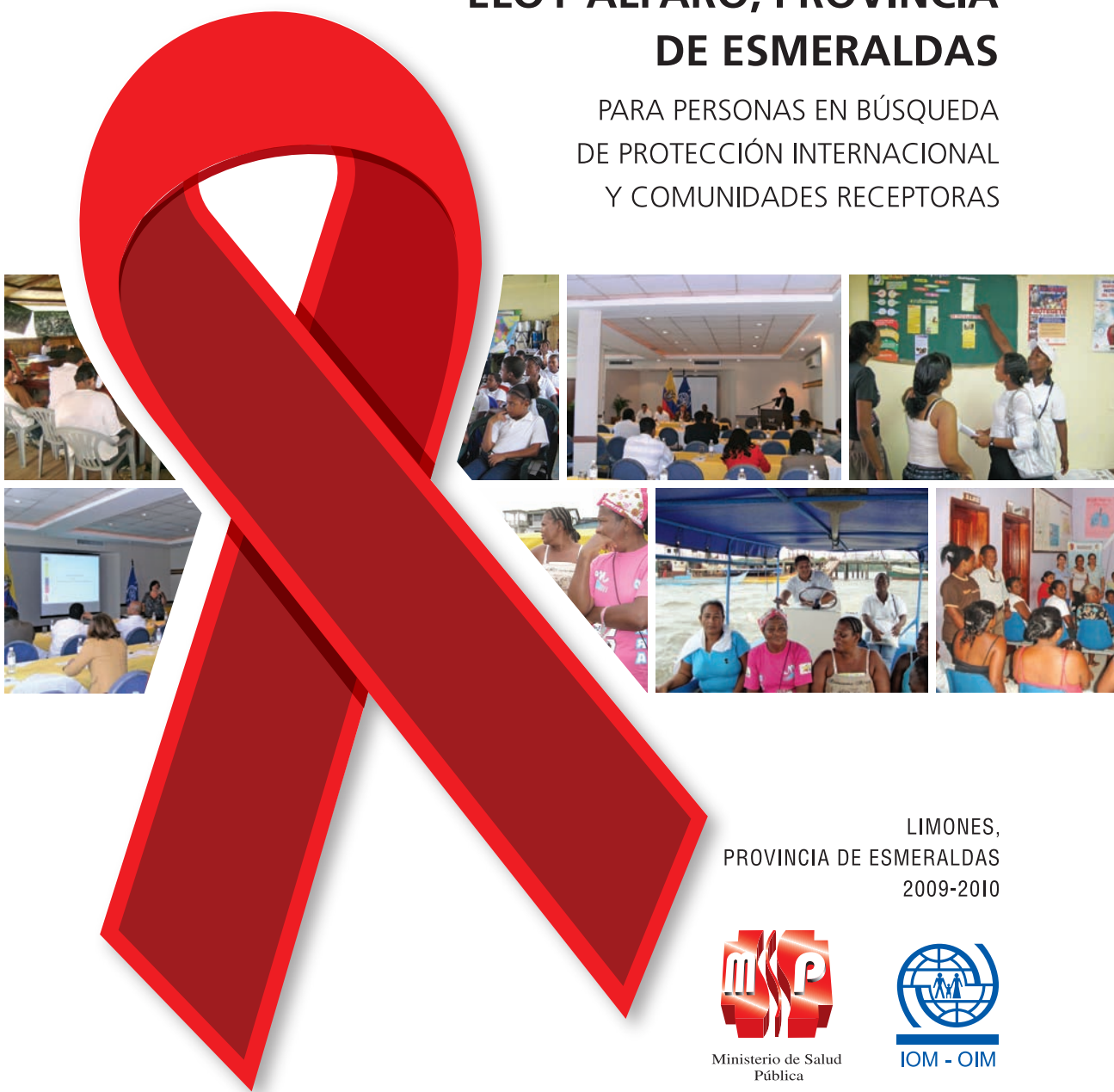
Ministerio de Salud
Pública



IOM - OIM

DIAGNÓSTICO Y MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH EN LA PARROQUIA VALDEZ (LIMONES), CANTÓN ELOY ALFARO, PROVINCIA DE ESMERALDAS

PARA PERSONAS EN BÚSQUEDA
DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL
Y COMUNIDADES RECEPTORAS



LIMONES,
PROVINCIA DE ESMERALDAS
2009-2010



Ministerio de Salud
Pública



IOM - OIM

Primera edición: Quito – Ecuador, Noviembre 2010

Organización Internacional para las Migraciones, OIM Misión Ecuador

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad que los acoge. En su calidad organismo intragubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo, fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América, Buró de Población, Refugiados y Migración (PRM).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador:

Dr. David Chiriboga Allnutt
Ministro de Salud Pública

Dra. Carmen Laspina Arellano
Directora General de Salud

Dr. Juan Moreira
Directora del Departamento de Mejoramiento de la Salud Pública

Dr. Luis Morales
Jefe Nacional del Programa de de VIH/Sida - ITS

Dra. Susana Tamayo Tello
Responsable de prevención VIH/Sida - ITS

Dr. César Díaz Cortez
Director Provincial de Salud de Esmeraldas

Dr. Raúl Panchano Mideros
Director del Área de salud No.8 Hospital de Limones - Año 2008

Dr. Johnny Álvarez Jara
Coordinador Técnico del Hospital Civil de Limones Área No.8 Hospital de Limones - Año 2009

Laboratorio:

Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar - CEMOPLAF

Organización Internacional para las Migraciones OIM

Rogelio Bernal
Jefe de Misión OIM Ecuador

Juan Fernando Borja
Oficial MMS

Walter Moya Pacheco
Consultor OIM

Hilda Sánchez
Monitora de campo OIM

Ana Guzmán
Comunicadora OIM

Diseño y diagramación
Ziette diseño

Fotografía
OIM
Walter Moya Pacheco

Impreso y hecho en Ecuador

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO	8
3. MÉTODOS Y MATERIALES	9
3.1 TIPO DE ESTUDIO	9
3.2 GRUPO OBJETIVO	9
3.3 CAPACITACIÓN	9
3.4 METODOLOGÍA DEL PROCESO	11
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1 MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS	11
• Ventajas	
• Desventajas	
• Síntomas	
4.1.1 SÍNDROME ÚLCERA GENITAL	12
• Etiología	
4.1.2 SÍNDROME DE SECRECIÓN CÉRVICO-VAGINAL	13
• Etiología	
4.1.3 SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO	14
• Etiología	
• Clasificación	
• Criterios mayores	
• Criterios menores	
4.2 DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO	15
4.2.1 FACTORES DE RIESGO	17
4.2.2 DIAGNÓSTICO	18
• Citología	
• Clasificación de la citología	
• Colposcopia	
• Colposcopia del cuello uterino	
• Colposcopia vaginal	
• Colposcopia vulvar	
• Histopatología	
5. MATRIZ DE VARIABLES	21

6. RESULTADOS 22

- Grupos de edad de las pacientes investigadas
- Nacionalidad de las pacientes investigadas
- Estado civil de las mujeres investigadas
- Nivel de instrucción de las pacientes investigadas
- Ocupación de las mujeres incluidas en la investigación
- Número de gestaciones de las mujeres incluidas en la investigación
- Promedio de gestaciones por nivel de instrucción
- Número de partos en las pacientes investigadas
- Número de abortos en mujeres incluidas en la investigación
- Número de cesáreas
- Planificación familiar
- Métodos de planificación familiar utilizados
- Uso del condón en la última relación sexual
- Número de parejas sexuales
- Papanicolau realizado previamente
- Síndromes encontrados en las pacientes investigadas
- Característica encontrada en el cuello uterino
- Resultados de la citología
- Resultado de la colposcopia vaginal
- Resultado de la colposcopia vulvar
- Diagnóstico colposcópico
- Biopsias realizadas en la copolcopia
- Resultados histopatológicos de las biopsias
- Prueba de RPR y VIH realizadas a las pacientes investigadas
- Síndromes e ITS encontradas en las pacientes investigadas

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS 34

8. CONCLUSIONES 38

9. RECOMENDACIONES 40

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 42

PRESENTACIÓN



El Ministerio de Salud Pública del Ecuador / Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA-ITS, a través de la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas y de las áreas de Salud N° 6 y N° 8, en coordinación con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), vienen trabajando desde hace 3 años en los cantones San Lorenzo y Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas, en la frontera norte del Ecuador, en varios proyectos de investigación y atención, cuyos objetivos apuntan a conocer la prevalencia de VIH/Sida; sensibilizar y prevenir sobre temas de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) en la población en búsqueda de protección internacional y receptora.

En el año 2007 se realizó la primera intervención, que comprendió un estudio de la prevalencia y factores de riesgo de VIH/Sida en San Lorenzo y Tambillo; la conformación de brigadas en salud sexual y reproductiva de emergencia; y, la implementación de tres salas de consejería en VIH/SIDA, ubicadas en el Hospital Divina Providencia, de la ciudad de San Lorenzo, el Hospital Civil de Limones y el Subcentro de Salud de Tambillo.

Durante el 2008 continuó la investigación de prevalencia y factores riesgo de VIH/Sida en San Lorenzo y Limones, en las comunidades de Pampanal, Tambillo, Tola, Limones, Palma Real, San Francisco y San Lorenzo; y el fortalecimiento del Área de Salud N° 8 del Hospital Civil de Limones.

En el año 2009 se desarrolló el diagnóstico y manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en población en búsqueda de protección internacional y población receptora de San Lorenzo.

Para el año 2010 se amplió el diagnóstico y manejo sindrómico de las ITS al cantón Eloy Alfaro. Se incluyó a mujeres de las comunidades de Pampanal, Santa Rosa, Tambillo, La Tola, La Tolita, Las Peñas, Rompido y Olmedo.

El objetivo de la presente publicación es dar a conocer los resultados del “Diagnóstico del Manejo Sindrómico de ITS y VIH, en la parroquia Valdez (Limones), cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas y contribuir a la toma de decisiones, tendientes a establecer políticas de prevención en salud sexual y reproductiva en zonas de alta migración, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas de estos grupos en situación de vulnerabilidad.

El diagnóstico evidencia varias problemáticas que enfrentan estas poblaciones y afectan directamente a su salud sexual. Mejorar estas condiciones y prevenirlas es una prioridad del Ministerio de Salud Pública, así como el involucramiento de las autoridades nacionales, locales, organismos internacionales y la sociedad civil, para que, de manera conjunta, continuemos trabajando para mejorar estas realidades.

Dr. Luis Morales

Jefe Nacional del Programa de VIH/SIDA-ITS

1. INTRODUCCIÓN



Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen una epidemia de gran magnitud y un problema de salud pública a nivel mundial. Cálculos recientes reportan que cada año se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos de ITS y por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 35 y 50 millones de casos con más de 100.000 ITS por día.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador considera prioritario el enfoque sindrómico para el manejo de las ITS. En este contexto, la OIM ha apoyado el trabajo de esta institución desde el 2007, con varias actividades enfocadas a la atención y prevención de las ITS y VIH, en población en búsqueda de protección internacional y receptora.

