

---

**MANUAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL  
A POBLACIÓN GB-HSH**

---



**MANUAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL  
A POBLACION GB-HSH**

## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A POBLACIÓN GB-HSH**

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de Internet <http://www.sns.gov.bo/its-vih-sida>. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Av. Mcal. Santa Cruz esq. calle Cochabamba, Ed. Lotería Nacional, 5to. piso, Tel 2115022, Fax 2315376

**Documento Elaborado por:**

Dr. Ronald Lijerón Parada

**Revisión Realizada por:**

Dra. Carola Valencia

Dr. Gilvan Ramos

Dra. Roxana Salamanca

**Artes Gráficas:**

Artemania Industria Impresiones Srl.

© Ministerio de Salud 2014.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

## PRESENTACIÓN

El Comité Nacional de Acceso Universal para la Población GBT-HSH, tiene la satisfacción de presentar este documento “Manual de Atención Integral GB-HSH y Trans”. Cuyo objetivo principal de esta herramienta, es mejorar y encaminar una atención adecuada e integral a los usuarios/as, con calidad y calidez; dirigida al personal de salud de todo el sistema público y privado.

La epidemia en nuestro país es de tipo concentrada, siendo la población GBT-HSH uno de los grupos más afectados.

Ha sido elaborado por los profesionales de salud de manera conjunta con la sociedad civil y aprobada por el Comité Nacional de Acceso Universal para la Población GBT-HSH, para su difusión correspondiente.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pamela Valenzuela', with a large, stylized flourish above the name.

Sra. Pamela Valenzuela  
**SUB COORDINADORA DEL COMITÉ NACIONAL DE ACCESO UNIVERSAL  
PARA LA POBLACION GBT-HSH**



## ÍNDICE

Introducción .....	11
<b>CAPÍTULO I: MARCO NORMATIVO</b>	
1.1 Antecedentes .....	15
1.2 Constitución Política del Estado .....	15
1.3 Ley 45 contra el Racismo y toda forma de Discriminación .....	16
1.4 Ley 3729 .....	18
<b>CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL</b>	
2.1 Entendiendo la Orientación Sexual .....	23
2.1.1 La Sexualidad .....	23
2.1.2 Dimensiones de la Orientación Sexual .....	23
2.1.2.1 La Atracción Sexual .....	24
2.1.2.2 La Identidad Sexual .....	24
2.1.2.3 Comportamiento Sexual .....	24
2.2 Definiciones .....	24
2.2.1 Homosexual, Gay, HSH .....	24
2.2.2 Bisexual .....	25
2.2.3 Heterosexual .....	25
2.2.4 Transexual .....	25
2.2.5 Transgénero .....	26
2.2.6 Transformista .....	26
2.2.7 Intersexual .....	26
2.2.8 Travesti .....	26
<b>CAPÍTULO III: PROPUESTA</b>	
3.1 Antecedentes .....	31
3.2 Principios del Modelo de Atención .....	32
3.3 Planificando espacios de atención que incluyan HSH y GB .....	34
3.4 Algoritmos de Manejo .....	36

3.5 Historia clínica .....	37
3.5.1 Anamnesis .....	37
3.5.1.1 Evaluación del riesgo de infección de VIH .....	37
3.5.1.2 Identidad/orientación/revelación sexual .....	39
3.5.1.3 Disfunción sexual (DSE) y la eyaculación precoz .....	39
3.5.1.4 Uso de sustancias y problemas asociados .....	40
3.5.2 Examen Físico .....	40
3.5.2.1 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) .....	40
3.5.2.1.1 Ulcerantes .....	42
3.5.2.1.2 Secretantes .....	47
3.5.2.2 Salud Ano rectal .....	53
3.5.2.3 Técnicas de exploración .....	54
3.5.2.4 Inspección .....	55
3.5.2.5 Fisura Anal .....	56
3.5.2.6 Ulceras anales .....	58
3.5.2.7 Orificios de fístulas .....	58
3.5.2.8 Hemorroides .....	59
3.5.2.8.1 Hemorroides externa .....	59
3.5.2.8.2 Hemorroides interna .....	60
3.5.2.9 Infección sexual ano rectal .....	62
3.5.2.10 Abscesos .....	62
3.5.2.11 Tumoraciones anales y perianales .....	63
3.5.2.12 Palpación .....	63
3.5.2.13 Plicoma .....	64
3.5.2.14 Objetos extraños en el ano o recto .....	65
3.6 Manejo psico social .....	66
3.6.1 Salud mental y emocional .....	66



## **ÍNDICE DE TABLAS**

### **TABLA 1**

Diversidad Sexual .....	27
-------------------------	----

### **TABLA 2**

Prevalencia Estimada en Bolivia .....	31
---------------------------------------	----

### **TABLA 3**

Signos y síntomas de las ITS .....	41
------------------------------------	----

### **TABLA 4**

Clasificación Hemorroides .....	61
---------------------------------	----

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

### **GRÁFICO 1**

Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas 4 semanas y consumo de drogas .....	32
---	----

### **GRÁFICO 2**

Casos notificados hasta le gestión 2012 .....	38
---	----

### **GRÁFICO 3**

Lesiones anales en hombres .....	57
----------------------------------	----

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

### **FIGURA 1**

Círculo del Estigma, Discriminación y violación de DD.HH. ....	20
--	----

### **FIGURA 2**

Material para atención a población HSH y GB .....	35
---	----

### **FIGURA 3**

Sífilis en región peneana .....	42
---------------------------------	----

FIGURA 4	
Sífilis primaria .....	43
FIGURA 5	
Sífilis secundaria .....	44
FIGURA 6	
Chancroide .....	45
FIGURA 7	
Herpes genital .....	46
FIGURA 8	
Gonorrea .....	47
FIGURA 9	
Clamidia .....	48
FIGURA 10	
Condilomas .....	50
FIGURA 11	
Moluscos .....	51
FIGURA 12	
Candidiasis genital .....	52
FIGURA 13	
Candidiasis oro faríngea .....	52
FIGURA 14	
De cubito lateral prono .....	54
FIGURA 15	
Litotomía .....	55
FIGURA 16	
Genupectoral .....	55
FIGURA 17	
Inspección anal .....	56
FIGURA 18	
Fisura anal .....	57
FIGURA 19	
Ulceras ano rectal .....	58
FIGURA 20	
Orificio de fistulas .....	59

FIGURA 21	
Hemorroides externas .....	60
FIGURA 22	
Hemorroides interna .....	61
FIGURA 23	
Absceso .....	62
FIGURA 24	
Palpación .....	63
FIGURA 25	
Plicoma .....	65
FIGURA 26	
Objetos extraños en región anal .....	65
<b>ANEXO 1</b>	
Secretantes .....	71
<b>ANEXO 2</b>	
Ulcerantes .....	72
<b>ANEXO 3</b>	
Verrugas ano genitales .....	74
<b>ANEXO 4</b>	
Manejo Sindrómico .....	75
<b>ANEXO 5</b>	
Creación de dildos .....	76
<b>ANEXO 6</b>	
Historia Clínica .....	77

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CA</b>	Cáncer Anal
<b>CDVIR</b>	Centro de Vigilancia y Referencia
<b>CD4</b>	Linfocitos T con Receptores CD4
<b>CMV</b>	Citomegalovirus
<b>CPE</b>	Constitución Política del Estado
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>DSE</b>	Disfunción Sexual
<b>GB</b>	Gay Bisexual
<b>HD</b>	Haemophilus Ducreyi
<b>HSH</b>	Hombre que tiene sexo con hombres
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>LGV</b>	Linfogranuloma Venereo
<b>LNH</b>	Linfoma no Hodgkin
<b>NG</b>	Neisseria Gonorrhoeae
<b>PV</b>	Papiloma Virus
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
<b>SEMVO</b>	Sexualidad Masculina en Bolivia
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TEPT</b>	Transtorno de Stress Post Traumático
<b>TP</b>	Treponema Pallidum
<b>UNG</b>	Uretritis no Gonocócica
<b>VHS</b>	Virus del Herpe Simple
<b>VIH</b>	Virus de Inmuno Deficiencia Humana
<b>VPH</b>	Virus de Papiloma Humano

## INTRODUCCIÓN

Prestar servicios para el cuidado de la salud de los hombres gays y bisexuales (GB), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), requiere alta sensibilidad y comprensión de los aspectos sociales y culturales del entorno en que éstos se mueven. Si hay sensibilidad y comprensión, como también un ambiente adecuado a las necesidades y estilo de vida de esta población, se asegurara la calidad del cuidado de estos tipos de población.

Es importante mencionar que los/as profesionales de la salud, en su mayoría, no cuentan con los conocimientos y habilidades requeridas para la atención diferenciada de HSH y GB, debido a que su formación profesional no incluye la “Atención centrada en el usuario” y existe acceso limitado a literaturas específicas y especializadas en la materia.

Según el punto de vista de los sistemas de salud, los HSH pueden retrasar o evitar buscar información, atención o servicio de salud o relacionados con VIH como resultado de la homofobia que se percibe dentro de estos sistemas, es por este motivo que surge la necesidad de elaborar un Protocolo de Atención Integral en Población HSH y GB, que orienten al personal de salud en una atención integral a esa población con calidad y calidez.

Es con este propósito que se elabora el presente Protocolo, el cual está dividido en tres capítulos.

El primer capítulo consta del marco normativo legal, que hace referencia a la Constitución Política del Estado, la ley 3729, ley 45, pilares fundamentales que tienen el propósito de evitar que exista discriminación, estigmatización y una atención integral a los usuarios/as del sistema de salud sin importar su identidad sexual, raza, condición socio económica y otros.

El segundo capítulo, hace referencia al marco conceptual, donde existe una orientación sobre las distintas definiciones que existen dentro la población GLBT, permitiendo de esta manera que el personal de salud, entienda y comprenda a cabalidad las diferencias que existe entre cada una de las diversidades sexuales que existen en nuestro contexto.

