

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FRECUENCIA Y TIPO DE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE
LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. SERVICIO
DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO,
2018**

Tesis presentada por la Bachiller:
Callo Chayña, Rocio Marisol
para optar por el Título Profesional de:
Médico Cirujano
Asesor: Dr. López Ticona, Aldo Gerardo

Arequipa - Perú
2018



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 192 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FRECUENCIA Y TIPO DE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO, 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

ROCIO MARISOL CALLO CHAYÑA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:


Arequipa, *15 de Marzo del 2018*


.....
Dr. DR. FREDY QUIROZ QUIROZ
Médico Asistente Área Dermatología
C.M.P. 21759 - R.N.E. 10616
Hosp. Nac. Carlos A. Seguin Escobedo



.....
DRA. JACKELINE MARIA PORTUGAL CHAVEZ

.....
Dra. Jacqueline Maria Portugal Chávez
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
C.M.P. 25058 - R.N.E. 11177
HOSPITAL III YANAHUARA



.....
DR. JULIO CÉSAR BERNABÉ ORTIZ

1072

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Regional Honorio Delgado, por haber sido mi hogar y centro laboral por todo un año

A mis jurados, por sus críticas constructivas, que me ayudaron a seguir adelante con todo este trabajo.

Al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado por permitirme realizar el presente trabajo de investigación

A la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María, por haberme dado la formación adecuada para desarrollar mi carrera profesional.

DEDICATORIA

A Dios quien es verdadera fuente de amor y sabiduría.

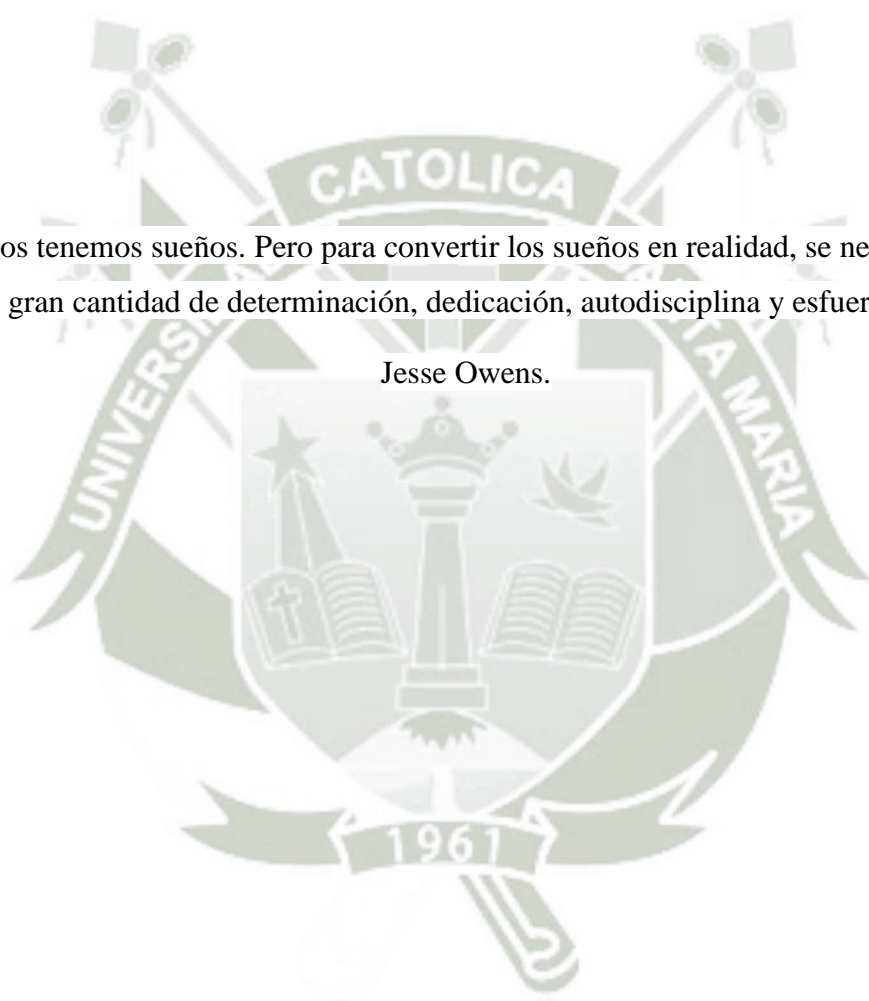
Con todo mi cariño y amor agradezco a todas las personas que hicieron todo lo posible para que yo pudiera lograr mis metas y mis sueños; por siempre motivarme y animarme; por acompañarme en las dificultades y problemas que atravesé; por darme la mano cuando más lo necesitaba o sentía que el camino se terminaba; y no dejarme nunca sola sino, junto a ustedes, es por eso que pude llegar y continuo avanzando en esta travesía.

Por eso siempre todo mi afecto y agradecimiento a ustedes.

Mamá, papá, hermano y amigos

“Todos tenemos sueños. Pero para convertir los sueños en realidad, se necesita una gran cantidad de determinación, dedicación, autodisciplina y esfuerzo.”

Jesse Owens.



ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS1

MATERIAL Y MÉTODOS2

CAPÍTULO II RESULTADOS5

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS24

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....28

BIBLIOGRAFÍA31

ANEXOS32

Anexo 1: Ficha de recolección de datos33

Anexo 2 Matriz de Datos34

Anexo 3 Proyecto de investigación36

RESUMEN

Antecedentes: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden producir lesiones cutáneas características que orientan al diagnóstico.

Objetivo: Describir la frecuencia y tipo de manifestaciones cutáneas de las ETS en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado.

Métodos: Evaluación clínica y revisión de historias de 30 pacientes que consultaron al servicio durante un mes por lesiones cutáneas, con diagnóstico clínico y laboratorial de ETS. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: El 66.67% de pacientes fueron varones y 33.33% mujeres, con edades promedio de los varones fue de 35.00 ± 13.08 años y para las mujeres de 25.20 ± 10.45 años. Todas las lesiones fueron reportadas como elevadas, y en 6.67% hubo secreción y en un caso dolor (3.33%). En el examen clínico se encontraron lesiones papulosas en 50% de casos, exofíticas verrucosas en 36.67%, vesículas agrupadas en 26.67%, máculas en 6.67% y costras o úlceras en casos aislados (3.33%). En todos los casos hubo lesiones genitales, y en 23.33% en áreas extragenitales. En la zona genital el 26.67% se ubican en mucosa genital, en 66.67% en piel del área genital, y en 36.67% en piel perianal. En las áreas extragenitales, 10% se ubicaron en tórax y 66.67% en extremidades, superiores o inferiores. El 60% de casos fueron por condiloma acuminado, 20% por herpes genital, 13.33% por molusco contagioso, y en un caso (3.33%) se encontró sífilis activa y en otro la coexistencia de molusco contagioso y condiloma acuminado. El diagnóstico se hizo por serología en 50% de casos, por las lesiones dermatológicas características y sus síntomas en 30%, en 16.67% se contó con resultado de biopsia, y en 3.33% con cultivo. Se encontraron comorbilidades en 36.67%, con infección por VIH en 26.67% (con TARGA en 20% y sin tratamiento en 6.67%); en 10% hubo antecedente previo de sífilis, y en casos aislados (3.33%) había candidiasis vaginal y un caso con esquizofrenia paranoide.

Conclusiones: Las lesiones cutáneas en enfermedades de transmisión sexual tienen una distribución predominante en la zona genital, con características semiológicas que permiten el rápido diagnóstico que debe ser confirmado laboratorialmente.

PALABRAS CLAVE: Lesiones cutáneas – enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

Background: Sexually transmitted diseases (STDs) can produce characteristic skin lesions that guide diagnosis.

Objective: To describe the frequency and type of cutaneous manifestations of STDs in patients treated at the Dermatology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital. **Methods:** Clinical evaluation and review of histories of 30 patients who consulted the service for a month for skin lesions, with clinical and laboratory diagnosis of STD. Results are shown by descriptive statistics.

Results: A 66.67% of patients were men and 33.33% women, with average ages of men was 35.00 ± 13.08 years and for women of 25.20 ± 10.45 years. All lesions were reported as elevated, and in 6.67% there was secretion and in one case pain (3.33%). In the clinical examination, papular lesions were found in 50% of cases, exophytic verrucous in 36.67%, vesicles grouped in 26.67%, macules in 6.67% and scabs or ulcers in isolated cases (3.33%). In all cases there were genital lesions, and in 23.33% in extragenital areas. In the genital area, 26.67% are located in genital mucosa, 66.67% in skin of the genital area, and 36.67% in perianal skin. In the extragenital areas, 10% were located in the thorax and 66.67% in the extremities, superior or inferior. Sixty percent of cases were due to condyloma acuminatum, 20% due to genital herpes, 13.33% due to molluscum contagiosum, and in one case (3.33%) active syphilis was found and in another case the coexistence of molluscum contagiosum and condyloma acuminatum. The diagnosis was made by serology in 50% of cases, by characteristic dermatological lesions and their symptoms in 30%, in 16.67% we had a biopsy result, and in 3.33% with culture. Comorbidities were found in 36.67%, with HIV infection in 26.67% (with HAART in 20% and without treatment in 6.67%); in 10% there was a previous history of syphilis, and in isolated cases (3.33%) there was vaginal candidiasis and one case with paranoid schizophrenia.

Conclusions: The cutaneous lesions in sexually transmitted diseases have a predominant distribution in the genital area, with semiological characteristics that allow the rapid diagnosis that must be confirmed labially.

KEY WORDS: Skin lesions - sexually transmitted diseases.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son un grupo de enfermedades causadas por virus, bacterias, hongos y parásitos que se producen por contacto sexual no protegido con personas infectadas. Tradicionalmente han sido clasificadas como de transmisión sexual cinco infecciones: la sífilis causada por *Treponema pallidum*, la gonorrea por *Neisseria gonorrhoeae*, el chancroide por *Haemophilus ducreyi*, el linfogranuloma venéreo por *Chlamydia trachomatis* y el granuloma inguinal por *Klebsiella granulomatis* (antes conocida como *Calymmatobacterium granulomatis*). Sin embargo, muchas otras infecciones se transmiten sexualmente, incluyendo el herpes genital, la hepatitis, el molusco contagioso, piojos públicos (ladillas), la sarna y la infección por VIH, que produce el SIDA (1).

En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene diferentes limitaciones que no permiten estimar la magnitud de las Enfermedades de Transmisión Sexual, sin embargo, diversos estudios dan cuenta de que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades, lo que contrasta con la escasa demanda de los servicios de salud por este tipo de consultas. Esta situación es explicada por la inadecuada percepción del riesgo, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas Enfermedades de Transmisión Sexual, y la carencia de servicios de Infecciones de Transmisión Sexual accesible, aceptable y de calidad.

Las ETS pueden diagnosticarse de manera sencilla mediante una evaluación clínica y un examen de confirmación laboratorial, lo cual es importante ya que la no realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno de estas enfermedades en las etapas tempranas puede llevar a serias complicaciones y secuelas. El diagnóstico clínico suele ser sencillo, puesto que la mayoría de ETS se manifiestan a través de lesiones cutáneas en la zona genital o en zonas distantes (2).

Por tal motivo, corresponde a la especialidad de la dermatología realizar el diagnóstico inicial de las ETS. Aunque muchas de las enfermedades pueden ser oligosintomáticas prima además el pudor y vergüenza de los pacientes portadores de lesiones cutáneas asociadas a las ETS.

Es por ello que surge el interés para realizar esta investigación que ayudará a conocer la frecuencia de patologías de transmisión sexual que se manifiestan en la piel, como una forma de realizar el diagnóstico y tratamiento temprano para contribuir a disminuir el impacto de estas enfermedades en salud pública.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existen lesiones características muy típicas, siendo en su mayoría causada por virus, entre las que destacan los condilomas acuminados seguidos de herpes genital y molusco contagioso. La mayor frecuencia de manifestaciones cutáneas se presenta en pacientes de sexo masculino, siendo más frecuente lesiones elevadas ubicados en su mayoría en zona genital, además existe un porcentaje considerable que presenta como comorbilidad VIH algunos con TARGA.





MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la evaluación clínica.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Dermatología del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de Febrero del año 2018.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes que se atienden en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado.

Población: Todos los pacientes que se atienden en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado con lesiones cutáneas causadas por ETS en el periodo de estudio.

Muestra: No se calculó un tamaño de muestra ya que se abarcará a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- De ambos sexos
- Pacientes mayores de 15 años

- Participación voluntaria en el estudio
- Pacientes con ETS

Criterios de Exclusión

- Lesiones cutáneas de diagnóstico ambiguo sin confirmación laboratorial

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación se trata de un estudio Observacional, prospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó la autorización al director del Hospital Honorio Delgado y al jefe de Servicio de Dermatología para la realización del estudio.

Se contactó a los pacientes que acudan en cada turno por consulta externa de dermatología y que presenten lesiones cutáneas. Previo consentimiento del paciente, se procedió a registrar datos y examinar las lesiones cutáneas junto con el dermatólogo para establecer un diagnóstico presuntivo (se realizaron los registros en la ficha de colección de datos – Anexo 1).