La migración de colombianos hacia las fronteras de los países vecinos, por causa de la violencia, es cada vez más compleja y está creciendo en magnitud. Por esta razón, en el 2005, la OIM inició el Programa de Asistencia de Emergencia a lo largo de la frontera de Colombia con Ecuador, Venezuela y Panamá, con fondos provenientes del Buró de Población Refugiados y Migración (PRM) del Gobierno de Estados Unidos. Este Programa brinda asistencia a personas que buscan protección internacional en las tres áreas de fronteras y en las comunidades que las acogen.

En el marco de este Programa, en el Ecuador se identificó la necesidad de trabajar en salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS y VIH/Sida. Por tal motivo, se desarrollaron cuatro diagnósticos relacionados con estos temas (2007, 2008, 2009, 2010) en las comunidades de San Lorenzo, Limones y Tambillo, provincia de Esmeraldas, en donde se registra uno de los mayores índices de VIH a nivel nacional.

El presente documento presenta los resultados del último diagnóstico realizado a los largo del 2010: “Diagnóstico y Manejo Sindrómico de las ITS y VIH, en la parroquia Valdez (Limones), cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas”, que complementa el diagnóstico levantado en el cantón San Lorenzo, en el año 2009.

Esta publicación pretende contribuir a la toma de decisiones orientadas a establecer políticas de prevención en salud sexual y reproductiva en zonas de alta migración, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas de estos grupos en situación de vulnerabilidad.



2. OBJETIVOS DEL PROYECTO



- Determinar los principales síndromes de Infecciones de Transmisión Sexual que presentan las mujeres de comunidades en búsqueda de protección internacional y receptoras del cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas.
- Destacar la importancia de los métodos de *screening*, como citología y colposcopia en el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino.¹
- Establecer las relaciones entre las ITS, principalmente del Virus de Papiloma Humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino, en las mujeres tratadas en el proyecto.
- Establecer los factores de riesgo de mayor importancia para la adquisición de ITS en mujeres de comunidades en búsqueda de protección internacional y receptoras, del cantón Eloy Alfaro.

¹ *Screening* es un término utilizado frecuentemente. Significa métodos, diagnósticos preliminares que se realizan en un número importante de la población para la búsqueda, en este caso, de cáncer de cuello de útero.

3. MÉTODOS Y MATERIALES

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación descriptiva, epidemiológica y de corte transversal, para determinar los principales síndromes de Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres en búsqueda de protección internacional y en comunidades receptoras del cantón Eloy Alfaro, y su relación con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, a través de métodos de screening, como la citología cérvico-vaginal y la colposcopia.

3.2. GRUPO OBJETIVO

La investigación incluyó a 371 mujeres en búsqueda de protección internacional y residentes del cantón Eloy Alfaro, que desearon participar en ella. Previamente, recibieron una explicación pormenorizada de los exámenes a los que podían acceder y el tratamiento que se aplicaría para cada paciente y su pareja si se diagnosticaba alguna ITS. Dichas intervenciones no tenían costo alguno para las pacientes.

3.3. CAPTACIÓN

Las captaciones estuvieron enfocadas, en especial, a las mujeres que participaron de la investigación. Estuvieron involucrados líderes comunitarios, la coordinadora de la investigación, médicos de las áreas de salud del Hospital Civil de Limones y mujeres provenientes de las comunidades de Canchimalero, La Tola, La Tolita, Pampanal, Tambillo, Santa Lucía, Olmedo y Santa Rosa. El objetivo de las captaciones fue explicar detalladamente el proyecto y sus componentes, el tipo de exámenes que se les iba a efectuar, así como los tratamientos, fechas y horario para la realización de los exámenes.

Para llevar a cabo la captación de las mujeres en búsqueda de protección internacional, la coordinadora local del proyecto realizó visitas domiciliarias para explicar acerca de la investigación y entregar invitaciones para que concurran al Hospital Civil de Limones en fechas específicas y accedan a los exámenes y tratamiento, de ser necesario.





3.4. METODOLOGÍA DEL PROCESO

- Presentación de OIM del “Proyecto de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva de Emergencia con énfasis en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida” al Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública;
- Firma de acuerdos interinstitucionales;
- Socialización del Proyecto de investigación con los diferentes actores;
- Capacitación sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS);
- Visitas domiciliarias y reuniones con las mujeres que participaron en la investigación;
- Tomas de muestras para la citología;
- Tomas de muestras de sangre para VIH y sífilis, previa consejería (a cargo del personal de laboratorio, servicio social y de enfermería) y consentimiento;
- Realización de la citología cérvico-vaginal,

histopatología en CEMOPLAF de la ciudad de Quito.

- Entrega personalizada de los resultados del pap test y tratamiento en los casos que fueron necesarios.
- Realización de colposcopia y biopsia en las mujeres que ameritaban estos procedimientos;
- Entrega de resultados de biopsia a las pacientes sometidas a este examen;
- Registro de resultados en el formulario de investigación;
- Análisis de resultados obtenidos en la investigación por técnicos del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA-ITS y el médico consultor;
- Socialización de los resultados obtenidos en la investigación.

Los costos que implicó la ejecución de la investigación fueron financiados por la OIM y el Programa Nacional del VIH/SIDA-ITS. Las mujeres que participaron en la investigación recibieron asistencia gratuita.

4. MARCO TEÓRICO

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han protagonizado, durante las tres últimas décadas, gran parte de los cambios epidemiológicos y clínicos más relevantes de la patología infecciosa. Aunque la incidencia de las ITS bacterianas ha descendido durante la década de los noventa en el mundo occidental, continúa siendo una epidemia que afecta a gran parte del planeta, incluso en los países desarrollados.

El control y profilaxis de las ITS es considerado un problema ginecológico. Muchas ITS se transmiten de modo más eficaz de hombre a mujer que a la inversa, porque el área de exposición es mayor en la mu-

jer, pues la vagina actúa como un reservorio que prolonga el tiempo de exposición a las secreciones infecciosas, y porque el riesgo de traumatismos durante el coito puede ser mayor en la mujer que en el hombre. Las mujeres son más proclives que los hombres a padecer infecciones asintomáticas o subclínicas. En ellas, los síntomas clínicos son menos específicos y algunas pruebas microbiológicas son menos sensibles para detectar la infección, lo que dificulta el diagnóstico. Las mujeres y sus hijos tienen mucho mayor riesgo que los hombres de sufrir secuelas permanentes o de larga duración.

Las ITS engloban una serie de infecciones causadas por virus, bacterias, hongos y protozoos, cuya vía de transmisión preferencial es la sexual. Casi 40 agentes microbianos diferentes pueden transmitirse sexualmente, aunque solo una minoría tiene en la transmisión sexual el mecanismo de diseminación único o predominante (CDC, 2002; Naud, 2000: 731-744).

Estas enfermedades se han reconocido como causas de síndromes patológicos agudos, como las ulceraciones y las secreciones genitales. Sin embargo, ellas también han sido consideradas como causas significativas de morbilidad a largo plazo, en virtud de sus efectos sobre la salud reproductiva, la salud de los lactantes, el cáncer ano-genital y del cuello del útero y otros efectos provocados por el VIH y el Sida.

4.1. MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS

El control sindrómico consiste en un diagnóstico y tratamiento de presunción que se realiza sobre la base de criterios clínicos y epidemiológicos estandarizados.

El control efectivo de las ITS debe ser un elemento común en la prevención de la infección por VIH y sus complicaciones, que muchas veces provocan complicaciones graves a largo plazo y con gran repercusión personal y financiera (CDC, 2002; Naud, 2000: 731-744; Belec, 2000: 112-122).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador considera prioritario el enfoque sindrómico para el tratamiento de las ITS. El manejo sindrómico de las personas con ITS es utilizado en la actualidad en muchos países, pues se adapta perfectamente a los servicios de todo nivel y unifica criterios para el abordaje integral de las ITS.

El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y en la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microor-

ganismos responsables del desarrollo de los síndromes.

El manejo sindrómico no representa una estrategia para países de escasos recursos, sino la respuesta inmediata y eficiente al problema clínico-epidemiológico, convalidada científicamente.

VENTAJAS

- Es práctico y permite soluciones inmediatas y oportunas (1era. consulta);
- Estandariza tratamientos;
- Interrumpe la cadena de transmisión;
- Es accesible, seguro y adaptable a las condiciones particulares de cada región;
- Posibilita un espacio de consejería.

DESVENTAJAS

- Sobremedicación;
- Asintomáticos sin tratamiento;
- Desconocimiento del agente causal;
- Riesgo de resistencia cruzada.

SÍNDROMES

- Úlcera genital;
- Secreción uretral;
- Secreción cérvico-vaginal;
- Dolor abdominal bajo;
- Edema de escroto;
- Bubón inguinal;
- Conjuntivitis neonatal;

En la investigación se estudiarán los síndromes más frecuentes que presentan las mujeres.



4.1.1 SÍNDROME ÚLCERA GENITAL

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de las áreas adyacentes. El afectado o afectada refiere una llaga o herida en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora y puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal. Si las lesiones se localizan en la vulva, pueden provocar en la mujer ardor y quemazón, en contacto con la orina y/o el agua.

Etiología

Las ITS que producen el síndrome de úlceras genitales son:

- Sífilis primaria causada por el *Treponema Pallidum*;
- Chancroide o chancro blando causado por el *Haemophilus Ducrey*;
- Herpes genital causado por el *Herpes simple virus Tipo I y II*.

Otras causas menos frecuentes son:

- Granuloma inguinal o Donovanosis causado por *Calymmatobacterium Granulomatis*;
- Linfogranuloma venéreo causado por *Clamidia Trachomatis*.

Las úlceras únicas, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto pueden diagnosticarse como **sífilis**. Sin embargo, pueden presentarse varias úlceras, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio y blando al tacto, que llevarían a pensar en **chancro blando**. Si la persona presenta lesiones vesiculares, este signo puede corresponder a **herpes genital**. Las lesiones vesiculares son pequeñas ampollas agrupadas y dolorosas que aún no se han abierto. Si estas lesiones se han sobreinfectado, pueden parecerse a úlceras.