Finalmente, el tercer capítulo de la presente guía, tiene el propósito de servir de apoyo a los/as profesionales de la salud en el desarrollo de destrezas que le permitan sumarse a los esfuerzos encaminados a disminuir la progresión de la epidemia del VIH y de las ITS, a través de la prestación de servicios de cuidado de la salud, del tratamiento oportuno y el apoyo en los cambios de comportamiento del/la usuario/a del servicio. Para ello es necesario superar barreras estructurales, sociales y culturales que dificultan una atención culturalmente sensible y adecuada a las necesidades de cada uno/a de los usuarios/as.

Con esta guía esperamos que sea de utilidad en la prestación de sus servicios profesionales, y de manera particular, les facilite brindar una atención culturalmente adecuada a hombres gay/bisexuales y a otros hombres que tienen sexo con hombres.



# CAPÍTULO I



## MARCO NORMATIVO





## 1.1.- Antecedentes

Los seres humanos somos diversos en nuestra forma de pensar, actuar, vivir, y también en la manera como vemos y vivimos la sexualidad. Reconocer la diversidad en todas sus manifestaciones como un elemento enriquecedor de la sociedad, es hoy un requisito imprescindible de todas las sociedades en su conjunto.

En nuestro país el estigma, discriminación y la homofobia, hicieron que los servicios de atención de la salud, en términos generales no hayan sido suficientemente sensibles a las necesidades de la salud de los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Actualmente, se está transitando importantes cambios de paradigmas desde que la salud se canaliza en sus normas y prácticas hacia aspectos de promoción y prevención basada en derechos, lo que cada persona tiene como ciudadano, ciudadana de nuestro país.

Existe la voluntad política de aplicar esta transformación en leyes, normas y protocolos en forma inclusiva y universal, atendiendo también la diversidad sexual de la ciudadanía.

En Bolivia se ha producido avances en los últimos años con respecto al estigma y discriminación; si bien la Constitución Política del Estado hace referencia a este tema, a partir del año 2010, el Estado Plurinacional promulga la Ley 45 Contra el Racismo y toda forma de Discriminación y la Ley 3729 “Ley para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA”

## 1.2.- Constitución Política del Estado

Es necesario realizar una breve revisión sobre el marco normativo en el cual se basa la presente guía, aplicable en relación a la no discriminación, homofobia, derecho a la privacidad a nivel general y con relación al VIH y atención en la salud.

En cuanto al texto constitucional es necesario hacer referencia en primera instancia que se prohíbe todo tipo de discriminación. En este sentido el Art. 14 de la CPE en su parágrafo II señala:

***II. El estado prohíbe y sanciona todo tipo de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.***

De igual manera el Art. 14 en su párrafo III establece la obligación del Estado de garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento interno e internacional de los DD.HH.

***III. El estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de los derechos humanos.***

De manera adicional el texto constitucional incluye en su Art. 22 el deber primordial del Estado de proteger la dignidad y la libertad, estando el primero íntimamente vinculado con el derecho a la intimidad.

***Art. 22 La dignidad y libertad de las personas son inviolables. Respetarlas y protegerlas es deber primordial del Estado.***

### **1.3.- Ley 45 Contra el Racismo y toda forma de Discriminación**

Tiene como objetivo eliminar conductas de racismo y toda forma de discriminación y consolidar políticas públicas de protección y prevención.

Las constantes manifestaciones de discriminación principalmente por orientación sexual e identidad de género, provoca que las personas que se ven afectadas, expresen diversos sentimientos, entre ellos dolor, sufrimiento y frustración; no podemos negar que los servicios de atención de salud, en términos generales no han sido suficientemente sensibles a las necesidades de salud de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), gays y bisexuales.

Para poder luchar con este problema, y otras formas de discriminación, el Estado, promulga la ley 45 el 08 de octubre de 2010 con el objetivo de eliminar conductas de racismo y toda forma de discriminación, y consolidar de esta manera políticas públicas que vayan a proteger y prevenir delitos de racismo y toda forma de discriminación.

La discriminación significa diferenciar, distinguir, separar una cosa de otra. La discriminación es una situación en la que una persona o grupo es tratada de forma desfavorable a causa de prejuicios, generalmente por pertenecer a una categoría social distinta; Entre esas categorías se encuentran la raza, la orientación sexual, la religión, el rango socioeconómico, la edad y la discapacidad entre otros.

Uno de los principios de esta ley es la igualdad que tienen todos los seres humanos a ser reconocidos como iguales ante la ley y de disfrutar de todos los demás derechos otorgados de manera incondicional.

En este sentido en el artículo 2 que hace referencia a los principios generales de la ley 45 contra el Racismo y toda forma de Discriminación, en el inciso b nos dice de manera textual:

***“Igualdad. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derecho. El Estado promoverá las condiciones necesarias para lograr la igualdad real y efectiva adoptando medidas y políticas de acción afirmativa y/o diferenciada que valoren la diversidad, con el objetivo de lograr equidad y justicia social, garantizando condiciones equitativas específicas para el goce y ejercicio de los derechos, libertades y garantías reconocidas en la Constitución Política del Estado, leyes nacionales y normativa internacional de Derechos Humanos.”***

El estigma es una forma de prejuicio que desprestigia o rechaza a un grupo de individuos porque son diferentes a lo establecido. Cuando la gente actúa basándose en sus prejuicios el estigma se convierte en discriminación.

En la ley 45 en su artículo 5 define la discriminación de la siguiente manera:

***Se define como “discriminación” a toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual e identidad de géneros, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica, social o de salud, profesión, ocupación u oficio, grado de instrucción, capacidades diferentes y/o discapacidad física, intelectual o sensorial, estado de embarazo, procedencia, apariencia física, vestimenta, apellido u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de derechos humanos y libertades fundamentales reconocidos por la Constitución Política del Estado y el derecho internacional. No se considerará discriminación a las medidas de acción afirmativa.***

La población HSH y GB sufren a menudo discriminación cuando acceden a los centros de salud. Esa discriminación puede adoptar distintas formas. Se han dado casos de personal médico que les insulta abiertamente, otras veces consideran que la orientación sexual o la identidad de género es un tema psicológico y en otros casos, el personal de salud se niega simplemente a ofrecer tratamiento o ciertos niveles de asistencia (como bañar a los pacientes por su orientación sexual).

Este tipo de experiencias lleva a estas poblaciones a ocultar su orientación sexual o su identidad de género a los médicos, lo que puede influir en el diagnóstico o en el tratamiento que reciben. El miedo a los prejuicios puede hacer que no soliciten asistencia médica cuando la necesiten, ni se sometan a pruebas preventivas normales, como citologías para la detección precoz del cáncer ano genital o pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS).

En segundo lugar, estas poblaciones pueden sufrir actitudes claramente negativas de sus familiares, amigos, compañeros, colegas o la sociedad en general. Cuando esas actitudes

se suman al miedo a los prejuicios del personal médico, se explica la mayor incidencia de problema de salud en ellos, sobre todo en el campo de la salud mental, registrándose incidencias de depresión, autoagresiones y tentativas de suicidio superiores a la media del resto de la población.

La discriminación conduce a actitudes de rechazo a esta población, lo cual con lleva a la homofobia; la Ley 45 lo define de la siguiente manera:

***Se refiere a la aversión, odio, prejuicio o discriminación contra hombres o mujeres homosexuales, también se incluye a las demás personas que integran a la diversidad sexual.***

La homofobia, en otras palabras, es el odio irracional y el rechazo de la homosexualidad. Esta palabra fue utilizada por primera vez al inicio de la década de 1970, proviene de las palabras griegas: **fobos** que quiere decir “miedo” y el prefijo **homos**, que significa “igual”, que también forma parte de la palabra **homosexualidad**. Entonces, homofobia se puede traducir como “fobia a la homosexualidad”

20

La homofobia remite a una práctica discriminatoria hacia las personas que tienen o se supone que tienen prácticas sexuales con personas de su mismo sexo, o hacia las personas que asumen una identidad distinta de la heterosexual o del género socialmente asignado a su sexo de nacimiento.

La homofobia refleja cómo ha establecido la sociedad una distinción entre lo que se considera “normal”, aceptado como sexualidad sana, y lo que considera “anormal”, con lo que se conceptualiza a la homosexualidad como una sexualidad enferma, equivocada o problemática.

#### **1.4.- Ley 3729**

“Ley para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA”, es otra ley esencial que protege a las personas diagnosticadas con VIH, sin importar la opción sexual, sexo, religión y otros.

La mencionada ley en su Art. 2 refiere una serie de principios rectores entre los cuales para los efectos de la presente guía se destacarán dos: la Dignidad y la Confidencialidad, principios congruentes y complementarios.

**Artículo 2. (Principios).** La presente Ley se enmarca en los siguientes principios

a) **Dignidad:** Toda persona que vive con el VIH-SIDA, recibirá un trato digno acorde a su condición de ser humano y no podrá ser sometida a discriminación, degradación, marginación o humillación. Gozará de los derechos, libertades y garantías reconocidos por la Constitución Política del Estado. Este Principio incluye a los familiares de las personas que viven con el VIH-SIDA.

d) **Confidencialidad:** La condición clínica de las personas que viven con VIH-SIDA deben sujetarse a normas de confidencialidad establecidas en los códigos de ética, protocolos médicos y epidemiológicos y la presente Ley.

Otro aspecto a destacar de la Ley N° 3729 es que en el Art. 5, por una parte, incluye el derecho de las personas que viven con VIH-SIDA a la igualdad ante la ley, consecuentemente a no ser discriminados, y por otra parte, se establece el derecho a que se respete su privacidad manteniendo la confidencialidad de su estado, elemento particularmente necesario para un contexto como el nuestro donde el tema de la sexualidad todavía es manejado como tabú provocando mucha desinformación y especulaciones, dificultando las medidas de prevención al VIH-SIDA. En este sentido la Ley 3729 refiere de manera textual:

**Artículo 5. (Derechos y Garantías).** Todas las personas que viven con el VIH-SIDA y con la garantía del Estado, tienen los siguientes derechos:

b) A la igualdad ante la Ley y a no ser discriminadas/os por vivir con el VIH-SIDA.