Se verificó en la historia clínica si se contaba con pruebas serológicas , de no contar se solicitaron pruebas serológicas rápidas (con apoyo de PROCETSS) a todos los pacientes con sospecha de ETS.

Según la clínica del paciente se solicitó examen de:

- Sífilis : pruebas serológicas, pruebas treponemicas, microscopia
- Chancroide: microscopia , cultivo
- Herpes genital: microscopia
- Molusco contagioso: microscopia , biopsia
- Verruga genital: biopsia
- Trichomonas vaginalis: examen en fresco

Se realizó el seguimiento de exámenes solicitados y los resultados para la

recolección de datos. Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos se organizaron para su posterior análisis e interpretación.

5.2. Validación de los instrumentos

El instrumento es una ficha para recolectar información, por lo que no requiere de validación.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.

CAPÍTULO II
RESULTADOS



Tabla 1. Distribución de pacientes con lesiones cutáneas por ETS según edad y género

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	3	10.00%	5	16.67%	8	26.67%
20-29 a	4	13.33%	2	6.67%	6	20.00%
30-39 a	7	23.33%	1	3.33%	8	26.67%
40-49 a	3	10.00%	2	6.67%	5	16.67%
≥ 50 a	3	10.00%	0	0.00%	3	10.00%
Total	20	66.67%	10	33.33%	30	100.00%

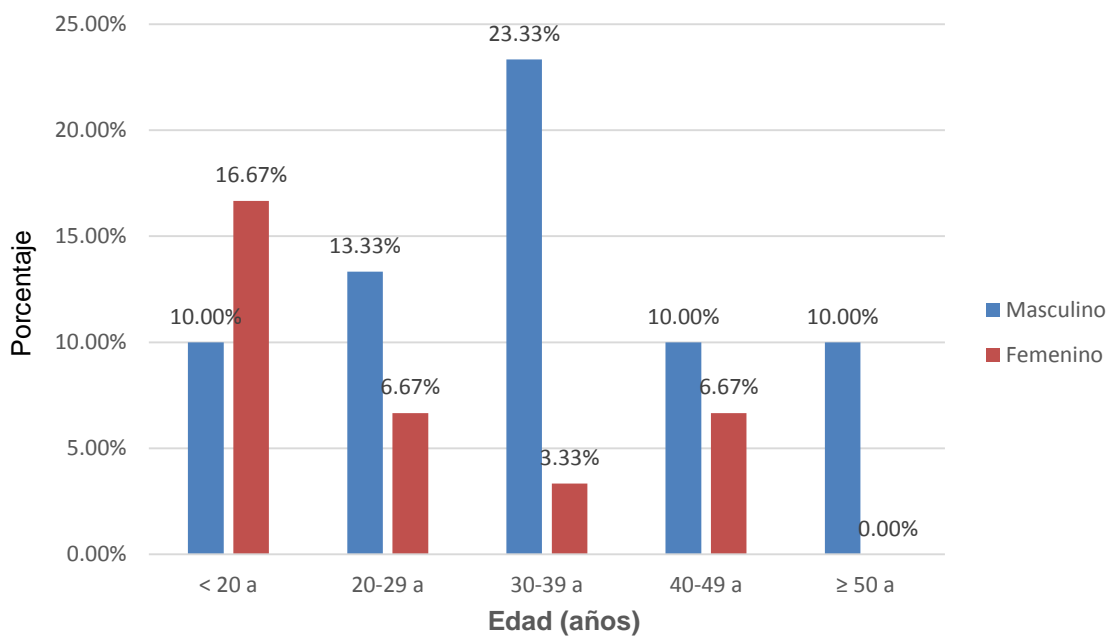


Figura 1. Distribución de pacientes con lesiones cutáneas por ETS según edad y género

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Masculino: 35.00 \pm 13.08 años (16 – 62 años)
- Femenino: 25.20 \pm 10.45 años (15 – 42 años)

Tabla 2. Distribución de pacientes con lesiones cutáneas por ETS según procedencia

Procedencia	N°	%
ASA	5	16.67%
M Melgar	5	16.67%
Paucarpata	5	16.67%
C Colorado	3	10.00%
Socabaya	3	10.00%
Arequipa	1	3.33%
Hunter	1	3.33%
La Joya	1	3.33%
Yura	1	3.33%
Islay	2	6.67%
Caylloma	1	3.33%
Camaná	1	3.33%
Caravelí	1	3.33%
Total	30	100.00%

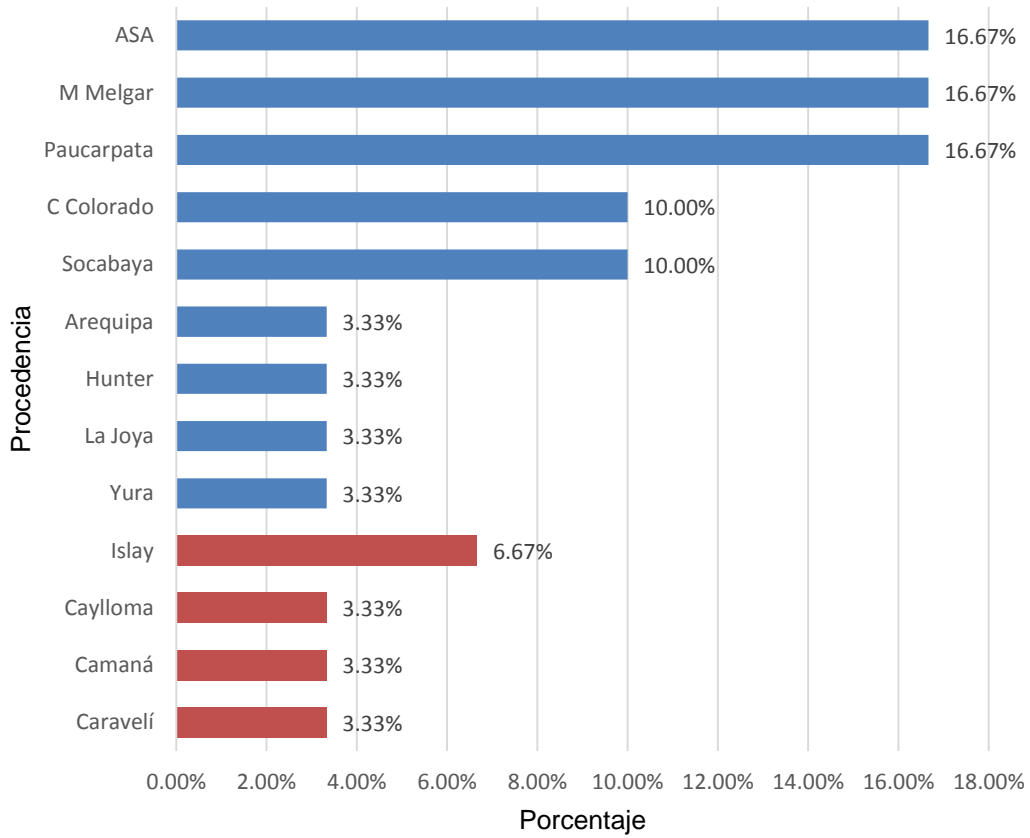
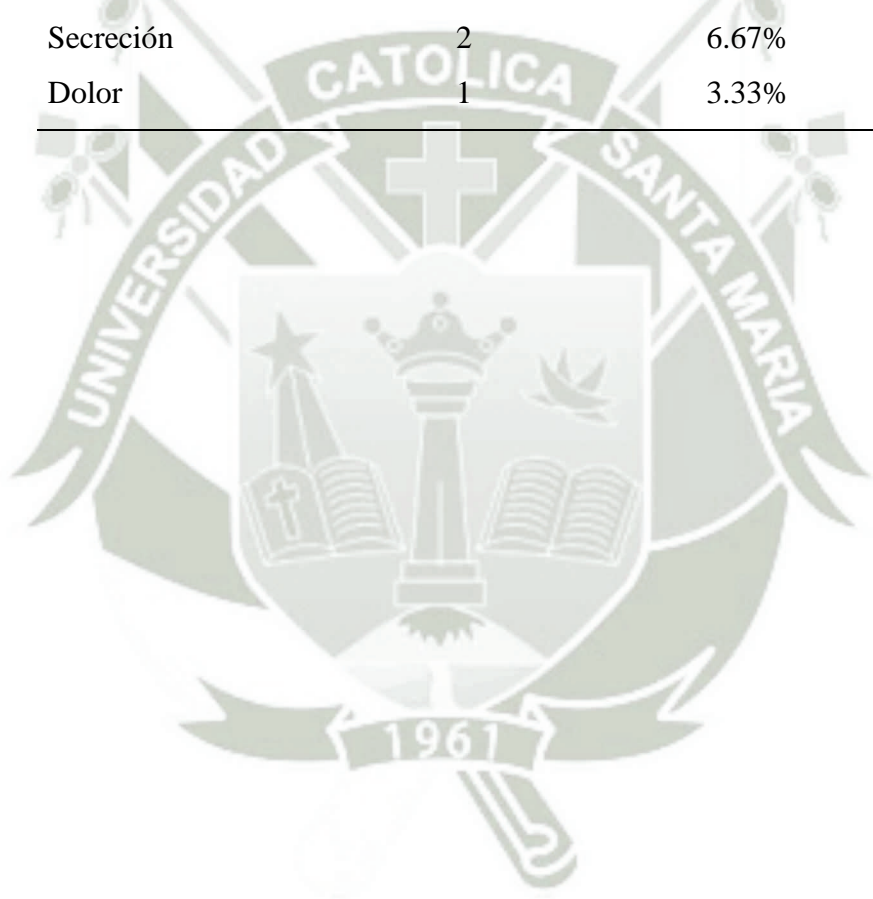


Figura 2 .Distribución de pacientes con lesiones cutáneas por ETS según procedencia

Tabla 3. Manifestaciones clínicas de los pacientes con lesiones cutáneas por ETS

Manifestación	N°	%
Lesión elevada	30	100.00%
Secreción	2	6.67%
Dolor	1	3.33%



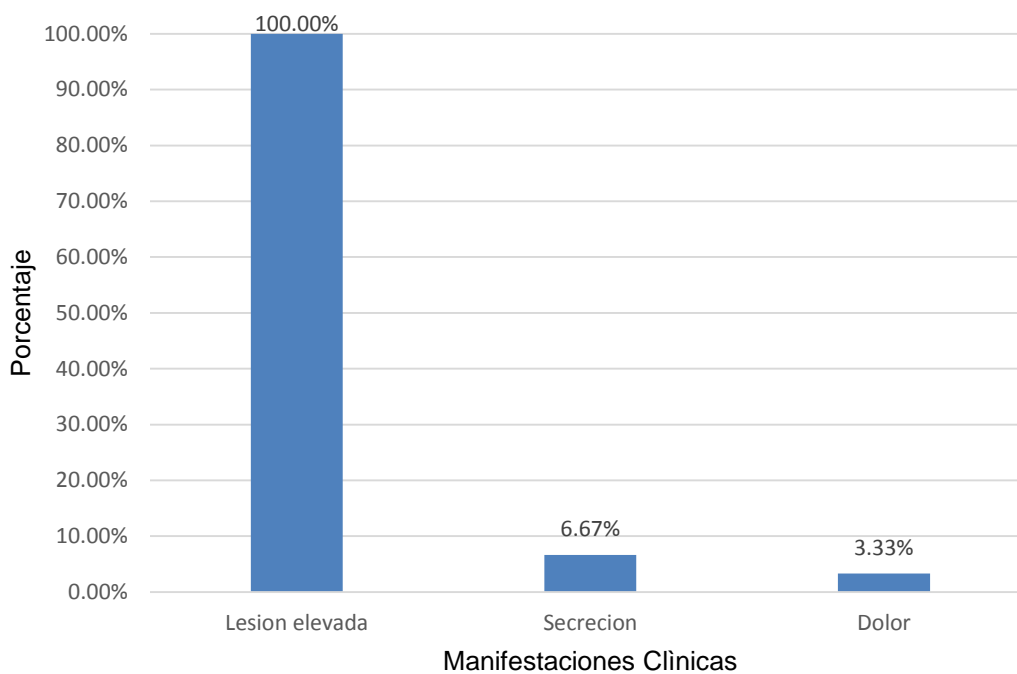


Figura 3 . Manifestaciones clínicas de los pacientes con lesiones cutáneas por ETS

**Tabla 4 . Características clínicas de las lesiones cutáneas en los pacientes con
ETS**

Característica	N°	%
Pápula	15	50.00%
Exofítica	11	36.67%
Vesícula	8	26.67%
Mácula	2	6.67%
Costras	1	3.33%
Úlcera	1	3.33%

