



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA:

**PREVALENCIA DE SIFILIS Y VIH POR TRANSMISION
SEXUAL EN MUJERES EN UN CENTRO DE SALUD DE LA
CIUDAD DE GUAYAQUIL**

AUTORA:

MARAÑON MARTINEZ LEONELA LISSETT

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TUTORA

Dra. CARMEN GABRIELA SORIA SEGARRA

Guayaquil, Ecuador

19 de septiembre del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **MARAÑÓN MARTINEZ LEONELA LISSETT**, como requerimiento para la obtención del Título de. **LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

TUTORA

f. _____
SORIA SEGARRA CARMEN GABRIELA

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
MENDOZA VINCES ANGELA OVILDA

Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MARAÑÓN MARTINEZ LEONELA LISSETT**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SIFILIS Y VIH POR TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL** previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2017

AUTORA

f. _____
MARAÑÓN MARTINEZ LEONELA LISSETT



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **MARAÑON MARTINEZ LEONELA LISSETT**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SIFILIS Y VIH POR TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES DE UN CENTRO DE SALUD EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2017

AUTORA:

f. _____
MARAÑON MARTINEZ LEONELA LISSETT

AGRADECIMIENTO

Al término de este trabajo de investigación me queda la satisfacción de haber culminado exitosamente una etapa de estudio, por lo que agradezco a Dios al darme perseverancia y fortaleza para vencer los obstáculos presentados.

Agradezco a mi esposo Carlos Figueroa Espinoza por su apoyo, porque todos sabemos, del esfuerzo que hizo, para salir adelante con mis estudios a lo largo de mi carrera, gracias por haber confiado en mí, y que a pesar de las dificultades siempre nos mantuvimos juntos.

A mi madre Barbarita Martínez y hermano Luis Marañón, por estar en todo momento en estos años de estudios por sus palabras de aliento y motivación y ayudándome de una u otra manera cuando necesitaba.

A mi papá Pablo Marañón Robalino por ayudarme de alguna manera posible.

A mis hijas a quienes les privé de atenciones durante el tiempo de estudio y dedicación a culminar mi trabajo de investigación.

LEONELA MARAÑÓN MARTINEZ

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis hijas Brithany Figueroa Marañón y Melany Figueroa Marañón por ser mi motor mis fuerzas día a día, a mi esposo Carlos Figueroa Espinoza, que estuvo conmigo ayudándome en todo, momento en estos años de estudios , y a mi madre Barbarita Martínez por ser el pilar en mi vida.

LEONELA MARAÑÓN MARTINEZ.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. _____

CARMEN GABRIELA SORIA SEGARRA

TUTORA

f. _____

ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES MGS

OPONENTE

f. _____

ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES MGS

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ MGS.

COORDINADORA UTE



CALIFICACIÓN



INDÍCE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPITULO II	7
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	7
2.1.1. MARCO DE REFERENCIA	7
2.2. MARCO CONCEPTUAL	9
2.3.1. EDAD	9
2.4. FASES DE SÍFILIS	9
2.4.1. Sífilis Primaria	9
2.4.2. Sífilis Secundaria	10
2.4.3. Sífilis Latente	10
2.4.4. Sífilis Terciaria	11
2.4.5. Sífilis Cardiovascular	11
2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	12
2.5.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS	12
2.6. COMPLICACIONES	12
2.7. VIH	12
2.8. VIH/SIDA	14
2.8.1 CARACTERÍSTICAS	14
2.8.1.1. ETNIA	14
2.8.2. MODO DE TRANSMISIÓN	14
2.8.2.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS	15
2.8.3. ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD	15
2.8.3.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	15
2.8.3.2. FASE DE INFECCIÓN AGUDA RETROVIRAL	16

2.8.3.3. FASE ASINTOMÁTICA DE LA INFECCIÓN PORVIH U OPORTUNISTAS MENORES	16
2.8.3.4. FASE SINTOMÁTICA DE LA INFECCIÓN POR VIH U OPORTUNISTAS MENORES	17
2.8.3.5. FASE SIDA U OPORTUNISTAS MAYORES	18
2.8.4. COMPLICACIONES	18
2.8.4.1. RESPIRATORIAS.....	18
2.8.4.2. DIGESTIVAS.....	18
2.8.4.3. NEUROLÓGICAS	19
CAPÍTULO III	20
3.1. MATERIALES Y MÉTODOS	20
3.1.1. TIPO DE ESTUDIO:	20
6.1.1. POBLACIÓN:.....	20
3.1.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	20
3.1.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS.	20
3.1.5. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.	20
3.1.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	20
6.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	21
6.2.1. Variable general: Prevalencia de Sífilis	21
6.2.2. Variable general: Prevalencia de Sífilis	22
6.2.3. Variable general: Prevalencia de VIH	23
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	52

INDÍCE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 ETNIA.....	26
Gráfico N° 2 ESTADO CIVIL	27
Gráfico N° 3 EDADES	28
Gráfico N° 4 INSTRUCCIÓN ACADÉMICA.....	29
Gráfico N° 5 DIAGNÓSTICO	30
Gráfico N° 6 TIEMPO DE LA ENFERMEDAD.....	31
Gráfico N° 7 MODO DE TRASMISIÓN.....	32
Gráfico N° 8 FASES DE SÍFILIS	33
Gráfico N° 9 SÍFILIS PRIMARIA.....	34
Gráfico N° 10 SÍFILIS SECUNDARIA	35
Gráfico N° 11 SÍFILIS LATENTE.....	36
Gráfico N° 12 SÍFILIS TERCIARIA.....	37
Gráfico N° 13 FASES DEL VIH	38
Gráfico N° 14 SIGNOS Y SINTOMAS PRIMERA FASE	39
Gráfico N° 15 FASE AVANZADA.....	40
Gráfico N° 16 COMPLICACIONES DE VIH.....	41

RESUMEN

Sífilis y VIH son unas de las enfermedades de transmisión sexual que, superada solamente por el VIH/SIDA, ha tenido efectos devastadores en la humanidad y aún constituye un problema de salud. El estudio realizado se denomina prevalencia de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres en mujeres atendidas en el centro de enfermedades de transmisión sexual en la ciudad de Guayaquil. Durante el periodo de Mayo del 2017 a Agosto del 2017.**Objetivo principal:** Determinar la prevalencia de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres en centro de salud (CETS). Tiene un enfoque cuantitativo, es de tipo descriptivo, prospectivo, longitudinal, **Materiales y Método:** La población incluye 40 mujeres atendidas durante el año 2016; sífilis 91 % y VIH 9 %La recolección de datos se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos en el área de estadística. Para la recolección de la información se empleó la **observación indirecta**. La tabulación, datos mediante el programa Excel. **Resultados:** la edad más relevante, de las mujeres atendidas comprendió de 18 a 23 años, debido a sus prácticas sexuales, el elevado número de parejas y el uso inconsistente del condón, disminuyendo los casos a medida que la edad aumentaba. El nivel de instrucción de ellas no influye en la propagación, de la investigación se presentan en gráficos estadísticos.: **Discusión y Conclusión:** existe un incremento de la sífilis en relación al VIH que mantiene tasas bajas.

Palabras Clave: Prevalencia-Sífilis-VIH-Mujeres

ABSTRACT

Syphilis and HIV are one of the sexually transmitted diseases that, surpassed only by HIV / AIDS, have had devastating effects on humanity and are still a health problem. The study carried out is called the prevalence of syphilis and HIV by sexual transmission in women in women treated at the center for sexually transmitted diseases in the city of Guayaquil. During the period from May 2017 to August 2017. **Main objective:** To determine the prevalence of syphilis and HIV by sexual transmission in women at a health center (CETS). It has a quantitative approach, is descriptive, prospective, longitudinal, **Materials and Method:** The population includes 40 women attended during the year 2016; Syphilis 91% and HIV 9% Data collection was performed by reviewing clinical records in the area of statistics. **An indirect observation matrix** was applied. Tabulation, data using the Excel program. **Results:** the most relevant age of the women served was between 18 and 23 years, due to their sexual practices, the high number of partners and the inconsistent use of the condom, decreasing the cases as the age increased. The level of education of them does not influence the propagation, the research is presented in statistical graphs: **Discussion and Conclusion:** there is an increase of syphilis in relation to HIV that maintains low rates.

Key Words: Prevalence-Syphilis-HIV-Women

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una de las infecciones de transmisión sexual que, superada solamente por el VIH/SIDA, ha tenido efectos devastadores en la humanidad y aún constituye un problema de salud. Su nombre se lo debemos al renacentista Girolamo Fracastoro, poeta y cirujano veronés que escribió un poema en el que un pastor llamado Sífilis era castigado con la enfermedad por el dios Apolo, a quien había desafiado (1).

El estudio, se refiere a la prevalencia de sífilis y VIH, por transmisión sexual en mujeres, en un centro de salud de la ciudad, de Guayaquil. Desde mayo a septiembre del 2017. Es un estudio con enfoque cuantitativo; descriptivo; prospectivo; longitudinal. Para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta (2).

El estudio realizado, consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema; justificación; objetivos; Preguntas de investigación.

Capítulo II: Fundamentación conceptual: Marco de referencia i Marco Conceptual; Fundamentación legal.

Capítulo III: Materiales y métodos; variables generales y Operacionalización Presentación y análisis de resultados; Conclusiones; Recomendaciones; Referencias Bibliográficas; Anexos.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio realizado se relaciona con la línea de investigación sobre, Vigilancia epidemiológica. En la actualidad la sífilis es de preocupación constante y especial para los profesionales de la salud, ya que a pesar de las medidas que se han tomado su incidencia y prevalencia se mantienen en niveles altos a nivel nacional y nivel mundial, con especial atención en países subdesarrollados y en vías de desarrollo (3).

Cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones) (4).

En general, las mujeres de los países en desarrollo como EEUU, Canadá, Colombia, Chile, Cuba y en desarrollo, como el nuestro es el comportamiento sexual de su pareja el que las expone al riesgo. En efecto, como resultado de las normas de conducta más estrictas que la sociedad establece para ellas, hay una tasa más alta de cambio de pareja entre los hombres, ya sean solteros o casados. Sin embargo, existen muy pocos datos confiables con respecto a su prevalencia entre las mujeres de la población general.

De hecho, la mayor parte de la información proviene de los llamados "grupos de alto riesgo" "trabajadoras sexuales u hombres que acuden a clínicas de "enfermedades venéreas" por ejemplo, como las de las mujeres que asisten a las clínicas de atención a las ETS.