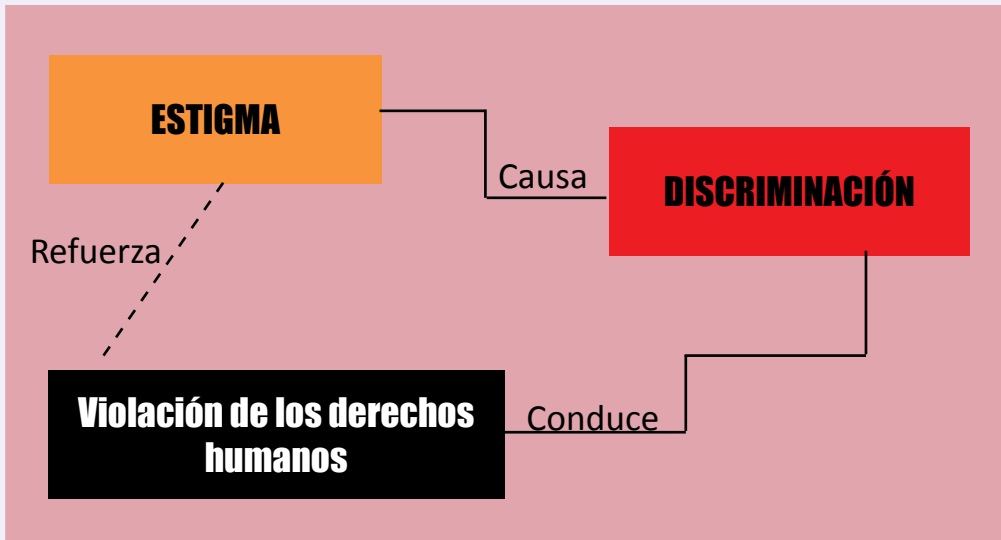
d) A que se respete su privacidad, manteniendo la confidencialidad de su estado serológico y prohibiendo las pruebas obligatorias, siempre que no esté afectando a terceras personas. Excepto en los casos especificados en la presente Ley.

Por otro lado, en el capítulo VI en su artículo 32 nos habla que la atención debe ser integral y multidisciplinaria a todas las personas que viven con el VIH/SIDA de manera obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y de seguridad social, bajo una responsabilidad legal. Un establecimiento de salud no puede negar el servicios a estas personas, debiendo brindarles un tratamiento igualitario, oportuno con calidad y calidez al igual que a otros pacientes. Los establecimientos de salud privados atenderán las emergencias y derivarán los casos a los establecimientos públicos respectivos.

En conclusión, el estigma causa la discriminación, conduciendo a la violación de los derechos humanos y va reforzando nuevamente el estigma, como nos indica el cuadro siguiente.

FIGURA 1

Círculo del Estigma, Discriminación y Violación de los DDHH



La finalidad de este capítulo, es hacer conocer al personal de salud que existen leyes que protegen y buscan lograr el bienestar de sus habitantes por parte del Estado, mediante políticas que valoren la diversidad, logrando la igualdad de derechos de los habitantes que viven dentro de nuestro territorio.

# **CAPÍTULO II**



## **MARCO CONCEPTUAL**





## 2.1 Entendiendo la orientación sexual

Para brindar una atención integral competente a hombres gay, bisexuales, trans y otros hombres que tiene sexo con hombres es importante para el personal de salud tener claro lo que significa conceptualmente la sexualidad y la orientación sexual, así como sus dimensiones. Estos conocimientos jugarán un papel importante en los momentos de la atención e interacción, con esta población.

### 2.1.1 La sexualidad<sup>1</sup>

Las concepciones actuales de la sexualidad humana han abandonado la perspectiva exclusivamente biológica de los inicios o, inclusive, la visión centralmente psicológica que domino los debates teóricos por muchas décadas. Actualmente se reconoce que la sexualidad humana precisa ser entendida en sus distintos niveles. A nivel individual, la sexualidad representa la forma en que una persona, estando físicamente equipada como ser sexuado (dimensión biológica), experimenta deseos sexuales y reflexiona (dimensión psicológica) sobre el significado y calidad de sus experiencias sexuales, a la luz de las normas culturales dominantes sobre el tema (dimensión social). Por otro lado, a nivel colectivo la sexualidad es una parte de la cultura, y toda cultura incluye un conjunto de representaciones, ideologías, normas y significados vinculados a contenidos sexuales, los cuales organizan la visión de lo sexual dentro de la cual todos los sujetos formados dentro de dicha cultura son socializados.

### 2.1.2 Dimensiones de la orientación sexual

La orientación sexual, al igual que la sexualidad, se expresa en tres dimensiones. Esas dimensiones son la atracción, la identidad y el comportamiento sexual. A menudo estas tres dimensiones corren de manera sincronizada, por ejemplo: Hombre que se involucra en actividades sexuales con otros hombres y que se reconoce a sí mismo como homosexual, las tres dimensiones concuerdan. Pero esto no ocurre siempre. Existen hombres que se involucran en actividades sexuales con otros hombres (comportamiento sexual) que se sienten atraídos por hombres y mujeres (atracción sexual) y se identifican a sí mismo como heterosexuales (identidad sexual).<sup>2</sup>

Para una mejor comprensión, la atracción emocional, afectiva y sexual, hacia personas de diferente sexo, el mismo sexo o de ambos sexos, nos conlleva hacia la orientación heterosexual, homosexual y bisexual.

---

1 Ardía, Stanton, Gauthier. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA/LIGASIDA. Bogotá, 1999. Pag. 51.

2 Vía libre. Hombres gay, bisexuales, personas trans y otros hombres que tienen sexo con otros hombres. Guía de orientaciones básicas para el personal de salud con trabajo en ITS/VIH/SIDA. Lima-Perú, 2010. Pag. 27.

### 2.1.2.1 La atracción sexual

La atracción sexual se refiere a la atracción que siente una persona de forma física y/o emocional, la cual tiene que ver con el deseo de estar cerca de su pareja sexual ya sea del mismo sexo o de diferente orientación sexual.

### 2.1.2.2 La identidad sexual

La identidad sexual se refiere a como las personas se perciben y se identifican como seres sexuales, ya sea como hombre, como mujer o una mezcla de ambos. Cuando esa identificación no coincide con el sexo biológico, una persona que nace con genitales masculinos puede construir su identidad sexual como mujer o viceversa. Este es el caso de las personas transexuales, transgénero y travestis (trans).

### 2.1.2.3 El comportamiento sexual

El comportamiento sexual humano es el comportamiento que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros sexuales, obtener la aprobación de posibles parejas para formar relaciones y mostrar su deseo sexual.

## 2.2 Definiciones

Entender la identidad y el comportamiento sexual permite que el profesional de salud establezca un vínculo de confianza con el usuario/a y que brinde el cuidado de la salud en el contexto mismo de su vida y creencias, Proveer apoyo en cuanto a temas relativos a la identidad sexual, contribuye a la reducción de los comportamientos de riesgo.

Existen algunas definiciones generales que no se aplican a toda la gente que se auto identifica usando dichos términos. Esto ocurre debido a que la atracción, el comportamiento y la identidad sexual no siempre van parejos.

### 2.2.1 Homosexual/Gay/HSH

Es un hombre que sexual y/o emocionalmente se siente atraído hacia otros hombres, tiene relaciones sexuales y románticas con hombres, y siente que ésta es principalmente su identidad sexual.

El término “gay” es una expresión inglesa que empezó a ser utilizada por homosexuales y lesbianas norteamericanos como palabra en código para referirse a su orientación sexual.

Esta palabra fue adoptada por activistas como una señal de identidad relacionada con el hecho de sentir orgullo de sí mismos; denota la aceptación de lo que se es, y transmite la actitud de considerar que la homosexualidad es algo bueno y correcto.

En la década de 1990 se acuñó el término **hombres que tienen sexo con hombres (HSH)** por algunos epidemiólogos que estudiaban la propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en varones que, cualquiera que fuese su identidad sexual, tenían relaciones sexuales con varones.

Actualmente el uso de las siglas **HSH** se hace frecuente en la literatura médica y en la investigación social para describir a estos hombres, como un grupo de estudios de investigación que no toma en consideración las cuestiones de identidad sexual.

### 2.2.2 Bisexual

Es un hombre que sexual y emocionalmente se siente atraído por ambos sexos, mujeres y hombres, y que tiene relaciones sexuales y afectivas tanto con mujeres como con hombres.

La atracción puede darse con igual intensidad para uno y otro género, o ser más fuerte por un género en particular.

El Dr. Fred Klein, en su libro “La opción bisexual” clasifica la bisexualidad en tres categorías: transitoria, histórica y secuencial.

- **Transitoria-** Un bisexual transitorio es una persona que (probablemente) está pasando de la heterosexualidad a la homosexualidad. Pasar en la otra dirección es menos corriente. El paso hacia cualquiera de esas direcciones puede ocurrir en un periodo corto de tiempo, pero puede tardar más de un año en completarse. Si se evalúa a una persona durante ese periodo, su orientación parecerá bisexual; pero si se hace algún tiempo después entonces se mostrará homosexual o heterosexual.
- **Histórica-** La persona bisexual histórica es alguien cuya orientación es esencialmente heterosexual o homosexual, pero que en algún momento ha tenido alguna experiencia o alguna fantasía con una persona cuyo sexo era contrario a su orientación.
- **Secuencial-** En esta categoría, la persona tiene una relación con una persona de un sexo, y a continuación, con una del otro sexo. Su compromiso en la relación es igual en cada caso. El número de estas relaciones variará, dependiendo de las necesidades de la persona.

### 2.2.3 Heterosexual

Es el hombre que sexual y emocionalmente se siente atraído primordialmente por las mujeres; tiene relaciones sexuales y afectivas con ellas y siente que ésta es principalmente su identidad sexual.

### 2.2.4 Transexual

Son personas que han nacido con las características físicas de hombre o de mujer, pero que se someten a procesos de reasignación de sexo para adecuar su cuerpo a la identidad de género que sienten como propia y que está en contradicción con su sexo físico.

