

CURSO DE FORMACIÓN INICIAL
CUERPO DE ENFERMER@S DE IIPP 2022

Control y Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual en el medio penitenciario.

Ulpiano Tejerina Guzmán

Jefe de Servicio de Información Sanitaria

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria - SGIP



ITS

Bacterias, hongos, virus, protozoos, ectoparásitos.

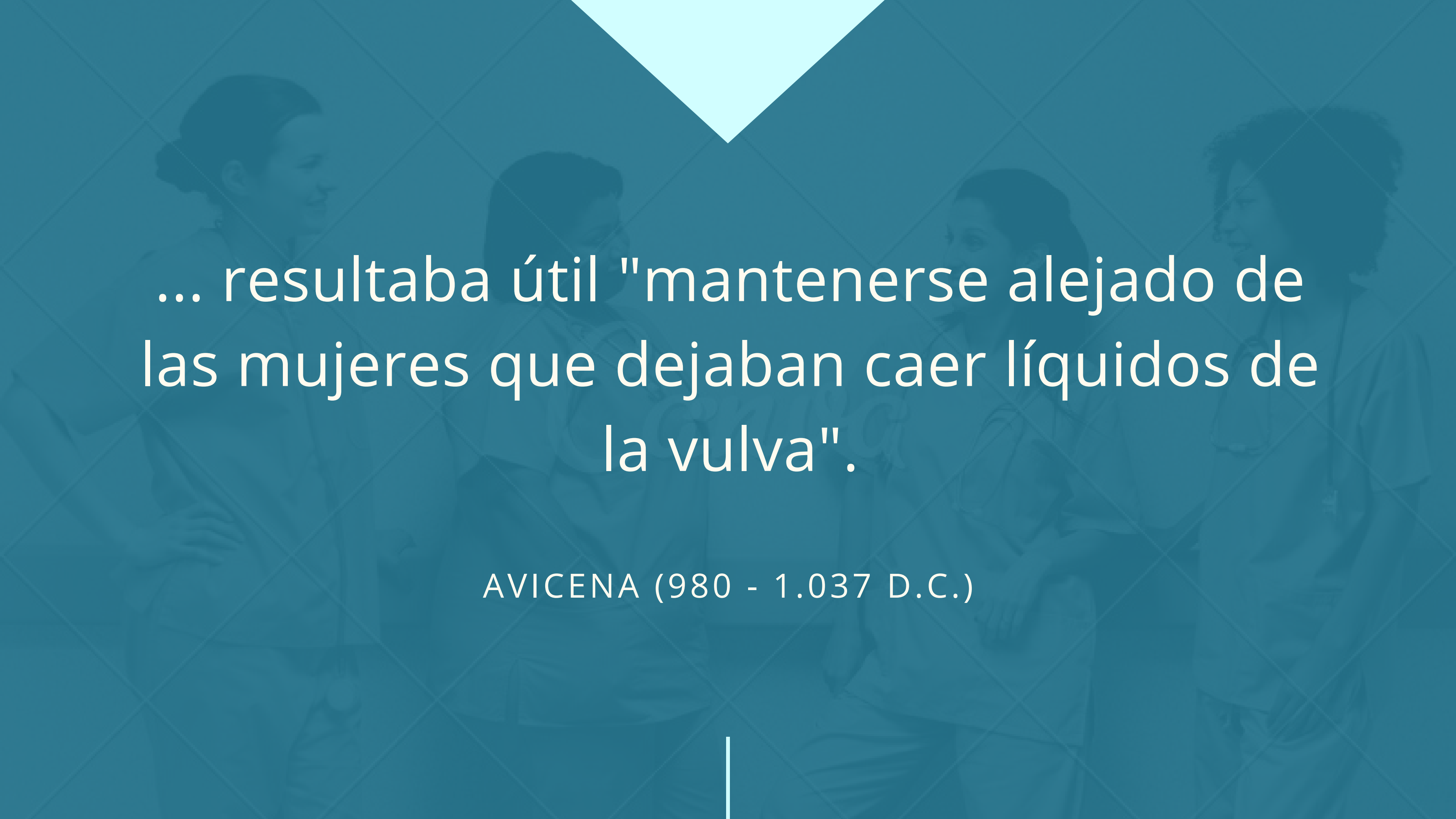
¿POR QUÉ SON UN PROBLEMA? **AUMENTO DE INCIDENCIA**

Cambios en la conducta sexual y reproductiva:

- 1ª relación sexual de inicio más temprano.
 - Promiscuidad.
- Cambios más frecuentes de pareja.
 - Métodos anticonceptivos:
BARRERA --> HORMONALES

1. Las ITS a lo largo de la HISTORIA.





... resultaba útil "mantenerse alejado de las mujeres que dejaban caer líquidos de la vulva".

AVICENA (980 - 1.037 D.C.)

Cronología:

GONORREA

HACE 4.500 AÑOS

Trados escritos durante
el reinado del emperador
chino Ho-Ang-Ti

SÍFILIS

2.500 - 2.200 A.C.

Código de Hammurabi
Benú: Enfermedad
parecida a la sífilis.

VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

Griegos y Romanos
Verrugas genitales.
Hasta 1/2 s.XX clínica
producida por sífilis y
gonorrea.

Descubrimientos

NEISSERIA GONORRHOAE
GONORREA.

Dr. Neisser

TREPONEMA PALLIDUM
SÍFILIS.

Clínica Charité de Berlín. Schaudinn y Hoffman

VIRÚS DE LA HEPATITIS B
ANTÍGENOS DE AUSTRALIA - ANTÍGENO DE SUPERFICIE.

Blumberg (1.965)

VIH - SIDA

5 DE JUNIO DE 1981

CDC Los Ángeles

(Center Disease Control)

***Pneumocystis Carini y
Déficit de inmunidad celular***

¿Causante el popper?

...1981 CALIFORNIA Y NY

Crecimiento anormal del Sarcoma de Kaposi de evolución rápida en jóvenes.

3 DE JULIO DE 1981

41 homosexuales - Transmisión Sexual
Cáncer Gay, Peste Gay, Neumonía Gay.

DISMINUYE LA INMUNIDAD
CELULAR > ENF. OPORTUNISTAS

Presentations are communication tools.

1982 GALLO Y MONTAGNIER

ELISA Y Western blot

De mono (mangabey) a Hombre.



Surgimiento de la Sanidad Penitenciaria.

VIH + Drogodependencias (ADVP)

Definición ITS

ITS INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL

Origen infeccioso: Transmisión sexual principal vía de contagio (no la única).
Periodo ASINTOMÁTICO: La transmisión sigue siendo posible.

INFECCIÓN VS ENFERMEDAD

I: Un agente (el que sea) está presente en el organismo sin causar síntomas.
E: Implica la aparición de síntomas

ITR: INFECCIONES TRACTO REPRODUCTIVO

Endógenas, transmisión sexual, iatrogénicas.

NO PRODUCEN INMUNIDAD. COIFECCIÓN (VIH-VHC). SÍNTOMAS LOCALES.

Exceptuando las Hepatitis Virales.

VIH EN PRISIONES. 2017

5,1% de la población reclusa. En tto. un 88,2% de los infectados y aumentando

VHC EN PRISIONES. 2017

16,7% del total, un 9% con carga viral

VIH + VHC. 2016

El 85,8% de los VIH positivos tenían marcadores de VHC

GRAN LABOR DE LA ENFERMERÍA EN COTROL Y TRATAMIENTOS.

Analíticas, control de la administración, valoración de E2os.

El RIESGO en las ITS

"CUALQUIER RASGO, CARACTERÍSTICA O EXPOSICIÓN (...) QUE AUMENTE LA PROBABILIDAD DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD O LESIÓN".

- **Marcadores:** características no modificables.
- **Factores de Riesgo:** Sí que se pueden modificar.

Jenicek y Cleroux 1982

FACTORES de Riesgo ITS



CONDUCTAS SEXUALES:

Nº de parejas.
Diferentes parejas últimos 3 m
Sin protección de barrera
Anticoncepción hormonal
Sexo anal
Juguetes y rel sex en
menstruación

RIESGOS PERSONALES

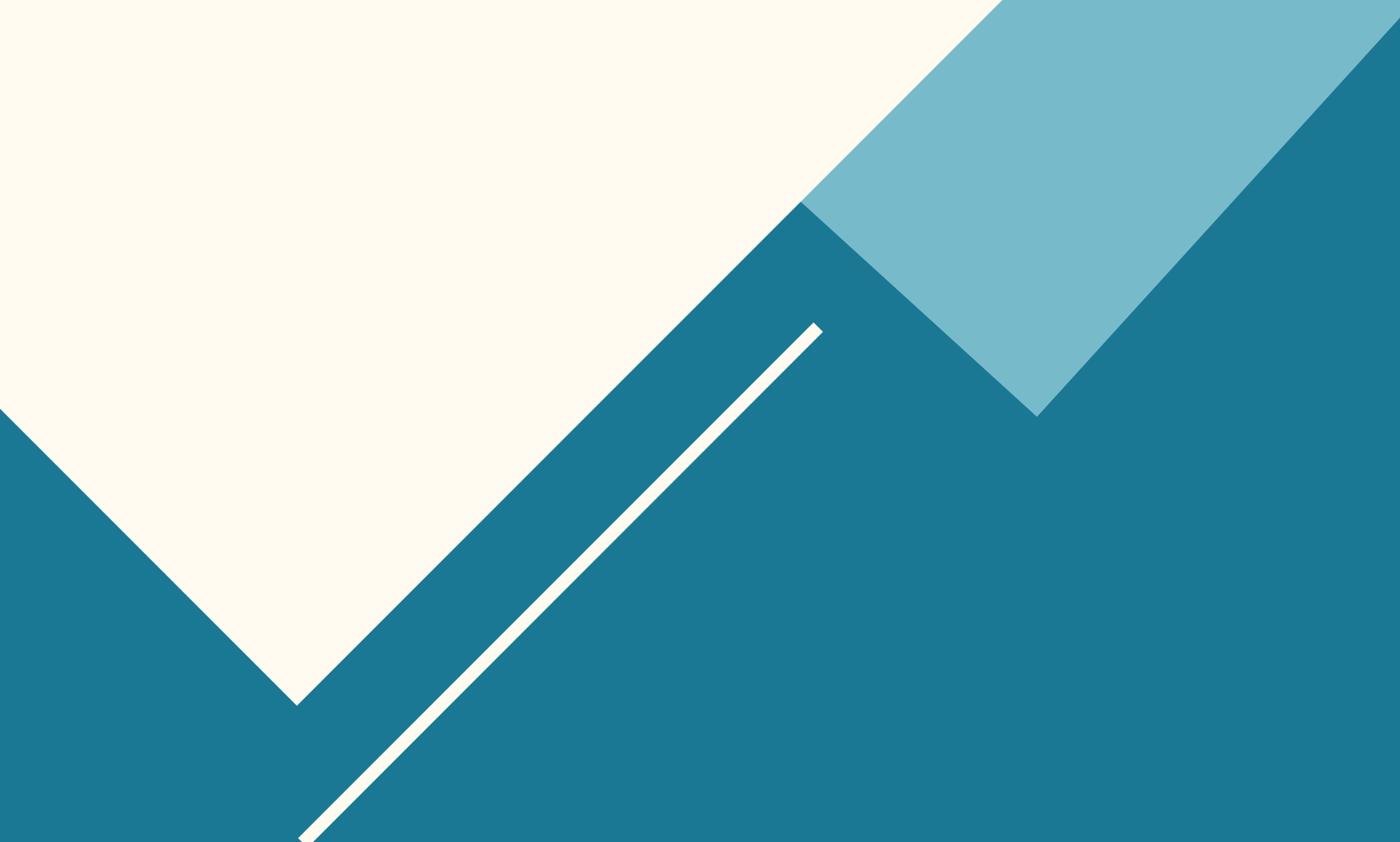
ITS - VIH inmunosupresión
Tatuajes, pendientes...
Alcoholismo / Drogas
Prostitución.
Violencia y maltrato

CAUSAS SOCIALES

Ritos y costumbres
Religión: protector vs riesgo
Circuncisión
Matrimonio en niñas.
Pobreza extrema.

PAREJA SEXUAL

Relaciones con otras
Alguna ITS
Uso de drogas -OH
HSH



Falsos mitos y creencias erróneas.

ESA PERSONA ES "LIMPIA".

Mujeres con hijos, jóvenes, clase social alta.

TOMA PRE Y POST

De medicamentos antimicrobianos como en el caso de la malaria.

LAVASE, ORINAR...

...después del acto como método de protección contra las ITS.

CIRCUNCISIÓN

En algunos países se cree que protege de cualquier ITS incluso VIH.

GRUPOS de riesgo.

PROSTITUCIÓN:

Mujeres, hombres, transexuales y
clientes.

POBLACIONES MÓVILES:

Camioneros, pescadores, marineros,
trabajadores migratorios.
> Múltiples parejas

HOMSEXUALES Y BISEXUALES:

Sexo anal sin protección.

PERSONAS RECLUIDAS EN CÁCELES:



CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ITS

INFORMAR, ACLARAR DUDAS, PREVENCIÓN

¿Qué nos preguntan?

¿Cuál es nuestra misión en AP respecto ITS?

¿Cómo hablar si...?

HSH

¿De qué se quejan los pacientes?