En el centro, de enfermedades de transmisión sexual (CETS), ubicado en el centro de la ciudad de Guayaquil, es una institución del MSP, donde se atienden, aproximadamente 300 mujeres al año, de las cuales algunas de

ellas tienen, algunas de estas dos patologías que son diagnosticadas en la realización de un solo examen que es el VDRL y VIH (5).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. ¿Cuál es la prevalencia de sífilis y VIH detectada por transmisión sexual en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil?

1.4.2. ¿Cuáles son las características de las mujeres con sífilis y VIH atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil?

1.4.3 ¿Cuáles son los tipos de sífilis y VIH en mujeres atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil?

1.4.4. ¿Qué manifestaciones y complicaciones presentan las mujeres con sífilis y VIH que asisten al centro de salud?

1.4.5. ¿Cuáles son las forma de transmisión de la sífilis y VIH en mujeres atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las infecciones de transmisión sexual, representan mundialmente un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales. Es un mal, que está afectando la humanidad entera, en estos momentos están expuestas a este tipo de problemas todas las personas, pero en mayor porcentaje los adultos jóvenes, la mayoría de ellos desconocen los riesgos que se corren al tener contactos sexuales.

Para el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador, particularmente para la ENV (Estrategia Nacional de VIH/ITS) evidenciar que durante el año 2011 los casos notificados de VIH en jóvenes de 15 y 29 años son 1.010 y, 944 casos de VIH en población cuyas edades oscilan entre los 30 y 49 años de un total de 3.430 casos de VIH notificados por el MSP, lo que obliga al país a ejecutar estrategias dirigidas a este grupo etéreo priorizando la promoción y prevención de VIH e ITS (6).

En la actualidad la sífilis es de preocupación constante y especial para los profesionales de la salud, ya que a pesar de las medidas que se han tomado su incidencia y prevalencia se mantienen en niveles altos a nivel nacional y nivel mundial, con especial atención en países subdesarrollados y en vías de desarrollo (7).

Como miembros del equipo de salud, quienes desempeñamos un rol importante en la salud pública, que es la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, estamos motivadas a contribuir con la comunidad, así como también con la sociedad y el país (8).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de sífilis y VIH en mujeres en un Centro de Salud en la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las mujeres con sífilis y VIH atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.
- Describir el modo de transmisión de sífilis y VIH en mujeres atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.
- Especificar las manifestaciones y complicaciones que presentan las mujeres con sífilis y VIH en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.
- Clasificar las fases de sífilis y VIH en las mujeres atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

CAPITULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. MARCO DE REFERENCIA

Resultados: La sífilis se conoce desde finales del siglo XV. Se caracteriza por una historia natural compleja, determinada por las características peculiares de la espiroqueta que la produce, *Treponema pallidum* y por la respuesta inmunológica que origina. Clásicamente se ha considerado que la sífilis se desarrolla en varias etapas (primaria, secundaria y terciaria) a lo largo de años o décadas separadas por periodos de infección “latente” o inactiva. Estas etapas a veces se desdibujan, como en el caso de la Neurosífilis, que se suele considerar una manifestación de la infección terciaria y aparece con frecuencia en la sífilis inicial. Se ha descrito en los pacientes sifilíticos infectados por el VIH una respuesta débil a antibióticos, resultados anómalos en las pruebas serológicas y riesgo aumentado de Neurosífilis, aunque parece que es poco frecuente (9).

En los países de altos ingresos después de la Segunda Guerra Mundial, la amplia disponibilidad de la terapia antimicrobiana efectiva, el diagnóstico y los programas de tratamiento, se tradujo en una disminución sustancial en la incidencia de la sífilis. Sin embargo, a la vuelta del siglo 21, los brotes de sífilis comenzaron a aparecer en las comunidades de hombres que tienen sexo con hombres. Las razones de estos brotes incluyen el cambio de las normas sexuales y sociales, las interacciones con la infección cada vez más frecuente el VIH, abuso de sustancias, los viajes mundiales y la migración, y la falta de inversión en los servicios de salud pública. Recientemente, se ha sugerido que estos brotes podrían ser el resultado de una interacción del patógeno con la inmunidad natural (10).

Existe clara evidencia en la literatura, en los últimos años, del creciente aumento en la incidencia de sífilis en el mundo. Esta enfermedad sistémica y de transmisión sexual afecta de forma mayoritaria a un grupo etario que comprende la tercera década de la vida, los hombres homosexuales representan el grupo de más alto riesgo. La sífilis ano rectal es una rara manifestación de esta enfermedad, que pudiera ser asintomática, y sus lesiones pueden pasar fácilmente inadvertidas como proctitis, ulceraciones o pseudotumores. Varios estudios han demostrado que los HSH están más propensos a ser diagnosticados en etapas avanzadas de la sífilis y que es menos probable que se establezca el diagnóstico en la etapa primaria. Las lesiones de la sífilis primaria pueden permanecer ocultas cuando ocurren en boca y ano, lo que causa retraso en la identificación de la infección y contribuye a la transmisión adicional de la enfermedad entre las parejas sexuales (11).

En Noruega se ha reportado que en el 2010, resurgió la sífilis entre hombres que tienen sexo con hombres. La incidencia de la sífilis reportado varió de 0.05 (1992) a 1.50 (2002) por 100 000 personas por año. De 562 casos reportados 9 durante el período de estudio, el 62% era hombre infectado por otro hombre. El reporte concluyó que los HSH representan casi los dos tercios de los casos y que el aumento de los casos de infección por VIH entre los HSH puede aumentar la transmisión de ambas infecciones (12).

En el año 2008 se elaboró un informe sobre la epidemiología de la sífilis en Suecia donde se hace evidente la reaparición de la sífilis desde el año 2000 al 2007 difundida principalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Este informe describe la incidencia de la sífilis entre los HSH estimada fue de hasta veintiocho veces mayor que en la población masculina sueca en general. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años de edad (13).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

La sífilis es una infección sistémica y crónica, causada por el *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*, que la diferencia de otras espiroquetas presentes en la boca, mucosas y aparato gastrointestinal, no causante de enfermedad. Generalmente se transmite por contacto sexual y se puede también transmitir al feto durante cualquier etapa del embarazo. El *Treponema* penetra en la piel o través de la mucosa por escoriaciones o lesiones y con menos frecuencia, a través de mucosa intacta. Clínicamente se caracteriza por episodios de enfermedad activa, interrumpidos por lapsos de latencia (14).

2.3 CARACTERÍSTICAS

2.3.1. EDAD

Es el factor de riesgo más importante, el grupo más comprometido es el que va de los 15 a los 30 años, lo cual se relaciona con la actividad sexual. Así, en el 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que la incidencia mundial de la sífilis venérea era de 0,4% (12 millones de casos) y la prevalencia del 1% (2,4). En Colombia, se estima que la prevalencia es de 10,3% en mujeres trabajadoras sexuales, con una incidencia de 0,5% (15).

2.4. FASES DE SÍFILIS

2.4.1. Sífilis Primaria.

Tras el contacto, el período de incubación en el ser humano (desde la inoculación hasta la lesión primaria) suele ser de 21 días y raramente supera las 6 semanas. Se manifiesta como una sola pápula que se erosiona y aparece una úlcera de borde indurado de consistencia cartilaginosa e indolora denominada chancro que aparece a las 2-3 semanas de la primoinfección y desaparecen a las 4 o 6 semanas con curación espontánea.

Se suelen asociar adenopatías regionales inflamatorias, indoloras, no supurativas y bilaterales. Dado que la lesión es indolora y con mucha frecuencia no es visible, los pacientes no son conscientes de la enfermedad y por ello no consultan y no reciben tratamiento (16).

2.4.2. Sífilis Secundaria.

Tras 4 u 8 semanas de la curación del chancro, aparece en el 33% de los pacientes no tratados las manifestaciones generales; el *T. pallidum*, presente en la circulación, determina que la sífilis se transforme en una enfermedad sistémica con bacteriemia, aparece un exantema maculopapuloso generalizado y simétrico que puede afectar el cuero cabelludo y, característicamente, regiones palmoplantares. También pueden aparecer lesiones papuloescamosas y pustulosas (sífilides). En zonas de pliegues y húmedas pueden surgir unas lesiones denominadas condilomas planos, y en las mucosas erosiones superficiales en placas. A todas las manifestaciones cutáneas se asocian síntomas generales como dolor de garganta, fiebre, pérdida de peso, malestar general, meningismo (1-2%, meningitis aguda), iritis, periostitis, cefaleas, alteraciones de los pares craneales y también alteraciones analíticas en las pruebas hepáticas, en la función renal (proteinuria y síndrome nefrótico).

2.4.3. Sífilis Latente

La sífilis secundaria en pacientes no tratados suele ceder a las 3-6 semanas después de su inicio. Aproximadamente, en el 25% de los casos, se presentan episodios de reactivación con exantema, úlceras mucosas y fiebre; lo más característico es la presencia de pruebas serológicas positivas y ausencia de sintomatología. Debemos sospecharla cuando se dispone de antecedentes de lesiones primarias y secundarias de exposición o de alumbramiento de un lactante infectado. Podemos distinguir una fase latente precoz que ocurre en el primer año tras la infección; en ella es donde puede aparecer alguna reactivación; y latente tardía tras un año o más de una infección no tratada. La importancia de esta fase radica en que se puede transmitir al feto y también por transfusiones de sangre contaminada (17).

2.4.4. Sífilis Terciaria

Antes de los antibióticos, aproximadamente el 33% de los casos de sífilis latente no tratada desembocaban en sífilis terciaria. Hoy en día el tratamiento de la sífilis en etapas más iniciales determina que los casos de sífilis terciaria sean excepcionales, salvo formas esporádicas de neurosífilis en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cabe destacar las siguientes formas: Neurosífilis: puede ser meníngea, con frecuencia asociada a uveítis e iritis (un año tras la infección), meningovascular (5-10 años), parenquimatosa: parálisis general (20 años) y tabes dorsal (25 años) (18).

2.4.5. Sífilis Cardiovascular

La sífilis cardiovascular terciaria puede producir aortitis, aneurisma aórtico, estenosis de las coronarias, insuficiencia aórtica y rara vez miocarditis. Gomas: nódulos o placas inflamatorias con destrucción local que pueden afectar a cualquier órgano (piel, esqueleto, vías respiratorias, hígado y estómago).

2.4.6. Sífilis Congénita

Las mujeres embarazadas pueden transmitir en cualquier momento la sífilis al feto. Esto suele ocurrir por vía placentaria. El riesgo oscila desde el 75 al 95% en mujeres con enfermedad en estadios precoces y en un 35% en mujeres con enfermedad con más de 2 años de evolución. En todo el mundo entre medio y un millón de niños nacen afectados de esta enfermedad. Si el tratamiento es adecuado antes de la semana 16 de gestación, no se desarrollan lesiones en el feto. Se clasifican en sífilis congénita temprana o tardía, según los síntomas comiencen antes de los 2 años o después del nacimiento, y tiene peor pronóstico la temprana. El riesgo más elevado de fracaso del tratamiento fetal se da en casos de sífilis secundaria materna (19).