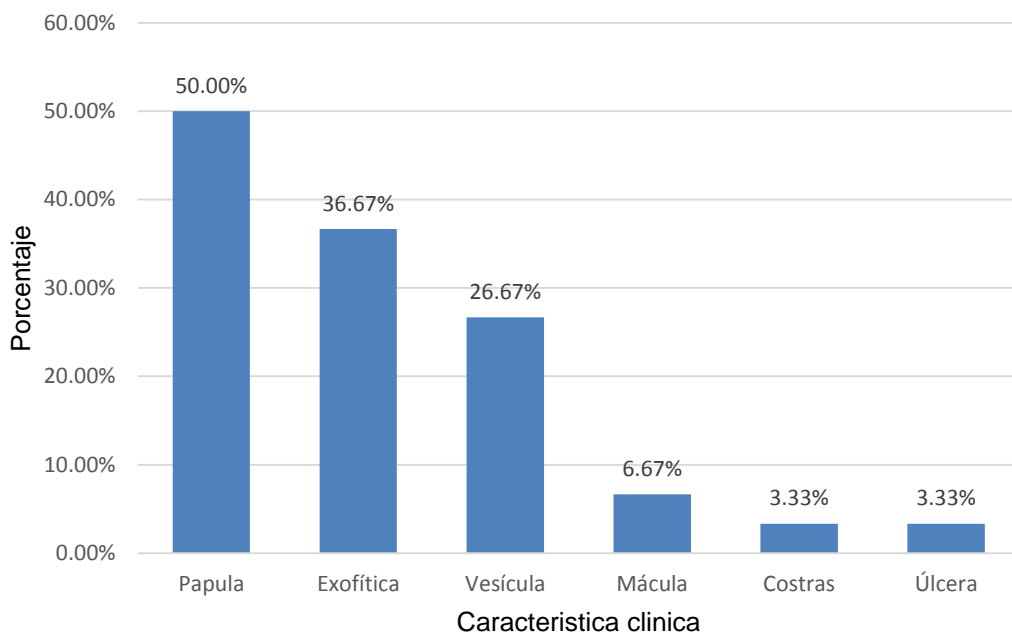
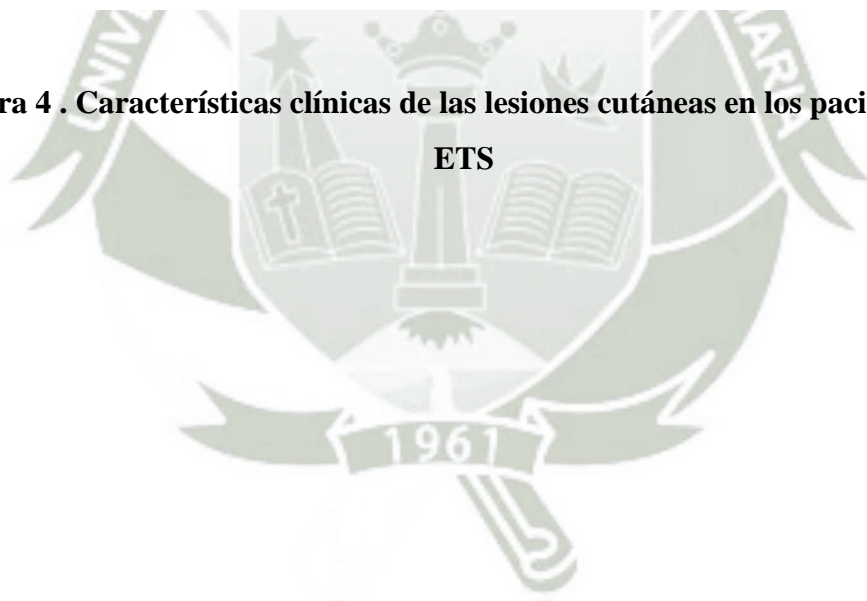


Figura 4 . Características clínicas de las lesiones cutáneas en los pacientes con ETS



**Tabla 5 . Ubicación topográfica de las lesiones cutáneas en los pacientes con
ETS**

Área	Ubicación	Nº	%
Genital	Mucosa Genital	8	26.67%
	Piel genital	20	66.67%
	Piel perianal	11	36.67%
Extragenital	Tórax	3	10.00%
	Ms superiores	2	6.67%
	Ms Inferiores	2	6.67%

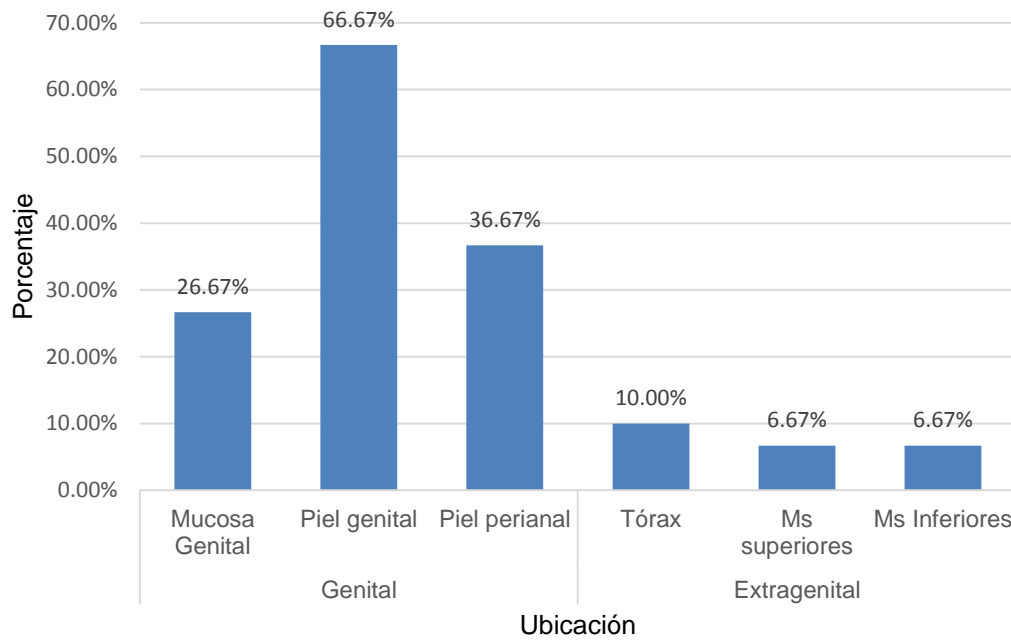


Figura 5 . Ubicación topográfica de las lesiones cutáneas en los pacientes con ETS



Tabla 6 .Etiología de las lesiones cutáneas en los pacientes con ETS

Etiología	N°	%
Verruga genital	18	60.00%
Herpes genital	6	20.00%
Molusco contagioso	4	13.33%
Sífilis	1	3.33%
Molusco contagioso + Condiloma acuminado	1	3.33%
Total	30	100.00%

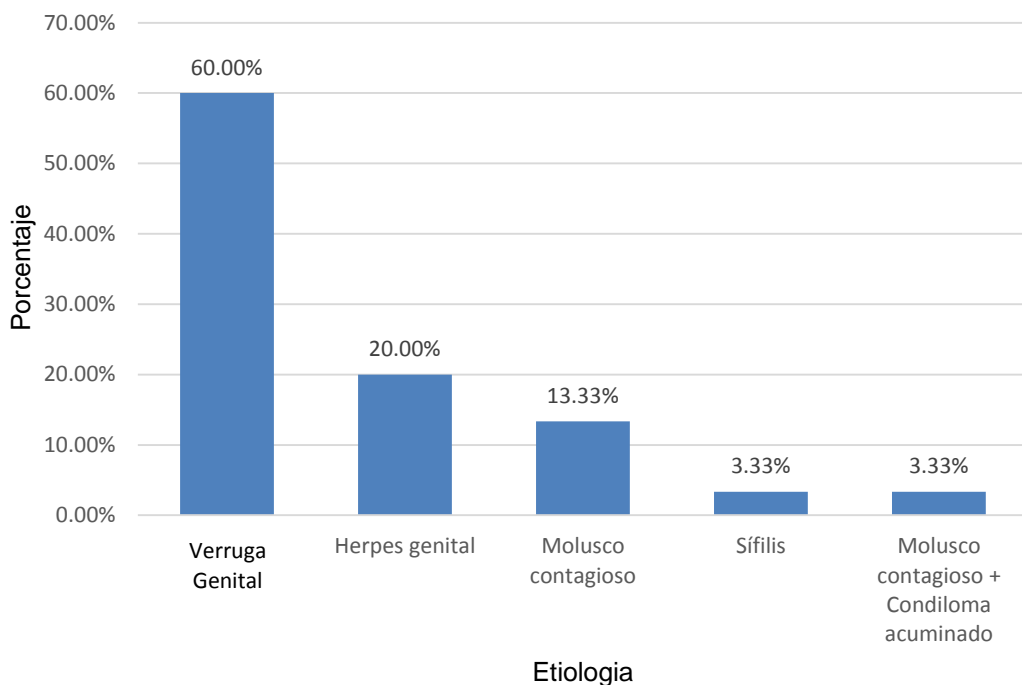


Figura 6 . Etiología de las lesiones cutáneas en los pacientes con ETS

Tabla 7 . Forma de diagnóstico de la etiología en las lesiones cutáneas por ETS

Diagnóstico	N°	%
Serología	15	50.00%
Dx clínico	9	30.00%
Biopsia	5	16.67%
Cultivo	1	3.33%
Total	30	100.00%

Figura 7 . Forma de diagnóstico de la etiología en las lesiones cutáneas por ETS

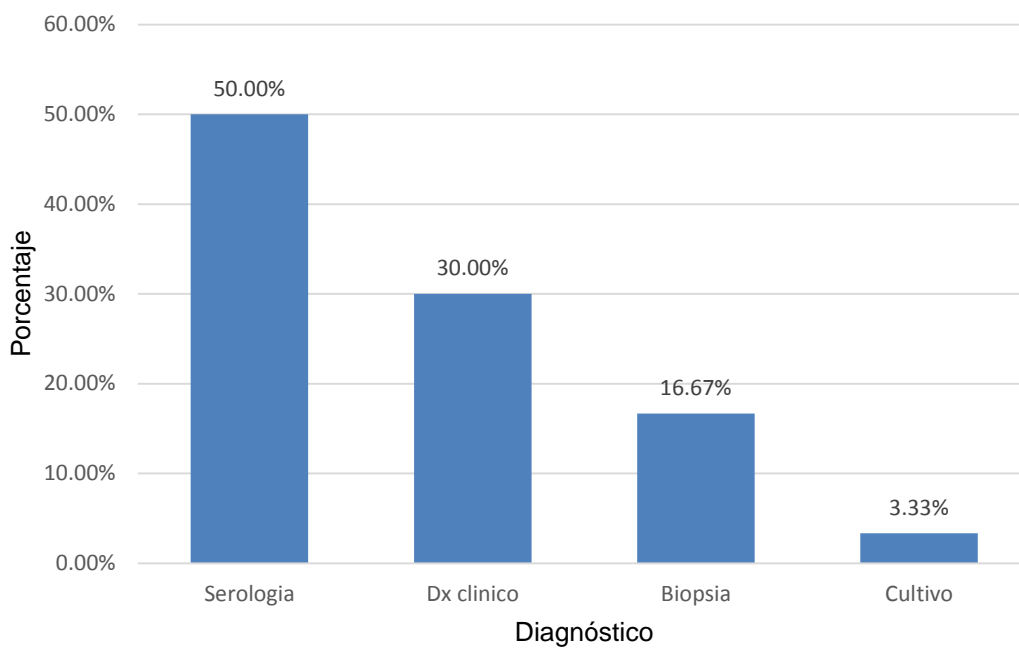


Tabla 8 . Manifestaciones cutáneas según tipo de ETS

	Verruga Genital (n = 19)		Herpes genital (n = 6)		Molusco contagioso (n = 5)		Sífilis (n = 1)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Exofítica	11	57.89%	0	0.00%	1	20.00%	0	0.00%
Pápula	10	52.63%	0	0.00%	5	100.00%	1	100.00%
Vesícula	1	5.26%	6	100.00%	1	20.00%	0	0.00%
Macula	1	5.26%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%
Costra	0	0.00%	0	0.00%	1	20.00%	0	0.00%
Ulcera	0	0.00%	1	16.67%	0	0.00%	0	0.00%

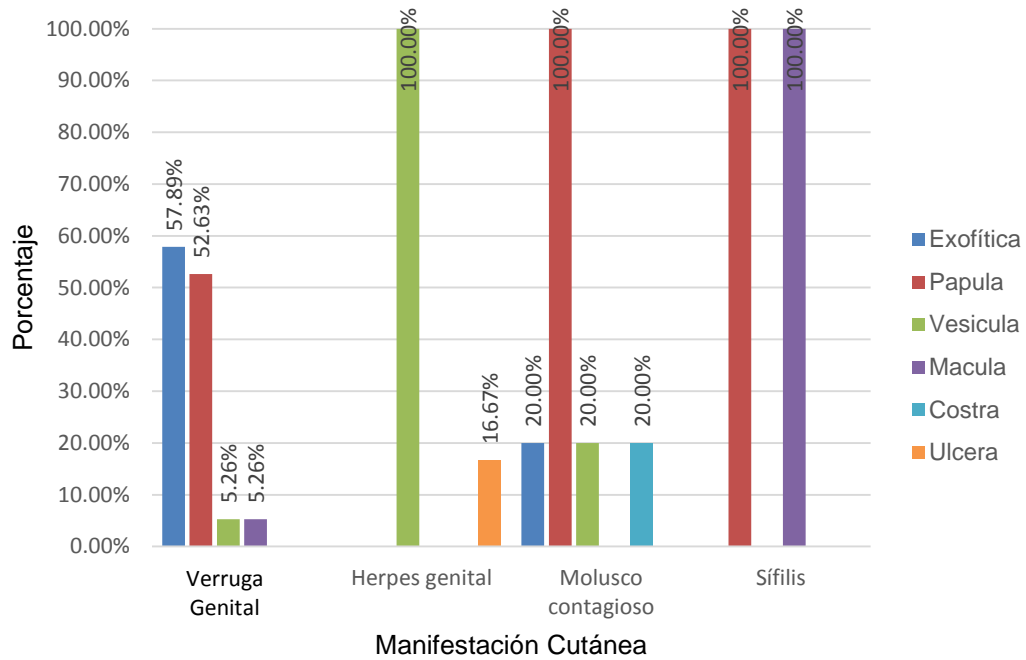


Figura 8 . Manifestaciones cutáneas según tipo de ETS

**Tabla 9 . Comorbilidades relevantes en los pacientes con lesiones cutáneas por
ETS**

Comorbilidad	N°	%
Ninguna	19	63.33%
VIH en TARGA	6	20.00%
VIH sin tratamiento	2	6.67%
Sífilis previa	3	10.00%
Candidiasis vaginal	1	3.33%
Esquizofrenia	1	3.33%