Algunos recursos comunicativos



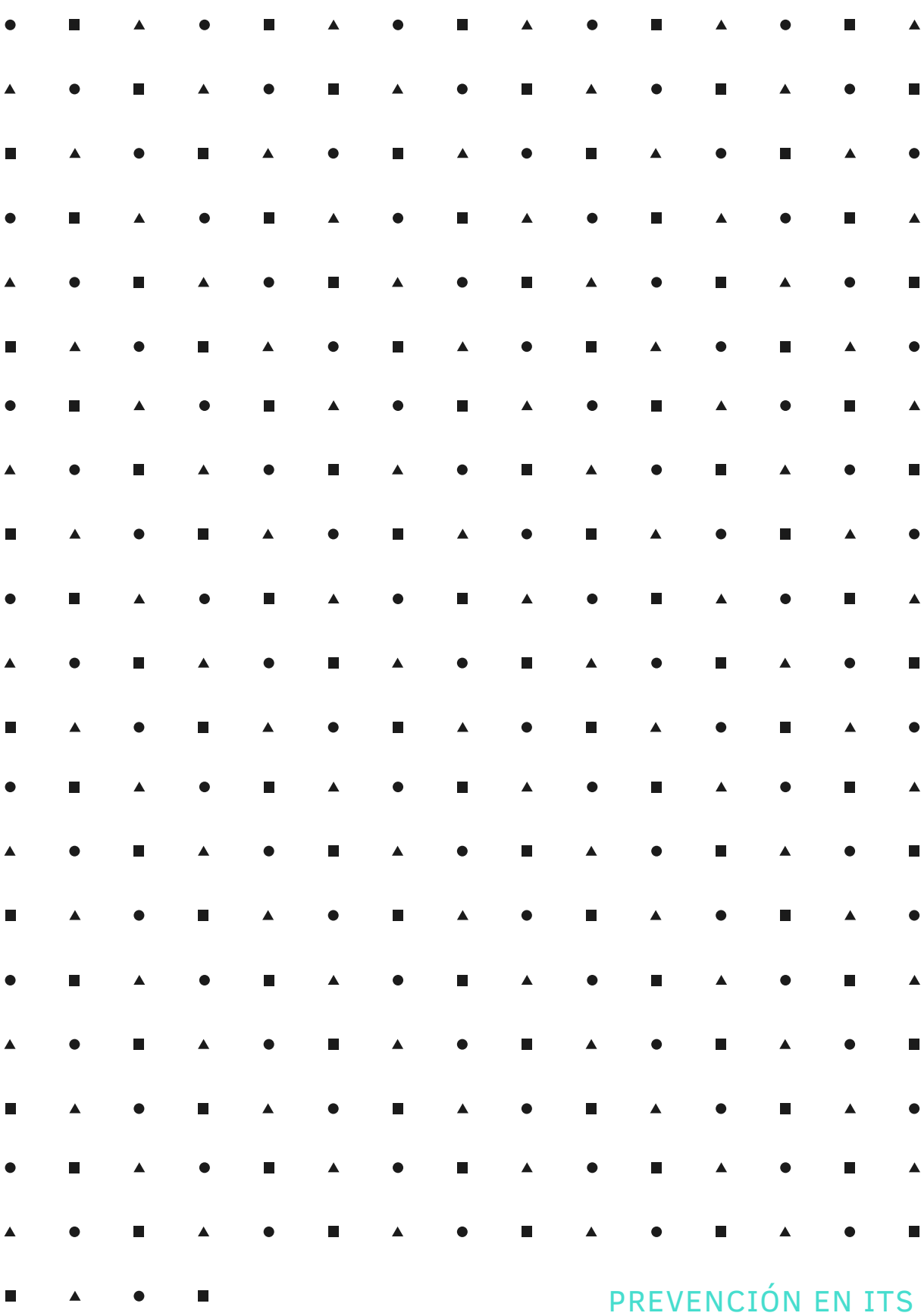
PREVENCIÓN en las ITS

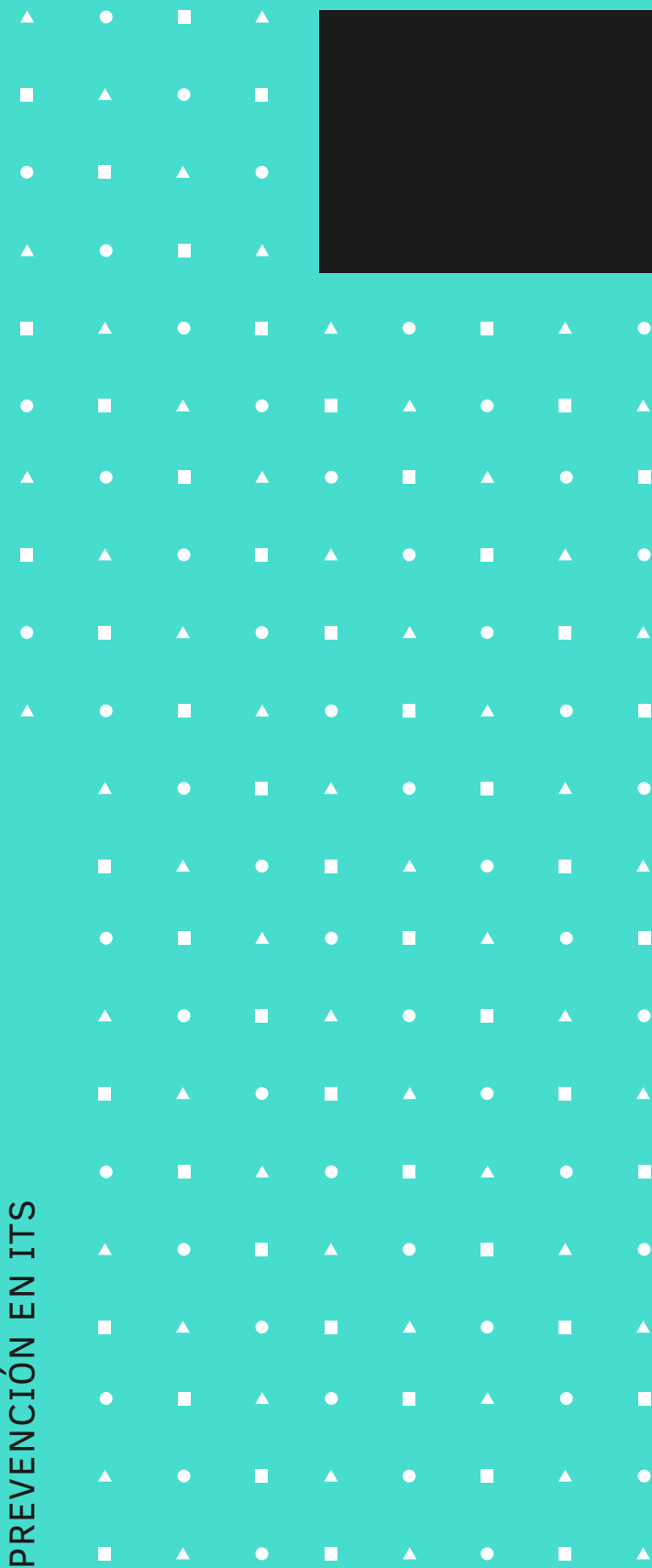
Protección de la salud.

- Control sanitario del medio. Contaminación física, química o biológica.
- Control de la contaminación (agua, aire y suelo).
- Vigilancia y control de los alimentos.
- Diferentes disciplinas.

Promoción de la salud.

- Fomento y Defensa de la Salud.
- Fomentar la salud de un individuo y de la población promoviendo estilos de vida. Información, programas educativos...





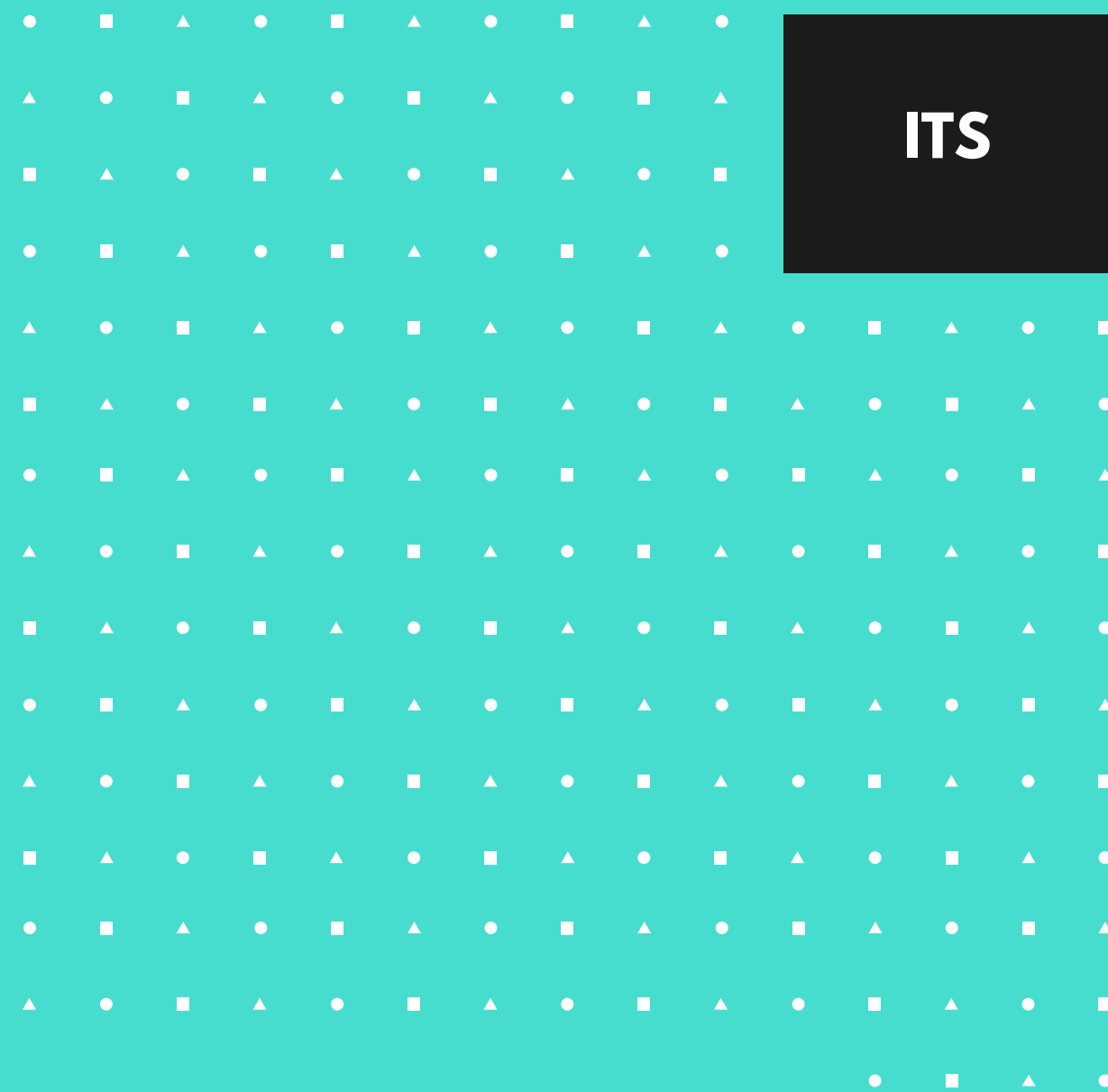
Prevención

- Reducir la incidencia en enfermedades específicas.
Mediante intervenciones concretas y puntuales.
- "...cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión".
Canadian Task Force on Periodic Health Examination 1979
No solo prevenir la aparición de la enfermedad, sino también detener su curso, o guiarla hacía la curación.
 - Leavell y Clarck: PREPATOGÉNICO, PATOGÉNICO y de RESULTADO.

Prevención 1ª:

Evitar la infección

Promoviendo conductas sexuales más seguras.



EVITAR LA EXPOSICIÓN: A,B,C.

"ABSTINENCE", "BE FAITHFUL", CONDOM

- No convence.
- Monogamia en serie.
- ¿No tener sexo?

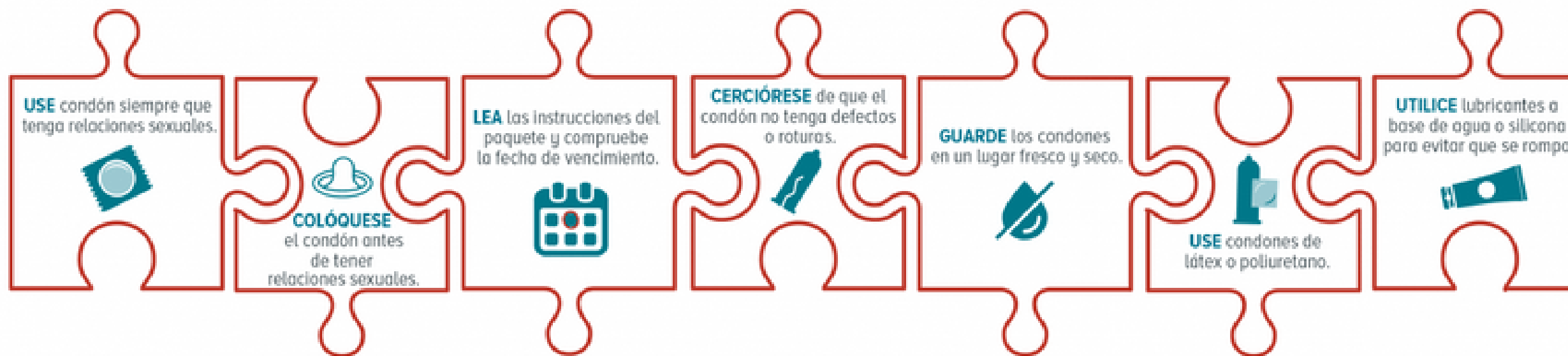
Propagar una conducta sexual más segura:

- Retraso en la edad de inicio.
- Reducción de número de parejas sexuales.
- Fomento de prácticas sexuales sin penetración.
- Penetración con preservativos: vaginal, oral, anal.