SIFILIS
PRIMARIA



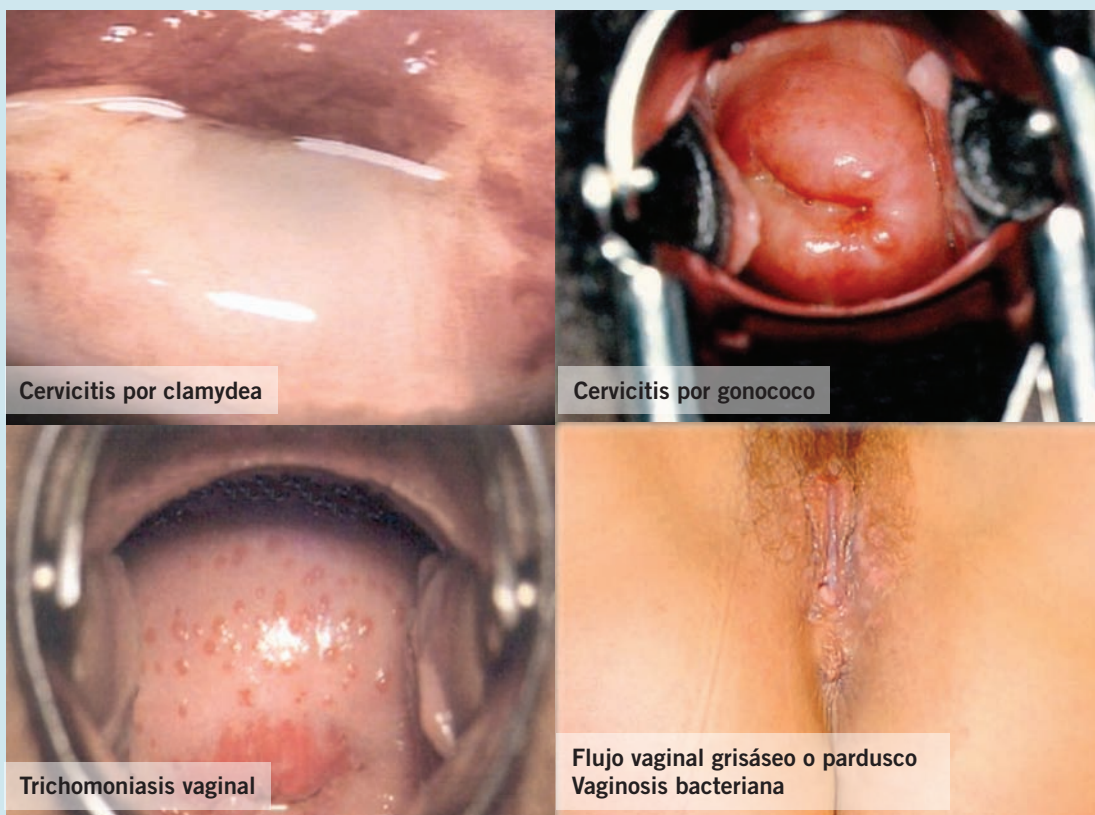
CHANCRO BLANDO



HERPES
GENITAL



4.1.2 SÍNDROME DE SECRECIÓN CÉRVICO-VAGINAL



Se considera síndrome de secreción vaginal al aumento de la cantidad de flujo vaginal, cambio de color, mal olor, a veces prurito o irritación vulvar. En algunos casos se presentan con disuria, dispareunia, o dolor en el himiabdomen inferior. Este último deberá ser manejado como síndrome de dolor abdominal bajo.

El flujo vaginal anormal puede deberse a un proceso inflamatorio localizado en la vagina, que conforma un síndrome conocido como **vaginitis**, o puede localizarse en el cérvix, lo que da lugar a la **cervicitis** (infección del cuello del útero), o ambas. Es necesario diferenciar estas dos afecciones, porque la cervicitis provoca complicaciones graves.

Cuadro Comparativo	
Vaginitis	Cervicitis
Es causada por: tricomonas, cándida albicans y gardnerella.	Causada por gonorrea y clamidia.
Es la causa más común de secreción o flujo vaginal.	Es una causa menos frecuente de secreción o flujo vaginal.
Fácil de diagnosticar.	Difícil de diagnosticar.
Complicaciones infrecuentes.	Tiene complicaciones graves.
Se recomienda dar tratamiento a pareja/s para evitar la recurrencia.	Siempre deben tratarse las parejas sexuales.



Etiología

Las ITS principales que producen el síndrome secreción o flujo vaginal son:

- Tricomoniasis genital causado por *Trichomonas Vaginalis*;
- Vaginosis bacteriana (*Gardnerella*);
- Candidiasis causado por *Cándida Albicans*;
- Gonorrea causada por *Neisseria Gonorrhoeae*;
- *Clamydia Trachomatis*.

Es importante señalar que en una misma mujer pueden coexistir ambas entidades: vaginitis y cervicitis.

4.1.3 SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO

El dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con diferentes emergencias clínicas y quirúrgicas, como embarazo ectópico, apendicitis aguda y procesos inflamatorios del aparato genital superior femenino, que incluyen:

• **Endometritis**

• **Salpingitis**

• **Absceso tubo-ovárico**

• **Peritonitis pélvica**

Cuando se descarta el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor, y éste se acompaña de flujo vaginal anormal, fiebre y dolor a los movimientos de lateralización del cérvix, constituye el síndrome de dolor abdominal bajo y representa la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).

Etiología

Pueden estar generadas por microorganismos transmitidos sexualmente, en particular por:

- *Neisseria Gonorrhoeae*;
- *Clamydia Trachomatis*;
- Bacterias anaerobias.

El diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) se basa en los hallazgos clínicos. Sin embargo, éste es poco preciso y su eficacia depende de las características clínico-epidemiológicas del lugar. La mayor prevalencia corresponde a jóvenes sexualmente activas y diagnosticadas de ITS y ocurre en lugares donde las tasas de gonorrea y clamydia son altas.

Clasificación

- Estadio I (leve): Salpingitis aguda sin irritación peritoneal;
- Estadio II (moderada sin absceso): Salpingitis con irritación peritoneal (pelvi-peritonitis);
- Estadio III (moderada con absceso): Salpingitis aguda con oclusión tubárica o absceso tubo-ovárico o absceso pélvico;
- Estadio IV (grave): absceso tubo-ovárico roto o signos de shock séptico.

Criterios mayores

- Dolor en abdomen inferior;
- Dolor a la palpación de anexos;
- Dolor a la movilización del cuello uterino.

Criterios menores

- Temperatura axilar mayor de 37,8 grados centígrados;
- Leucocitosis;
- Exudado endocervical positivo para *Neisseria Gonorrhoeae*;
- Flujo vaginal o cervical.

La existencia de tres criterios mayores más un criterio menor, apoyan fuertemente al diagnóstico clínico de EPI.

Es muy importante tener en cuenta que el síndrome de dolor abdominal bajo puede advertir de una enfermedad que podría poner en peligro la vida de la paciente. Por ello, ante cuadros sobreagudos está indicada la valoración de urgencia por especialistas.

4.2 DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO



El cáncer de cérvix (Ca) representa 11% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres en todo el mundo. Es el más común en los países en vías de desarrollo: su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. Anualmente, se estima la presencia de 500.000 casos nuevos en el mundo; de ellos, 80% ocurre en países en vías de desarrollo.

En Ecuador, según el Registro Nacional de Tumores (RNT), es el segundo cáncer más frecuente después del cáncer de mama, a nivel nacional. Tiene una incidencia global de 9,8% y una tasa de mortalidad de 7,1% para el año 2002, según el RNT.

La infección sexual por Virus de Papiloma Humano (VPH) es la más común a nivel mundial. Sus niveles de prevalencia dependen de la edad y del método de detección aplicado. Esta infección es considerada como factor etiológico del cáncer de cérvix en 99,7% (Palma, 2006:67-70). Aproximadamente, 70% de los cánceres cervicales son causados por los serotipos 16 y 18 del VPH. De estos, entre 50% y 60% son responsables de las lesiones precancerosas (NIC). La mayor prevalencia de VPH de alto riesgo oncogénico se encuentra en África y América Latina. El serotipo 16 es el más frecuente en el mundo, excepto en Indonesia



y Argelia, donde el serotipo 18 es el más común. El serotipo 45 presenta alta frecuencia en África occidental. Los tipos 33, 39 y 59 se encuentran en Centroamérica y Sudamérica (Hernández, 2005: 1-14).

Al inicio de la vida sexual, las mujeres se ven expuestas por primera vez al VPH. En varios estudios se ha demostrado que esta exposición puede tener implicaciones significativas en la salud, en especial en las mujeres. Al estudiar a mujeres sexualmente activas, se encuentra una prevalencia aproximada de 50% de infección por VPH en la población general. La prevalencia en mujeres jóvenes, con edad aproximada de 20 +/- 3 años, corresponde a 20% a 46%, con la potencialidad de progresar a un tipo de lesión maligna (Conejero, 2004:58-63).

La prevalencia general en Bogotá (Colombia) de VPH, a través del análisis de ADN, fue de 14,8%, en 1.859 casos que se incluyeron en el estudio. El 9% de las mujeres estaban infectadas por tipos de alto riesgo; 3,1%, por tipos de bajo riesgo; y, 2,3%, por virus de alto y bajo riesgo. Los tipos VPH más comunes fueron 16, 18, 58, 56 y 81. La prevalencia de VPH fue de 26,1% entre las mujeres menores de 20 años; de 2,3%, en las mujeres de 45 a 54 años; y, de 13,2% en las mujeres mayores de 55 años.

El pico más elevado de prevalencia de los tipos de bajo riesgo se observó en la población de mujeres mayores de 55 años. Las mujeres menores de 25 años presentaron un riesgo 10 veces mayor de contraer infecciones múltiples que las mujeres de 35 a 44 años. Además de la edad, se encontró una asociación positiva entre el riesgo de infección por VPH, el número de parejas sexuales y el uso de anticonceptivos orales (Molano et al, 2002: 324-333).

Un estudio prospectivo fue realizado en Ecuador, en 9.070 pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez de Quito, entre octubre de 1991 y junio de 1992. El objetivo era determinar la prevalencia y factores predisponentes de la infección por VPH, así como la correlación de citología, colposcopia e histología y su relación con la neoplasia de cérvix. La prevalencia con citología para la infección por VPH fue de 0,25%. Al relacionarla con la colposcopia se obtuvo una sensibilidad de 73,9% y una especificidad de 67,9%. Frente a la histología, la sensibilidad fue de 65%, con una especificidad de 21%. La colposcopia frente a la histología reveló una sensibilidad de 93,3% y una especificidad de 75,7%. El 23% de las citologías reportadas como anormales mostraron la coexistencia de neoplasia y VPH. La edad, ocupación (excepto prostitución) e instrucción no fueron factores determinantes de riesgo para la infección por VPH. El inicio temprano de la actividad sexual, el número de compañeros sexuales y la multiparidad, determinaron una mayor predisposición para infección por VPH 14 (Hernández et al, 1994: 77-81).

El aumento de infecciones genitales por VPH en la población femenina ha sido quedado adecuadamente constatado en las últimas décadas. No obstante, conocer la verdadera incidencia y prevalencia resulta difícil. Existen variaciones entre grupos poblacionales diversos, pues no toda la población acude a realizarse los estudios, por ausencia de sintomatología o porque los métodos diagnósticos pueden presentar una fiabilidad variable. Por tanto, en lo que respecta a la prevalencia, se puede obtener resultados diferentes en función de la metodología diagnóstica y de la población estudiada.

La citología cérvico-vaginal es un método sencillo y relativamente económico, que brinda una valiosa información clínico-patológica de la mujer a lo largo de gran parte de su vida.

