

Enfermedades de transmisión sexual e infección por VIH en trabajadores sexuales de Huachipa " 1996 y 1997 "

Autor: José Antonio Mejía Gálvez.

Médico Cirujano por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Médico Colegiado y Recertificado (Carnet CMP. N° 20047); Médico Asistencial Nombrado y Responsable de PROCETSS del CS. Cooperativa Universal, DISA IV Lima Este. Ministerio de Salud. (CS. Ubicado en Distrito de Santa Anita).

RESUMEN:

Se muestran los resultados del primer estudio realizado entre trabajadores sexuales (TS) de los locales informales de Huachipa en los años 1996 y 1997. Este abarca dos fases:

1. De aproximación inicial: investigación sindrómica y etiológica más encuesta socio-epidemiológica total 15 TS; duración: 7 días (campaña el día y procesamiento de muestras hasta 7 días) año 1996.

2. De consolidación: investigación sindrómica y etiológica. Tamizaje de Elisa – VIH a sólo 7 TS; no hubo encuesta (limitaciones logísticas). Total: 38 TS. Duración: 11 meses. Año 1997. Resultados: Fase I: Síndrome de Flujo Vaginal (SFV): 47.2 %.

Síndrome de ulcera genital (SUG): 13.4% Etiológicamente (sobre 11 TS): candidiasis, 45.4%. Tricomoniasis 18.2 %. Cervicitis mucopurulenta (CMP) con diplococos gramnegativos Intracelulares (DGNI): 9.1%. Sífilis (RR +) 36.4 %; Elisa – VIH: 0. La encuesta mostró: usan condón 86.6 %; unas reciente ó no, uso 33.4%; práctica sexo oral 66.9 %; práctica sexo anal 33.2 %; pobre aproximación a los servicios de salud.

Sin control médico 52.8%. Promedió etéreo: mujeres, jóvenes y adolescentes 52.8 y 20.8 % respectivamente. Nivel de instrucción intermedio: secundaria incompleta, 61.4 %.

Fase II: síndrome de flujo vaginal 78.9 %. Síndrome de ulcera genital. 2.6 %. Síndrome de dolor abdominal bajo (SDAR) 15.8 %. Condiloma acuminado 5.26 %, etilogicamente (sobre 37 TS). Muy alta prevalencia de CMP – DGNI: 47.03 % y de sífilis (RPR +) 56.7 %. Candidiasis 64.7%. Tricomoniasis 58.8%. Elisa VIH (sobre 7 TS). Remarcamos la importancia clínica y epidemiológica de nuestros hallazgos y las grandes dificultades materiales, logísticas y las propias de las primeras aproximaciones a un grupo de TS.

Materiales y metodos

FASE I:

Para fines de recolección de datos significativos, el autor (entonces médico responsable del PROCETSS (Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida) del Centro de salud Santa María de Huachipa – MINSA, elaboró un cuestionario tipo TEST para que fuera respondido anónimamente por TS respecto a sus características socio epidemiológicas. Se usaron materiales propios del Examen Ginecológico pertenecientes al CS. Santa María de Huachipa. Se distribuyó un promedio de 40 preservativos por TS parte del CS. Y parte por apoyo de la dirección de programas de la DISA IV LIMA ESTE.

Se realizaron Exámenes Clínicos, Toma de Muestra, Charlas Educativas sobre ETS e Infecciones VIH y SIDA más orientación y consejería confidenciales. Se usa uno de los locales (el más amplio) de los informales de las TS. Los reactivos usados fueron:

- Set para la Prueba de Elisa – VIH, RPR y Colorantes para el Gram. e insumos para los exámenes directos, dados por el CS. Sta. María de Huachipa. Se trabajo con 15 TS a las que se logró convencer de su colaboración, habiendo tenido durante las charlas un auditorio de al menos 30 TS. Se hicieron varias coordinaciones previas con los Administradores de los locales y persuasión para su participación a las mismas. Se acudió durante un solo día (30 de Nov. 96) por 6 horas (10 am - 4

Tabla 1.

Grupos etáreos y grados de instrucción				
■ A. Grupos etáreos				
Edad	Fase I		Fase II	
	n°	%	n°	%
16 - 19	3	20.8	6	15.8
20 - 26	8	52.8	18	47.3
27 - 39	4	26.4	14	38.9
Total	15	100	38	100
■ B. Grado de instrucción				
Grado de instrucción	Fase I			
	n°	%		
Analfabetos	1	6.6		
Primaria incompleta	1	6.6		
Primaria completa	1	6.6		
Secundaria incompleta	9	61.4		
Secundaria completa	1	6.6		
Superior incompleta	2	13.2		
Total	15	100		

pm) y se contemplaron los resultados de laboratorio en los siguientes 7 días.

