

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS
SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA

Estudio de los conocimientos que poseen los dependientes
de farmacia de la Ciudad Capital, sobre métodos para prevenir
las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
Enero a marzo 1995

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

JORGE ARNOLDO RAMOS LOPEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



R
05
T (7373)
C. 2

FORMA C

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 15 de mayo de 195

Centro Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Informa que el: PERITO CONTADOR JORGE ARNOLDO RAMOS
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

ROPEZ Carnet No. 84-11699
datos completos

Presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS
SEXUAL Y SIDA

Yo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los con-
tos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, perti-
cia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
ética y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

[Handwritten Signature]
Asesor
Firma y sello personal

[Handwritten Signature]
Firma del estudiante

[Handwritten Signature]
Revisor
Firma y sello

Registro Personal 9506

[Stamp] [Handwritten Name]

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: JORGE ARNOLDO RAMOS LOPEZ

Carnet Universitario No. 84-11699

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS

SEXUAL Y SIDA

Trabajo asesorado por: DR. DAVID ALEJANDRO YAXCAL

y revisado por: DR. SERGIO CASTAÑEDA CERESO

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 15 de mayo de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO BODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
D E C A N O





I N D I C E

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACIONES	4
IV	OBJETIVOS	5
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI	MATERIALES Y METODOS	33
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	36
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	52
IX	CONCLUSIONES	55
X	RECOMENDACIONES	56
XI	RESUMEN	57
XII	BIBLIOGRAFIA	58
XIII	ANEXOS	61

I INTRODUCCION

En Guatemala, la mayoría de personas consultan a los dependientes de farmacias sobre cualquier enfermedad, convirtiéndose estas personas en fuente de transmisión de conocimientos a la población, por lo que se hace necesario determinar la calidad de estos conocimientos, especialmente los de enfermedades de transmisión sexual y Sida ya que éstas aumentan su incidencia año con año, así como identificar las diferencias que pudieran existir entre distintos niveles sociales, donde pudiera estar ubicada la farmacia, por lo que se encuestó a 50 farmacias de la ciudad capital, divididos en 2 grupos socioeconómicamente diferentes, encontrándose que los dependientes de farmacia de nivel bajo, tienen mejores conocimientos con respecto a los dependientes de farmacia de nivel medio, pero los primeros recomiendan menos el uso de preservativos y que además son las personas más consultadas por la población, por lo que se recomienda aumentar el nivel de escolaridad de los dependientes de farmacia o afianzar más los conocimientos que poseen.

II ANALISIS DEL PROBLEMA

Guatemala, país en vías de desarrollo político y económico, no escapa a los problemas de la mayoría de países que se encuentran en estas circunstancias. existiendo un alto índice de analfabetismo y por consiguiente de pobreza, y extrema pobreza en la mayoría de la población; desconocimiento del proceso salud enfermedad, existiendo en esta, un componente mágico religioso, en donde los brujos, hueseros, comadronas y farmacéuticos llenan sus expectativas en el campo de la salud (17,24) reduciendo así el acceso voluntario a servicios especializados, provocando con ello, elevación de las tasas e índices de enfermedades que aquejan a la población (6.11.18).

Las enfermedades de transmisión sexual y Sida no escapan a este axioma (6.11.18) ya que año con año duplican su incidencia (29) afectando en su mayoría a la población económicamente activa (12) y a personas inocentes, como son: el grupo materno infantil (12,28,29) en donde debido a la dependencia económica de las mujeres hacia sus parejas, el machismo, alcoholismo e ignorancia (5,17,29) hacen que éstas sean propensas al contagio de enfermedades de transmisión sexual y Sida y a nivel infantil un incremento de casos de esta última, debido a la transmisión perinatal (5,12,16) dejando de ser el Sida, enfermedad de homosexuales, drogadictos y hemofílicos (16,29). Actualmente, se calcula que hay un promedio de 50,000 personas infectadas por el virus en Guatemala (portadores asintomáticos) y las proyecciones mundiales para 1997 según expertos, podrían alcanzar los 100 millones (29).

A la par de este enorme problema, existe la indiferencia del sistema estatal en donde las oficinas encargadas no cuentan hasta el momento, con programas de prevención ni de educación para la población, única forma de detener la incidencia de Sida en Guatemala (17,24,29).

En la ciudad Capital, hay un registro de 556 farmacias registradas, a donde la mayoría de la población consulta, y en donde sin necesidad de receta, son vendidos medicamentos y anticonceptivos de todo tipo a cualquier persona (17).

Estos hechos, indican que las farmacias pueden tener un importante papel en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y Sida, dado que permanentemente están en contacto con la población objetivo (10,17) sin embargo, no se cuentan con estudios hasta el momento que investiguen este problema.

III JUSTIFICACIONES

En Guatemala, existe un incremento de casos de enfermedades de transmisión sexual y Sida desde 1989-92 en un 87% más cada año (6,12) las enfermedades de transmisión sexual tienen una única forma de contagio, por consiguiente una persona con sífilis o gonorrea, es un candidato a contraer Sida (4,11,16,18).

Esta población realiza consultas a los dependientes de farmacia, y éstos como parte de el complejo sistema de salud, deberían tener algún grado de conocimiento de enfermedades de transmisión sexual y Sida; así como su prevención (5,15, 16, 20) a pesar de ésto, no se cuenta con ninguna institución que capacite adecuadamente a estas personas para que sirvan como agentes auxiliares y educativas sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida.

IV OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Determinar el conocimiento y actitudes que los dependientes de farmacias tienen sobre enfermedades de transmisión Sexual y Sida.

- 2.- Relacionar el grado de escolaridad y la información que proporcionan a sus Clientes.

O B J E T I V O S

ESPECIFICOS:

- 1) Identificar: la información que dan a los clientes que consultan sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida. Los conocimientos acerca del uso del condón en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y Sida.

Qué grupos de edad y sexo, y cuántos utilizan frecuentemente el condón.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

Según estudios realizados en América Latina las farmacias han sido consideradas por mucho tiempo una fuente importante de abastecimiento de medicamentos y anticonceptivos que pueden ser adquiridos sin prescripción médica en países como el Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Guatemala. Se han llevado a cabo investigaciones que muestran que las farmacias son centros de información y tratamiento para todas las clases sociales y el principal medio de cuidado para la salud de los sectores poblacionales menos favorecidos, un claro ejemplo de ello es la compra de antibióticos automedicados para el tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas.

En relación con la salud reproductiva las farmacias tienen un importante papel. Por ejemplo en un estudio realizado en México los anticonceptivos son distribuidos por las farmacias en un 30% (23). Por otro lado, en Guatemala no existen estudios que proporcionen información sobre las actividades de las farmacias, ya que para la apertura de estos centros, son mínimos los requisitos exigidos, los cuales son: que la farmacia esté a cargo de una persona responsable, y que el dependiente de farmacia sepa leer y escribir, no importando el grado de escolaridad, y que no es necesaria la presentación de recetas para la venta de medicamentos, únicamente psicotrópicos, pero aún así, las instituciones encargadas no cuentan con ningún tipo de control que pueda hacerlos cumplir con estos requisitos. (14)

SIFILIS:

Esta enfermedad, antigua en el mundo, ya se encontraban escritos de ella en el Antiguo Testamento y escritos chinos; se hizo notable a principios y postrimerías del siglo, XV en donde un poema contaba la historia de un pastor místico llamado Syphillis, y de la epidemia en las postrimerías del mismo siglo, ésta enfermedad produjo cambios en la historia debido a que personajes famosos la padecieron, cambiando así el curso de la misma. Esta enfermedad durante muchos años fue tratada con compuestos mercuriales y arsenicales hasta 1943 con el advenimiento de la penicilina. La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por una espiroqueta llamada treponema pallidum y suele adquirirse por contacto sexual con una persona infectada, esta enfermedad si no se trata, progresa a fases primaria y secundaria, etapas infecciosas, así mismo en alrededor del 30% de los pacientes no tratados aparece a la postre enfermedad aórtica y del sistema nervioso central (sífilis terciaria). El treponema pallidum es demasiado delgado y no se ve en la tinción de Gram, pero puede observarse en campos húmedos por microscopía de campo oscuro. Este microbio actualmente se sabe que es aerófilo (7) el número mínimo de treponemas necesario para que se establezca la infección no se conoce, pero talvez sea un solo germen. Así mismo el crecimiento lento de treponemas puede explicar el periodo de incubación relativamente largo de la enfermedad. La lesión patológica primaria de la sífilis es la endarteritis (induración de la túnica interna de las arterias).

EPIDEMIOLOGIA:

La sífilis a excepción de la congénita se adquiere exclusivamente por contacto sexual íntimo, inclusive relaciones anogenitales y bucogenitales; la sífilis se da en todos los estratos sociales, pero es más frecuente en grupos de deficiente educación o de bajo aspecto social.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

El chancro comienza como una pápula que posteriormente se vuelve úlcera; de base limpia y bordes salientes e indurados, con el tiempo al desaparecer el chancro el paciente inicia con fiebre poco intensa, cefalea, malestar y linfadenopatía y exantema mucocutáneo, la erupción secundaria aparece mientras el chancro primario está en proceso de curación, o varios meses después que ha desaparecido. Las lesiones secundarias curan en forma espontánea en 2 a 6 semanas haciéndose posteriormente latente la enfermedad y rara vez aparece el chancro blando; en la linfadenopatía los ganglios son móviles, discretos y de consistencia de hule; si el chancro se presenta en el cuello uterino o el recto, no se palpan los ganglios ilíacos regionales afectados. Los chancros no genitales se observan mayormente en homosexuales y alrededor del recto. Son sifilíticos hasta que no se demuestre lo contrario. El diagnóstico diferencial de una úlcera genital, suele hacerse de una enfermedad de herpes virus tipo II. La sífilis secundaria aparece más o menos de 4 a 8 semanas después de la aparición del chancro primario. Los pacientes en forma característica, sufren las lesiones de la sífilis secundaria. Pueden tener fiebre, cefalea, faringitis y otros síntomas generales.

SIFILIS LATENTE:

Por definición la sífilis latente es la fase en la que no se presentan manifestaciones clínicas. La latencia comienza al terminar el primer ataque de sífilis y puede durar toda la vida. La fase latente puede dividirse en dos fases: temprana y tardía y puede durar aproximadamente 4 años. Actualmente hoy en día, en Estados Unidos, se define la latencia temprana como el primer año después de la infección. La fase latente tardía, por lo regular no es infecciosa; pero puede transmitirla al feto una mujer embarazada. (27) esta etapa puede ser incapacitante y destructiva: las complicaciones de la sífilis tardía progresa muy lentamente y las manifestaciones clínicas pueden tener un comienzo brusco, debido a la endarteritis.