Temas de información:

- Mecanismos de transmisión.
- Conductas sexuales con mayor riesgo.
- Medidas preventivas.
- Muchas ITS pueden ser tratadas y curadas. Tto temprano.
- Signos y síntomas: Desapercibidos y cuales se manifiestan.
- Documentación: infografías y folletos.
- Secreto profesional.

El modo correcto de usar el condón masculino



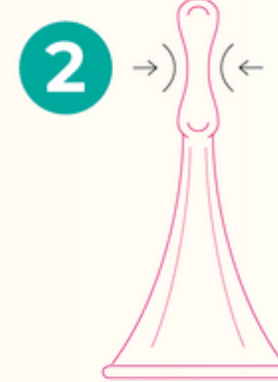
El preservativo femenino

¿Cómo se utiliza?



1

Coloque siempre el condón antes de una penetración. Verifique que no esté dañado o caducado. Póngase en una posición cómoda para colocarlo.



2

Sostenga el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Apriete el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo corazón. Sostenga el dedo índice entre el pulgar y el corazón mientras continúa apretando el anillo interno del condón.

3



Sosteniendo aún el condón con los tres dedos de una mano, separe con la otra mano los labios de la vagina. Coloque el condón en la entrada del canal vaginal y suéltelo.



4

Ahora con el dedo índice dentro del condón empuje el anillo interno dentro de la vagina hasta pasar por el hueso púbico. Unos 2 o 3 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera de él.



5

Para sacar el condón, presione y dé vuelta el anillo externo, para mantener el semen en el interior de la funda. Sáquelo con cuidado y arrójelo en la basura, no en el inodoro del baño. Utilice un condón nuevo con cada relación sexual, recuerda que el condón contiene un solo uso.

Un mensaje de:

#VisibilidadLésbica

Síguenos en:



MOVILH
mujer

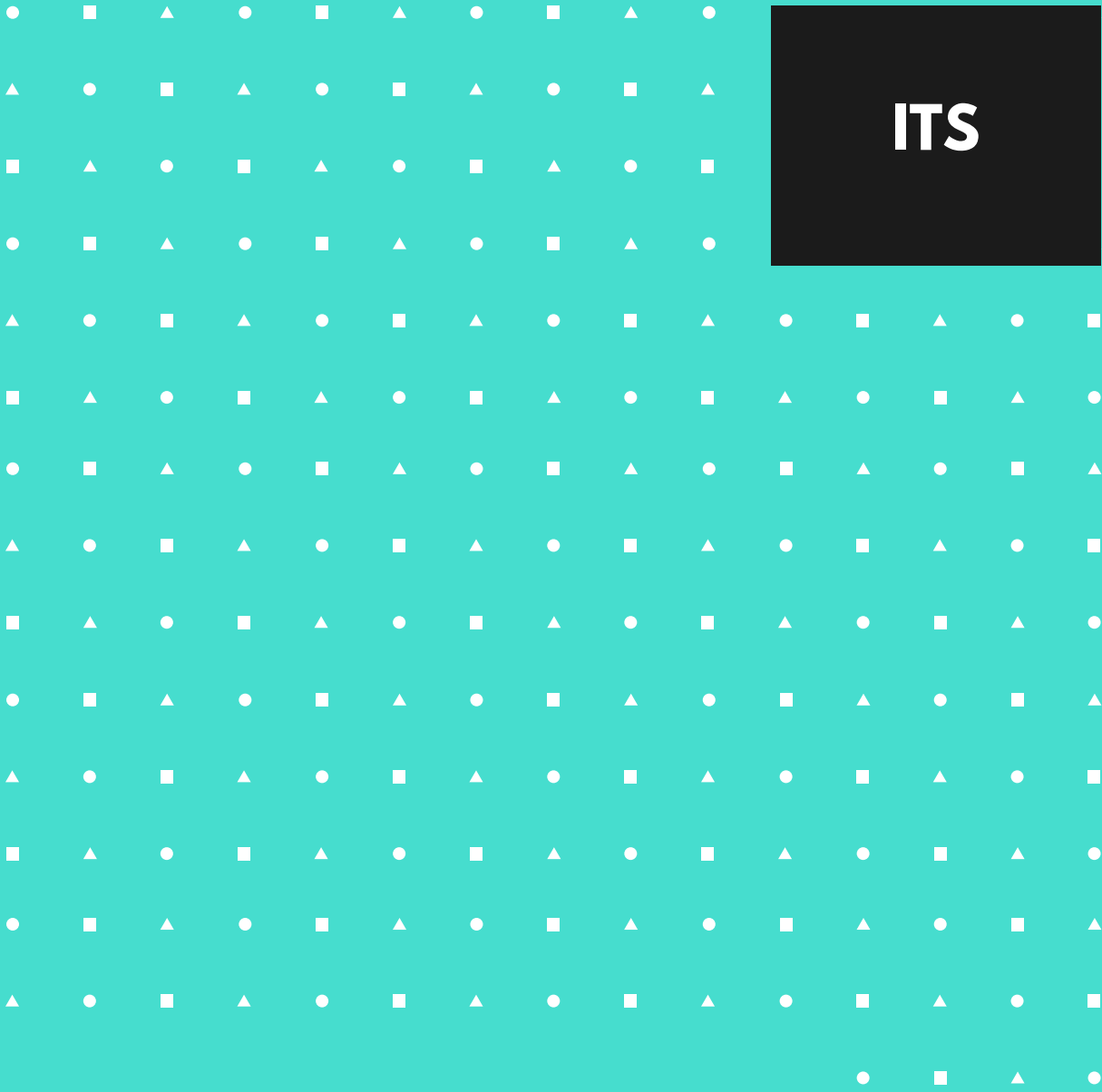
Con el apoyo de:



Prevención

2ª y 3ª:

Mejorar la calidad asistencial.

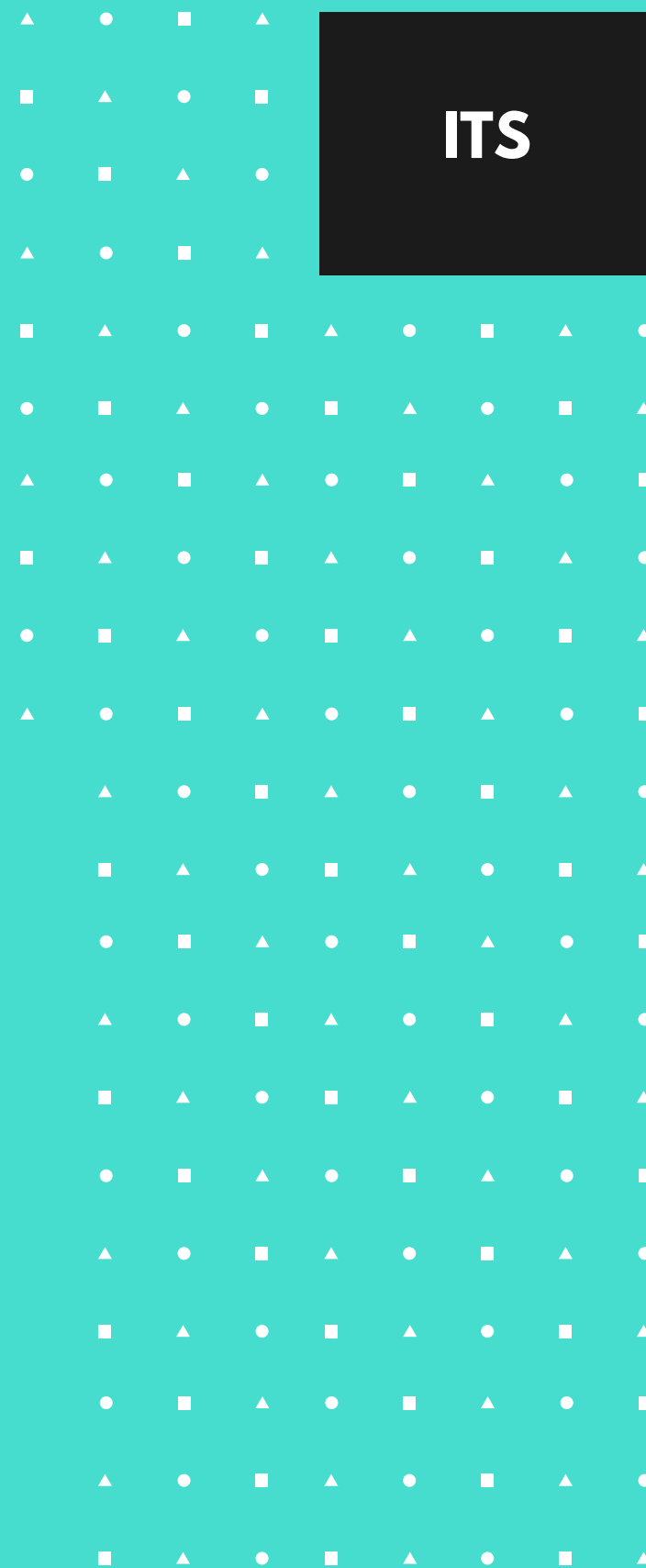


Prevención SECUNDARIA:

- Diagnóstico y tratamiento precoz.
- Programas de Cribado.
- Obj: REDUCIR LA PREVALENCIA de la enfermedad.

Prevención Terciaria:

- Enfermedad crónica con lesiones irreversibles.
- Retrasar el curso de la enfermedad y atenuar lesiones.
- Rehabilitación y reinserción.



Prevención 2ª y 3ª



CONSULTAS:

- Mayor disponibilidad de consultas en las que no se estigmatice ni se discrimine.
- Ofertar una atención de calidad.
- Fármacos efectivos de última generación.



PROGRAMA DE LA MUJER.

Desde el punto de vista de las ITS y Materno - Infantil.
Notificación a compañeros/as sexuales y tratamiento inmediato.

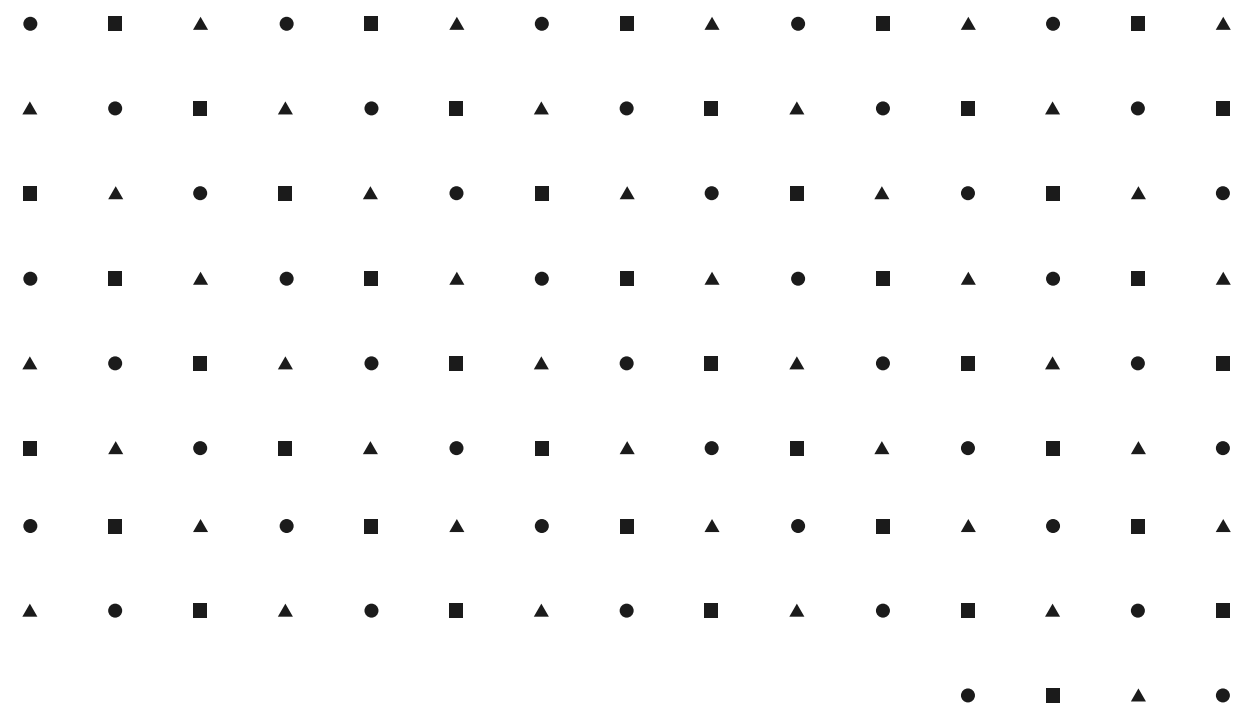


EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO.

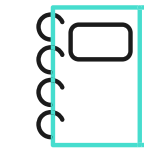
Grupos específicos de riesgo.
Apoyo y consejo a los casos confirmados y búsqueda de otras enfermedades concomitantes.

