

Infecciones del tracto reproductivo en mujeres de zonas rurales de Perú: Un enemigo silencioso



Dra. Patricia J. García MD MPH

Dr. César P. Cárcamo MD PhD

Dr. King Holmes MD PhD

“Las consecuencias individuales y sociales de las infecciones del tracto reproductivo (ITR), entre ellas las enfermedades de transmisión sexual, son devastadoras: Afectan la morbi-mortalidad materna, causan complicaciones en hombres y mujeres, y aumentan el riesgo de transmisión y contagio por el VIH.

Una alta frecuencia de infecciones del tracto reproductivo en una población, especialmente de las transmitidas sexualmente, debe hacernos reflexionar que la reducción de esta frecuencia podrá prevenir un número sustancial de infecciones por VIH en el futuro”.

De “La epidemia escondida: Confrontando las Enfermedades de Transmisión Sexual”. Reporte del Institute of Medicine. 1997.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**Infecciones del tracto reproductivo en
mujeres de zonas rurales de Perú:
Un enemigo silencioso**

**Movimiento Manuela Ramos
University of Washington
Universidad Cayetano Heredia
USAID**

Infecciones del tracto reproductivo en mujeres de zonas rurales de Perú: un enemigo silencioso

Investigadores principales

Dra. Patricia J. García MD MPH

Facultad de Salud Pública y Administración

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Dr. King K. Holmes MD PhD

Center for AIDS and STDs, University of Washington

Dr. César P. Carcamo MD PhD

Facultad de Salud Pública y Administración

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Investigadoras asociadas

Susana Chávez (Movimiento Manuela Ramos, hasta enero de 2002)

Barbara Feringa (Proyecto ReproSalud-USAID, hasta abril de 2000)

Equipo de Campo

Marina A. Chiappe Microbióloga

Maribel Alatrista Obstetriz

Nelly Páucar Enfermera

Marlene Verástegui Obstetriz

Rosa Galván Microbióloga

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto ReproSalud, Salud Reproductiva en la Comunidad, bajo los términos del Convenio Cooperativo N° 527-A-00-95-00372-00, entre el Movimiento Manuela Ramos y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID-Perú. Las opiniones expresadas en este documento son de la autora y no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID.

Asimismo, la investigación se realizó en el marco del Proyecto ReproSalud, con el apoyo financiero de USAID, el Movimiento Manuela Ramos y de The University of Washington STD Cooperative Research Center (AI-31448), así como con el apoyo financiero de The Fogarty International/Center International AIDS Research Training Program (FIC), Merck Research Laboratories, y The Program for Appropriate Technology for Health, Seattle, WA.



Movimiento Manuela Ramos

Av. Juan Pablo Fernandini 1550, Pueblo Libre
Lima 21 - Perú

Teléfono: 423 8840
Fax: 332 1280

E-mail: postmast@manuela.org.pe
<http://www.manuela.org.pe>

Edición y corrección de estilo: Mariella Sala

Diseño de carátula: Juan Bernales R.

Diagramación: Juan Bernales R.

Impresión: Termil Editores Impresores S.R.L.

Fotografía: Equipo de Campo

Depósito Legal: 11501012004-6199

ISBN: 9972-763-34-X

Lima, julio de 2004.

Agradecimientos

Una investigación de esta magnitud requiere del esfuerzo y trabajo conjunto de muchas personas e instituciones, de otra manera ésta sería imposible de concretarse.

Queremos agradecer, por ello, a la Universidad de Washington que nos proporcionó apoyo técnico y logístico, y especialmente al Dr. King K. Holmes, experto en el área de Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS), quien nos brindó su experiencia y conocimientos para la elaboración de la propuesta y el análisis de la misma.

A USAID, que financió el estudio.

Al Movimiento Manuela Ramos, que a través de los autodiagnósticos hizo posible que las mujeres de las organizaciones comunales de las áreas de trabajo de ReproSalud hicieran evidente el problema de las infecciones del tracto reproductivo, reconocido por ellas como “regla blanca”; y que de manera directa nos apoyó en los aspectos logísticos y las coordinaciones locales.

Al equipo de campo: las que están aún con nosotros, los que sufrieron, el que se fue.

A los equipos del MINSA, que en muchas ciudades cedieron espacios en sus centros para poder llevar a cabo el trabajo.

A Merck Research Laboratories, que financió las pruebas de detección del Virus del Papiloma Humano.

A todas aquellas personas que revisaron este documento y cuyos valiosos aportes fueron incorporados.¹

Sobre todo, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a las mujeres de todas y cada una de las zonas, quienes nos permitieron entrar a sus comunidades para conversar con ellas sobre aspectos íntimos de su salud sexual y reproductiva, temas que muy pocas veces se mencionan por la vergüenza y sufrimiento que generan. Esperamos que a través del presente estudio se pueda conocer un poco mejor al “**enemigo silencioso**” que representan las infecciones del tracto reproductivo. Así, se permitirá tanto evidenciar un problema que de alguna forma todos conocen pero que se “ignora”, como dar un paso adelante para mejorar la calidad de vida de las mujeres de nuestro país.

A todas y todos, muchas gracias.

¹ Carmen Yon, Julio Castro, Lucy López y Edgar Ramírez.

Índice

11 Introducción

Capítulo 1: 21 Metodología

Capítulo 2: 37 Resultados Generales

Capítulo 3: 43 Las Infecciones del Tracto Reproductivo

Capítulo 4: 63 Lo que las mujeres piensan

Capítulo 5: 81 Discusión, conclusiones y recomendaciones

93 Resumen

99 Referencias

Glosario





Introducción

“Las consecuencias individuales y sociales de las infecciones del tracto reproductivo (ITR), entre ellas las enfermedades de transmisión sexual, son devastadoras: afectan la morbi-mortalidad materna, causan complicaciones en hombres y mujeres y aumentan el riesgo de transmisión y contagio por el VIH”.

“Una alta frecuencia de infecciones del tracto reproductivo en una población, especialmente de las transmitidas sexualmente debe hacernos reflexionar en el alto riesgo de propagación del VIH y que la reducción de esas ITR, podrán prevenir un número sustancial de infecciones por VIH al futuro...”.

La epidemia escondida: Confrontando las
Enfermedades de Transmisión sexual
Reporte del Institute of Medicine 1997

*"La regla blanca es como las lágrimas,
como el lamento de la madre de mi adentro..."*
Mujer de Ayacucho

¿Qué son las Infecciones del Tracto Reproductivo?

Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son aquellas que afectan los órganos sexuales (externos y/o internos) de hombres y mujeres. Algunas de las ITR (como la sífilis y la gonorrea) son sexualmente transmitidas, y se les conoce como enfermedades de transmisión sexual (ETS)², pero muchas ITR no lo son. En la mujer, el sobrecrecimiento de micro-organismos que normalmente colonizan la vagina puede ocasionar una ITR al romperse el equilibrio del ecosistema vaginal, produciéndose por ejemplo, infecciones por cándida o vaginosis bacteriana. A estas ITR se les conoce como infecciones endógenas.

Los procedimientos médicos también pueden provocar ITR las que son conocidas como infecciones iatrogénicas. Estas también pueden ocurrir cuando, organismos endógenos propios de la vagina u organismos patógenos localizados en la vagina o el cuello del útero (cérvix), son empujados hacia el tracto genital alto durante algún procedimiento ginecológico, como los que implican la introducción de un instrumento médico a través del cérvix hacia el interior del útero, o cuando, dicho procedimiento no se realiza bajo las condiciones de asepsia adecuadas, o si hay una infección cervical presente.

El estudio que se presentará está referido a las ITR asociadas a transmisión sexual (ETS) y también a las llamadas infecciones endógenas (como vaginosis bacteriana y candidiasis).

¿Cómo se presentan las ITR?

Las ITR pueden causar de manera brusca muchas molestias físicas, vergüenza y problemas con la pareja. Pero, además, pueden pasar desapercibidas mientras

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo hace algunos años el término «infecciones de transmisión sexual - ITS», de modo que al usar «infecciones» en lugar de «enfermedades» se pudiera resaltar el hecho que muchas cursan sin síntomas (asintomáticas). En general el uso de ITS es equivalente a usar ETS. Para efectos de la presente publicación, hemos preferido emplear el término «enfermedades de transmisión sexual - ETS», ya que éste continúa siendo más utilizado en nuestro país.

van causando daño y complicaciones en quienes sin saberlo las tienen, como lo haría un enemigo silencioso.

Una de las principales manifestaciones de las ITR en la mujer es el descenso vaginal anormal, o como se conoce entre las mujeres rurales: “**la regla blanca**”. El descenso vaginal anormal es una razón frecuente de consulta a los centros de atención médica primaria [1] o incluso a los proveedores alternativos [2]. La causa más frecuente de descensos son las infecciones vaginales (principalmente tricomoniasis vaginal y vaginosis bacteriana), pero un flujo vaginal de color amarillo anormal puede ser consecuencia de una infección cervical (gonorrea, clamidia u otras), y una irritación vulvovaginal puede ser causada por candidiasis vulvovaginal o herpes genital [3][4].

¿Por qué son importantes las ITR?

Las ITR son muy frecuentes

La Organización Mundial de la Salud estima que sólo en el año 1999 ocurrieron más de 340 millones de casos nuevos de cuatro de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) curables más frecuentes en el mundo: gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis [5]. Cuando nos referimos a ETS virales como la infección por el virus del papiloma humano (VPH, el agente asociado al cáncer cervical), el virus del herpes genital y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el número de casos nuevos probablemente es al menos tres veces mayor. En las mujeres las ITR no transmitidas sexualmente son aún más comunes; sin embargo, no se cuentan con claros estimados numéricos.

Las ITR están influenciadas por factores biológicos (que, por ejemplo, hacen más susceptibles a las mujeres a tener estas infecciones, especialmente cuando son más jóvenes), factores sociales y económicos así como de conductas sexuales. Es por ello que la magnitud del problema de las ITR varía grandemente de región en región y de comunidad a comunidad dentro de las regiones. En la gran mayoría de los casos estas infecciones prevenibles suceden en las poblaciones más pobres. Y donde más frecuentes son las ITR, las complicaciones asociadas a ellas también serán más frecuentes.

Las ITR causan complicaciones serias en la salud

Las complicaciones asociadas a las ITR son frecuentes, pueden ser severas y comprometer la vida. Estas complicaciones incluyen enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer (infecciones de los órganos internos de la mujer, muy severa y peligrosa); embarazos ectópicos (fuera del útero); dolor pélvico crónico; infertilidad en hombres o mujeres, infecciones de otros órganos en el hombre como epididimitis, orquitis (infección del testículo), prostatitis. Las ITR son una causa importante de complicaciones en el embarazo. La infección de la placenta o del saco amniótico (corioamnionitis) por ETS (gonorrea, clamidia, tricomonas) o infecciones endógenas (vaginosis bacteriana), son causas importantes de abortos tardíos y natimuertos. Estas ITR pueden condicionar ruptura prematura de membranas y/o partos prematuros contribuyendo a tener recién nacidos de bajo peso o prematuros. También pueden ocurrir infecciones congénitas por sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, hepatitis B, y transmisión vertical por VIH.

Otra complicación importante es el cáncer de cuello uterino que se asocia a una ETS, la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

Algunas complicaciones de las ITR	Riesgo asociado a ITR
Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)	Se estima que 8 a 10% de las infecciones por clamidia y 8 a 20% de las infecciones por gonorrea progresan a EIP.
Infecciones postabortedo	Se estima que entre 10 a 23% de mujeres con clamidia y 15% con gonorrea desarrollarán infecciones post-aborto
Infertilidad	Riesgo de infertilidad en la mujer 15 a 25% después del primer episodio de EIP, 50 a 60% luego del tercer episodio. Las tasas probablemente son más altas cuando no se ofrece tratamiento antibiótico. 10% al 30% de los hombres con uretritis gonocócica que no han recibido tratamiento alguno desarrollarán epididimitis, y de éstos, el 20% al 40% pueden presentar infertilidad.
Embarazo ectópico	El riesgo es de 6 a 10 veces mayor en mujeres que han tenido EIP.

Fuente: STI/RTI Management in Reproductive Health Care Settings. Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. World Health Organization, Geneve, 2004.

Las ITR también aumentan el riesgo de transmitir o contagiar el VIH. Las regiones con alta prevalencia de VIH presentan también altas prevalencias de ITR. Se ha demostrado, además, que el tratamiento de las ITR disminuye la transmisión del VIH [6]

Las mujeres y las ITR

La mayoría de las ITR pueden afectar tanto al hombre como a la mujer; sin embargo, las consecuencias en las mujeres son usualmente más comunes y más severas. Las ITR y sus complicaciones representan la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en mujeres en muchas partes del mundo. Mientras que el comportamiento de estas infecciones y las secuelas que traen son las mismas para cualquier mujer, existen distintos patrones de enfermedad que dependen de factores sociales y de conducta. Las más afectadas son aquellas marginadas social, económica y culturalmente, lo que define a muchas de las mujeres de regiones rurales. Para las mujeres dependientes, subyugadas y para las que no existe una relación de igualdad con la pareja, es muy difícil o casi imposible cualquier negociación que permita prevenir las ITR que se transmiten sexualmente. Las costumbres, concepciones, temores, problemas de acceso, hacen además que las mujeres con síntomas de ITR (sexualmente transmitidas o no) no busquen atención en los servicios de salud y, por otro lado, los proveedores no indagan al respecto en las pocas oportunidades de contacto con las pacientes, lo que mantiene el círculo de infección, reinfección y complicaciones.

¿Qué hacer con las ITR?

El diagnóstico de las ITR es difícil, aun en ambientes hospitalarios. Sin embargo, se ha demostrado la utilidad del manejo sindrómico. El manejo sindrómico es una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el manejo de personas con síntomas de ETS (aquí se incluye el manejo de la vaginosis bacteriana que es la ITR más frecuente en la mujer, aunque hay polémica si es o no, una ETS). El manejo sindrómico se basa en la identificación

y tratamiento de un problema (síndrome) que motiva la búsqueda de atención en un establecimiento de salud. A su vez, un síndrome es definido como un grupo de síntomas que aquejan a un paciente y/o como signos encontrados al momento de examinarlo. En el caso de las ETS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos. Los síndromes que se manejan más frecuentemente son el síndrome de descarga uretral en el varón (o pus por el pene) que representa infección por gonorrea y/o clamidia; el síndrome de descenso vaginal anormal en la mujer; el síndrome de úlcera genital en varón o mujer, y el síndrome de dolor abdominal bajo (que representa enfermedad inflamatoria pélvica).

El manejo sindrómico busca proporcionar un tratamiento simple, económico y de dosis única, basándose en el síntoma con el que viene el(la) usuario(a) y en conocer las causas más frecuentes de ese síntoma de acuerdo al contexto.

Ha habido mucha controversia con respecto al uso del manejo sindrómico para el descenso vaginal, que es la forma más frecuente de presentación de las ITR en las mujeres; sin embargo, hoy en día hay evidencia que en zonas en las que la prevalencia de gonorrea y clamidia es relativamente baja, el manejo sindrómico del descenso vaginal debe dirigirse a tratar VAGINITIS, es decir infecciones vaginales: vaginosis bacteriana y tricomoniasis. Pero aún persiste el problema del diagnóstico y tratamiento de las cervicitis. [7]

Existe un componente adicional importante de desconocimiento de las ITR y las ETS y sesgos por parte de los proveedores de servicios, lo que resulta en un pobre manejo de los casos y muchas veces rechazo de las(los) usuarias(os). A esto se suma la dificultad que representan las ITR que frecuentemente se presentan sin síntomas. Desafortunadamente, la detección y tratamiento para estas infecciones no es fácil, y en la mayoría de países estas actividades no han podido ser incorporados en los servicios de planificación familiar o control prenatal o centros de atención en general. En algunos casos se puede acceder a través de los servicios de control de enfermedades de transmisión sexual (ETS), que no es donde las mujeres acuden regularmente y que pueden incluso ser estigmatizantes. Sin embargo, en nuestro medio, aun en servicios de atención de ETS, no se cuenta con la posibilidad de ofrecer sistemas de detec-

ción de estas enfermedades dado que dependen de pruebas costosas y sofisticadas, y la alternativa que ofrece el manejo sindrómico muchas veces no se usa, o se ofrece de manera incompleta o incorrectamente.

El manejo de ITR nos ofrece una oportunidad única de mejorar la calidad de vida de las mujeres. En contraste a otros problemas de salud pública, como los problemas nutricionales, anatómicos u hormonales que son usualmente difíciles o imposibles de modificar, la mayoría de ITR que se detectan a tiempo pueden tratarse con medicación que es accesible. Inclusive, estas infecciones pueden ser prevenibles a través de educación y uso de condones.

A pesar que se reconoce los efectos físicos y emocionales de las ITR que justifican ampliamente la acción, ésta es una de las áreas en salud que menos atención despierta.

¿Cómo surge el presente estudio?

En 1996, la ONG Manuela Ramos, en convenio con USAID, inició la ejecución del proyecto ReproSalud con el propósito de mejorar la salud reproductiva de las mujeres de zonas rurales y periurbanas del Perú. Se llevaron a cabo estudios cualitativos mediante la realización de autodiagnósticos, los cuales son procesos participativos de investigación-acción que permite generar información acerca de la vida y salud reproductiva de las mujeres desde su propia perspectiva [8]. Las mujeres se organizaban en grupos de 15 a 20 para discutir, analizar y decidir acerca de sus problemas de salud reproductiva y definir cuáles de ellos eran los más importantes. Mujeres de 18 comunidades rurales participaron en este proceso entre 1996 e inicios de 1997, periodo en que se realizaron los primeros autodiagnósticos en el marco de ReproSalud. En seis de las comunidades se identificó al descenso vaginal o “regla blanca”, como el problema más importante y en otras 10, éste fue considerado como uno de los dos o tres más importantes.

Es así que nace la iniciativa de conocer mejor esta problemática en mujeres rurales que participaban en el proyecto ReproSalud y se planea este estudio con el propósito de determinar la prevalencia, manifestaciones y causas de las

infecciones vaginales y otras infecciones del tracto reproductivo (ITR) en mujeres de bajo riesgo de 18 comunidades distribuidas en 10 zonas rurales correspondientes a 8 departamentos del Perú. Adicionalmente se planteó la búsqueda de factores asociados a ITR que permitan, además, crear esquemas de tratamiento simplificados para el manejo del descenso vaginal que puedan ser usados en la comunidad.

A través de este estudio se pudo conocer también qué piensan las mujeres acerca de estas infecciones y sus causas, y qué hacen cuando las tienen.

Esperamos que los resultados, conclusiones y recomendaciones que se desprenden de este estudio permitan orientar el desarrollo de estrategias y acciones para mejorar la salud de las mujeres de zonas rurales y de todo el Perú.