La sífilis tardía benigna o gomas, es la complicación más frecuente de la sífilis tardía y desde el punto de vista histológico, la goma es un granuloma y el goma es la única lesión que cura en forma impresionante con tratamiento de penicilina. A todo paciente con lesiones cardiovasculares, se le debe practicar punción lumbar para descartar neurosífilis coexistente (10).

TABES DORSAL:

La tabes dorsal, es una enfermedad degenerativa, lentamente progresiva que afecta la columna y raíces posteriores de la médula espinal, lo que causa pérdida gradual de los reflejos periféricos, trastornos de la sensación y vibración y marcha atáxica progresiva. La incontinencia vesical y la impotencia son frecuentes. Las crisis dolorosas repentinas y graves de

causa incierta, son parte característica del síndrome. Estas crisis pueden afectar laringe, vagina, recto y otros órganos.

La prueba para diagnóstico de sífilis que resulta buena, barata y sencilla, son las pruebas de VDRL. Una prueba negativa no excluye la posibilidad de sífilis primaria, en especial si la lesión tiene menos de 2 semanas. También es necesario tomar en cuenta que sólo alrededor del 70% de los pacientes con sífilis cardiovascular o neurosífilis muestran VDRL positivo. Las pruebas VDRL positivas falsas agudas (menos de 6 meses) ocurren con poca frecuencia en la neumonía atípica, paludismo y otras infecciones bacterianas o virales, también después de vacunación contra la viruela y otras enfermedades. (27) Las pruebas VDRL positivas falsas crónicas que duran más de seis meses. Hasta un tercio de los pacientes adictos a los narcóticos muestran una prueba VDRL positiva falsa aún los sujetos mayores de 80 años.

TRATAMIENTO:

La sífilis temprana puede tratarse con una sola inyección de 2.4 millones de unidades de Penicilina Benzatinica. Para pacientes alérgicos puede administrarse clorhidrato de tetraciclina a una dosis total de 30 g. durante 15 días o eritromicina a una dosis de 30 g. durante 15 días.

La penicilina G Benzatinica a una dosis total de 7.2 millones de unidades, administradas como dosis de 2.4 millones de unidades a la semana durante tres semanas sucesivas es eficaz en la mayor parte de los pacientes con neurosífilis. Y hasta la fecha no existen pruebas de mutantes de *treponema pallidum* de resistencia a la penicilina.

G O N O R R E A

La gonorrea es una infección e inflamación de la mucosa de la uretra causada por *Neisseria Gonorrhoeae*, la infección resulta casi siempre de el contacto sexual de una pareja infectada. *N. Gonorrhoeae* es un coco gramnegativo. Los organismos aparecen como diplococos, pero puede aparecer cocos aislados y acumulos de cocos.

Se pueden reconocer cuatro tipos de colonias, de la T1 a la T4 siendo los tipos 1 y 2 los más virulentos, éstas colonias estan cubiertas de proyecciones llamadas pelos, que son de importancia ya que estos pelos son los que fijan a las células mucosas produciendo la enfermedad.

La *N. Gonorrhoeae*, es parásito del hombre, no causa enfermedad en los animales y se adquiere casi siempre por contacto sexual, a excepción de las conjuntivitis Gonocócica neonatal que ocurre en los recién nacidos que son infectados por su madre.

Ha habido un aumento en la frecuencia con que se informa de infecciones gonocócicas, sin embargo, las verdaderas frecuencias y prevalencia se desconoce a causa del problema en el diagnóstico o tratamiento antimicrobiano de personas no médicas (6,16) y por la presencia de muchos portadores asintomáticos que no se descubren. Los índices de gonorrea son mayores en personal militar, grupos migratorios (como trabajadores temporales y marineros, homosexuales y prostitutas). En algunos estudios, del 10 al 13% de las prostitutas sufrían gonorrea (15). La diseminación de la infección por gonococos, es aproximadamente dos veces más común en mujeres que en

varones y talv3z m3s frecuente en homosexuales que en heterosexuales, y ello se explica porque los varones con uretritis por gonococos suelen tener s3ntomas y por lo tanto se tratan con rapidez y disminuye en forma importante la posibilidad de diseminaci3n en cambio las mujeres con gonorrea y los varones con proctitis y faringitis por gonococos (casi siempre homosexuales) son asintom3ticos y es poco probable que se traten.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

El per3odo de incubaci3n de la uretritis gonoc3cica en el hombre suele ser de 2 a 8 d3as con comienzo brusco de dificultad para la micci3n, polaquiuria acompa1ado de exudaci3n mucosoide que con rapidez, se vuelve purulenta y profusa. La uretritis gonoc3cica no causa fiebre pero s3 se presenta en la prostatitis, la vesiculitis seminal o la epididimitis. La prostatitis puede provocar retenci3n urinaria. Asimismo la epididimitis produce esterilidad.

GONORREA EN LA MUJER:

En la mujer la enfermedad puede comenzar con disuria, urgencia de orinar y poliquiuria, despu3s de un per3odo de incubaci3n de dos a ocho d3as, pero la uretritis con frecuencia es de breve duraci3n y leve o por completo asintom3tica.

La salpingitis se manifiesta por comienzo agudo de fiebre y dolor abdominal bajo. Al examen f3sico se demuestra dolor al mover el cuello uterino hipersensibilidad de los anexos con nodos palpables o sin ellas (8,9). La proctitis por gonococos es asintom3tica, pero a veces se manifiesta por secreci3n anal, dolor rectal tipo quemadura, sangre y pus en evacuaciones y dolor a la defecaci3n.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Algunos autores consideran que el gonococo produce dos tipos de artritis poliarticular por lo general sin derrames muy pequeños que tienden a ser estériles, acompañados de bacteremia y lesiones en piel y artritis piógena franca que a menudo afecta una articulación, de la que es frecuente aislar gonococos sin bacteremia ni lesiones en la piel.

La bacteremia por gonococos es rara y puede ocurrir lesiones recurrentes de fiebre, lesiones cutáneas, tenosinovitis, artralgia o artritis, sintomatología ligera o intensa y hemocultivos positivos. El exantema aparece durante el período de fiebre, se descubren en la parte distal de las extremidades; está formada por manchas dispersas y puntiformes y eritematosas que con rapidez se vuelven maculopapulosas, vesiculopustulosas. muchas veces hemorrágicas.

DIAGNOSTICO:

En el varón, la combinación de uretritis y la presencia de diplococos intracelulares gramnegativos en los frotis de exudados de la uretra es prueba presuncional de gonorrea. La confirmación se logra mediante cultivo o si se dispone de ello con estudios de anticuerpos fluorescentes. Así mismo se debe sospechar en toda mujer que tiene contacto con varones infectados. De igual forma se sospecha el estado de portador asintomático en varones o sin ellos que se descubren con los cultivos de rutina.

La tricomona vaginalis también puede causar uretritis pero el exudado uretral en la gonorrea es abundante y amarillento, mientras que en la uretritis no gonocócica, por lo regular es blanco y escaso.

N. *Gonorrhoeae* también se ha hecho más resistente a la tetraciclina, las mismas cepas que son un poco resistente a la penicilina pero no a la espectinomicina.

Las recomendaciones de el centro de control de enfermedades venéreas sobre el tratamiento de la gonorrea sin complicaciones (cervical, uretral faringea o de conducto anal) o para los pacientes con exposición conocida a la gonorrea son las siguientes: El régimen de elección es la penicilina procaína 4.8 millones de unidades administrados en una sola visita (en dos sitios de inyección) junto a 1 gramo de probenecid bucal, justo antes de la penicilina.

Otro régimen posible es de 3.5 g de ampicilina bucal junto a 1 g de probenecid. Cuando la penicilina o ampicilina están contraindicadas, puede usarse espectinomicina en dosis de dos gramos en una sola inyección intramuscular o cloridrato de tetraciclina bucal, en dosis de 1.5 g al principio, para luego dar 0.5 g cuatro veces al día durante cuatro días, si la infección se debe a una cepa que se sospecha penicilasa resistente. El tratamiento inicial debe ser espectinomicina, sin embargo, la espectinomicina no deberá usarse de manera indiscriminada, pues algunos gonococos son resistentes a la espectinomicina; si no puede darse penicilina en el paciente con embarazo a causa de hipersensibilidad, puesto que la tetraciclina está contraindicada, se sugiere uno de los regímenes siguientes: eritromicina; en dosis de 1.5 g por la vía bucal, para luego dar 500 mgs cuatro veces al día hasta un total de 9.5, Cefazolina en dosis de 2 g por vía intramuscular junto con 1 g de probenecid bucal. (No se ha establecido que la

espectinomicina sea segura para el feto). La espectinomicina y la ampicilina al parecer no son eficaces para eliminar la Neisseria de la faringe (25). La uretritis debe ceder dos o tres días después de iniciado el tratamiento, es posible que durante semanas persista un flujo uretral acuoso, en varones a pesar de la eliminación de gonococos, ésto se debe a la llamada uretritis postgonocócica (por clamidios) (25,27). Adquirida junto a la gonorrea. La uretritis postgonococica por lo regular puede prevenirse si se usa tetraciclina en el tratamiento de la gonorrea 500 mgs. 4 veces al día durante siete días. Los pacientes con prostatitis, infección de vesículas seminales, epididimitis salpingitis o perihepatitis gonocócica. deberán hospitalizarse y tratarse con penicilina cristalina con 20 millones de unidades al día.

PROFILAXIS:

El empleo de preservativo brinda protección para el individuo no infectado, la experiencia ha demostrado que el empleo profiláctico bucal de penicilina en dosis de 250,000 unidades dos o tres horas después de la exposición ha disminuido mucho la frecuencia de infecciones.

HERPES GENITAL

La causa más frecuente de úlceras genitales es la infección por virus del herpes simple, comúnmente del tipo 2, pero también se han visto del tipo 1 (menos del 5% el virus moderadamente contagioso suele adquirirse por contacto sexual.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los pacientes presentan prurito e hiperestecia en la zona, que posteriormente aparece un pequeño grupo de vesículas do-

lorosas que erosionan y forman varias úlceras circulares superficiales rodeadas por una areola aritematosa, si ocurre una infección, las úlceras confluyen para formar una única úlcera de gran tamaño. Las úlceras suelen cubrirse de una costra al cabo de algunos días, y generalmente curan en unos 10 días dejando cicatriz. Suele haber linfadenopatía inguinal moderada y sensible a la palpación. Las úlceras son casi siempre dolorosas, las lesiones suelen observarse en prepucio glande y cuerpo del pene en los varones y en los labios, clitoris, región perineal, vagina y cuello del útero en las mujeres.