### 2.2.5 Transgenero

Es la persona que ha nacido como hombre o como mujer, pero cuya identidad primaria corresponde al otro género. Las personas transgeneristas (transgénéricas o transgéneros) pueden expresar su identidad a través de las vestimentas, los modales, ciertas adecuaciones del cuerpo hechas con hormonas o implantes quirúrgicos o ambas cosas, para establecer una congruencia física y emocional con la identidad de género que consideran suya. También pueden vestirse y comportarse del modo que consideran más propio de su género.

### 2.2.6 Transformista

Los artistas del espectáculo que se visten de mujeres suelen denominarse transformistas: pero transformarse o vestirse de mujer no alcanza para que la persona que lo hace sea considerada transgenerista. Algunos individuos se visten con las ropas del otro sexo y usan los accesorios del otro género por cuestiones de entretenimiento o para vivir sensaciones eróticas, pero no porque se identifiquen a sí mismos como personas del otro género. Un transformista puede tener orientación heterosexual, homosexual y bisexual.

### 2.2.7 Intersexual

Es la persona que tiene de forma simultánea características anatómicas de un hombre y una mujer en grados variables.

Aunque la mayoría de los infantes se presentan como niños o niñas normales, hay algunos casos en los que variadas situaciones genéticas pueden conducir a que se presenten genitales ambiguos: los médicos no se muestran seguros de si se trata de un niño o de una niña.

### 2.2.8 Travesti<sup>3</sup>

Persona que nace con el sexo masculino o femenino, pero que tiene la identidad de género opuesta a su sexo biológico, por lo que asume roles de género diferentes de aquellos impuestos por la sociedad.

Muchas travestis modifican su cuerpo por medio de las terapias hormonales, aplicaciones de silicona y/o cirugía plástica, sin embargo, otras no tiene interés en modificar su cuerpo. A diferencia de las transexuales, las travesti no desean realizar una cirugía de reasignación sexual (adecuación de sus órganos genitales). Se utiliza el artículo definido femenino "la" para hablar de la travesti (aquellas que tienen senos, cuerpo, vestimenta, cabello y formas femeninas).

Para mejor comprensión de las definiciones de las diversidades sexuales se resume en el cuadro siguiente.

---

3 Idem Pag. 31.

**TABLA 1**  
**DIVERSIDAD SEXUAL<sup>4</sup>**

Nº	SEXO BIOLÓGICO	IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	DENOMINATIVO
1	Varón	Hombre	Heterosexual	Hombre Heterosexual
2	Varón	Hombre	Bisexual	Hombre Bisexual
3	Varón	Hombre	Homosexual	Gay
4	Varón	Mujer	Heterosexual	Transgenero Femenino
5	Varón	Mujer	Bisexual	Transgenero Femenino
6	Varón	Mujer	Homosexual	Transgenero Femenino
7	Hembra	Mujer	Heterosexual Mujer	Heterosexual
8	Hembra	Mujer	Bisexual	Mujer Bisexual
9	Hembra	Mujer	Homosexual	lesbiana
10	Hembra	Hombre	Heterosexual	Transgenero Masculino
11	Hembra	Hombre	Bisexual	Transgenero Masculino
12	Hembra	Hombre	Homosexual	Transgenero Masculino
13	Hombre	Mujer	Travesti	Travesti

<sup>4</sup> Elena Hardaiz Landaez, Daniel Márquez Santander (2011): *Manual Educativo para la diversidad*. Caracas, Venezuela. Fundación Reflejos. Pag. 7.



## CAPÍTULO III



## MARCO PROPOSITIVO





### 3.1 Antecedentes

Prestar servicios para el cuidado de la salud de los hombres gay, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) requiere alta sensibilidad y comprensión de los aspectos sociales y culturales del entorno en que éstos se mueven. Existiendo estos dos aspectos, la calidad de atención será óptima.

Estudios han demostrado que los hombres que tienen sexo con hombres registran una probabilidad mayor de ser infectados por el VIH que la población general, esta prevalencia de infección por el VIH entre los hombres que tiene sexo con hombres es variable. En el caso de Bolivia el estudio SEMVO que se realizó en el año 2008, demostró que existe una prevalencia de 11,60%, lo cual demuestra que la epidemia del VIH está concentrada en grupos vulnerables.

**TABLA 2**  
**Prevalencia Estimada Bolivia**

Grupo poblacional	Prevalencia estimada	Fuente
Población General	0,15 %	Proyecciones EPP-Spectrum
Colectivo GLBT-HSH	11,60 %	Interpolación estudio SEMVBO, 2008
Trabajadoras Sexuales	0,57 %	Interpolación estudio PREVETS, 2010
Población Trans	21,8 %	Interpolación estudio EPV-Trans, 2012

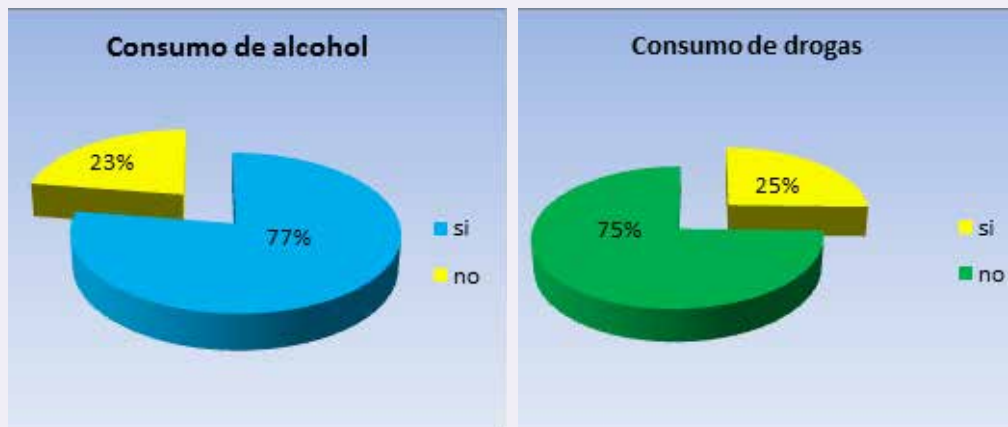
**FUENTE:** Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Este estudio también demuestra que los hombres que tienen sexo con hombres, gay y bisexuales registran tasas altas de depresión, ansiedad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, drogas y otras sustancias, las cuales pueden llevarles al suicidio u otro tipo de alteración psicológica.

Todo lo mencionado puede conllevar a percibir rechazos por su orientación sexual y a la vez ser discriminados, lo cual pospone o evita acudir a buscar información sobre alguna enfermedad a los centros de salud.

## GRÁFICO 1

### Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas 4 semanas y consumo de drogas alguna vez en la vida



FUENTE: Estudio SEMVO 2008

Los profesionales de la salud, en su mayoría, no cuentan con los conocimientos y habilidades requeridas para la atención diferenciada HSH y GB, debido a que su formación profesional no incluye su atención “Centrada en el usuario” y existe acceso limitado a la literatura específica y especializada en la materia.

El cuidado de la salud de las personas HSH y GB, exige un alto grado de sensibilidad y respeto de la orientación sexual de las personas, su identidad de género, su condición social, cultural y comportamiento sexual.

### 3.2 Principios del Modelo de Atención

El modelo de atención que se plantea en esta guía se basa en el modelo SAFCI que en su artículo 5 define:

***El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.***

El Modelo de Atención integral para la atención de la población HSH y GB se basa en los siguientes principios:

**a) Respeto, calidad y calidez**

Toda la población que integra el grupo de mayor riesgo, tienen derecho de recibir una atención digna en los Servicios de Salud, y que los proveedores del mismo respeten su orientación sexual.

**b) Equidad**

La equidad es la garantía que da una justicia igualitaria independiente de su orientación sexual, para que todos los usuarios reciban el máximo nivel de calidad de atención en los Servicios de Salud pública.

**c) Accesibilidad**

El Modelo de atención garantiza que todas las poblaciones vulnerables tenga acceso a todos los servicios que presentan los programas ya sea en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

**d) Disponibilidad**

El Estado tiene la responsabilidad de dar respuestas a las necesidades de toda la población del país, como se propone en el modelo SAFCI, articulando con las personas, familias y la comunidad o barrio.

**e) Coordinación e integración**

El Modelo de atención es un sistema que se interrelaciona con todos los servicios de atención integral, con el funcionamiento de un sistema de referencia y contra referencia, facilitando al usuario una rápida atención.

**f) Eficiencia y eficacia**

Es brindar una atención integral de manera oportuna y rápida a los integrantes de las poblaciones vulnerables, con profesionales especializados y calificados, que realizan capacitación continua.

**g) Universalidad**

Los Servicios de salud deben ser para todos/as, tipo de población sin discriminación alguna, ni barreras de acceso, sin diferencias políticas, edad, género, raza, cultura, orientación sexual o religión.

### 3.3 Planificando espacios de atención médica que incluyan HSH y GB

Si bien desde hace varios años atrás poco a poco la población HSH y GB en sus constantes luchas ha logrado que se trabaje aspectos de estigma y discriminación hacia su población, en los centros de salud sigue existiendo disparidad en la atención y la calidad de servicios hacia los HSH y GB, sumados la homofobia implícita y explícita entre los profesionales de salud, la falta de espacios apropiados y amigables para HSH dentro de los sistemas de salud, hace que estas poblaciones sean altamente sensibles a la experiencia de su primer encuentro con el ámbito de atención de salud, tropezando con problemas de ambientes seguros, equipamiento y estándares de confidencialidad.

La decisión del usuario para ser atendido en un centro de salud dependerá de varios factores como:

- ❖ Si las señalizaciones, cuadros, fotografías y otros elementos visuales del servicio son acogedores y si incluyen a la población HSH y GB.
- ❖ Si el protocolo para la recopilación de la información personal permite la discreción o si requiere la revelación de información personal.
- ❖ La atención por parte del personal de salud hacia esta población.
- ❖ Si el equipamiento e instrumental médico son los adecuados para la atención de la población HSH y GB.
- ❖ La confidencialidad del personal de salud con respecto a su identidad y diagnóstico del usuario.