Capítulo 1

Metodología

Área de Estudio y Población

El presente estudio fue ejecutado en poblados de 18 distritos rurales en 8 departamentos de la costa, sierra y selva del Perú: San Martín, Ayacucho, Ancash, Ucayali, Huancavelica, La Libertad, Lima y Puno. En Puno se incluyó una comunidad quechua y otra aymara; mientras que en Ucayali se incluyó una comunidad de mujeres denominadas mestizas y otra de mujeres shipibas (Ver: figura 1, página 20).

Entre diciembre de 1997 y junio de 1998, un equipo formado por una obstetriz (entrenada en la ejecución de exámenes ginecológicos, el reconocimiento clínico de la enfermedad pélvica inflamatoria, cervicitis mucopurulenta y flujo vaginal anormal), una enfermera y una microbióloga (entrenada por seis meses en la Universidad de Washington) viajaron a los 18 distritos rurales enrolándose en el estudio a 754 mujeres.

Las comunidades de los distritos estudiados representan el área de trabajo del proyecto ReproSalud, habiéndose tomado en cuenta para su selección los criterios de necesidad (pobreza y ruralidad), viabilidad (grado de accesibilidad, existencia de organizaciones de base de mujeres, ausencia de terrorismo o narcotráfico) y cobertura (población). Muchos de los poblados se encontraban en zonas de difícil acceso; en la selva, por ejemplo, sólo se podía llegar a uno de los poblados luego de viajar cuatro horas en canoa. La mayoría de estas comunidades tienen poblaciones por debajo de los 2,000 habitantes y viven de manera dispersa. También fue sumamente difícil llegar a algunos de los poblados andinos.³

En cada uno de los poblados, las mujeres están agrupadas en Organizaciones Comunitarias de Base, (OCB). A través de estas OCB las mujeres distribuyen, preparan alimentos y trabajan en otras actividades comunitarias. Las mujeres que participan en las OCB son en general mayores que el promedio de las mujeres de la comunidad. Ellas tienen niños y en virtud de su participación en

³ Durante uno de los viajes de retorno, el vehículo que transportaba al personal del estudio y equipos cayó 50 metros por un barranco hacia el río, causando la muerte del conductor e hiriendo gravemente a los otros tripulantes: la microbióloga, obstetriz y enfermera del equipo. Este terrible accidente condicionó que se tuviese que interrumpir el estudio por un tiempo y se tuviera que reemplazar a la microbióloga y a la obstetriz, quienes tuvieron un proceso largo de recuperación.

Figura 1



estas organizaciones, las dirigentes fundamentalmente, están relativamente más empoderadas que otras mujeres de su comunidad. Se invitó a todas las mujeres de las OCB de cada poblado a participar, tuvieran o no síntomas. El número de participantes activas de las 18 OCB es de 944 (de 22 a 191 por comunidad o poblado), de este total 754 (80%) participaron en el estudio. Es claro que la muestra, con una tasa de participación tan alta, representa de manera muy próxima al universo de las mujeres de las OCB de las zonas estudiadas, y si bien no se cuenta con información de las mujeres que no participaron, se pueden generalizar los resultados que se hallaron en este grupo.

En la **tabla 1** se resumen algunas de las características generales de las mujeres que participaron en el estudio por región. Aproximadamente el 21% de las mujeres eran analfabetas, y casi la mitad sólo habían recibido educación primaria. El promedio de años en la escuela fue de cinco años. Si bien la mayoría de las mujeres hablaban castellano, muchas hablaban también quechua (52.8%), aymara (9%) o shipibo (4.6%). El 6% se autodenominó madres solteras y 28.6% convivientes. Las mujeres de la sierra presentaron menor nivel de educación, y refirieron dedicarse a la agricultura más que en las otras regiones. La edad promedio de las participantes fue 36.9 años (18-67 años). El 50% eran menores de 30 años. En la tabla 2 se muestra la distribución etárea de las participantes.

Tabla 1: Características generales de las mujeres participantes

	Selva n = 186	Sierra n = 495	Costa n = 73	Total n = 754
Edad, media (mínimo-máximo)	39.2(18-67)	36.4 (18-65)	35.3 (18-58)	36.9 (18-67)
Idioma, n (%)				
Solo castellano	133 (71.5)	47 (9.5)	73 (100)	253(33.6)
Quechua o Aymara +/- Castellano	18 (9.7)	448 (90.5)	0	466(61.8)
Shipibo +/- Castellano	35 (18.8)	0	0	35(4.6)
Estado civil, n (%)				
Soltera	6 (3.2)	33 (6.7)	6 (8.2)	45(6)
Casada	71 (38.2)	292 (59.2)	31 (42.5)	394(52.4)
Conviviente	84 (45.2)	102 (20.7)	29 (39.7)	215(28.6)
Divorciada/ separada	10 (5.4)	25 (5)	6 (8.2)	41(5.4)
Viuda	15 (8)	41 (8.3)	1 (1.4)	57(7.6)
Grado de educación, n (%)				
Ninguno	20 (10.8)	132 (26.7)	6 (8.2)	158(21)
Algo de educación primaria	90 (48.4)	253 (51)	43 (58.9)	386(51.2)
Algo de educación secundaria	65 (34.9)	96 (19.4)	20 (27.4)	181(24)
Algo de educación superior o técnica	11 (5.9)	14 (2.8)	4 (5.5)	29(3.8)
Ocupación, n (%)				
Ama de casa	50 (26.8)	101 (20.4)	35 (47.9)	186 (24.7)
Negocios	31(16.7)	33 (6.7)	10 (13.7)	74 (9.8)
Agricultora	70 (37.6)	322 (65)	13 (17.8)	405 (53.7)
Otro	35 (18.8)	39 (7.8)	15 (20.5)	89 (11.8)

Tabla 2: Distribución de las participantes por edades

Grupo etáreo	n (%)
18-25 años	144 (19%)
26-35 años	234 (31%)
36-45 años	194 (25.7%)
46-55 años	
Mayor de 55 años	65 (8.6%)

Actividades previas

Antes de iniciar el recojo de información, se realizaron coordinaciones con las diferentes OCB a través del equipo local de ReproSalud que trabaja en cada zona. Se reunió a las coordinadoras de cada OCB y se les explicó de qué se trataba el estudio a fin de crear el ambiente propicio para su participación.

Se realizó, además, una reunión con todas las mujeres de la OCB donde se presentaron las actividades a realizarse, se respondieron preguntas y se les explicó los aspectos de obtención de consentimiento para su participación (ver figura 2 y figura 3, página 29). Se aprovechó esta reunión para leer y discutir con todas ellas el documento de consentimiento para participar en el estudio.

La enfermera que participó en el estudio hablaba español y quechua y en los casos en que se hablaba aymara o shipibo se contó con traductor as. Todas las mujeres miembros de cada OCB fueron invitadas a participar en el tamizaje (despistaje) independientemente que tuvieran o no molestias o síntomas de ITR.

Procedimientos Generales

En cada lugar se hicieron coordinaciones con las autoridades locales para contar con espacios adecuados y, sobre todo, confidenciales, para conversar con las participantes, realizar la entrevista, desarrollar el examen físico y la toma de muestras. En algunos casos se trabajó en los puestos o centros de salud más cercanos a las localidades de las OCB visitadas y en otras, se adecuó el local comunal que ofrecía la OCB, contando con dos o tres cuartos adyacentes, en uno de los cuales se montaba el laboratorio de campo.

Para poder realizar los exámenes de laboratorio se tuvieron que movilizar, a cada poblado, los equipos y materiales necesarios para los pruebas, de modo que se preparaba en cada lugar un **“laboratorio de campo básico de ETS”** con microscopio, fuente de luz, rotador, centrífuga, conservadoras de frío e incubadora portátil (figura 4, página 30). Gracias a las coordinaciones locales en los lugares donde no había electricidad, se contó con grupos electrógenos.

Las mujeres, que en la reunión inicial de presentación del estudio expresaban su interés por participar, eran anotadas en una hoja de registro. Este registro servía para planear las actividades, el orden de participación y el tiempo que duraría en su conjunto el trabajo en la OCB.

El trabajo se iniciaba muy temprano cada mañana y proseguía hasta el anochecer. Dependiendo del número de participantes por OCB, la estadía en cada lugar era variable desde unos cuantos días hasta semanas. Esto permitió además, de manera indirecta, hacer un seguimiento del estudio y tener la oportunidad de conversar con las participantes una vez terminado el trabajo de campo.

Entrevista y examen

El primer paso, con cada participante, fue el consentimiento informado para su participación. Algunas de las participantes consentían su participación durante la reunión inicial, otras preferían pensarla y regresar a firmar el día de su visita programada. Para ello, la enfermera del equipo conversaba individualmente con cada participante y le explicaba nuevamente los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios, y respondía a sus dudas de manera confidencial (Figura 5, página 30).

Terminado este proceso, la participante pasaba al consultorio de la obstetriz. Allí era entrevistada recogiéndose información acerca de síntomas asociados a infecciones del tracto reproductivo, datos generales demográficos, antecedentes gineco-obstétricos, búsqueda de servicios, y antecedentes e historia sexual. Si bien es cierto que el cuestionario que se usó contenía preguntas cerradas, también se incluyeron preguntas abiertas contándose con tiempo para conversar con la participante. Luego, la obstetriz del equipo invitaba a la paciente a pasar a la camilla para realizar el examen ginecológico manual y con espéculo, prestando especial interés en la presencia de lesiones externas, el aspecto de la vulva, vagina y cervix, características del flujo vaginal y cervical (cantidad, color, etc.) y presencia de dolor a la movilización del cuello uterino y/o anexos.

Toma de muestras

Durante el examen con espéculo, la obstetriz colectaba muestras de las paredes laterales de la vagina y muestras cervicales completando el examen con la toma de muestras de sangre. Los exámenes fueron procesados en el campo por la microbióloga del equipo y los resultados, que estaban listos en 15 a 20 minutos, fueron utilizados al final de la visita para decidir el tratamiento de acuerdo a las normas nacionales.

Procedimientos de Laboratorio

La microbióloga del equipo se encargó de procesar las muestras en el campo. El primer hisopado vaginal se usó: (1) para la prueba de pH de secreción vaginal usando colorpHast (pH 4.0 a 7.0, MCB reagents, Gibbstown, NJ); (2) para determinar la presencia de olor a aminas al mezclar con KOH al 10%; (3) para preparar el frotis para la coloración de Gram y (4) para el estudio directo con salino. El fluido vaginal se mezcló 1:1 con salino para detectar tricomonas móviles y células clave, y con KOH al 10% para determinar la presencia de pseudohifas (cándida). Para evitar dañar las células, se hizo rodar en las láminas los hisopos contenido fluido vaginal y moco cervical. Posteriormente las láminas fueron secadas al aire, coloreadas con la tinción de Gram, examinadas para la presencia de hongos y para la determinación de la escala de Nugent (para determinar el diagnóstico de vaginosis bacteriana). [9][10]

El segundo hisopo fue usado para el aislamiento de *Trichomonas vaginalis* (TV) usando la prueba “*InPouch TV*” (medio de cultivo). Este hisopo se inoculó en la cámara superior del sistema “*InPouch TV*”, procediéndose luego al sellado de las bolsas del sistema. Luego de un primer examen de las bolsas, éstas fueron incubadas a 37°C y re-examinadas por microscopía a 100 y 450 aumentos a las 24 y 48 horas postinoculación, para determinar la morfología y motilidad características de las tricomonas.

De la misma manera, la muestra cervical fue teñida con la coloración de Gram y examinada al microscopio para la detección de diplococos Gram negativos (uno

de los criterios para el tratamiento de gonorrea) y para el conteo de neutrófilos en moco cervical.

Las muestras de sangre fueron centrifugadas y el suero fue sometido a la prueba rápida de reagina plasmática (RPR Organon-Teknika) para diagnóstico de sífilis de acuerdo a las recomendaciones del fabricante, siendo luego congeladas y transportadas a Lima para la prueba confirmatoria de TPHA (ensayo de hemaglutinación de *Treponema pallidum*).

Los hisopados cervicales fueron colocados en un medio especial para la prueba de reacción de polimerasa de cadena (PCR Roche Molecular Diagnostics) para clamidia y gonorrea y refrigerados por no más de 12 horas, antes de ser congeladas en hielo seco para su transporte a Lima, donde se mantuvieron a -70°C hasta que fueron enviadas a la Universidad de Washington para su evaluación usando los reactivos de Roche Molecular Diagnostics. En esas condiciones fueron mantenidos hasta la realización de la prueba de detección de ácido desoxirribonucleico (DNA) de virus del Papiloma Humano (VPH) tipo 6, 11, 16 y 18 utilizando la prueba de PCR multiplex de Merck Research Laboratories.

Cuando existía alguna duda acerca de embarazo se realizaba una prueba rápida para el embarazo en una muestra de orina (10-15cc).

Definiciones

Los diagnósticos se basaron en los siguientes criterios:

Vaginosis bacteriana (VB): criterios de Amsel [8] o criterios de Nugent basados en la escala de la coloración de Gram [9] (cualquiera de los dos determinó el tratamiento de VB).

Tricomoniasis vaginal (TV): observación de tricomonas móviles al examen microscópico de secreciones vaginales, o aislamiento de *T. vaginalis* en el cultivo (*In Pouch TV*).

Candidiasis vulvovaginal (CVV): dos de los siguientes criterios: flujo blanco como requesón; prurito e inflamación vulvar y pseudohifas en la coloración de Gram o KOH.

Cervicitis mucopurulenta: exudado amarillo del orificio (os) cervical o coloración de Gram de moco endocervical mostrando >30 neutrófilos por campo de 1000 aumentos, o friabilidad del cuello del útero (es decir, sangrado fácilmente inducible).

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): cervicitis mucopurulenta con dolor a la movilización cervical y sensibilidad en anexos.

Gonorrea e infección por clamidia: prueba de PCR positiva para gonorrea o clamidia independientemente.

Sífilis: prueba de RPR reactiva. El tratamiento se basó en los resultados del RPR.

Citología cervical: clasificada de acuerdo al sistema de Bethesda [11].

Detección de Virus del Papiloma Humano: prueba de PCR positiva para VPH.

Tratamiento

El tratamiento siguió las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud [12] y las Guías Nacionales de manejo de las ETS del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS).

Las mujeres recibieron 2 g de metronidazol vía oral en dosis única para vaginosis bacteriana o tricomoniasis; crema vaginal de clotrimazole para candidiasis, 500 mg de ciprofloxacina más doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 7 días (o 1 g. de azitromicina vía oral en dosis única) para cervicitis mucopurulenta; y 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica intramuscular en dosis única seguidos de referencia para seguimiento en el centro de salud más cercano para casos con RPR reactivo.

Los tratamientos eran entregados a la participante en la misma visita y se monitoreaba que los tomaran en ese momento (toma directamente observada figura 6, página 31).

Se ofreció consejería y tratamiento a la pareja en casos de tricomoniasis, seroreactividad para sífilis y cervicitis mucopurulenta. Las mujeres embarazadas fueron referidas al centro de salud más cercano para seguimiento.

Los PAP cervicales fueron transportados a Lima para evaluación, y los resultados de la citología fueron entregados a las participantes por la coordinadora regional de ReproSalud en no más de dos meses de tomada la muestra. ReproSalud coordinó los aspectos relacionados al seguimiento y tratamiento posteriores para aquellas mujeres que por sus diagnósticos lo requerieran se encargó de cubrir los gastos asociados y facilitar los procedimientos.

Como parte del estudio, se creó material educativo referente a enfermedades de transmisión sexual y descenso vaginal adaptado a mujeres de áreas rurales de cada región (ver figura 5, página 30), y se usaron recetas pre-impresas especialmente diseñadas con información para las pacientes y sus parejas.

Los comités de ética de la Universidad de Washington (Seattle) y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Perú) aprobaron el protocolo.

Análisis de los datos

El ingreso de datos y el análisis se hicieron usando el paquete SPSS versión 10.0.

Se usó la prueba T de Student para los análisis univariados y regresión logística no condicional en modelos multivariados para calcular los odds ratios (OR) ajustados y sus intervalos de confianza. EpiCalc 2000 (versión 1.02) fue usado para calcular los OR crudos y sus intervalos de confianza.

Las preguntas abiertas fueron registradas y analizadas independientemente.

Figura 2

Mujeres de comunidad Shipiba en reunión inicial de presentación del estudio.



Figura 3

Mujeres revisando los consentimientos informados



Figura 4

Microbióloga leyendo frotices vaginales en «laboratorio de campo básico de ETS»



Figura 5

Enfermera del equipo explicando a la participante procedimientos, riesgos y beneficios en la obtención del consentimiento informado.



Figura 6

Participante tomando el tratamiento indicado.