DIAGNOSTICO:

Suele efectuarse el diagnóstico inmediato mediante la demostración de las típicas células gigantes multinucleadas en las extensiones de las lesiones teñidas con la tinción de Wriqth Giemsa.

COMPLICACIONES:

Entre las complicaciones del herpes genital, destacan meningitis aséptica, mielitis transversa y disfunción del sistema nervioso autónomo a nivel de las regiones sacras.

TRATAMIENTO:

El aciclovir disponible en forma oral, tópica e I.V. es un fármaco muy eficaz contra las infecciones herpéticas primarias de boca, genitales y recto, el fármaco tiene las siguientes características o efectos: 1) Reduce la replicación vírica y los síntomas de las infecciones primarias graves por VHS, 2) Reduce ligeramente la replicación vírica y los sínto-

mas de las recurrencias, 3) Curan las infecciones de los enfermos inmunodeprimidos y 4) Administrado de forma profiláctica disminuye las tasas de recurrencia de las infecciones, no obstante ni siquiera mediante el tratamiento precoz de las infecciones primarias, es posible abortar infecciones en período de latencia, ni evitar la aparición de recurrencias.

PAPILOMATOSIS GENITAL

Esta enfermedad está causada por papilomavirus o virus del papiloma humano, tipos 1,2,6,11,18 y generalmente se transmite por contagio sexual. su período de incubación oscila entre 1 y 6 meses, se localizan preferentemente en las regiones más calientes y húmedas de la zona subprepuccial, surco coronal dentro del meato uretral y en el cuerpo del pene en los varones, y en la vulva, la pared vaginal, el cuello del útero y la región perineal en las mujeres; en los varones homosexuales se localizan sobre todo en la región perineal y el recto.

En los Estados Unidos, en los últimos 10 años han reportado un aumento que los sitúa al doble de la tasa de incidencia del doble que el herpes genital, importancia que resulta de posible desarrollo de neoplasias en el futuro.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los papilomas genitales suelen manifestarse en forma de diminutos tumores de partes blandas, húmedos, eritematosos o rosáceos, que experimentan un rápido crecimiento, hasta adoptar el aspecto de una masa pedunculada.

Las mujeres con papilomas en el cuello del útero, no se han de tratar hasta disponer del resultado de un frotis de papanicolau que puede orientar el tratamiento.

TRATAMIENTO:

Se sabe que muchas mujeres con papilomas externos pueden presentar con el tiempo lesiones displásicas en el cuello del útero e incluso un carcinoma invasivo que debe diagnosticarse y tratarse precozmente.

La diferencia de otros tipos de virus productores de papilomas que permanecen en la célula huésped en forma de episoma. (plásmido que puede integrar el genoma bacteriano de una determinada especie bacteriana.)

Quizás explique su mayor agresividad y su menor susceptibilidad frente al tratamiento con interferón para la detección precoz del cáncer, todos los médicos al cuidado de enfermas con papilomas genitales, deben insistir en realizar una colposcopia, mas estudios citológicos del cuello del útero al menos una vez al año o intervalos más cortos. Mediante la administración de interferón, sobre todo por vía intralesional o I.M. se ha conseguido la curación de lesiones intratables localizadas en piel y genitales.

En varios países, se están efectuando estudios sobre su forma de administración óptima y resultados obtenidos a largo plazo.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

(S I D A)

El Sida es causado por un virus, caracterizada la enfermedad por una deficiencia inmunitaria grave, que determina infecciones oportunistas, malignidades y lesiones neurológicas en individuos sin antecedentes previos de anormalidad inmunitarias.

ETIOLOGIA:

La causa es un retrovirus. Se ha denominado virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

Los retrovirus, contienen una enzima llamada transcriptasa inversa, que puede convertir el ARN vírico en ADN del citoplasma. Este ADN puede replicarse desde sitios extracromosómicos o dirigirse hacia el núcleo celular, en donde pasa a formar parte del ADN de la célula del huésped.

Estos genes víricos integrados se duplican junto con los genes celulares normales, y toda la progenie de la célula originalmente infectado contendrá los genes víricos (5).

La expresión de los genes víricos de algunos retrovirus puede ser oncogena convirtiendo la célula en un cáncer o tener otros efectos patológicos que puedan alterar la función normal de la célula o producir muerte.

Hay dos grupos de retrovirus que afectan al hombre, los cuales tienen todos ellos una notable afinidad por los linfocitos, en particular por los linfocitos T4 el HIV infecta preferentemente al subgrupo principal de células conocidas como inductoras colaboradoras, las cuales quedan entonces agotadas, dando como resultado una disminución de la proporción de células T4 colaboradora respecto de las células T8 supresoras. sin embargo, el virus también es capaz de infectar algunas células no linfoideas como los macrófagos y las células del tejido nervioso y probablemente permanece presente durante toda la vida. (1,2,5).

EPIDEMIOLOGIA:

El HIV no se transmite por el contacto casual ni incluso con el contacto estrecho no sexual, que se produce normalmente en el trabajo, la escuela, el hogar, (29).

La transmisión a otras persona requiere de fluidos corporales que contengan células infectadas como sangre, o plasma, saliva; especialmente cabe esperar que el HIV esté presente en cualquier líquido o exudado que contengan linfocitos, por ejemplo se ha encontrado en el sémen, las lágrimas y las secreciones vaginales. Sin embargo, no se ha descrito la transmisión por lágrimas, saliva, fomites o aire.

Aunque se ha producido la transmisión de HIV por clavarse accidentalmente una aguja, este medio es mucho más difícil y mucho menos frecuente que la hepatitis B (26, 29).

Debido al período de incubación entre la infección y el desarrollo de los síntomas clínicos es a menudo muy largo. No se puede disponer de datos sobre el riesgo a largo plazo, ejemplo: Malignidad y enfermedades degenerativas crónicas.

Las diferencias en los grados de expresión del Sida en diferentes estudios, pueden reflejar no sólo la duración de la exposición en un cohorte, sino también factores ambientales como otras infecciones o situaciones de Estress Inmunitario y la susceptibilidad genética del huésped (2).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Entre 2 y 4 semanas después de la infección, algunos pacientes tienen un síndrome vírico inespecífico agudo de 3 a 14 días de duración con fiebre, malestar, exantema, artralgias y linfadenopatía generalizada, seguido por lo general de

seroconversión (aparición de anticuerpos) en uno a tres meses, a continuación estas manifestaciones desaparecen (aunque la linfadenopatía puede persistir) y los pacientes pueden volverse portadores asintomáticos y anticuerpos positivos (5). En la mayoría de los pacientes no existe tal síndrome vírico agudo y a la infección con el virus, le sigue un período asintomático, anticuerpo positivo que puede durar años. A menos que un examen de la sangre indique la seropositividad. Entre los pacientes con Sida, asociado a transfusión, el tiempo promedio desde la infección hasta el diagnóstico es unos 20 meses para los niños y 30 meses para los adultos.

El Sida es una constelación de signos y síntomas crónicos, manifestados en personas que pertenecen a grupos con una incidencia aumentada de Sida, pero que no manifiestan las infecciones oportunistas típica ni el sarcoma de Kaposi que caracterizan el síndrome florido, estos signos y síntomas pueden incluir linfadenopatía generalizada, pérdida de peso, fiebre intermitente, malestar y letargia, diarrea crónica, condilomas rectales, anormalidades inmunológicas características del Sida un subgrupo de pacientes con linfadenopatía (ganglios mayores de un centímetro de al menos 3 meses de duración, que afecta 2 ó más regiones extrainguinales confirmadas en la exploración física) y en ausencia de cualquier enfermedad corriente y uso de fármacos conocidos, como causa de linfadenopatía y la presencia de hiperplasia reactiva en un ganglio linfático si se practica biopsia. Una manifestación más grave es el síndrome de enflaquecimiento, que se caracteriza por la pérdida de peso progresivo de más del 15% del peso

corporal asociado a fiebre, leucoplaquia vellosa o diarrea que persiste más de 3 meses, es más probable la aparición del Sida en pacientes cuyo único signo es una linfadenopatía generalizada persistente. Se ha observado otras enfermedades infecciosas oportunistas como tuberculosis. (31)

La afectación del S.N.C. aparece en el 30% al 50% de los casos como resultado de infecciones oportunistas, malignidades, en particular linfomas, hemorragias secundarias a trombocitopenia y probablemente infección directa del tejido nervioso. Los pacientes son devastados por todas estas complicaciones y la mortalidad se acerca al 100% de los casos (29) los cuales el 92% fallece como consecuencia de infecciones oportunistas.

La deficiencia de células, se debe en primer lugar, a la disminución del número de células T colaboradoras; mientras que las células supresoras son normales o están aumentadas. Esto ocasiona la reducción del cociente Tc/Ts que en condiciones normales es de alrededor de 2:1 (1.5,28) (frecuentemente se halla invertido en menos de 1). Los pacientes con Sida temprano o linfadenopatía pueden tener el cociente bajo, pero el cociente bajo Tc/Ts no es diagnóstico de Sida.

Actualmente se usan 2 pruebas para buscar anticuerpos contra el HIV: la primera es una enzimoimmunoanálisis de tasa sólida (elisa) en la cual se usan la superficie de los pozillos de placas de microtitulación recubiertas con antígenos HIV inactivados y solubilizados y anticuerpos de cepas antiig humanas, conjugados con una enzima, la cual produce una reacción coloreada cuando se incuba con el substrato (1,5,). Una

muestra de suero o plasma de la persona a explorar, se pone en contacto con la superficie de los pocillos, si el anticuerpo está presente, la muestra se une al antígeno y es detectada por el anticuerpo Anti Ig Humanas, conjugados con la enzima.

La sensibilidad de las pruebas varía según los diferentes laboratorios, pero casi el 100% de los pacientes con Sida son seropositivos. Los niveles de anticuerpos contra el HIV puede disminuir en las fases avanzadas del Sida. En general después de múltiples infecciones oportunistas pueden no ser detectables por el ELISA, sin embargo, esto no suele representar un problema diagnóstico.

El ELISA da resultados falsos positivos, en particular, en personas asintomáticas que no pertenecen a un grupo de riesgo elevado. Aunque el ELISA es una buena prueba de búsqueda.

Ante un resultado positivo en una persona asintomática, es aconsejable repetir la prueba. Si la prueba es positiva por segunda vez, se recomienda confirmar el ELISA con una prueba más específica que se le denomina Wester Blot. El Wester Blot es un procedimiento inmunoelectroforético para identificar anticuerpos contra proteínas de PM determinado, en este caso, las asociadas con el HIV.