Otros puntos a considerar se relacionan con la comprensión de que los hombres gay y otros HSH necesariamente tendrán diferentes necesidades en materia de salud de los de hombres que mantienen sexo exclusivamente con mujeres. Si los profesionales ampliarían los conocimientos sobre esta temática, darían una atención de calidad orientada a la población HSH y GB.

Es fundamental la capacitación del personal para atender las necesidades de salud de las minorías sexuales, logrando de esta manera, estándares de calidad, respeto y dignidad, llegando a integrarse la población HSH y GB.

A continuación se mencionan las áreas fundamentales que requieren atención al reorientar los servicios de salud para que puedan ofrecer servicios integrales para los hombres gay y otros HSH:

- **Ambiente**

Los usuarios HSH y GB desde el momento del ingreso hacia el centro de salud deben sentirse seguros, aceptados y valorados. El ambiente de espera debe contar con la cantidad suficiente de asientos, debe existir material dirigido a esta población como, afiches, folletos, carteles de tal forma que los HSH reconozcan que los servicios han sido diseñados de acuerdo a las necesidades de su población.

Los cuadros deben hacer referencia a la confidencialidad, los derechos del paciente, a la no discriminación contra personas de cualquier tipo de orientación sexual.

- **Consultorios**

Cada consultorio deberá contar con un ambiente confortable, para que no exista esa barrera Médico - Paciente. Cada consultorio estará señalado con el nombre del profesional médico y número del consultorio, brindando una conversación mutua que permita mantener una relación amigable referente a su salud, para posteriormente realizar la exploración física y el examen semiológico correspondiente.

Para el mencionado examen es necesario contar con: Anos - Copio, Tensiómetro, Otopscopio/Oftalmoscopio, Estetoscopio, guantes de látex, materiales indispensables para el examen ano genital, gel lubricante que en lo posible contenga anestésico, para no producir dolor a la colocación del anos copio, y así llegar a realizar una exploración interna satisfactoria. Para tal objetivo se necesitara una buena fuente de iluminación adicional.

**FIGURA 2**  
**Material para población HSH y GB**



FUENTE: Elaboración propia

- **Limpieza**

La limpieza debe constar con todas las normas de bioseguridad, (basureros identificados, cremación de agujas descartables). Deberá existir accesibilidad adecuadas para que el personal de salud y los usuarios que tengan acceso a cuarto de baño higiénico, dotados de todo los implementos necesarios para una buena higiene.

- **Horarios**

Los horarios de atención deben estar visibles para todos los usuarios en cada centro de salud público, para que el usuario pueda programar su cita.

- **Sistema de programación de citas**

Se diseñara un libro donde se pueda programar la hora y día de cita de los usuarios, asignando el tiempo suficiente para cada uno de ellos. La Organización Mundial de Salud recomienda que cada atención médica de usuarios antiguos es de 15 minutos y de nuevos de 30 minutos. Este sistema incluirá un grado de flexibilidad para ajustar la duración del horario de la consulta, acomodar complejidad que puedan surgir durante la misma. Será importante capacitar al personal acerca del manejo de citas para usuarios HSH y GB.

- **Sistema telefónico**

El centro de salud deberá contar con una línea telefónica para la programación de citas y brindar información sobre cualquier consulta que se requiera, ya sea (ITS VIH/SIDA).

- **Personal sensibilizado**

El personal del centro de salud deberá estar sensibilizado en la atención de la población HSH y GB, para este cometido se deberán realizar talleres de capacitación y sensibilización al personal de salud.

Hallar estigma dentro de los centros de salud puede resultar adverso, en especial a la población HSH y GB, ya que puede dificultar su ingreso para su atención medica.

### **3.4 Algoritmos de manejo**

Para el manejo de pacientes HS y GB, se sugiere una evaluación clínica, donde encontraremos las siguientes Pautas:

- ✓ **Cita**

Los usuarios para la atención médica deberán realizar previamente una cita en los centros de salud, ya sea de manera física o vía telefónica, sería óptimo facilitar al centro una línea telefónica gratuita, con el objetivo de brindar su accesibilidad.

## ✓ Llegada y registro

La llegada y registro dependerá de las citas previas que se hayan realizado, sea por medio de la línea gratuita o por su llegada física.

Se les comunicara a los usuarios que deben llegar 15 minutos antes de su hora marcada para su filiación en Kardex por el personal responsable de esa área, que deberán estar informados y sensibilizados en la atención de la población HSH y GB.

El profesional médico realizara la historia clínica de los usuarios, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- I. Identificar el tipo de población al cual pertenece, mediante las preguntas que vaya realizando para su llenado del historial clínico.
- II. Una vez identificado el tipo de población, el profesional médico realizara preguntas concernientes a su opción sexual, y así realizar el examen físico correspondiente.

El profesional médico no debe **estigmatizar** a la población HSH o GB, con diagnóstico presuntivo de ITS/VIH/SIDA, más bien se deberá evitar dicha presunción, y enfocarse en sí al problema por el cual acude el usuario.

## 3.5 Historia Clínica

La historia clínica comprende la anamnesis y el examen físico.

### 3.5.1 Anamnesis

Posterior al motivo de la consulta, explorar opción sexual, padecimientos y síntomas actuales, historia clínica pasada, tipos de cirugías realizadas y medicaciones anteriores recibidas, alergias, antecedentes de viajes, como también la frecuencia de relaciones sexuales, automedicación, uso de preservativos, lubricantes, drogas, alcohol, tabaco y cigarrillo a través de cuestionarios estandarizados. Se documentarán también las vacunas recibidas.

La historia clínica que es utilizada actualmente en los CDVIR departamentales, cuenta con los formatos adecuados para este tipo de población, por lo tanto, son las que se utilizaran para esta guía (Ver anexo 1).

#### 3.5.1.1 Evaluación del riesgo de infección de VIH

La evaluación del riesgo y ofrecimiento de la prueba del VIH es un componente importante para la vida de una persona. Los proveedores de salud deben adoptar, promover y ejemplificar una interacción empática y estricta con los usuarios que acuden a un centro de salud para la toma de prueba rápida.

Se debe ofertar a todas las personas sexualmente activas y aquellos que tienen comportamientos de alto riesgo la realización de la prueba del VIH, por lo menos dos veces por año. Dentro de los comportamientos de alto riesgo se consideran las relaciones sexuales anales, orales con múltiples parejas sin uso del preservativo, además con personas desconocidas y que utilizan drogas.

El médico debe de ofertar las pruebas rápidas de VIH a toda la población vulnerable entre ellos HSH y GB, ya que por relaciones sexuales anales existe mayor riesgo de transmisión de ITS y VIH, esto debido a que el ano no llega a lubricar como la vagina de la mujer, lo cual llega a producir micro lesiones a nivel anal y a nivel del pene.

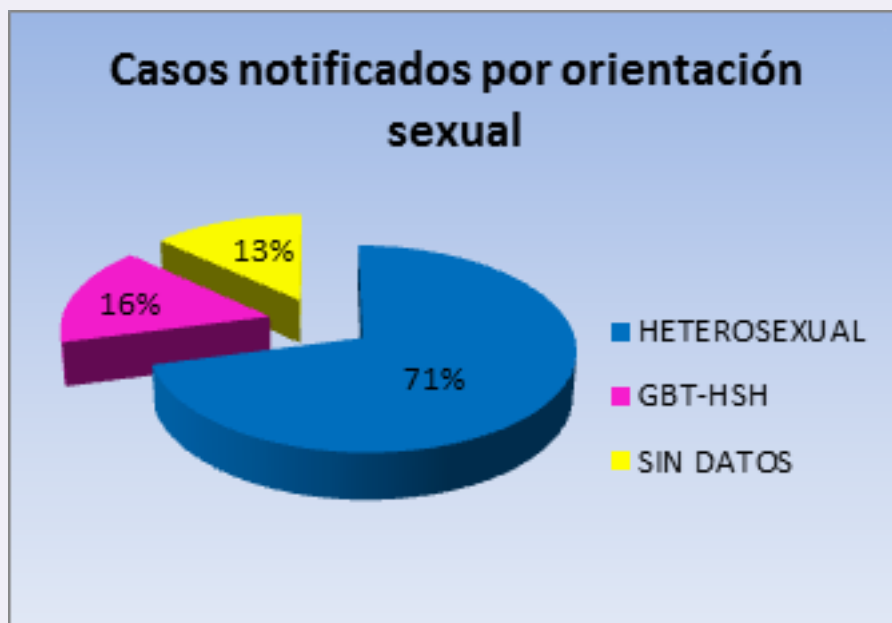
El algoritmo de diagnóstico será el mismo que se utiliza a nivel nacional en la detección del VIH incluida la pre y post consejería como indica la ley 3729.

En Bolivia como en otros países del mundo se evidencia que la epidemia es concentrada en poblaciones vulnerables, como los HSH y GB. Hasta la gestión 2012 se tiene registrado que un 16% pertenecen a esta población como indica el gráfico.

40

## GRÁFICO 2

### Casos notificados por orientación sexual hasta el 2012



FUENTE: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA



### 3.5.1.2 Identidad/orientación/revelación sexual

La auto-aceptación de una identidad gay, bisexual o transgénero a menudo evoluciona gradualmente a lo largo de los años. La orientación/identidad sexual es compleja y multidimensional. No existe un proceso único para revelarse a uno mismo, y revelarse ante otros es un desafío complejo, dinámico y de toda la vida<sup>5</sup>.

Debemos tomar en cuenta que algunos hombres prefieren tomar un solo rol sexual, ya sea de penetrador o de receptor. Otros se sienten cómodos siendo versátiles, tomando uno u otro rol dependiendo de su humor o de las necesidades de su pareja. Como cualquier actividad humana el sexo puede y debe ser creativo y los roles sexuales pueden cambiar varias veces durante el sexo. Un miembro de la pareja puede ser felatio (mamar, chupar al otro) luego penetrarlo y después, antes de alcanzar el orgasmo ser penetrado.