En el método convencional para la recolección de muestras cérvico-vaginales se utiliza la espátula de Ayre, de madera o plástica, con una hendidura en uno de los extremos para facilitar la toma contorneando el ectocérvix. Las células del canal endocervical pueden recogerse con hisopos, cánulas o cepillos. El cepillado endocervical provee abundante material que no debe ser sobrediagnosticado como neoplásico por citólogos poco experimentados (Schuman et al, 1992: 492-503; Wilbur et al: 1994: 209-214).

Durante la última década, se han producido numerosos avances en las técnicas de recolección y en las clasificaciones empleadas para el informe citológico. Uno de los más importantes adelantos es la introducción de la citología en base líquida. Con este método, las células recolectadas son transferidas directamente a un líquido fijador y enviadas al laboratorio donde se realizan los extendidos. Según algunos autores, las ventajas de esta técnica, en comparación con la citología convencional, son el incremento de la sensibilidad para la detección de lesiones intraepiteliales escamosas (LIE o SIL) de alto y bajo grado, y la reducción del diagnóstico de atipia de células escamosas (ASCUS) y de extendidos de difícil interpretación por abundante sangre o inflamación. La detección de partículas virales de VPH puede efectuarse directamente en la base líquida ante un diagnóstico de ASCUS (Naud et al, 2000: 731-744; Wilbur et al, 1994: 209-214).

La desventaja de la citología en monocapa es, actualmente, el alto costo y la necesidad de mayor tecnología para implementarla. Por otro lado, varios trabajos sostienen que no existen diferencias significativas entre la citología convencional y la monocapa (Wilbur et al: 1994: 209-214; Boon et al, 1986: 264-270).

Más allá del método de extracción, debe recordarse que para obtener un buen espécimen es imprescindible que la paciente reciba instrucción previa y preparación para hallarse en condiciones basales (American Medical Association, 1989: 1672-1679).

La colposcopia junto con la citología y la histología constituyen el trípode sobre el cual se basa el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales e invasoras del tracto genital inferior. La colposcopia y la citología, ambos métodos de detección, brindan un diagnóstico de sospecha. La histología de las lesiones detectadas colposcópicamente o a través del legrado endocervical certifica el diagnóstico.

4.2.1 FACTORES DE RIESGO

El inicio precoz de la actividad sexual ha sido reconocido como un factor de riesgo central en la infección por VPH. Varios estudios transversales muestran que la iniciación sexual temprana o el hecho de que se dé un lapso más corto de tiempo entre la menarquía y la iniciación sexual, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de infecciones prevalentes por VPH. En un reciente estudio longitudinal, con inclusión de mujeres de 15 a 19 años de edad, de las que se tomaron muestras durante el primer año después de su iniciación sexual, el riesgo de infección por VPH aumentó paralelamente con el tiempo transcurrido entre la menarquía y el primer coito. Ello probablemente se debe a la tendencia de las mujeres de mayor edad a formar pareja con hombres también de mayor edad y con más experiencia sexual. Algunos mecanismos biológicos, incluida la inmadurez cervical, las deficiencias de flujo cervical protector y la ectopia cervical aumentada, pueden conducir a una mayor susceptibilidad para la adquisición de una infección del VPH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Kahan J et al 2008: 1103-1110)



Respecto **al número de compañeros sexuales**, se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en 17% y 21% de las mujeres con una pareja sexual y entre 69% y 83% en aquellas con cinco o más parejas sexuales. Las asociaciones entre el número de parejas nuevas y recientes y la probabilidad de detectar ADN del VPH en muestras del tracto genital femenino son sólidas y consistentes. La tasa de nuevas parejas (tasa de contacto) desempeña una función clave en el proceso de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Un factor relevante para la transformación neoplásica inducida por el VPH es la persistencia de la infección, lo que estaría influenciado por la edad de la mujer (es más alto en las mayores de 30 años), y por la presencia de serotipos de alto riesgo. Se puede concluir que la infección por VPH suele ser transitoria y que el cáncer de cuello uterino surge del subgrupo de pacientes con infecciones persistentes y con serotipos de alto riesgo.

La alta paridad ha sido asociada con un mayor riesgo de infección por VPH. Estudios han demostrado que los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y el descenso transitorio de la inmunidad favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH (Jastreboff, et al, 2002: 225-228).

El uso de anticonceptivos orales (ACO) por 5 a 9 años, en presencia de VPH cervical, aumenta el riesgo de cáncer de cérvix a 2,82%; el uso por más de 10 años incrementa el riesgo a 4,03% (Piver, et al, 2000: 88-91). Los ACO, como método de planificación familiar, aceleran la integración de este virus al genoma celular, con la subsiguiente expresión de oncogenes (Salazar, et al, 2005: 83-89).

En mujeres VIH positivas, en presencia de VPH, se demostró un mayor riesgo de cáncer cervical, según un estudio realizado en 178 pacientes (RR 1,53 IC 95% 1,39 - 1,73). Esta asociación parece ser más fuerte en las mujeres con un recuento bajo de linfocitos T CD4. Ciertamente, el grado de competencia inmunológica desempeña una función determinante (Minkoff, et al, 2006: 953-958).

4.2.2 DIAGNÓSTICO

Citología

Desde su introducción por Papanicolaou, hace más de 50 años, la citología es el método de elección para la detección de las lesiones premalignas y el cáncer de cérvix. Su eficacia en el cribado poblacional se ha demostrado por la reducción de la incidencia y mortalidad del cáncer cervical, en los países donde se ha aplicado de una forma programada, sistemática y continuada.

En la neoplasia intraepitelial cervical, existe una pérdida de la diferenciación y maduración normal del epitelio escamoso.

Clasificación de la citología

- Clase I: benigna;
- Clase II: benigna atípica (células atípicas pero no displásicas; la atipia es debida a procesos inflamatorios);

- Clase III: sospechosa (células compatibles con displasia);
- Clase IV: altamente sospechosa de malignidad (células anormales compatibles con displasia grave o carcinoma in situ);
- Clase V: concluyente de malignidad (células anormales compatibles con cáncer invasor).

La gravedad de la lesión producida por el VPH depende de la cantidad de epitelio afectado por las células indiferenciadas. Según esto, se distingue tres grados de NIC.

- NIC I: las alteraciones citológicas se limitan al tercio inferior del epitelio;
- NIC II: las alteraciones citológicas comprometen los dos tercios inferiores del epitelio;
- NIC III: las alteraciones citológicas comprometen todo el espesor del epitelio;
- Carcinoma in situ: las alteraciones citológicas comprometen todo el espesor del epitelio, con indemnidad de la membrana basal.

A partir de 2001, se adopta la clasificación de Bethesda, que es la terminología recomendada actualmente para reportar los resultados de la citología cervical:

- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL o LIE), e incluye cambios por virus del papiloma humano, NIC I;
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL o LIE), e incluye NIC II, NIC III y Carcinoma in situ;
- Lesiones borderline: células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS), y células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS). (Cabero y Cabrillo, 2003: 1546-1567; Serman, 2002: 318-323).

Colposcopia



La colposcopia consiste en la visualización magnificada del cuello uterino y de sus áreas adyacentes, antes y después de la aplicación de ácido acético y solución de lugol. Permite identificar áreas anormales o sospechosas para su estudio histológico.

La colposcopia se ha consolidado como parte fundamental del protocolo para el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales y el cáncer inicialmente invasivo del tracto genital inferior. El estudio colposcópico permite la identificación de características sutiles de los epitelios, inapreciables a simple vista, que son la expresión de cambios patológicos.

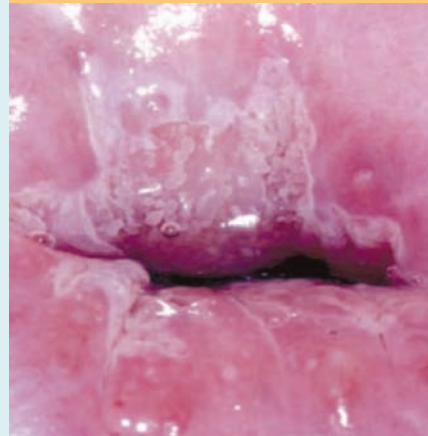


Colposcopia del cuello uterino

En el cuello uterino se encuentran tres epitelios diferentes: epitelio plano estratificado no queratinizado o escamoso original; epitelio cilíndrico original; y, epitelio plano estratificado no queratinizado o escamoso metaplásico en la zona de transformación. Un estudio colposcópico satisfactorio permite la visualizar toda la zona de transformación, es decir la unión plano cilíndrica original nueva. El cambio acetoblanco translúcido de las papilas endocervicales representa las zonas de metaplasia inmadura, que deben considerarse como la zona de transformación.

La colposcopia tiene una sensibilidad mayor a la del Papanicolaou, demostrado en todos los estudios similares realizados en todo el mundo (Zamudio, et al, 2001:5-7).

IMAGEN COLPOSCOPICA DE CERVIX NORMAL



Colposcopia vaginal

Las principales alteraciones colposcópicas observadas en el cuello uterino, que constan de epitelio acetoblanco, puntilleo, mosaico y vasos atípicos, también se aprecian en la vagina. El tejido conjuntivo de la vagina es más laxo y abundante que en el cuello uterino, y es más vascularizado. No hay zona de transformación, excepto en aquellas mujeres a las que se expuso a dietilestilbestrol intraútero. El tejido conjuntivo laxo de la vagina tiende a producir una configuración superficial irregular y el grado de la lesión, al parecer, resulta mayor que el detectado en la histopatología subyacente. Los aspectos colposcópicos de las alteraciones vaginales tienden a ser exofíticos.

El epitelio vaginal normal es plano estratificado no queratinizado, de color rosado y con varios pliegues. Se extiende desde la línea vulvovaginal cerca del introito, en dirección craneal, para unirse al epitelio cilíndrico original del cérvix o a la unión plano cilíndrica original. Es posible observar los vasos terminales en el estroma bajo mayor amplificación, al igual que en el cuello uterino (Baliga, 2004: 170-174).

Colposcopia vulvar

Desde el punto de vista colposcópico, la uretra, el perineo, la piel perianal y el ano son considerados parte de la vulva. La colposcopia vulvar no proporciona tanta información como la del cuello uterino y la vagina, porque el epitelio plano estratificado queratinizado oculta la vasculatura dérmica.