El ELISA y Wester Blot darán resultados negativos en individuos que se hallen en las fases iniciales de la infección, cuando todavía no han desarrollado una respuesta de anticuerpos frente al HIV (Falso negativo), se han descrito que en estos individuos permanecen durante varios meses anticuerpos negativos mientras dan positivos (1).

PRONOSTICO:

Se ha demostrado que la supervivencia media, basada en las manifestaciones clínicas iniciales, los pacientes que presentaban sólo sarcoma de Kaposi, sobrevivieron 125 semanas.

Aquellos con sólo neumonía por p. carinii 35 semanas, aunque alrededor del 85% de estos pacientes sobrevivió a su hospitalización inicial; su calidad de vida resultó notablemente comprometida, y la mitad aproximadamente del 30 al 50% de su vida restante, en el hospital. La infección oportunista es la causa de peligro de enfermedad potencialmente fatal o de muerte, en más del 90% de los pacientes con Sida.

PREVENCION Y TRATAMIENTO:

No existe tratamiento eficaz aparte de tratar las infecciones oportunistas, neoplasias y otras complicaciones.

La mayor parte de las infecciones ocurren como resultado del contacto repetido y estrecho con un portador del HIV, específicamente el contacto de las mucosas con sangre o líquidos corporales del portador. Las relaciones sexuales, son la fuente principal de tales contactos; se debe educar a las personas para que modifiquen las prácticas sexuales por ejemplo: reducir el número y la frecuencia a 0 con personas desconocidas; usar recursos protectores, como condones, ya que su uso constante reducirá la exposición del HIV al evitar el contacto con el semen, y los linfocitos infectados.

Los portadores del HIV y las personas que pertenecen a un grupo de riesgo elevado (incluso si son seronegativos), no deben donar sangre y deberían de informar a los médicos y

dentistas de su estado; estos últimos deberán llevar guantes al examinar a todos los pacientes con hepatitis B. La superficie contaminada con sangre u otros líquidos corporales, deben limpiarse con hipoclorito y agentes fenólicos, agua oxigenada, alcoholes o deben ser sometidos a calor ya que el HIV facilmente se inactiva con éste. (5)

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La chlamydia trachomatis es una infección de las más comunes transmitidas sexualmente entre adolescentes y una causa muy común de infección perinatal, está dentro de las principales causas de enfermedad pélvica inflamatoria, en pacientes con problemas de aborto, en pacientes a término de su embarazo con infecciones cervicales no tratadas; la prevalencia oscila entre 10 a un 20% siendo en la mayoría de los casos, detectada por método ELISA, desconociéndose casi por completo la prevalencia existente en la región faríngea en personas con prácticas sexuales orales. (25).

El organismo causante de la psitacosis y el linfogranuloma venéreo -tracoma- se aisló en 1930, pero se logró cultivar con éxito hasta 1957, ampliándose el espectro de enfermedades producidas por estos organismos en 1977. En 1971 Storz y Page lograron la siguiente clasificación taxonómica:

ORDEN: Chlamydiales

FAMILIA: Chlamydiaceae

GENERO: Chlamydia

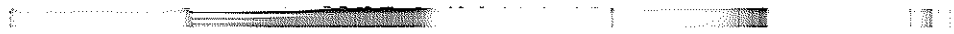
ESPECIE: Chlamydia trachomatis y chlamydia psitacosis (25).

Los chlamydia son microorganismos intracelulares obligados semejantes a bacterias, pero que cuentan con un ciclo dife-

rente de duplicación intracelular, primero se consideró que eran virus que causaban trastornos tan diversos como psitacosis, linfogranuloma venereo y tracoma.

La clamydia psitacoci forma inclusiones intracitoplásmicas difusas en general, resistentes a la sulfonamidas e infecta muchos animales y aves, pero se trasmite al hombre sólo en forma accidental; la clamydia trachomatis, se han identificado 15 inmunotipos, algunos de los cuales producen reacciones cruzadas. Los tipos A, B, AB y C, ocurren en el tracoma endémico y causan oftalmopatía crónica. Los tipos de D a K se han asociación, sobre todo con infecciones de la vía genital que en ocasiones se extienden al ojo y al aparato respiratorio. Los tipos L1 a L3 producen linfogranuloma venereo característico. El ciclo de multiplicación de los clamidios comienza cuando la partícula infecciosa (cuerpo elemental) que mide 300 nm de diámetro es captada por células huésped por medio de fagocitosis. Poco después la partícula pequeña sufre reorganización dentro de una vacuola de la célula huésped para constituir la forma mayor metabólicamente activa y que se multiplica (cuerpo reticulado) que contiene muchos ribosomas. Ocurre división binaria repetida para producir muchas partículas pequeñas e infecciosas, que llenan las vacuolas y constituyen la inclusión. Al final de este ciclo de desarrollo de 24 a 48 horas, la célula huésped se desintegra para liberar partículas pequeñas que pueden infectar células vecinas. (3).

La infección subclínica es la regla y la enfermedad manifiesta la excepción en los huéspedes naturales de estos gérmenes.



Son frecuentes las recaídas de la actividad infecciosa, lo que conduce a recurrencias clínicas que a veces se desencadenan por Estress, infección bacteriana o traumatismo. Si bien el huésped infectado en forma regular produce anticuerpo contra clamydios. Estos anticuerpos, no protegen contra la reinfección y no previenen la recaída de la actividad clínica (3) la *Chlamydia trachomatis* es una infección natural del hombre que produce trastorno del ojo y del aparato genital. Es quizá el microbio de transmisión sexual más frecuente en el hombre. Es una causa notable de uretritis no gonocócica en el hombre y puede provocar epididimitis y prostatitis.

Las parejas sexuales femeninas de estos enfermos a menudo son portadores de clamydios en el cuello uterino (25) sea en forma asintomática o con síntomas y signos de cervicitis, vaginitis salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica y en ocasiones prostatitis (8). Los inmunotipos 11 y 13 de *Chlamydia trachomatis* son la causa de una enfermedad poco frecuente del linfogranuloma venéreo. La característica biológica más sobresaliente de la infección por clamidia, es el equilibrio que frecuentemente se alcanza entre el huésped y el parásito, lo que da por resultado una persistencia prolongada a menudo durante toda la vida.

Las clamidias, pueden considerarse bacterias gramnegativas aunque considerando que carece de algunos mecanismos importantes para la producción de energía metabólica.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La uretritis no gonocócica por *Chlamydia trachomatis*, tienen un período de incubación más prolongado que la gonococi-

ca, en general unos 15 días de 1 a 3 semanas (8). En el varón puede causar disuria, molestias imprecisas en la uretra, raramente poliuria y exudado uretral, que en la mayoría de los pacientes es escaso y sólo una gota que se aprecia por las mañanas antes de la primera micción.

El exudado suele ser seroso o blanquecino, en algunas ocasiones purulento y excepcionalmente hemorrágico. La epididimitis es una inflamación retrógrada ascendente de patógenos, la uretra es la ruta usual de infección y es causada por clamidia trachomatis o Neisseria Gonorrhoeae.

COMPLICACIONES:

En el hombre la prostatitis y epididimitis afectan su fecundidad, considerando las secuelas postinflamatorias en las mujeres, las complicaciones por clamidia son: infertilidad tubárica, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, posiblemente displasia cervical (8).

TRATAMIENTO:

Prevalece en forma generalizada el criterio de que los mismos deben ser de corta duración para evitar el uso indiscriminado de los antimicrobianos y el riesgo de crear resistencia a estos (7).

El tratamiento electivo son las tetraciclinas que deben mantenerse dos a tres semanas.

El clorhidrato de tetraciclina 500 mg. cada 6 horas. Otras alternativas antimicrobianas son: La Eritromicina y la sulfamidas, así como los nuevos macrolidos como lo son: la roxidromicina y la claritromicina.

H E P A T I T I S " B "

Esta enfermedad es causada por el virus de la Hepatitis B, esta partícula vírica infecciosa ("Partícula de Dane") está formada por una nucleocapside o core interno, más una envoltura externa.

La nucleocapside contiene ADN y ADN polimerasa, y se replica en el interior de los núcleos de los hepatocitos infectados. El VHB se asocia a una amplia gama de hepatopatías que abarcan desde el estado de portador sub-clínico de la enfermedad y el carcinoma hepatocelular y la glomerulonefritis membranosa. (19).

El antígeno de superficie del VHB (HBsAg, antígeno australiano) está relacionado con la envoltura externa del virus y su presencia en suero suele proporcionar la primera evidencia de que se trata de una sub-infección aguda por el VHB.

El HBsAg aparece típicamente durante el período de incubación de la enfermedad en general de 1 a 6 semanas antes del inicio de la sintomatología o de las pruebas bioquímicas alteradas y desaparece del suero durante la convalecencia. Los anticuerpos correspondientes al antígeno (antiHbs), aparecen semanas o meses después una vez ocurrida la recuperación clínica de la enfermedad, y suelen persistir en el suero del paciente durante toda la vida (su demostración, por lo tanto, señala una antigua infección por el VHB como una relativa protección futura frente a una reinfección). El agente Delta o virus de la Hepatitis D es un virus ARN anómalo que presenta la propiedad exclusiva de no poder replicarse solo, pero sí como agente coinfeccioso y en presencia del VHB, en estos

casos los hepatocitos infectados contienen partículas Delta recubiertas por una envoltura perteneciente al HBag. Aunque su incidencia varía mucho según la región geográfica, en varios países existen zonas endémicas aisladas, los drogadictos presentan un riesgo relativamente alto de contraer la infección por el agente Delta, si bien ha penetrado ampliamente entre los homosexuales (26). Desde el punto de vista clínico la infección se manifiesta típicamente como hepatitis aguda muy grave (hasta el 50% de las infecciones fulminantes por el VHB están relacionadas con una infección por el agente Delta, o bien en forma de exacerbaciones clínicas agudas de la enfermedad en portadores crónicos del VHB o como hepatitis B crónica de evolución relativamente agresiva (20). El virus existe en casi todos los líquidos y excretas corporales, la transmisión de esta enfermedad es sobre todo por vía parenteral: transfusiones o inyección con aguja contaminada o por contacto personal íntimo: por ejemplo, entre parejas sexuales, pacientes y profesionales de la salud y madre y neonato.