FASE II :

La estrategia de captación de las TS consistió en:

- Visitas a los locales y desarrollo de charlas, orientación y consejería, más asistencia, consulta y administración de tratamientos y preservativos, más seguimiento de casos.
- Captación previo trabajo de persuasión e Invitación, en el mismo CS. Santa María Huachipa. El material usado en

Institución en que se realizó:

Centro de salud santa maría de huachipa, disa iv lima este – minsa – programa procetss.

Correspondencia a:

Dr. José antonio mejía galvez.

Dirección:

El Colibrí n° 181 urb. Residencial Santa Anita –distrito– Santa Anita.

Teléfono: 439 - 4093

Trabajo: 362 – 318 (8:00 am. – 1:00 pm.)

E-mail: Tonny_me@hotmail.com

Apoyo logístico y material: Disa IV Lima este – programa Procetss y cs. Santa maría de Huachipa-Minsa.

Reconocimientos:

Tec. Lab. Cipriani Ayala (cs. Santa María-Huachipa)

Sra. Carmen Parra (asist. Sec. Cs. Santa María Huachipa)

Obs. Ana Toribio. Cs. Jicamarca.

Tec. Comp. Jorge Campos, cs. López Silva Chaclacayo.

Personal técnico de enfermería del cs. Santa María de Huachipa.

todos los procedimientos y exámenes fue íntegramente del CS. Santa María Huachipa; hubo también un apoyo complementario a las TS con insumos de planificación familiar como estrategia complementaria. Hubo restricción para las pruebas de ELISA-VIH por no ser gratuitas por PROCETSS en ese momento (a diferencia de la fase I fue gratuita por ser campaña). No se logró realizar una encuesta por limitaciones logísticas (local apropiado para concentrar a las TS, coordinación para ello falta de apoyo de materiales y personal para una campaña, interferencia con el trabajo de las TS en sus locales respectivos). Las TS captadas en todas estas actividades con características de regulares (3 ó más controles) han sido en total 38 a 37 de ellas se hizo tamizaje para RPR; a 17 de ellas se logró hacer todos los exámenes de laboratorio, con excepción de ELISA VIH. A 7 se hizo la prueba de Elisa – VIH.

Resultados:

- a. La tabla demuestra el predominio etéreo de mujeres jóvenes (20 a 26 años) en ambas fases del estudio: 52.8 % y 47.3 % respectivamente. Igualmente es significativo el porcentaje de adolescentes: 20.8% y 15.85 respectivamente. El grado de instrucción predominante (datos de fase I) es el de secundaria Incompleta (61.4%), lo que de un nivel de instrucción intermedio, que sumado a los niveles superiores da un 81.2%.
- b. Las conductas preventivas se dan con un extenso uso del condón: 86.6% (tabla 2), para con un porcentaje significativo de uso sólo reciente: 26.7% (tabla 2B). El trabajo previo como TS se dio en un 80% y el grado de promiscuidad con más 4 clientes por día se dio en el 66% (tabla 2C).
- c. El control médico se dio sólo en el 47.2% y el grado de aproximación a un servicio de salud en caso de enfermedad (ETS) se dio en apenas 33.6% (tabla 3A y 3B).

El Diagnostico Síndromico:

Predominante fue el Síndrome de Flujo vaginal 47.2 y 78.2% en las Fases I y II respectivamente, con alto porcentaje de CMP (13.4% y 28.9%) y SUG (2.6%), todos ellos hallados en la Fase II (tabla 4ª).