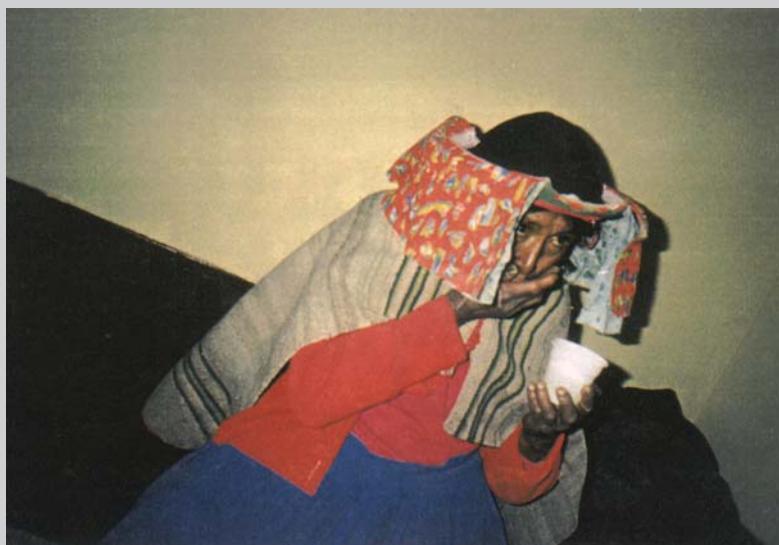
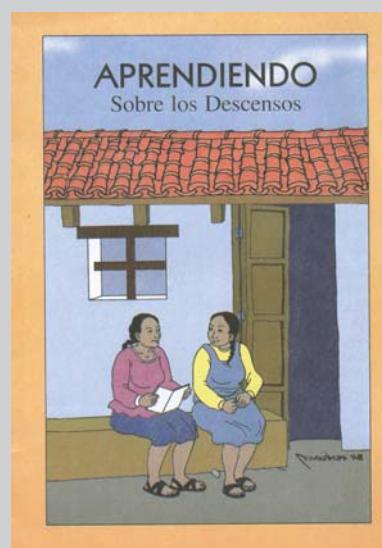
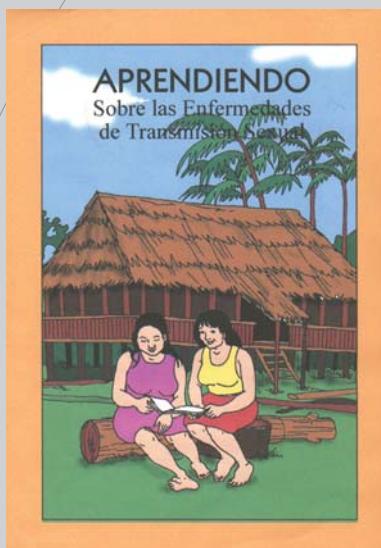
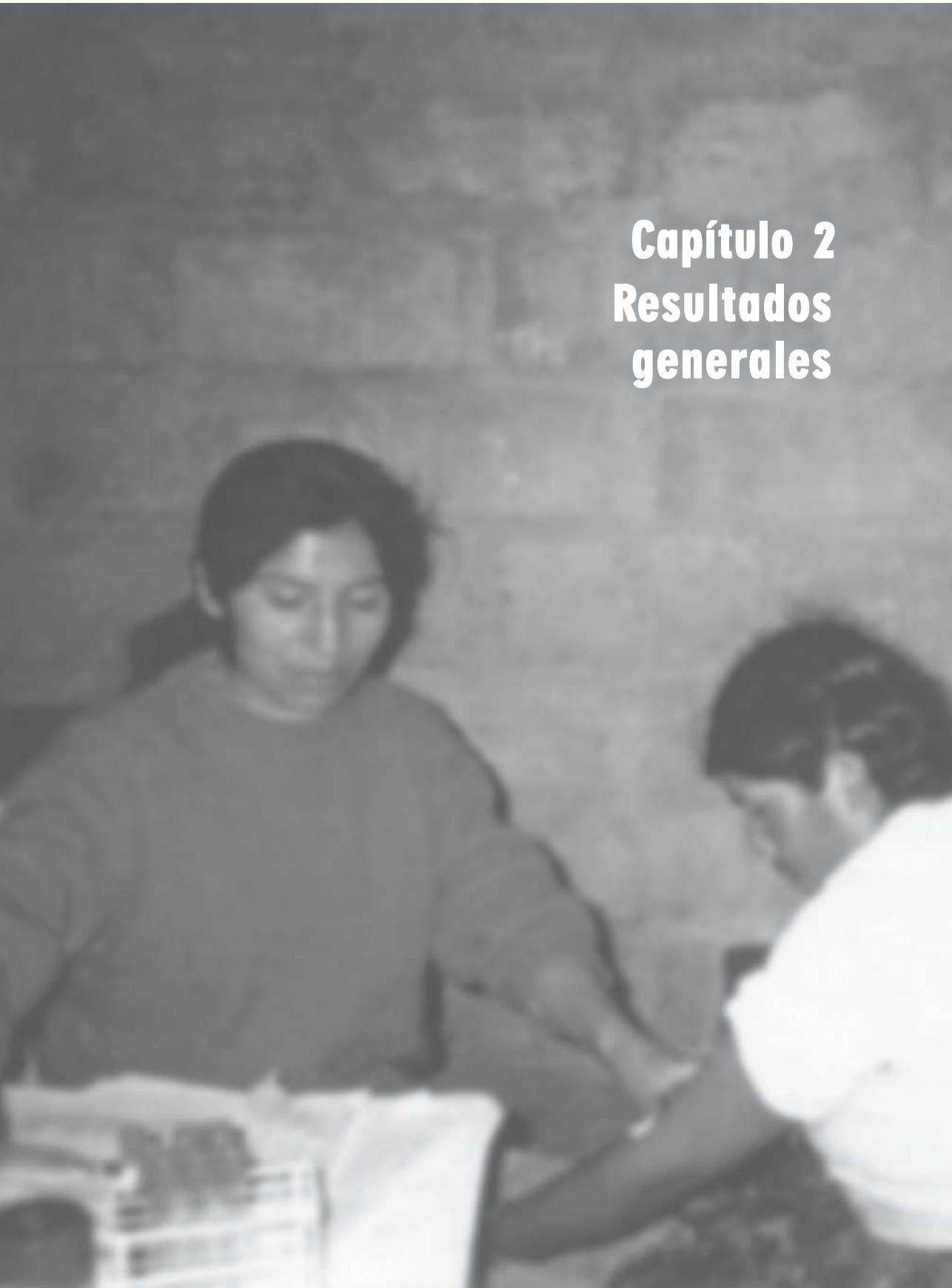


Figura 7

Materiales producidos referente a enfermedades de transmisión sexual y descensos.







Capítulo 2

Resultados generales

Historia gineco-obstétrica de las participantes

La edad promedio de menarquia fue de 13.9 años. El número promedio de embarazos fue de 5.4 (0 – 17), el número promedio de nacidos vivos fue de 4.8 (0 – 14) y el número promedio de hijos vivos fue de 3.9 (rango 0 – 12).

Sólo el (2.7%) de mujeres (20) no tenían historia de embarazos. La proporción que reportó abortos fue de 32%. No se pidió se especificara si el aborto fue espontáneo o inducido. Se encontró que el número de abortos reportados se incrementó sostenidamente desde un 14% para mujeres con un sólo hijo, a 42% para aquellas con seis o más hijos vivos, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$).

Siete mujeres habían tenido histerectomías; 35 (4.6%) estaban embarazadas (26 en el primer trimestre) y 67.5% (508 mujeres) reportaron haber tenido exámenes pélvicos anteriormente. Los exámenes pélvicos previos se realizaron para obtener una muestra para PAP (40%), como parte de un examen prenatal o perinatal (16%), para planificación familiar (15%), para evaluar descenso vaginal (7%), para un “chequeo” (6%) y otras causas más específicas en un 16% (ej. prolapsos, picazón, ardor al orinar, inflamaciones etc.). Las razones reportadas en casi el 30% de las mujeres que nunca habían tenido un examen pélvico incluyeron: miedo al examen, distancia de viaje requerida, vergüenza, costo, falta de conocimiento, y preocupación por los celos de la pareja, dado que los profesionales que atendían eran varones.

Se preguntó también acerca del Papanicolao (PAP), encontrándose que 363 (48%) de las participantes afirmaron haberse hecho alguna vez un PAP; algunas como parte de la rutina de control de embarazo, chequeo general o como parte de una campaña de detección. En promedio, entre las participantes que habían tenido un PAP, éste había sido tomado hacia 2 años, variando entre un mes a más de 20 años desde su último PAP. Lo resaltante es que casi la mitad de las participantes que alguna vez tuvo un PAP, 175 (48%), nunca supo el resultado.

En la **tabla 3** se resume la información relacionada a la historia ginecológica, obstétrica, uso de métodos anticonceptivos, uso de condón, conducta sexual de las participantes y su percepción sobre las conductas sexuales y síntomas genitales de sus parejas.

Tabla 3 : Características gineco-obstétricas, anticoncepción y de conducta sexual

	Selva n = 186	Sierra n = 495	Costa n = 73	Total n = 754
Historia gineco-obstétrica				
Número de embarazos (media)	5.9	5.4	4.4	5.4
Número de nacidos hijos vivos (media)	5.1	4.9	3.9	4.8
Número de hijos vivos (media)	4.1	3.9	3.4	3.9
Al menos un aborto (de tipo no especificado), n (%)	87(47%)	129 (26.1%)	25 (34.2%)	241(32%)
Prácticas anticonceptivas, n (%)				
Ninguna	99 (53.5)	301 (70.8)	40 (54.8)	440 (58.4)
Ritmo	8(4.3)	67(13.5)	2(2.7)	77(10.2)
Condón (uso en su última relación sexual)	1(0.5)	13(2.6)	2(2.7)	16(2.1)
Inyecciones o píldoras anticonceptiva	40(21.6)	47(9.5)	6(8.2)	93(12.4)
Dispositivo intrauterino	10(5.4)	33(6.7)	9(12.3)	52(6.9)
Ligadura tubaria	26(14.1)	27(5.5)	8(11)	61(8.1)
Coitus interruptus	1(0.5)	7(1.4)	6(8.2)	14(1.9)
Conducta sexual de la participante				
Edad de inicio sexual, media	16.6	17.6	17.7	17.4
Total de parejas desde inicio sexual, media (mediana)	2(2)	1.6(1)	1.8(1)	1.7(1)
Más de 2 parejas desde inicio sexual, n (%)	53 (28.5)	59 (11.9)	13 (17.8)	125(16.6)
Número de parejas en el último año, media	0.88	0.86	0.93	0.9
Conducta sexual de la pareja (según la participante) n (%)				
Alguna vez tuvo sexo con prostitutas	34(34)	67(16.9)	7(11.7)	108(19.4)
Tuvo sexo con otras mujeres en el último año	36(36)	54(13.6)	14(23.3)	104(18.7)
Actualmente tiene otra pareja	39(24.5)	64(16.1)	12(20)	115(18.7)
Actualmente tiene molestias genitales	18(11.3)	52(13.1)	3(5)	73(11.9)

Anticonceptivos, condones e higiene genital

Al momento del tamizaje, 440 mujeres (58%) no usaban métodos anticonceptivos; de ellas, 278 nunca los habían usado; 77 (10%) usaban sólo el método del ritmo y 14 (2%) practicaban el *coitus interruptus* (“*mi esposo me cuida retirándose*”). 67 (9%) usaban inyecciones hormonales, 26 (3.5%) usaban píldoras anticonceptivas, 61 (8.1%) habían sido sometidas a ligadura tubaria, 52 (6.9%) tenían un DIU, 16 (2.1%) refirieron haber usado condón en su última relación sexual, y sólo tres reportaron usar siempre condones. Cabe notar lo infrecuente que es el uso de condones en esta población.

Las prácticas anticonceptivas varían según regiones, así en la sierra se encontró un mayor porcentaje de mujeres que no usan métodos anticonceptivos.

En cuanto a la higiene genital, 70% de las mujeres declararon usar sólo lavados genitales externos; 15%, lavado interno con los dedos; 12.6%, usaba bidet o duchas vaginales; y, alrededor del 2%, no reportó prácticas de lavado genital.

Las participantes referían usar para sus lavados internos múltiples sustancias: jabón de lavar, aseptil, yodo, sangre de grado, vinagre, jugo de limón, agua de llantén, agua de matico, agua de ruda, agua de malva, agua de piñón, agua de manzanilla, agua de eucalipto, sábila, agua de verbena, chuchuhuasi, entre otros.

Los aspectos relacionados a la higiene genital son fundamentales dado que prácticas como las de lavado vaginal con o sin duchas, junto con el uso de diversas sustancias, alteran el ecosistema vaginal y condicionan infecciones como la vaginosis bacteriana. La asociación entre la higiene y las enfermedades de transmisión sexual proviene del estereotipo que se tiene de las personas con ETS: "personas sucias", "promiscuas", "de mal vivir". Esto ha llevado a crear mitos como que el lavarse después del coito es una manera, para el varón y la mujer, de "prevenir" una ETS o venérea; lo cual es falso. También el hecho que una de las infecciones vaginales más frecuentes, la vaginosis bacteriana, se presente con mal olor que emana de la vagina (olor a pescado) ha condicionado que las mujeres (muchas veces recomendadas por profesionales de la salud) busquen solucionar el problema lavándose la vagina, desconociendo que cada lavado condiciona mayor daño de la flora vaginal y más molestias y mal olor, manteniendo el ciclo vicioso.

Romper el mito de que la "vagina necesita ser lavada por dentro" y enseñar que, por el contrario, el introducir agua y otras sustancias dañan la "flora vaginal" permitirá reducir las prevalencias de infecciones vaginales. La higiene externa de los genitales es importante, la higiene interna (conocida como la "higiene íntima"), no es necesaria y puede ser dañina.

Conducta sexual de las participantes y sus parejas

La edad promedio de inicio sexual reportada fue de 17.4 años (mediana 17,

rango 10-38 años); siendo 16.6 años para comunidades de la selva y 17.7 años para comunidades de la costa y sierra ($p<0.0001$). 82% de las mujeres tenían pareja sexual al momento de la entrevista.

El número total de parejas desde el inicio sexual fue en promedio sólo 1.7 (2.0 para comunidades de la selva y 1.6 para la costa y sierra, $p<0.0001$).

El número promedio de parejas durante el año previo a la entrevista fue de 0.9 (mediana 1; rango 0-2), similar para las 3 regiones. Sólo 125 (16.6%) reportó más de dos parejas en la vida, y solamente cuatro (0.5%) de las 754 mujeres reconocieron haber tenido dos parejas en el último año. Este relativamente bajo número de parejas sexuales a lo largo de la vida de las mujeres en el Perú, es una constante en diversos estudios que se han realizado [13][14][15], lo que además reafirma que el riesgo de ETS, y eventualmente de VIH en mujeres en el Perú, se asocia fundamentalmente al riesgo de su **única** pareja sexual.

En contraste, el 20% de estas mujeres refirieron que sus parejas tenían sexo con prostitutas; cerca de un 20% que sus parejas habían tenido sexo con otra mujer en el último año, y 20% que sus parejas tenían otra pareja sexual además de ellas.

Las mujeres de la selva refieren más frecuentemente que sus parejas tienen sexo con prostitutas (34%), o han tenido otra mujer en el último año (36%), o tienen otra pareja sexual (24%). Además de las entrevistas, se obtuvo la información que en este grupo de mujeres de la selva esta conducta de “varón mujeriego” era considerada por muchas de las mujeres como lo “normal” en el contexto de las relaciones de género de su comunidad, estando muchas de ellas, aparentemente, de acuerdo con ello.

Molestias genitales en las parejas

De 616 mujeres que respondieron esta pregunta, 73 (11.9%) dijeron que su pareja sí tenía alguna molestia en los genitales actualmente, mientras que 74 (12%) no sabían. Las molestias mencionadas fueron: ardor o dolor al orinar en 36 (50%), “picazón en el pene” (20.8%), ampollas en el área genital (15.3%), úlcera genital (5.6%), pus o líquido por el pene (2.8%), verrugas genitales (2.8%), manchas blancas en el área genital (1.4%) y sangrado por el pene (1%).



Capítulo 3

Las infecciones del tracto reproductivo

Historia previa de Infecciones del Tracto Reproductivo y búsqueda de servicios de salud

A la pregunta “¿Ha tenido alguna vez una infección en sus partes privadas?”, 405 mujeres respondieron que sí. Es decir, más de la mitad, un 54% de las participantes, reconocían haber tenido durante su vida al menos un episodio de infección del Tracto Reproductivo. De éstas, 387 pudieron describir síntomas o diagnósticos específicos: 243 (63%), tuvieron descenso vaginal; 55, prurito o dolor vulvar; 32, dolor abdominal bajo; 31, síntomas urinarios; 15, úlcera o inflamación cervical; cuatro, infecciones del ovario; tres, úlceras genitales; dos inflamación pélvica; y dos, dolor durante las relaciones sexuales. Al preguntárseles directamente respecto a úlceras genitales, 71 (9%) reportaron dicha historia en ellas mismas, y 65 (8.6%) en sus parejas.

De las mujeres que mencionaron haber tenido una infección, 126 (36%), nunca buscaron ayuda; 170 (48%), fueron a un establecimiento del Ministerio de Salud; 30 (8.5%), a un médico privado; y 27 (8%) acudieron a curanderos o farmacias en busca de tratamientos. Menos de un tercio (29%) de las 200 mujeres que buscaron ayuda para sus molestias en establecimientos del Ministerio de Salud o médicos privados, obtuvieron algún tipo de tratamiento (medicamento recomendado), el resto terminó automedicándose o siguiendo la recomendación de curanderos o farmacias.

Síntomas de Infección del Tracto Reproductivo

Cuando se preguntó a las participantes la razón por la que deseaban ser examinadas, 275 declararon no tener ninguna molestia pero que deseaban tener un chequeo, y 479 declararon un total de 535 molestias o síntomas, incluyendo 386 (51%) que declararon, espontáneamente, 440 molestias relacionadas a ITR. (Tabla 4)

Estos síntomas de ITR incluyeron descenso vaginal anormal (“regla blanca”) en 173 (22.9%); dolor abdominal bajo, en 221 (27.3%); picazón vulvovaginal, en 31 (4.1%); dolor con las relaciones sexuales, nueve (1.2%); y sangrado vaginal en seis (0.8%). Adicionalmente, mediante preguntas específicas en el cuestionario (síntomas por “indagación”) se logró obtener 992 síntomas relacionados a ITR en 461 mujeres (de las cuales 194 no habían reportado ningún síntoma espontáneamente). Estos síntomas incluyeron descenso vaginal en 147 (19.5%); dolor abdominal bajo, en 154

(20.4%); mal olor vaginal, en 123 (16.3%); picazón vulvovaginal, en 156 (20.7%); sangrado vaginal no menstrual, en 64 (8.5%); sangrado postcoital, en 37 (5%); dolor con las relaciones sexuales, en 221 (29%); y ulceras genitales, en 20 (2.6%). **En total, 76.9% de las mujeres reportaron espontáneamente o por indagación, síntomas posiblemente relacionados a ITR.**

Tabla 4. Síntomas de ITR referidos espontáneamente o por indagación (n=754)

Síntomas espontáneos	Número de mujeres (%)
No refiere síntomas	275 (36.5)
Síntomas no relacionadas a ITR	93 (12.3)
Síntomas posiblemente relacionadas a ITR	386 (51.2)
Descenso vaginal anormal ("regla blanca")	173 (22.9)
Dolor abdominal bajo	221 (29.3)
Picazón vulvovaginal	31 (4.1)
Dolor con las relaciones sexuales (Dispareunia)	9 (1.2)
Sangrado vaginal no menstrual	6 (0.8)
Síntomas reportados al preguntar por ellos (indagación)	461 (61.1)
Descenso vaginal anormal	147 (19.5)
Dolor abdominal bajo	154 (20.4)
Mal olor vaginal	123 (16.3)
Picazón vulvovaginal	156 (20.7)
Sangrado vaginal no menstrual	64 (8.5)
Sangrado post-coital	37 (4.9)
Dolor con las relaciones sexuales	221 (29.3)
Ulceras genitales	20 (2.7)
Por lo menos un síntoma o molestia espontáneo o por indagación relacionado a ITR	580 (76.9)

Al indagar sobre la duración del síntoma de descenso vaginal, se encontró un promedio de 114 días, pero el 72% reportaron tener descenso por menos de 15 días.

Luego de excluir 11 mujeres que reportaron dolor abdominal bajo de una duración mayor de tres años, la duración promedio de dolor abdominal bajo reportada por el resto de mujeres fue estimada en 107 días (aproximadamente tres meses), de las cuales el 48% tenía dolor menos de 15 días.

Hallazgos clínicos

De las 754 mujeres entrevistadas, 35 (4.6%) estaban embarazadas, de las cuales 26 eran gestantes en el primer trimestre. Nueve participantes fueron halladas febriles ($>38^{\circ}\text{C}$), todas ellas de la selva. Cinco mujeres que habían tenido histerectomías, rechazaron el examen vaginal con espéculo.