ANATOMIA PATOLÓGICA:

Todos los hacinos hepáticos están afectados por una necrosis focal con infiltrados inflamatorios mononucleares. Se observan signos histopatológicos de regeneración hasta en los casos más precoces. En general no está la trama reticulínica subyacente y a menos que exista una extensa necrosis que haga confluir los hacinos enteros, el enfermo presenta siempre al final, una recuperación histopatológica completa (19). La inmunoglobulina de hepatitis B (HB_{ig}) contienen títulos de anticuerpos mucho más altos, además de que la utilización está

limitada por su elevado costo, la HBig debe administrarse a las personas que hayan experimentado una exposición accidental a sangre conteniendo HBsag (por ejemplo al pincharse con una aguja) a dosis de 0.06 mg/kg I.M. en las primeras 24 horas, repitiendo la dosis 1 mes más tarde. Quizá deben también tratarse los contactos sexuales de los enfermos diagnosticados a la misma dosis antes de transcurridas 2 semanas de la última exposición sexual (26). La vacunación contra el VHB proporciona una respuesta casi constante en personas sanas con aparición de anticuerpos y una espectacular reducción de alrededor del 90% de la incidencia de la infección por el VHB. La respuesta es menor en los enfermos sometidos a diálisis y en otros pacientes inmunodeprimidos. Los temores iniciales sobre la posible falta de seguridad de la vacuna carecen de fundamento.

PROFILAXIS SEXUAL

La profilaxis de la salud, tiene como objetivos, transformar el comportamiento de los individuos o de una sociedad con la finalidad de promover su salud. Para ser efectiva, la profilaxis de la salud relacionada con el Sida y enfermedades de transmisión sexual, cuenta con estrategias de comunicación, información, educación, diseñadas para cambiar el comportamiento de las personas, crear una estructura de apoyo para los cambios, facilitar la aplicación de políticas públicas y garantizar los servicios y los recursos sociales necesarios para el cambio positivo; la profilaxis se basa en muy diversos canales de información y educación para lograr un impacto sostenido en la salud pública (21).

VI METODOLOGIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Dependientes de farmacia de la ciudad capital. Divididos en 2 grupos: Grupo "A" Farmacias del Centro de la ciudad, nivel socioeconómicos medio, y Grupo "B" Farmacias de la periferia de la ciudad, nivel socioeconómico bajo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tomando como referencia el universo representado por 556 farmacias registradas, se estimó que el tamaño de la muestra era de 50 farmacias de la ciudad capital, según fórmula estadística (ver anexo No.1).Entrevistándose a 106 farmacéuticos.

CRITERIO DE INCLUSION:

Se incluyó a los dependientes de farmacia de ambos sexos que aceptaron participar en forma anónima.

VARIABLES A ESTUDIAR:

CONOCIMIENTO:

DEFINICION CONCEPTUAL:

Proceso en el que por medio de la actividad humana, el hombre se orienta a reflejar una idea, la realidad objetiva con fundamento científico.

DEFINICION OPERACIONAL:

Información sobre aspectos biológicos interpersonales de enfermedades de transmisión sexual y Sida, sus riesgos y formas de reducirlos.

ESCOLARIDAD:

DEFINICION CONCEPTUAL:

Nivel de estudios o conocimientos que proporciona una institución educativa.

CONCEPTO OPERACIONAL:

Cantidad de estudios realizados por las personas que le permiten dar la información a otras personas sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida.

INFORMACION:

DEFINICION CONCEPTUAL:

Orientación sobre un aspecto que se desconoce o ignora para que se pueda manejar.

CONCEPTO OPERACIONAL:

Orientación que brindan los encuestados (dependientes de farmacia) sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida.

INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Se utilizó test anónimo y confidencial (ver anexo No. 3). El estudiante investigador interpretó la información de acuerdo a cómo el entrevistado se expresó en forma escrita, haciendo un análisis global de cada una de las variables estudiadas, que una vez redactada, se presentará como tesis para optar al título de médico y cirujano.

RECURSOS:

I. MATERIAL FISICO: Material de escritorio y oficina

- Una computadora
- Una máquina de escribir
- Encuestas (ver anexo)

BIBLIOTECAS: Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)

Hospital Roosevelt

Hospital de Antigua Guatemala "Pedro de Benthancourt"

II. HUMANOS:

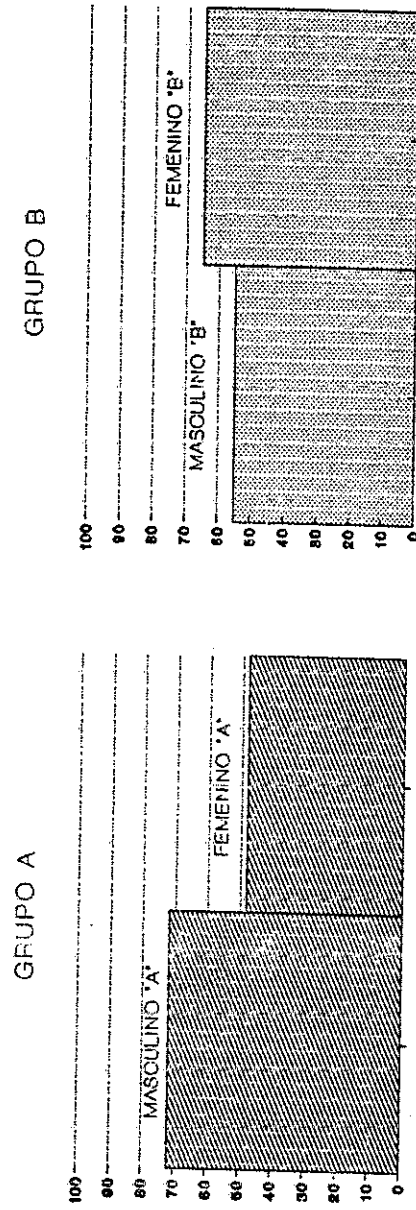
- Asesor (médico internista)
- Revisor (médico internista)
- catedrático de la facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Estudiante investigador
- Dependiente de farmacia de la ciudad capital de ambos sexos.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

VII PRESENTACION DE RESULTADOS



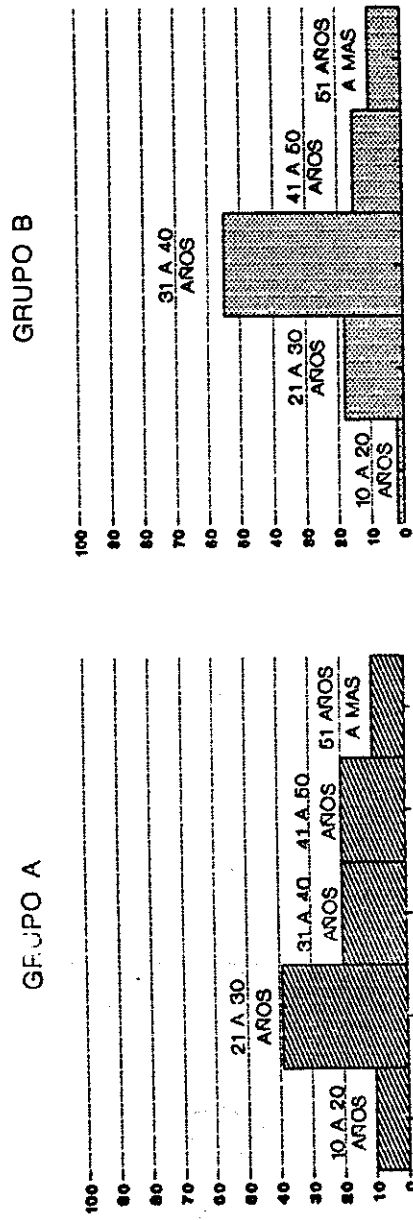
GRAFICA No. 1
 CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
 GUATEMALA, ENERO- MARZO DE 1995
 Personal que atiende farmacias en la ciudad por sexo y grupo "A" y "B"



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad
 GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

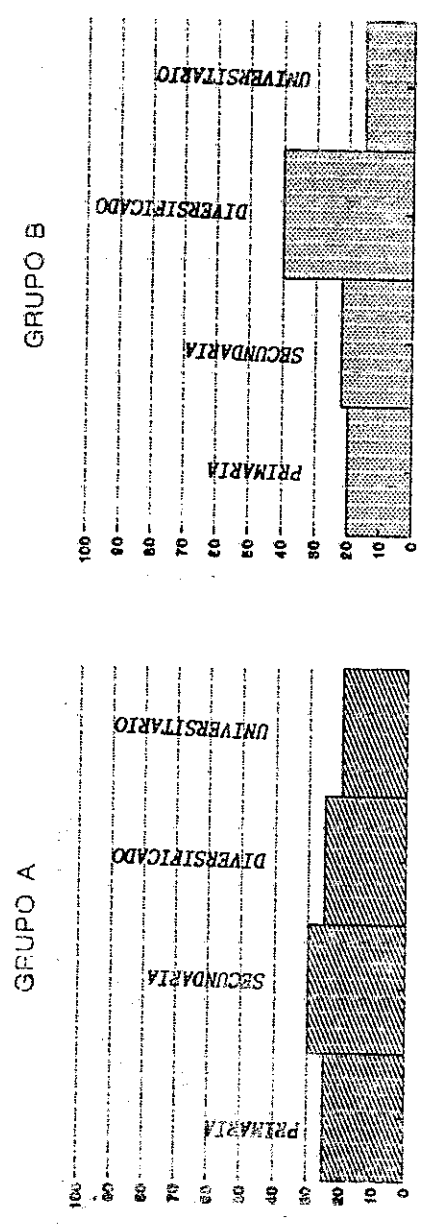
GRAFICA No. 2
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO- MARZO DE 1995
Grupo etario del personal que atiende farmacias en la ciudad capital
por grupos "A" y "B"



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad
GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

GRAFICA No. 3
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1995
Escolaridad del personal que atiende farmacias en la ciudad capital
por grupos "A" y "B"



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

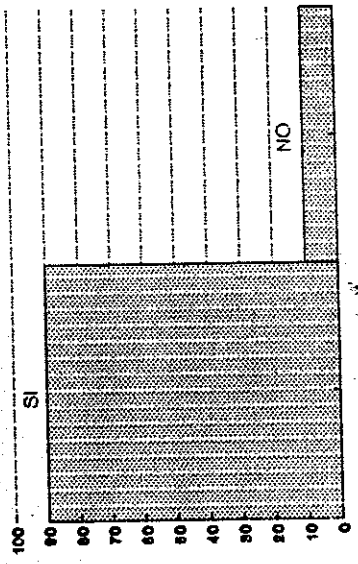
Fuente: encuesta anónima directa

GRAFICA No. 4

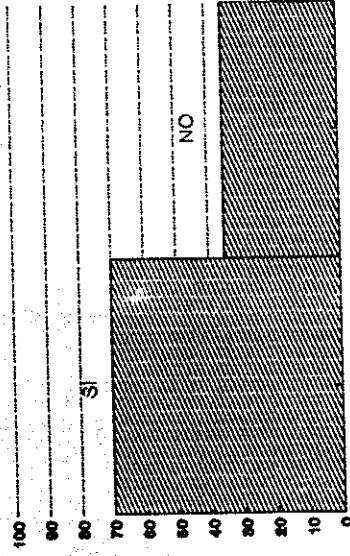
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1985

Respuesta a la pregunta
Le preguntan sus clientes sobre enfermedades de transmisión sexual o sida
por grupos "A" y "B".