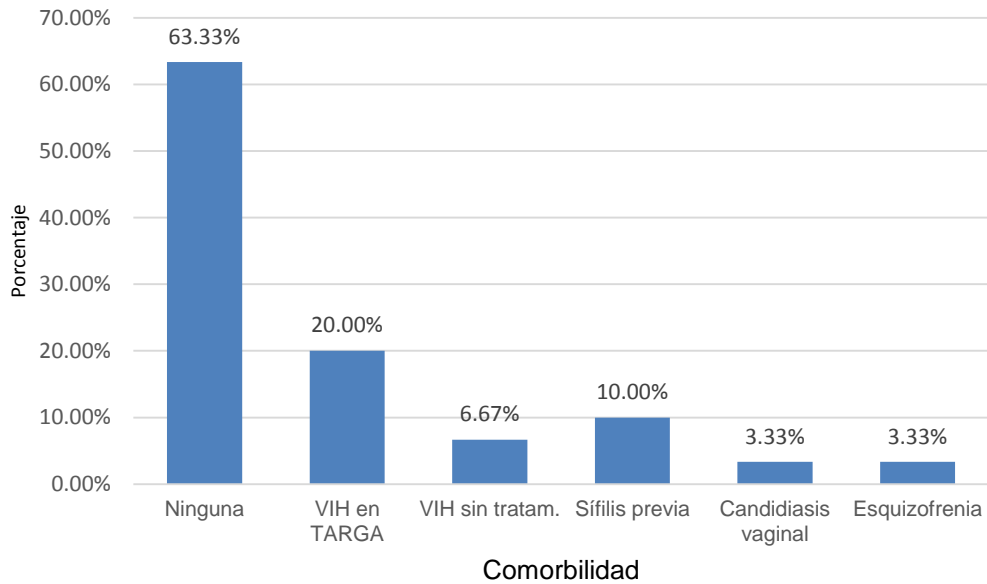


Figura 9 . Comorbilidades relevantes en los pacientes con lesiones cutáneas por ETS



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para describir la frecuencia y tipo de manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado durante el 2018. Se realizó la presente investigación debido a la prevalencia de ETS y debido a que estas por lo general se manifiestan como lesiones cutáneas, algunas no siendo diagnosticadas en estadios iniciales donde se podría impartir un tratamiento oportuno. Las ETS son un serio problema de salud pública que con el tiempo se está tratando de acortar la cadena epidemiológica.

Para tal fin se evaluó a una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de ETS que acudieron al servicio de Dermatología para realizar una valoración clínica y revisión de la historia clínica. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla 1** y **Figura 1** se muestra la distribución de los pacientes con lesiones cutáneas por ETS según edad y género; el 66.67% de pacientes fueron varones y 33.33% mujeres, con edades que en 73.33% estuvieron entre los 15 y 39 años; la edad promedio de los varones fue de 35.00 ± 13.08 años y para las mujeres de 25.20 ± 10.45 años. De lo que se deduce que la edad promedio es de 35 años lo cual coincide con un estudio realizado por Chancolla, en características generales de la población de estudio realizado en el 2008, quien encontró que el 35.3% presenta edades entre los 30 a 39 años (35.3%), el 29.9% entre los 40 a 49 años; el 15.6% tiene edades entre los 21 – 29 años y el 15.0% con más de 50 años. Además el 70% de la población de estudio fue de sexo masculino y el 30% de sexo femenino (3), por lo que las personas de estas edades presentan conductas que aumenten el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Respecto a la relación de la edad en la presencia de ETS; se aprecia una disminución significativa de ETS con la edad, con lo cual hay una relación entre la edad y la presencia de ETS. En el presente estudio se observa predominio del sexo masculino, lo cual también coincide con la mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual que se diagnostican en los varones.

En la **Tabla 2 y Figura 2** se observa la procedencia de los pacientes con lesiones cutáneas por ETS; el 83.33% procede de Arequipa, y 16.67% de otras provincias del departamento; en la provincia de Arequipa predominaron pacientes de Alto Selva Alegre, Mariano Melgar o Paucarpata (16.67% cada uno), y en menor proporción de Cerro Colorado o Socabaya (10% cada uno) entre otros. De otras provincias el 6.67% vino de Islay, y casos aislados de Caylloma, Camaná o Caravelí.. El mayor porcentaje en la provincia de Islay se puede explicar por la presencia de minería informal , y como es conocido esta suele estar ligada a la “prostitucion”. En el estudio de Chancollo en relación a la procedencia población investigada en más de la mitad (60.0%) procede de Arequipa; un porcentaje considerable (30.0% acumulado) procede Puno y Tacna y menores porcentajes son mujeres provenientes de otras regiones del país: Cuzco, Moquegua, Piura y Puerto Maldonado.(3)

Las manifestaciones clínicas de las lesiones cutáneas se muestran en la **Tabla 3 y Figura 3**; todas las lesiones fueron reportadas como elevadas, y en 6.67% hubo secreción y en un caso dolor (3.33%). En el examen clínico (**Tabla 4 y Figura 4**), se encontraron lesiones papulosas en 50% de casos, exofíticas verrucosas en 36,67%, vesículas agrupadas en 26.67%, máculas en 6.67% y costras o úlceras en casos aislados (3.33%).

La **Tabla 5 y Figura 5** muestran la ubicación de las lesiones; en todos los casos hubo lesiones genitales, y en 23.33% en áreas extragenitales. En la zona genital el 26.67% se ubican en mucosa genital, en 66.67% en piel del área genital, y en 36.67% en piel perianal. En las áreas extragenitales, 10% se ubicaron en tórax y 66.67% en extremidades, superiores o inferiores. Las lesiones son características y típicas en zona genital lo que permite diagnosticar de manera sencilla mediante una evaluación clínica y un examen de confirmación laboratorial.

La etiología de las lesiones cutáneas en pacientes con ETS se muestra en la **Tabla 6 y Figura 6**; el 60% de casos fueron por verruga genital, 20% por herpes genital, 13.33% por molusco contagioso, y en un caso (3.33%) se encontró sífilis activa y en otro la coexistencia de molusco contagioso y condiloma acuminado. El diagnóstico se hizo por serología en 50% de casos, por las lesiones dermatológicas características y sus síntomas en 30%, en 16.67% se contó con resultado de biopsia,

y en 3.33% con cultivo (**Tabla 7 y Figura 7**). Según B. Chaine la infección por PVH es la ITS más frecuente en el mundo. Se estima que el 20% de los varones menores de 25 años es portador sano de PVH, que el 80% de los varones adultos de 50 años ha estado en contacto con PVH y que el 1% de los varones presentará condilomas (4) , lo cual coincide con el presente estudio , donde el mayor porcentaje de casos reportados es el condiloma acuminado . Según el Ministerio de Salud las ITS con mayor atenciones reportados en el periodo 2009 al 2011 en el rango de edades de 60 años a más (excepto las enfermedades de transmisión sexual no especificada), se encuentra en primer lugar la Infección Anogenital debida a virus del Herpes con 3,6%, en segundo lugar el VIH sin Otra especificación con 3.1% y tercero la Tricomoniasis con 3.0% (1) . En el presente estudio se encontró que la segunda patología mas frecuente con reporte de lesiones dermatológicas es el herpes genital con un 13.3%

En relación a las pruebas diagnósticas priman los estudios serológicos , en el estudio se encontró que el mayor porcentaje de ETS fueron de origen viral . Existen muchas manifestaciones dermatológicas que se deben a virus y se dispone de pruebas virológicas múltiples y eficientes. No obstante, su prescripción debe estar siempre guiada por la clínica, sólo son útiles si la exploración física no es evidente y si la identificación del virus causal tiene implicaciones prácticas (5)

En la **Tabla 8 y Figura 8** se muestra las características de las lesiones cutáneas según etiología de la ETS; en los casos con verruga genital (18 aisladas, una con coinfección por molusco), predominaron las lesiones exofíticas (57.89%) o papulares (52.63%), y en casos individuales con aspecto de vesícula o como mácula (5.26%). Para el herpes genital, el 100% de lesiones fueron vesículas características, en un caso (16.67%) con aspecto ulcerado. En los casos de molusco contagioso (4 aislados, 1 con coinfección), el 100% tenía aspecto papular (umbilicado), con 20% descrito como lesión exofítica, o con costra. En el único caso con sífilis, la lesión fue papulo-macular. Chairez et al.(6), plantean que las lesiones más encontradas en las infecciones por VPH son la verrugas y vegetaciones relacionadas con condiloma acuminado y papiloma bucal ubicadas en el paladar, concordando con este estudio, pues la verrugosidad fue la lesión elemental más encontrada , sin embargo no presentaron manifestaciones orales en la población del presente estudio.

La **Tabla 9 y Figura 9** muestran las comorbilidades relevantes de los pacientes evaluados. Se encontraron comorbilidades en 36.67%, con infección por VIH en 26.67% (con TARGA en 20% y sin tratamiento en 6.67%); en 10% hubo antecedente previo de sífilis, y en casos aislados (3.33%) había candidiasis vaginal y un caso con esquizofrenia paranoide . Según una investigación realizada por GeSIDA ,el 40 % de los nuevos diagnóstico de VIH presentan coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual , en el presente estudio se encontró que gran porcentaje de pacientes presenta como comorbilidad la infección por VIH , lo cual coincide con estudios anteriormente realizados . En este sentido, el consumo de drogas, la edad y la multiplicidad de parejas son como factores asociados a la coinfección VIH/ITS.

La alteración de la respuesta inmune que conlleva la infección por el VIH, ha provocado un cambio en el curso de muchas enfermedades infecciosas.(7)

En el estudio realizado por Ancca en relación a pacientes con VIH y lesiones dermatológicas muestra que, las lesiones virales representa el mayor número de los casos siendo el Herpes simple, Condiloma acuminata y el Herpes zoster (35.9%,31.6% y 29.1 % , respectivamente) las lesiones dermatológicas virales predominantes (8),

Realizado un análisis acerca del presente estudio, no se han encontrado estudios similares a nivel local o nacional



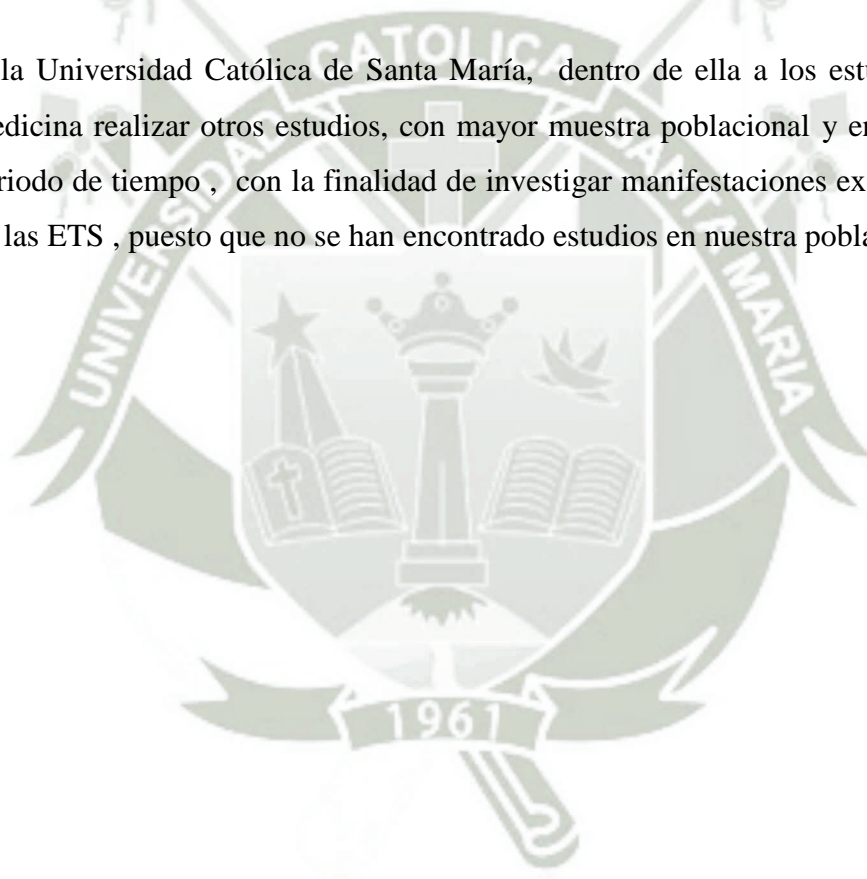
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Las enfermedades de transmisión sexual se acompañan de manifestaciones cutáneas en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD).
- Segunda.** Las lesiones cutáneas más frecuentes de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del HRHD son las lesiones elevadas poco dolorosas.
- Tercera.-** Las lesiones cutáneas como manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del HRHD se presentan como pápulas o lesiones verrucosas exofíticas o vesículas características.
- Cuarta.-** Los diferentes tipos de ETS tienen en su mayor parte manifestaciones cutáneas características de estas enfermedades en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HRHD, como lesiones exofíticas verrucosas en el condiloma acuminado, vesiculares en el herpes genital, papulares umbilicadas en el molusco contagioso, y papulares indoloras en la sífilis.
- Quinta.-** Las pruebas diagnósticas más utilizadas para determinar el agente etiológico en pacientes con ETS que se atienden en el servicio de Dermatología del HRHD son las pruebas serológicas.