Se encontraron anormalidades externas en la vulva y el periné en 88 (11.7%) de las mujeres, incluyendo condilomas, cicatrices hipopigmentadas, úlceras, ampollas, vitíligo, laceraciones, e inflamación uretral. Se observó prolапso uterino en 15 (2%) mujeres. El examen cervical mostró facilidad para el sangrado del cuello de útero (friabilidad) en 210 (28.5%). Se encontró exudado endocervical amarillo (mucopus endocervical) en 42 (5.7%) de las mujeres.

Se pudo observar sensibilidad a la movilización del cuello en 104 (14.4%) de 720 mujeres, sensibilidad anexial en 6%, y ambos, más signos de cervicitis mucopurulenta presentes en 11 (1.5%).

Infecciones del Tracto Reproductivo

La **Tabla 5** resume las prevalencias de los diagnósticos clínicos y con confirmación por laboratorio de las ITR encontradas.

En general se encontró que 531 participantes (70.6%) tenían evidencia objetiva clínica o microbiológica de alguna ITR, incluyendo pruebas positivas para infección vaginal o cervical y/o signos de verrugas genitales, úlceras genitales, cervicitis muco purulenta o enfermedad pélvica inflamatoria. Alrededor de 38% tenía dos o más ITR, siendo la asociación entre vaginosis bacteriana y tricomoniasis la más frecuente (10.9%). En la **Tabla 6** se presenta la distribución de las prevalencias según las diferentes regiones estudiadas.

Tabla 5: Prevalencia de Infecciones del Tracto Reproductivo

	Número de Pruebas	Número Positivo (%)
Cándida	752	34 (4.5)
Vaginosis Bacteriana	748	
Por criterio de Amsel		251 (33.6)
Por criterio de Nugent		305 (40.8)
Por ambos criterios		229 (30.6)
Por alguno de los dos criterios		327 (43.7)
Tricomoniasis	751	
Por Salino		86 (11.5)
Por cultivo		115 (15.3)
Por alguno de los dos		124 (16.5)
Cervicitis		
Exudado endocervical amarillo	736	42 (5.7)
Más de 30 leucocitos PMN/campo en aceite de inmersión en Moco cervical	740	183 (24.7)
Sangrado cervical fácilmente inducido (Friabilidad)	736	210 (28.5)
Cervicitis mucopurulenta (cualquiera de los 3 criterios anteriores)	740	345 (46.6)
Infección Cervical		
PCR para Neisseria gonorrea	752	9 (1.2)
PCR para Clamidia Trachomatis	752	51 (6.8)
Enfermedad Inflamatoria Pélvica (dolor a la movilización de los anexos más cervicitis mucopurulenta)	733	11 (1.5)
Sífilis	746	
RPR reactivo		22 (2.9)
TPHA confirmatorio		13 (1.7)
Virus del Papiloma Humano (VPH)¹	576	
VPH 16		17 (3.0)
VPH 6		9 (1.6)
VPH 18		4 (0.7)
VPH 11		1 (0.2)
Alguno de estos tipos		29 (5.0)
Verruga Genital	752	18 (2.4)
Ulcera Genital	752	3 (0.4)
Cualquiera de arriba	752	531 (70.6)

¹ En el caso de 5 participantes no se pudo amplificar la muestra

Infecciones vaginales

Se evidenció descenso vaginal, durante el examen, en 412 mujeres de las cuales en 296 (29%) fue considerado anormal (descenso moderado, profuso amarillo y/o líquido homogéneo). La prevalencia de candidiasis fue de 4.5%. Se encontró una prevalencia de vaginosis bacteriana del 33.3% por el criterio clínico de Amsel, 40% por el criterio de Nugent en la coloración de Gram (concordancia de ambas pruebas de diagnóstico kappa = 72%). Un 30.6% de los casos cumplieron ambos criterios, y 327 (43.7%) se diagnosticaron por alguno de los dos criterios. Se detectó *T. vaginalis* en 11.5% de las mujeres por examen microscópico directo del fluido vaginal y en 15.3% por cultivo (kappa = 73%). Usando como criterio la positividad a cualquiera de los dos exámenes, la prevalencia fue de 16.5%.

En general, de 748 pruebas para vaginosis bacteriana y tricomoniasis, 370 (49.5%) tenían al menos una de estas infecciones por algún criterio objetivo, **lo que muestra la alta frecuencia de estas dos etiologías asociadas al descenso vaginal.**

Infección Endocervical

Una de cada cuatro participantes (24.3%) presentó, durante el examen, evidencia de cervicitis con presencia de 30 o más neutrófilos por 1000 aumentos en filamentos de moco cervical, y casi la mitad (46.6%) de las participantes cumplieron con alguno de los criterios para cervicitis mucopurulenta (friabilidad del cuello, mucopus endocervical o presencia de neutrófilos). En el examen de campo se interpretó la coloración de Gram del moco cervical como positiva para diplococos intracelulares (indicadores de infección cervical por gonorrea) en 105 (14%) de 749 mujeres. Sin embargo, cuando se revisaron estas láminas en la Universidad de Washington, se pudo confirmar este hallazgo en sólo diez (9.5%) de las 105 láminas, y de éstas no todas fueron confirmadas luego por PCR.

Tabla 6: Prevalencia de algunas Infecciones del Tracto Reproductivo por subregiones visitadas

	Cándida		Vaginosis ¹ Bacteriana		Tricomoniasis ²		Cervicitis ³	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ucayali	2	2,9	27	40,9	6	8,7	12,0	17,4
Ucayali-Campa	4	10,8	19	51,4	6	16,2	6,0	16,7
San Martín	1	1,3	32	41,0	2	2,6	23	30,7
Ayacucho	2	2,5	29	36,3	2	2,5	24,0	31,2
Lima	3	10,0	11	36,7	8	26,7	3	10,3
Puno-Aymara	12	15,2	41	51,9	21	26,6	18,0	23,1
Puno-Quechua	2	1,9	45	42,1	31	29,0	17	15,9
Ancash	5	3,3	60	39,2	23	15,0	52	34,4
Huancavelica	1	1,3	37	49,3	16	21,3	16,0	21,3
La Libertad	2	4,7	26	60,5	9	20,9	12	27,9
TOTAL	34	4,5	327	43,7	124	16,5	183	24,3

1 Diagnóstico por alguno de los dos criterios Amsel o Nugent. 2 Diagnóstico por alguno de los dos métodos (salino o cultivo). 3 Diagnóstico por cuenta de leucocitos ≥ 30 leucocitos PMN/campo en aceite de inmersión en moco cervical, no se incluyen diagnósticos por friabilidad de cérvix o mucopus cervical que elevan la prevalencia a un 46,6% de total de participantes.

Tabla 6 (continuación)

	Gonorrea		Clamidia		Sífilis ⁴	
	n	%	n	%	n	%
Ucayali	-	-	2	2,9	4	5,7
Ucayali-Campa	3	3	5	13,5	3	8,1
San Martín	-	-	4	5,1	3	3,9
Ayacucho	2	2	1	1,3	1	1,3
Lima	-	-	4	13,3	-	-
Puno-Aymara	-	-	9	11,4	4	5,1
Puno-Quechua	2	2	9	8,4	-	-
Ancash	2	2	11	7,1	7	4,5
Huancavelica	-	-	3	4,0	-	-
La Libertad	-	-	3	7,0	-	-
TOTAL	9	1,2	51	6,8	22	2,9

4 Diagnóstico por RPR reactivo.

Por PCR, la prueba más sensible con la que se cuenta hoy en día para el diagnóstico de gonorrea y clamidia (pero también una de las más sofisticadas técnicamente y costosas), se obtuvieron resultados positivos para *N. gonorrhoeae* en nueve (1.2%) de 752 muestras, y para *C. trachomatis* en 51 (6.8%) incluyendo cuatro con ambas infecciones y 56 (7.5%) con alguna de las dos.

Un hallazgo interesante es que la correlación entre las diferentes alternativas de diagnóstico de cervicitis fue pobre (e.g. kappa entre mucopus endocervical y presencia de 30 o más neutrófilos por 1000 aumentos en filamentos de moco cervical fue de sólo 9%) lo que confirma las limitaciones que se tienen aún hoy en día para el diagnóstico de infecciones cervicales. Inclusive, con la prueba de PCR hemos podido aclarar una pequeña proporción de las causas de cervicitis, dado que podríamos asociar a clamidia o gonorrea sólo un 7.5% del 46.6% de las cervicitis. Además de las limitaciones en las pruebas diagnósticas que se tienen, no sólo en el país, sino en general, aún queda mucho por descubrir con respecto a las diversas etiologías que pueden condicionar este problema. Recientemente, por ejemplo, se ha identificado un nuevo agente que se asocia a cervicitis: el mycoplasma genitalium [15], para el que no se hicieron pruebas en este estudio.

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Se encontraron hallazgos compatibles con esta dolencia (según la definición usada para el estudio): dolor a la movilización cervical, dolor en anexos y evidencia de cervicitis mucopurulenta en 11 participantes (1.5%). 104 (14.4%) mujeres presentaron dolor a la movilización de la cervix y 6% dolor en anexos.

Seropositividad para sífilis y prevalencia en gestantes

La prueba de RPR fue reactiva en el campo en 22 (2.9%) de 746 pacientes. De estos, 13 pudieron ser más tarde confirmados por TPHA.

Gestación e ITR

De las 35 gestantes se encontró que 1(2.9%) tuvo RPR y TPHA reactivos

para sífilis, diez (29%) tuvieron tricomoniasis, nueve (26%) vaginosis bacteriana, y cuatro (11%) infección por clamidía. En el subanálisis no se encontraron diferencias significativas en la distribución de las ITR entre las mujeres gestantes y las no gestantes. En otras palabras las mujeres gestantes presentan prevalencias tan altas como las no gestantes, lo que debe resaltarse, dado que muchas veces no se piensa en estos problemas de ITR/ETS en gestantes. (Tabla 7)

Tabla 7: Prevalencias de ITR en mujeres gestantes y no gestantes

	Prevalencia en gestantes (N=35)	Prevalencia en no gestantes (N=745)	p
Sífilis			
RPR	1 (2.9%)	21 (2.8%)	0.6
TPHA	1 (2.9%)	12 (1.6%)	0.9
Tricomoniasis	10 (28.6%)	114 (15.3%)	0.06
Vaginosis bacteriana	9 (25.7%)	220 (29.5%)	0.8
Infeción por clamidía	4 (11.4%)	47 (6.3%)	0.39

Citología Cervical (PAP) y Virus del Papiloma Humano

De 743 láminas citológicas colectadas, 11 se perdieron (en el accidente). Las láminas de PAP fueron procesadas y leídas en Lima por un sólo patólogo experimentado. De las 732 láminas de PAP, 17 fueron inadecuadas; tres mostraron cáncer cervical invasivo; cuatro, lesiones intraepiteliales de alto grado; 15, lesiones intraepiteliales de bajo grado; cinco, células atípicas de significado no determinado (ASCUS); y cuatro, células glandulares atípicas de significado no determinado (AGUS).

De 581 muestras cervicales en las que se hicieron las pruebas, 27 (4.9%) fueron positivas para VPH 6, 11, 16 ó 18, incluyendo 8 positivas para VPH 6 solamente, una para VPH 11, 15 para VPH 16, tres para VPH18, una para

VPH 11, 16 y 18 y dos para VPH 6 y 16. De estas 27 mujeres con pruebas positivas para VPH, 24 tuvieron una lámina de PAP. De estas dos fueron interpretadas como lesiones intraepiteliales de bajo grado (una VPH 6 y otra VPH 6 y 16) y dos tuvieron cánceres invasivos (VPH 16). Es decir, una alta prevalencia de anormalidades del PAP asociadas a los tipos 6 y 16 de VPH, consistente con la asociación ya descrita de este virus con cáncer uterino.

Resultados citológicos (PAP) e infecciones del Tracto Reproductivo

Además del diagnóstico asociado a displasias en el reporte citológico del PAP, es frecuente que se señalen otros diagnósticos como, por ejemplo, el de inflamación o presencia de tricomonas. En nuestro estudio el patólogo desconocía los hallazgos clínicos o microbiológicos para las participantes. El patólogo reportó el hallazgo de tricomonas en 60 de las 711 láminas. Al comparar la lectura de tricomonas por el patólogo con la detección por microscopía o cultivo, se encontró una sensibilidad (32%), y un valor predictivo positivo de 62%. En pocas palabras, el PAP no es un buen método de despistaje para tricomoniasis, dado que solo permite detectar tres de cada diez infecciones por tricomonas. Por otro lado, el hallazgo incidental de tricomoniasis en PAP indicado para despistaje, realizado por un patólogo con experiencia, podría justificar el tratamiento basado en que, de las que tienen resultados positivos el 62% probablemente están infectadas, aunado al bajo costo y poco riesgo del tratamiento con metronidazole. Sin embargo, considerando que el diagnóstico de tricomoniasis implica adicionalmente el tratamiento de la pareja, se recomienda explorar la historia clínica e indagar por síntomas.

Se reportó inflamación en el resultado de PAP en 84 láminas. Paradójicamente, este diagnóstico mostró una correlación negativa estadísticamente significativa con vaginosis bacteriana y tricomoniasis. Es decir, si el PAP era reportado como inflamatorio, esto se asociaba con **NO** tener una infección del tracto reproductivo.

Tampoco se encontró una asociación entre PAP inflamatorio y diagnóstico de cervicitis.

Estos hallazgos deben reforzar el concepto que el PAP no es un método de diagnóstico de ITR y que los hallazgos, fuera de los citológicos asociados a lesiones intraepiteliales o glandulares, deben ser tomados con cautela y considerar explorar la historia clínica de la paciente, síntomas y otras pruebas si fuera posible (como examen de secreción vaginal con salino, KOH, tinción de Gram etc.), pero en general no se debe concluir en un diagnóstico ni tratamiento de una ITR únicamente por el resultado de PAP.

Correlaciones entre diagnósticos clínicos y de laboratorio

En las **tablas 8 y 9** se presentan los síntomas y signos y sus asociaciones con infecciones vaginales (vaginosis bacteriana VB y/o tricomoniasis TV) y con infecciones cervicales (gonorrea y/o infección por clamidia). No se encontró asociación entre tener síntomas espontáneos o síntomas por indagación de descenso vaginal o mal olor de vagina, ($p = 0.06$ y $p = 0.08$, respectivamente). No se encontró asociación entre picazón vaginal y presencia de cándida, vaginosis o tricomoniasis. Por otro lado, los signos de descenso vaginal durante el examen (hallazgos observados por la obstetra que examinaba a la participante) especialmente el color amarillento del descenso y consistencia líquida homogénea sí se asociaron con el diagnóstico de VB y/o TV. La presencia de al menos uno de estos signos de descenso vaginal anormal, correlacionó independientemente y de manera significativa con la detección de vaginosis bacteriana (OR 1.9, sensibilidad 48%, valor predictivo positivo 25%), con tricomoniasis (OR 2.7, sensibilidad 60%, valor predictivo positivo 25%) así como y con el diagnóstico de candidiasis (OR 3.3)

Ni los síntomas ni los signos de descenso vaginal anormal se asociaron con infección por gonococo o clamidia. Sin embargo, el sangrado cervical fácilmente inducido (friabilidad cervical) y el diagnóstico de cervicitis mucopurulenta por alguno de los tres signos descritos mostraron asociación a estas infecciones endocervicales (gonorrea y clamidia).

Los síntomas de dolor abdominal bajo o el diagnóstico clínico de enfermedad

inflamatoria pélvica (EIP) tampoco se asociaron a infección endocervical. De once mujeres con diagnóstico de EIP (según nuestros criterios) ninguna presentó infección cervical.

Tabla 8: Síntomas y signos¹ asociados a infecciones vaginales por vaginosis bacteriana (BV) y/o tricomoniasis (TV)

	VB y/o TV presente nº (%) N=369	VB y TV ausente nº (%) N=385	OR ²	(IC 95%) ³
Síntomas de descenso vaginal (DV)				
Queja espontánea de descenso vaginal	96 (26.0)	77(20.0)	1.4	(1.0-2.0) ⁴
Queja de DV por indagación (no hay queja espontánea)	65 (17.6)	82 (21.3)	0.8	(0.6-1.1)
Queja de DV por indagación (no hay quejas espontánea)	69 (18.7)	54 (14.0)	1.4	(1.0-2.0)
Síntomas de Dolor abdominal bajo				
Queja espontánea de dolor abdominal	107 (29.0)	114 (29.6)	1.0	(0.7-1.3)
Queja de dolor abdominal por indagación (no hay queja espontánea)	72 (19.5)	82 (21.3)	0.9	(0.6-1.3)
Descenso vaginal anormal en el examen				
Cantidad moderada o profusa	96 (26.0)	69 (17.9)	1.1	(0.7-1.6)
Descenso vaginal líquido homogéneo	120 (32.5)	50 (13.0)	2.6	(1.7-4.0) ⁵
Descenso vaginal amarillento	93 (25.2)	37 (9.6)	2.4	(1.6-3.8) ⁵
Cualquiera de los 3 criterios anteriores	179 (48.5)	117 (30.4)	2.2	(1.6-2.8) ⁵

1 Los denominadores varían levemente

2 OR = odds ratio

3 IC = intervalo de confianza

4 $p = 0.06$

5 $p < 0.05$

Tabla 9: Síntomas y signos¹ asociados a infecciones endocervicales por *N. gonorrhoeae* (NG) o *Clamidia trachomatis* (CT).

	CT y/o NG presente nº (%) N=56	CT y NG ausente nº (%) N=696	OR ²	(IC 95%) ³
Síntomas de descenso vaginal (DV)				
Queja espontánea de descenso vaginal	15 (26.8)	158 (22.7)	1.2	(0.7-2.3)
Queja de DV por indagación (no hay queja espontánea)	9 (16.1)	136 (19.5)	0.8	(0.4-1.7)
Queja de DV por indagación (no hay quejas espontánea)	9 (16.1)	113 (16.2)	1.0	(0.4-2.7)
Síntomas de Dolor abdominal bajo				
Queja espontánea de dolor abdominal	15 (26.8)	205 (29.4)	0.9	(0.5-1.6)
Queja de dolor abdominal por indagación (no hay queja espontánea)	14 (25.0)	140 (20.0)	1.3	(0.7-2.5)
Descenso vaginal anormal en el examen				
Cantidad moderada o profusa	13 (23.2)	152 (40.6)	0.8	(0.4-1.6)
Descenso vaginal líquido homogéneo	15 (26.8)	155 (41.4)	1.0	(0.5-1.9)
Descenso vaginal amarillento	9 (16.1)	121 (32.4)	0.7	(0.3-1.5)
Cualquiera de los 3 criterios anteriores	25 (44.6)	271 ⁴ (39.0)	1.3	(0.7-2.2)
Cervicitis Mucopurulenta				
Exudado endocervical amarillo	4 (7.1)	38 ⁵ (5.5)	1.3	(0.4-4.0)
Más de 30 leucocitos PMN/campo en aceite de inmersión en Moco cervical	18 (32.1)	165 ⁶ (24.2)	1.5	(0.8-2.7)
Sangrado cervical fácilmente inducido (Friabilidad)	25 (44.6)	185 ⁴ (26.6)	2.2	(1.2-3.7)
Cervicitis mucopurulenta (cualquiera de los 3 criterios anteriores)	35 (62.5)	310 (44.5)	2.0	(1.2-3.5) ⁷
Enfermedad Inflamatoria Pélvica				
(dolor a la movilización de los anexos más cervicitis mucopurulenta)	0 (0)	11 (1.6)	-	-

¹ Los denominadores varían levemente

² OR = odds ratio

³ IC = intervalo de confianza

⁴ Denominador = 695

⁵ Denominador = 690

⁶ Denominador = 683

⁷ p < 0.05

¿Cómo interpretamos estos resultados?