2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

2.5.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Muchas personas que tienen sífilis no presentan síntomas durante años, pero aun así enfrentan el riesgo de tener complicaciones en la fase avanzada si no se trata la enfermedad. Las personas que están en la fase primaria o secundaria de la enfermedad transmiten la infección, aunque muchas veces las úlceras sifilíticas no se puedan reconocer, por lo tanto estas personas pueden contagiar la enfermedad. Por lo común la sífilis es una enfermedad progresiva que pasa a través de diversas etapas bien identificadas, las cuales se comentan a continuación (20).

2.6. COMPLICACIONES

Casi 33% de los pacientes con infección no tratada desarrolla complicaciones de sífilis. Estas incluyen infecciones progresivas del sistema nervioso central, aparato cardiovascular o músculo esquelético, pero puede afectarse cualquier órgano (10).

2.7. VIH

En Mayo de 2013 se publicó un estudio sobre prevalencia del VIH y sífilis realizado en 61 ciudades de China entre febrero de 2008 a septiembre de 2009, donde se concluyó que la prevalencia de VIH y sífilis entre los HSH en China son altos (4.9% y 11.8% respectivamente) y las dos epidemias están geográficamente muy separadas, cada uno de los tres segmentos de la población de HSH Chinos.

En el Ecuador entre septiembre de 2011 y febrero de 2012 el Departamento de Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS realizó un estudio de "Prevalencia de VIH, sífilis y enfermedad de Chagas en mujeres atendidas por parto a aborto el cual demostró que, la prevalencia de sífilis activa encontrada es de 0,25%, siendo ésta superior a la estimada a partir de la

notificación de casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP del Ecuador. En el análisis complementario de prevalencia por regiones, se destaca la concentración de estas tres infecciones en la región costa. En los últimos años se ha visto en algunos países una tendencia a olvidar esta enfermedad, concentrándose los esfuerzos en el abordaje del VIH. Los datos de este estudio muestran esta situación también en Ecuador, por lo que es fundamental reforzar el abordaje conjunto de ambas infecciones en la gestante (21).

La gente no muere de SIDA, sino que esté es predictor de una muerte pronta. La importancia estaba en identificar la causa, lo cual a su vez, llevaba a evitar el desarrollo del SIDA, y por tanto de la muerte. Se plantea que sería imposible evitar todas las enfermedades oportunistas, ante las cuales, el cuerpo enfrenta diariamente, y que por tanto, la única forma de luchar contra esta particular condición, era encontrar su causa. La medicalización de la enfermedad empieza desde el momento que se insiste en buscar su causa y los mecanismos para afrontarla (22).

En Abril del 2013 se publicó los resultados de un estudio que caracteriza la epidemia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y contrasta los patrones de riesgo con otras ITS, realizado en Quito entre el 2010 -2011 donde se reclutaron 416 HSH Quiteños mayores de 14 años utilizando muestreo dirigido por participantes. Se evaluó la prevalencia de VIH e ITS y los comportamientos de riesgo a través de la serología y entrevista auto-administrada. Se identificaron niveles elevados de VIH (11%), sífilis activa (5.5%) y niveles bajos de uso de prueba de VIH (57%) conocimiento de VIH-ITS (< al 48%) en HSH Quiteños.

La edad, más frecuente de 34 años y el 67,9 % eran hombres. Con respecto al uso del condón, como factor de vulnerabilidad al VIH, el 10,1 % de los habitantes de calle lo utilizaron con las parejas que consideran estables; 30,7 % con parejas casuales y 21,2 % con parejas comerciales. El 90,7 % de los hombres habitantes de calle no utilizaron el condón con las parejas casuales. Se encontraron diferencias significativas para el uso del

condón según estado civil en parejas estables y para grupos de edad en parejas comerciales (23).

2.8. VIH/SIDA

El VIH ataca y destruye las células CD4 del sistema inmunitario, que combaten las infecciones. La pérdida de células CD4 dificulta la lucha del cuerpo contra las infecciones y ciertas clases de cáncer. Sin tratamiento, el VIH puede destruir paulatinamente el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA.

2.8.1 CARACTERÍSTICAS

2.8.1.1. ETNIA

En la población indígenas en la selva norte del país .Los servicios de salud como el hospital de Yurimaguas notificaron casos que llegaron en estadios avanzados de la enfermedad del sida y murieron al poco tiempo en el 2007 se determinó que el nivel, de la epidemia concentrada del VIH y sida en población indígena Amazónica provincia de Bagua (24).

2.8.2. MODO DE TRANSMISIÓN

En la actualidad, existen pocos métodos efectivos de control femenino para prevenir esta enfermedad. Comúnmente las estrategias de prevención incluyen abstinencia, fidelidad mutua, preservativos y tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual. De los cuales no todos son factibles para muchas mujeres quienes dependen económicamente de su pareja, pues esta condición impide la adopción de comportamientos sexuales seguros. Además es necesario considerar que el riesgo que presentan estas mujeres de infectarse con VIH/SIDA deriva principalmente del comportamiento sexual de sus propias parejas (25).

- Las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, ya que el VIH puede transmitirse a través de las membranas mucosas, como las que recubren el ano o la vagina
- La transmisión vertical de madre a hijo, ya sea de manera intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna.
- La transmisión a través de sangre infectada, como al compartir agujas, jeringuillas u otros elementos punzo cortantes con restos de sangre infectada o al transfundir sangre contaminada o sus productos derivados. También se puede transmitir a través de lesiones abiertas, heridas o cortes en la piel.

2.8.2.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Poco después de la infección por el VIH, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza o erupción cutánea. Después de esta etapa inicial de infección por el VIH, el virus sigue multiplicándose en concentraciones muy bajas. Por lo general, otros síntomas graves de la infección, como diarrea crónica, adelgazamiento rápido y síntomas de infecciones oportunistas, no aparecen por varios años. Las infecciones oportunistas comprenden, además de estas últimas, varias clases de cáncer relacionadas con infecciones que ocurren con más frecuencia o son más graves en personas con inmunodeficiencia que en personas con un sistema inmunitario sano.

2.8.3. ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD

2.8.3.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El término sida es con frecuencia mal empleado, ya que la infección por el VIH se caracteriza por una amplia variedad de fases clínicas con sus respectivas manifestaciones, tales como la infección aguda retroviral o

retrovirus aguda, así como las fases siguientes: asintomática de la infección por VIH, sintomática y por último la de caso sida (26).

2.8.3.2. FASE DE INFECCIÓN AGUDA RETROVIRAL

Se corresponde con la llegada del virus al paciente y se caracteriza desde el punto de vista clínico por 2 situaciones: puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos, o sintomática, donde el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, entre los cuales figuran: generales (fiebre, faringitis, linfadenopatías cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso); dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia; gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas; neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré. En su mayoría, como son síntomas tan inespecíficos, es frecuente que médicos y pacientes no les den importancia y a su vez sea difícil determinar con exactitud, la frecuencia de este cuadro agudo, no obstante, en diferentes estudios realizados se describen entre los más comunes: fiebre asociada a fatiga, erupción eritematosa maculopapular y síndrome adénico, parecido al de la mononucleosis infecciosa. De forma general, estos síntomas tienen un período de 6 a 8 semanas aproximadamente y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Durante esta fase existe el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos.

2.8.3.3. FASE ASINTOMÁTICA DE LA INFECCIÓN PORVIH U OPORTUNISTAS MENORES

Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático, que en Cuba tiene una duración promedio de tan corto tiempo como de un año y tan larga como de 8,5 años, aunque los nuevos tratamientos la prolongan cada vez más.

De forma general, puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico con las características siguientes: más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan 2 o más regiones contiguas. Se llama linfadenopatía generalizada persistente, puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH, por lo cual es importante estimular por todas las vías posibles que las personas se interesen por saber su seroestatus (27).

2.8.3.4. FASE SINTOMÁTICA DE LA INFECCIÓN POR VIH U OPORTUNISTAS MENORES

Según pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase sintomática de la infección por VIH, la cual va a representar un período intermedio entre el portador asintomático y el de caso sida o final. Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, de modo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan graves como en la siguiente. Clínicamente se caracteriza por distintos síntomas: generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10%; hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él; linfadenopáticos: pueden disminuir los ganglios linfáticos; respiratorios: tos seca persistente; digestivos: diarrea que puede durar más de un mes; dermatológicos: candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, así como neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica. La duración de esta fase depende de diferentes factores, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros (28).

2.8.3.5. FASE SIDA U OPORTUNISTAS MAYORES

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuya función en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso sida cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen. Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de sida, también se ha incluido el término sida inmunológico, el cual incluye a pacientes con número de células CD4 menor de 200 mm³ y clínicamente asintomático; también se ha incluido en la práctica clínica el término “debut” sida para todos aquellos casos que al momento de ser detectados tienen alguna enfermedad oportunista definitoria de sida o CD4 por debajo de 200 células. Estos casos, al ser diagnosticado en esta fase tan avanzada de la infección, se asocian con una alta mortalidad por poca respuesta a la terapia antirretroviral, reacciones

2.8.4. COMPLICACIONES

adversas, irreversibilidad de la infección oportunista que tenga en ese momento, así como dificultad para lograr la recuperación del sistema inmunológico (29).

Como ya se ha aclarado, la infección por VIH ocasiona complicaciones en todos los aparatos y sistemas, pero los más afectados son el respiratorio, el digestivo y el SNC.

2.8.4.1. RESPIRATORIAS

Neumonía por Pneumocistis Jirovesi, tuberculosis pulmonar y sinusitis repetidas.

2.8.4.2. DIGESTIVAS

Cuadro diarreico crónico, enteropatía por VIH y disfagia.

2.8.4.3. NEUROLÓGICAS

a) Por infección primaria del VIH: encefalitis por VIH (demencia por sida y atrofia cerebral), meningitis aséptica típica y mielopatía vascular

b) Por infecciones asociadas a la inmunodepresión: meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans*, neurotoxoplasmosis y lesiones tumorales por papilomavirus.

Procesos tumorales asociados al VIH: sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y linfoma primario del sistema nervioso central.

Otras de las complicaciones que deben tenerse en cuenta son: Wasting disease, leucoplasia vellosa bucal, herpes zóster, multidermatoma, candidiasis bucal, dermatitis seborreica e hiperpigmentación cutánea, trombocitopenia asociada al VIH, nefropatía por VIH y otras (30).

CAPÍTULO III

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO:

4. **3.1.1. Nivel:** Descriptivo.