El Diagnostico Etiológico:

Mostró una alta prevalencia de CMP, 9.1 % y 47.05% en la fase I y II respectivamente, candidiasis vaginal 45.9% y 64.7% respectivamente, tricomoniasis (18.2% y 58.8% respectivamente y vaginosis 35.78% en la fase II. El tamizado de RPR mostró también prevalencia muy alta, con 36.4% y 56.7% en la fase I y II respectivamente. Desagregando el Horario predominante Nocturno frente al Diurno en las TS en la fase II, se observa importantísima diferencia 42.2%, en el diurno (ya de por sí alto) frente al 100% del nocturno con un

Tabla 2. Conductas preventivas y prácticas sexuales de mas riesgo

A. Conducta preventiva					
1. Uso actual de preservativos			2. Uso inadecuado del preservativo		
Fase I			Fase I		
Uso	n°	%	Uso	n°	%
Si	13	86.6	Siempre	10	66.6
No	1	6.6	Solo poco tiempo	4	26.7
Duda	1	6.6	Duda	1	6.7
Total	15	100	Total	15	100

B. Prácticas sexuales de mas riesgos					
1. Practica sexo oral (bucal)			2. Practica sexo anal		
Practica	N°	%	Practica	N°	%
Siempre	4	26.9	Nunca	10	66.2
Rara vez	6	40	Raras veces	5	33.2
Nunca	5	33.1	Total	15	100
Total	15	100			

contrate indiscutible (diurno: 26 TS y nocturno 10 TS) (tabla 5A). Finalmente las 11 TS en la fase I y las 7 TS tamizadas para Elisa VIH, dieron o de reactividad a la prueba (tabla 5B).

Discusión

Dentro de los logros del PROCETSS de Huachipa en 1997 estuvo la facilitación y extensión del uso de preservativos y la confianza y elaboración graduales para progresivas de las TS y los administradores de los locales en todas las actividades del programa con ellos. El trabajo con estas TS por un año ha resultado en este logro muy importante, consecuencia del cual es inclusive el presente estudio. Entonces, resaltamos en primer término la importancia del trabajo con TS en Salud Pública, máximo si ellas han sido ampliamente reconocidas como importantísimo reservorio y de la alta prevalencia de ETS e Infección por VIH, tal como ocurre en África con un 27.8 a 88 % de Prevalencia y también en Tailandia.^{1, 2, 3}

Se han tomado medidas ya de algunos años atrás en países diversos sobre este grupo de más alto riesgo (TS). Sin embargo hubieron inclusive discrepancias en determinado momento sobre todo en países desarrollados (donde la Toxicomanía juega un rol epidemiológico de la mayor magnitud), acerca de si las TS deberían considerarse grupo prioritario en las estrategias de prevención de

la infección por VIH y ETS entre los contactos (clientes) y el uso habitual del preservativo.⁵

Nosotros en el PROCETSS de Huachipa, establecimos claramente la prioridad del trabajo en este grupo (TS) siguientes razones:

1. El uso del preservativo no ha estado aún extendido, ni su uso correcto ni la concientización sobre su importancia, lo que confirmo la encuesta en nuestra fase I de estudio, pues aunque era aparentemente bueno la preposición de su uso (86.6%), sólo el 66.6% manifestó usarlo regularmente y siempre anteriormente (tabla 2).
2. Los clientes tienen con muchas probabilidad en su mayor porcentaje una pareja estable. A orientan los testimonios

de las TS y ellos grupos que las suelen frecuentar: estratos bajos o medios bajos preferentemente y con actividad laboral definida como son los obreros de las ladrilleras, obreros de fábricas y agricultores, estratos que nosotros mismos conocemos en la zona por nuestras labores asistenciales, y que usualmente tienen carga familiar. No olvidemos el caso de Tailandia, en donde se ha seguido y observado una tendencia epidemiológica y en ella 5 oleadas de la epidemia, sienta la segunda la de las TS,

Tabla 3. Datos epidemiológicos complementarios

a. Trabajos previos como TS.				b. Promiscuidad: >Clientes por día			
FASE I		FASE II		FASE I		FASE II	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12	80	10	66.82				

C. Aproximación a los servicios de salud					
a. Control médico en las TS.			b. Atención médica buscada al tener una ETS.		
Control médico	N°	%	Acudio a	N°	%
Si	7	47.2	Botica	1	6.6
No	8	52.8	Busca Ayuda	4	26.4
Total	15	100	Enfermedad Autolimitada	1	6.6
			Médico ó Obs.	5	33.6
			No Necesidad	3	20
			No Contesto	1	6.6
			Total	15	100

tercera la de los clientes, cuarta las parejas de estos y la quinta los hijos de estas últimas.^{4,5}

- El control médico de estas TS era realmente bajo en las primeras aproximaciones, como lo demostró la encuesta: 47.2% y solo el 33.6% acudía al servicio profesional en caso de ETS (tabla 3A y 3B).
- Evidencia de alta prevalencia de ETS en la jurisdicción sanitaria de Huachipa.
- La modalidad de Infección por VIH en el Perú va aumentando por el patrón de transmisión heterosexual, cuya importancia es cada vez mayor^{9,10} con una relación Hombre/mujer de 23.3 al 87.00% al 3.7 al 96%.⁸