En el marco de la sexualidad, es importante mencionar que tanto heterosexuales como homosexuales tropiezan con problemas de disfunción eréctil y eyaculación precoz, problemas que muy pocos profesionales médicos toman la importancia en este tipo de población.

### 3.5.1.3 Disfunción sexual (DSE) y la eyaculación precoz

Hablar de disfunción sexual es hablar de uno de los problemas más delicados e importantes en hombres por su connotación que se tiene. Es así que en las consultas privadas es uno de los problemas por lo que acuden, sabiendo que a una determinada edad ya sea hombres adultos y/o hombres jóvenes presentarían disminución en la erección y en otros casos eyaculación precoz.

La eyaculación precoz, es la incapacidad de mantener la erección el tiempo suficiente para conseguir la satisfacción mutua. La eyaculación precoz se divide en primaria y secundaria.

La eyaculación precoz primaria, es un comportamiento en que el hombre aprende en el inicio de su vida sexual activa al igual que cualquier comportamiento que se aprende. En esta fase el eyaculador rápido no alcanza la fase de meseta, es decir, pasa de un momento de excitación rápida a la eyaculación involuntaria y temprana.

Eyaculación precoz secundaria, ocurre cuando después de muchos tiempo de eyaculación normal la duración del coito se acorta progresivamente, esta eyaculación se debe a causas físicas que generalmente afectan a las arterias o venas del pene.

Estos problemas de disfunción eréctil o eyaculación precoz en población HSH Y GB puede llevar a problemas psicosociales, como infidelidad, juegos eróticos a través de la introducción de objetos extraños al ano, o la utilización de sustancias que no están

5 *Proyecto para la provisión de atención integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. pág. 35*

de acuerdo a su edad como estimulantes sexuales (sildinafil, tadalafilo, levitra, nitrato de amilo entre otros) para llegar a satisfacer a sus parejas como también el consumo de drogas y alcohol.

#### **3.5.1.4 Uso de sustancias y problemas asociados**

El alcohol es la droga más utilizada por los HSH y GB a la hora de tener relaciones sexuales, muchas veces estas relaciones por el efecto del alcohol llegan a tener riesgos por la no utilización del preservativo. Por lo general, se usa el alcohol para alegrarse, vencer la timidez y “hacerse más asertivos” cuando se sale a reuniones sociales, o simplemente para tener actividad sexual.

Otras drogas como la marihuana, el éxtasis, la cocaína son también utilizadas por los gays para tener sexo, aunque en menor grado. Hay homosexuales que explícitamente las utilizan cuando van a lugares de ambiente cerrado, donde se tiene sexo, como saunas, cines o bares donde existe “el cuarto oscuro”.

42

Uno de los primordiales motivos para consumir drogas en el momento de tener sexo está vinculado con los efectos que éstas producen cuando se utilizan. Gran parte de ellas estimulan los sentidos e intensifican el placer.

La cocaína se utiliza para retardar las relaciones sexuales, aguantar y prolongar bastante tiempo los juegos eróticos, llegando a estimular la imaginación y el morbo.

Sin embargo conociendo que el alcohol y las drogas, puede tener efectos secundario no muy agradables, como una disfunción eréctil, llegando como consecuencia a la utilización de penetración como la mano u otros objetos que pueden lesionar algún vaso sanguíneo del pasivo.

El uso de drogas disminuye el juicio o la conciencia de las normas sociales, y por lo tanto se omite el uso del preservativo al centrar la atención solo en el placer, lejos de la emoción o de las preocupaciones sobre la salud.

Las drogas producen la pérdida de la conciencia, se pierde el control de la situación, corriendo el riesgo de tener sexo no protegido, y por lo tanto puede llevar a producir lesiones ano rectal, y contraer ya sea unas ITS o el VIH/SIDA.

#### **3.5.2 Examen físico**

Según normas establecidas en el examen físico se hará énfasis en la exploración de las ITS y revisión exhaustiva ano-genital.

##### **3.5.2.1 Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Constituye un grupo heterogéneo de patologías, que tienen en común la vía sexual, como principal mecanismo de transmisión<sup>6</sup>.

6 Modelo de Atención en VIH-SIDA/ITS para la Población Clave Afectada, PRONASIDA 2011pag. 6.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) está dado por las complicaciones y secuelas que pueden dejar en las personas que contraen estas infecciones, pudiendo ocasionar en los hombres la infertilidad, la estenosis uretral que son secuelas de la uretritis gonocócica, cáncer ano genital y la muerte prematura. También algunas ITS como el virus del papiloma humano (VPH) están relacionadas con la aparición del cáncer ano genital.

Su impacto se ve maximizado por su potencial de facilitar la diseminación de la infección por el VIH/SIDA.

**TABLA 3**  
**Signos y síntomas de las ITS**

SINDROME	SÍNTOMAS	SIGNOS	ETIOLOGÍA MAS COMUN EN BOLIVIA
Flujo Uretral	Flujo por la uretra Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente	Flujo por la uretra	Gonorrea Clamidia
Úlcera Genital	Herida(s) en región genital	Úlceras(s) genital(es) Lesión (es) vesicular(es)	Sífilis Chancroide (Chancro blando) Herpes genital
Edema de Escroto	Hinchazón y dolor de escroto	Edema del escroto	Gonorrea Clamidia
Bubón Inguinal	Hinchazón y dolor en la región de la ingle.	Ganglios linfáticos inguinales hinchados. Abscesos fluctuantes Úlceras	

**Fuente:** Guía de Manejo Sindrómico de las ITS pág. 14

Las personas infectadas por alguna ITS tienen una probabilidad entre 2 a 5 veces más de contraer el VIH, si están expuestas al virus por contacto sexual, que las personas que no están infectadas. Asimismo, una persona infectada tanto por el VIH como por otra ITS, tiene mayor probabilidad de transmitir el VIH a otras personas a través del contacto sexual que las personas que están solo infectadas por el VIH . Por ej., los hombres que

están infectados por gonorrea y VIH tienen 2 veces más la probabilidad de tener el VIH en sus secreciones genitales que los hombres que solo tienen el VIH. La mediana de la concentración del VIH en el semen es hasta 10 veces más alta en los hombres que están infectados por gonorrea y VIH que en los hombres que están solo infectados por el VIH. Mientras más alta sea la concentración del VIH en el semen o en las secreciones genitales, mayor será la probabilidad de transmitir el VIH a una pareja sexual.

Las infecciones de transmisión sexual se dividen en ulcerantes y secretantes, las cuales se describen a continuación

### 3.5.2.1.1 Ulcerantes:

#### ❖ Sífilis

Es una infección exclusiva de transmisión sexual producida por el *treponema pallidum* se transmite particularmente en la primera y segunda fase lo cual es indispensable encontrar una solución de continuidad y localizándose en ganglio regional para luego ser diseminada por vía hematogena.

**FIGURA 3**  
**Sífilis en región peneana**



FUENTE: Elaboración propia

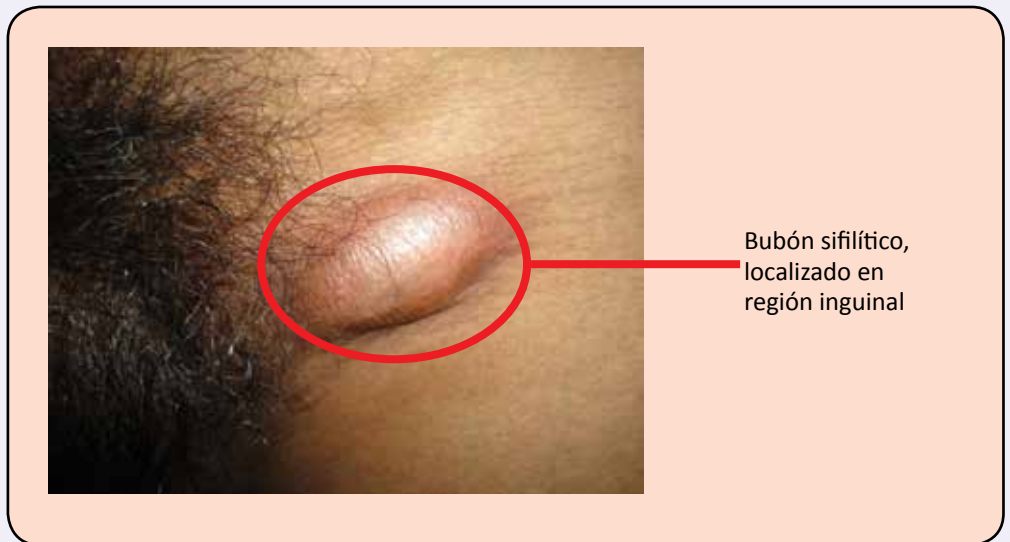
Se dividen en:

### ❖ **Sífilis primaria**

Es la fase de invasión y diseminación del *T. PALLIDUM*. Se manifiesta de 15 a 30 días en esta fase lo más característico es la presencia de úlceras indoloras de fondo limpio con bordes levantados además de hipertrofia de ganglios linfáticos de consistencia gomosa indolora.

Generalmente se localiza en el glande, surco balano prepucial y escroto.

**FIGURA 4**  
**Sífilis primaria**



**FUENTE:** Elaboración propia

### ❖ **Sífilis secundaria**

Aparecen entre 20 a 30 días, de la última relación sexual sin uso del preservativo, o que no hayan recibido tratamiento médico en la primera fase.

En la segunda fase secundaria, el primer signo es una erupción no pruriginosa en todo el cuerpo (roséola sifilítica) en forma selectiva en las palmas de las manos y las plantas de los pies, además de presencia de cefaleas, dolor de garganta, dolor articular y por último alzas térmicas.

Durante la etapa primaria y secundaria el individuo es infecto contagioso, por lo que se debe tener protección, como guantes de látex para su revisión médica.