5. **3.1.2. Método:** Cuantitativo, Prospectivo.

6. **3.1.3. Diseño:** Según la naturaleza de los datos es transversal.

6.1.1. **POBLACIÓN:** La población de estudio, estuvo conformada por 40 mujeres diagnosticadas con Sífilis y VIH, pacientes atendidas en el Centro de Salud CETS del distrito 09D05. De la Ciudad de Guayaquil. En el año 2016.

3.1.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos, se aplicó la observación indirecta.

3.1.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS.

Matriz de observación indirecta, para el registro de datos obtenidos en las historias clínicas de los casos diagnosticados, con Sífilis y VIH.

3.1.5. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

Para la tabulación de datos, se utilizó el programa Excel y para los resultados obtenidos se elaboraron tablas y gráficos.

3.1.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- La Matriz de Observación Indirecta dirigida a la recolección de datos de los expedientes clínicos de casos registrados de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres atendidas en el año 2016.

6.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

6.2.1. Variable general: Prevalencia de Sífilis

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Número de nuevos casos, en un período determinado de tiempo.		Edad	18-23 años 24-29 años 30-35 años 36-41 años 42-47 años +48 años
	Características poblacionales	Etnia	Blanca Negra Mestiza Indígena
		Estado civil	Casada Soltera Divorciada Viuda Unión libre Unión de hecho
		Instrucción académica	Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta
		Diagnóstico	Sífilis VIH SIDA
		Tiempo de la enfermedad	3-6 meses 6-12 meses +12 meses
	Modo de transmisión	Contacto sexual sin protección	Si__ No__
	Fases de la Sífilis	Sífilis Primaria Manifestaciones	Pápula erosionada piel y mucosas
		Sífilis secundaria Manifestaciones	T. pallidum Exantema cutáneo cuero cabelludo Exantema cutáneo en palma de manos Exantema cutáneo en pliegues cutáneos Condilomas planos Dolor garganta Fiebre Pérdida de peso Meningitis aguda Iritis Periostitis

6.2.2. Variable general: Prevalencia de Sífilis

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Número de casos, de una enfermedad en un período determinado de tiempo.	Fases de la Sífilis.	Sífilis Secundaria Manifestaciones	Cefaleas Alteraciones de pares craneales. Alteraciones en pruebas hepáticas Proteinuria Síndrome nefrótico
		Sífilis Latente Manifestaciones	Reactivación de exantemas. Ulceras mucosas Fiebre Pruebas serológicas (+)
		Sífilis terciaria Manifestaciones	Neurosífilis
		Sífilis cardiovascular Manifestaciones	Aortitis sífilítica Nódulos en piel Nódulos en esqueleto. Nódulos en vías respiratorias Nódulos en hígado Nódulos en estómago
	Complicaciones	Infecciones progresivas del SNC	No. de casos
		Infecciones progresivas del aparato cardiovascular.	No. de casos
		Infecciones progresivas musculoesquelética	No. de casos

6.2.3. Variable general: Prevalencia de VIH

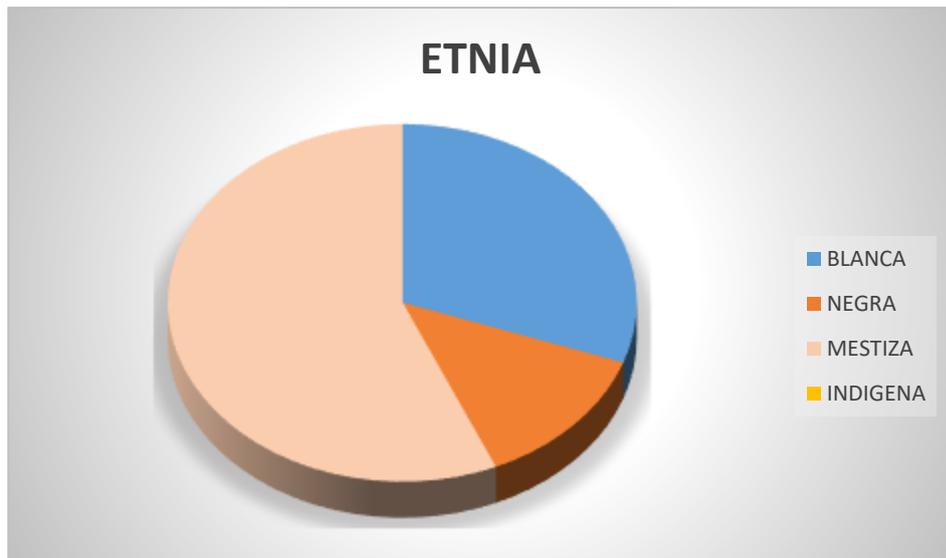
DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Número de nuevos casos, en un período determinado de tiempo.		Edad	18-23 años 24-29 años 30-35 años 36-41 años 42-47 años +48 años
	Características poblacionales	Etnia	Blanca Negra Mestiza Indígena
		Estado civil	Casada Soltera Divorciada Viuda Unión libre Unión de hecho
		Instrucción académica	Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta
		Diagnóstico	Sífilis VIH SIDA
		Tiempo de la enfermedad	3-6 meses 6-12 meses +12 meses
	VIH/SIDA	SIGNOS Y SINTOMAS PRIMERA FASE	Gripe Fiebre Dolor de cabeza Erupción cutánea
	Modo de transmisión	Contacto sexual sin protección. Por jeringas. Por infusión de sangre. Por fluidos saliva, semen	Si__ No__
Número de nuevos casos, en un período determinado de tiempo.	Fase aguda VIH/SIDA	Manifestaciones Generales	Fiebre Faringitis Linfadenopatías Mononucleosis infecciosa
		Manifestaciones dermatológicas	Erupción eritematosa maco popular Urticaria difusa Alopecia.

		Manifestaciones gastrointestinales	Nauseas Vómitos Diarrea Ulceraciones mucocutanea
		Manifestaciones neurológicas	Cefalea Dolor retroorbitario Meningoencefalitis. Neuropatía periférica Radiculitis Síndrome Guillen-Barré Fatiga Erupción eritematosa maculopapular Síndrome adénico
	Fase sintomática II	Manifestaciones	+3 meses evolución ganglios Ganglios firmes no leñosos esplenomegalia
	Fase sintomática III	Manifestaciones	Malestar general Astenia persistente Pérdida de peso (10%) Anemia y trombocitopenia. Síndrome purpúrico Tos seca Diarrea Candidiasis bucal Dermatitis seborreica.
Número de nuevos casos, en un período determinado de tiempo.	Fase sintomática III	Manifestaciones	Herpes simple recidivante (anal o genital) Herpes zoster Verrugas genitales Poli neuropatía Síndrome ansioso depresivo Meningitis aséptica
	Fase sintomática IV	Manifestaciones	Inmunosupresión severa. >Linfocitos CD4
	Complicaciones VIH/SIDA	Respiratorias	Neumonía por Pneumonitis jirosevi. Tuberculosis pulmonar Sinusitis repetida

		Digestivas	Enteropatía Disfagia.
		Neurológicas	Encefalitis Meningitis aséptica típica Mieelopatía vascular
		Infecciones asociadas.	Meningoencefalitis Neurotoxoplasmosis Lesiones tumorales por papiloma virus humano. Sarcoma Kaposi Linfoma no Hodking Linfoma primario SNC. Westing disease Leucoplasia vellosa bucal Herpes zoster Multidermatoma Candidiasis bucal Dermatitis seborreica Hiperpigmentación cutánea. Trombocitopenia asociada al VIH Nefropatía por VIH

3.2.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Gráfico N° 1 ETNIA



ANÁLISIS:

El mayor porcentaje se dió en mujeres de raza mestizas con el 57%, seguido por mujeres blancas el 30% lo que refleja que, el mayor porcentaje está en mujeres mestiza. Información encontrada en las historias clínicas de las pacientes atendidas.

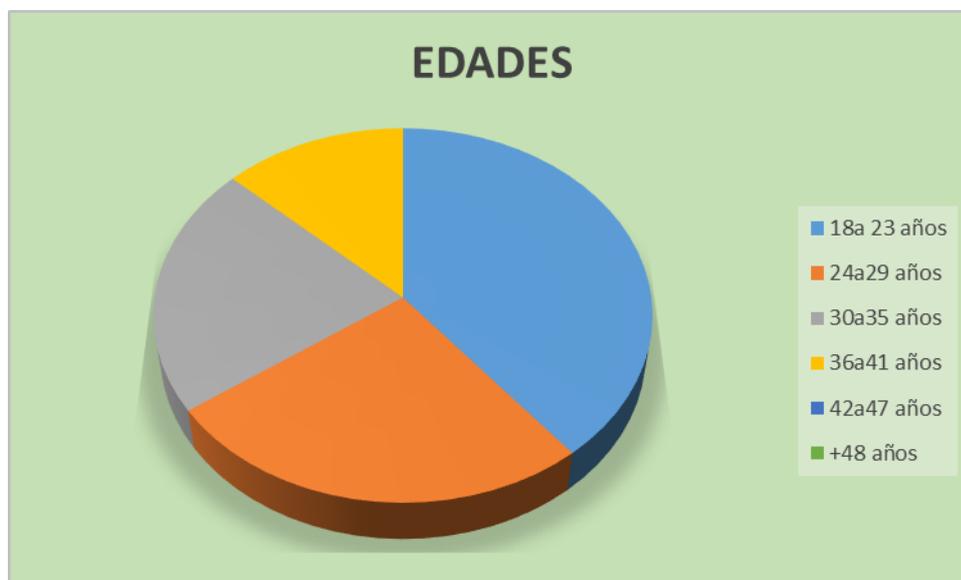
Gráfico N° 2 ESTADO CIVIL



ANÁLISIS:

En este gráfico podemos observar que .el mayor porcentaje de las mujeres eran solteras con el 65% seguido de las mujeres con unión libre con el 22% y con el 13% eran mujeres casadas. Información encontrada en historias clínicas de las pacientes atendidas en centro de salud.

Gráfico N° 3 EDADES



ANÁLISIS:

En este gráfico se puede observar que el mayor porcentaje se da en las edades de las mujeres, fueron de 18 a 23 años, que en este rango se ubica la prevalencia, con el 39% seguido de las de 24 a 29 años con un porcentaje de 26% luego las mujeres de 30 a 35 años, con el 22%. , lo que evidenció que la mayor prevalencia, estuvo entre los más jóvenes disminuyendo drásticamente a medida que la edad aumentó. Por tanto, se concluyó que la edad es un factor de riesgo para contraer sífilis y VIH, lo que refleja, que la mayoría de las mujeres son jóvenes adultas.