Pasando ya los resultados en grupos etéreos, observamos siempre el predominio de TS jóvenes con 26 años ó menos (tabla 1A 63.1 % y 73.6 %) en las fase I y II respectivamente. Los adolescentes conforman también un subgrupo importante con 15.8% y 20.8% respectivamente en cada fase (tabla). La juventud de las TS parecen ser también una característica compartida con otras realidades de América, como en Quito, donde se estudió un grupo de TS y su edad promedio fue 24 años.⁹ Se conoce que a mayor juventud hay un riesgo dos veces mayor para edades entre 17 y 20 años, en un estudio importante en nuestro medio en TS no legales.¹⁰

En cuanto a la sífilis, hallamos una tasa muy alta latente (RPR+), sin lecciones evidentes, en ambas fases del estudio, con un 36.4% y un 56.7% respectivamente (tabla 5). Esto contrasta con el uso con el uso aparentemente extenso del preservativo en un 86.6% de TS, aunque hay que recordar que lo usa sólo reciente mente hasta 26.7%, que unido, a un caso de duda ase una difencia según la cual solo el 66.6% lo a usa do siempre (tabla 2B). Otro factor será además el hecho que ya el 80% de estas TS han laborado antes como TS a un las mas jóvenes, lo que agrega una mayor exposición a esta ETS (Tabla 2C). Si agregamos que sólo el 33.62% de ellas acuden al servicio médico en caso de ETS (tabla 3B), la situación se agrava agregando un tercer factor. Añadiremos el hecho que una persona largo tiempo con la enfermedad, y que un tercio (1/3) de casos de infección pueden estarlo toda la vida.⁹ Por ultimo y aunque este dato no ha sido un cuantificado, nuestra comunicación con las TS nos permite saber que muchas de ellas tienen por un tiempo una pareja aproximadamente estable y que con ellas tienen coito sin uso de preservativos, teniendo en ello un quinto factor de importancia para esta infección. Estas disquisiciones son importantes porque su análisis nos orientara en la comprensión del porque Nuestra tasa hallada es la más alta comparada con otras áreas del país y de Latinoamérica. Así en Quito, en TS controladas se halló un 4.6% de casos de Sífilis latente;⁹ en Medellín se halló un 1% entre TS controladas¹² y un 15.4 %

Tabla 4.

Diagnóstico síndrome y etiológico

A. Diagnóstico Síndromico

Síndrome	Fase I		Fase II	
	Nº	%	Nº	%
SFV.	7			78.9
CMP.	2			28.9
SDAB.	Nr			15.8
SUG.	2			2.6
Condiloma acuminado	Na			5.26
Total	15			100

- SFV: Síndrome de flujo vaginal
- CMP: Cervicitis muco purulenta
- SDAB: Síndrome de dolor abdominal bajo
- SUF: Síndrome de ulcera genital
- NR: No reportado
- Los SUG: fueron catalogados clínicamente como chancro blanco

B. Diagnóstico Etiológico

Diagnóstico	Fase I		Fase II	
	Nº	%	Nº	%
CMP (Dg. Ni)	1			47.05
Candidiasis Vaginal	5			67.72
Vaginosis	0			35.28
Tricomoniasis Vaginal	2			58.8
Total	11			100

- No incluye RPR - ni VIH cuyo tamizaje viene a continuación
- CMP (DGNI) Vaginitis mucopurulenta con diplococos Gram-negativos intracelulares

en Costa Rica.¹³ En Perú en Lima entre TS no controladas se halló un 5.9% de sífilis¹⁰ y en Arequipa 3.75% entre TS controladas.⁸ Todos estos datos resaltaron mucho la alta tasa de nuestros hallazgos y agregaremos además que en el cono sur de Lima se halló una alta asociación entre Sífilis y VIH.¹⁴

Del mayor interés fue también el hallazgo hicimos al desahogar, durante la fase II los casos de Sífilis latente entre las TS que trabajan en horarios preferentemente diurno ó el nocturno: 42.2% frente al 100% respectivamente. Esta diferencia podría explicarse por darsen en el horario nocturno, peores condiciones de trabajo y salubridad, mala iluminación y el mayor estado etílico de los contactos (clientes). Este último nos recuerda también la importancia del trabajo con los clientes de las TS, como se ha hecho en otra zona de Lima (Callao).¹⁵

Respecto a estas diferencias en horarios no hemos hallado un estudio específico previo.