RECOMENDACIONES

- 1) Al personal médico del servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, dada la presencia de pacientes con ETS y manifestaciones cutáneas se sugiere realizar un seguimiento periódico a las lesiones a fin de verificar la respuesta al tratamiento.
- 2) Para afrontar la frecuencia de pacientes con ETS, a la Gerencia Regional de salud se sugiere hacer énfasis en la promoción de campañas para la vigilancia, prevención y control de ETS, a fin de acortar la cadena epidemiológica.
- 3) A la Universidad Católica de Santa María, dentro de ella a los estudiantes de medicina realizar otros estudios, con mayor muestra poblacional y en un mayor periodo de tiempo, con la finalidad de investigar manifestaciones extragenitales de las ETS, puesto que no se han encontrado estudios en nuestra población



BIBLIOGRAFÍA

- 1) MINSA. Boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002 – 2011. Oficina GENERAL de estadística e Informática. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2728.pdf>, con acceso el 10 Ene 2018.
- 2) Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010 Dec 17. 59:1-110.
- 3) Chancolla Mamani . Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión Sexual en usuarios que acuden al consultorio de Control de infecciones de transmisión sexual. Hospital goyeneche. Arequipa, 2008. Tesis para optar para optar el grado de Magíster en Educación para la Salud. Universidad Católica De Santa Maria 2010
- 4) Chaîne B, Janier M. Infecciones de transmisión sexual. EMC – Urología 2013;45(1):1-11
- 5) Drobacheff-Thiébaud C., Bettinger D., Coquette .Examens virologiques utiles en dermatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Dermatologie, 98-075-A-10, 2011
- 6) Chairez P, Vega M, Zambrano G, García A, Araceli I, Cuevas J. Presence of Human Papillomavirus in Oral Cavity: Review and Update of Literature. Int. J. Odontostomat. 2015;9(2):233-238.
- 7) Motta A, Marín D, Merlo E .Prevalencia de herpes, sífilis y condilomatosis en pacientes con VIH en un hospital de referencia de Bogotá. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2013; 21: 4 (Octubre-Diciembre), 321-327
- 8) Ancca Paye EP. Frecuencia de lesiones dermatológicas de los pacientes VIH positivos según edad, sexo, estadiaje clínico, del servicio ESNITSS del Hospital Goyeneche del 2007 al 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2015



Anexo 1:
Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Edad: _____ años Sexo: Varón Mujer

Procedencia: Distrito: _____

Manifestaciones clínicas

Lesión elevada lesión deprimida otras
Dolor prurito Secreción

Lesiones cutáneas

Pápula Úlcera vesícula macula
Erosión goma otras _____

Ubicación de la lesión

Mucosa genital piel de zona genital piel perianal
Cutánea Extra genital
Mucosa oral

Diagnóstico clínico

Sífilis
Chancro blando
Herpes genital
Linfogranuloma venéreo
Molusco contagioso
Tricomoniasis
Verruga Genital
Otro _____

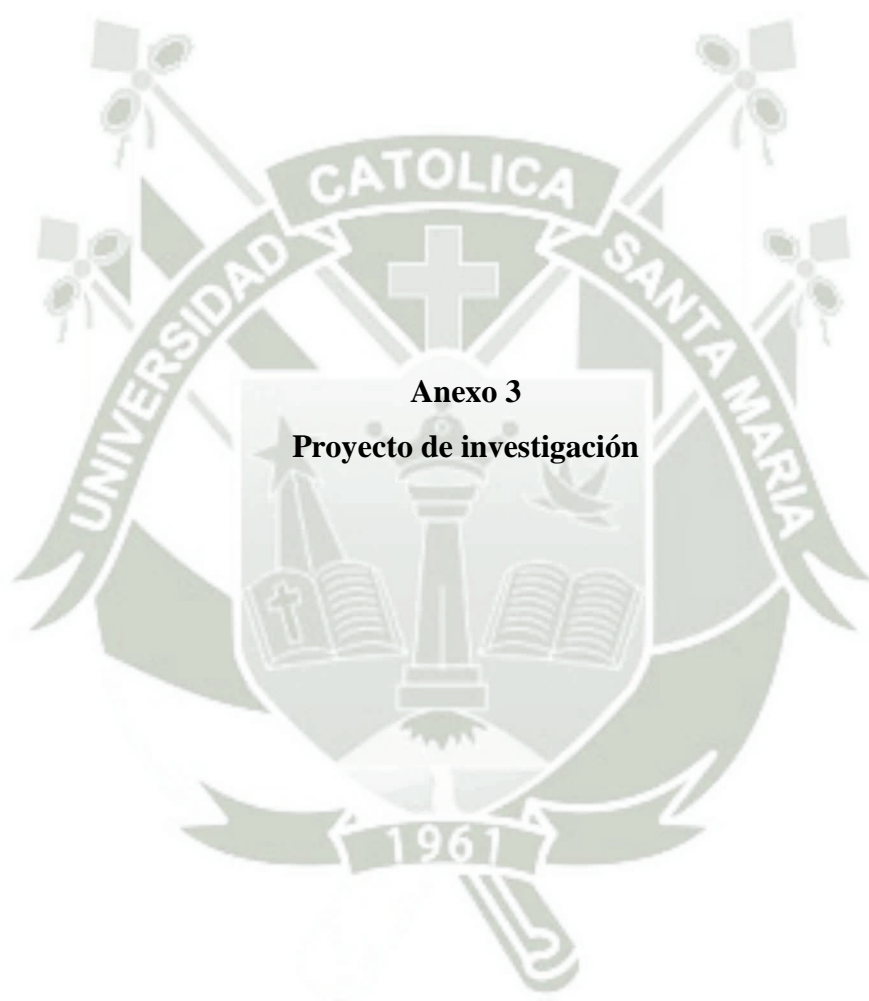
Prueba diagnóstica:

Cultivo Biopsia Serología Bioquímica Otra

Comorbilidad:

.....

Observaciones:



Anexo 3

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Frecuencia y tipo de manifestaciones cutáneas de las
enfermedades de transmisión sexual. Servicio de
Dermatología del Hospital Honorio Delgado, 2018**

Proyecto de Tesis presentada por la
Bachiller:
Callo Chayña, Rocio
para optar por el Título Profesional de:
Médico Cirujano
Asesor: Dr. Lopez Ticona, Aldo Gerardo

Arequipa - Perú

2018

I. PREÁMBULO

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son un grupo de enfermedades causadas por virus, bacterias, hongos y parásitos que se producen por contacto sexual no protegido con personas infectadas. Tradicionalmente han sido clasificadas como de transmisión sexual cinco infecciones: la sífilis causada por *Treponema pallidum*, la gonorrea por *Neisseria gonorrhoeae*, el chancroide por *Haemophilus ducreyi*, el linfogranuloma venéreo por *Chlamydia trachomatis* y el granuloma inguinal por *Klebsiella granulomatis* (antes conocida como *Calymmatobacterium granulomatis*). Sin embargo, muchas otras infecciones se transmiten sexualmente, incluyendo el herpes genital, la hepatitis, el molusco contagioso, piojos públicos (ladillas), la sarna y la infección por VIH, que produce el SIDA (1).

Las ETS pueden diagnosticarse de manera sencilla mediante una evaluación clínica y un examen de confirmación laboratorial, lo cual es importante ya que la no realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno de estas enfermedades en las etapas tempranas puede llevar a serias complicaciones y secuelas. El diagnóstico clínico suele ser sencillo, puesto que la mayoría de ETS se manifiestan a través de lesiones cutáneas en la zona genital o en zonas distantes (2)

Por tal motivo, corresponde a la especialidad de dermatología realizar el diagnóstico inicial de las ETS. Aunque muchas de las enfermedades pueden ser oligosintomáticas, prima además el pudor y vergüenza de los pacientes portadores de lesiones cutáneas asociadas a las ETS.

Es por ello que surge el interés para realizar esta investigación que ayudará a conocer la frecuencia de patologías de transmisión sexual que se manifiestan en la piel, como una forma de realizar el diagnóstico y tratamiento temprano para contribuir a disminuir el impacto de estas enfermedades en la salud pública.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y tipo de manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado durante el mes de febrero del 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Dermatología
- Línea: Enfermedades venéreas

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino o femenino	Nominal
Procedencia	Distrito de residencia	Diversos	Nominal
Manifestaciones clínicas	Motivo de la consulta	Dolor, prurito, lesión elevada, lesión deprimida, otras	Nominal

Lesiones cutáneas	Examen clínico	Pápula, úlcera, vesícula, erosión, mácula ,otras	Nominal
Ubicación de la lesión	Zona afectada	Mucosa genital, piel se zona genital, piel perianal, cutánea extragenital, mucosa oral, otra	Nominal
Diagnóstico clínico	Sospecha de patología causante	Sífilis, chancro, condiloma, herpes simple, molusco contagioso, otra	Nominal
Prueba diagnostica	Prueba confirmatoria	Cultivo , biopsia, serología, bioquímica, otra	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD) ?
2. ¿Cuáles son los tipos de lesiones cutáneas más frecuentes de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del HRHD ?
3. ¿Cuáles son las características clínicas de las lesiones cutáneas como manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del HRHD ?
4. ¿Existe relación entre el tipo de ETS y las manifestaciones cutáneas de estas enfermedades en pacientes atendidas en el Servicio de Dermatología del HRHD ?

5. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas más utilizadas para determinar el agente etiológico en pacientes con ETS que se atienden en el servicio de Dermatología del HRHD?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

e) **Nivel de investigación:** Es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo se propone conocer la frecuencia y tipo de manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes que se atienden en el Servicio de Dermatología del Hospital Honorio Delgado. No hemos encontrado estudios que evalúen las manifestaciones cutáneas de un grupo de enfermedades frecuentes de importancia en salud pública en nuestro medio, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que demuestra la especificidad de las lesiones cutáneas en área genital o extragenital de las ETS que permiten su fácil y rápido diagnóstico, lo que permite a su vez un tratamiento oportuno. Tiene **relevancia social**, ya que las ETS vienen experimentando un repunte en su incidencia en los últimos años, por lo que importan las estrategias de detección temprana cuando las medidas de prevención han fallado. Tiene **relevancia práctica** porque permitirá conocer la frecuencia de las patologías cutáneas asociadas a ETS para establecer planes diagnósticos de promoción y prevención a un corto plazo.

El estudio es **contemporáneo** debido al incremento de las enfermedades venéreas en general en los últimos años.

El estudio es **factible** de realizar ya que es un estudio prospectivo en el que se cuenta el apoyo de un dermatólogo especialista y que no requiere de material sofisticado para el diagnóstico.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la dermatología, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Enfermedades de transmisión sexual

2.1.1. Concepto

Son enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferentes etiologías; las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por contacto sexual, sin ser el único mecanismo de transmisión (1, 4).

2.1.2. Etiología

Existen más de veinte agentes patógenos entre bacterias, virus, hongos y parásitos, que a su vez pueden presentar co-infecciones múltiples, que son transmisibles por vía sexual, a través de productos sanguíneos, trasplantes de tejidos o por transmisión vertical (de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia). Las ETS que son causadas por agentes bacterianos, micóticos y protozoarios se curan con antibióticos y agentes quimioterapéuticos, no obstante siguen constituyendo un problema de salud pública por lo cual se requieren esfuerzos tanto en los servicios de salud como en la comunidad para reducir la carga de las ETS (4).

Las ETS que se presentan con mayor frecuencia son (1):

- Sífilis
- Chancro blando
- Herpes simple
- Linfogranuloma venéreo
- Granuloma inguinal
- Molusco contagioso
- Verruga genital

2.1.3. Epidemiología

La incidencia de las ETS, es alta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 685 mil hombres y mujeres, contraen una ITS, cada día. En América se estima que entre 40 y 50 millones de hombres y mujeres contraen la ITS cada año(1).