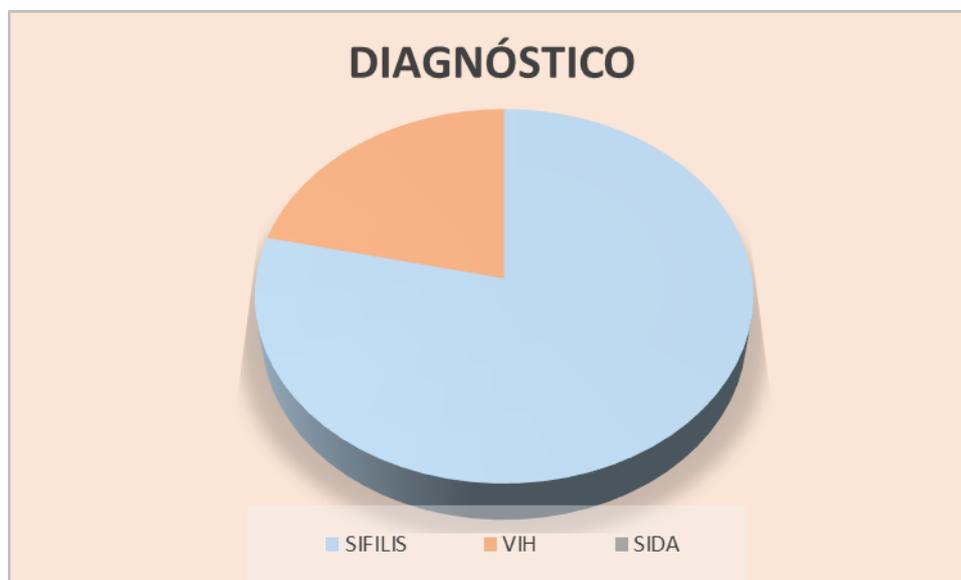
Gráfico N° 4 INSTRUCCIÓN ACADÉMICA



ANÁLISIS:

El mayor porcentaje se dió en mujeres de instrucción secundaria con el 52%, seguido de un 22% de instrucción universitarias, luego mujeres con instrucción académica primaria. Con el 17%. Y también hubieron analfabetas, Estos datos corroboraron que la alta escolaridad no impide para adquirir estas enfermedades, a pesar que se presume que tenían conocimiento sobre prevención debido a que cuando se realizan prueba de VIH reciben, consejería para reducción de riesgos de adquirir VIH, y otras ITS, lo cual nos indica que la falta de conocimiento tiene mucho que ver con el cuidado de nuestra salud.

Gráfico N° 5 DIAGNÓSTICO



ANÁLISIS:

Como podemos observar el gráfico el mayor porcentaje es de diagnóstico de sífilis en mujeres con el 91 % seguido el VIH con el 9%.y el 0% de SIDA. Información que se encontró dentro de las historias clínicas de las mujeres atendidas en centro de salud. Lo que quiere decir que las pacientes, se realizaron las pruebas correspondientes, a dichas enfermedades.

Gráfico N° 6 TIEMPO DE LA ENFERMEDAD



ANÁLISIS:

Se observa en el gráfico, que el tiempo de la enfermedad de estas mujeres fueron menos de 3 meses con el 48%, seguido con el 30% de 3 a 6 meses de tiempo de la enfermedad. Información que se encontró dentro, de las historias clínicas de las pacientes atendidas, lo que quiere decir, que las mujeres ya tenían, algún tiempo con esta enfermedad y llegaron al centro de salud cuando presentaron molestias.

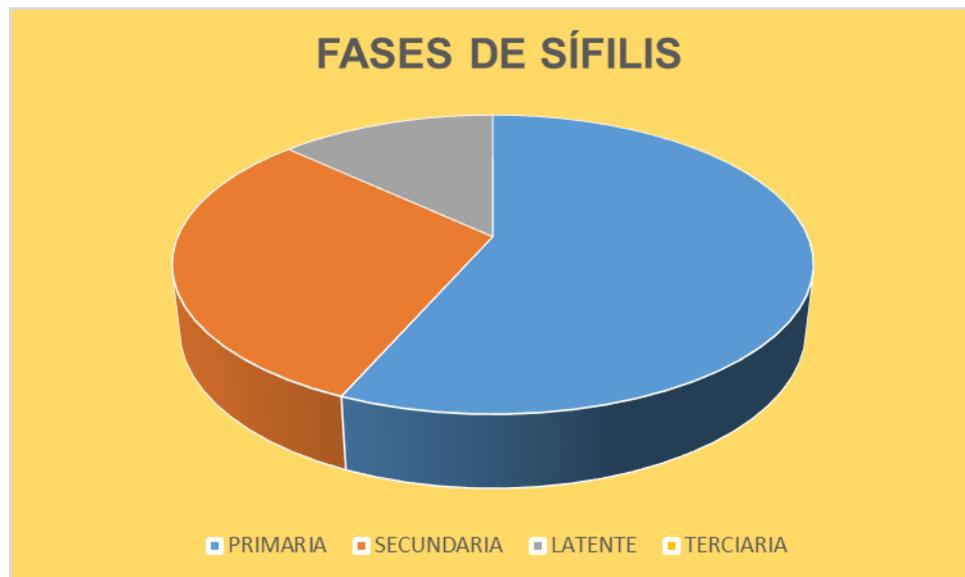
Gráfico N° 7 MODO DE TRASMISIÓN



ANÁLISIS:

Como podemos, observar en el gráfico el modo de transmisión de estas mujeres fue por contacto sexual con el 100%. Lo que se puede relacionar con lo que expresan en la historia clínica que con las parejas estables no usan condón mientras que con las parejas ocasionales lo usan eventualmente, lo que quiere decir, que las personas no están informadas, o no hacen conciencia, de las enfermedades que les pueden causar por transmisión sexual, al no protegerse o, al estar con diferentes parejas, en el acto sexual.

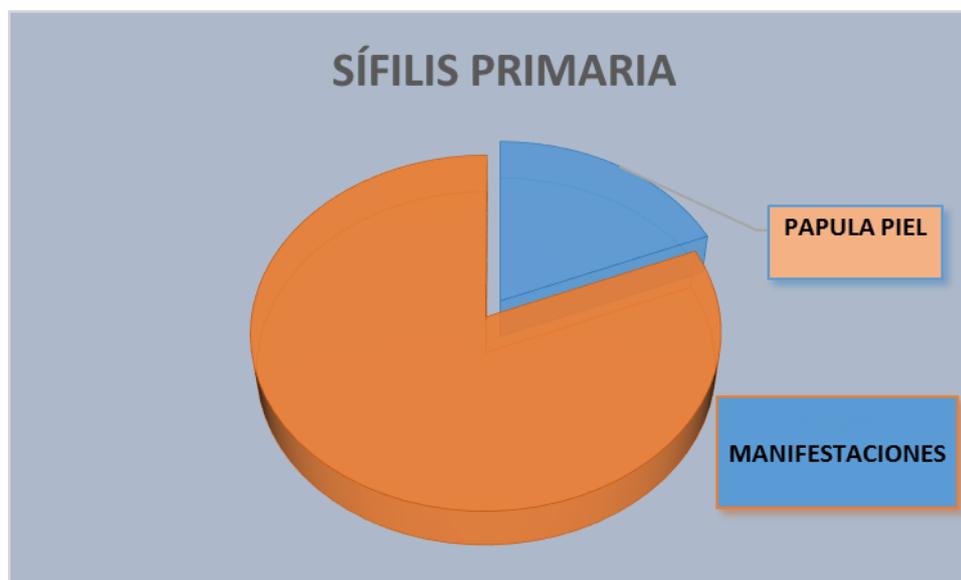
Gráfico N° 8 FASES DE SÍFILIS



ANÁLISIS:

El 57% fueron sífilis primaria, seguido por sífilis secundaria con el 30% luego latente con el 13%. Información que se encontró dentro de las historias clínicas de las pacientes, atendidas en el centro de salud, lo que refleja que la mayoría, de mujeres llegaron en la fase primaria, y se preocuparon por algún síntoma que les presento, dentro de esta fase y no esperaron que avance a otra fase de esta enfermedad.

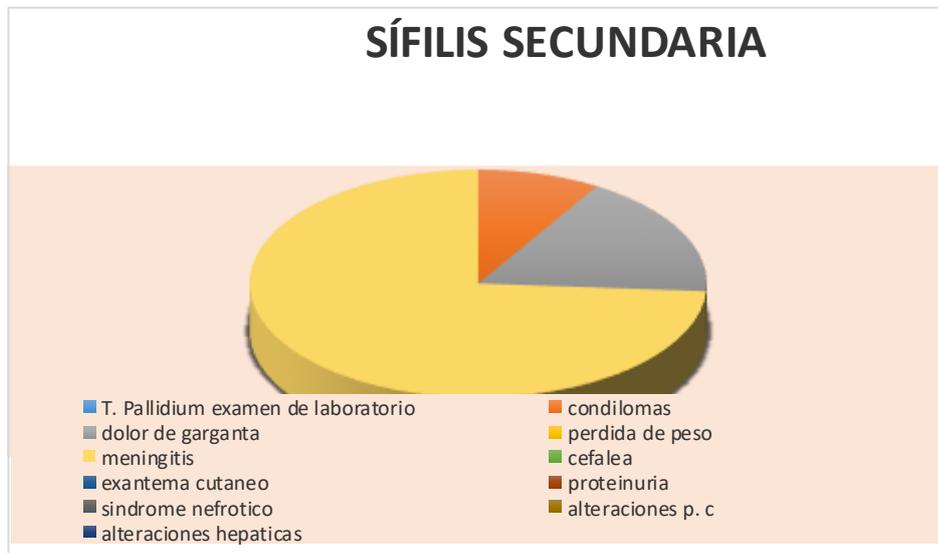
Gráfico N° 9 SÍFILIS PRIMARIA



ANÁLISIS:

Dentro de las historias clínicas de las pacientes atendidas Como se observa en el gráfico que el 81% fueron pápulas en la piel seguido el 19% con otras manifestaciones. Lo que quiere decir que las mujeres llegaron al centro de salud con pápulas

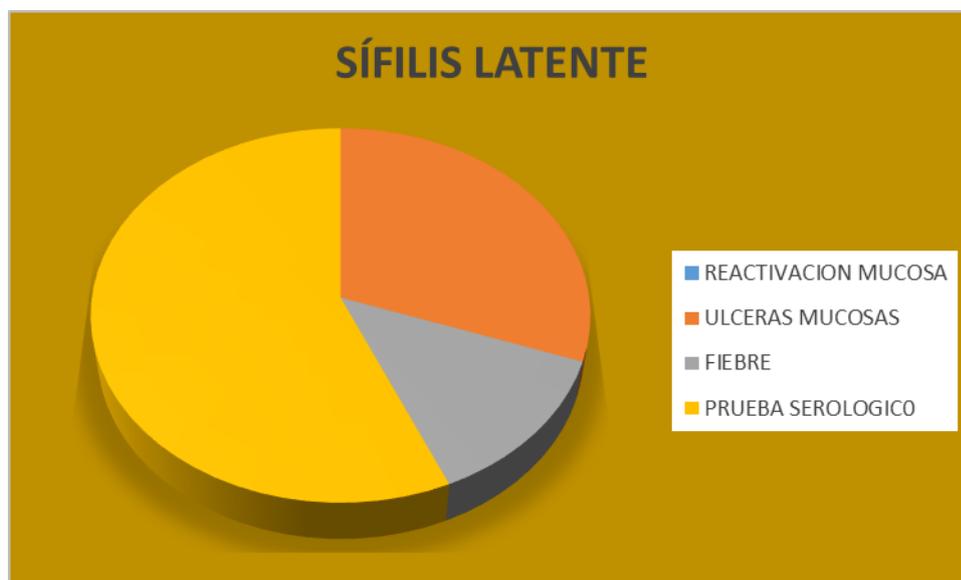
Gráfico N° 10 SÍFILIS SECUNDARIA



ANÁLISIS:

Se observa en el gráfico, que en la segunda fase de sífilis el mayor porcentaje fue de meningitis con el 74% seguido por dolor de garganta con el 17%. Información que se encontró dentro de las historias clínicas, lo que significa que las pacientes atendidas en centro de salud, no presentaron todos los signos y síntomas de sífilis secundaria.