En cuanto a gonococia y CMP (Cervicitis mucopurulenta), se halló en la fase II (que tomaremos más en cuenta por su mayor casuística) que el diagnóstico sindrómico sobre un total de 38 TS fue de 28.9% (tabla 4A), que profundizando más aún, en el estudio Etiológico sobre un total de 17 TS se halló un 47.05% de CMP con Diplococos gram-negativos intracelulares (DGNI) (tabla 4B). Estas tasas son altísimas si las contrastamos con lo hallado por Reyes en Quito donde hubo entre TS un 9% de gonococia; ó con el 1.3% hallado por Hume entre ts de Costa Rica.¹³ En nuestro país se halló entre TS controladas en Arequipa, un 3.75%⁸ y un 5.9% TS controladas en Lima.¹⁰ Una tasa muy alta sí se ha visto pero en otro tipo de población como lo fueron un grupo de pacientes VIH (+) que incluía HSH (hombre que tienen sexo con otro hombre) en Iquitos con una tasa de gonococia del 28.8%.¹⁷

Lo primero que llama la atención es que siendo de por sí alta la tasa de gonococia en nuestro medio, tanto como 2 cada 3 ETS ó 3 a 5 de cada 100 consultas por ETS.¹⁶

Las cifras sean más bajas en otros estudios, siendo las muestras, cifras que las separan ampliamente. El análisis, tal como respecto a sífilis, nos indican factores similares, que sistematizaremos al final de nuestro estudio.

En cuanto al Síndrome de Flujo Vaginal (SFV), este ha sido el Síndrome más prevalente como ETS, con un 78.9% (tabla 4A). El diagnóstico etiológico dio el predominio de Candidiasis Vaginal, con un 64.7% y un 58.8% para tricomoniasis vaginal (tabla 4B). En la población general de Mujeres en edad fértil de la jurisdicción sanitaria de Huachipa, también se da este patrón de predominio sanitaria de Huachipa: SFV es 40% a 70% del total de ETS en los reportes mensuales. Sin embargo como tasa es mucho menor pues llega sólo del 5% al 2%.

A nivel de otros países de nuestra región (Latinoamericana) tenemos una tasa de baja prevalencia en Quito por ejemplo, con un porcentaje de 13%⁹ y en nuestro país se han hallado tasas también bajas, como en Arequipa donde se halló un 80% de SFV por Tricomona y Cándida SP.⁸ La diferencia sería por ser estos grupos estudiados, de TS controladas; aun así nos parecen cifras bastante bajas. Nos llama también la atención en el que no se hallen muchas referencias bibliográficas sobre SFV, demostrando esto quizás una subestimación de la entidad frente a otras ETS. Lo que no debería darse. Más bien acá coincidimos más con las cifras mencionadas por Riveros respecto al trabajo sistemático ya consolidado en esta zona de trabajo de TS de Huachipa durante todo el año 2000, con tricomoniasis en un 39% y vaginosis en 18% que aunque

Tabla 5.

Tamizaje de RPR (Sifilis) VIH ELISA					
a. Tamizaje Infección Sífilis: RPR.					
		FASE I		FASE II	
	RPR.	Nº	%	Nº	%
Positivo		4	36.4	21	56.7
Negativo		7	63.6	16	43.3
Total		11	100	37	100
FASE II					
		Nº	%		
Horario	Positivo	11	42.2		
Diurno	Negativo	15	57.2		
	Total	26	100		
FASE II					
		Nº	%		
Horario	Positivo	10	100		
Nocturno	Negativo	0	0		
	Total	10	100		
b. Tamizaje: Infecciones por (VIH: ELISA - VIH)					
		FASE I		FASE II	
ELISA VIH		Nº	%	Nº	%
Positivo		0	0	0	0
Negativo		11	100	7	100
Total		11	100	7	100

menores quizás por el trabajo DE PROCETSS ya establecido, se aproximan bastante a muchas cifras.²⁵

Las causas preponderantes para la alta preparación encontrada, las darían más que nada la promiscuidad sexual (manifestada por un 66.69 % de TS con 4 ó más clientes por día (tabla 2) y muy importantemente las condiciones de higiene y trabajo pues es sabido que no necesariamente se dan estas infecciones por contacto sexual.¹¹