En el Perú, entre los años 2002 al 2011 se han notificado alrededor de 4'344,556 casos por ITS, con una tasa anual de infecciones que oscila entre 1538,9 a 1697,4 por cien mil habitantes, es preciso señalar el comportamiento irregular del indicador a lo largo del periodo; en los años 2002 y 2003, la tasa por cien mil habitantes es de 1538,9 y 1542,6 respectivamente, entre el 2004 y el 2005, las tasas disminuyen a 1469,8 y 1413,6 respectivamente; en tanto en el 2006 la tasa vuelve a incrementarse a 1561,0 para disminuir nuevamente en el 2007 a 1470,6 e incrementarse las tasas nuevamente en el 2008 a 1634,6 y 2009 a 1605,2 respectivamente, luego en el 2010 desciende la tasa a 1494,1 por cien mil habitantes, para finalmente incrementarse en el 2011 a 1697,4 por cien mil habitantes (1).

En el periodo 2002-2011, la notificación de las patologías da cuenta que poco más del 91% de casos de ITS, fueron por ITS no especificadas, el resto de infecciones constituyen el 9%, también hay que destacar el incremento del indicador, cuya tasa de incidencia paso de 1238,3 por cien mil habitantes en el 2002 a 1543,9 por 100 mil habitantes en el 2011 (1)

2.2. Manifestaciones cutáneas de las ETS

2.2.1. Sífilis

El mayor riesgo de transmisión de la sífilis tiene lugar ante la práctica de relaciones sexuales con una persona en etapas iniciales de la enfermedad (2).

Estadios de la sífilis: La sífilis no tratada puede pasar por tres estadios. La sífilis se inicia con los estadios infecciosos primarios y secundarios que pueden evolucionar a un estadio latente con una duración de meses o años o evolucionar hacia un estadio terciario caracterizado por la afectación cardiovascular, neurológica y complicaciones cutáneas profundas. La sífilis puede pasar por los siguientes estadios (6):

- a) **Sífilis infecciosa**, incluye los estadios primaria, secundaria y sífilis latente precoz de menos de un año de duración
- b) **Infección latente** (aquellas que carecen de manifestaciones clínicas) detectadas por test serológicos. La sífilis latente se divide en sífilis latente precoz, de menos de un año de duración y sífilis latente de más de un año de evolución

c) Sífilis latente de 4 o más años de duración.

El riesgo de desarrollar manifestaciones clínicas y de infección se da especialmente en las fases primarias, secundarias y en las fases latentes precoces, en los primeros dos años de infección.

Curso clínico de la sífilis no tratada (5):

- ***Sífilis primaria:*** La sífilis primaria se caracteriza por el desarrollo de una úlcera cutánea, se adquiere por contacto directo con una lesión infecciosa cutánea de la piel o de superficies mucosas. Con un período de incubación de 10 a 90 días (media de 21 días), tras lo cual aparece una úlcera o chancro en la zona de contagio. Generalmente los chancros son solitarios pero pueden ser múltiples. Un 6% de las lesiones son extragenitales, la mayoría localizados en la mucosa labial u oral.

Los chancros se inician como pequeñas pápulas de 0,3 a 2 cm de diámetro, indoloras, duras (chancro duro), de base limpia, cubiertas de una membrana amarillenta. Se acompañan de una adenopatía de pequeño tamaño y dura. Si la lesión se deja sin tratar el chancro desaparece de forma espontánea en el período de 2 a 8 semanas y el 25% de los pacientes progresa hacia el estadio secundario y el 75% entra en estadio latente (5).

- ***Sífilis secundaria:*** Aparece entre 4 y 8 semanas después de la sífilis primaria, en donde se produce una bacteriemia. La sífilis secundaria se caracteriza por la afectación mucocutánea, por un síndrome gripal y por adenopatías múltiples generalizadas. La distribución y morfología de las lesiones suele ser variada y confundirse con otras muchas enfermedades cutáneas. Las lesiones de la sífilis secundaria suelen tener un inicio insidioso, sin acompañarse de fiebre y las lesiones son poco inflamatorias, con escaso dolor o prurito. Las formas más frecuente es la “Roseola sífilítica” que consiste en una erupción maculo-papular y con menor frecuencia, macular, folicular o pustular. Es muy característica la afectación palmo-plantar donde se presentan como pápulas y placas anulares u ovals de borde discretamente elevado con un collarete

descamativo. Las lesiones palmo-plantares suelen ser simétricas iniciándose como una papula hiperqueratósica (clavo sifilítico) y que progresivamente se extienden desarrollando un collarete descamativo (Collarete de Biet) (5).

Cuando las lesiones se localizan en el cuero cabelludo producen una alopecia irregular o a mechones. Las lesiones localizadas en la mucosa anal adoptan una morfología papular y verrucosa que se denomina condiloma plano (5).

Los pacientes con sífilis secundarias pueden presentar una remisión espontánea de las lesiones pero un 25% presentan recidivas durante el primer año. La bacteriemia con vasculitis diseminada que se produce en el curso de la sífilis secundaria puede acompañarse de un amplio abanico de síntomas incluyendo hepatitis, iritis, nefritis y problemas neurológicos (sífilis meningovascular precoz) con desarrollo de cefaleas y afectación de pares craneales, especialmente de nervio auditivo (VIII par). Estas complicaciones de la sífilis secundaria son relativamente infrecuentes, observándose en menos del 10% de individuos afectados. Los pacientes con sífilis secundarias que no reciben tratamiento, mejoran espontáneamente en el período de 3 a 6 semanas. Un 25% de pacientes tienen episodios recurrentes de sífilis secundaria, con recurrencia del rash cutáneo, la ulceración mucosa y fiebre. Estas recurrencias son raras después de un año y casi nunca se observan después de 2 años y la infección se hace asintomática (4).

- ***Sífilis latente:*** se define como una sífilis caracterizada por una positividad a los anticuerpos sin otra evidencia de la enfermedad. Los pacientes con sífilis latente que han adquirido la enfermedad en el año previo se clasifican como una sífilis latente precoz. El período de un año puede confirmarse si existe evidencia seroconversión en ese período, si existen síntomas inequívocos de sífilis primaria o secundaria durante ese período o si una pareja sexual tiene evidencia de enfermedad primaria secundaria o latente precoz. Por convención, la sífilis latente precoz es de un año o menos de duración y la sífilis latente tardía es de más de 4 años. Estos

períodos de 1 a 4 años fueron establecidos para ayudar a predecir el riesgo de desarrollar lesiones de sífilis secundarias ya que el 25% de los pacientes con sífilis secundaria precoz presentaron una recidiva durante el primer año, un pequeño porcentaje durante el segundo año y ninguno a partir del 4° año. Los pacientes con sífilis latente de duración no determinada deben ser tratados como si tuviese una sífilis latente tardía (5).

- ***Sífilis terciaria:*** un pequeño número de pacientes con sífilis no tratada o tratada de forma inadecuada desarrollarán lesiones sistémicas con afectación cardiovascular, del sistema nervioso central (neurosífilis) y granulomas sistémicos (gomas) (5, 23).
 - *Neurosifilis:* las manifestaciones meningovasculares de la sífilis pueden observarse además de en la sífilis secundaria, en la sífilis terciaria. En los casos de sífilis terciaria, el período de incubación es de 5-12 años siendo los síntomas similares a los observados en el curso de la sífilis secundaria. Las neurosifilis parenquimatosas cursa con afectación de la médula espinal (preferentemente de la columna dorsal) y cerebro. El período de incubación es generalmente de 10 a 20 años. La afectación de la columna dorsal se conoce como Tabes dorsal y la afectación cerebral se conoce como paresia generalizada del insano.
 - *Sífilis cardiovascular:* Tiene un período de incubación de entre 15 y 30 años tras la sífilis primaria y puede afectar a cualquier vaso de gran calibre. Se caracteriza por una aortitis proximal, pudiendo ocasionar insuficiencia aórtica y cardíaca, estenosis del ostium de la coronaria (manifestándose con angor pectoris) y necrosis de la media aórtica (manifestándose como aneurisma de la aorta).
 - *Sífilis gomata:* tiene un período de incubación de entre 3 y 12 años tras la sífilis primaria. Se caracteriza por lesiones granulomatosas, destructivas que pueden afectar cualquier territorio, especialmente piel y hueso.

Sífilis y infección por VIH: La sífilis (como enfermedad ulcerada de la mucosa genital) facilita y es un cofactor para la transmisión del VIH. La sífilis se asocia con un aumento en el riesgo de adquirir y transmitir el VIH y la infección por VIH altera el curso de la sífilis aumentando su progresión (3, 4).

Pruebas diagnósticas: El diagnóstico de sífilis se realiza en base a sospecha diagnóstica como en una confirmación de la misma mediante diferentes técnicas objetivas que se muestran a continuación:

La presencia de espiroquetas en las lesiones mucocutáneas o aspirado ganglionar mediante inmunofluorescencia directa, inmunohistoquímica o TAAN (técnicas de amplificación de ácidos nucleicos) mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa), habiendo sustituido estas técnicas al microscopio de campo oscuro (24).

- *T. pallidum* no se cultiva en medios artificiales
- Serología :
 - Pruebas reagínicas: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (reagina plasmática rápida) detectan anticuerpos dirigidos frente a estructuras fosfolipídicas del organismo, similares a lípidos de la membrana de *T. pallidum*. Un título mayor o igual 1/16 indica una infección activa y se negativizan con la curación, generalmente al año en el caso de la sífilis primaria, 2 años en el caso de la sífilis secundaria y hasta 5 años en el caso de la sífilis terciaria. No obstante, este periodo depende de la gravedad de la infección y del tiempo transcurrido desde la infección hasta la instauración del tratamiento. La persistencia de una titulación elevada (disminución de menos de 4 diluciones) es indicativo de infección activa no curada, reinfección e incluso un falso positivo (patología autoinmunitaria, mayores de 70 años, estímulo inmunológico (infección viral o bacteriana aguda, vacunación, sida, hipergammaglobulinemia o usuarios de drogas por vía parenteral), siendo en este último caso transitorio. El fenómeno prozona genera falsos negativos, tanto en embarazadas como en un 25% de los individuos con sífilis secundaria.

– Pruebas treponémicas: FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), MHA-TP (microhemaglutinación para *T. pallidum*), ELISA (enzimoinmunoensayo). Detectan anticuerpos dirigidos específicamente a antígenos de la espiroqueta. Permanecen positivas de por vida. Falsos positivos: infección por otras espiroquetas tales como *Borrelia*, *Leptospira* o *treponematosi*s no venéreas. En estos casos, las pruebas reagínicas son negativas. El ELISA nos permite identificar individualmente las variaciones de IgM e IgG específicas frente a *T. pallidum*.

– El diagnóstico de la neurosífilis requiere alteración en el líquido cefalorraquídeo (LCR): elevación del recuento de células y de las proteínas y la positividad de VDRL, FTA o de TAAN mediante PCR. La contaminación con sangre puede dar falsos positivos en la serología.(24)

Tratamiento: La penicilina, en distintos esquemas, o la doxicilina, tetraciclina o eritromicina, en caso de alergia, constituyen los tratamientos de elección para la sífilis. Deben tenerse en cuenta las numerosas interacciones entre sífilis y HIV, dado que la naturaleza ulcerosa de la infección sifilítica constituye una posible puerta de entrada para el virus. Por ello se recomiendan estudios serológicos para ambas afecciones. La existencia concomitante de infección por HIV puede ocasionar fracasos terapéuticos frente a la sífilis (6, 23).

2.2.2. Chancroide

Provocado por *Haemophilus ducreyi*, es frecuente en Africa y en los EE.UU., vinculado con la prostitución (11). Las úlceras, que pueden dar lugar a un bubón supurativo en la cuarta parte de los casos, se acompañan luego por adenopatía inguinal (12). Adoptan diversas formas siempre acompañadas de dolor, a diferencia de lo que acontece con el chancro sifilítico. La supuración de la adenopatía, aunada con las características mencionadas resulta casi patognomónica de la enfermedad. También pueden coexistir frecuentemente con la infección por HIV (11).

Pruebas diagnósticas: Actualmente está indicada la utilización de la técnica de PCR para la detección de *Haemophilus ducreyi* (HD), debido a la baja

sensibilidad de la tinción de Gram (la típica en «banco de peces» con bacilos gramnegativos pequeños ~ pleomórficos). La microscopia tiene una sensibilidad del 50% comparada con el cultivo, y además los falsos positivos son frecuentes. Existe comercializada una PCR en formato múltiple para HD y TP (24)

El cultivo (agar Mueller-Hinton o agar gonococo base suplementado y vancomicina) tiene una sensibilidad inferior al 80% y cuando está disponible puede ser utilizado (nivel de evidencia III, grado de recomendación B), aunque es más adecuado emplear más de un tipo de medio para aumentar la sensibilidad (nivel de evidencia IIb, grado de recomendación B). La PCR presenta una sensibilidad del 95% en comparación con el cultivo, mientras que la sensibilidad de éste cuando se compara con la PCR es del 75% (21).

Las opciones más recomendables para el tratamiento son la azitromicina, la ceftriaxona o la eritromicina, aunque no se descarta el empleo otros antibióticos (11,12).