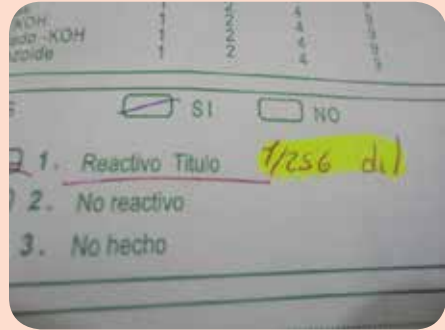
FIGURA 5

Sífilis secundaria



Úlcera sífilítica

Sífilis secundaria



Resultado laboratorial de sífilis secundaria



Roséola sífilítica en el rostro



Roséola sífilítica en la mano

FUENTE: Elaboración propia

❖ Sífilis terciaria

Se define como, infección sintomática y se manifiesta de 2 a 3 años, con lesiones ya a nivel cardiaco y/o cerebral. A diferencia de las anteriores en esta fase no es transmisible a otras personas.

La fase terciaria de la sífilis comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona continúa con la infección, aunque no tenga ni signos ni síntomas. Se caracteriza por la cero reactividad, es decir pruebas de laboratorio no treponémicas (VDRL y RPR) reactivas y pruebas treponémicas positivas (prueba rápida para sífilis, TPPA, MHATP). La sífilis latente se clasifica en temprana durante los primeros 12 meses de iniciada la infección y la tardía después del año hasta el 2do año de infección. Los títulos de las pruebas no treponémicas son más elevadas en la sífilis latente temprana que en la tardía. A toda persona con sífilis se le debe realizar pruebas de laboratorio para VIH.

### ❖ Chancroide

Es una ITS que tiene como agente causal a un bacilo gran negativo Haemophilus Duxryi (H.D.). Son úlceras dolorosas que se manifiestan 2 a 5 días después de haber tenido una relación sexual con una persona infectada.

Los síntomas más comunes son la presencia de una o más heridas con pus, en esta fase la úlcera solo desaparece con tratamiento médico. A las dos semanas en región inguinal la úlcera sea unilateral o bilateral, se agranda a manera de bolas o secas (ganglios linfáticos), de características indoloras a la digitoprecion.

### ❖ Herpes genital

El virus del Herpes Simple (VHS) es el causante del Herpes Genital.

Es una infección que aparece de 2 a 10 días después de haber tenido una relación sexual con una persona infectada.

Presenta picazón en la zona afectada, (prepucio, cuerpo o glande del pene), se caracteriza con dolor y ardor antes de que aparezcan pequeñas ampollas en región ano- genital.

Estas ampollitas muchas veces se rompen con facilidad provocando ulceración poco profundas y dolorosas, o pequeñas llagas que después de 7 o 10 días pueden desaparecer por si solas sin dejar algunas veces cicatriz.

**FIGURA 6**  
**Chancroide**



Úlcera Chancroide

FUENTE: Elaboración propia

## FIGURA 7 Herpes genital



Herpes Genital



Herpes Genital mas úlcera  
post herpética



Herpes Anal

FUENTE: Elaboración propia



### 3.5.2.1.2 Secretante:

#### ▪ **Gonorrea**

Infección causada por la bacteria (*N. Gonorrhoeae*), la cual tiene un periodo de incubación de 2 a 7 días, esta infección se da netamente por vía sexual con personas que presentan secreciones infectadas.

Entre los síntomas más frecuentes tenemos:

- Disuria (dolor al orinar)
- Secreción uretral purulenta

Esta infección si no recibe tratamiento puede causar estrechamiento uretral o absceso uretral e infertilidad debido a la oclusión bilateral del epidídimo, y produciendo daño definitivo de región testicular.

**FIGURA 8**  
**Gonorrea**



#### ▪ **Chlamydia Trachomatis**

Es una bacteria de infección intracelular obligada, la cual es responsable de un número de ITS como: Uretritis no gonocócicas (UNG) y Linfogranuloma Venéreo (LGV).

La Chlamydia generalmente causa los mismos síntomas de la gonorrea, tienen un periodo incubación de 5 a 10 días y se trasmite por medio de contacto sexual, con presencia del exudado uretral de personas infectadas o portadores.

Entre los síntomas más comunes tenemos: la disuria, escozor, y secreción uretral blanquecina la cual se puede demostrar solo ordeñando el pene antes de eliminar la primera orina.

En cambio la uretritis no gonocócica (UNG) causa generalmente Disuria (dolor al orinar) y una secreción uretral menos profusa que la gonorrea.

En relación al linfogranuloma venéreo (LGV), Es una infección que solo afecta sobre todo al sistema linfático de personas infectadas, por lo general durante la relación sexual.

50 El modo de transmisión es mediante el contacto directo con lesiones abiertas, y tiene un período de incubación de 3-30 días.

### FIGURA 9 Clamidia



Secreción uretral  
Clamidia

Mencionar que también existen otras patologías por transmisión sexual como:

- **Condilomas Acuminado**

Son causados por el *Papiloma virus* humano (VPH) el cual es una de las ITS más comúnmente transmitidas a nivel mundial, por lo tanto de alta prevalencia y demostradas

asociación de cánceres epiteliales, ano-genital, dicha prevalencia varía según el sexo, factores de riesgo y por último la región.

En Octubre la FDA del año 2009 licencio la vacuna cuatrivalente contra el papiloma virus (PV) para ser administrada en personas de sexo masculino entre la edad de 9 a 26 años de edad, con el objetivo de prevenir lesiones ano-genitales.

El HPV está más relacionado con presencia de lesiones ano-genital externas, y de preferencia en hombres que tiene sexo con hombres ( HSH GB) concernientes a edades de 16-26 años de edad, presentado sepas (HPV 6, 11, 16, 18), con una prevalencia en hombres en edad de 25-29 años de lesiones pre malignas y malignas en este grupo de población.

Las verrugas ano-genitales es altamente frecuente, por ejemplo en EEUU, se estima 1 millón de casos nuevos por año, con una presentación de las primeras lesiones del HPV alrededor del 1-al 3 mes de la infección.

Existe papilomatosis respiratoria recurrente, la cual es poco frecuente, se presenta lesiones tipo verrugosas en región del tracto respiratorio superior (frecuentemente en laringe), que puede determinar la obstrucción de la vía aérea, y llegar a lesionar las cuerdas vocales.

El cáncer (CA) anal demuestra una prevalencia, llegando a triplicarse en los últimos 30 años, siendo vinculado al HPV más frecuentemente, y diagnosticado en el sexo masculino, en un 85% del cánceres anal .Los factores de riesgo para la adquisición del cáncer anal lo identificados son historia por múltiples presencia de verrugas ano-genital, además de tener múltiples parejas sexuales.

Se puede mencionar que existe factores de PROTECCION, como la Circuncisión y la utilización del uso de Preservativos, factores que se deben tomar en cuenta para la proliferación del HPV y así disminuir la incidencia del cáncer (CA) de Pene, ya que representa un 0.5 % de la población a nivel mundial.

Su localización y las primeras lesiones que se presentan las Verrugas ano-genitales, se desarrollan sobre zonas húmedas (región peri anal, prepucio y meato urinario), llegando a formar grandes masas de superficie irregular dando una forma de Coliflor, el cual es Indoloro, Pero si sangrante al Acto Sexual o a la manipulación

Son causados por el *Papiloma virus* humano (VPH) del que existen diferentes tipos. El contagio de esta infección es directamente por vía sexual y la aparición oscila entre uno y veinte meses.

La primera lesión forma verrugas que se desarrollan sobre zonas húmedas (región perianal, vulva, prepucio, etc.) y que pueden formar grandes masas de superficie irregular en forma de coliflor.

**FIGURA 10**  
**Condilomas**



Condiloma genital



Condiloma anal



aérea superior



Condiloma en región uretral

**FUENTE:** Elaboración propia    ■ **Molusco**

El molusco contagioso es causado por un virus miembro de la familia de los Poxvirus.

La infección se puede adquirir de muchas maneras diferentes, como la utilización del uso de toallas infectadas por el virus, compartir ropa íntima contaminada, como también por contacto sexual.

Las primeras lesiones se presentan en región ano genital que se pueden tomar erróneamente como herpes o verrugas pero, a diferencia del herpes, dichas lesiones son indoloras y de características brillantes. A la digito presión se obtiene una perla blanca de consistencia firme.

Los adultos usualmente la adquieren por contacto sexual, o rose corporal. Su ubicación generalmente es a nivel de la parte baja del pubis, genitales externos, y parte interna del Muslos.

Las personas con VIH con CD4 bajas, a menudo adquieren estas lesiones considerada como una infección oportunistas.

**FIGURA 11**  
**Moluscos**



**FUENTE:** Elaboración propia

- **Candidiasis**

Por lo general es dada por un hongo llamado *Cándida Albicans*, éstas levaduras que en si son hongos, y pueden presentarse en personas que padecen Diabetes mellitus Tipo II, y en individuos con tratamientos médicos prolongados.

Su manifestación se presenta de 2 a 5 días después de la relación sexual. Se transmite por contacto sexual ya sea este por vía vaginal, pene y boca por lo general.

**FIGURA 12**  
**Candidiasis**



54

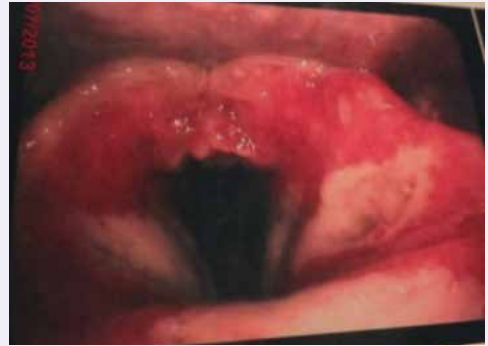
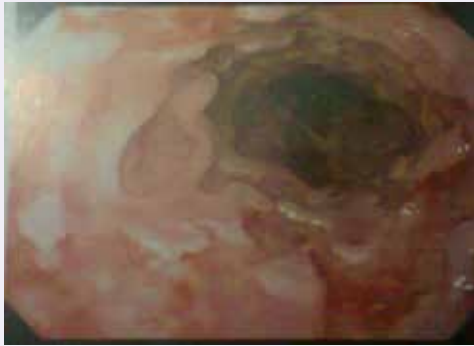
**FUENTE:** Elaboración propia

Presenta la siguiente sintomatología:

- Enrojecimiento del prepucio o del glande y pene
- Tipos de erupciones en el glande
- Secreción de color grisáceo y con olor fétido
- Dolor a nivel del prepucio y pene (Ver figura 10)

**FIGURA 13**  
**Candidiasis Orofaringea**





FUENTE: Elaboración propia

### 3.5.2.2 SALUD ANO – RECTAL

55

El personal médico que realiza atención a población HSH y GB que asisten a los centros de salud, tiene que persuadir o negociar a que se realicen al examen ano rectal debido a su importancia que se tiene en este tipo de población.