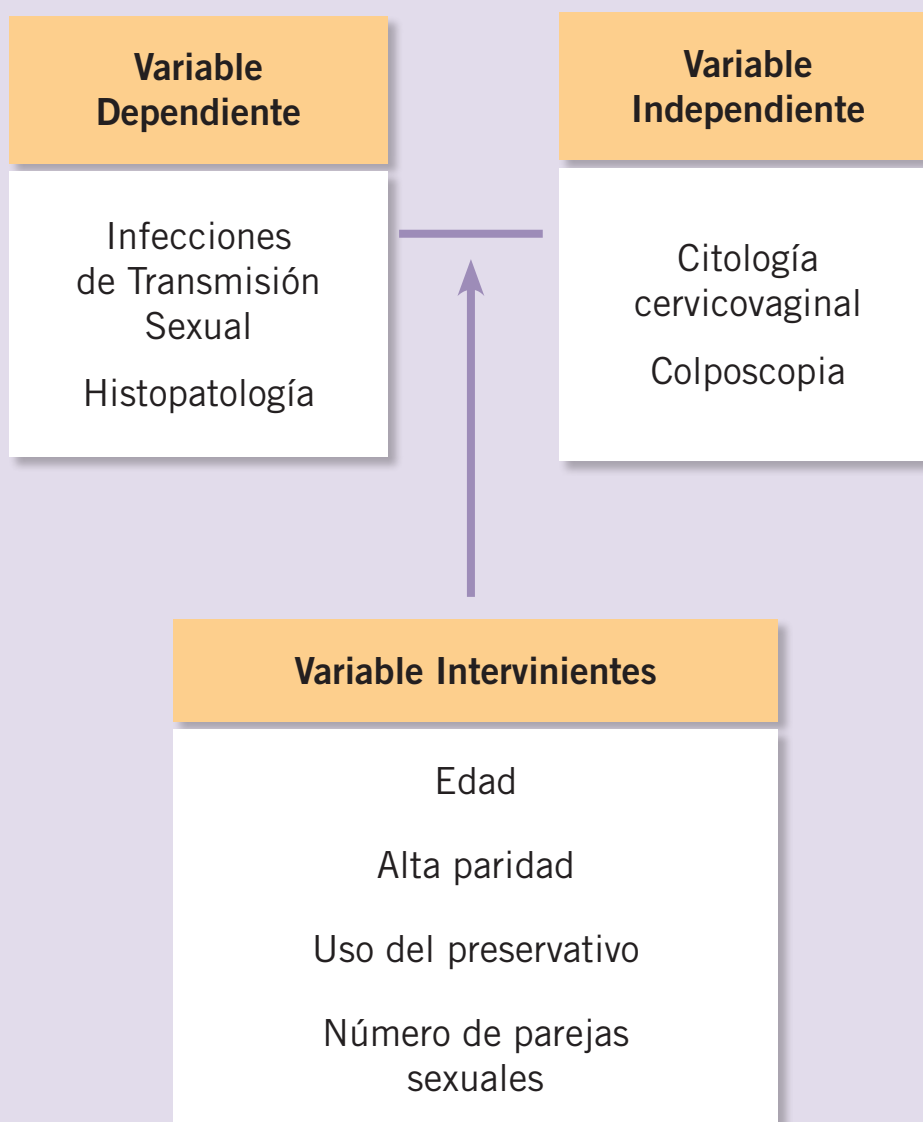
Es difícil visualizar el puntilleo y el mosaico, excepto en el vestíbulo y caras internas de los labios menores, que cuentan con una capa de queratina más delgada. El epitelio acetoblanco y la leucoplasia representan características colposcópicas que suelen observarse en lesiones anormales. Cuando se presenta cáncer se encuentran vasos atípicos. No hay epitelio metaplásico en la vulva; éste llega a ser de color blanco, rojo o pigmentado, como se observa a simple vista en los diferentes trastornos (Baliga, 2004: 170-174).

Histopatología

Ante lesiones no clásicas, de larga evolución, planas, pigmentadas, de gran tamaño, sangrantes, infiltradas, cuando no responden a los tratamientos realizados, es necesario realizar una biopsia para estudio histopatológico.

Al encontrar hallazgos colposcópicos anormales, con cambios mayores, se realiza la biopsia de las áreas sospechosas. En ocasiones se debe tomar de los cuatro cuadrantes del cérvix. Es recomendable obtener muestras de la periferia de la lesión con tejido normal adyacente. Las biopsias del centro de una ulceración o de un área necrótica no son adecuadas para el diagnóstico.

5. MATRIZ DE VARIABLES





6. RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes investigadas fue de 37,8 años. La paciente más joven, incluida en el estudio, tenía 16 años; la paciente de mayor edad fue una anciana de 86 años.

El grupo de edad predominante es de 20 a 29 años, con 25,6%. Le sigue el grupo de 30 a 39 años, con 24,3%. Vale indicar que también participaron adolescentes en la investigación, con un porcentaje de 7,8%, así como mujeres de 60 años y más, con 8,6%. La Tabla 1 indica que en el estudio participaron principalmente mujeres en etapa de vida reproductiva (16 años a 49 años) con 79,8%.

Grupos de edad de las pacientes investigadas

Grupos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje	
10 a 19	29	7,8%	
20 a 29	95	25,6%	
30 a 39	90	24,3%	
40 a 49	82	22,1%	
50 a 59	43	11,6%	
60 y más	32	8,6%	
TOTAL	371	100.0%	

TABLA 1 Grupos de edad de las pacientes investigadas

La nacionalidad de las mujeres fue principalmente ecuatoriana, con 90,6% (Tabla 2). Participó también un grupo importante de mujeres colombianas, correspondiente a 9,4%, ya que Limones, el sitio donde se realizó el estudio, es una zona limítrofe entre los dos países y acoge a una numerosa población en busca de protección internacional proveniente de Colombia.

Nacionalidad de las pacientes investigadas

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje	
Colombiana	35	9,4%	
Ecuatoriana	336	90,6%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 2 Nacionalidad de las pacientes investigadas

El estado civil preponderante en el cantón Eloy Alfaro, como en toda la Costa ecuatoriana, es la unión libre (64,4%), seguido por las mujeres solteras, con 22,4% (Tabla 3).

Estado civil de las mujeres investigadas

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	
Casada	37	10,0%	
Separada	3	0,8%	
Soltera	83	22,4%	
Unión libre	239	64,4%	
Viuda	9	2,4%	
TOTAL	371	100.0%	

TABLA 3 Estado civil de las mujeres investigadas

El nivel de instrucción predominante en las mujeres incluidas en la investigación fue primaria, con 47,7%. Le sigue el nivel de instrucción secundaria, con 35,3%. Sin instrucción corresponde a 12,1%. Más de la mitad de las mujeres participantes en la investigación (59,8%) no tiene ninguna instrucción o solo la primaria (Tabla 4).

Nivel de instrucción de las pacientes investigadas

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguna	45	12,1%	
Primaria	177	47,7%	
Secundaria	131	35,3%	
Superior	18	4,9%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 4 Nivel de instrucción de las pacientes investigadas



La ocupación principal de las mujeres reclutadas en la investigación es quehaceres domésticos (69,04%); les siguen las madres comunitarias (7,81%); y, maestras (5,92%). Las madres comunitarias, que es la segunda ocupación más común de las mujeres que participaron en la investigación, son señoras que cuidan a infantes en casas del sector, adecuadas como guarderías (Tabla 5).

Ocupación de las mujeres incluidas en la investigación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	20	5,39 %
Conchera	11	2,96 %
Empleada	14	3,77 %
Estudiante	12	3,23 %
Madre comunitaria	29	7,81 %
Maestra	22	5,92 %
Otras	7	1,88 %
Quehaceres domésticos	256	69,04 %
TOTAL	371	100,0 %

TABLA 5 Ocupación de las mujeres incluidas en la investigación

El promedio en número de gestaciones en las mujeres investigadas es de 5,7. En las mujeres que participaron en esta investigación se encontró desde 0 hasta 20 embarazos. El número de gestaciones más frecuentes fue de 1 a 3 (30,7%); seguido, de 4 a 6 (29,9%); y luego, de 7 a 10 embarazos (26,1%). Esto nos demuestra que en esta región hay una tasa de natalidad muy elevada (Tabla 6).

Número de gestaciones en las mujeres incluidas en la investigación

# gestaciones	Frecuencia	Porcentaje	
0	6	1,6%	
1 a 3	114	30,7%	
4 a 6	111	29,9%	
7 a 10	97	26,1%	
11 y más	43	11,6%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 6 Número de gestaciones en las mujeres incluidas en la investigación

Si se cruza el nivel de instrucción con el número de gestaciones, se advierte que mientras más bajo es el nivel de instrucción mayor es el número de embarazos. Así, en las mujeres sin ninguna instrucción, el promedio de embarazos es de 8,08, mientras que en las mujeres con instrucción superior es de 2,66 gestaciones (Tabla 7).

Promedio de gestaciones por nivel de instrucción

Instrucción	Frecuencia	Promedio de gestaciones	Desvío Standard
Ninguna	45	8,08	4,31
Primaria	177	6,42	3,89
Secundaria	131	4,45	3,10
Superior	18	2,66	1,37
TOTAL	312		

TABLA 7 Promedio de gestaciones por nivel de instrucción

Al analizar el número de partos que tuvieron las mujeres incluidas en el estudio, se encuentra un promedio de 4,8 partos. El mínimo es de 0 partos y el máximo, de 16. El número de partos más frecuente fue de 1 a 3, con 35%; seguido de 4 a 6, con 30,2%; y, luego de 7 a 10 partos, con 21,8% (Tabla 8).

Número de partos en las pacientes investigadas






# de partos	Frecuencia	Porcentaje	
0	23	6,2%	
1 a 3	130	35,0%	
4 a 6	112	30,2%	
7 a 10	81	21,8%	
11 a y más	25	6,7%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 8 Número de partos en las pacientes investigadas



El 86,5% de pacientes no reportó haber sido sometida a cesárea. Del porcentaje restante, 9,2% informó de una cesárea y 4% dijo haber sido sometida por 2 veces a esta intervención. Al comparar el número de partos con el número de cesáreas, se observa que las cesáreas representan 13,47% en las mujeres que accedieron a la investigación (Tabla 9).

Número de cesáreas

# de cesáreas	Frecuencia	Porcentaje	
0	321	86,5%	
1	34	9,2%	
2	15	4,0%	
3	1	0,3%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 9 Número de cesáreas

En cuanto se refiere a la planificación familiar, 54,18% de las pacientes investigadas sí lo hace y 45,82% no (Tabla 10). Sin embargo, hay que anotar que 20,2% de mujeres pasa de los 50 años y la mayoría de ellas ha presentado la menopausia, por lo que ya no es necesaria la planificación familiar. En ese sentido, puede afirmarse que las mujeres que no realizan planificación familiar representan 25,62%.

Planificación familiar

Planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
NO	170	45,82 %
SI	201	54,18 %
TOTAL	371	100.0 %

TABLA 10 Planificación familiar

Entre las pacientes que afirman realizar planificación familiar, el principal método es la ligadura de trompas (37,3%); le sigue la anticoncepción hormonal con tabletas (22,4%) y el DIU (20,4%) (Tabla 11).

Métodos de planificación familiar utilizados







Método de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje	
Anticonceptivos Orales	45	22,4%	
Condón	8	4,0%	
DIU	41	20,4%	
Anticonceptivos inyectables	26	12,9%	
Ligadura	75	37,3%	
Otros	6	3,0%	
TOTAL	201	100.0 %	

TABLA 11 Métodos de planificación familiar utilizados

En cuanto al uso de preservativo en la última relación sexual, 94,1% de las mujeres incluidas en la investigación no utilizó este método anticonceptivo, por una serie de razones que se analizarán posteriormente. No obstante, hay que recordar que 20,2% de las pacientes sobrepasan los 50 años y su uso para planificación familiar es innecesario.