EpS

Afectivo - Sexual



Respetar y proteger los derechos sexuales de todas las personas.



Aprendan a conocerse, aceptarse y expresar su erótica de modo feliz.



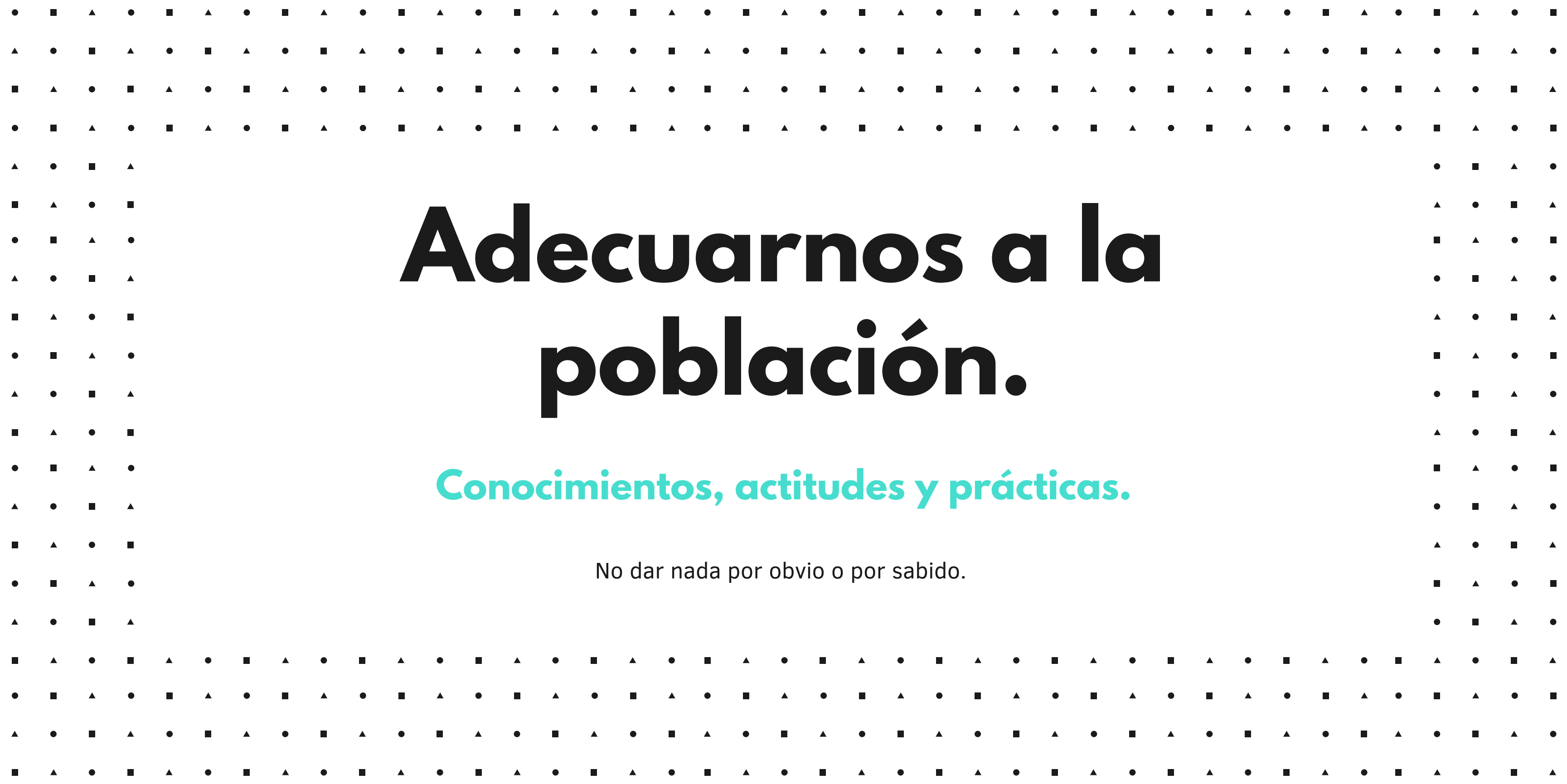
Que se relacionen de forma adecuada siendo capaces de expresar sus deseos.



Es vital para evitar embarazos no deseados y la transmisión de las ITS.



Estado de bienestar físico, emocional, mental y social.



Adecuarnos a la población.

Conocimientos, actitudes y prácticas.

No dar nada por obvio o por sabido.

**“...los factores individuales (biológicos, psicológicos y sociales) y las experiencias relacionadas con la salud, tanto negativas como positivas, afectan de forma directa a la probabilidad de adquirir un hábito saludable.”
(Nola J. Pender 1982)**

“para que las personas cambien la forma en que se comportan, deben cambiar la forma en que piensan”.

Se pretende es que la persona exprese, reflexione sobre y analice su situación actual y disponga de información y de recursos suficientes para, si lo considera, promover cambios en su dinámica diaria instaurando hábitos de vida más saludables.

Breve recorrido por **CLASIFICACIÓN** de las ITS.

Clasificación ITS



BACTERIANAS

Sífilis,
Gonorrea.
Chlamydia.
Ureaplasma
Chancro blando.
Granuloma inguinal



VIRALES

Herpes genital
VPH
Molluscum
VIH
Hepatitis



MICÓTICAS

Cándidas



PROTOZOARIAS Y PARASITARIAS

Trichomonas

Escabiosis.
Pediculosis Pubis.

GONORREA:

Neisseria Gonorrhoeae

Uretra, cervix, otros.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Descarga uretral purulenta abundante, inflamación de testículos.
Disuria, incontinencia urinaria, secrección purulenta vaginal. EPI.
En mujeres 80% asintomática.

EMBARAZO:

Aborto séptico en cualquier etapa.
Primera causa de ceguera infantil.

DIAGNÓSTICO

Tinción Gram en hombres asintimáticos + cultivo S/P.
Pruebas moleculares.

TRATAMIENTO:

Muy resistente a la Penicilina 95%
Ceftriaxona + Doxicilina.

Sífilis:

*Treponema
Pallidum*



TRANSMISIÓN

Sexual directa y Vertical
Estadio I, II y latencia
Piel lesiones, v. linfáticos y
vasos sanguíneos.

S. PRIMARIA

2 - 6 sem: **CHANCRO**
Pene y labios mayores.
Indurado, Ex. grisáceo.
Desaparece a las 4 sem.
50% > 2ª, 50% latente.

S. SECUNDARIA

A los 2m del Chancro.
+ florido, + r.contagio.
Roseola sifilítica
Sint. general e inespecífica.
2-12 sem desaparece
quedando latente.

S. TERCIARIA

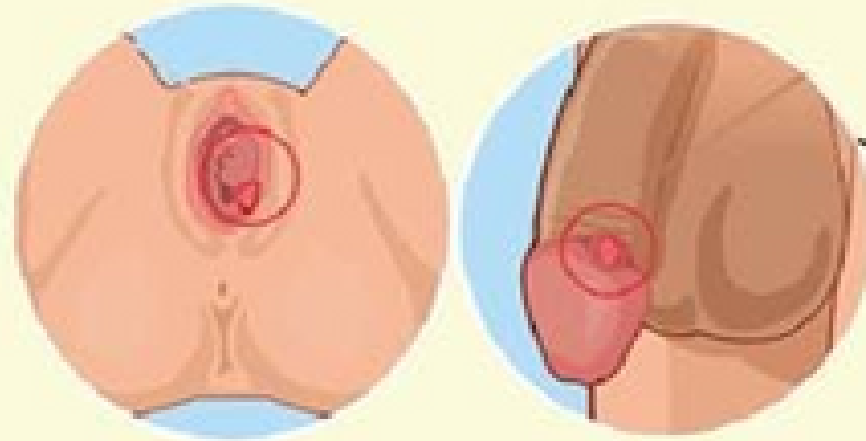
De 3a a 10a se desarrolla
hasta un 40% no ttdas.
Contagio mínimo.
Afectación de órganos del
cuerpo: Dolor óseo,
aneurismas, meningitis...

HOY APRENDÍ

SÍFILIS PRIMARIA

(después de 48 hrs.)

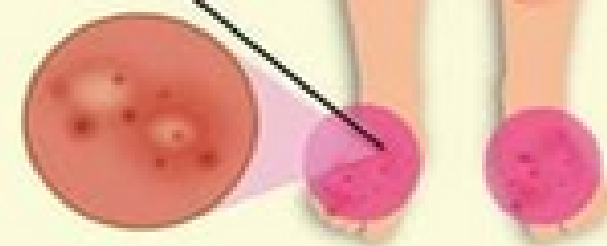
Erupción (chancro) en los genitales.



SÍFILIS SECUNDARIA

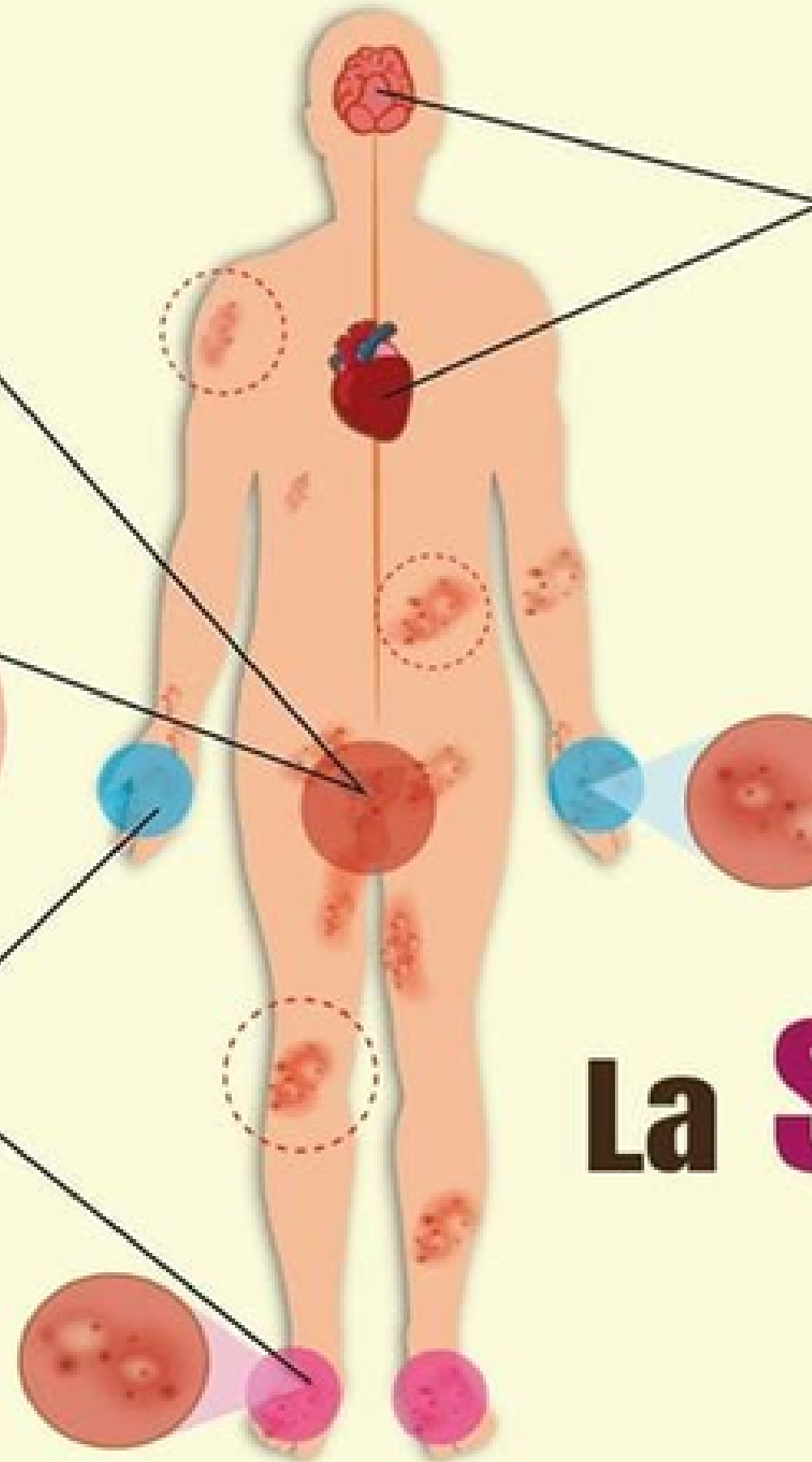
(después de 8 sem.)

Erupciones en varias partes del cuerpo, principalmente en las manos y pies.



SÍFILIS TERCIARIA (1 - 20 años)

Diseminación a otros órganos tales como el corazón y el cerebro.



SÍFILIS LATENTE

(fase asintomática)

No hay síntomas pero tiene una muestra de sangre positiva para la enfermedad.



La **SÍFILIS** y sus **ETAPAS**



DIAGNÓSTICO:

- Dco. **DIRECTO:**

Observación directa de las espiroquetas por diferentes técnicas.
Campo oscuro, inmunoluminiscencia, inmunoperoxidasas.

- Dco. **INDIRECTO:**

Anticuerpos específicos e inespecíficos.

TRATAMIENTO:

En **CUALQUIER ESTADÍO:**

PENICILINA i.v, i.m

A las 24h posible Reacción de Jarisch-Herxheimer: fiebre alta, con cefaleas, mialgias y muy mal estado general.
AAS + reposo.

TTO. Pareja Sexual:

Tto. de PRESUNCIÓN sobretodo si se ha contraído en el último año.