GRUPO B



GRUPO A

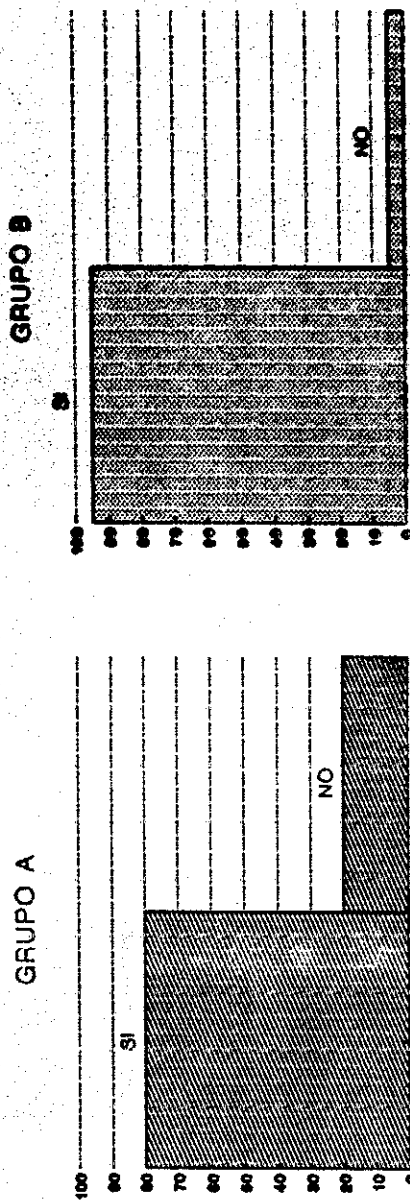


GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

GRAFICA No. 5
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1995
Respuesta a la pregunta
Conoce o ha visto enfermedades de transmisión sexual o sida



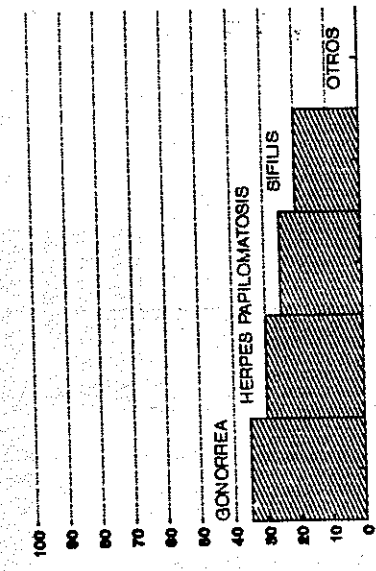
GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

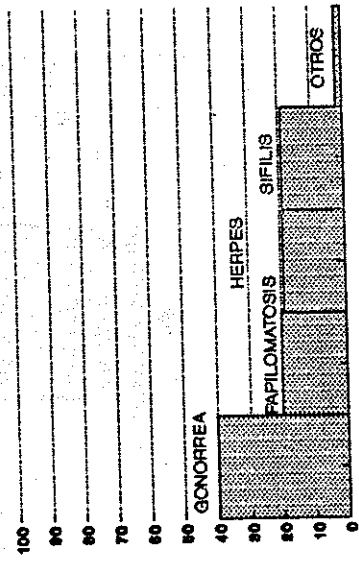
GRAFICA No. 6
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1995

Respuesta a la pregunta
 Conoce o ha visto enfermedades de transmisión sexual o sida,
 cuales conoce o ha visto

GRUPO A



GRUPO B



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

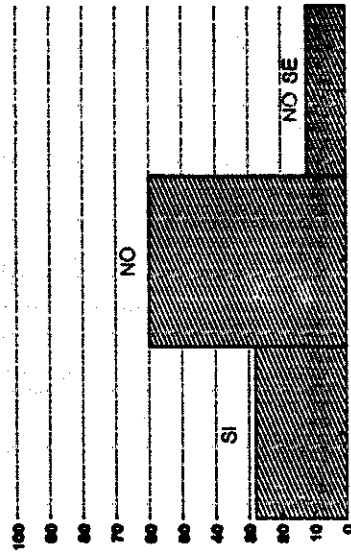
GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

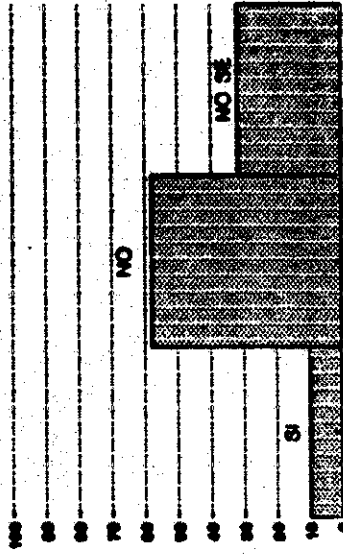
GRAFICA No. 7
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1993

Respuesta a la pregunta
 La hepatitis B, es una enfermedad de transmisión sexual ?

GRUPO A



GRUPO B



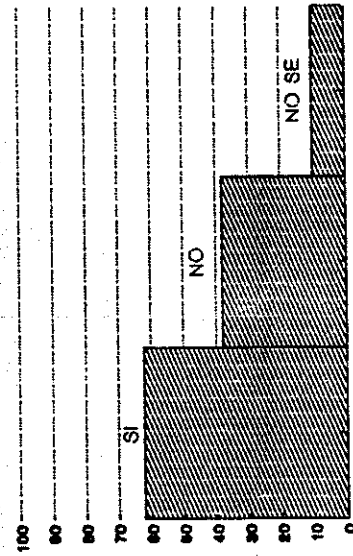
GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

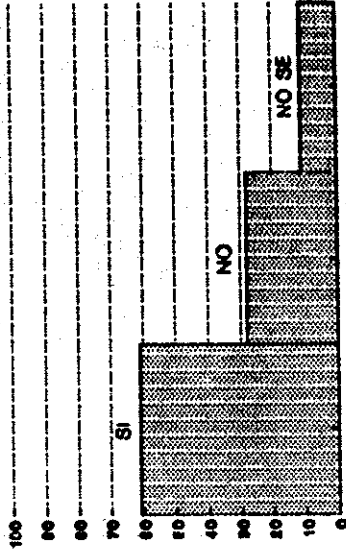
GRAFICA No. 8
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1988

Respuesta a la pregunta
El sida es una enfermedad de transmisión sexual ?

GRUPO A



GRUPO B



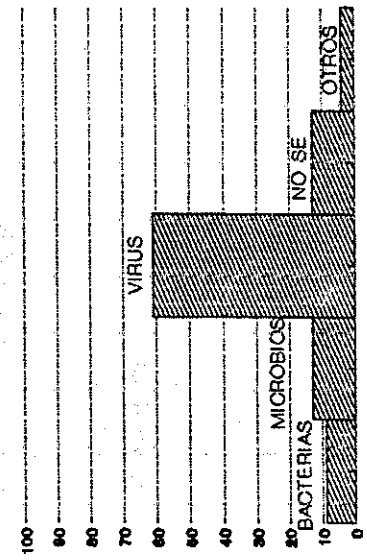
GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

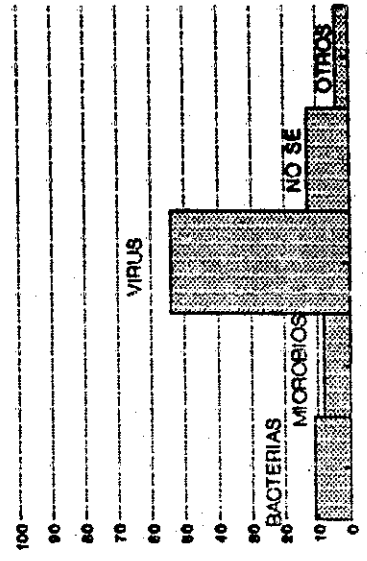
Fuente: encuesta anónima directa

GRAFICA No. 9
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1985
 Respuesta a la pregunta
 Que es lo que causa el sida ?

GRUPO A



GRUPO B

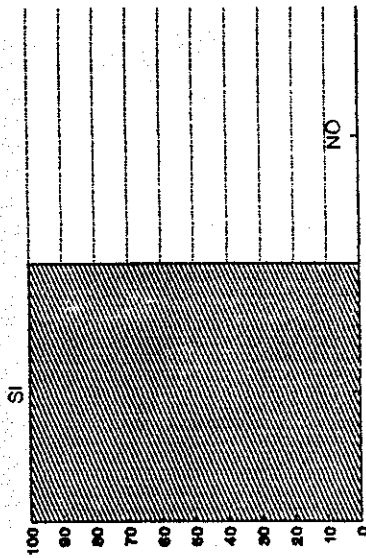


GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

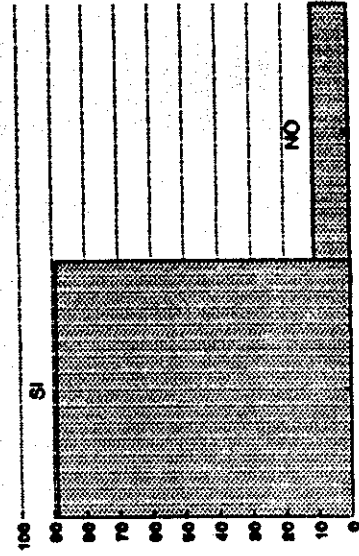
GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

GRAFICA No. 10
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1995
Respuesta a la pregunta
Conoce como prevenir enfermedades de transmisión sexual y sida ?