El encontrar que no hay una relación entre la queja de descenso vaginal de las mujeres y el diagnóstico de VB o TV (las causas más frecuentes de vaginitis) puede llamar la atención siendo que estas infecciones, son muy frecuentes (prevalentes) en el grupo estudiado. Sin embargo, se encuentra una relación entre los hallazgos de descenso vaginal anormal en el examen por la obstetriz (definido por un color diferente, amarillento, consistencia homogénea líquida, y volumen) y los diagnósticos. Una interpretación de estos resultados sería que el reconocimiento por parte de las mujeres de lo que es descenso vaginal anormal es realmente pobre. Por ejemplo, encontramos que muchas de ellas no saben diferenciar lo que es el descenso vaginal anormal de la "humedad normal de la vagina", ni los cambios que normalmente se dan con la ovulación o con la excitación sexual. Tuvimos varias experiencias en las que las participantes se quejaban de descensos después de tener relaciones sexuales, los que duraban unas horas o un día ("...y con olores raros..."), desconociendo ellas que lo que "les bajaba" era semen y secreciones asociadas a la eyaculación.

Las características que la obstetriz reconocía en el examen de la secreción vaginal (color, consistencia y volumen), mayormente no son difíciles de interpretar, no requieren un examen ginecológico con espéculo y pueden y deben ser reconocidas por las mismas mujeres a fin de poder diferenciar si lo que presentan es descenso vaginal anormal, humedad de la vagina o semen. Dado que el uso de estas características del descenso mejoraría el diagnóstico, una recomendación que se desprende se relaciona con enseñar a las mujeres a reconocer la diferencia entre la humedad normal y el descenso vaginal anormal (color y/o olor distinto al usual, consistencia homogénea líquida o grumosa, aumento del volumen). También sería importante informar a los proveedores de salud al respecto, a fin de poder "tamizar mejor" los casos reportados como "descenso". Dentro del proyecto se prepararon materiales educativos que trataron el tema de los descensos y cómo reconocer y diferenciar lo normal de lo anormal que fueron muy bien recibidos por las participantes.

El otro aspecto a resaltar es que no hubo correlación de los diagnósticos de gonorrea y/o clamidia con descenso vaginal o dolor abdominal bajo. Como se discutirá más adelante, estos hallazgos son compatibles con hallazgos de otros investigadores a nivel mundial que muestran que el descenso vaginal se asocia a vaginitis pero no es un buen indicador de infecciones endocervicales (gonorrea y/o clamidia). Cuando se halla algún signo de cervicitis mucopurulenta (exudado, leucocitos) o friabilidad de cérvix, éstos tienen un mejor valor diagnóstico. Sin embargo, estos signos se hallan infrecuentemente en el examen (como el caso del mucopus o exudado amarillento por cervix), requieren apoyo de laboratorio (cuenta de leucocitos) o podrían ser poco específicos (como el caso de sangrado fácil de cervix que puede asociarse a otros factores como uso de anticonceptivos hormonales, que en la población que estudiamos fue poco importante).

VIII. Otros factores asociados con ITR

En la **Tabla 10** se presenta el análisis univariado y multivariado de los factores asociados a vaginosis bacteriana, tricomoniasis e infección por clamidia. En el análisis univariado se encontró una asociación entre vaginosis bacteriana, ser aymara hablante y ser mayor de 25 años. También se encontró una asociación de VB con el número promedio de gestaciones, estimado de muertes perinatales, con la percepción que la pareja varón tenía otras parejas, y con la presencia de tricomoniasis. En el modelo multivariado (descrito al pie de la tabla 10), al introducir los diferentes factores, los únicos que se mantuvieron asociados a la presencia de vaginosis bacteriana fueron el ser aymara hablante, la percepción de que la pareja tenía otras parejas y el diagnóstico de tricomoniasis. Podríamos tentar una explicación al hallazgo de estas asociaciones. Ser aymara hablante implica pertenecer a una zona geográfica y un grupo étnico específico con características muy particulares. Así, ser aymara hablante probablemente es un indicador de condiciones comunes a este grupo de mujeres que las pone en mayor riesgo de hacer vaginosis bacteriana y que no han sido necesariamente evaluadas en este estudio, como prácticas de higiene vaginal o uso de lavados intravaginales,

Tabla 10: Análisis univariado y multivariado de los factores de riesgo para las Infecciones del Tracto Reproductivo más frecuentes: vaginosis bacteriana (BV), tricomoniasis (TV) y *Clamidias trachomatis* (CT)

Factores de riesgo	VB (+) N=327	VB (-) N=421	OR ¹ crudo (p)	OR Ajustado ²	(IC 95%) ⁴
Ser aymara hablante n (%)	39 (11.9%)	29 (6.9%)	1.8 (0.02)	2.5	(1.2-5.2)
Número de gestaciones (promedio)	6	5	1.1 (0.02)	-	-
Número de muertes perinatales (mediana)	1	0	1.2 (0.004)	-	-
Pareja sexual ha tenido otra(s) pareja(s) sexual(es) en el último año, n (%)	57 (27.7%)	47 (19.4%)	1.6 (0.04)	1.7	(1.1-2.6)
Tricomoniasis	82 (25%)	41 (9.7%)	3.1 (0.00)	4.4	(2.4-8.1)
Edad > 25 años	275 (84.3%)	329 (78%)	1.5 (0.33)	-	-
Factores de riesgo	TV (+) N=124	TV (-) N=627	OR Ajustado ²	OR Ajustado ²	(IC 95%)
Ser aymara hablante n (%)	19 (15.3%)	49 (7.8%)	2.1 (0.009)	-	-
Lugar de residencia n (%)					
Costa	17 (13.7%)	56 (8.9%)	3.7 (0.01)	3.8	(1.7-8.4)
Sierra	93 (75%)	401 (63%)	2.8 (0.01)	2.9	(1.6-5.5)
Número de parejas sexuales en el último año (media)	0.87	0.77	2.04 (0.01)	1.9	(1.1-3.4)
Vaginosis Bacteriana	82 (66%)	245 (39%)	3.1 (0.00)	3.0	(1.9-4.5)
Factores de riesgo	CT (+) N=51	CT (-) N=701	OR Ajustado ²	OR Ajustado ²	(IC 95%)
Educación secundaria n (%)	24 (47 %)	157 (22.4%)	3.03 (0.00)	3.5	(1.6-7.4)
Ser aymara hablante n (%)	9 (17.6%)	59 (8.4%)	2.3 (0.03)	-	-
Número de parejas sexuales en la vida (media)	2	1	1.4 (0.00)	1.6	(1.2-2.0)
Vaginosis Bacteriana	30 (58.8%)	295 (42.5%)	1.9 (0.025)	-	-
Tricomoniasis	15 (29.4%)	109 (15.7%)	2.3 (0.012)	2.4	(1.0-5.9)
Molestias genitales en la pareja n (%)	11 (30 %)	62 (14%)	3.15 (0.003)	2.3	(1.01-5.5)
Anticoncepción hormonal n (%)	13 (25 %)	80 (11.5%)	2.65 (0.004)	3.0	(1.2-7.0)

1 OR = odds ratio

2 (-) para OR ajustados p>0.05

pobre acceso a servicios, susceptibilidad asociada a factores étnicos, conductas sexuales (propias y/o de sus parejas) etc. Todas estas hipótesis son interesantes pero requieren ser evaluadas posteriormente.

Para el caso de tricomoniasis, en el análisis univariado también se encontró una asociación con ser aymara hablante, con ser de la costa o sierra, con el número de parejas sexuales en el último año y con vaginosis bacteriana. En el modelo multivariado se mantuvo la asociación con ser de la costa o sierra, con el número de parejas en el último año y con la presencia de vaginosis bacteriana.

Las infecciones por clamidia, en el análisis univariado, se asociaron al nivel de educación secundaria, a ser aymara hablante, al número de parejas sexuales durante la vida, a referir síntomas genitales en la pareja y al uso de contracepción hormonal. En el modelo multivariado las infecciones por clamidia se mantuvieron asociadas a la educación secundaria, número de parejas sexuales, molestias genitales en la pareja y uso de anticoncepción hormonal.

Validación de los Algoritmos de Manejo Sindrómico del Descenso Vaginal

El Ministerio de Salud del Perú, a través del entonces Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión sexual y SIDA (PROCETSS), introdujo como norma el uso de algoritmos para el manejo del descenso vaginal modificados en base a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud. A través del algoritmo se recomendaba hacer preguntas a las pacientes con descenso vaginal a fin de poder definir si era más probable que se tratara de una cervicitis o una vaginitis de acuerdo a sus “posibles” factores de riesgo. En estos algoritmos se asignaban puntajes que implicaban riesgo de acuerdo al siguiente esquema:

- (1) Pareja con historia o presencia de descarga uretral o úlceras genitales en los últimos tres meses (2 puntos),
- (2) edad menor de 25 años (1 punto), soltera o conviviente (1 punto),
- (3) con más de una pareja sexual en los últimos tres meses (1 punto),
- (4) pareja sexual nueva en los últimos tres meses (1 punto).

En una mujer con queja de descenso vaginal un puntaje total mayor o igual a 2 se consideraba como indicación de tratamiento para cervicitis y vaginitis a la vez. Si el puntaje era menor de 2, se recomendaba tratamiento sólo para vaginitis. Este algoritmo se podía refinar discretamente cuando se disponía de exámenes microscópicos de exudado cervical, el criterio usado para tratamiento de cervicitis en ese caso sería la presencia de ≥ 10 neutrófilos PMN por campo de 1000 aumentos en moco cervical.

Con la información obtenida en este estudio se decidió validar este algoritmo, comparando los diagnósticos que se obtendrían usando las recomendaciones del ministerio versus los diagnósticos de laboratorio usando las pruebas para vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea y clamidias.

Para gonorrea (con una prevalencia de 1.2%), la sensibilidad del algoritmo fue 33.3% y el valor predictivo positivo (VPP): 1.8%. Para infección por clamidias

(prevalencia 6.8%), la sensibilidad fue de 35.3%, VPP 11%. Usando el conteo de neutrófilos en moco endocervical como criterio para el tratamiento de gonorrea, la sensibilidad fue 66.7%, y el VPP 2%; para infección por clamidia, la sensibilidad fue de 45.1%, y el VPP 7.7%. De estos resultados se desprende que el uso de los algoritmos del ministerio para el manejo de gonorrea o infección por clamidia tienen poca o ninguna utilidad en esta población.



Capítulo 4
Lo que piensan
las mujeres

Dado que la entrevista era realizada de manera individual con cada mujer en un lugar confidencial y tranquilo, se pudieron hacer algunas preguntas abiertas invitando a la participante a explayarse tanto como quisiera. Esta información fue luego incluida en la base de datos y analizada independientemente del resto, haciéndose una tabulación y codificación adicional. De esta manera se pudo recoger información sobre lo que piensan las mujeres acerca de cuales son las causas de descenso vaginal o regla blanca, como comúnmente se conoce. A todas las mujeres, tuvieran o no síntomas de descenso vaginal, se les preguntaba “*¿por que da el descenso vaginal?*”; a las que específicamente tenían los síntomas se les preguntó: “*¿qué crees que te causó el descenso vaginal?*”. De las 754 participantes, 379 dijeron no saber o prefirieron no responder, mientras que 375 (49.7%) respondieron a la pregunta dando una serie de explicaciones. Esto nos indicaría que alrededor de un 50% de las mujeres no conocen por qué se producen los descensos, y en base a los resultados que presentaremos veremos que de las que creen conocer por qué se producen, la mayoría no tiene una idea real de lo que pasa, lo que eventualmente repercute en que no puedan prevenirlos ni sepan qué hacer cuando se presentan.

De la interacción con las mujeres quedó claro que su sistema de concepciones y prácticas con respecto a las ITR, se sobrepone marginalmente a los sistemas biomédicos modernos y que, en muchos casos, las mujeres poseen sus propios esquemas que explican el proceso de enfermedad asociado a sus síntomas especialmente para el descenso vaginal.

“Primero te da la regla blanca, luego amarillo o verde se pone, pasa el tiempo y cuando sale ya roja o sangre ya te da el cáncer y te mata, así es pues...”.

Participante de OCB de la Sierra

Durante el proceso de autodiagnósticos previos a este estudio, que permitieron evidenciar la problemática de los descensos como problema frecuente, se recogió información acerca de lo que pensaban las mujeres sobre la regla blanca, y qué hacían al respecto [17][18][19][20][21]. En esos resultados ya se señalaba, por ejemplo, la dinámica de la progresión de los descensos y sus

cambios asociados a empeoramiento y complicaciones o consecuencias. Resulta sumamente interesante el hecho que la progresión descrita por las mujeres rurales en el estudio en el Perú, coincide con la descripción que hacen las mujeres rurales en otras partes del mundo; por ejemplo, en la India. Estas últimas describen el proceso de cambio del “descenso de blanco aguado, a blanco espeso, luego a amarillo como yema de huevo, a amarillento verdoso como pus y luego rojo de mal olor y que mata”. [22]

Causas percibidas del Descenso Vaginal

Ya en los autodiagnósticos previos a este estudio se había recogido información acerca de las causas de los descensos desde la perspectiva de las mujeres. Fuller [22] realizó también un interesante estudio complementario de los significados y prácticas sobre descensos vaginales con metodología cualitativa en seis comunidades, entrevistando a un promedio de 8-20 mujeres por región. En el estudio de Fuller, también se describe una clasificación de los modelos explicativos de las causas de regla blanca que encuentran, la misma que utilizaremos más adelante, adicionando algunas categorías.

El presente estudio aporta más información cualitativa y añade información cuantitativa. Esta última nos permite conocer la frecuencia de las causas percibidas por las mujeres y asociarlas a algunos factores.

Muchas mujeres mencionan más de una causa para el descenso vaginal. En las tablas 11 y 12 se presentan las frecuencias de distribución según región y estado civil. En la tabla 13 se muestran los promedios de edades y de años de educación según las diversas causas referidas.

Tabla 11: Causas percibidas asociadas a Regla Blanca, según regiones

Causas	Selva n=186 (%)	Sierra n=495 (%)	Costa n=73 (%)	Total n=754 (%)
"Modelo mecánico"				
Mucho trabajo, mucho trajín,golpes	23 (12%)	54 (11%)	9 (12%)	86 (11%)
Por inflamación, enfermedad o infección	13 (7%)	58 (12%)	12 (16%)	83 (11%)
Relacionado a la maternidad (embarazos, aborto, partos)	13 (7%)	53 (11%)	4 (5%)	70 (9%)
"Modelo térmico"				
El calor	5 (3%)	14 (3%)	0 (0%)	19 (3%)
El frío	1 (1%)	40 (8%)	0 (0%)	41 (5%)
Asociado a uso de anticonceptivos	12 (6%)	21 (4%)	11 (15%)	44 (6%)
Higiene genital	2 (1%)	7 (1%)	2 (3%)	11 (1%)
Contagio sexual	0 (0%)	8 (2%)	2 (3%)	10 (1%)
Asociado a la comida	2 (1%)	5 (1%)	1 (1%)	8 (1%)
Por ser mujer	0 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	3 (0.4%)
Por la edad (vejez)	3 (2%)	4 (1%)	1 (1%)	8 (1%)
Por la menstruación	3 (2%)	4 (1%)	1 (1%)	8 (1%)
Por cáncer	1 (1%)	8 (2%)	0 (0%)	9 (1%)
Otros (gordura, debilidad, susto, riñones)	1 (1%)	7 (1%)	0 (0%)	8 (1%)
Total de causas sugeridas por las participantes*	30 (42%)	121 (58%)	18 (59%)	169 (54%)

* Varias participantes dieron más de una causa.

Tabla 12: Causas percibidas asociadas a Regla Blanca, según estado civil

Causas	Solteras n=45 (%)	Casadas/ convivientes n=609 (%)	Separadas n=98 (%)	Total n=754 (%)
"Modelo mecánico"				
Mucho trabajo, mucho trajín,golpes	5 (11%)	67 (11%)	14 (14%)	86 (11%)
Por inflamación, enfermedad o infección	2 (4%)	73 (12%)	8 (8%)	83 (11%)
Relacionado a la maternidad (embarazos, aborto, partos)	3 (7%)	59 (10%)	8 (8%)	70 (9%)
"Modelo térmico"				
El calor	1 (2%)	17 (3%)	1 (1%)	19 (3%)
El Frío	1 (2%)	35 (6%)	1 (1%)	37 (5%)
Asociado a uso de anticonceptivos	1 (2%)	39 (6%)	1 (1%)	41 (5%)
Higiene genital	2 (4%)	9 (1%)	0 (0%)	11 (1%)
Contagio sexual	3 (7%)	6 (1%)	1 (1%)	10 (1%)
Asociado a la comida	1 (2%)	6 (1%)	1 (1%)	8 (1%)
Por ser mujer	1 (2%)	2 (0%)	0 (0%)	3 (0%)
Por la edad (vejez)	0 (0%)	7 (1%)	1 (1%)	8 (1%)
Por la menstruación	2 (4%)	6 (1%)	0 (0%)	8 (1%)
Por cáncer	0 (0%)	8 (1%)	1 (1%)	9 (1%)
Otros (gordura, debilidad, susto, riñones)	0 (0%)	7 (1%)	2 (2%)	9 (1%)
Total de causas sugeridas por las participantes*	22 (49%)	341 (56%)	39 (40%)	402 (53%)

* Varias participantes dieron más de una causa

**Tabla 13: Causas percibidas asociadas a Regla Blanca:
edad promedio y años de educación**

	Edad promedio	Años de educación ¹
Mujeres que no saben o prefieren no responder	37.0	5.2
Según causas		
«Modelo mecánico»		
Mucho trabajo, mucho trajín,golpes	41.0	3.7
Por inflamación, enfermedad o infección	35.4	4.9
Relacionado a la maternidad (embarazos, aborto, partos)	38.0	5.1
«Modelo térmico»		
Asociado a uso de anticonceptivos	33.0	6.5
Higiene genital	27.0	7.8
Contagio sexual	32.5	7.8
Asociado a la comida	39.8	2.3
Por ser mujer	34.3	6.0
Por la edad (vejez)	37.8	4.8
Por la menstruación	31.0	8.3
Por cáncer	36.2	3.4

1 Total de años de estudio en la vida

Las mujeres de la selva fueron más proclives a responder que no sabían o no se explicaban por qué se presenta el descenso vaginal, 112 de las 186 (60%); comparativamente con las mujeres de la costa (45%) y de la sierra (47%). Estas dos últimas contribuyeron en mayor proporción a listar y explicar las causas percibidas. Para cualquiera de las regiones, la causa más frecuentemente mencionada fue el trajín, trabajo o los golpes (11%), seguida por infección, inflamación o enfermedad (que reflejan de alguna forma el contacto de las participantes con el sector salud). Claramente, el nivel educativo también influyó en las respuestas, las mujeres con mayor educación mencionaron más frecuentemente, como causas, el contagio sexual, la higiene, y el uso de anticonceptivos.