Uso del condón en la última relación sexual



Uso de condón en la última relación sexual	Frecuencia	Porcentaje	
NO	349	94,1%	
SI	22	5,9%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 12 Uso del condón en la última relación sexual



En lo concerniente al número de parejas sexuales que han tenido las mujeres estudiadas, el promedio es 1,23, con un mínimo de 1 y un máximo de 5. El 83,3% de pacientes respondió que ha tenido una pareja sexual; 11,6% contestó que 2; y 3,2% dijo que 3 (Tabla 13).

Número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje	
1	309	83,3%	
2	43	11,6%	
3	12	3,2%	
4	6	1,6%	
5	1	0,3%	
TOTAL	371	100.0 %	

TABLA 13 Número de parejas sexuales

Los resultados del estudio indican que 68,5% sí se realizó una citología cérvico-vaginal, comúnmente conocida como papanicolaou. Sin embargo, hay que anotar también que un porcentaje significativo de 31,5% no se realizó el estudio. Este examen es muy importante en una mujer en etapa de vida reproductiva (Tabla 14).

Papanicolaou realizado previamente

PAP	Frecuencia	Porcentaje	
No	117	31,5%	
Sí	254	68,5%	
TOTAL	371	100,0%	

TABLA 14 Papanicolaou realizado previamente

El síndrome de mayor frecuencia encontrado en las mujeres incluidas en la investigación fue la secreción vaginal, con 39,90% (Tabla 15). Le sigue la secreción cervical, con 1,88%. La mayoría de mujeres (57,43%) no presentó ninguna sintomatología al momento de la investigación y, por tanto, ningún síndrome (ITS).

Síndromes encontrados en las pacientes investigadas

Síndrome	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	2	2
Secreción cervical	7	1,88%
Secreción vaginal	148	39,90%
Ulcera genital	1	0,26%
Ninguno	213	57,43%
TOTAL	371	100.0 %

TABLA 15 Síndromes encontrados en las pacientes investigadas

La Tabla 16 muestra las características encontradas en el cuello uterino al momento de la toma de muestra para la citología cérvico-vaginal. Se encontró un cérvix regular (aparentemente sano) en 64,43%, pero llamó la atención que a la toma de la citología 15,64% sangró, lo que evidencia un proceso inflamatorio importante. Además, se encontró un número significativo de pacientes con quistes de Naboth, que es un signo característico de una infección crónica a nivel del cuello.

Característica encontrada en el cuello uterino

Características del cuello uterino	Frecuencia	Porcentaje
Cervix regular	239	64,43%
Lacerado - erosionado	10	2,69%
Ulcerado	7	1,88%
Sangra a la toma	58	15,64%
Quistes de Naboth	30	8,08%
Extropión	15	4,04%
Ausencia de cuello por histerectomía	12	3,24%
TOTAL	371	100%

TABLA 16 Característica encontrada en el cuello uterino



Los resultados obtenidos del análisis de las muestras tomadas para la citología cérvico- vaginal reflejan que la mayor parte (50,92%) reporta una citología Clase II, con inflamación moderada (Tabla 17). El 40,72% presentó la citología Clase II, con inflamación notable o severa. También se reportan resultados de citologías con alteraciones no bien definidas, como el ASCUS (células escamosas atípicas o de significado indeterminado) y citología Clase IV o LIE AG (lesión intraepitelial escamosa de alto grado), con 0,52%. A las mujeres con estas dos últimas citologías se les deberá realizar exámenes de colposcopia y biopsia para descartar una neoplasia de cuello uterino.

Resultados de la citología

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I Normal	3	0,80%
II Inflamación leve	26	7,00%
II Inflamación moderada	189	50,92%
II Inflamación notable	151	40,72%
ASCUS	1	0,26%
IV -NIC III o LIE AG	1	0,26%
TOTAL	371	100.0 %

TABLA 17 Resultados de la citología

El principal objetivo del examen colposcópico es observar el cuello del útero, pero también se examinan las paredes de la vagina para tratar de encontrar algún problema que a simple vista no es posible identificar. En la colposcopia vaginal realizada a las pacientes se encontró 6,78% de imágenes relacionadas con el VPH (Tabla 18).

Resultado de la colposcopia vaginal

Colposcopia Vaginal	Frecuencia	Porcentaje
H.P.V. Vaginal	4	6,78%
Normal	55	93,22%
TOTAL	59	100.0 %

TABLA 18 Resultado de la colposcopia vaginal

A la observación de la vulva con el colposcopio, se encontró que 33,89% de imágenes están relacionadas con el VPH (epitelio aceto blanco). Además, se observa la presencia de condilomas acuminados en 3,39%. El 61,03% tiene características de normalidad a la colposcopia (Tabla 19).

Resultado de la colposcopia vulvar

Colposcopia Vulvar	Frecuencia	Porcentaje
VPH (epitelio aceto blanco)	20	33,89%
Normal	36	61,03%
Condilomas	2	3,39%
Úlcera	1	1,69%
TOTAL	59	100.0 %

TABLA 19 Resultado de la colposcopia vulvar

Los diagnósticos más importantes encontrados a la realización de la colposcopia fueron cervicitis crónica (22,03%) y LIE de bajo grado (22,04%). Este resultado es muy importante, ya que necesariamente estas pacientes deben ser sometidas a una biopsia de cérvix para confirmar o descartar neoplasia de cuello uterino. Se encontró también la imagen de un LIE de alto grado en una paciente que trae una citología con igual sospecha; en este caso, la probabilidad de un cáncer de cuello uterino es muy alta. Además, se encontró pólipos en 6,77% de casos. Estos diagnósticos reflejan las patologías más relevantes encontradas en la colposcopia (Tabla 20).

Diagnóstico colposcópico

Dg. colposcópico	Frecuencia	Porcentaje
Cervicitis crónica	13	22,03%
LIE AG	1	1,69%
LIE BG	12	20,35%
Úlcera cervical	2	3,38%
Normal	27	45,78%
Pólipo cervical	3	5,08%
Pólipo endocervical + LIE BG	1	1,69%
TOTAL	59	100,0%

TABLA 20 Diagnóstico colposcópico



De las 59 pacientes que se realizaron la colposcopia, a 35 de ellas (59,3%) se les practicó la biopsia (Tabla 21). En algunos casos, se requirieron hasta tres tomas de biopsia, por lo que en los reportes se obtendrá 51 resultados de histopatología.

Biopsias realizadas en la colposcopia

Biopsia	Frecuencia	Porcentaje
No	24	40,7%
Sí	35	59,3%
TOTAL	59	100.0 %

TABLA 21 Biopsias realizadas en la colposcopia

En los resultados de histopatológicos se encontraron 32 especímenes (62,74%), relacionados con el VPH (Virus de Papiloma Humano), ya sea a nivel de cuello uterino, vaginal o vulva. Son datos importantes puesto que están relacionados con el cáncer a nivel del aparato genital femenino. Por tanto, el diagnóstico fue oportuno. En una paciente se confirmó la sospecha de un cáncer de cuello uterino inicial (LIE AG–Ca. in situ). En 12 biopsias (23,54%) se obtuvo también un diagnóstico de cervicitis crónica, y pólipos endocervicales en 7,84%, entre los resultados histopatológicos más relevantes (Tabla 22).

Resultados histopatológicos de las biopsias

Resultados de biopsias	Frecuencia	Porcentaje
Cervicitis crónica	12	23,54%
VPH vulvar	23	45,10%
LIE alto grado (Ca. in situ)	1	1,96%
LIE bajo grado (NIC 1)	6	11,76%
Congestión	1	1,96%
Pólipo endocervical	4	7,84%
VPH vaginal	2	3,92%
Condiloma vaginal	1	1,96%
Úlcera necrótica	1	1,96%
TOTAL	51	100.0 %

TABLA 22 Resultados histopatológicos de las biopsias

De las 371 mujeres incluidas en la investigación, 367 de ellas (98,92%), previa consejería, accedieron voluntariamente a realizarse las pruebas serológicas rápidas de RPR (diagnóstico de sífilis) y VIH/Sida. Solo dos, es decir 0,55%, dieron reactivas en las pruebas rápidas de RPR en el laboratorio del Hospital Civil de Limones. En vista de ello, fueron realizadas pruebas confirmatorias treponémicas específicas para sífilis (FTA ABS) en el laboratorio Izquieta Pérez de la ciudad de Quito. Los resultados fueron positivos en dichos casos y confirmaron sífilis reportada en las pruebas de RPR.

Se realizaron concomitantemente pruebas de tamizaje para VIH a las 367 pacientes (Tabla 23). De ellas, 6 (1,63%) dieron reactivas en las pruebas rápidas realizadas en el laboratorio del Hospital Civil de Limones. La prueba confirmatoria se realizó en el laboratorio Izquieta Pérez de la ciudad de Quito. Una muestra dio positivo una muestra (0,28%) y se confirmó el diagnóstico de VIH.

Prueba de RPR y VIH realizadas a las pacientes investigadas

Prueba de RPR	Frecuencia	Porcentaje
No reactivo	365	99,45%
Reactivo	2	0,55%
TOTAL	367	100,0%
Prueba de VIH	Frecuencia	Porcentaje
No reactivo	366	99,72%
Positiva	1	0,28%
TOTAL	367	100%

TABLA 23 Prueba de RPR y VIH realizadas a las pacientes investigadas



La Tabla 24 muestra los síndromes de ITS encontrados en las mujeres que participaron en la investigación del cantón Eloy Alfaro y mujeres colombianas en busca de protección internacional. El 46,38% de las mujeres investigadas no presenta ninguna ITS; 39,9% registra el síndrome de secreción vaginal; el Virus de Papiloma Humano (VPH) afecta a 10,52% y representa una de las ITS con mayor incidencia. En resumen, se encontró que 53,63% de las mujeres investigadas presenta algún tipo de infección de transmisión sexual.

Síndromes e ITS encontradas en las pacientes investigadas

Síndrome - ITS	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	2	0,53%
Secreción cervical	7	1,88%
Secreción vaginal	148	39,90%
Úlcera genital – sífilis	2	0,53%
H.P.V.	39	10,52%
VIH	1	0,26%
Ninguno	172	46,38%
TOTAL	371	100.0 %

TABLA 23 Síndromes e ITS encontradas en las pacientes investigadas

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Como se mencionó anteriormente, las ITS engloban una serie de infecciones causadas por virus, bacterias, hongos y protozoos, cuya vía de transmisión preferencial es la sexual. La infección genital por VPH representa la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial y los niveles de prevalencia de la infección dependen de la edad y del método de detección aplicado. Esta infección es considerada como factor etiológico de cáncer de cérvix en 99,7%. La citología cérvico-vaginal es un método sencillo y relativamente económico, que brinda una valiosa información clínico-patológica de la mujer a lo largo de gran parte de su vida.
- La colposcopia, junto con la citología y la histología, constituye el soporte sobre el que se basa el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales e invasoras del tracto genital inferior. La colposcopia y la citología, ambos métodos de detección, brindan un diagnóstico de sospecha. La histología de las lesiones detectadas colposcópicamente o a través del legrado endocervical certifica el diagnóstico.
- Establecer los principales síndromes de ITS en las mujeres de las comunidades en búsqueda de protección internacional y receptoras de Limones, realizar screening para

detectar el cáncer de cuello uterino, analizar factores de riesgo para ITS y su relación con el cáncer de cérvix, es de vital importancia para establecer políticas de prevención en estos grupos vulnerables.