Sífilis Congénita

DESPISTAJE EMBARAZO:

- En el 1er trimestre y 3º (poblaciones de riesgo).
- Riesgo 1º y 2º trimestre. Vía Transplacentaria.
- TTO: Penicilina.
- Abortos tardíos, fetos muertos, secuelas en RN.

EN EL FETO:

TEMPRANA:

Bajo peso al nacer, lesiones mucocutáneas presentes en el 15-60% de los recién nacidos infectados, anomalías óseas, rinitis, alteraciones viscerales y hematológicas.

TARDÍA:

frente abombado, nariz en silla de montar, mandíbula protuberante, dientes de Hutchinson (molares con muescas e incisión central), tibias en sable, queratitis parenquimatosa, sordera y afectación visceral.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Agente más Prevalente

PROVOCA COMPLICACIONES FRECUENTES, SIENDO LA PRIMERA CAUSA DE CEGUERA EN EL MUNDO, EN LAS MUJERES Y HOMBRRES PUEDEN PROVOCAR ESTERILIDAD Y GENERAN PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA.

Fases

- Tras un periodo de incubación de 1 a 4 semanas, las manifestaciones de esta enfermedad se caracterizan por 3 fases:
- **Primera fase:** aparece una lesión (como una vesícula no dolorosa) en la zona genital (prepucio, glande o escroto) que se transforma en una úlcera. Esta lesión se cura sin secuelas o cicatriz y en muchas ocasiones puede pasar desapercibida. En **pacientes homosexuales pueden aparecer lesiones en la zona ano-rectal (dolor, ulceración, sangrado)**.
- **Segunda fase:** de **2 a 6 semanas** tras la aparición de la lesión inicial aparece una inflamación de los ganglios de la zona, que se manifiesta como dolor, hinchazón e incluso supuración.
- **Tercera fase (síndrome ano-genital-rectal):** pueden aparecer manifestaciones a nivel ano rectal en forma de ulceraciones, fístulas y abscesos en esa zona.

15

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV):

Enfermedad de Nicolás-Favre.

Frecuente en países tropicales, muy rara en Europa hasta 2003

TRACOMA

- Infección ocular.
- Aparecen granulaciones en el interior de los párpados, **hipertrofia e inflamación sobretodo del párpado superior**, vascularización superficial de la córnea y úlceras con cicatrices en la conjuntiva del ojo, lo que puede hacer que las pestañas se vuelvan hacia el interior produciendo **entropión o triquiasis**.
- En formas graves puede llegar a la **ceguera**.

CHLAMIDIA THRACHOMATIS

EMBARAZADA Y RN

8.1% mujeres gestantes
Parto pretérmino
RN: neumonía,
conjuntivitis neonatal,
rinitis, otitis, vaginitis y
rinofaringitis.

DIAGNÓSTICO

Cultivo
ELISA, Western Blot o
detección del ADN
bacteriano

TRATAMIENTO

Doxiciclina y a las
gestantes con
eritromicina.

Otras ITS Bacterianas.

UREAPLASMA UREALYTICUM Y MYCOPLASMA HOMINIS.

Baja patogenicidad, el 70% de las personas activas sexualmente están infectadas por ellas.

CHANCRO BLANDO.

Haemophilus Ducrey.

Muy frecuente la coinfección con el VIH, la sífilis y el herpes.

Úlceras muy dolorosas, con base necrótica.

No se disemina a nivel general.

Ceftriaxona o macrólidos

GRANULOMA INGUINAL.

Donovanosis: *Cuerpos de Donovan: Vacuolas llenas de microorganismos que se liberan al romperse la célula.*

Pápula que puede evolucionar a la extensión de una úlcera profunda, indolora pudiendo dejar cicatriz, y puede recidivar.

Localización: pene o la vulva, ingles y flexuras.

Doxicilina.

Herpes Genital:

VHS I (20%), VHS II (80%)

Infección crónica: Se almacena en los neurogánglios hasta el brote.

Úlceras herpéticas + fiebre, dolor de cabeza, mialgias, etc.

Ningún tratamiento es capaz de erradicarlo, las recidivas cursan con sintomatología más leve.

EMBARAZO Y RN:

25% abortos, malformaciones fetales o muertes fetales.

Desaconsejada la vía vaginal > cesárea programada una semana antes de la FPP.

DIAGNÓSTICO:

Clínica y Cultivo

TRATAMIENTO:

ACICLOVIR vía oral

VPH

Virus Papiloma Humano.

CONTACTO SEXUAL CON PIEL GENITAL, MUCOSAS O LÍQUIDOS CORPORALES DE UNA PAREJA CON LESIONES VERRUCOSAS, INFECCIÓN SUBCLÍNICA, O POR MEDIO DE UN EPITELIO GENITAL LESIONADO

Epitelio del tracto genital bajo (como vagina, vulva, cuello uterino y ano), oral y nasal.

El 90 % no presenta síntomas.

- Asociación entre VPH y cáncer de cérvix.
- Verrugas genitales y lesiones precancerosas evolucionen a estados cancerosos suelen transcurrir 10 años.

CURACIÓN ESPONTÁNEA DE 6 A 18 MESES.

Nitrógeno líquido, podofilina, interferón tópico, conización.

Diagnóstico:

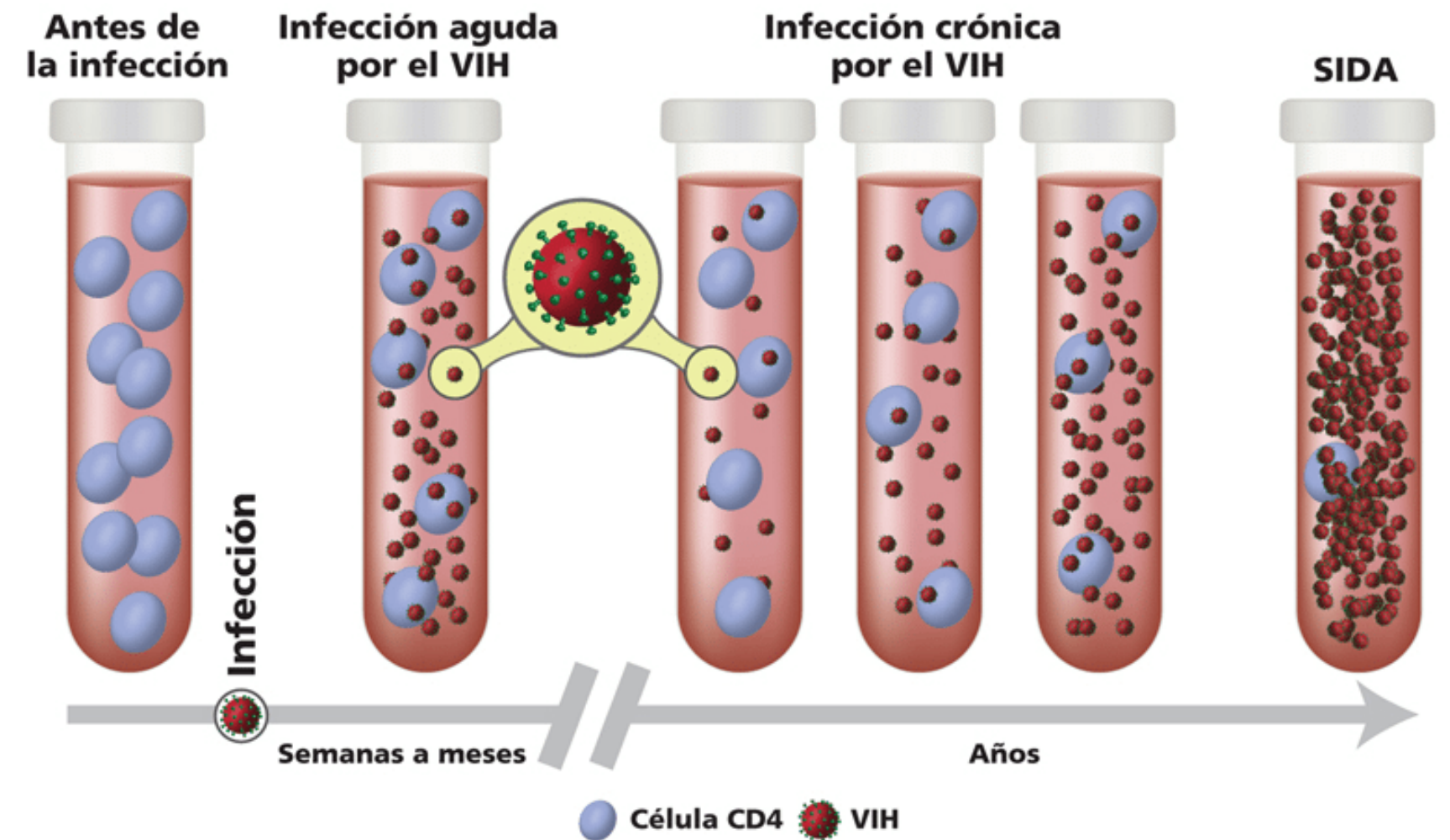
Detección de **ADN**.

VIH

Virus Inmunodeficiencia Humana

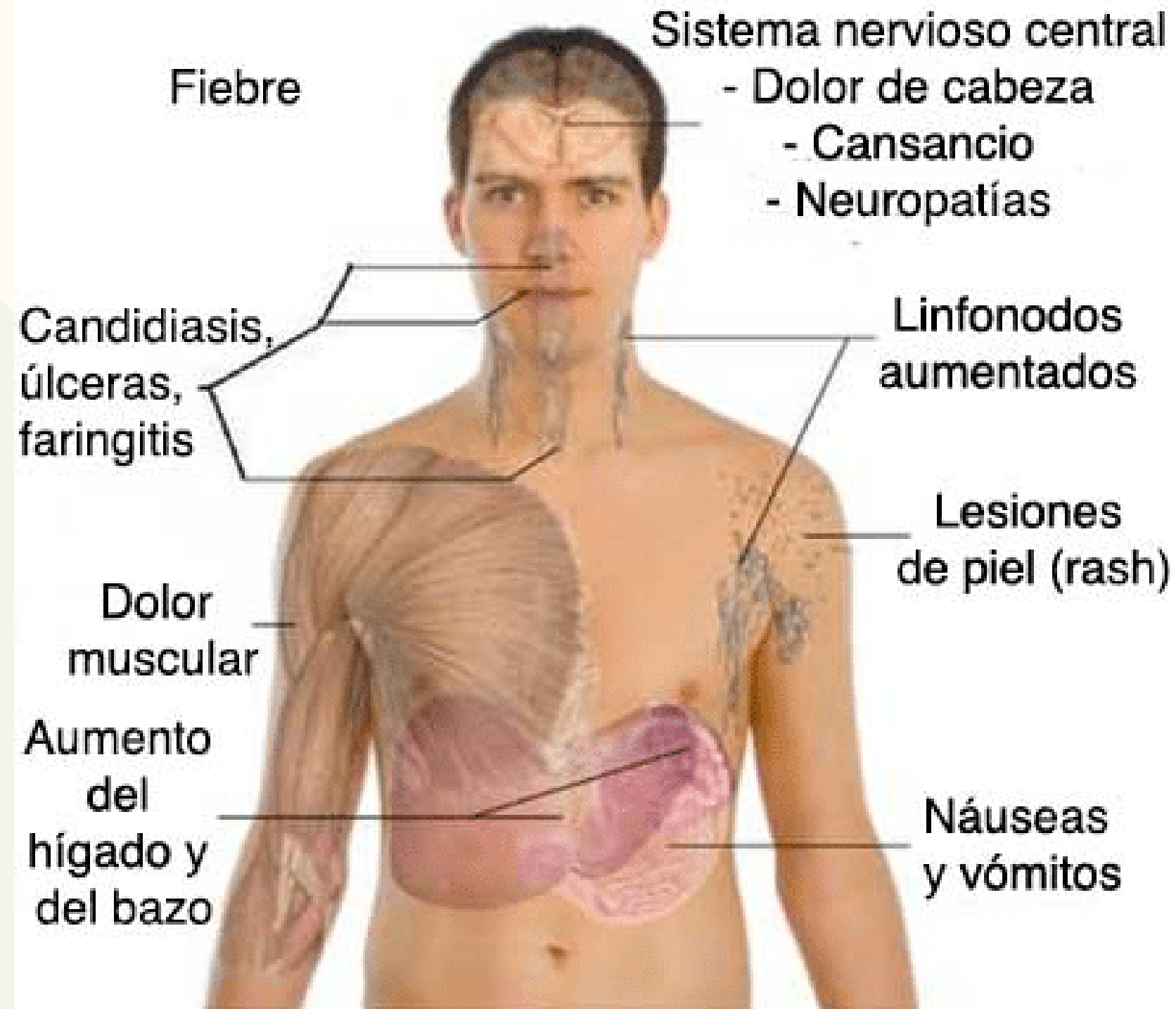


Evolución de la infección por el VIH



SIDA

SÍNTOMAS DE LA INFECCIÓN AGUDA POR EL VIH



Los efectos del sida en el organismo

Sistema nervioso

Cuando la infección avanza, pueden aparecer problemas de visión e incluso parálisis.