Utilizando la clasificación presentada en las tablas, describiremos algunos ejemplos y asociaciones vistas según las diferentes explicaciones encontradas.

1. “Modelo Mecánico” (según clasificación de Fuller): mucho trabajo, mucho trajín, golpes

“El trajín y el trabajo fuerte te dan la regla blanca”.
Participante de OCB de Ucayali

“A mí me han dicho que me vino por peso y por trajinar mucho en la chacra”.
Participante de OCB de Pomata-Juli

“Esto da por la fuerza que hacemos”.
Participante de OCB de Azángaro

“Será porque he cargado bastante en mi pobreza”.
Participante de OCB de Azángaro
«Será por golpe, mi esposo me pega”.
Participante de OCB de Vilcashuamán

La causa más frecuente mencionada para el descenso fue el excesivo trabajo, hacer fuerza o “trajinar” o por golpes. En general, las mujeres que refirieron esto como causa fueron en promedio mayores que el resto y con menos años de educación. El caminar mucho, cargar o levantar peso, caerse, golpearse,

condiciona que se “muevan” los órganos internos, salgan de su lugar y entonces aparezca el descenso. Desde el punto de vista de las mujeres, el trabajo y los golpes (accidentales o infligidos por sus parejas) son parte de su vida y muchas veces son “inevitables”. Dentro de su concepción, esta explicación trae consigo la gran frustración de no hallar una solución para evitar que a una mujer le dé descenso y adicionalmente que no tenga mucho sentido buscar ayuda para el problema.

2. Relacionado a infecciones, inflamaciones, enfermedad, microbios

“Por infección o inflamación por la enfermedad o microbios”.
Participante de OCB de Julcán

“Porque tengo infección o mal del ovario”.
Participante de OCB Cerro el Choclo

“Me dicen que es una infección”.
Participante de OCB Cerro el Choclo

“Por alguna enfermedad que se ha metido es...”.
Participante de OCB de Otuzco

“Me dijeron que es por algún microbio o hongos”.
Participante de OCB de Julcán

Éste representa el segundo grupo en frecuencia como explicación de lo que causa los descensos, siendo discretamente más frecuente en mujeres de la costa aunque no se asocia con una marcada diferencia en el promedio de años de educación. Lo que probablemente representa es un mayor contacto con personal de salud o servicios de salud de donde se han “heredado” los términos inflamación, enfermedad, microbios, infecciones, pero que en el contexto no implica un reconocimiento de los procesos reales de salud o enfermedad. Se podría utilizar el término “concepción medicalista” para representar la influencia de los médicos y otros profesionales de salud afines en este tipo de explicación del descenso.

3. Relacionado a la “maternidad”: embarazos, número de hijos, abortos, parto y sus complicaciones

“Me embarazó mi enamorado, pero él no me reconoció y por eso me hice sacar mi wawa por una persona de aquí del campo, por eso creo me baja la regla blanca”.

Participante de OCB de la sierra Arapa-Azángaro

“Porque una vez mi patrona me metió trapo con jabón para que aborte será por esas cosas”.

Participante de OCB de la sierra Vilcashuamán

“Desde que me hicieron un raspaje [legrado] tengo esto”.

Participante de OCB de Cerro El Choclo

“Por eso será, por ser madre”.

Participante de OCB de Huancavelica

“Estaré mal, tendré infección por no tener cuidado en mis partos”.

Participante de OCB de Azángaro

“Será porque tuve mellizos, salieron de potito y me apretaron mucho la barriga”.

Participante de OCB de Ucayali

“por tener mucha wawa pues...”.

Participante de OCB de Juli

Muchas mujeres asocian los descensos a eventos como abortos, partos y complicaciones, pero también a los múltiples embarazos. Esta asociación no fue encontrada en el estudio de Fuller; sin embargo, es interesante lo que Anderson [23] señala como un hallazgo que algunos proveedores de salud consideraban que los partos (en ciertas condiciones), así como los abortos, eran causas de descensos. Es posible que la percepción de asociar los embarazos, partos y abortos con descensos esté influenciada por las creencias de los proveedores de salud, pero también que se basen en una observación que es lógica: que los descensos se dan en la etapa reproductiva de la mujer primordialmente y que, dado que se asocian a las relaciones sexuales, también tengan una relación temporal con la maternidad. Este grupo representa casi un 10% de las que responden.

4. “Modelo térmico” (según clasificación de Fuller): el frío y el calor

“...el calor me causa la inflamación, seguro por cocinar en leña”.

Participante de OCB de Ucayali

“...la calor (de afuera) causa que aumente el calor adentro del cuerpo y sale

por las partes como descenso...”.

Participante de OCB de Ucayali

Las mujeres se referían al calor interior del cuerpo que puede aumentar cuando hace mucho calor en el ambiente (por el clima, por cocinar o ingerir algo muy caliente por ejemplo) y explican la regla blanca como una forma de eliminar ese “calor”. Es interesante que en la selva se mencionara que los hombres pueden tener mucho calor interno y al estar “calientes” buscan tener relaciones con una mujer y le pasan ese calor a la mujer que luego deviene en descenso, ¿una explicación a la transmisión sexual de algunas ITR de hombre a la mujer?...

“el descenso viene porque se pone el calzón mojado, por el frío”.

Participante de OCB de Huari

“será de frío, porque me sentaba en las lomas frías”.

Participante de OCB de Huari

“Me han dicho que da por el frío, que hace que se le abra a uno la espalda y luego sale el descenso”.

Participante de OCB de Huari

“Por bañarse en la cocha fría”.

Participante de OCB de Ucayali-Calleria

“Por el frío, de lavar mucha ropa”.

Participante de OCB de Huancavelica

El frío es referido como una de las causas de descenso vaginal más frecuentemente mencionada por las participantes, especialmente por mujeres de la zona de la sierra. Una de las participantes completó la explicación al referir el descenso como un

“resfriado de las partes por el frío” (descenso=moco) de las partes cuando se resfría por el frío]. Resulta interesante que se considere que este desbalance de temperatura causa el problema y la solución se da ofreciendo bebidas o yerbas calientes o “abrigando bien” el vientre. Estas explicaciones otra vez alejan a las mujeres de las reales causas del problema y sus posibles soluciones.

5. Por usar anticonceptivos

“Dicen que esto me ha dado por haber tomado las pastillas”.
Participante de OCB de Julcán

“Será a causa de la ligadura dicen”.
Participante de OCB de la Otuzco

“Por ponerme ampollas me ha dado”.
Participante de OCB de Vilcashuamán

“Esto tengo porque me he puesto la T de cobre”.
Participante de OCB de Tarapoto

“Tal vez cuando me quitaron la T de cobre me han hecho alguna herida”.
Participante de OCB de Cerro El Choclo

El 6% de las participantes que respondieron y mencionaron causas, asociaron el descenso con los métodos anticonceptivos. Esto fue más frecuente entre las mujeres de la costa, que son las que en promedio usan más métodos con respecto a las otras regiones, siendo, por ejemplo, el uso de la T de cobre en el grupo de la costa, casi el doble en frecuencia. Así también la mención más frecuente fue la asociación del descenso con la T de cobre, pero también se mencionaron las pastillas, los inyectables y la ligadura. Al indagar por qué pensaban esto, una participante refirió que es lo que les dicen en la posta, y otra que así le han dicho otras mujeres. Es interesante conocer esta relación y buscar romper estos mitos entre las mujeres que podrían convertirse (si no son ya) en una barrera para el uso y continuidad de los métodos. Además, es importante trabajar este aspecto con el personal de salud. Inclusive, el momento en el que una mujer acude por un método anticonceptivo debiera ser una oportunidad para indagar por signos de ITR, entre ellos descenso vaginal, ofrecer tratamiento (metronidazol 2 g en dosis única) si tu-

viera síntomas, y para informar a la mujer acerca de los descensos, cómo prevenirlas y hablar de otras ITR, entre ellas, las ETS. Promover la doble protección (1) contra embarazos no deseados a través del método anticonceptivo de elección y (2) contra ETS a través del uso del condón consistentemente (en todas las relaciones sexuales) y correctamente (desde el inicio de la relación sexual, antes del contacto con secreciones genitales) y aclarar que el condón es el único método que protege contra embarazos y ETS a la vez.

6. Por higiene

“Debe ser porque no me lavo”.

Participante de OCB de Juli

“Me parece es por mala higiene”.

Participante de OCB de Cerro El Choclo

“Será porque en el campo hay falta de higiene”.

Participante de OCB de Cangallo

Ésta es una causa referida en un 1%, siendo las participantes que las mencionan más jóvenes en promedio y con mejor nivel educativo; y no es de sorprenderse. En general, incluso en la ciudad entre personas de niveles educativos altos es frecuente pensar que las ITR (especialmente las ETS) son un problema de higiene y como tal se evitan al “lavarse bien”. El estereotipo de la persona con una ETS como una persona “sucia”, “promiscua” ha colaborado a arraigar este concepto. Los proveedores de salud también [24] explican con frecuencia los descensos en base a hábitos y prácticas “higiénicas”, especialmente cuando se trata de la población rural. Éste es otro mito que tiene que ser trabajado con los proveedores y con las mujeres. Este falso concepto ha hecho que se establezcan prácticas como la de los lavados vaginales (duchas, bidet, introducción de los dedos en la vagina con algodones o diversos productos, bombillas etc.), que como hemos revisado en el primer capítulo, sólo condicionan alteraciones del ecosistema vaginal y una mayor susceptibilidad para descensos por vaginosis bacteriana.

7. Por contagio del hombre

“Por qué será pues, será porque mi señor (esposo) está mal y me lo pasó”.
Participante de OCB de Huari

“Será porque me lo ha contagiado mi pareja”.
Participante de OCB de Julcán

“Será porque mi esposo anda con mujeres, cuando estaba sola no tenía este mal”.
Participante de OCB de Huari

“Dicen que es cuando el hombre tiene otra y nos contagia”.
Participante de OCB de Vilcashuamán

“Por tener relaciones con el padre de mi hija”.
Participante de OCB de Pomata-Julí

Algunas mujeres reconocen la relación entre los síntomas de descenso y los síntomas o comportamiento sexual de su pareja, e incluso aceptan el concepto de contagio. A pesar de ser pocas, en el análisis encontramos que éstas son las que tienen mayor nivel educativo. Sin embargo, sienten que es poco lo que se puede hacer al respecto.

8. Por ciertas comidas

“Será de tomar leche, me decían no tomes te va a dar regla blanca”.
Participante de OCB de Tarapoto

“Por comer arroz crudo”.
Participante de OCB de Chavín

“De tomarme el agua del lavado del arroz, seguro, dicen eso no debes hacer”.
Participante de OCB de Vilcashuamán

“Tal vez tengo esto por comer mucho ají”.
Participante de OCB de Azángaro

Sólo ocho (1%) de las participantes asociaron los síntomas a algún tipo de ingesta.

Estas eran poco mayores que el promedio de las mujeres, pero claramente con menor nivel educativo (promedio 2.3 años de educación). Como se puede ver, estas creencias relacionadas a lo que se come y la aparición de la regla blanca son muy variadas

9. Por la naturaleza de ser mujer

“No se de qué será, por gusto nomás aparece, es así por ser mujer... ”.

Participante de OCB de Cangallo

“Me dicen es normal de la naturaleza de la mujer”.

Participante de OCB de Pomata-Juli

“Está dentro de la mujer padecer así nomás”.

Participante de OCB de Huari

Esta concepción determinista refleja en algunas mujeres la resignación con la que tienen que vivir, una regla blanca que dà molestias pero que es parte de ser mujer y su padecer. Sin embargo, de todo el grupo entrevistado, esto sólo fue mencionado por tres de las participantes.

10. Por la edad

“Me han dicho que es por la edad, que estoy en la menopausia y dice todo se complica”.

Participante de OCB de Tarapoto

“Es por tener la vagina seca por los años”.

Participante de OCB de Julcán

Esta respuesta también cae en el grupo de las menos frecuentes y se encontró en el grupo de mujeres con edades cercanas a los 40 años (promedio 37.9 años). Muchas habían consultado sus síntomas de descenso vaginal y habían recibido este tipo de explicación de parte de proveedores de salud quienes, según nos refirieron, no les habían ofrecido alternativas para mejorar sus síntomas. Esto nos lleva a una reflexión

sobre los problemas asociados al envejecimiento y el tracto reproductivo en zonas rurales (y urbanas) en el país. Es un área que desconocen las mujeres y también muchos profesionales. Si bien es cierto puede haber una predisposición para ciertas clases de descenso en mujeres menopáusicas, no son especialmente frecuentes y existen alternativas de manejo.

11. Por la menstruación

“Será porque mi menstruación es irregular”.

Participante de Otuzco

“Por no cuidarme cuando estoy con la regla”.

Participante de Ucayali

Este grupo también representa una minoría, lo peculiar del caso es que pertenecen al grupo con mayor educación. Este es otro de los mitos que probablemente se derivan de la interacción con el personal de salud y muestra otra área potencial de intervención y trabajo con el personal de salud y las mujeres.

12. Por cáncer

“Será por cáncer, digo”.

Participante de Azángaro

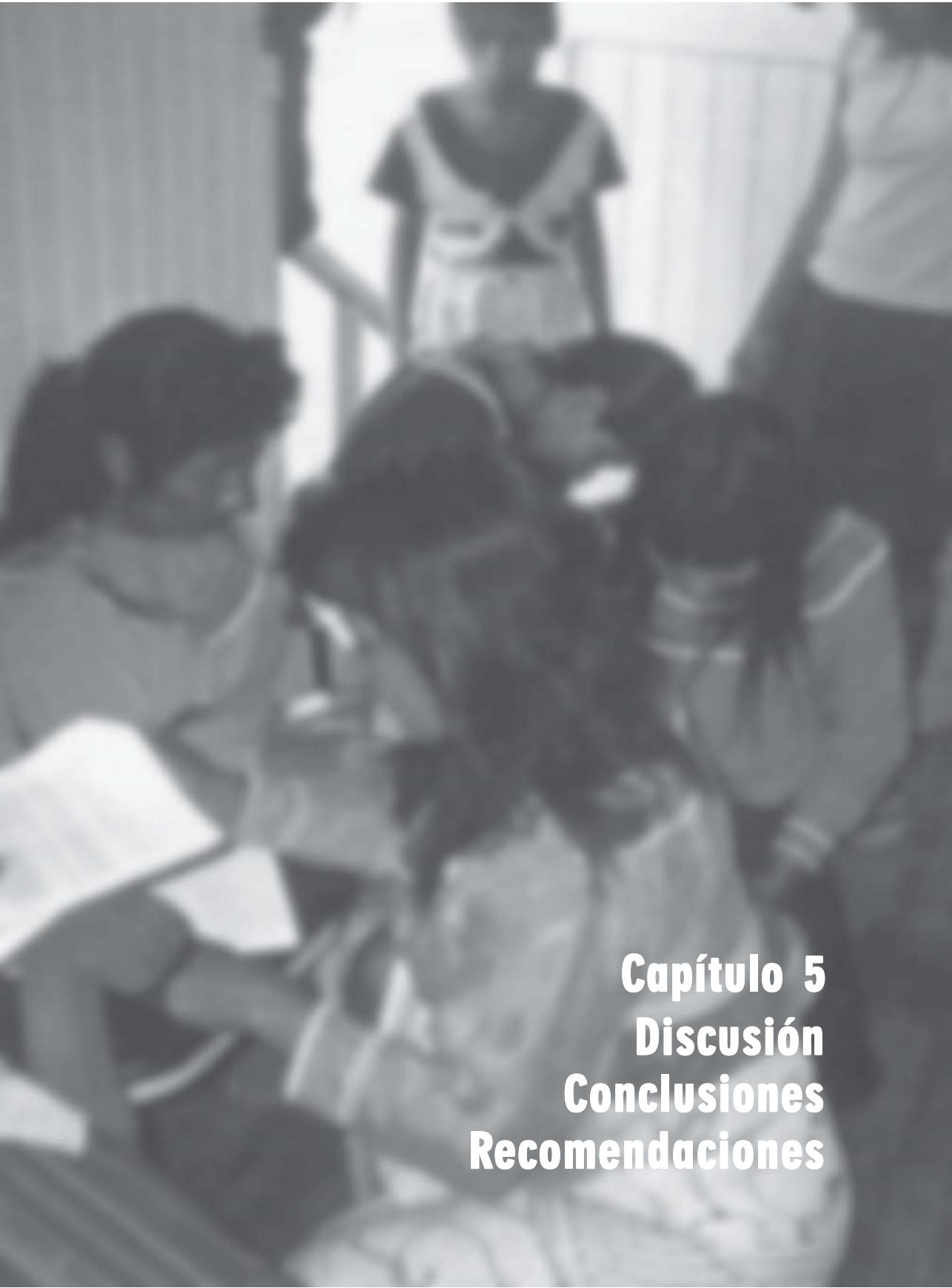
“Pienso que es por cáncer”.

Participante de Chavín

También representan una minoría; sin embargo, refleja la asociación de la enfermedad con lo incurable o irremediable. Es importante señalar que en todos los estudios cualitativos que se han realizado en el proyecto ReproSalud, el cáncer se encuentra asociado a las consecuencias de los descensos, o como el estadio final y más grave de la enfermedad.