Respecto al sindrómico de Úlcera genital (SUG) y Condiloma Acuminado, hemos observado una prevalencia más bien baja (2.6 % y 5.26 % respectivamente) (tabla 4A), frente a estudios en TS, controladas en Quito con un 4%⁹ ó en Costa Rica con 15.39 % de SUG.¹³ En nuestro medio no hemos hallado muchas referencias específicas al SUG, lo que denotaría un cierto bajo interés en el tema, cosa que no debería serlo por la ya definida asociación de estas entidades a la infección por VIH¹¹ habiéndose incluso al respecto un riesgo de infección VIH de 4.7%; un trabajo importante sin embargo ha sido el de Quijano en el Callo, con énfasis en la úlcera crónica como facilitadora, con un 60% de VIH en un grupo muy específico con SUG crónico.²⁶

En relación a Infección por VIH, en nuestros tamizajes no hemos hallado ningún seropositivos (tabla 5). Totalizan 18 individuos sumado las dos fases.

En el ámbito nacional se ha observado que la prevalencia de infección por VIH con TS ha ido apareciendo desde una ausencia inicial en 1988¹⁹ hasta reportes recientes en Lima y Callao. Con un 1% entre TS controladas.⁸

En el ámbito nacional sin embargo, empiezan ya a haber diferencias al comparar a las TS Legal con los no legales, con lo hallado por Gentaneh en Lima entre TS no registradas con un 5%¹⁰ y similarmente lo hallado por Quijano en el Callao con un 5.09%.¹⁵ En provincias se halló en Trujillo, entre controladas 1.1 %²⁰ y en Ica en el 96, Rebata halló un 1.9%, entre las clandestinas.²¹ Este último dato se podría deber entonces a una menor exposición al virus en esa población de TS. Cosa que es muy probable que halla variado a la fecha. El estudio ya en una población de 137 TS, en un periodo de un año (2000), con todo el apoyo logístico de PROCETSS y una base ya consolidada de trabajo, arroja que NO SE HALLA REACTIVIDAD PARA VIH en ninguna muestra.²⁵ Por lo tanto, estamos ya ante una realidad con datos más sólidos y con algo de aproximación en afirmar que las tasas más de infección por VIH en la zona de TS de locales Informales de Huachipa, es baja y parado fijamente más baja que en locales formales. La razón específica tenemos que sugerirla: aunque son TS "ilegales", trabajan en los locales fijos, lo que les da una característica común con las legales, siendo el control más directo; la otra razón es el trabajo temprano y su continuación por el PROCETSS local, con énfasis en el uso, distribución y difusión del preservativo en todas las prácticas sexuales.

Un rápido cotejo con otras latitudes nos muestra: en Quito, Reyes no halló seropositivos⁹, en Costa Rica entre TS controladas se halló 0.91%¹³ en Medellín entre TS controladas. No se halló seropositividad en una muestra de 180 TS;¹² la mayor tasa se dio en Bolivia entre TS controladas de El Alto. La Paz con un 5.7%.²²

Comparando el uso del preservativo, veremos, que el uso actual (al momento de la encuesta) de 86.6% es bastante alto y significativo comparado con otras realidades: a nivel nacional, las TS clandestinas, en ICA lo usan en sólo un 20.9%,²¹ en el Callao, en un interesante estudio hecho en clientes de TS por Muñoz se observa que éstos usan el preservativo en un 87.8% en el coitovaginal, pero solo en un 30% en el oral. En nuestro estudio, la práctica del sexo oral es extensa con un 66.9% (tabla 2B), pero siempre usan en dicha práctica el condón. En Quito se halló que el 98% de TS con tarifas mayores lo usan, pero que las TS con menores tarifas, muy similares en este a las TS de nuestro estudio, lo usaban sólo en un 48.6%.²³ Con el que se concluyó respecto a infecciones por VIH, que nuestras tasas de ausencia de seropo-

sitividad, ratificada con un estudio posterior entre las locales Informales y la Latinoamericana, y esto remarcamos, por las características similares a las del trabajo legal de TS y al trabajo temprano y continuando del PROCETSS local.