Piel

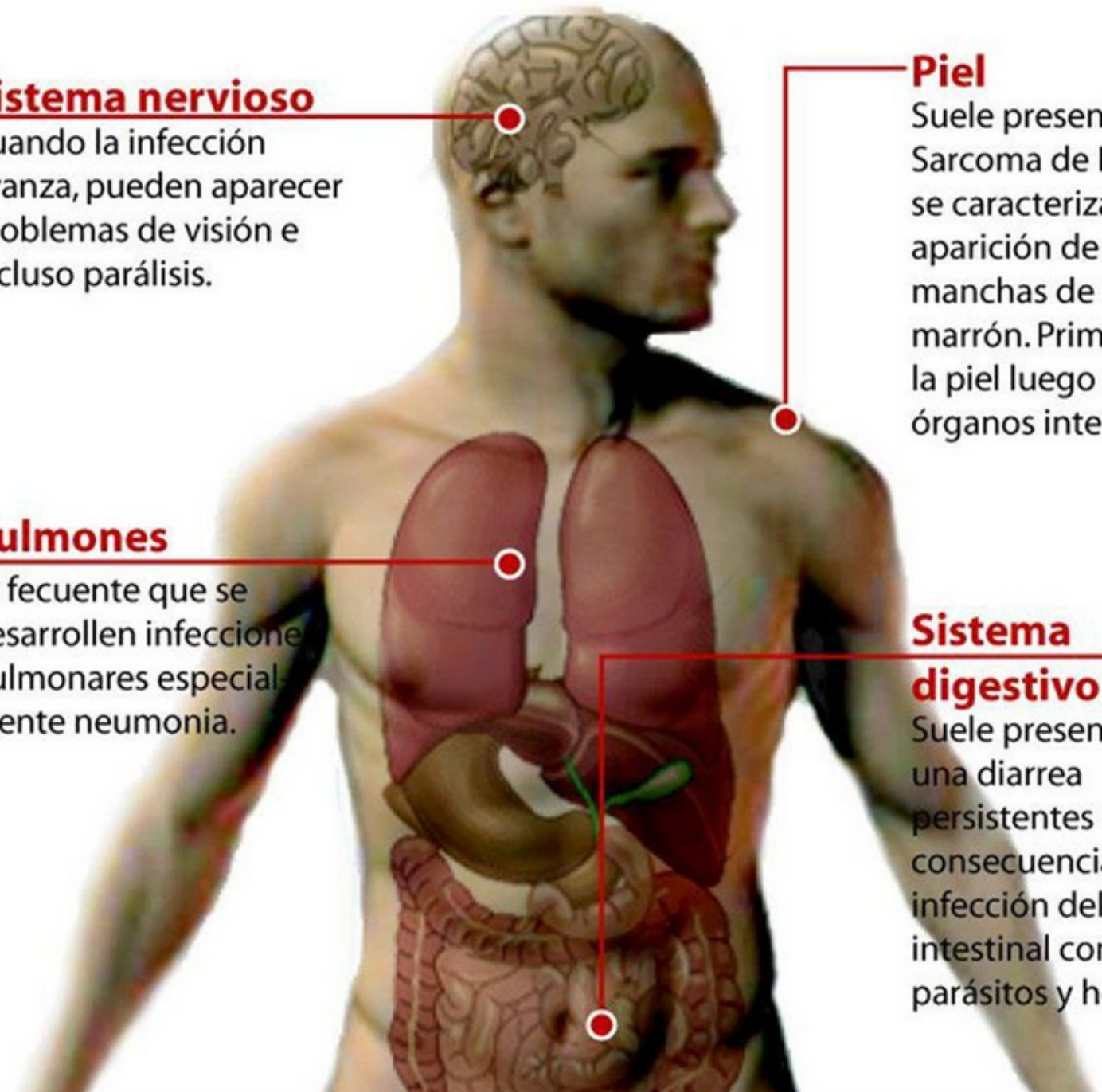
Suele presentarse el Sarcoma de Kaposi, se caracteriza por la aparición de manchas de color marrón. Primero en la piel luego en los órganos internos.

Pulmones

Es frecuente que se desarrollen infecciones pulmonares especialmente neumonía.

Sistema digestivo

Suele presentarse una diarrea persistentes como consecuencia de la infección del tracto intestinal con parásitos y hongos.



VIH y Embarazo

TRANSMISIÓN VERTICAL

Días previos o durante parto.
Lactancia Materna 40%

CRIVADO

1er y 3er trimestre
(+) CV + CD4

Descartar otras infecciones
TTO con ARV: **Zidovudina**
*consigue reducir al mínimo la
carga viral y tener unas tasas muy
bajas de contagio vertical.*

PARTO

<1000 copias: Cesarea
programada + TARV
>1000 copias sin beneficio.

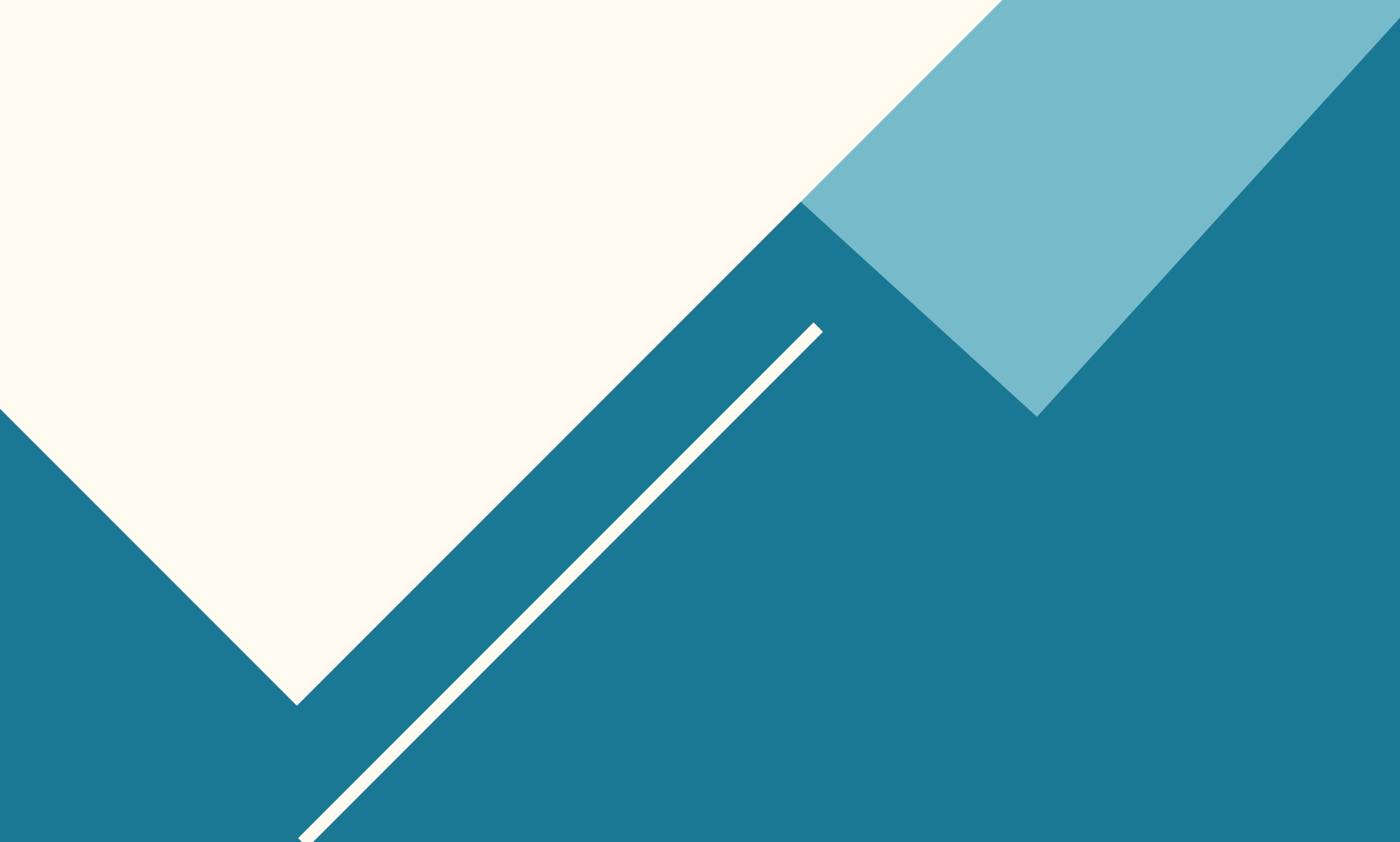


TRATAMIENTO VIH

CUADRO COMPARATIVO HEPATITIS A, B Y C

	¿Cómo se transmite?	¿Cuáles son los síntomas?	¿Cómo se previene?
HEPATITIS A	Al ingerir alimentos o agua contaminada. Y por contacto cercano con una persona infectada.	Fiebre, náuseas, vómitos, pérdida del apetito y cansancio. Dolor en el hígado, piel u ojos amarillos (ictericia), orina oscura y heces blanquecinas. Puede no presentar síntomas, por ejemplo en niños y niñas. Puede dar cuadro de hepatitis fulminante.	Lavarse las manos, cocinar bien los alimentos y consumir agua hervida o potable. Vacunar a todos los niños a los 12 meses.
HEPATITIS B	Por el contacto con la sangre. Relaciones sexuales sin preservativo. De madre a hijo durante el parto.	Puede no presentar síntomas o provocar: fatiga, náuseas o vómitos, fiebre y escalofríos, orina oscura, materia fecal de color claro, ojos y piel amarillos, dolor abdominal del lado derecho. Puede conducir a cirrosis y/o cáncer hepático.	Vacunarse. Usar preservativo en todas las relaciones sexuales. No compartir agujas u otros elementos punzantes o cortantes.
HEPATITIS C	Por el contacto con la sangre. Relaciones sexuales sin preservativo. De madre a hijo durante el parto.	Puede no presentar síntomas o provocar: falta de apetito, molestias abdominales, náuseas y vómitos, coloración amarillenta de la piel. Puede conducir a cirrosis y/o cáncer hepático.	No compartir agujas u otros elementos cortopunzantes. Usar preservativo en todas las relaciones sexuales. No existe vacuna para prevenir el virus de la hepatitis C.

HEPATITIS
VÍRICAS



CURSO de la Enfermedad:

INCUBACIÓN

Hasta 6m en B siendo en C más corto

PRODRÓMICO

Dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor articular, cansancio y fiebre.

DE ESTADO

Pérdida de peso sin causa, aparece ictericia que suele desaparecer sola y coluria en la orina.

CONVALECENCIA

Agudas: Curación desapareciendo la ictericia, y manteniéndose el cansancio durante un tiempo.

Crónicas: Procesos inflamatorios, necrosis celular y fibrosis.

EL 70% DE LAS MUJERES

C. Albicans: vía sexual y también oral.

F. RIESGO (MUJER)

- Embarazo: pH vaginal + estrógenos + glucógeno
- Diabetes y dietas ricas en HC.
- ATB.
- Inmunosupresión y estados anémicos.

SINTOMATOLOGÍA:

Prurito intenso, quemazón y disuria.

Vulva enrojecida y con grietas.

Flujo vaginal blanquecino, de aspecto grumoso y con un olor a leche agria



CÁNDIDA

ITS Protozoarias:

TRICHOMONAS VAGINALIS

LEVE Y MOLESTA

- Vaginitis con leucorrea abundante
- Dolor vaginal, escozor y prurito.
- Flujo muy característico, verdoso, espumoso, con burbujas de aire y muy maloliente, con olor amina.
- “colpitis en fresa”

TRANSMISIÓN

Hombre: asintomático por presencia de Zinc en la uretra.
Principal fuente de contagio.

DCO Y TTO.

Cultivo
Metronidazol infectado y pareja.

ITS Parasitarias

LADILLAS

Pediculosis pubis.

- Reacción alérgica por la saliva o heces del piojo.
- Máculas púrpuras muy pruriginosas y lesiones por rascado.
- Expl. pubis o "signo de la trusa".

Lindano, permetrina y piretrina

SARNA

Escabiosis.

Sarcoptes scabiei.

- Piel con piel.
- Picor intenso con pápulas rojas y excoriación.
- Lesiones en superficies flexoras e interdigitales.
- VIH e inmunodeprimidas: "sarna noruega"

Observación microscopio

Permetrina en crema

Curso de Formación Inicial
Cuerpo de Enfermeras/os de II.PP 2021

Control y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual:

Ulpiano Tejerina Guzmán.

Supervisor de Enfermería.

CP Dueñas – La Moraleja (Palencia).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de patologías causadas por virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos, en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico. Las ITS son un problema de salud pública importante, tanto por la carga de enfermedad que generan, como por las complicaciones y secuelas que producen si no se diagnostican y tratan precozmente.

Las ITS han aumentado su incidencia y prevalencia en la última década, debido a los cambios que ha sufrido la población española en su conducta sexual y reproductiva. La primera relación sexual es de inicio más temprano, la promiscuidad y los cambios de pareja son frecuentes en todas las etapas de la vida, sobre todo durante la adolescencia, en la cual la incidencia de las ITS aumenta de manera marcada. El cambio de los métodos anticonceptivos, disminuyendo el uso de los métodos de barrera por los hormonales, también es otro factor a tener en cuenta. Por lo que las ITS resultan un tema importante a considerar, en el que los profesionales sanitarios deben cooperar para incidir en la prevención, realizar un diagnóstico precoz, conociendo adecuadamente los principales síntomas de cada infección, así como su evolución, las secuelas y el tratamiento de elección para cada una de ellas. El personal de enfermería debe estar bien cualificado y poseer conocimientos actualizados sobre el tema para poder participar en la salud sexual y reproductiva de la población a la que presta sus cuidados.