Gráfico N° 11 SÍFILIS LATENTE



ANÁLISIS:

Como podemos observar el gráfico en sífilis latente el mayor porcentaje fue por prueba serológica con el 57% seguido por fiebre con el 13%. Información, que se encontró dentro de las historias clínicas de las pacientes, lo que significa que las mujeres atendidas en el centro de salud, se realizaron el examen de VDRL prueba serológica, que mide ,sustancias (proteínas), llamadas anticuerpos, que el cuerpo puede producir si entra en contacto con la bacteria.

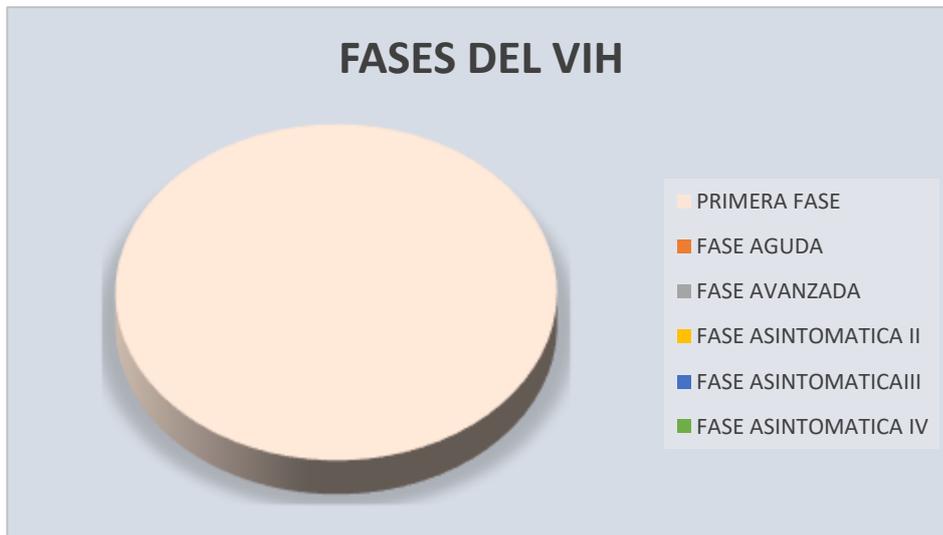
Gráfico N° 12 SÍFILIS TERCIARIA



ANÁLISIS:

Como se puede observar, en sífilis terciaria neurosífilis fue el 0%. Información que se encontró, dentro de las historias clínicas de las pacientes. Lo que quiere decir que las, mujeres atendidas no llegaron a esta fase, al centro de salud.

Gráfico N° 13 FASES DEL VIH



ANÁLISIS:

Como podemos observar en el gráfico las fases del VIH la primera fase, tuvo el mayor porcentaje con el 100%. Información que se encontró dentro de las historias clínicas de las pacientes, que llegaron hacerse atender al centro d salud a la primera fase, lo que refleja que no dejaron avanzar esta enfermedad.

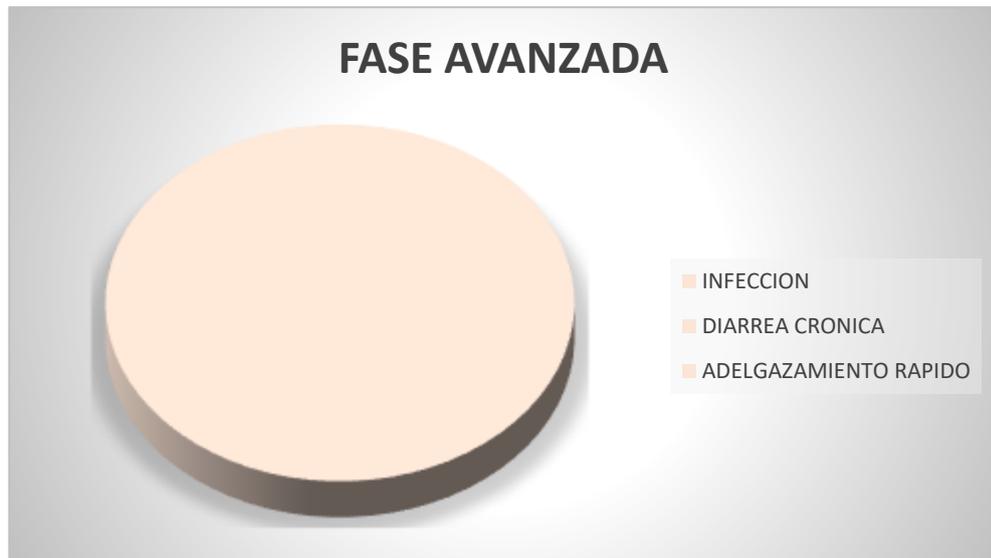
Gráfico N° 14 SIGNOS Y SINTOMAS PRIMERA FASE



ANÁLISIS:

La mayoría de las mujeres tuvieron signos y síntomas de VIH gripe y fiebre con el 50% ambos. Información que se encontró dentro de las historias clínicas, mientras que como se observa en el gráfico las pacientes no referían otros síntomas.

Gráfico N° 15 FASE AVANZADA



ANÁLISIS:

Como se observa en el gráfico el 0% de las mujeres atendidas no tuvo fase avanzada. Lo que quiere decir que estas mujeres no llegaron a dicho centro de salud en esta fase lo que significa que se preocuparon por su salud y que se hicieron atender antes de que avance esta enfermedad en fase avanzada.

Gráfico N° 16 COMPLICACIONES DE VIH



ANÁLISIS:

Dentro de las historias clínicas revisadas de las mujeres atendidas, Como podemos observar en el gráfico no hubo complicaciones de VIH. Lo que significa que ellas se hicieron atender en el centro de salud antes de llegar a las complicaciones de esta enfermedad.

DISCUSIÓN

La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia de sífilis y VIH en mujeres atendidas en el centro de enfermedades de transmisión sexual (CETS), de la ciudad de Guayaquil, desde mayo del 2017 hasta Agosto del 2017 ,se caracterizó a la población femenina diagnosticada con sífilis y VIH en dicho centro de salud, se identificó la etiología que presentaron las mujeres ,y por último se indicó las fases de las enfermedades y las manifestaciones que presentaron las mujeres con dichas patología.

La edad, más frecuente de 34 años y el 67,9 % eran hombres. Con respecto al uso del condón, como factor de vulnerabilidad al VIH, el 10,1 % de los habitantes de calle lo utilizaron con las parejas que consideran estables; 30,7 % con parejas casuales y 21,2 % con parejas comerciales. El 90,7 % de los hombres habitantes de calle no utilizaron el condón con las parejas casuales. Se encontraron diferencias significativas para el uso del condón según estado civil en parejas estables y para grupos de edad en parejas comerciales (23)

En comparación, el trabajo citado con el presente estudio, refleja datos similares dentro del grupo poblacional femenina , diagnosticada, con sífilis y VIH que recibieron atención en el centro de salud (CETS) durante el año 2016, en las mismas edades citadas en el trabajo anterior.

.En Abril del 2013 se publicó los resultados de un estudio que caracteriza la epidemia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y contrasta los patrones de riesgo con otras ITS, realizado en Quito entre el 2010 -2011 donde se reclutaron 416 HSH Quiteños mayores de 14 años utilizando muestreo dirigido por participantes. Se evaluó la prevalencia de VIH e ITS y los comportamientos de riesgo a través de la serología y entrevista auto-administrada. Se identificaron niveles elevados de VIH (11%), sífilis activa (5.5%) y niveles bajos de uso de prueba de VIH (57%) conocimiento de VIH-ITS (< al 48%) en HSH Quiteños.

Las diferencias con este trabajo son marcadas teniendo en cuenta que en el centro de salud, las mujeres son las que más están propensas a estas enfermedades ya que son trabajadoras sexuales, y las que tienen bajo nivel de instrucción académica son las que tienen poco conocimiento acerca de las (its) el mayor porcentaje es de diagnóstico de sífilis en mujeres con el 91 % seguido el VIH con el 9%

La sífilis se conoce desde finales del siglo XV. Se caracteriza por una historia natural compleja, determinada por las características peculiares de la espiroqueta que la produce, *Treponema pallidum* y por la respuesta inmunológica que origina. Clásicamente se ha considerado que la sífilis se desarrolla en varias etapas (primaria, secundaria y terciaria) a lo largo de años o décadas separadas por periodos de infección “latente” o inactiva. Estas etapas a veces se desdibujan, como en el caso de la Neurosífilis, que se suele considerar una manifestación de la infección terciaria y aparece con frecuencia en la sífilis inicial. Se ha descrito en los pacientes sifilíticos infectados por el VIH una respuesta débil a antibióticos, resultados anómalos en las pruebas serológicas y riesgo aumentado de Neurosífilis, aunque parece que es poco frecuente (9).

Por último, cabe mencionar que, en el 2012 se realizó otro estudio donde se identificó que:

La “Prevalencia de VIH, sífilis y enfermedad de Chagas en mujeres atendidas por parto a aborto el cual demostró que, la prevalencia de sífilis activa encontrada es de 0,25%, siendo ésta superior a la estimada a partir de la notificación de casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP del Ecuador. En el análisis complementario de prevalencia por regiones, se destaca la concentración de estas tres infecciones en la región costa. En los últimos años se ha visto en algunos países una tendencia a olvidar esta enfermedad, concentrándose los esfuerzos en el abordaje del VIH. Los datos de este estudio muestran esta situación también en Ecuador, por lo que es

fundamental reforzar el abordaje conjunto de ambas infecciones en la gestante (21).