Estos logros en prevención de infección por VIH han sido también posibles, porque no creemos como algunos autores que no es real problema en Latinoamérica por el simple hecho de no tener un nivel de catástrofe epidemiológico⁹ en los niveles de países africanos, centrales y orientales^{1,2} ó de Tailandia (3). Creemos que hemos llegado "a tiempo" para frenar la epidemia (su extensión) al menos a través de este grupo de CEPETS (alta prevalencia de ETS) y en esta zona específica (Huachipa). Falta aún quizás, mejorar el llegar a los contactos ó a cientos; recordemos que en Jamaica²⁴ se halló que un 14.4% de pacientes con VIH eran trabajadores agrícolas y migratorios, y aquí por ejemplo hay muchos trabajadores de ladrilleras, fábricas y del campo, cuya caracterización podría facilitar este trabajo planteado.

Conclusiones

Nos permitimos un resumen de conclusiones respecto a la alta prevalencia de ETS (excepto VIH y SUG):

- Trabajo anterior como TS (en especial en sífilis por su conocido periodo de latencia 9 y en SDAR y elamiasis por su sintomatología leve ó ausente), que abarcó en nuestro trabajo hasta el 80%.
- La pobre aproximación a los Servicios de salud, como hemos visto en la bajísima tasa de control medico inicial (47.2%) e incluso la no búsqueda de ayuda en caso de síntomas⁸ 33.6%. Esto sería más importante en los casos de Gonocosis y SFV.
- Las malas condiciones de higiene y trabajo de las TS, más en referencia al SFV.
- El predominio de la alta promiscuidad, donde más del 66% tiene más de 4 clientes por día, numero que se triplica o más durante los fines de semana. Y esto se da por el tipo de tarifa, que llamaríamos popular ó baja, y ocurre siempre con esta tendencia. En Quito, el promedio en el nivel más bajo fue de 85 clientes semanales mientras que en el nivel más alto fue de 18.9% semanales. Este factor incide en todas las ETS.
- Porcentaje alto de clientes en estado etílico, por ser estos locales a la vez cantinas, siendo un hábito en muchos clientes beber antes de ingresar al servicio de las TS, lo que dificulta un correcto uso de medios preventivos.
- Muchas TS manifiestan tener una pareja y este promueve la incidencia de todas las ETS en ellas, pues la costumbre entre este grupo es hacerlo sin protección con tales parejas, que usualmente lo han sido también de extras TS.

Los factores básicos por los que son bajos la incidencia de sug condiloma acuminado y nula la de infección por vih en nuestra serie serían:

1. Menor grado de infecciosidad ó facilidad para adquirir la infección, comparada con las otras ETS.
2. Mejor efecto protector del condón en estas entidades que en las otras ETS.
3. Para la nula tasa de Infección por VIH, es importante la baja tasa de SUG.
4. El impacto de las medias preventivas entre estas TS sobre todo el uso del condón es y será entonces mayor en estas ETS.

Finalmente resaltamos los hallazgos acá mostrados y analizados, en los que sobresalen las altas tasas de ETS, mucho más altas que en otros reportes y que el trabajo en PROCETSS parece haber disminuido, en la contaminación del nuestro (sífilis 56% al 6% lo más notable), agudizado el diagnóstico como en clamidiasis, al tener la prueba de Elisa para clamidias (prevalencia 31%).²⁵

Recordaríamos sin embargo, no dar total preeminencia a los procedimientos más avanzados, pues no creemos que hayan desaparecido ni la CMP ó gonocócica, ni la candidiasis, cuya incidencia resulto nula en todo un año (2001).⁹ Entonces si el logro de mantener bajísima ó, en este caso, nula la tasa de infección por VIH, y confiamos que el PROCETSS local y limitaciones logísticas con las que se emprendió este trabajo, y cuyos resultados hemos mostrado.

Referencias bibliograficas:

1. Van de Perre P, Rewrey D, Le Page P et al. Acquired immunodeficiency and syndrome in rawanda. *Laneet* 1984; 2:62 – 65.
2. Kreiss J, Koch D, Plumer F et al AIDS virus in Nairobi Prostitutes Spread of The epidemie to east Africa. *N Engl. J Med* 314 (7): 414 – 418.
3. Day S, Warmi M et. Al . Prostitute Women ant Public Health. *Brit Med J* 1988; 297:1585
4. Sehelle S. SIDA: Aspectos sociales, Jurídicos y Éticos de la Tercera Epidemia. *Bel of sanit Panam* 1988; 105 (5 – 6): 598.
5. Rosenberg M y Weiner J. Prostitues and AIDS: A Mealth Department priority? *Am J Public Health* 1988; 78 (4) 418 – 422.
6. Sánchez J, Mazotti C. Cuella j. et al SIDA: Epidemiología, diagnóstico y control de la infección VIH / SIDA Lima Perú 1994: 33 – 70.
7. Información Estadística PROCETSS. Ministerio de Salud Perú 1983 – Octubre 1997.
8. Arez y, Lazo B. Etiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual en trabajadoras sexuales. PROCETSS Arequipa 96 mayo 97 XI Cong. Lat. ETS y V Coni Pan de Sida. Lima Perú 1997; Libro Resumen PCS 390.
9. Reyes O. Oberle M et al Sereprevalencia VIH – I y Conducta sexual en Prostitutas de Quito. *Rev. Iberoamericana de ETS* 1991. Año 5 (4): 33.
10. Getaneh A, Sánchez J et al Sereprevalence of Sexual y Trasmised Diseases and Infections related to Behavioral Charasteristics among the Unregistrod Clandestine Female Sex Werkers in Lima . XI Cong Lat de ETS y Coni de SIDA lima Perú 1997; Libro Res: PCV 263.
11. Tierney L, Papadakis M. Diagnostico Clinico y Tratamiento. 35 a ed 1996 Manual Médico Moderno: 653 – 654; 1255 – 1257.
12. Lendono M, Gil M et al Servicios de Salud Integrales para la Mujer Trabajadora del Sexo, Medellín Colombia, XI Cong Lat de ETS y V Coni Panan de SIDA Lima 1997 Res: PCV 302.
13. Hume G Infecciones de ETS en Mujer en Prostitución en Costa Rica 1996. XX Cong. Lat. de ETS y V Conf. Panam de SIDA Lima. 1997. Lib. Res: PCV 266.
- 14.- Estacio L Incidencia de Sífilis y Hepatitis B en pacientes Infectados con HIV según Conducta Sexual . Hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores LIMA PERU. XI Cong. Lat. De ETS y V Conf . Panam de SIDA. Lima 1997; Lib. Res : PVC 304.
15. Quijano C et al. Intervención Educativa en los Clientes de Trabajadoras Sexuales Carnetizadas. C de Ref. ETS Alberto Barton. DISUR I Callao Peru Oct 96 – Jun. 97. XI Cong. Lat. De ETS y V Conf. Panam de SIDA Lima 1997. Lib Res: PCV 304.
16. INTE / PERU: Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades. IMS Americana Lt. Semestre 1 1992 ; Vol. I.
17. Lool/. Enfermedades de Transmisión Sexual en pacientes VIH (+). Iquitos Perú 1992-1993. Copia de Mamografía en Centro de Documentación OPS Lima Perú. 31 pp.
18. Sabel J. Vulvovaginitis. *Dermatol Clin* 1992. 10 (2) : 339.
19. Muños D R. Practicas Sexuales de Riesgo para el VIH/ SIDA y ó Trans ETS en varones que acuden a prostitutas del Callao . Tesis Bach Univ Per Cayetano Heredia 1995; 61 pp.
20. Salazar E, Benítez M. VIH/SIDA en Meretrices y Homosexuales de Trujillo . *Rev San Pol Nac.* 1994; 55(1) : 48-51.
21. Revata R, Anciana R et al. Seroprevalencia de la Infección por VIH en Trabajadoras Sexuales Clandestinas de la Provincia de ICA. IX Cong. Nac. Y XVIII Curso Internacional Med int. 1996. Lib Res: A 37.
22. Hurtado L et al. Seroepidemeologia de Infección por HTLV 1 en Trabajadoras del Sexo del Alto la Paz Bolivia . XI Cong Lat. ETS Y v Conf. Plan de SIDA Lima 1997 Lib Res: PCV 271.
23. Ortiz P et al. Estudio Comparativo de Practicas Sexuales de Riesgo en Trabajadoras Sexuales . Quito 1996. XI Cong Lat de ETS y Conf Panam de SIDA Lima 1997. Lib. Res: PCV 272.
24. Figueroa P . Proyecciones sobre el SIDA : Perspectivas de Jamaica. *Bol Of. Sanit. Panam* 1988; 105 (5-6) : 634-639.
25. Riveres M. Enfermedades de Transmisión Sexual entre Trabajadoras Sexuales en el Centro de Salud Santa María de Huachipa: Ene 2000 – Ene 2001. *Bol Epid An DISA IV Lima Este* 2002: 20 – 21.
26. Quijano E, Ramírez A, Suarez V. Ulcera Genital Crónica e Infección por VIH, *Folio Dermatológica Peruana* 1998; - (3): 43 – 46.