1. Las infecciones de transmisión sexual a lo largo de la Historia:

La primera enfermedad en ser descrita es la gonorrea, hace aproximadamente 4.500 años aparecieron los primeros documentos recogidos en los tratados médicos escritos durante el reinado del emperador chino *Ho-Ang-Ti*. En el *Código Hammurabi* (2.250-2.200 a.C.), por primera vez se hacía alusión a la sífilis, ya que una enfermedad con características parecidas a la sífilis, denominada Benú, era considerada causa de invalidez contractual, en el caso de la venta de un esclavo enfermo por la misma”.

El virus del papiloma humano (VPH), fue reconocido por primera vez por los griegos y los romanos, que describieron las verrugas genitales, y es que el VPH hasta mediados del siglo XX se pensaba que formaba parte de la clínica producida por la gonorrea y la sífilis. Avicena (980-1.037 d.C.), filósofo y médico, escribió la que se considera la biblia médica de la época medieval, titulada “Canon de la Medicina” en la que relataba que resultaba útil “mantenerse alejado de las mujeres que dejan caer líquidos de la vulva”.

Dr. Neisser, urólogo, aisló la causa de la gonorrea, denominándola en su honor *Neisseria gonorrhoeae*, es un coco dispuesto en parejas por lo que también recibió el nombre de gonococo y el 3 de marzo de 1.905, en la clínica de Charité de Berlín, es cuando se descubre el agente causal de la Sífilis, el *Treponema pallidum* por un zoólogo y un médico alemán, Fritz Schaudinn y Erich Hoffmann. En 1965 la hepatitis B es hallada por Blumberg, en el suero de un aborigen australiano con hepatitis A, encontró un antígeno diferente que denominó antígeno Australia (hoy lo conocemos como antígeno de superficie).

Es el cinco de junio de 1981 cuando irrumpe en la historia de las infecciones de transmisión sexual el SIDA. Es en esa fecha, cuando el boletín de la agencia epidemiológica federal, la CDC (Center for Disease Control), publica la descripción de cinco pacientes de los Ángeles, presentan una neumonía por *Pneumocystis carinii*, y un déficit de la inmunidad celular. Todos ellos eran varones, homosexuales y habían consumido poppers (un tipo de droga de la que se pensó que era la causante), un tiempo después todos ellos murieron. Poco tiempo antes, en California y Nueva York, se detectó un crecimiento anormal del sarcoma de Kaposi, un sarcoma característico de gente mayor de 60 años, pero que en este caso lo presentaban jóvenes y cuya evolución estaba siendo muy rápida. El 3 de julio de 1981, Friedman-Kien, uno de los médicos que llevaba los casos, dijo que había surgido una enfermedad cuya aparición había afectado a 41 homosexuales, a la que nombraron “cáncer raro”. A finales de año, se llegó a la conclusión que la transmisión era sexual, y se la comenzó a llamar, “cáncer gay”, “peste gay” o “neumonía gay”. La CDC observó que existe un factor etiológico que disminuye la inmunidad celular y que expone a los pacientes a enfermedades oportunistas. Al principio al relacionarlo con la homosexualidad, al resultar todos los pacientes homosexuales, se la denominó GRID (Gay Related Immune Deficiency). A principios de 1982, ya se habían descrito 200 casos, y comenzaron a aparecer casos también en hemofílicos y drogadictos intravenosos, por lo que se les clasificó como grupos de potencial riesgo, comenzando a llamar al SIDA, la enfermedad de las cuatro H, ya que se había observado una epidemia en la población de Haití. Homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos eran los principales grupos de riesgo. En el verano de 1982, la CDC en Atlanta, propuso el acrónimo AIDS, cuyo significado era Acquired Immunodeficiency Syndrome, en Francia y España, se propusieron otras siglas, SIDA, o síndrome inmunodeficiencia adquirida. Este nombre no hace referencia a una enfermedad, ya que hace alusión a un síndrome, pero en su creación no se conocía el agente etiológico. Los dos principales descubridores del retrovirus causante, fueron Robert Gallo miembro del National Cancer Institute (NCI) que lo denominó HTLV-III, y Luc Montagnier, miembro del instituto Pasteur, que lo nombró LAV. Al resultar el mismo virus, y no haber consenso se llegó a un acuerdo, denominándolo en 1986, HIV (Human Immunodeficiency Virus), VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) en español. Mientras tanto, se habían desarrollado diversas pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos, entre las que sobresalen ELISA y Western blot. Se intentó buscar el origen de la enfermedad, buscando al paciente cero. Se interrogó a los primeros pacientes a los que se les había diagnosticado el síndrome y pudieron observar una red epidemiológica, ya que todos ellos habían mantenido relaciones con otro en los últimos 5 años, se intentó relacionar los casos de las diferentes ciudades, y se llegó a un paciente llamado Gaetan Douglas, comisario de a bordo de Air Canada, había infectado a 40 de los 248 casos detectados en verano del 1982. Viajando gratis, se recorría el continente diseminando la enfermedad a un ritmo de 250 compañeros sexuales por año, sin tener dolencia alguna, pues los síntomas le aparecieron posteriormente. Es bien conocido que el VIH pertenece a un subgrupo de retrovirus similar al de los virus de la inmunodeficiencia simia (SIV). Las especies de simios afectadas son el mandril, el mangabey y el

mono verde. Se cree que el virus se contagió del mono al hombre, mediante alguna mordedura, ya que los mangabey son capturados para alimentos o animales de compañía de aldeas africanas.

La Sanidad Penitenciaria fue creada y potenciada debido a la cantidad de muertes que se estaban produciendo en la población reclusa a causa del VIH y del consumo de heroína por vía parenteral, ambos íntimamente relacionados.

2. Definición y epidemiología de las ITS:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) engloban una serie de patologías, de origen infeccioso, en las que la transmisión sexual es la principal vía de contagio, aunque puede resultar no ser la única vía de transmisión, existiendo otras como la transmisión vertical o por vía parenteral. Las ITS, también incluyen el periodo asintomático, ya que es un periodo en algunas ocasiones muy común, en el que la transmisión sigue siendo posible, hecho a tener en cuenta epidemiológicamente.

El término infecciones de transmisión sexual (ITS), es de reciente aparición, habiendo sido aceptado por la OMS, y cada vez es más utilizado frente al de enfermedades de transmisión sexual (ETS), ambos en muchas ocasiones son utilizados indistintamente, no siendo del todo correcto. El término **infección**, significa que un agente ya sea virus, bacteria o parásito está presente dentro del cuerpo humano, sin tener que causar necesariamente síntomas de una enfermedad. Por lo que el término infección contempla los periodos subclínicos, resultando ser una denominación más amplia que la de enfermedades de transmisión sexual (ETS), puesto que el término **enfermedad**, sí que implica la aparición de los síntomas en el paciente.

No debemos confundir tampoco los términos de ITS con las infecciones de tracto reproductivo "ITR". Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son causadas por microorganismos que normalmente están presentes en el aparato reproductivo femenino o masculino, o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual o durante procedimientos médicos. Estas categorías de ITR, diferentes aunque superpuestas, se denominan infecciones endógenas, infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones iatrogénicas, y reflejan la forma en que son adquiridas y se propagan. Por lo que las infecciones de transmisión sexual, están englobadas dentro de las del tracto reproductivo. Hay que recalcar que este tipo de infecciones, exceptuando las hepatitis virales, no producen inmunidad, por lo que aquellas infecciones que curan, pueden volver a infectar a la persona, siendo posible la reinfección entre los dos miembros de la pareja, si ésta no es tratada. En otros casos, hay infecciones que cronifican, y no curan, dejando al agente latente hasta nuevos episodios y manifestaciones.

Las manifestaciones más frecuentes de la ITS son locales, en el sistema genitourinario, aunque en algún tipo de infecciones pueden aparecer manifestaciones generales y de otros órganos. La coinfección de las ITS, también es posible, ya que en numerosos casos las infecciones producen lesiones e inflamación a nivel genitourinario, dejando abierta una puerta de entrada a otras nuevas, ya que comparten la vía de transmisión, es muy frecuente en casos como el VIH, hepatitis C o VPH.

2.1. Epidemiología de las ITS en el medio penitenciario:

La prevalencia del VIH en el año 2017 fue de un 5,1% sobre el total de la población reclusa. La infección muestra una tendencia a la estabilización en los últimos años ya que la prevalencia fue 1,7

veces menor que la obtenida hace 10 años. La proporción de internos/as que reciben tratamiento para esta infección es del 88,2 %, porcentaje que aumenta de año en año. La prevalencia de internos con anticuerpos antiVHC positivos, fue en el año 2017 del 16,7 % del total de la población ingresada en prisión y la prevalencia estimada de internos con carga viral en sangre fue del 9%. Respecto a la coinfección VIH-VHC en el año 2016, el 85,8% de los internos que eran VIH positivos presentaban a su vez marcadores para VHC.

3. El riesgo en las ITS:

Según la OMS, un factor de riesgo es: “Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. Entre los factores de riesgo más importantes nos encontramos, el desequilibrio ponderal, ya sea éste por exceso o por defecto, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento, así como la falta de higiene.

Según la definición aportada por Jenicek y Cleroux en 1982 y corroborada por Fayle y col. en 1994, los marcadores de riesgo son: características no modificables del individuo, tales como la edad, el sexo o la raza, asociadas indirectamente a una enfermedad, pero con la cual la relación causal está excluida. La diferencia más significativa entre estos dos términos, es que el marcador de riesgo no es modificable, no se puede cambiar, ni influir sobre él. Por ejemplo, la edad, es un marcador de riesgo, ya que una persona que tiene una edad determinada no la puedes modificar de ninguna forma. Sin embargo, los factores de riesgo, sí que se pueden modificar, podemos cambiarlos e influir sobre ellos. Este hecho hace que los factores de riesgo, jueguen un papel importantísimo en la prevención y control de las enfermedades.

3.1. Factores de Riesgo ITS:

Las infecciones de transmisión sexual, están relacionadas con unos factores de riesgo específicos. Estos pueden estar unidos a conductas sexuales, a causas personales, causas sociales, o al tipo de pareja con la que se mantengan relaciones.

1. Respecto al tipo de conductas sexuales, influyen una serie de factores:

- El número de parejas con las que se mantiene prácticas sexuales.
- Relaciones sexuales con una pareja nueva o diferente en los últimos tres meses.
- Relaciones sin protección de barrera.
- Toma de anticoncepción hormonal. Hace que baje la concienciación respecto a los riesgos de no utilizar el doble método, las personas al desaparecer el riesgo de un embarazo no deseado. Lo mismo pasaría con la toma de la Prep.
- Prácticas sexuales de riesgo (sexo anal). ya que se crean microlesiones que facilitan la puerta de entrada a las ITS.
- Uso de juguetes sexuales y su intercambio.
- Relaciones sexuales durante la menstruación.

2. Los factores de riesgo personales, pueden ser:

- Infección por algún tipo de ITS, en especial el VIH.
- El poseer tatuajes, pendientes o el estar circuncidado. Transfusión de sangre.

- Para los niños pequeños, los factores de riesgo están relacionados con los padres.
- Ser bebedor habitual de alcohol, o la ingesta incontrolada de alcohol en un tiempo limitado.
- Ser usuario de drogas, ya sean orales, inhaladas o parenterales.
- Intercambio de relaciones sexuales, por dinero, drogas u otros motivos.
- La violencia sexual, maltrato o violencia de género.
- Estar en un estado de inmunosupresión.

3. Existen causas sociales, que traen consigo diferentes conductas de riesgo.

Existen culturas en las que ciertos, ritos y costumbres, son factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual, como por ejemplo: la circuncisión o el matrimonio en niñas no del todo desarrolladas. Las religiones, pueden ser un factor protector en algunos casos hacia las ITS, por ciertas prácticas como la abstinencia sexual, pero bien es cierto, que pueden resultar también, un factor de riesgo, al negar la utilización de anticoncepción, o al no discutir abiertamente sobre sexualidad, aportando una educación pobre en materia de salud sexual. La pobreza extrema, la falta de acceso a ciertos recursos tanto materiales como alimenticios, y la falta de trabajo para poder ganarse la vida, en muchas ocasiones, ponen en difícil situación especialmente a mujeres y niñas, a intercambiar relaciones sexuales para conseguir la supervivencia.

4. También se debe tener en cuenta, los factores de riesgo que pueda tener la pareja sexual del paciente:

- Si tiene relaciones sexuales con otras personas.
- Si tiene alguna ITS.
- Si es usuario de drogas.
- Si es hombre, si tiene relaciones con otros hombres.

Un riesgo mayor de contagio, son las personas con creencias erróneas sobre las causas de las ITS, los cuales pueden tener la sensación de seguridad en relaciones que son de verdadero riesgo.

Algunas de las creencias comunes sobre ITS son:

- Ver a cierto tipo de personas como “limpias”, sin posibilidad alguna de tener infecciones, como las mujeres casadas o con hijos, las personas jóvenes, o clases sociales altas.
- La toma pre y post del acto sexual, de ciertos medicamentos antimicrobianos, como por ejemplo el de la malaria, creen que les protege.
- Orinar, lavarse o darse una ducha vaginal, tras mantener relaciones les protege contra todas las ITS.
- En ciertos países, se piensa que la circuncisión otorga una protección absoluta contra las ITS y el VIH.