2.2.3. Linfogranuloma venéreo (LGV)

Ocasionado por *Chlamydia trachomatis*, suele iniciarse con una pápula indolora pequeña que cicatriza, seguida por inflamación de los ganglios inguinales y femorales. (7)

Las adenopatías inguinales dan lugar al signo del surco por indentación en el ligamento inguinal, lo cual constituye un signo patognomónico. La linfangitis crónica, sin tratamiento, puede ocasionar necrosis, retracción cicatrizal y elefantiasis de genitales femeninos. A esta etapa suele seguirla la genitoanorrectal, que consiste en proctocolitis, fiebre, tenesmo y dolor rectal; puede culminar en estenosis rectales, abscesos y fístulas (7,8).

El diagnóstico se establece mediante aislamiento del agente etiológico y por reacciones de fijación del complemento (8). El diagnóstico requiere sospecha clínica, y para su confirmación son necesarias pruebas de laboratorio muy especializadas. En primer lugar, debe demostrarse la presencia de CT (*Chlamydia trachomatis*) en las lesiones, habitualmente mediante técnicas de AAN (Amplificación de Ácidos Nucleicos) . Las muestras empleadas son tanto genitales como extragenitales: rectales, faríngeas y orina . Las muestras positivas para clamidia deben valorarse en

un segundo tiempo mediante una PCR específica para el ADN de clamidias productoras de LGV. También se emplean técnicas de tipificación mediante RFLP o mediante secuenciación. Por todo ello, no existe actualmente un método rápido de detección, aunque la PCR de GeneXpert podría cumplir estos criterios, pero se suele utilizar en un segundo paso, cuando se ha detectado ya la presencia de clamidia (24).

El medicamento de primera elección es la doxiciclina oral (100 mg 2 veces al día durante 21 días), pero es posible emplear también la eritromicina, sobre todo en embarazadas. Igual criterio terapéutico, aunque sin una respuesta tan buena, se sigue en casos que presenten infección por HIV concomitante (9).

2.2.4. Granuloma Inguinal

Donovanosis o Granuloma Inguinal es una enfermedad úlcero-proliferativa, invasiva, infectocontagiosa, de transmisión sexual, cuyo agente es un bacilo gram negativo pleomórfico, inmóvil y capsulado. Ocasionado por un bacilo Gram negativo, *Klebsiella granulomatis* (conocido anteriormente como *Calymmatobacterium granulomatis*). El diagnóstico se basa en los antecedentes epidemiológicos, el cuadro clínico y el estudio del frotis y/o biopsia. El cuadro clínico es el de una enfermedad de inicio insidioso, con un período de incubación no precisado, se señala de 2 semanas a 5 meses. La lesión inicial primaria se caracteriza por una pápula o nódulo indoloro, rojao, blando, sin reacción ganglionar que posteriormente sigue su curso evolutivo. Presenta las siguientes formas clínicas: Pápulonodular, úlcero vegetante, forma hipertrófica elefantiásica y forma cicatricial; con una ubicación genital y perianal en una proporción del 90%, en la región inguinal del 10% y otras de 1 a 5%. El diagnóstico de laboratorio se realiza mediante frotices coloreados con Leishman, encontrando los macrófagos mononucleares repletos de *Calymmatobacterium granulomatis* (Cuerpos de Donovan). (5) Salvo en casos de resistencia, en los que suele ser de utilidad la asociación de trimetoprim-sulfametoxazol o la eritromicina, se tratan con tetraciclina o doxiciclina. En casos refractarios o en sujetos con infección por HIV se recomienda la terapéutica parenteral.(5)

2.2.5. Herpes Genital

Es la causa más común de ulceraciones en genitales en los EE.UU. y el 30% corresponde al virus del *Herpes simple* tipo 1. Existe una prevalencia de serología positiva 4 veces mayor que la de pacientes sintomáticos. Cuando son provocadas por el tipo 2, las infecciones recurrentes suelen ser habituales. La reactivación puede manifestarse como consecuencia de traumatismos locales o factores psicológicos. Las siembras asintomáticas constituyen un factor importante de transmisión de la enfermedad, especialmente en el caso de las mujeres. Si bien la clínica permite el diagnóstico, es preferible la confirmación por medio de la detección de células gigantes multinucleadas y microscopía electrónica (13,14).

Pruebas diagnósticas (22):

- Microscopia óptica.: No es una técnica adecuada. El examen directo mediante la tinción de Tzanck o de Papanicolaou es poco sensible e inespecífico. No diferencia entre VHS-1 y 2, y las inclusiones intranucleares tipo Cowdry A no son exclusivas del VHS. Además, un resultado negativo no descarta la posibilidad de herpes genital.
- Microscopia electrónica. Está en desuso ya que requiere concentraciones superiores a 10⁸ viriones/ml. Proporciona resultados rápidos, pero es poco sensible y requiere un equipo no disponible generalmente en laboratorios clínicos.
- Inmunofluorescencia directa. La detección de antígenos del VHS se puede realizar mediante inmunofluorescencia o por técnicas inmunoenzimáticas. Son técnicas rápidas con una sensibilidad y especificidad en pacientes sintomáticos que oscilan entre el 70 y el 90%. Sobre muestra directa la sensibilidad disminuye a medida que evoluciona la lesión en el tiempo. El empleo de anticuerpos monoclonales aporta una buena especificidad y permite diferenciar VSH-1 y 2. Actualmente se emplea más como complemento para la identificación vírica en los cultivos celulares.
- Las técnicas de AAN son las recomendadas para el diagnóstico del herpes genital. La detección de ADN del virus mediante PCR incrementa la detección en un 11-71% comparado con el cultivo. Permite, además,

condiciones menos estrictas que el cultivo en cuanto a almacenamiento y transporte de las muestras. Permite la diferenciación entre VHS-1 y 2, que debería establecerse en todos los nuevos diagnósticos (III, B). No se precisa confirmación de los resultados positivos (24).

Tratamiento: Inicialmente el tratamiento consiste en la administración de aciclovir, en dosis de 200 mg 5 veces al día o 400 mg en 3 tomas. Este tratamiento, al que debe agregarse abstinencia sexual y utilización de preservativo, permite disminuir la tasa de recidivas siempre y cuando se lo emplee en forma continua. Luego de 1 año, se recomienda suspenderlo y evaluar el número de recidivas sin tratamiento. Otra alternativa confiable es el valaciclovir, que requiere un menor número de dosis diarias. Las interacciones de la infección herpética con la ocasionada por HIV son muy conocidas y se considera al herpes ulceroso crónico como una de las infecciones oportunistas para definir la existencia de SIDA (14).

2.2.6. Molusco contagioso

La infección más frecuente causada por poxvirus en humanos es el *Molluscum contagiosum*. Esta es una infección que se transmite por contacto directo a partir de una persona infectada siendo frecuente la autoinoculación. Afecta predominantemente a niños pero en adultos es frecuente la transmisión sexual. Se caracteriza por el desarrollo de pápulas umbilicadas y perladas de unos pocos milímetros de diámetro que suelen agruparse, afectando preferentemente a los pliegues axilar, antecubital e inguinal (15).

El **diagnóstico** es clínico y puede confirmarse mediante la visión directa del material obtenido mediante expresión de las pápulas o mediante biopsia. En ambos casos se observará la presencia de grandes cuerpos de inclusión citoplásmicos o cuerpos de Henderson-Paterson (16).

2.2.7. Verrugas genitales

También conocidas como condilomas acuminados son provocadas por el papilomavirus humano. Pueden localizarse a lo largo de los genitales externos y la zona perianal, en casos de coito anal o en homosexuales. En las mujeres, debe procederse a descartar la existencia de neoplasias intracervicales. La evolución consiste en su reducción o aumento y rara vez se malignizan.

Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35, entre otros, también pueden causar condilomas, y en ocasiones, especialmente en pacientes infectados por el VIH o inmunosuprimidos, pueden estar asociados con lesiones intraepiteliales escamosas malignas de alto grado. (4)

Los condilomas acuminados o verrugas genitales son neoformaciones aplanadas o exofíticas, de superficie papilomatosa o con proyecciones filiformes, generalmente múltiples, de color piel, rosadas o grisáceas. Suelen localizarse en vulva, vagina, cérvix uterino, pene, zona anal y oral.

El **diagnóstico** de este tipo de lesiones es clínico, mediante la historia clínica y la exploración. En caso de duda, se puede realizar biopsia de la lesión.

La terapéutica se acompaña con tasas de recaídas del 25% a los 3 meses. Las alternativas incluyen el podofilino al 10-25%, el ácido tricloroacético (durante el embarazo), la crioterapia o la electrocauterización. El tratamiento debe extremarse en casos de lesiones anales; para evitar las retracciones cicatrizales y las de ubicación uretral refractaria pueden requerir de instilaciones intrauretrales de 5-fluorouracilo. Suelen encontrarse con asiduidad en sujetos infectados por HIV (17).

2.2.8. Trichomonas vaginalis

Trichomonas vaginalis (TV) es un protozoo flagelado, unicelular, anaerobio. La infección por este microorganismo es la infección de transmisión sexual curable más frecuente del mundo. La prevalencia varía de 2 a 30%, siendo más común en países en vías de desarrollo. (4)

La presentación clínica de esta infección oscila desde asintomática hasta producir una vaginitis muy severa; el cuadro clásico se caracteriza por flujo vaginal abundante de color gris a verdoso, fétido, acompañado de prurito, eritema y edema de vulva y vagina. A la especuloscopia se observan lesiones en vagina y cérvix, en forma de petequias o hemorragias puntiformes, o un aspecto denominado cérvix en fresa, por la presencia de microabscesos sobre un fondo inflamatorio.

La infección por *Trichomonas vaginalis* se asocia con riesgo aumentado de resultados adversos del embarazo, como parto pretérmino y disminución del peso

promedio al nacimiento. Se ha encontrado asociación con RPM en embarazo a término (RR: 1,4) y con RPM en embarazo pretérmino (RR: 1,4).

Pruebas diagnósticas: El examen en fresco es de fácil realización, rápido, de bajo coste y elevada especificidad (98%), aunque tiene baja sensibilidad (62-92%) y es dependiente del observador. Para su realización se mezcla en un portaobjetos una gota de secreción uretral o vaginal con una gota de suerofisiológico o salino al 0,5% a temperatura de 37 °C, se pone un cubreobjetos y se observa al microscopio para observar la movilidad característica de las tricomonas. La preparación debe leerse antes de pasados 10 min desde la toma de la muestra, pues las tricomonas disminuyen su movilidad característica pasado ese tiempo, con lo que se dificulta su identificación. (17)

El sistema BD Affirm VP III también determina la presencia de TV, en este caso con una sensibilidad del 89,2% y una especificidad del 99,3% comparado con el cultivo. Existen técnicas como OSOM Trichomonas Rapid Test (Sekisui Diagnostic, Hartwell Place, Lexington, Estados Unidos), que determina la presencia de antígeno y que ha demostrado elevada sensibilidad (80-94%) y especificidad (95%). No requiere instrumentación y da los resultados en 30 min, pero hay que tener en cuenta que son posibles los falsos positivos (24).

El tratamiento de elección para la TV es el metronidazol por vía oral. Se recomiendan esquemas de 2 g, en dosis única, o 500 mg dos veces diarias durante 5 días, que producen concentraciones adecuadas no sólo en la vagina sino también en la uretra y la vejiga (18).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

Autor: Ancca Paye EP (19).

Título: Frecuencia de lesiones dermatológicas de los pacientes VIH positivos según edad, sexo, estadiaje clínico, del servicio ESNITSS del Hospital Goyeneche del 2007 al 2014.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2015

Resumen: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal, la población de estudio fueron las historias Clínicas y/o Carpeta de seguimiento de pacientes con diagnóstico confirmatorio para VIH que pertenecieron al servicio Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (ESNITSS) del hospital III Goyeneche durante el periodo del 2007 al 2014, el cual se compone de 400 pacientes. Se recolectaron 177 historias clínicas y/o carpetas de seguimiento que contaron con diagnóstico dermatológica durante los años de 2007 al 2014 y encontrándose 258 diagnósticos dermatológicos en total, siendo los varones los que presentaron 83.1% de los diagnósticos dermatológicos, y el grupo etareo más afectados estuvieron comprendidos entre 21 - 35 años de edad con 68.9%. El 52% de los pacientes presentaron dos lesiones dermatológicas y 1,6% presentaron cinco lesiones dermatológicas durante este periodo de años Las lesiones dermatológicas de tipo infecciosas fueron las que más se presentaron, con una frecuencia de 89.5%, siendo las lesiones dermatológicas de tipo virales las más frecuentes, con 50.6%, en comparación de las micóticas con 35.5%. Pero; la candidiasis fue la lesión dermatológica con mayor frecuente dentro de todas las lesiones dermatológicas infecciosas con un 29.9%. Asimismo las lesiones no infecciosas, la toxicodermicas, son las más frecuentes con un 85% y dentro de las neoplásicas el sarcoma de Kaposi con el 71.4% Se excluyeron las toxicodermicas para hallar las frecuencia según estadio clinico porque todos los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) pertenecen al estadio clínico IV quedando 241 diagnósticos dermatológicos . Los estadios clínicos que presentaron el mayor porcentaje de casos fue el estadio

clínico III con 46.1% y dentro de esta la candidiasis oral con un 46.8%; en el estadio II el Herpes zoster fue el más frecuente 39.5%; y en el estadio IV el Herpes simple el más frecuente con 39.1%. Se concluye que las lesiones dermatológicas más frecuentes en los pacientes VIH positivo son las de tipo infecciosas con un 89.5%, dentro de esta la candidiasis bucofaringeo 29.9%. Según el estadio clínico fueron para el estadio II el Herpes Zoster (39.5%); estadio III la Candidiasis (46.8%) y para el estadio clínico IV, el Herpes (39.1%) además los varones fueron los que presentaron los casos de lesiones dermatológicas con 83.1%.y el grupo de 21-25 años se presentaron los mayores casos.