El promedio de edad de las pacientes que fueron atendidas en el centro de salud durante el año 2016 de un rango comprendido entre 18 y 47 años de edad que fue la edad límite que se tiene registro en dicha institución, siendo las edades de entre 18 y 23 años las que más se presentan con un 39%.

- En estado civil, el 65% del total de las pacientes atendidas en el centro de salud, durante el año 2016 eran solteras, mientras que el 22% de ellas eran de unión libre.
- El 52% contaban con un nivel de instrucción secundaria, de las pacientes seguidas de un 22% de instrucción universitarias y con instrucción primaria el 17%.
- El modo de transmisión de estas mujeres fueron por contacto sexual sin protección con el 100%.

Las diferencias, que se muestran entre estos cuatro estudios se deben principalmente al lugar donde fueron realizados, es decir, más específicamente a la zona donde residen los pacientes que recibieron la atención médica en estos establecimientos. Ya que la falta de conocimiento al prevenir infecciones (its) o al estar con múltiples parejas, son las causas principales, para adquirir estas enfermedades que pueden empeorar con el tiempo y causar problemas graves de salud, siendo unos los anteriores de una región o país distinto; y el presente estudio de otra región totalmente distinta.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos establecidos y conforme a las variables analizadas en el presente estudio, entre los puntos más sobresalientes, se concluye que:

- Del estudio realizado se determina que, la prevalencia es del 91% del grupo objetivo tuvieron sífilis y el 9% VIH, lo cual es la tendencia por el nivel de riesgo de la población de estudio ser trabajadoras sexuales.
- Las mujeres, con sífilis y VIH, están en el grupo etario que mayormente resultó infectado, son las más jóvenes entre 18 a 29 años disminuyendo los casos a medida que la edad se incrementa. La preferencia y prácticas sexuales, el elevado número de parejas sexuales, el uso inconsistente del condón, y la alta escolaridad no fueron impedimento para que las usuarias de (CETS) adquirieran sífilis y VIH.
- El modo de transmisión de la sífilis y VIH, de estas mujeres fueron por contacto sexual sin protección con el 100%, las personas no están informadas, o no hacen conciencia de las enfermedades que les pueden causar por transmisión sexual, al no protegerse al estar con diferentes parejas, en el acto sexual.
- En las manifestaciones y complicaciones, de sífilis como resultados un 81% fueron pápulas en la piel. Mientras que, de VIH, fue gripe y fiebre con el 50% de la población investigada.
- Las fases de sífilis, fueron sífilis primaria, dado como resultados un porcentaje del 57%, seguido por sífilis secundaria con el 30% luego latente con el 13%.mientras que el VIH, la primera fase, tuvo el mayor porcentaje con el 100%.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos de esta investigación formulamos las siguientes recomendaciones.

- En el Centro de enfermedades de transmisión sexual (CETS), al leer las historias clínicas, de las pacientes la información encontramos datos de gran relevancia pero sugerimos que en las mismas se incluyan más información sobre todo en la anamnesis de las pacientes, y llenar como debe de ser cada información.

- Que en el centro de salud, se haga conocer a través, del personal de salud, el programa mediante charlas educativas, a los usuarios de tal manera que conozcan las medidas preventivas sobre infecciones de transmisión sexual.

- Asegurar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos y brindar consejería del mismo para evitar las infecciones de transmisión sexual.

- Fomentar el uso consistente del condón, reducción del número de parejas sexuales y realizarse la prueba de VDRL y VIH por lo menos dos veces al año.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abeldaño R. Vigilancia Epidemiológica Ecuador [Internet]. 2015 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/701/3/06%20ENF%20432%20TESIS>
2. Acuria Cárdenas B. Síndrome de úlcera genital y flujo vaginal en mujeres en edad fértil Hospital San Francisco de Tenguel Area de Salud No. 14, enero-junio 2008 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2011 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/943>
3. Barba R. Condones, abstinencia y fidelidad contra el sida [Internet]. 2010 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/04/12/hepatitissida/1081793702.html>
4. Berbesí-Fernández DY, Segura-Cardona AM, Montoya-Vélez LP. Factores asociados a la vulnerabilidad al VIH en habitantes de calle, Medellín, Colombia 2011. CES Medicina. diciembre de 2014;28(2):193–202.
5. Bustamante M, Salamanca MB. Viviendo con VIH, Muriendo con Sida. Flacso-Sede Ecuador; 2011. 138 p.
6. Carreño Ibañez L. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Saludesfamilia.es. 2011 [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=418>
7. Caselli M. G, Pinedo M. G, Niklitschek L. S. Tumor rectal como presentación de sífilis primaria. Revista Chilena de Cirugía [Internet]. 2009 [citado el 10 de agosto de 2017];61(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=345531936013>
8. Caselli M G, Pinedo M G, Niklitschek L S. Tumor rectal como presentación de sífilis primaria. Revista chilena de cirugía. junio de 2009;61(3):290–3.
9. Centeno Coronel J. Sífilis y Úlceras Genitales de Transmisión Sexual [Internet]. 2013 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.medicosecuador.com/librodermatologia/capitulos/capitulo_11.htm
10. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. Infectio [Internet]. 2011 [citado el 10 de agosto de 2017];12(2). Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/116>
11. Díaz J. Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. Revista chilena de infectología. junio de 2013;30(3):303–10.

12. Díaz Mendive M, Castillo Aguilar I. Alternativas de prevención en las Infecciones de Transmisión Sexual. Revista Cubana de Enfermería. diciembre de 2012;28(4):453–4.
13. Dowdle WR. SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Foro Mundial de la Salud (OMS). 1990;11(4):394–8.
14. El Diario. Las infecciones de transmisión sexual son más comunes en los hombres jóvenes. El Diario NY [Internet]. el 17 de marzo de 2107 [citado el 24 de agosto de 2017]; Disponible en: <https://eldiariony.com/2017/03/17/infecciones-transmision-sexual-mas-comunes-hombres-jovenes/>
15. El Telégrafo. Cinco hospitales de la red pública están habilitados para tratar el cáncer. El Telégrafo [Internet]. el 17 de marzo de 2016 [citado el 9 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/38/cinco-hospitales-de-la-red-publica-estan-habilitados-para-tratar-el-cancer>
16. El Universo. Infecciones de transmisión sexual con cifras altas en la zona centro. El Universo [Internet]. el 12 de julio de 2013 [citado el 10 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2013/07/12/nota/1149481/infecciones-transmision-sexual-cifras-altas-zona-centro>
17. Espinoza Darce ZL, Hernández Zúniga PR, Jarquín Leiva M de los Á. Conocimiento y actitudes sobre enfermedades de transmisión sexual de estudiantes del segundo año, de farmacia, Ciencias Químicas, UNAN-León, agosto-noviembre 2008 [Internet]. 2009 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/1975/1/213905.pdf>
18. Fernández DYB, Cardona AMS, Vélez LPM. Factores asociados a la vulnerabilidad al VIH en habitantes de calle, Medellín, Colombia 2011. CES Medicina. el 5 de noviembre de 2014;28(2):192–202.
19. Gomez Gavica JP. Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en el año 2011-2012 en el centro de salud N. 1 [Internet]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.; 2015 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/9814>
20. Infosida. Las fases de la infección por el VIH El VIH/SIDA [Internet]. infoSIDA. 2016 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
21. Jatin M. Vih / Sida [Internet]. 2015 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000594.htm>

22. Lamotte Castillo JA. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN. julio de 2014;18(7):993–1013.

23. Menéndez Fernandez AI, Quintana Morgado A, Puig Cantero EM, Maroto Garcia MA. Evaluación y tratamiento de la Sífilis en sus distintas etapas [Internet]. Madrid España; 2010 [citado el 10 de agosto de 2017] p. 4. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1732/21/00210024_LR.pdf

24. Ministerio de Salud de Colombia. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual Diferentes al VIH [Internet]. Colombia; 2013 [citado el 10 de agosto de 2017] p. 67. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf.

25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2014 [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>

26. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. 2012;25.

27. MSP M de SP del E. VIH/sida e Infecciones de Transmisión sexual en ECUADOR. 2015 [citado el 24 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-ITS-en-Ecuador-MSP.pdf>

28. Naciones Unidas en Guatemala. Informe de Situación sobre VIH y Violencia basada en género [Internet]. Guatemala; 2012 [citado el 10 de agosto de 2017] p. 37. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=9-derechos-humanos-y-salud&alias=445-informe-de-situacion-sobre-vih-y-violencia-basada-en-genero&Itemid=518

29. OMS. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. WHO. 2016 [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.

30. Organización Mundial de la Salud, Unicef. Recomendaciones Técnicas para la elaboración de Protocolos para Estudio prevalencia de Sífilis y VIH en Parturientas y/o Puerperas [Internet]. 2011 [citado el 9 de agosto de 2017] p. 81. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/CLAP1581.pdf>

31. Paz Burgos LE. Treponema Pallidum: Estructura y Antigenicidad. Universidad, Ciencia y Sociedad. 2012;42.
32. Pinheiro DP. SÍFILIS – SÍNTOMAS, VDRL Y TRATAMIENTO» MD.Saúde [Internet]. MD.Saúde. 2015 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.mdsaude.com/es/2015/11/sifilis.html>
33. Ponce Ventura MM. Transtornos glucemicos en pacientes VIH previo tratamiento y postratamiento antirretroviral en el Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña durante el periodo 2014 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2015 [citado el 24 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10883/1/Ponce-Ventura-Maria-TEISIS-CD.pdf>
34. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2003: desafíos y opciones en tiempos de globalización. San Salvador: PNUD; 2003.
35. Reichenbach JA, Fontana SM, Gómez W. Pediatría en Red. 2015;(1):672.
36. Ruiz C, Torres V, Cianelli R, Ferrer L. Microbicidas Metodo de Prevencion en VIH/SIDA Controlado por Mujeres. Hisp Health Care Int. marzo de 2009;7(1):35–48.
37. Salinas Salinas S del C. Diagnóstico serológico de sífilis por VDRL en hombres que tienen sexo con hombres entre 18-46 años de edad Instituto Médico Equidad, Guayaquil 2014 [Internet]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas; 2016 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11542/1/BCIEQ-MBC-117%20Salinas%20Salinas%20Sonnia%20del%20Carmen.pdf>
38. Saludey. Infeccion por VIH/SIDA en el mundo actual [Internet]. 2015 [citado el 24 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.saludey.com/Medicina/el_sida.html
39. Sanchez JD. OPS OMS | Leishmaniasis cutánea y mucosa [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6417%3A2012-leishmaniasis-cutanea-mucosa&catid=3940%3Anid-content-general&Itemid=39345&lang=es
40. Santillan Quijije ME, Vines del Valle JV. PATOLOGIAS GINECOLOGICAS RECURRENTES RELACIONADAS CON EL TRABAJO SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013. [Internet] [Thesis].