- El promedio de edad de las mujeres incluidas en el estudio es de 37,8 años.
- Participaron principalmente mujeres en etapa de vida reproductiva (79,8%), comprendidas entre los 16 y 49 años de edad, y en vida sexual activa.
- La nacionalidad predominante fue la ecuatoriana, pero también se encontró un grupo significativo de mujeres colombianas (9,4%).
- El estado civil preponderante en las mujeres investigadas es unión libre (64,4%); cifras similares relacionadas con este tema se observan en toda la Costa ecuatoriana.
- El nivel de instrucción dominante es el primario (47,7%). Si a esta variable se suma la de las mujeres sin ninguna instrucción, que es de 12,1%, el resultado es 59,8%. En este grupo representativo se va a encontrar un mayor número de gestaciones y partos. En general, es el grupo más vulnerable para ITS y para cáncer de cérvix.
- En lo referente a la ocupación, la principal es quehaceres domésticos con 69,04%, seguida por las madres comunitarias con 7,81%. Esta última ocupación se refiere a mujeres que cuidan a infantes en casas de la población, adecuadas como una guardería y regentadas por el Ministerio de Inclusión Social.
- Al analizar la fecundidad en las mujeres investigadas, el promedio es de 5,7 gestaciones por cada mujer. Si se relaciona la fecundidad con el nivel de instrucción, se advierte que las mujeres con ninguna instrucción tienen un promedio de 8,08 gestaciones, mientras que las mujeres con instrucción superior tienen un promedio de 2,66 gestaciones. Los resultados conforman claramente que a mayor educación de las mujeres, menor es el número de gestaciones. La mejor inversión que pueden hacer los países que quieren





avanzar en el desarrollo integral de su población y en el progreso económico y social, es la educación de la mujer, pues los datos en todos los países y en el Ecuador confirman la relación directa en el mejoramiento de los indicadores sociales a medida que crecen los niveles de instrucción de las mujeres.

- En relación con el número de partos y, por tanto, el número de hijos por mujer, la población investigada tiene un promedio de 4,8 partos-hijos por mujer. Esto claramente señala una fecundidad elevada en esta zona, si se compara con el promedio de hijos por mujer, que es de 3,3 a nivel nacional, como indica la encuesta ENDEMAIN 2004. De igual manera, la cifra es elevada en comparación con la de la región Costa, que es de 3,32. En San Lorenzo corresponde a 4,3, según investigaciones anteriores de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Respecto del número de cesáreas realizadas en la población estudiada, el porcentaje equivale a 13,47%. La cifra es inferior a la tasa general de cesáreas a nivel país, que es de 25,8%, según la encuesta ENDEMAIN 2004, y en relación con la región Costa, que es de 33,8 %. Asimismo, en San Lorenzo, la cifra corresponde a 16,7%. En consecuencia, la terminación del embarazo es preferentemente por vía vaginal. Esta observación se confirma al revisar los porcentajes de cesáreas en el 2008, en la región norte de Esmeraldas de los hospitales de los cantones de San Lorenzo y Borbón. Allí se registra un menor porcentaje de cesáreas: 13,24% en el Hospital de San Lorenzo y 21,30% en el Hospital de Borbón.
- En el tema de planificación familiar, 54,18% de mujeres sí usa algún método. El porcentaje es ligeramente superior al registrado en San Lorenzo, equivalente a 52,9%. Asimismo, al comparar estas cifras con las citadas por la ENDEMAIN 2004 a nivel país, se evidencia diferencias notables. En efecto, a nivel nacional, el uso de métodos anticonceptivos es de 72,7% y a nivel de la región Costa, de 75,6%. En ese sentido, es posible afirmar que entre las mujeres investigadas el uso es significativamente menor, lo que influye en una mayor fecundidad en la zona norte de la provincia de Esmeraldas.
- El método de planificación familiar más usado es ligadura de trompas o esterilización femenina: equivale a 37,3%, mientras que la cifra a nivel de país es de 24% y de la región Costa, de 27,6% (ENDEMAIN 2004). En consecuencia, entre las mujeres investigadas es más elevada la cifra de esterilización. Esta diferencia puede explicarse en tanto la encuesta ENDEMAIN solo se toma hasta la edad de 49 años, mientras que en la investigación se incluyeron pacientes de más de 50 años.
- Respecto del uso del preservativo en la última relación sexual, el 5,9% del grupo estudiado sí usó. La cifra es superior a la nacional, pues según la ENDEMAIN 2004, corresponde a 4,3% y en la región Costa, a 3,2%. En conclusión, las pacientes investigadas usan el preservativo con mayor frecuencia que el promedio nacional.
- En cuanto a la citología, 68,5% de las pacientes estudiadas sí se hicieron alguna vez este examen. Este porcentaje es un tanto mayor al nacional y al registrado en la región Costa. En efecto, a nivel país, la ENDEMAIN 2004 registra 64,3%, y en la región Costa, 69,5%. Las mujeres estudiadas se realizaron el método de screening para el diagnóstico oportuno de cáncer de cérvix.
- En relación con síndromes de ITS encontrados en la población analizada, el más frecuente es el de secreción vaginal (39,9%), seguido por el de secreción cervical (1,88%). Si se compara con los resultados obtenidos por la OIM y el Programa Nacional del SIDA-ITS, en

el año 2009 en San Lorenzo, el síndrome de secreción vaginal era el más frecuente, con 57,06%. Por tanto, es posible concluir que el síndrome de secreción vaginal es menos frecuente en las mujeres de Limones que en las mujeres de San Lorenzo.

- Todas las pacientes a quienes se diagnosticó algún síndrome de ITS recibieron tratamiento proporcionado por el Programa Nacional de ITS y VIH/SIDA, tanto ella como su pareja.
- El manejo sindrómico de las ITS en nuestro país fue implantado en el año 2006 y los casos reportados cada vez son mayores. Así, en el año 2007, a nivel país, el mayor número de usuarias presentan el síndrome de secreción vaginal, con 138.615 casos. Cabe indicar que las mujeres que participaron de la investigación acudieron por la realización de la citología cérvico-vaginal y, por tanto, estaban asintomáticas. Las usuarias en esta zona están acostumbradas a un flujo genital y no le prestan mayor importancia a esta molestia. Desconocen, en ese sentido, las graves complicaciones que pueden acarrear las ITS: la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infertilidad, complicaciones durante el embarazo-puerperio; además, del impacto negativo en el área social y económica que esto implica.
- Dentro de las características más sobresalientes encontradas al momento de la toma de la citología cérvico-vaginal, destaca el sangrado del cuello uterino a la toma de la muestra (15,64%) y la presencia de quistes o huevos de Naboth (8,08%). Esto se relaciona con procesos inflamatorios-infecciosos crónicos, traumatismos, atrofia, uso del DIU, entre otros.
- El diagnóstico precoz del cáncer de cérvix y las lesiones premalignas se apoyan, clásicamente, en la toma de la citología cérvico-vaginal, la colposcopia y la biopsia. En las mujeres investigadas en Limones se realizaron las tres, a fin de diagnosticar en forma oportuna las neoplasias de cérvix. Los resultados de la citología cérvico-vaginal, en 50,92% de casos, indican una Clase II con inflamación moderada, característica de las mujeres en vida sexual activa y en etapa reproductiva. También se reporta, en 40,72% de casos, citología de Clase II con inflamación notable o severa. Esta se puede encontrar en pacientes con alteraciones infecciosas-inflamatorias crónicas, traumas, utilización del DIU, radiaciones o quimioterapia. Los resultados de la citología cérvico-vaginal arrojan, asimismo, alteraciones no muy bien definidas, como Clase II con inflamación severa, con ASCUS. Se trata de células escamosas atípicas, que no tienen un significado determinado. Por ello, las pacientes que han sido reportadas con esta citología deben realizarse necesariamente una colposcopia y una biopsia para descartar problemas neoplásicos en la cérvix. De igual manera, es necesaria la colposcopia y biopsia en la paciente cuya citología reporta una Clase IV o LIE AG. Estas pacientes tienen una elevada probabilidad de tener un cáncer de cérvix.
- En los resultados de la colposcopia realizada a 59 pacientes que presentaban alteraciones citológicas en el PAP test o alteraciones macroscópicas en el cuello uterino, se pudo observar VPH vaginal (6,78%); VPH vulvar (37,28%). Y en la colposcopia a nivel de cuello uterino, el diagnóstico más importante reportado es la cervicitis crónica (22,03%), seguida por el LIE BG (20,35%). Esto, asimismo, está muy relacionado con el VPH. Las mujeres que presentaron los cuadros más críticos fueron sometidas a una biopsia por el riesgo de tener un cáncer de cérvix. El VPH está directamente relacionado con la etiología del cáncer de cérvix.
- Se efectuaron 35 biopsias a pacientes. Se realizaron entre una y tres tomas de biopsia, lo que proporcionó un total de 51 resultados histopatológicos. De estos, 62,74% indican



la presencia de VPH sea a nivel de cérvix, vagina o vulva. Se encontró también 23,54% de casos de cervicitis crónica y 7,84% de pólipo endocervicales. Entre las pacientes, 6 tienen LIE de bajo grado y fueron enviadas a SOLCA, de la ciudad de Esmeraldas, a través de la trabajadora social, para el tratamiento oportuno de la neoplasia cervical. La histopatología de la paciente con un LIE de alto grado confirmó la sospecha de un cáncer in situ de cuello uterino. Ella está siendo tratada en la Maternidad Isidro Ayora, de la ciudad de Quito.

- Se realizaron, como parte del screening de ITS, pruebas serológicas de RPR, para el diagnóstico de sífilis y las pruebas rápidas de VIH, previa conserjería y autorización de las pacientes. Aceptaron realizarse las pruebas 367 mujeres, que corresponde al 98,92%.
- De las 367 mujeres sometidas a las pruebas rápidas para VIH, una paciente resultó positiva para este virus, lo que corresponde a 0,28%. En las pruebas de screening para sífilis resultaron positivas 2 pacientes, que equivale al 0,55%. Si se analizan estos resultados, se observa que en el manejo sindrómico de las ITS se encontró y se trató a una paciente como síndrome de úlcera genital y que, al realizar las pruebas, 2 pacientes dieron positivas para sífilis. Esto indica que se estaba realizando un subdiagnóstico de la sífilis, con la repercusión que esto puede acarrear en la salud de las pacientes.
- Finalmente, al reunir en una tabla todas las ITS encontradas en el cantón Eloy Alfaro, se infiere que el más frecuente es el síndrome de secreción vaginal (39,9%), seguido por el VPH (10,52%) y, el síndrome de secreción cervical (1,88%). Estas son las ITS prevalentes. En resumen, entre las mujeres investigadas, 53,62% presenta algún tipo de infección de transmisión sexual.

8. CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador considera prioritario el enfoque sindrómico para el manejo de las ITS. El manejo sindrómico de las personas con ITS se usa en la actualidad en muchos países, se adapta perfectamente a los servicios de todo nivel y unifica criterios para el abordaje integral de las ITS.

A partir de la implementación, por medio de la citología exfoliativa exocervical (extendido de papanicolaou), ha descendido de manera sustancial el número de nuevos casos de cáncer cervical por año. Sin embargo, sigue siendo la segunda neoplasia, luego del cáncer de mama, en orden de frecuencia dentro de la población femenina, y ocupa el primer lugar en algunos países subdesarrollados.

La realización de esta investigación deja varias conclusiones. A continuación, las más relevantes.

- El inicio temprano de la vida sexual en la región fronteriza de la provincia de Esmeraldas, que conduce a ser madres a temprana edad, como confirma la investigación realizada, donde 7,8% de las mujeres que participaron son adolescentes.
- El nivel de instrucción en las participantes es bajo. Más de la mitad de las mujeres (59,8%) no tienen instrucción o solo tienen la primaria, lo que les hace más vulnerables

a muchas ITS, ya que no tienen capacidad de negociar el uso del preservativo con sus parejas.

- Un número de gestaciones y partos elevados, en relación con los promedios nacionales y de la misma región (Costa).
- Promedios elevados de gestaciones en mujeres analfabetas (8,08%), en contraste con las mujeres con instrucción superior (2,66%), lo que indica notoriamente que a mayor educación de las mujeres, menor es el número de gestaciones.
- El porcentaje de cesáreas en las mujeres estudiadas (13,47%) es menor en comparación con los promedios nacionales (25,8%), de la región Costa (33,8%) y de San Lorenzo (16,7%).
- Bajo porcentaje de planificación familiar en las mujeres estudiadas (54,18%), comparado con los datos nacionales (72,7 %) y de la región Costa (75,6%), lo que trae como consecuencia el número elevado de gestaciones y partos. El método de planificación más utilizado es la esterilización femenina, con 37,3%.
- Los síndromes de ITS más frecuentemente diagnosticados fueron el síndrome de secreción vaginal, el VPH y el síndrome de secreción cervical.
- Es importante que el Programa Nacional de ITS y VIH/SIDA incluya en el grupo sindrómico de ITS al VPH, que es un virus muy expandido en todo el mundo y en la región norte de la provincia de Esmeraldas, y es el principal agente etiológico del cáncer de cuello.
- Los diagnósticos más frecuentes en la citología, colposcopia y biopsia identificaron problemas crónicos en el cuello uterino, como consecuencia de problemas infecciosos-inflamatorios y partos muy numerosos.





- El 53,62% de mujeres investigadas tiene algún tipo de infección de transmisión sexual; cifra alta, pero menor en relación con San Lorenzo (65,06%). La cifra está acorde con las múltiples parejas sexuales, que es frecuente en la zona. Esto ya se evidenció en la investigación realizada por OIM en el año 2007, donde 77% respondió que ha sido alguna vez infiel.
- La zona de Limones es muy vulnerable para las ITS y VIH/SIDA, tanto por la falta de empleo, pobreza, violencia, baja escolaridad, múltiples parejas sexuales, número de gestaciones y partos elevados, y por ser una zona limítrofe con Colombia, que alberga en su interior a mucha gente desplazada del vecino país del norte.

9. RECOMENDACIONES



- Difundir los resultados entre las autoridades y la población participante de la investigación, con el fin de analizar las circunstancias de vulnerabilidad y riesgo, y articular localmente respuestas efectivas.
- Promover la educación sobre sexualidad y amor desde la escuela, con el fin de incrementar la percepción de riesgo y mejorar la asertividad de la comunidad.
- Mejorar el acceso a la educación de niños, niñas, adolescentes, para disminuir el analfabetismo.
- Promover la educación acelerada para que hombres y mujeres puedan culminar los estudios básicos y de bachillerato.

- Formar grupos de mujeres para trabajar en salud sexual y reproductiva, mejorando el acceso a planificación familiar, sexo protegido, y prevención de ITS.
- Desarrollar campañas de promoción educación y comunicación sostenidas, con la participación de la comunidad educativa de salud y las autoridades locales, para desarrollar una conciencia sobre salud preventiva.
- Informar a los varones, que no acceden a información, diagnóstico y tratamiento.
- Incentivar a las organizaciones comunitarias y privadas existentes en la zona a participar en los procesos participativos relacionados con esta temática.
- Promover la participación de las instituciones públicas y privadas en una comisión cantonal de ITS y VIH/SIDA, para que conozcan y analicen los resultados de la investigación, programen y ejecuten un plan de prevención integral sobre estos temas, en el cantón.
- Continuar con las capacitaciones al personal de salud en manejo sindrómico de ITS y de patologías cervical para VPH, e instaurar un seguimiento de estas patologías.
- Dotar a las unidades de salud locales de insumos médicos, medios de diagnóstico y medicamentos para el tratamiento oportuno de las ITS.
- Incentivar la vacuna de VPH, principalmente en niñas.
- Continuar con el apoyo de las organizaciones internacionales, como la OIM, para seguir fortaleciendo la salud sexual desde lo local, con el fin de mejorar la respuesta en la atención y el manejo sindrómico de las infecciones de salud sexual en escenarios como la frontera norte, donde la morbilidad humana incrementa la necesidad de un trabajo conjunto de todos los actores con el Estado ecuatoriano.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Medical Association, Council on Scientific Affairs: Quality assurance in cervical cytology: the Papanicolaou smear. JAMA 1989; 262: 1672-1679.
- Baliga B, Manjula J, Ahluwalia C, Anupama J. Colposcopia y Virus del Papiloma Humano. Principios y Práctica de la Colposcopia 2004; 16: 170-174.
- Belec L, et al. Women treated with antiretroviral drugs may have drug resistant HIV-1 in cervico-vaginal secretions. J. Infect Dis 2000; 182:112-122.
- Boon ME, alons-Van Korderlar JJ, Rietveld-Scheffers PE. Consequences of the introduction of combined spatula and cytobrush sampling for the cervical cytology. Acta Cytol 1986; 30:264-270.
- Cabero L, Cabrillo E. Neoplasia Intraepitelial del Cérvix. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción 2003; 189: 1546-1567
- CDC. Sexually transmitted diseases guidelines 2002. MMWR 2002; 51 (No. RR-6).
- Conejero R, Urgilés C, Wensioe K. Prevención de infecciones por VPH. Revista de la Sociedad de Ginecología de Chile 2004; 11(2): 58-63.
- ENDEMAIN 2004. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Octubre 2005.
- Feliz G, Reyes Z, Castillo C. Incidencia de VPH en adolescentes que acudieron a una consulta ginecológica privada. Revista Médica Dominicana 2002; 63(2): 112 – 114.
- Hernández F, Jiménez C, Romero J. Infección genital por Virus Papiloma Humano. Tesis doctoral previa a la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Quito 1994; 77-81.
- Hernández C, Smith J. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el Estado de Morelos. Revista de Salud Pública de México 2005; 47(6): 1-14
- Herrero R, Brenton L, et al. Factores de Riesgo del Cáncer Invasor del Cuello Uterino en América Latina. Bull of the Panamerican Health Organization 1996; 130(4):6-26.
- Jastreboff A, Cymet T. Role of the human papiloma virus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. Postgrad Med Journal 2002; 78: 225-228
- Kahan J, Rosenthal S, Jin Y, Haung B, Zimet G. Rates of Human Papillomavirus Vaccination, Actitudes About Vaccination, and Human Papillomavirus Prevalence in Young Women. American College of Obstetricians and Gynecologists 2008; 111 (5): 1103-1110
- Marcillo J, Zapata L, Eguez L, Narváez F, Incidencia de infección clínica y subclínica por el virus del papiloma humano en mujeres de alto y bajo riesgo para infecciones de transmisión sexual en la ciudad de Quito, 1998. Tesis doctoral previa a la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Quito 2000; 63-82
- Minkoff H, Shen L, Watts H, Leighty R. Relationship of Pregnancy to Human Papillomavirus Among Human Immunodeficiency Virus – Infected Women. American College of Obstetricians and Gynecologists 2006; 108(4): 953-958.

- Molano M, Posso H, Weiderpass E. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. *British Journal of Cancer* 2002; 87(3): 324 – 333.
- Naud P, Matos JC, e colegas. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Em Tratado de Ginecologia-Febrasgo. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rewinter; 2000. pp.731-744
- ONUSIDA (2007). Informe Anual del ONUSIDA 2007. La epidemia de SIDA en 2007. pp. 8-9. www.unaids.org
- Palma I. Epidemiología del virus del papiloma humano. *Revista Paceyña de Medicina Familiar* 2006; 3(4): 67-70.
- Piver S. Lesiones preinvasoras del cérvix: diagnóstico y tratamiento. *Oncología Ginecológica* 2000; 6: 88-91.
- Rojas A, Loria D, Fleider L, Tatti S. Epidemiología del Cáncer de cuello en Latinoamérica y el Caribe. *Colposcopia* 2000.11(3):105-117
- Salazar E, Gonzalez J, Olmos A, Calzada L. Influencia del Uso de Anticonceptivos Orales como Factores de Riesgo para Infección por Virus del Papiloma Humano y Neoplasia Intraepitelial Cervical. *Revista de Ginecología y Obstetricia Mexicana* 2005; 73 (2): 83-89.
- Schuman JL, O' Connor DM, Covell JF, Greening SE. Pap smear collection devices: technical, clinical, diagnostic, and legal considerations associated with their use. *Diagn Cytopathol* 1992; 8:492-503.
- Serman F. Cáncer Cérvicouterino: Epidemiología, Historia natural y Rol del Virus Papiloma Humano. *Perspectivas en Prevención y Tratamiento. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2002;67(4): 318-323.
- Verdessi A, Perán F, Espinoza R. Prevalencia de displasia de cuello uterino en pacientes portadoras del virus del papiloma humano. *Ciencia e Investigación Médica estudiantil Latinoamericana* 2006; 11(2): 1-8.
- World Health Organization (WHO). Global Programme and AIDS. Current and future dimension of the HIV/ AIDS pandemic: A capsule summary. Geneva, WHO, enero de 1992, p. 15
- Wilbur DC, Cibas ES, Merriet S, James LP, Berger BM, Bonfiglio TA. Thin prep processor: clinical trials demonstrate an increased detection rate of abnormal cervical cytologic specimens. *Am J Clin Pathol* 1994; 101: 209-214.
- Zamudio A, Zepeda Z, Rodríguez B, Tenorio M. Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección por el Virus del Papiloma Humano 2001; 44(1):5-7.



LIMONES,
PROVINCIA DE ESMERALDAS
2009 - 2010