GRUPO A



GRUPO B



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

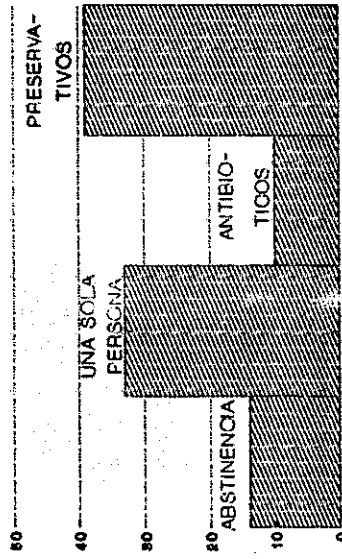
GRAFICA No. 11

CONCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
 GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1985

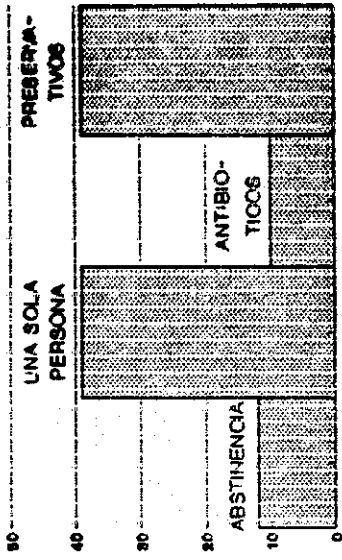
Respuesta a la pregunta

Si conoce como prevenir enfermedades de transmisión sexual y que método recomienda

GRUPO A



GRUPO B

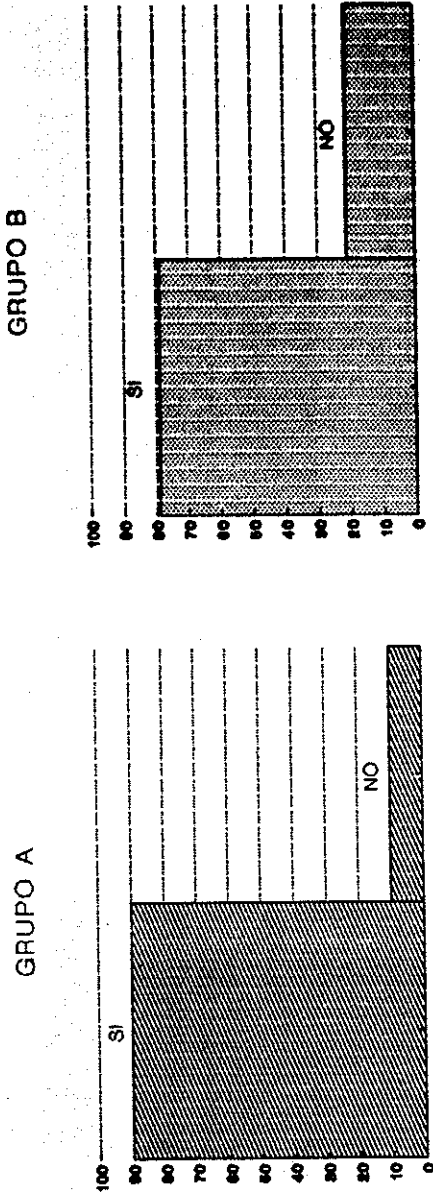


GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

GRAFICA NO. 12
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1995

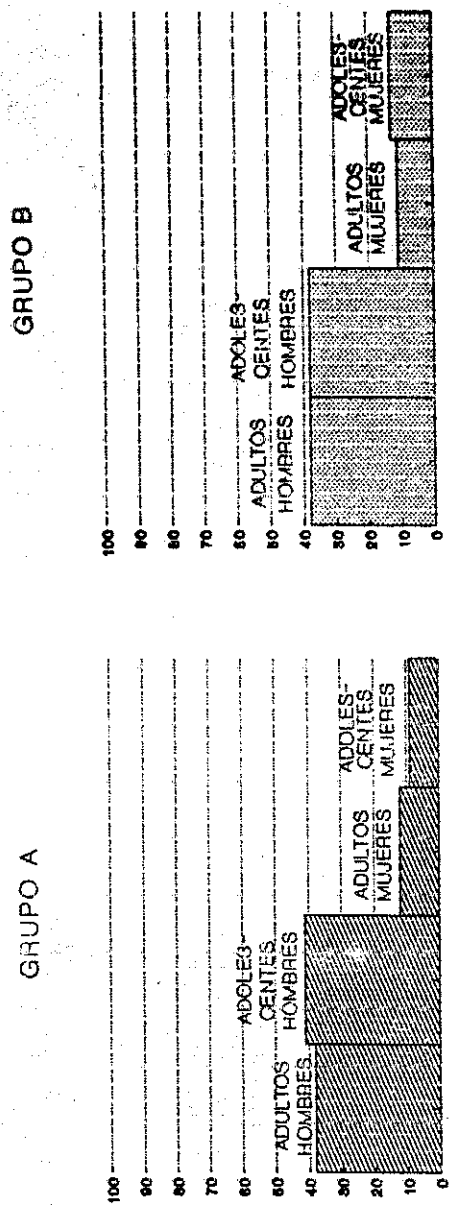
Respuesta a la pregunta
Recomienda el uso del condon a sus clientes ?



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad
GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

GRAFICA No. 13
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1995
 Respuesta a la pregunta
 ¿dónde compran con mayor frecuencia los condones ?

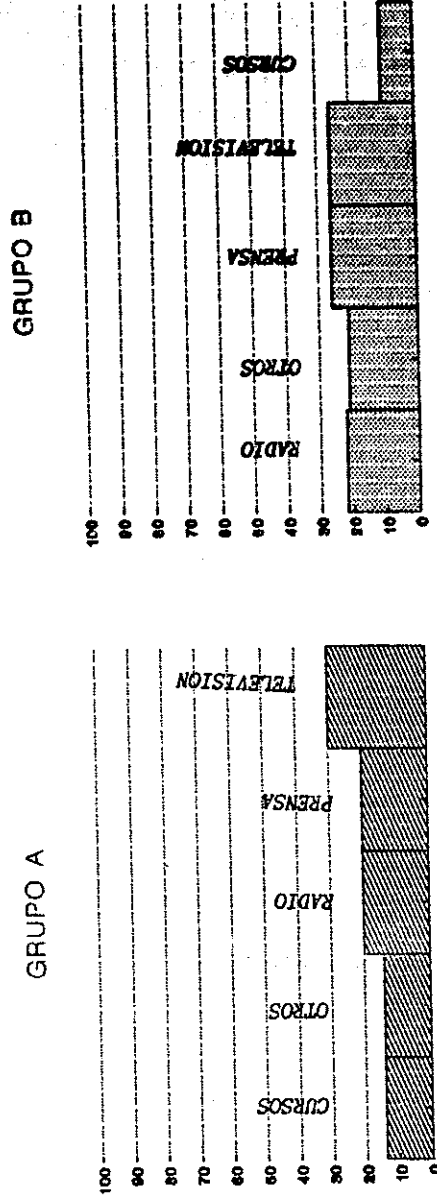


GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

GRAFICA No. 14
 CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE ATIENDE FARMACIAS SOBRE PROFILAXIS SEXUAL Y SIDA
 GUATEMALA, ENERO-MARZO DE 1985

Respuesta a la pregunta
 Donde adquirió información sobre enfermedades de transmisión sexual y sida



GRUPO A: Farmacias del centro de la ciudad

GRUPO B: Farmacias de la periferia de la ciudad

Fuente: encuesta anónima directa

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio, realizado entre los dependientes de 50 farmacias de la ciudad capital, a través de una encuesta anónima (anexo No. 3), arroja los resultados que se presentan a continuación:

Las farmacias del centro de la ciudad son atendidas por hombres jóvenes, comprendidos entre los 21 y 30 años de edad, mientras que los dependientes de farmacia de la periferia de la ciudad, por mujeres adultas que oscilan entre 31 y 40 años de edad (Gráfica 1 y 2).

Las personas que atienden farmacias en el centro de la ciudad poseen una escolaridad baja, ya que en un 24% poseen conocimientos a nivel primario; secundario 31% y diversificado un 24%.

El grupo de la periferia muestra que un 20% poseen conocimientos de primaria, un 23% de Secundaria y un 41% diversificado y aunque hay personal universitario en ambos grupos, la diferencia no es estadísticamente significativa (ver fórmula anexo No.2) ya que en ambos grupos apenas representa un 6.1%. Lo anterior refleja que el grupo de la periferia de la ciudad se encuentra con un leve mejor nivel de estudio (gráfica No. 3).

En relación a la encuesta sobre conocimientos de enfermedades de transmisión sexual y Sida, los mismos arrojan los resultados siguientes:

Acerca de las preguntas sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida, son los dependientes de farmacia de la periferia de la ciudad, los que son más consultados, sucediendo a

la inversa con los dependientes de farmacia del centro de la ciudad, haciéndose notar que las personas que viven en áreas de nivel socioeconómico bajo, consultan más frecuentemente a los dependientes de farmacias sus dudas sobre enfermedades de transmisión sexual (gráfica No. 4).

La mayoría de dependientes de farmacia en ambos grupos conocen o han visto enfermedades de transmisión sexual o Sida (gráfica No. 5).

Las enfermedades de transmisión sexual que más conocen o han visto los dependientes de farmacia, es la gonorrea; lo que concuerda con la literatura consultada (6,17) y el análisis del problema del presente estudio y se demuestra que ésta enfermedad es diagnosticada y tratada por personal no médico, en este caso, los dependientes de farmacia (gráfica No. 6).

Al preguntarles sobre la hepatitis B, más el 75% desconoce o no cree que la misma es una enfermedad causada por contacto sexual (gráfica No. 7).

Ambos grupos, los dependientes del centro de la ciudad y los dependientes de la periferia de la ciudad, el 60% respondió que sí conoce el mecanismo de transmisión y la causa del Sida, ya que la consideran enfermedad venérea y causada por virus. Es importante destacar que el 100% del grupo de dependiente de farmacia del centro de la ciudad, están seguros de conocer la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual y Sida, al igual que los dependiente de farmacia de la periferia de la ciudad, en un 89% (gráfica No. 10).

Dentro de los métodos profilácticos que los dependientes de farmacia recomiendan a sus clientes, frecuentemente en ambos

grupos, son el uso del preservativo en un 39% y la monogamia en un 37%, el uso de antibióticos como profilaxis sexual en un 10% y la abstinencia en un 14%. Los datos anteriores reflejan que los dependientes de farmacia de la periferia recomiendan menos el uso del preservativo a pesar de tener mejor escolaridad y mayor número de consultas (gráfica No.11).

Cuando se formuló la pregunta directa a los dependientes de farmacia, si recomendaban el uso del preservativo a sus clientes, la respuesta fue positiva: para el grupo del centro de la ciudad en un 90% y de la periferia de la ciudad en un 76%, lo que confirma que el grupo de la periferia de la ciudad recomienda menos el uso del condón, así mismo fue difícil evaluar a través de esta encuesta, si dan información acerca del uso correcto del condón (gráfica No. 12).

El grupo de edad y sexo que más compra preservativo son los adolescentes en un 41% y adultos hombres 38%, por lo que se concluye que la población tiene un bajo nivel de aceptación del preservativo en relación a la recomendación que hacen de él. También la mujer tiene escasa participación, ya que sólo un 12 y 14% en los diferentes grupos sociales y etarios lo compran, lo que confirma lo expresado en el principio del presente trabajo, en que la mujer está sometida a las disposiciones de su pareja, debido al patrón cultural existente en nuestra sociedad (gráfica No.13).