Los grupos de riesgo en las ITS son:

1. La **prostitución** ya sean mujeres, hombres o transexuales y sus clientes, conforman uno de los principales grupos de riesgo, ya que los clientes suelen tener relaciones con sus parejas estables, aumentando la cadenas de contagio.
2. Las **poblaciones móviles**, como camioneros de largas distancias, pescadores, marineros y trabajadores migratorios, que están más expuestos a la infección primordialmente por su movilidad y por mantener relaciones sexuales con múltiples parejas.

3. Los **homosexuales o bisexuales**, que tengan diferentes compañeros sexuales y practiquen el coito anal sin protección.
4. **Personas reclusas, en cárceles**, centros de menores, centros rehabilitadores, en especial tienen más riesgo los menores.

4. Algunos aspectos de la consulta de enfermería en las ITS:

El papel del personal de Enfermería en el campo de las ITS es fundamental, máxime si hablamos de Atención primaria de salud.

La Enfermera es el sanitario referente debido a su cercanía y las labores que debe desempeñar son la de INFORMAR, ACLARAR DUDAS, PREVENCIÓN. Piedra angular, tutor... derivador.

- ✓ Principales preguntas que contestamos en la consulta de enfermería:

- ¿Es eficaz el preservativo para evitar la transmisión del VIH?
- ¿Qué práctica tiene más riesgo para el VIH?
- ¿Existe riesgo en el sexo oral?
- ¿Se transmite el VIH por besos profundos?
- ¿Tiene algún riesgo la masturbación?
- ¿Tengo una herida sobre la que me ha caído sangre, semen...?
- ¿Existe riesgo en la convivencia con una persona portadora del VIH?

- ✓ Papel de los profesionales sanitarios en atención primaria en relación a las ITS

- Informar sobre conceptos básicos sobre ITS, prácticas de riesgo, importancia del diagnóstico precoz, etc.
- Educar en la adopción de conductas sexuales con mínimos riesgos
- Intentar frenar la diseminación: contacto con parejas con ITS...
- Incidir en prevención y uso del preservativo.

- ✓ Cómo hablar si...

- Estamos hablando de relaciones sexuales.
- Con personas en situaciones comprometidas además de un problema de salud
- Que expresan miedos, angustias y sentimientos
- Son de diferentes sexos, edades, niveles sociales, países, culturas...
- Les preocupa la confidencialidad

- ✓ Consideración especial al HSH (hombres sexo con hombres) → incremento de conductas sexuales de riesgo.

La casuística del riesgo relacionada con el HSH es multifactorial:

- Cambios en el entorno → cambio de percepción del riesgo.
- Desconocimiento del estado serológico.
- El consumo de drogas durante las relaciones sexuales.

- “Fatiga de la prevención”. Del miedo a la muerte (80’ y 90’) a la Cronicidad. Evolución del TAR
- Reafirmación del sentido de valía personal y del propio atractivo físico.
- **Compensar carencias afectivas y sentimientos de soledad.**
- Bud-Sex: Tener sexo con personas del mismo sexo sin que ello suponga una conexión afectiva. Búsqueda del placer físico.
- **Búsqueda de conexión e intimidad.**
- Estar enamorado.
- Conversión del riesgo en placer por lo prohibido (Nos gusta ponernos en riesgo, el deseo de lo prohibido “Eros y Tánatos”)
- **Falsa seguridad de tener pareja como elemento protector. Búsqueda de protección desde un punto de vista utilitario.**
- Moneda de cambio para conseguir algo.
- Abuso, violencia, extorsión, amenaza.

✓ 7 quejas más frecuentes sobre Atención Primaria en relación a las ITS:

- “Tengo la sensación de que mi enfermera/o (u otro profesional sanitario) no está al día en estas cosas”
- “No creo que mi enfermera/o esté cómoda/o al hablar de prácticas sexuales.”
- “En cuanto le he dicho que tengo sexo con otro hombre sin preservativo, me he sentido juzgado. Como si él o ella usaran siempre preservativo...”
- “Cómo le voy a decir que me acuesto con hombres, si también es la/el enfermera/o de mi mujer y mis hijos!”
- “Cuando le he vuelto a pedir un test de VIH, me ha echado la bronca, ¡como si no usara preservativo nunca!”
- “No me atrevo a hablar de estos temas con mi enfermera/o, nos conocemos de hace muchos años”
- No siempre está mi enfermera/o. Tengo que contar mis intimidades a distintos médicos, cuando el motivo de consulta es el mismo.

✓ Algunos recursos para utilizar en la consulta:

- Incluir por sistema preguntas generales que sean inclusivas y den pie a hablar de temas “delicados” sin sentirse un bicho raro...
- Ese tipo de preguntas abiertas comunican que el profesional te va a escuchar, que ése puede ser el espacio para buscar ayuda.
- Si a todo el mundo se le pregunta por sus relaciones sexuales sin dar por hecho que es heterosexual y monógamo/a se eliminan obstáculos para hablar de riesgos y medidas de prevención.

5. Prevención de las ITS:

Existen unos conceptos relacionados con la vertiente preventiva, los cuales debemos saber identificar y diferenciar adecuadamente.

- *Protección de la salud:* Estas acciones, están dirigidas al control sanitario del medio ambiente. Se suelen dividir las actividades entre las dirigidas al control de la contaminación de agua, aire y el suelo y a las encaminadas a la vigilancia y control de los alimentos. Se trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente. Estas acciones se suelen basar en conocimientos de diferentes disciplinas como la medicina, farmacia, veterinaria, químicas o biología.
- *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:* Estas acciones están dirigidas al fomento y la defensa de la salud, así como la prevención de enfermedades, mediante actuaciones que inciden sobre las personas. Algunos autores realizan una clara diferenciación entre la promoción y la prevención de la salud. La promoción de la salud, pretende fomentar la salud del individuo y de la población, promoviendo estilos de vida saludables, lo que se podría conseguir mediante la información, en programas educativos en las escuelas, a través de medios de comunicación, o desde atención primaria. La prevención de la enfermedad, trataría de reducir la incidencia de enfermedades específicas, mediante intervenciones concretas y puntuales, basadas en las ciencias médicas, aplicadas por el equipo de salud.

La definición más amplia de prevención fue aportada por Canadian Task Force on Periodic Health Examination, en 1979, en la que decía que la prevención es “cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión”. Lo que incluye que la prevención, no tratará únicamente de prevenir la aparición de la enfermedad, sino también de detener su curso, o guiarla hacia la curación.

Podemos definir tres niveles de prevención, ya que la enfermedad es un proceso dinámico, que sigue un curso o historia natural. Leavell y Clarck distinguieron tres periodos de la enfermedad, que son: prepatogénico, patogénico y de resultado.

- La prevención primaria, su objetivo es, disminuir la incidencia de la enfermedad, antes del comienzo biológico.
- La prevención secundaria, actúa en caso de que la primaria haya fracasado o no haya existido, intentando un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad en la etapa presintomática. Utilizando de esta forma programas de cribado. Pretendiendo reducir la prevalencia de la enfermedad.
- La prevención terciaria, interviene cuando la enfermedad ha cronicado o hay lesiones irreversibles, de manera que intenta retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las lesiones existentes. Serían un ejemplo la rehabilitación y la reinserción social.

Prevención Primaria

Como hemos mencionado anteriormente, el objetivo de la prevención primaria es evitar la infección, intentando promover conductas sexuales más seguras. Desde luego la mejor política para la prevención de las ITS es evitar la exposición. Por ello se propuso la estrategia ABC:

“Abstinence” (abstinencia), “Be faithful” (fidelidad) y “Condom” (preservativo).

Esta triada sería la ideal, y aseguraría la disminución del contagio de las ITS, pero parece que la abstinencia y la mutua fidelidad, e incluso la utilización del preservativo, no convence a la población. Además, hay que tener en cuenta, que las relaciones monógamas no ofrecen protección frente a las ITS cuando se dan una tras otra en rápida sucesión, lo que se denomina monogamia en serie. Por lo que conviene propagar una conducta sexual más segura, mediante:

- Retraso en la edad de la iniciación sexual.
- La reducción del número de parejas sexuales.
- Prácticas sexuales sin penetración: masturbación mutua y fricción de las partes del cuerpo.
- Prácticas sexuales con penetración utilizando preservativos (femeninos o masculinos). Incluyendo el sexo vaginal, oral y anal.

No debemos olvidar dar información a la población, que se debe basar en:

- Los mecanismos de transmisión.
- Acerca de conductas sexuales que implican un riesgo mayor de contagio.
- Información sobre medidas preventivas:
 - Preservativo masculino
 - Preservativo femenino. (Se precisan más estudios sobre su efectividad real)
- Información de que muchas ITS pueden ser tratadas y curadas.
- Acerca del tratamiento temprano para evitar complicaciones y secuelas permanentes.
- Informar sobre que los síntomas y signos pueden pasar desapercibidos, especialmente en la mujer, hasta que aparecen complicaciones. Y ayudar a identificar los signos y síntomas en el momento de su aparición.
- Aportar documentación donde se pueda obtener información sobre ITS, como por ejemplo infografías o folletos.
- Dar la certeza del cumplimiento del secreto profesional.

Toda esta información debe de ser aportada adecuándonos a la población hacia la que va dirigida, por lo que debemos tener en cuenta conocimientos, actitudes y prácticas de la población diana. En cuanto al conocimiento de la utilización correcta de los preservativos, nunca lo deberíamos dar por hecho, aunque es un método de fácil utilización se cometen continuos errores. Su tasa de rotura o deslizamiento durante el coito está en torno al 2%, y es el método anticonceptivo más efectivo contra las ITS, pero su uso inadecuado da lugar a posibles contagios. Los preservativos masculinos son los más utilizados, son baratos y están disponibles en muchos lugares. Debemos guiar a la población con unas pautas para el correcto uso del condón. Los preservativos deben guardarse en sitios secos y que no estén expuestos a temperaturas extremas, y a la hora de transportarlos intentar evitar mantenerlos en lugares donde se puedan dañar, como carteras o bolsillos traseros de los pantalones. Respecto a su colocación:

- Colocar el preservativo antes de mantener relaciones sexuales con penetración, ya que no solo podría existir también riesgo de embarazo sino que la protección contra las ITS podría quedar muy disminuida, en caso de utilizarlo únicamente para el momento de la eyaculación.
- Evitar daños con las uñas, los dientes o cualquier objeto afilado al manejar el condón.
- Al utilizar preservativos de látex, usar únicamente lubricantes de base acuosa, los de base oleosa pueden dañarlos.
- Retirar el preservativo inmediatamente después de la eyaculación, mientras que continúe la erección, para evitar que el preservativo se resbale hacia el interior de la vagina.

- Utilizar un preservativo nuevo por cada relación sexual.

El preservativo femenino tiene un precio más costoso que el masculino. Es una membrana de poliuretano o nitrilo lubricado, con un anillo en cada extremo, que se inserta en la vagina. Entre las ventajas de su uso destaca que admite cualquier tipo de lubricante, tiene menor riesgo de rotura, menor riesgo de deslizamiento, ya que el anillo externo no lo permite, no se han descrito casos de alergia, cubre los genitales externos incluso labios mayores, la mujer puede decidir usarlo antes de que el hombre tenga la erección y también sirve para el sexo anal. Pero su menor fama, el precio y la menor sensibilidad durante las relaciones, hacen que sea un método no muy extendido. Aún con un uso correcto del preservativo, no previene el 100% de los casos de ITS, como por ejemplo en el caso del VPH o del herpes genital que pueden contagiarse a través del contacto con partes del cuerpo que no estén cubiertas por el preservativo.

Prevención secundaria y terciaria:

Para ello se deberá mejorar la atención ofertada frente a las ITS, mediante diferentes conductas como:

- La disponibilidad de consultas en las que se ofrezca una asistencia sobre este tema que no estigmatice y no discrimine.
- Ofertar una atención de calidad.
- Garantizar el suministro continuo de fármacos altamente efectivos.
- Examinar a las mujeres mínimamente sintomáticas que asisten al servicio sanitario en busca de atención materno-infantil y de planificación familiar.
- Disponer lo necesario para que los compañeros sexuales sean notificados y tratados apropiadamente.
- Educación, investigación y tratamiento de grupos específicos de la población que podrían haberse expuesto al riesgo de infección, como las trabajadoras sexuales, los conductores de camiones de larga distancia, las personas que trabajan en el servicio militar y los jóvenes.
- Para los casos ya existentes, servicios de apoyo y consejo para pacientes con ITS y VIH, así como la búsqueda de otras infecciones concomitantes.

6. Educación para la salud. Educación Afectivo – Sexual:

La salud sexual es una parte de la salud, es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. Para lograrla y mantenerla deben respetarse y protegerse los derechos sexuales de todas las personas. Esto exige un respeto y un compromiso para la educación sexual adecuada, la cual es un instrumento básico para comprender cómo se va construyendo, viviendo y expresando la realidad de las personas sexuadas.

Para hablar de Educación Sexual es fundamental hablar del hecho sexual humano, es hablar de chicos y chicas, de hombres y mujeres que son sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y se relacionan como tales. Por eso el objetivo de la Educación Sexual es contribuir a que esos chicos y chicas aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan a expresar su erótica de modo que se sientan felices. La educación sexual desde este planteamiento contribuye a evitar los embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades. Pero el objetivo final de la educación sexual es que la población se sienta a gusto, se acepten y se relacionen siendo capaces de expresar sus deseos.