Conclusiones

Como se puede ver, hay un espectro de concepciones basadas en experiencias propias, compartidas y fortalecidas por el entorno de las mujeres y, adicionalmente, influenciadas por los profesionales de salud. El descenso vaginal para la mayoría de mujeres no es simplemente una infección sino que es parte de un complejo universo cultural. Hay condiciones que se dan, cosas que ellas hacen, situaciones a las que se exponen o a las que son expuestas que, según sus percepciones ocasionan que aparezcan los síntomas y en muchos casos es poco lo que ellas sienten que pueden hacer para evitarlo, prevenirlo o curarlo incluso (como en el caso de creer que es parte de la naturaleza de ser mujer). Así, las soluciones que se planteen para prevención y tratamiento, tienen que estar en armonía con este contexto cultural. Es importante entender las concepciones o explicaciones que manejan estas mujeres a fin de poder llegar a ellas con mensajes que puedan entenderse y poder mejorar la provisión y utilización de los servicios. También, de manera indirecta, estos hallazgos nos señalan la influencia que tiene –dentro de estas concepciones–, lo que dicen los profesionales de salud, y reflejan los problemas de información que tienen los profesionales de salud en el área de ITR; en este caso, en lo referente al descenso vaginal. La educación en salud es un proceso que tiene dos caras. Los profesionales de salud deben mejorar su conocimiento en el tema y deben reconocer que hay que entender las concepciones y percepciones de los grupos con los que se trabaja. Esto enriquece la experiencia del profesional y hace que el proceso de educación tenga más sentido y sea más completo. Del análisis se desprenden otros problemas de salud reproductiva que serían importantes de trabajar como son los mitos en el uso de anticonceptivos y el desarrollo del descenso, o los problemas de la mujer mayor.



Capítulo 5

Discusión

Conclusiones

Recomendaciones

Este estudio que incluyó 754 mujeres de zonas rurales de la costa, sierra y selva del Perú, utilizó una encuesta estandarizada, examen físico y procedimientos de laboratorio para evaluar la prevalencia y patrones de síntomas, signos y evidencia de laboratorio para ITR y factores de riesgo para estas infecciones. Asimismo, el estudio permitió conversar con las mujeres y recoger lo que ellas piensan sobre la causa de sus molestias.

Es importante, para efectos de las conclusiones que se obtengan de este estudio, tener en consideración que: (1) las mujeres incluidas representan probablemente al promedio de las mujeres que están organizadas y participan de actividades comunales, por lo que se encontrarían en una relativa mejor situación que otras mujeres de la comunidad que no son parte de estas organizaciones, es posible que las más marginadas y con mayores problemas de ITR pudieran no haber sido captadas porque no participan en las OCBs. (2) Se obtuvo una alta tasa de participación (80%) de las mujeres de las OCB, lo que permite que las conclusiones sean extrapolables a las OCB. El sesgo de participación (las más interesadas o afectadas son las que participan) disminuye al tener una cobertura de la magnitud que se obtuvo. (3) Se incluyeron todas las participantes de cada OCB, sin distinción relacionada a que tuvieran síntomas o no.

Así, se encontró que más de la mitad de las mujeres incluidas en el estudio reportaba espontáneamente molestias relacionadas al tracto reproductivo, y que un 25% más, tenían molestias cuando se preguntaba específicamente al respecto. Así, el 47% de las participantes tuvieron molestias espontáneas o inducidas de descenso vaginal, y 49% de dolor abdominal bajo. Podría pensarse, dado la naturaleza del estudio, que se pudo haber inducido estas respuestas con altos porcentajes de síntomas asociados a ITR. Sin embargo, objetivamente al examen físico, los hallazgos asociados a ITR también fueron frecuentes, el descenso vaginal anormal fue evidenciado en 29%; anormalidades de la vulva y el periné (úlceras, vesículas, condilomas etc.) en 11.7%; y prolapso genital avanzados en 2%. Se encontraron criterios para cervicitis mucopurulenta en un 46.6% de las mujeres, y criterios para enfermedad pélvica inflamatoria en 1.5%. Finalmente, las infecciones vaginales, y en particular la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis, fueron sumamente frecuentes, con una de ellas o ambas detectadas en 43.7% de las mujeres.

Mediante el uso del PAP se pudo evidenciar una alta prevalencia de alteraciones en la mucosa cervical de las mujeres; sólo un 48% de todas las participantes habían tenido alguna vez un PAP.

Las infecciones cervicales por gonococo y clamidia también fueron comunes relativamente para la edad de las participantes (es conocido que las prevalencias son más altas en mujeres más jóvenes), habiéndose detectado por PCR alguno de los agentes en 7.5% de las mujeres. Sorprendentemente, la prevalencia de clamidia fue mayor del 6%, tricomoniasis mayor del 15%, vaginosis bacteriana mayor de 36%, y cervicitis mucopurulenta mayor de 40% en este grupo de mujeres.

Los síntomas, signos y la evidencia objetiva de laboratorio para infecciones vaginales e infecciones endocervicales/uterinas fueron comunes, pero lamentablemente ninguno de los síntomas ni los signos fueron buenos predictores de infecciones según la evidencia objetiva de laboratorio, a pesar de haberse usado pruebas inherentemente sensibles (tales como PCR para gonorrea y clamidia, cultivo para tricomonas, coloración de Gram para vaginosis bacteriana).

También encontramos que los síntomas no son útiles para los algoritmos de manejo de infecciones cervicales. A pesar que los signos de cervicitis mucopurulenta y algunos factores de riesgo se asociaron a la infección cervical, la sensibilidad y el valor predictivo del algoritmo de tratamiento utilizado en el país son muy bajos , lo cual no justificaría su uso.

Se encontraron una serie de factores que se asociaron a vaginosis bacteriana, tricomoniasis e infección por clamidia. La evidencia de una asociación de las infecciones vaginales con el ser aymara hablante o vivir en la sierra es interesante, pero no tenemos una buena explicación y requerirá probablemente explorar a través de otros estudios qué otros factores están actuando. La asociación de tricomoniasis con vaginosis bacteriana ha sido evidenciada en repetidas oportunidades en otros estudios pero no se ha explicado adecuadamente. La asociación entre vaginosis bacteriana y la percepción de que la pareja tiene otra pareja sexual es consistente con la posibilidad que el varón pudiera estar transmitiendo la vaginosis bacteriana de una mujer a otra. A pesar de la controversia de si la vaginosis es una enfermedad de transmisión sexual o no, se

ha demostrado que se puede reproducir esta infección en una mujer normal inculándole secreciones vaginales provenientes de una mujer con vaginosis bacteriana. [25] Así, si bien es cierto que los varones pueden no tener la infección, pueden servir como “vectores” y transmitir la infección de una a otra mujer. La asociación de tricomoniasis con el número de parejas en el último año, y de infección por clamidia con el número de parejas sexuales en el transcurso de la vida y síntomas genitales en la pareja sexual actual, son consistentes con el hecho que tanto la tricomoniasis como la clamidia son patógenos transmitidos sexualmente. La asociación de infección por clamidia y el uso de anticoncepción hormonal ha sido reportada anteriormente, y se debe probablemente a la ectopia cervical que se produce durante el uso de los anticonceptivos y que facilita la infección por clamidia. [26]

Este estudio representa el primero de esta índole en el país, que incluye información detallada y el estado del arte en pruebas diagnósticas para ITR. Nunca antes se realizó una investigación acerca de infecciones del tracto reproductivo en mujeres rurales en el Perú, y son pocos los estudios de este tipo en el mundo.

Uno de ellos es el estudio realizado en dos poblados rurales de India en 1989, que incluyó 650 mujeres [27]. Se encontró que 55% tuvieron molestias ginecológicas, y que 92% tuvieron una o más enfermedades ginecológicas (mediana: 3.6 enfermedades por mujer). Este estudio empleó VDRL como prueba serológica para sífilis, “microscopía de frotis vaginal”, y citología cervical. No utilizó cultivos para gonorrea, clamidia, candidiasis o tricomoniasis. Tampoco usó criterios convencionales para el diagnóstico de vaginosis bacteriana; “erosión cervical”, “cervicitis” o EIP, condiciones que fueron detectadas con sorprendente frecuencia: 46%, 49% y 24% respectivamente. Vaginitis por *Trichomonas*, vaginitis por *C. albicans* y “vaginitis bacteriana” fueron diagnosticadas en 14%, 34% y 62% respectivamente, pero los criterios para estos diagnósticos no fueron reportados.

Otro estudio más reciente que se puede encontrar en la literatura, es el realizado en cuatro comunidades rurales en Tailandia que detectó *C. trachomatis* por inmunofluorescencia directa en 4.6%; *T. vaginalis* y *C. albicans* por microscopía en 5.1% y 10.9% respectivamente. Otros estudios transversales en mujeres de

áreas rurales en África encontraron frecuencias relativamente altas para las diversas ITR buscadas, similares a las que hemos encontrado en nuestro estudio [28][29]. En China se realizó un estudio en comunidad en mujeres rurales donde se encontraron infecciones cervicales o vaginales en casi la mitad de las participantes, no encontrando correlación alguna con síntomas o signos de infección.[30]

Se han tentado una serie de explicaciones para la pobre correlación que se encuentra en los diferentes estudios (incluyendo el nuestro) entre síntomas y signos y la presencia de ITR, especialmente para el caso de cervicitis. Estas explicaciones incluyen entre otras:

- (1) muchas de las infecciones frecuentes son asintomáticas (es decir, no tienen síntomas),
- (2) se presentan co-infecciones múltiples (varias infecciones a la vez) o causas no infecciosas que pueden producir síntomas también múltiples no específicos y relativos a cualquiera de esas infecciones;
- (3) hay una proporción desconocida de ciertos síndromes (como, por ejemplo, la cervicitis) que se consideran aún idiopáticos; es decir, aún sin causa conocida. En nuestro caso, a pesar de encontrar síntomas clínicos de cervicitis mucopurulenta en 46.6%, sólo se encontró 7.5% de clamidia y gonorrea, quedando una proporción importante de cervicitis sin explicación microbiológica. Hoy en día hay un nuevo agente que se reconoce puede asociarse a cervicitis, el *Mycoplasma genitalium* [31]. Nuestro estudio no incluyó a este patógeno porque no se conocía en los años en los que se realizó el trabajo de campo y aún ahora las pruebas diagnósticas son exclusivas de algunos laboratorios de investigación.
- (4) La forma como se obtiene la información acerca de los síntomas de las mujeres podría no ser muy específica, las preguntas que se hacen podrían no ser necesariamente adecuadas.
- (5) Las mujeres pueden estar motivadas a subreportar síntomas (por la vergüenza o el estigma) o a reportar más de lo que tienen (por creer que obtendrían alguna ganancia adicional).

(6) Los factores psicológicos o culturales pueden influenciar en la percepción y reporte de los síntomas. Pueden tener dificultades para articular los nombres o describir los síntomas, y quienes recogen la información para entenderlas.

Del presente estudio podemos concluir que ninguno de los síntomas de ITR fueron buenos predictores de infecciones. El mal olor vaginal, y el signo de descenso vaginal anormal (definido como color, consistencia y volumen diferentes) se correlacionaron con vaginitis. Por ello sería recomendable fortalecer la enseñanza dirigida a las mujeres y al personal de salud para el mejor reconocimiento de las ITR.

Especialmente en zonas rurales, el uso del manejo sindrómico para infecciones cervicales, es poco útil y desalentador, dado que ni los síntomas ni los signos correlacionan con el diagnóstico e incluso pruebas simples como el conteo de leucocitos en moco cervical hecho para el estudio por personal capacitado, tuvo una pobre correlación con los diagnósticos. Sin embargo, persiste la utilidad del manejo sindrómico del descenso vaginal como vaginitis) vaginosis bacteriana y/o tricomoniasis.

Una recomendación que se desprende de estos hallazgos es que es necesario modificar los algoritmos de manejo de descenso vaginal en el país. En especial, dentro del manejo sindrómico del descenso vaginal se debería incluir solo el tratamiento para vaginitis, pero no el tratamiento para cervicitis.

Otros estudios locales en zonas urbanas [13] y estudios en otros países han encontrado poca utilidad del síntoma de descenso como indicador de cervicitis.

Ya que la mayor parte de los casos de cervicitis son asintomáticos, se vienen planteando diversas opciones para su detección y manejo. En países desarrollados se promueve la detección para clamidia en mujeres jóvenes sexualmente activas, pero las pruebas diagnósticas aún son muy caras y complicadas, lo cual representa un costo elevado, que no podría ser afrontado por países como el nuestro. Una forma práctica de abordar la cervicitis, es la de promover el manejo de los casos de ETS en varones (que se presentan usualmente como descarga uretral o pus por el pene) y de sus parejas sexuales, incluso las asintomáticas. Estas parejas, usualmente mujeres, representan

aquellos casos de cervicitis por transmisión sexual que de otra forma nunca llegarían a los servicios para un tratamiento, y que eventualmente desarrollarán complicaciones como enfermedad pélvica inflamatoria u otras y sus secuelas, tales como infertilidad. Es necesario trabajar con los profesionales de salud para promover intensamente el tratamiento de la pareja y de acuerdo al caso, tratamiento de todas las parejas. Hay que incluir a los varones de las comunidades y enseñarles a reconocer las ETS, cómo se adquieren, los riesgos y complicaciones para ellos y su(s) pareja(s) y la importancia del tratamiento de la(s) pareja(s). Y, por supuesto, darle gran importancia al hecho que las ETS se pueden prevenir y que el condón es un aliado en esta estrategia.

Es probable que otra forma de captar casos con cervicitis sea reconocer a los pocos casos que se presentan con friabilidad (sangrado fácil) de cérvix y darles tratamiento para clamidia y gonorrea. Estos casos podrían ser detectados entre mujeres que se quejan de descenso vaginal y tienen un examen ginecológico, o incluso en mujeres sin síntomas aparentes y que acuden para un examen por un PAP de rutina o en búsqueda de planificación familiar. Esto implica la existencia de servicios en los que se piensa de manera integral en la salud reproductiva de las mujeres.

Queda aún la preocupación de un porcentaje alto de cervicitis cuya etiología se desconoce; éste no es un problema sólo para este estudio sino un problema general y que a medida que se avance en conocer otros posibles agentes etiológicos, probablemente se irá resolviendo.

La elevada prevalencia de infecciones vaginales como vaginosis bacteriana o tricomoniasis, especialmente con síntomas de descenso vaginal anormal y/o mal olor, indica que el tratamiento con metronidazol (que tiene actividad para ambas etiologías) en mujeres con estos síntomas o signos, sería altamente costo-efectivo. El hecho de que ninguna mujer se quejó espontáneamente de descenso vaginal maloliente –la manifestación más importante de vaginosis bacteriana [32]– y que sólo lo refirieron cuando se les preguntó específicamente, podría indicar una resistencia de las participantes a discutir tales síntomas en el contexto del estudio, o incapacidad para reconocerlos como síntomas. Al respecto, es interesante el caso de una de las participantes que fue

tratada por vaginosis bacteriana, quien al cabo unos días regresó para agradecer nos el tratamiento recibido y nos contó que desde hacía varios meses su esposo no había querido dormir con ella. Ella le había escuchado contar a sus amigos que la vagina de su esposa oía tan mal que él prefería no acercársele. Desde que ella escuchó esto, se sentía muy deprimida y avergonzada. Dos o tres veces al día se hacía lavados vaginales sin mejora (y sin saber que eso estaba empeorando probablemente el problema). Luego de recibir el tratamiento y explicarle por qué no debería hacerse lavados vaginales, poco a poco el olor desapareció, y su esposo lo notó y comenzó a acercarse a ella. Ahora los dos están juntos otra vez, ella se siente contenta y no tiene más vergüenza. “Me devolvieron a mi esposo, gracias”, nos dijo.

Dada la alta prevalencia de síntomas de descenso vaginal y a su vez de infecciones vaginales por vaginosis bacteriana y tricomoniasis, recomendamos que el esquema de tratamiento (manejo sindrómico) del descenso vaginal (entendiéndose como descenso vaginal anormal aquel que incluye cambio en la cantidad, consistencia y color –especialmente amarillento y/o mal olor–) debiera incluir tratamiento para las causas más frecuentes de vaginitis que son la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis. El tratamiento ideal es metronidazol 2 g en dosis únicas. Estas recomendaciones fueron dadas en su momento al programa nacional y han condicionado modificaciones de las guías nacionales. Creemos que éstas deben ser revisadas y además ser difundidas. Debiera además tenerse en cuenta que existen ciertas limitaciones como el hecho que la vaginosis bacteriana pueda tener recurrencias después del tratamiento o que en el caso de tricomoniasis, la pareja puede requerir tratamiento. Estos aspectos deberán ser manejados de manera individual.

Además de los problemas de descenso, mal olor, molestias con las relaciones sexuales las vaginitis por vaginosis bacteriana (VB) y tricomonas se pueden asociar a complicaciones muy serias. Cuando la VB se presenta durante el embarazo se asocia a un incremento del riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y endometritis postparto. También su presencia aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, en general y EIP postaborted [33][34]. Las infecciones por tricomoniasis, por

otro lado, además de ocasionar vaginitis se asocian a endometritis o incluso salpingitis. Datos recientes asocian además a la infección por tricomonas con un mayor riesgo de infecciones postcesárea, ruptura prematura de membranas y parto prematuro.

En el estudio se encontró que la presencia de vaginosis bacteriana al diagnóstico tenía una correlación significativa con historia de muertes perinatales. Este es un aspecto que debe tomarse en consideración, en el grupo de mujeres rurales con alta prevalencia de VB y tricomoniasis; es necesario considerar estrategias para diagnóstico y tratamiento de estas infecciones tempranamente, y especialmente antes y durante el parto como una forma probable de reducción de la morbilidad materna y de la mortalidad perinatal.

Nuestro estudio presenta una serie de fortalezas. Entre las fortalezas de este estudio podemos destacar que: fue motivado por los hallazgos de los autodiagnósticos desarrollados por ReproSalud (la «regla blanca» fue considerada una prioridad por las mujeres, en cuanto a su salud reproductiva); se usaron encuestas estructuradas (y cuando fue necesario, traductores); se usaron criterios objetivos y estandarizados para los diagnósticos clínicos; se usaron pruebas diagnósticas para ITR que son sensibles y específicas y se desarrollaron una serie de análisis de riesgos utilizando pruebas de rigor estadístico. El presente estudio representa el primero de esta índole en el país, que incluye información detallada y el estado del arte en pruebas diagnósticas para ITR.

Algunas limitaciones del estudio incluyen el hecho que éste fue realizado con mujeres de OCB, no con una muestra aleatoria de la comunidad. Este sesgo de selección podría influenciar la validez y generalización de los resultados. Sin embargo, creemos probable que los resultados encontrados representan el escenario de las mujeres con mejores condiciones dentro de las comunidades, permitiéndonos inferir que es posible que la condición de otras mujeres rurales sea al menos como el encontrado en este grupo sino peor. El trabajar con las OCB permitió que la investigación fuera factible, de relativo bajo costo y con un alto nivel de participación.