Los medios de comunicación por medio del cual los dependientes de farmacia adquieren conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida, en ambos grupos son en orden de importancia: radio, prensa y televisión.

IX CONCLUSIONES

- 1.- Los dependientes de farmacia tienen escasos conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida, probablemente está relacionado con la baja escolaridad encontrada.
- 2.- La enfermedad que más frecuentemente conocen los dependientes de farmacia del centro y periferia de la ciudad, es la gonorrea.
- 3.- Ambos grupos desconocen que la hepatitis B, es una enfermedad de transmisión sexual.
- 4.- Ambos grupos tienen conocimientos que el Sida es enfermedad de transmisión sexual y causada por virus.
- 5.- El 100% y 90% de ambos grupos están seguros de conocer métodos de profilaxis para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y Sida.
- 6.- El grupo A en un 90% y el grupo B en un 76%, recomiendan el uso del preservativo a sus clientes como profilaxis sexual.
- 7.- El grupo que principalmente compra preservativos son los adolescentes hombres en un 43%.
- 8.- La mujer tiene escasa participación en la utilización de métodos profilácticos de enfermedades de transmisión sexual y Sida.
- 9.- Los medios de comunicación en donde más adquieren información sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida son: radio, prensa y televisión.

X RECOMENDACIONES

- 1.- Que la Universidad de San Carlos de Guatemala, individual o conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, tal como lo establece la Constitución, realicen programas de prevención, vigilancia y orientación sobre enfermedades de transmisión sexual y Sida.
- 2.- Educar a los dependientes de farmacia acerca del uso del preservativo, como actualmente se hace en países desarrollados.
- 3.- Impulsar programas de capacitación hacia los dependientes de farmacia.
- 4.- Establecer mecanismos de control a los dependientes de farmacia en su actividad de consultorios populares, para evitar mayor daño a la salud en la población consultante.
- 5.- Solicitar al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala su intervención en medidas preventivas sobre los consultorios establecidos por los dependientes de farmacia

XI RESUMEN

Se efectuó el presente estudio en la Ciudad de Guatemala durante los meses de Diciembre de 1994 a Marzo de 1995, en el cual se encuestaron 50 farmacias de distinto estrato socio-económico, con el objeto de determinar los conocimientos de los dependientes de farmacia, con respecto a profilaxis de enfermedades de transmisión sexual y Sida, encontrándose que los dependientes de farmacia poseen bajos conocimientos, posiblemente asociado a la baja escolaridad encontrada y que la población tiene un bajo índice de aceptación del preservativo o condón, como método profiláctico sexual, esto debido probablemente a la poca educación o falta de programas de orientación del sector estatal y a la baja cultura de la mayoría de nuestra población, lo que origina un desconocimiento del tema. Por lo anterior, se hace imperativo y urgente, implantar programas de educación a todas las personas que están involucradas en el proceso salud-enfermedad del Guatemalteco, entre ellos los dependientes de farmacia, como fuente de consulta de la población de escasos recursos o culturales, así como a la población en general.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Agut Henry: Los Virus del Sida, estructura, multiplicación, diagnóstico, En Laboratorio de Bacteriología (Mimeografiado) Hospital Pittie Salpatierre, Paris pp (1)
- 2.- Anderson Roy M.: Understanding the Aids pandemic en Scientific american (Publicación Científica), Washinton, Mayo 1992 pp (20-25)
- 3.- Bowie Wr. Et al: Chlamydiae en su Microbiología Médica Jawets Ernest 13 edición el manual moderno México pp (281-288)
- 4.- Bu Figueroa Efraín: Características epidemiológicas y clínicas de los primeros casos de Sida en Honduras, en su Medicina Clínica, Tegucigalpa Honduras, Vol.1 1992 pp (9-13)
- 5.- Del Busto José A. en El Médico frente al Sida, 2a. Edición, Guatemala, Talleres Gráficos Estrada 1990 pp (1-73)
- 6.- Dirección General de Salud Pública Informe de Enfermedades de Notificación Obligatoria por Regiones y Areas de Salud, Guatemala 1993
- 7.- Fitzgerald B.J. Espiroquetas y otros Microorganismos espirales en Microbiología médica Jawets, el manual moderno 1.992 13 Edición, México pp (267 - 274)
- 8.- Jones H.W. Et Al Chlamydia Trachomatis En Tratado de Ginecología de Novack México Interamericana 1984 878 pp (246-247)
- 9.- Kaye Donald Enfermedades causadas por Neisseria Cecil y Loeb En Tratado de Medicina Interna, México Mcgraw Hill 1991 T1 pp (605-621)
10. Mandel L. Gerald Agentes antimicrobianos En Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Godman y Gillman, 9a. Edición Panamericana Buenos Aires, pp (1062-1197)
11. Medinilla Cruz Mario Arturo Conocimientos, Influencias y Prácticas del Uso de Métodos Anticonceptivos en Estudiantes de 4to. Año de la Carrera de Medicina de la Universidad de San Carlos, Tesis Médico y Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1994.
12. Mejía C. Et. Al Infección por virus de Inmunodeficiencia humana en Guatemala Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, octubre a diciembre de 1992 pp (9-22)

13. Meléndez Cardona César Creencias y Conocimientos del Estudiante Universitario Sobre Sida. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1992 47 pp (3-15)
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dirección General de Servicios de Salud. Dirección de Registro de Farmacias Licda. Milvia Saenz de Arreaga, entrevista personal. Guatemala, Diciembre de 1,994.
15. Monterroso Mayorga Elisa, Uso del Condón para Clientes de Prostitutas en la Capital. Tesis Médico y cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1993 38 pp (4-7)
16. Morazán Sandra Margarita Actitudes y Prácticas Sobre Sida en Mujeres de Edad Fértil. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala 1993 44 pp (4-7)
17. Muñoz Aquino Otoniel Conocimientos y Prácticas que tienen los empleados de Farmacias sobre Infecciones Respiratorias. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de san Carlos de Guatemala 1992 33 pp (3-4)
18. Organización Panamericana de la Salud Análisis de Salud en Guatemala por Regiones. enero-junio 1992 57 (29-37)
19. O'Brien Michael J. Hepatitis Virósica B En Patología Funcional y Estructural. 2a. Edición Interamericana 18 Edición 1991 2225 pp (260-961)
20. Ockner Robert K. Hepatitis Viral Aguda, Cecil y Loeb, Tratado de Medicina Interna. México Interamericana 18 Edición 1991 T 1 pp (814-821)
21. Organización Mundial de la Salud. El uso de recursos audiovisuales en la educación para la Salud, Washington D.C. O.M.S. 1,994 17 pp Publicación Científica OMS No. 1.
22. Organización Mundial de la Salud Serie sobre el sida No.5 Directrices para planificar el fomento a la salud en la prevención y lucha contra el SIDA Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1990 120 pp (84-85)
23. Pick de Wiss Susan, Et al El papel de las farmacias en la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y Sida en la ciudad de México en Bond, Lydia s portfolio of AIDS std. breihavioral interventions reserch. WASHINGTON PAHO 1992 314 p (pp 118-121)
24. Rivera Lemus Iliana Betsabé Análisis del Papel de la religión con respecto al síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en Guatemala. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala 1994 47 pp (7-25)

25. Rodríguez Gil Ingrid Janteh Diagnóstico de Anticuerpos de Chlamydiae Trachomatis en la Región Faríngea en trabajadoras de Sexo. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1994 38 pp (7-15)
26. Simón Jerome B. Hepatitis En Manual Merck 8a. edición Barcelona 1994 pp (957-965)
27. Sparling Fredireck, Enfermedades por Treponemas Cecil, Tratado de Medicina Interna. México Interamerican McGraw Hill 1991 T 1 pp (485-491)
28. Stobo John D. Linfocitos, En Inmunología Básica y Clínica México. El Manual Moderno 8a. edición 2430 pp (69-84)
29. Toledo Lorenzana José Rodolfo En Sida. Actualización de un Problema Contemporáneo. Guatemala. Talleres Gráficos 2a. edición pp (1-99)
30. Velásquez Luna Freddy Conocimientos y Actitudes Respecto al Sida en Grupo de Alto Riesgo. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1989 43p pp (5-33)
31. Weeken Hans The impact of the hiv epidemic on Tuberculosis En tropical Doctor. Abril, 1992 120 p pp (64-67).

XIII ANEXOS

1.-)
$$N = \frac{Z^2 P (1-P)}{D^2}$$

$0.7^2 * .5 * 1.5$

0.05²

N= Tamaño de la muestra
Z = Nivel de Confianza
P= Proporción
1-P= Probabilidad de no acierto
D = Precisión

2.-)
$$\frac{X^2}{N}$$

3.-)

QUESTIONARIO PARA UN PROYECTO UNIVERSITARIO
SOBRE ENFERMEADES QUE SE TRANSMITEN
POR EL SEXO Y SIDA

ANONIMO: PUEDE CONTESTAR MAS DE UNA RESPUESTA

SEXO: MASC. _____ FEM. _____

EDAD: 10 - 20
21 - 30
31 - 40
41 - 50
51 - ++

Nivel Escolar: Primaria _____ Secundaria _____
Diversificado _____ Universitario _____

1.- ¿Le preguntan sus clientes sobre enfermedades de transmisión sexual o Sida?.

SI _____ NO _____

2.- Conoce o ha visto enfermedades de transmisión sexual o Sida?.

SI _____ NO _____

3.- Si conoce o ha visto enfermedades de transmisión sexual, cuáles conoce o ha visto?.

Sífilis _____ Gonorrea _____ Herpes _____

Papilomatosis _____ Otros _____ Especifique _____

4.- La hepatitis B, es una enfermedad de transmisión sexual?

SI _____ NO _____ NO SE _____

5.- El Sida es una enfermedad de transmisión sexual?

SI _____ NO _____ NO SE _____

6.- Qué es lo que causa el Sida.

Bacterias _____ Microbios _____ Virus _____

Otros _____ Especifique _____ NO SE _____

7.- Conoce como prevenir enfermedades de transmisión sexual y Sida?

SI _____ NO _____

8.- Si usted conoce como prevenir enfermedades de transmisión sexual, qué Método recomienda?

- a) No tener relaciones sexuales _____
- b) Tener relaciones sexuales con una sola persona _____
- c) Uso de antibióticos _____
- d) Uso de preservativos _____
- e) No se _____
- f) Otros _____ Especifique cuál _____

9.- Recomienda el uso del Condón a sus clientes?

SI _____ NO _____

10.- Quiénes compran con mayor frecuencia los condones?

- a) Adolescentes Hombres _____
- b) Adolescentes mujeres _____
- c) Adultos hombres _____
- d) Adultos mujeres _____

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central