A nivel nacional

3.1. Autor: Saavedra Albújar AC (25).

Título: Manifestaciones clínicas orales en pacientes VIH-SIDA en el servicio de infectología Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2014.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016

Resumen: Se seleccionaron 95 historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de infectología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2014. Se encontró mayor prevalencia de candidiasis oral (22,1 %) seguida por el sarcoma de Kaposi (4,2 %), herpes bucal (2,1 %) y una combinación de herpes con candidiasis oral (2,1%); asimismo el 69,5% no presenta manifestaciones orales relacionadas a la enfermedad VIH/SIDA y el 30,5% si las presentan; el grupo etario más prevalente es el comprendido entre 41 años a más (25,3%); el género más prevalente es el masculino (80,0%) en relación al femenino (20,0%); el 80% reciben TARGA; mientras que el 56,8% de estos no presentan manifestaciones orales. Se allaron diferencias significativas entre los que no presentan manifestaciones orales y los que reciben TARGA.

A nivel internacional

3.2. **Autor:** Navazo Eguía AI, Rioja E, Echeverría C, Terán Muñoz D, Cordero Civantos C, Ibáñez Muñoz C. (20)

Título: Manifestaciones orales de la sífilis. Caso clínico.

Fuente: Revista ORL, 2017; 8(4):253-257

Resumen: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Las manifestaciones orales de la sífilis no son frecuentes, pero pueden presentarse en todos sus estadios simulando otras enfermedades, retrasando el diagnóstico y tratamiento. Se describe el caso de un paciente con lesiones orales como manifestación de una sífilis secundaria. Las manifestaciones orales de la sífilis pueden simular otras lesiones orales más comunes, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico y tratamiento correcto. Aunque las lesiones orales pueden manifestarse en todas las etapas se asocian principalmente con la sífilis secundaria. El diagnóstico definitivo se realiza generalmente mediante los tests serológicos, sin embargo, se precisa la sospecha clínica e histológica. Dada la creciente incidencia de la sífilis, representa un problema de salud pública y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones orales en los pacientes sexualmente activos.

3.3. **Autor:** Carmona-Lorduy M, Porto-Puerta I, Lanfranch H, Medina-Carmona W, Werner L, Maturana S (26).

Título: Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas en tres servicios de estomatología en Sur América.

Fuente: Univ. Salud. 2018;20(1):82-88

Resumen: Estudio descriptivo transversal, con 37 pacientes que asistieron a los servicios de Estomatología de la Universidad de Buenos Aires, Universidad de Cartagena y el Hospital Alemán en Buenos Aires durante 2015 y 2016. Se realizó historia clínica completa con pruebas Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-ABS) en pacientes con presunción de sífilis. Además de análisis histopatológico y Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en pacientes con presunción de Virus de Papiloma Humano (VPH). El promedio de edad de los pacientes fue de

38 años, predominó el sexo masculino. El 54,1% fueron diagnosticados con sífilis y la lesión más encontrada en estos fue la pápula. El 45,9% restante fueron diagnosticados con VPH, la lesión predominante en estos fue la verrugosidad.



4. OBJETIVOS.

4.1. General

Describir la frecuencia y tipo de manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado durante el mes de febrero del 2018

4.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD) .
- 2) Describir los tipos de lesiones cutáneas más frecuentes de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HRHD .
- 3) Describir las características clínicas de las lesiones cutáneas como manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HRHD .
- 4) Identificar la relación entre el tipo de ETS y las manifestaciones cutáneas de estas enfermedades en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HRHD.
- 5) Identificar las pruebas diagnósticas más utilizadas para determinar el agente etiológico en pacientes con ETS que se atienden en el servicio de Dermatología del HRHD.

5. Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la evaluación clínica.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: Esta investigación se realizará en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de Febrero 2018.

2.3. Unidades de estudio: Pacientes que se atienden en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.4. Población: Todos los pacientes que se atienden en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado con lesiones cutáneas causadas por ETS en el periodo de estudio.

Muestra: No se calculó un tamaño de muestra ya que se abarcará a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - De ambos sexos
 - Pacientes mayores de 15 años
 - Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Lesiones cutáneas de diagnóstico ambiguo sin confirmación laboratorial

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará la autorización al director del Hospital Honorio Delgado y al jefe de Servicio de Dermatología para la realización del estudio.

Se contactará a los pacientes que acudan en cada turno por consulta externa de dermatología y que presenten lesiones cutáneas.

Previo consentimiento del paciente, se procederá a registrar datos y examinar las lesiones cutáneas junto con el dermatólogo para establecer un diagnóstico presuntivo (se realizaran los registros en la ficha de colección de datos – Anexo 1).

Se verificara en la historia clínica si cuenta con pruebas serológicas , de no contar se solicitara pruebas serológicas rápidas (con apoyo de PROCETSS) a todos los pacientes con sospecha de ETS

Según la clínica del paciente se solicitara examen de :

- Sífilis : pruebas serológicas ,pruebas treponemicas , microscopia
- Chancroide: microscopia , cultivo
- Herpes genital: microscopia
- Molusco contagioso : microscopia , biopsia
- Verruga genital: biopsia
- Trichomonas vaginalis: examen en fresco

Se realizará el seguimiento de exámenes solicitados y los resultados para la recolección de datos que serán organizados en base de datos para su posterior interpretación y análisis.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El instrumento es una ficha para recolectar información, por lo que no requiere de validación.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) **Plan de procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) **Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) **Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) **Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) **Plan de análisis**

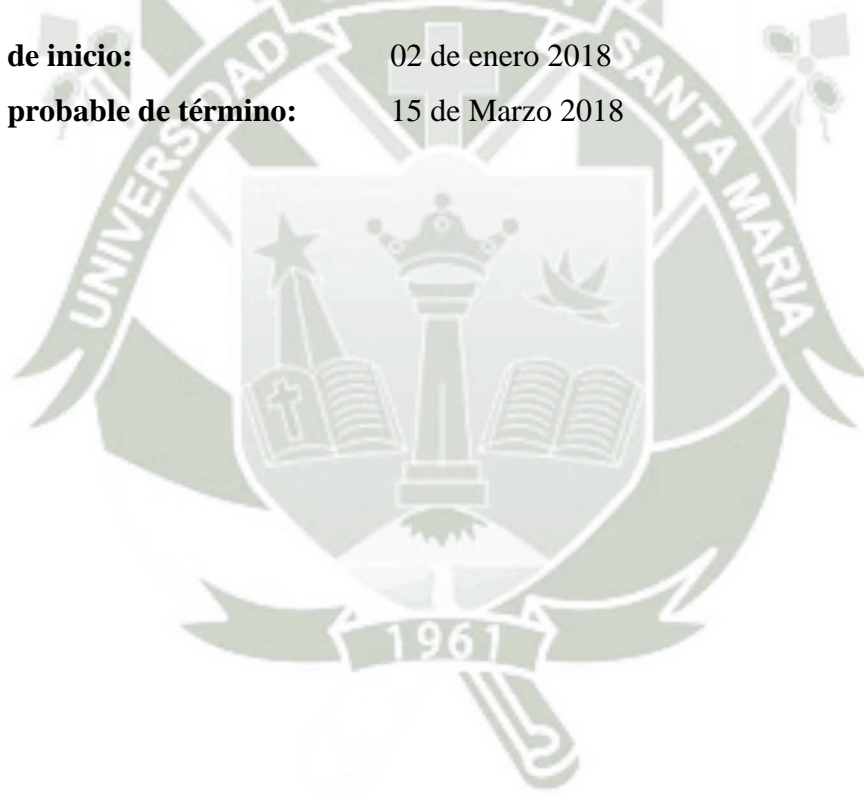
Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 18				Febrero 18				Marzo 18				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

Fecha de inicio: 02 de enero 2018

Fecha probable de término: 15 de Marzo 2018



V. Bibliografía Básica

- 1) MINSA. Boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002 – 2011. Oficina GENERAL de estadística e Informática. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2728.pdf>, con acceso el 10 Ene 2018.
- 2) Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in Incidence of Congenital Syphilis - United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015 Nov 13. 64:1241-5
- 3) Garza-Garza R, González-González SE, Ocampo-Candiani J. Manifestaciones cutáneas del VIH. *Gaceta Médica de México.* 2014;150(Supl 2):194-221
- 4) Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010 Dec 17. 59:1-110.
- 5) Galarza C., Mallqui M., Romero O. et al . Donovanosis En El Hospital Nacional Dos De Mayo.
- 6) Hook EW 3rd, Behets F, Van Damme K, Ravelomanana N, Leone P, Sena AC, et al. A phase III equivalence trial of azithromycin versus benzathine penicillin for treatment of early syphilis. *J Infect Dis.* 2010 Jun 1. 201(11):1729-35.
- 7) Beigi, Richard H. Lymphogranuloma Venereum. Beigi, Richard H. Sexually Transmitted Diseases. 1st ed. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, LTD; 2012. 49 - 52.
- 8) López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L, Moreno-Sánchez D, Lumbreras-Cabrera M, Barros-Aguado C, et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a re-emerging disease in developed countries. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014 Jan. 106(1):59-62.
- 9) Bermejo A, Gagliardi M, Olivares L, Mazzaroni S, Cohen G. Linfogranuloma venéreo, nuevas presentaciones: a propósito de un caso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2017; 45 (1): 59-63

- 10) Moreno Vázquez K, Ponce Olivera RM, Ubbelohde T. Chancroide (enfermedad de Ducrey). *Dermatol Rev Mex* 2014;58:33-39
- 11) Lewis DA. Epidemiology, clinical features, diagnosis and treatment of *Haemophilus ducreyi* - a disappearing pathogen?. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2014 Jun. 12(6):687-96.
- 12) Kemp M, Christensen JJ, Lautenschlager S, Vall-Mayans M, Moi H. European guideline for the management of chancroid, 2011. *Int J STD AIDS.* May 2011. 22:241 - 244.
- 13) Schiffer J, Corey L. Herpes Simplex Virus. Mandell GI, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases.* 8th ed. Pennsylvania: Elsevier; 2015. Vol 2: 1713-30.
- 14) Kimberlin DW, Rouse DJ. Clinical practice. Genital herpes. *N Engl J Med.* 2004 May 6. 350(19):1970-7.
- 15) Laxmisha C, Thappa DM, Jaisankar TJ. Clinical profile of molluscum contagiosum in children versus adults. *Dermatol Online J.* 2003 Dec. 9(5):1. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/308500hv>
- 16) Nguyen HP, Franz E, Stiegel KR, Hsu S, Tying SK. Treatment of molluscum contagiosum in adult, pediatric, and immunodeficient populations. *J Cutan Med Surg.* 2014 Sep-Oct. 18(5):299-306.
- 17) A. Reyes-López, C. Pérez Bolde Villarreal, V. Pastor-Martinez *Revista Mexicana de Urología*, 2015 March–April, 75(2) 72-81
- 18) J. Casanova-Seuma, J. Manel , M- Reyes ,M Llarden, R. Aguayo ,*Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, , 2017 August–September, 24(7) 405-413
- 19) Ancca Paye EP. Frecuencia de lesiones dermatológicas de los pacientes VIH positivos según edad, sexo, estadiaje clínico, del servicio ESNITSS del Hospital Goyeneche del 2007 al 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2015

- 20) Navazo Eguía AI, Rioja E, Echeverría C, Terán Muñoz D, Cordero Civantos C, Ibáñez Muñoz C. Manifestaciones orales de la sífilis. Caso clínico. Revista ORL, 2017; 8(4):253-257
- 21) O'Farrell N, Lazaro N. UK national guideline for the management of Chancroid, 2014. Int J STD AIDS. 2014;25:975-83
- 22) Patel R, Green J, Clarke E, Seneviratne K, Abbt N, Evans C, et al. 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. Int J STD AIDS. 2015;26:763-76
- 23) Kingston M, French P, Higgins S, McQuillan O, Sukthankar A, Stott C, et al. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. Int J STD AIDS. 2016;27:421-46.
- 24) Otero-Guerra L, Fernández-Blázquez A, Vazquez F. Rapid diagnosis of sexually transmitted infections Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed.), Volume 35, Issue 7, August-September 2017, Pages 444-450
- 25) Saavedra Albújar AC. Manifestaciones clínicas orales en pacientes VIH-SIDA en el servicio de infectología Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2014. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016
- 26) Carmona-Lorduy M, Porto-Puerta I, Lanfranch H, Medina-Carmona W, Werner L, Maturana S. Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas en tres servicios de estomatología en Sur América. Univ. Salud. 2018;20(1):82-88