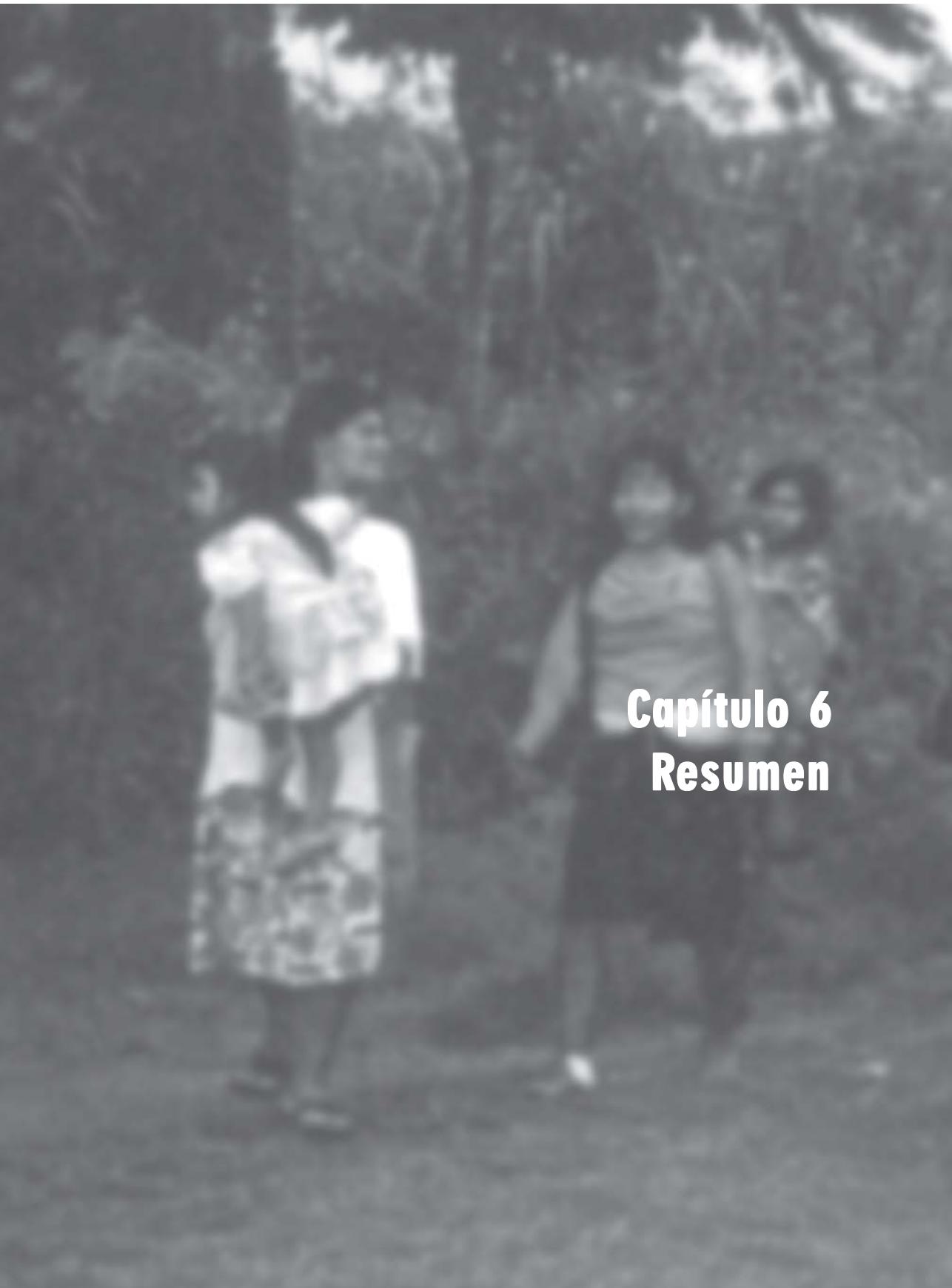
No podemos seguir ignorando la alta frecuencia de descenso vaginal en mujeres

en la región rural ni la alta prevalencia de vaginosis bacteriana y tricomoniasis con sus posibles consecuencias en la morbilidad materna, entre otras. Se sugiere la modificación de los algoritmos de manejo del descenso para incluir el tratamiento de vaginitis con metronidazol, que es además muy barato. Es necesario trabajar con las mujeres y con los hombres de la comunidad, enseñar a reconocer los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en general (descarga uretral o pus por el pene en el varón, úlcera o llagas genitales en el varón o la mujer, dolor abdominal bajo en la mujer). Es necesario enseñar a diferenciar el descenso vaginal anormal de la humedad normal de la vagina, las causas del descenso y romper mitos y creencias en la comunidad y los profesionales de salud (como los de la higiene, la menstruación, la edad, el cáncer y el descenso etc.). Durante este estudio se crearon materiales que pueden ser usados para este propósito.

Es fundamental identificar al varón como parte de la problemática e incluirlo como parte de la solución. Para los casos de vaginosis bacteriana, tricomonas y clamidia, encontramos claramente una asociación de las infecciones con las conductas del varón (tener otra pareja sexual), no con las de la mujer propiamente.

Hay que cambiar la actitud de darle baja prioridad a las ITR en mujeres de la región rural y, en general, en las mujeres en el país. Se tiende a ignorar estas infecciones, porque se considera que no son fatales y que son muy "caras" y complicadas para tratar y que sólo afectan a un grupo pequeño de la población adulta como las trabajadoras sexuales. El "enemigo silencioso" acecha, casi no se manifiesta, pero está aquí. La evidencia nos demuestra que las ITR son cada vez más frecuentes. Son frecuentes, incluso en las mujeres de regiones más alejadas como las de regiones rurales y con relaciones monógamas, las complicaciones pueden ser muy serias y los tratamientos son relativamente baratos. Hay que promover a nivel comunitario el reconocimiento de las ITR, especialmente las ETS, sus causas (entendiendo primero los contenidos que la comunidades manejan), las consecuencias o efectos adversos y promover la búsqueda de servicios. Dentro de los servicios se debe promover la capacitación de proveedores de salud y asegurar el acceso a los insumos de tratamiento y prevención (e.g. condones, metronidazol).

El enemigo silencioso que representan las ITR debe ser vencido, no sólo por las mujeres que casi siempre ponen su salud después de la salud de su pareja y la de toda su familia, sino también por los hombres de las comunidades - cuyos comportamientos son muchas veces el origen del problema-, los profesionales de salud y todos los responsables de la salud pública en el país.



Capítulo 6

Resumen

OBJETIVOS: definir la prevalencia y factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y cervicales (ITR) en mujeres de OCB, participantes en el proyecto ReproSalud de zonas rurales del Perú. Conocer qué piensan y hacen estas mujeres al respecto de estas infecciones.

METODOLOGÍA: el estudio se desarrolló entre los meses de diciembre 1997 y junio 1998 en 18 distritos rurales de la costa, sierra y selva del Perú. Un equipo itinerante visitó cada una de las áreas. Se realizó un cuestionario y un examen pélvico estandarizado a las mujeres pertenecientes a clubes de madres locales independientemente de que tuvieran o no síntomas o molestias. Se colectó fluido vaginal para medición de pH, examen microscópico, coloración de Gram y cultivo para *Trichomonas vaginalis*; moco endocervical para coloración de Gram y prueba de reacción de cadena de polimerasa (PCR) para infección por clamidia y gonorrea y para prueba de detección de DNA del Virus del Papiloma Humano (VPH), sangre para serología para sífilis, y frotis cervical para citología (PAP). Los exámenes microscópicos, tinciones de Gram, cultivo de tricomonas y serología cualitativa fueron procesados en el campo, y los resultados fueron usados para guiar el tratamiento, consejería y manejo de la pareja de acuerdo a las normas nacionales de tratamiento. Las muestras cervicales en medio de PCR para clamidia y gonorrea fueron procesadas fuera del país, al igual que las muestras de VPH.

RESULTADOS: la edad promedio de las 754 mujeres enroladas fue 36.9 años; la edad de iniciación sexual, 17 años; el número promedio de parejas sexuales en el transcurso de la vida, 1.7 (mediana: 1; rango: 1-10). 76.9% de las participantes reportaron síntomas sugestivos de una infecciones del tracto reproductivo (ITR) incluyendo 51% que las reportaron de manera espontánea, y 26% que referían molestias al preguntarles específicamente. Las molestias referidas espontáneamente incluyeron dolor abdominal bajo en 29.3% y descenso vaginal (conocido como "regla blanca"), en 22.9%. Se encontró evidencia de una o más ITR en 70.6% de estas mujeres, entre estas infecciones se encontró vaginosis bacteriana en 43.7%, tricomoniasis en 16.5%, vulvovaginitis por cándida en 4.5%, infección por clamidia (por PCR) en 6.8%, gonorrea por PCR en 1.2%, cervicitis mucopurulenta en 46.6%, sífilis en 1.7%, infección por virus del papiloma humano en 5% y verrugas o úlceras genitales en 2.8%. De 715

muestras de PAP adecuadas tres (0.4%) mostraron cáncer cervical invasivo; cuatro lesiones intraepiteliales de alto grado; y 15 (2%) lesiones intraepiteliales de bajo grado.

Ninguna se quejó espontáneamente de mal olor vaginal, pero este síntoma se puso de manifiesto en el interrogatorio, y junto con los signos de descenso vaginal anormal al examen (color amarillo del descenso, consistencia líquida homogénea), se asociaron al diagnóstico de VB o TV. Para infecciones cervicales, ni los síntomas ni los signos de descenso vaginal se correlacionaron con gonorrea o clamidia. El único signo asociado significativamente con infección endocervical fue el hallazgo de friabilidad cervical o sangrado fácilmente inducible. Los algoritmos para el manejo sindrómico de cervicitis mostraron sensibilidad y valores predictivos muy bajos para las infecciones cervicales.

Las mujeres perciben diversas causas para el descenso vaginal o regla blanca, siendo la más frecuente la asociación al trajín o los golpes, la maternidad (embarazo, abortos, partos) y el uso de anticonceptivos. Estas mujeres refieren una serie de causas que tratan de explicar el origen de sus molestias, buscan pocas veces ayuda profesional a pesar de lo frecuente de sus molestias y muchas veces sus “explicaciones” las ayudan a soportar la carga que representan estas ITR.

Queda claro que hay una gran necesidad de trabajar con ellas, llevarles información para que aprendan a reconocer sus síntomas, entiendan las causas, busquen ayuda (acudan a los servicios) y sepan de qué forma se pueden prevenir. Además, es necesario mejorar el manejo a nivel de los proveedores de salud y de los servicios en sí. Los resultados de este estudio dan luces sobre la alta prevalencia de las diferentes ITR y la necesidad de considerar el manejo sindrómico de las vaginitis por su alta frecuencia y morbilidad.

Consecuencias que se desprenden del estudio

- Hay una alta frecuencia de ITR, y éstas representan un terreno fértil para la propagación del VIH/SIDA en zonas rurales.

- Mejorando el manejo de las ITR podríamos afectar positivamente, entre otras, la morbilidad materna, la mortalidad perinatal y la salud reproductiva de las mujeres.
- Las mujeres desconocen las causas de estas infecciones y no acuden a los servicios, por tanto se necesita informar y educar en zonas rurales acerca de las ITR.
- Dado que sólo la mitad de las mujeres que tienen ITR tienen síntomas, se hace indispensable incorporar otras estrategias como la de impulsar el tratamiento de las parejas de los varones con ETS.
- Se está perdiendo la oportunidad de usar esquemas más efectivos y de menor costo para manejar los descensos vaginales

Recomendaciones finales

Se recomienda:

1. Asegurar en las normas nacionales el esquema de tratamiento de descensos vaginales con Metronidazol 2 g orales dosis única, que es más costo-efectivo
2. Reforzar en los protocolos de atención de ITR en varones, la importancia del tratamiento de pareja(s) como una estrategia de llegar a mujeres con ITR que no tienen síntomas.
3. Desarrollar un plan de información/educación para las áreas rurales acerca de ITR, para mujeres y hombres, que incluya reconocimiento de síntomas, búsqueda de servicios y prevención. Es fundamental que este plan se trabaje desde una perspectiva de género y teniendo como base los derechos sexuales y reproductivos.
4. Realizar un trabajo con profesionales de salud de costa sierra y selva, sensibilizarlos acerca de la magnitud del problema, mejorar la información que manejan acerca de las ITR de lo que la población piensa acerca de estas infecciones y de las estrategias a desarrollarse.



Referencias
Glosario

1. Sobel JD. Vaginitis. *N Engl J Med* 1997 Dec 25;337(26):1896-903.
2. Garcia PJ, Gotuzzo E, Hughes JP, Holmes KK. Syndromic management of sexually transmitted diseases in pharmacies: Evaluation and randomized intervention trial. *Sex Transm Infec*, 74(Suppl 1): S153-S158, 1998.
3. Ryan CA, Courtois BN, Hawes SE, Stevens CE, Eschenbach DA, Holmes KK. Risk assessment, symptoms, and signs as predictors of vulvovaginal and cervical infections in an urban US STD clinic: implications for STD algorithms. *Sex Transm Infect*. 1998, Jun;74 Suppl 1:S59-76.
4. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsy LA, Eschenbach DA, Holmes KK. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol* 1998 Nov; 92(5):757-65.
5. World Health Organization. Global Prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates, Geneve, 2001.
6. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, Mayaud P, Changalucha J, Nicoll A, ka-Gina G, et al Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*. 1995 Aug 26;346(8974):530-6.
7. Dallabeta G, Gerbase A, Holmes KK. Problems solutions and challenges in Syndromic management of sexually Transmitted diseases. *Sex Transm Inf* 1998, 14 Suppl 1: S1-S11.
8. Chavez S. El Autodiagnóstico: recurso metodológico para identificar las necesidades de salud reproductiva desde la perspectiva de las mujeres en una comunidad rural aymara del departamento de Puno. Tesis Maestría de Salud Pública, 1999.
9. Amsel R et al: Nonspecific vaginitis: Diagnostic criteria and microbial and epidemiological associations. *Am J Med* 74:14, 1983.
10. Nugent RP et al: Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 29:297, 1991.

-
11. Kurman, RJ, Solomon D. *The Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses*, Springer-Verlag, New York, 1994.
 12. World Health Organization, *Management of patients with sexually transmitted diseases*, Geneva 1994. GPA/TEM/94.1.
 13. Sanchez J, Gotuzzo E, Escamilla J, Carrillo C, et al *Gender differences in Sexual Practices and Sexually Transmitted Infections among adults in Lima, Perú*. American Journal of Public Health Vol 96, No 8 August 1996.
 14. Sanchez S, Koutsky L, Sanchez J, Fernandez A, Casquero J, Kreiss J, Catilin M, Xia M, Holmes K. *Rapid and Inexpensive approaches to managing abnormal vaginal discharge or lower abdominal pain: an evaluation in women attending gynaecology and family planning clinics in Perú*. Sex Transm Infec, 74, (Suppl 1): S85-S94, 1998.
 15. Alarcón JO, Johnson K, Courtois B, Rodriguez C, Sanchez J, Watts D Holmes KK. *Determinants and prevalence of HIV and syphilis in pregnant women*. AIDS 2003 17:613-618.
 16. Manhart LE, Critchlow CW, Holmes KK, Dutro SM, Eschenbach DA, Stevens CE, Totten PA. *Mucopurulent cervicitis and Mycoplasma genitalium*. J Infect Dis. 2003 Feb 15;187(4):650-7. Epub 2003 Jan 29.
 17. Espinoza J. *Voces de Mujeres de la Libertad. Género y Salud Reproductiva*. Movimiento Manuela Ramos. Págs. 18-21, julio 2003.
 18. Angulo F. *Hablan las mujeres de San Martín. Género y Salud Reproductiva*. Movimiento Manuela Ramos. Págs. 15-21. Junio 2002.
 19. Villavicencio N. *Hablan las mujeres de Ucayali. Género y Salud Reproductiva*. Mayo 2002. Págs. 12-18.
 20. Motta A. *Documento de sistematización de los autodiagnósticos realizados en el departamento de Ayacucho*. Movimiento Manuela Ramos. Enero 2002.
 21. Loayza F. *Voces de mujeres de Huancavelica. Género y Salud Reproductiva*. Movimiento Manuela Ramos. Octubre 2003.

-
22. Bang R, Bang A. Listening to women talk about their health issues and evidence from India. The Ford Foundation, New Delhi, India 1994.
 23. Fuller N. Estudio complementario “Significados y Prácticas sobre descenso vaginal entre mujeres de áreas rurales y Nativas del Perú”. ReproSalud. Diciembre 1998.
 24. Anderson J. Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. 2000.
 25. Gardner HL, Dukes CD *Haemophilus vaginalis vaginitis. A newly defined specific infection previously clasified “non specific vaginitis”* Am J Obstet Gynecol 69:962, 1955.
 26. Holmes KK, Stamm WE *Lower genital tract infection in women: urethral, cervical and vaginal infections.* In Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Wasserheit JW (eds). *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd ed New York, Mc Graw-Hill Book Co, 1999.
 27. Bang RA, Bang AT, Baitule M, Choudhary, Sarmukaddam S, Tale O. *High prevalence of gynaecological diseases in rural Indian women.* Lancet 1989 Jan 14;1 (8629):85-8.
 28. Thongkrajai P, Pengsaa P, Lulitanond V. *An epidemiological survey of female reproductive health status: gynecological complaints and sexually-transmitted diseases.* Southeast Asian J Trop Med Public Health 1999 Jun 30; 30(2):287-95.
 29. Wilkinson D, Abdoor Karim SS, Harrison A, Lurie M, Colvin M, Connolly C, Sturn AW. *Unrecognized Sexually transmitted infections in rural South African women: a hidden epidemic.* Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (1):22-28.
 30. Kaufman J, Liquin Y, Tongyin W, Faulkner A. *A study of field-based methods for diagnosis reproductive tract infection in rural Yunnan province, China.* Studies in Family Planning 1999; 30:112-119.
 31. Manhart LE, Critchlow CW, Holmes KK, Dutro SM, Eschenbach DA, Stevens

- CE, Totten PA. Mucopurulent cervicitis and Mycoplasma Genitalium. *J. Infect Dis*, 2003 Feb 15; 187 (4): 650-7 Epub 2003 Jan 29.
32. Eschenbach DA, Hillier S, Critchlow C, Stevens C, DeRouen T, Holmes KK. Diagnosis and clinical manifestations of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1998 April; 158(4):819-28.
33. Hay PE et al: A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. *Br. J Obstet Gynecol* 101:1048, 1994.
34. Hillier S, Holmes KK. Bacterial Vaginosis. In *Sexually Transmitted Infections*. Fourth Edition. McGraw Hill 2002.

AGUS	Celulas glandulares atípicas de significancia no determinada
ASCUS	Células atípicas de significancia no determinada
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DIU	Dispositivo intrauterino
EIP	Enfermedad inflamatoria pélvica
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
GC	Gonorrea
IC	Intervalo de confianza
ITR	Infección del tracto reproductivo
KOH	Hidróxido de potasio
NIC I	Neoplasia intracervical (displasia leve)
NIC III	Neoplasia intracervical (displasia moderada)
NIC III	Neoplasia intracervical (displasia severa) o carcinoma in situ
OCB	Organizaciones comunales de base
OR	Odds ratio
PCR	Reacción en cadena de polimerasa
RPR	Rapid plasma reagin
TV	<i>Trichomonas vaginalis</i>
VB	Vaginosis bacteriana
VPH	Virus del papiloma humano
VPP	Valor predictivo positivo