NELSON CAMPOVERDE; 2013 [citado el 24 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/406>

41. Silva Peralta JP. Diagnóstico y tasa de mortalidad en pacientes con VIH ingresados en el Hospital de infectología Dr. José Rodríguez Maridueña, durante el periodo de Marzo del 2014 a Febrero del 2015 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18935>

42. Unicef. Estado Mundial de la Infancia 2011. United Nations Pubns; 2011.

43. Vences del Valle JV, Santillan Quijije ME. Patologías Ginecológicas Recurrentes Relacionadas Con El Trabajo Sexual En Mujeres Atendidas En El Centro De Salud Portoviejo, Septiembre 2012 A Febrero 2013. [Internet]. [Manabí - Ecuador]: Universidad Técnica de Manabí; 2013 [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://186.46.160.200/handle/123456789/406>

44. Vigilancia de salud pública situación epidemiológica [Internet]. 2014 [citado el 24 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/%20monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf

45. Repositorio Digital UTN: Identificador inválido [Internet]. [citado el 24 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6624/1/06%20ENF%20810%20TRABAJO%20DE>

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL.**

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería**

**Tema: PREVALENCIA DE SIFILIS Y VIH POR TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES
EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

.Objetivo:

- Registrar información de los casos de mujeres diagnosticadas con Sífilis y VIH

INSTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR:

- En los casilleros en blanco del formulario, registre los datos requeridos, conforme a los datos solicitados.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA.

Formulario No.00 _____

Diagnóstico:

Sífilis

VIH

SIDA

1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN:

EDAD 18-23 años
24-29 años
30-35 años
36-41 años
42-47 años
+48 años

ETNIA:

Blanca
Negra
Mestiza
Indígena

ESTADO CIVIL:

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIÓN ACADÉMICA:

Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Universitaria	<input type="checkbox"/>
Analfabeta	<input type="checkbox"/>

TIEMPO DE LA ENFERMEDAD:

-3 meses	<input type="checkbox"/>
3-6 meses	<input type="checkbox"/>
6-12 meses	<input type="checkbox"/>
+12 meses	<input type="checkbox"/>

2. MODO DE TRANSMISIÓN

Contacto sexual sin protección	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

3. FASES DE LA SÍFILIS:

Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Latente	<input type="checkbox"/>
Terciaria	<input type="checkbox"/>

4. MANIFESTACIONES DE LA SÍFILIS POR FASES:

4.1. Sífilis Primaria:

Pápula erosionada en piel y mucosas	<input type="checkbox"/>
Otras manifestaciones	<input type="checkbox"/>

4.2. Sífilis Secundaria:

T. Pallidum en exámenes de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Alteraciones pares craneales	<input type="checkbox"/>
Exantema cutáneo en cuero cabelludo	<input type="checkbox"/>	Alteraciones pruebas hepáticas	<input type="checkbox"/>
Exantema cutáneo en palma de la manos	<input type="checkbox"/>	Proteinuria	<input type="checkbox"/>
Exantema cutáneo en pliegues	<input type="checkbox"/>	Síndrome nefrótico	<input type="checkbox"/>
Condilomas planos	<input type="checkbox"/>		
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>		

Fiebre	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>
Iritis	<input type="checkbox"/>
Periostitis	<input type="checkbox"/>
Cefaleas	<input type="checkbox"/>

4.3. Sífilis Latente:

Reactivación de exantemas	<input type="checkbox"/>
Úlceras mucosas	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>
Prueba serológica(+)	<input type="checkbox"/>

4.4. Sífilis terciaria:

Neurosífilis	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

4.5. Sífilis Cardiovascular:

Aortitis sifilítica	<input type="checkbox"/>
Nódulos en la piel	<input type="checkbox"/>
Nódulos en el esqueleto	<input type="checkbox"/>
Nódulos en las vías respiratorias	<input type="checkbox"/>
Nódulos en el hígado	<input type="checkbox"/>
Nódulos en el estómago	<input type="checkbox"/>

5. COMPLICACIONES DE LA SÍFILIS:

Infecciones progresivas del SNC	<input type="checkbox"/>
Infecciones progresivas del Aparato cardiovascular	<input type="checkbox"/>
Infecciones progresivas musculo-esqueléticas	<input type="checkbox"/>

6. FASES DEL VIH/SIDA

Primera fase	<input type="checkbox"/>
Fase avanzada	<input type="checkbox"/>
Fase aguda	<input type="checkbox"/>
Fase sintomática II	<input type="checkbox"/>
Fase sintomática III	<input type="checkbox"/>
Fase sintomática IV	<input type="checkbox"/>

7. MODO DE TRANSMISIÓN:

Contacto sexual sin protección	<input type="checkbox"/>
Contacto sexual con múltiples parejas sin protección	<input type="checkbox"/>
Por jeringas	<input type="checkbox"/>
Por infusiones de sangre	<input type="checkbox"/>

Por fluidos (saliva, semen, secreciones)

--

8. MANIFESTACIONES DEL VIH/SIDA POR FASES:

8.1. Primera fase: Signos y síntomas

Gripe
Fiebre
Dolor de cabeza
Erupción cutánea}

8.2. Fase avanzada: Síntomas

Infección
Diarrea crónica
Adelgazamiento rápido

8.3. Fase aguda: Manifestaciones generales.

Fiebre
Faringitis
Linfadenopatías
Mononucleosis infecciosa

Manifestaciones dermatológicas:

Erupción eritematosa maco papular
Urticaria difusa
Alopecia

Manifestaciones gastrointestinales:

Nauseas
Vómitos
Diarrea
Ulceraciones mucocutanea

Manifestaciones neurológicas:

Cefalea
Dolor retrorbitario
Meningoencefalitis
Neuropatía periférica

8.4. Fase sintomática II:

+3 meses evolución ganglios
Ganglios firmes no leñosos
Esplenomegalia

8.5. Fase sintomática III:

Malestar general		Herpes simple(anal-genital)	
Astenia persistente		Herpes zoster	
Pérdida de peso (10%)		Verrugas genitales	
Anemia y trombocitopenia		Poli neuropatía	
Síndrome purpúrico		Síndrome ansioso depresivo	
Tos seca		Meningitis aséptica	
Diarrea			
Candidiasis bucal			
Dermatitis seborreica			

6.6 Fase sintomática IV:

Imunosupresión severa	
>Linfocitos CD4	

9. COMPLICACIONES VIH/SIDA:

Respiratorias:

Neumonitis por Pneumonitis Jirosevi	
Tuberculosis pulmonar	
Sinusitis repetida	

Digestivas:

Enteropatía	
Disfagia	

Neurológicas:

Encefalitis	
Meningitis aséptica típica	
Mielopatía vascular	

Infecciones asociadas:

Meningoencefalitis		Herpes Zoster	
Neurotoxoplasmosis		Multidermatoma	
Lesiones tumorales por HPV		Candidiasis bucal	
Sarcoma Kaposi		Dermatitis seborreica	
Linfoma no Hodking		Hiperpigmentación cutánea	
Linfoma primario SNC		Trombocitopenia asociada al VIH	
Westing Disease		Nefropatía por VIH	
Leucoplasia vellosa			







UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Carrera de Enfermería

Guayaquil, 18 de Julio del 2017

Directora Distrital 09D05
Dra. Marcia Sánchez
En su despacho



De mis consideraciones:

Yo Leonela Lissett Marañón Martínez con CI 0922354550 Alumna de la carrera de Enfermería de la universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Concedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, me permito solicitar a Usted, la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema "Prevalencia de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres" durante el periodo de Mayo a a Septiembre del 2017 en la institución que Usted dirige.

En el proceso de elaboración recolección de datos encuesta, observación del presente estudio, se guardara en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los alumnos investigadores.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para retirarle mis agradecimientos.

Atentamente

Leonela Marañón Martínez

CI: 0922354550

Correo: leonela3487@hotmail.com

Fecha de entrega: 18 de Julio del 2017



AUTORIZADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARAÑÓN MARTINEZ LEONELA LISSETT**, con C.C: # **0922354550** autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE SIFILIS Y VIH POR TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 19 septiembre del 2017

f. _____

MARAÑÓN MARTINEZ LEONELA LISSETT

0922354550



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil		
AUTORA	LEONELA LISSETT MARAÑÓN MARTINEZ		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Carmen Gabriela Soria Segarra Lic. Ángela Ovidia Mendoza Vincés .Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
CARRERA:	ENFERMERIA		
TITULO OBTENIDO:	LICENCIADA EN ENFERMERIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 septiembre del 2017	No. PÁGINAS:	DE 75
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia epidemiológica		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Prevalencia, Sífilis, VIH-Mujeres		
RESUMEN/ABSTRACT :	<p>Sífilis y VIH son unas de las enfermedades de transmisión sexual que, superada solamente por el VIH/SIDA, ha tenido efectos devastadores en la humanidad y aún constituye un problema de salud. El estudio realizado se denomina prevalencia de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres en mujeres atendidas en el centro de enfermedades de transmisión sexual en la ciudad de Guayaquil. Durante el periodo de Mayo del 2017 a Agosto del 2017. Objetivo principal: Determinar la prevalencia de sífilis y VIH por transmisión sexual en mujeres en centro de salud (CETS). Tiene un enfoque cuantitativo, es de tipo descriptivo, prospectivo, longitudinal, Materiales y Método: La población incluye 40 mujeres atendidas durante el año 2016; sífilis 91 % y VIH 9 %La recolección de datos se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos en el área de estadística. Se aplicó una matriz de observación indirecta. La tabulación, datos mediante el programa Excel. Resultados: la edad más relevante, de las mujeres atendidas comprendió de 18 a 23 años, debido a sus prácticas sexuales, el elevado número de parejas y el uso inconsistente del condón, disminuyendo los casos a medida que la edad aumentaba. El nivel de instrucción de ellas no influye en la propagación, de la investigación se presentan en gráficos estadísticos.: Discusión y Conclusión: existe un incremento de la sífilis en relación al VIH que mantiene tasas bajas.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORA:	Teléfono: +593-4-0989558546	E-mail: leonela3487@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda Martha Lorena Holguin Jimenez Mgs		
	Teléfono: 0993142597		
	E-mail: : marthaholguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			