Dicho examen debe ser considerado pilar fundamental para encontrar patologías frecuentes y/o algunas ITS, las cuales pueden recibir tratamiento médico oportuno y así poder evitar intervenciones quirúrgicas.

Debido a la naturaleza del examen ano rectal, suele ser poco aceptable por el usuario por lo que se debe preparar tanto emocional como psicológicamente, concientizado de esta manera para llegar a la realización de este examen. Tomando en cuenta que el área ano rectal es considerada como un órgano sexual complaciente por un indeterminado número de HSH y GB.

La región ano-rectal consiste en un pequeño espacio anatómico importante y altamente sensible. Esta pequeña área genera muchas complicaciones, sabiendo que este tipo de población acude por presentar problemas digestivos, o por lesiones múltiples ya sea por desgarros, hemorroides en su diferentes facetas, plicomas o por presentar algunas ITS.

El profesional médico antes de una revisión ano rectal, deberá preguntar al usuario acerca:

- Uso constante de condón
- Uso de duchas rectales o enemas (de venta libre o caseras).
- Uso constante de lubricantes en base a agua en el sexo anal.
- Uso de objetos extraños y otras prácticas de inserción (ej., Consoladores, puño).

- Problemas previos de salud ano - rectal.
- Uso de drogas y otras sustancias durante el sexo anal.

Esto nos ayudara a la realización de un examen semiológico, clínico para así llegar a un diagnostico anatomo patológico en este tipo de población.

### 3.5.2.3 Técnicas de Exploración

Existen diferentes tipos de posiciones para un examen ano – rectal, estas posiciones comprometen la intimidad y el pudor del paciente, pero son necesarias para la exploración física, por lo que debe existir una buena relación de confianza entre médico y paciente.

La mayoría de las posiciones el paciente debe tener colaboración por el área médica y personal auxiliar de enfermería, y así obtendremos la técnicas exploratorias satisfactoria.

56

El médico examinador debe contar con los siguiente instrumentos :

- ✓ Guantes de látex
- ✓ Vaselina líquida para lubricar el dedo índice (porque es el dedo de mejor exploración de las áreas anatómicas internas )
- ✓ Crema de glicerina
- ✓ Gel anestésico
- ✓ Anos copio (Instrumento para examinar los cuatro cuadrantes )

Fuente de luz Analógica, con buena iluminación, además centrada para la región exploratoria.

Dentro de las técnicas de exploración y las más recomendadas y de mejor examen ano rectal exploratorio mencionar las siguientes:

- ❖ **Decúbito lateral izquierdo prono** (posición de Sims). Es la posición ideal para el estudio de la piel perianal y región pilonidal, y para palpación del conducto anal y parte baja del recto. También se aconseja para proctosigmoscopia y anos copia.

**FIGURA 14**  
**Decúbito lateral prono**







**FIGURA 15**  
**Litotomía**

❖ **Litotomía.** Suele emplearse para el examen físico sistemático. Se considera la mejor para palpar la parte alta del recto, el fondo de saco de Douglas, la pelvis, la próstata y las vesículas seminales.

**FIGURA 16**  
**Genupectoral**

❖ **Genupectoral.** Es de elección para proctosigmoscopia, que puede efectuarse muy profunda sin insuflación de aire.



### 3.5.2.4 Inspección

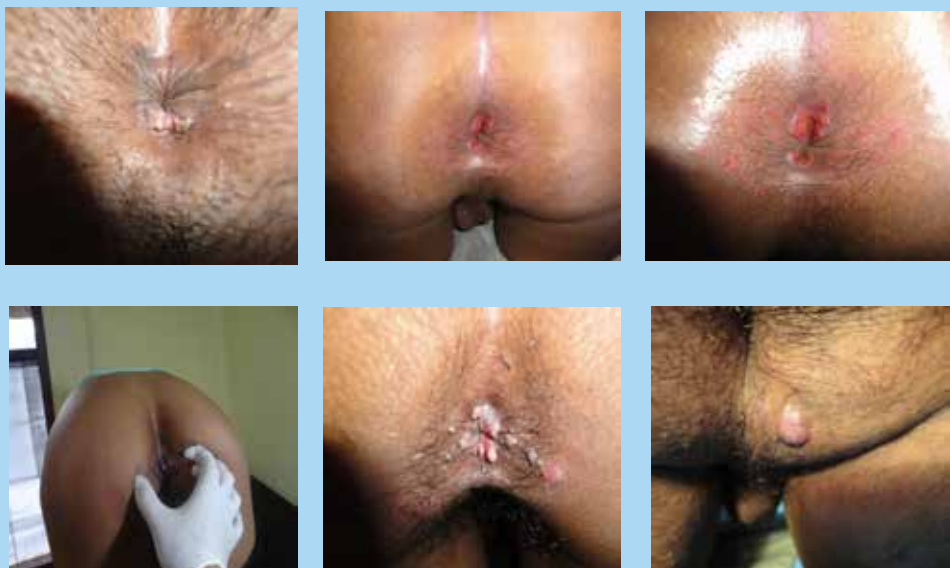
Una vez colocado el paciente en la mencionada posición para su mejor exploración (dependiendo de la patología que presentase), lo primero que debemos realizar antes de cualquier manipulación, vendría a ser la **inspección**, que consiste en visualizar:

- ✓ Fisuras
- ✓ Ulceraciones
- ✓ Orificios de fístulas
- ✓ Hemorroides externas ( Trombosadas o no)
- ✓ Infecciones sexuales ano rectales (presencia de verrugas y/o algunas ITS)
- ✓ Abscesos
- ✓ Tumoraciones anales y peri anales
- ✓ Hemorroides prolapsadas

- ✓ Objetos extraños en el ano o recto
- ✓ Incontinencia ano – rectal

Para una buena inspección se le indicara al paciente que realice algún tipo de esfuerzo, como toser, pujar, y para así llegar a observar algunas patologías internas, las cuales nos podrá ayudara al diagnostico preciso y así realizar su tratamiento respectivo.

**FIGURA 17**  
**Inspección anal**



FUENTE: Elaboración propia

### 3.5.2.5 Fisura anal

Es un desgarro de la mucosa del ano, que generalmente causa dolor intenso al defecar, con sangrado y ardor, la mayoría de las fisuras anales ocurren en la línea media posterior del ano, de forma longitudinal y se clasifica en forma aguda y crónica.

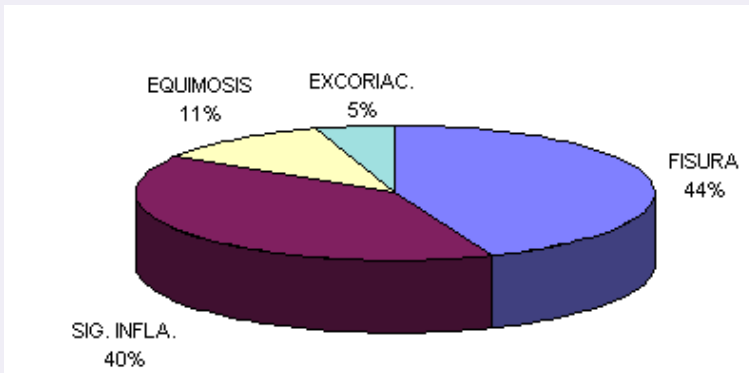
**FIGURA 18**  
**Fisura anal**



La primera es en forma de grieta de bordes planos y fondo rojizo y la crónica en forma de úlcera elíptica con bordes elevados.

Cuando estudiamos las lesiones anales propiamente dichas (fisuras, equimosis, excoriaciones y signos inflamatorios) encontramos una incidencia mayor en fisuras anales, las cuales constituyen el 44% de las lesiones como nos muestra el gráfico.

**GRÁFICO N. 3**  
**LESIONES ANALES EN HOMBRES**



**FUENTE:** Elaboración propia, en base a estudio de consulta privada

### 3.5.2.6 Ulceras anales.

Constituyen un hallazgo frecuente que representan un 10 a 15 % de la patología anal. Mas de la mitad de los casos se deben a Herpes simples (HSV). El raspado para examen citológico o la biopsia cutánea de la porción externa de las lesiones o la biopsia endoscópica intrarrectal permitirán el diagnostico. En segundo lugar se pueden encontrar ulceras asociadas a citomegalovirus (SMV), tuberculosis (TBC), y sífilis entre las más frecuentes, y de menor medida encontraremos ulceras producidas por el linfogranulomas venéreo (LGB).

**FIGURA 19**  
**Ulceras ano rectal**



**FUENTE:** Elaboración propia

### 3.5.2.7 Orificios de fístulas

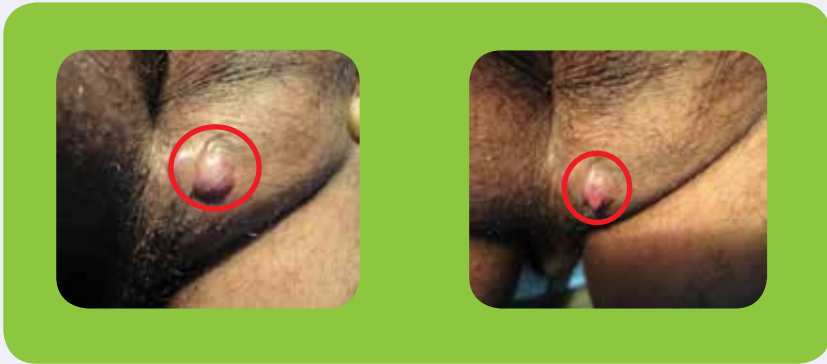
El ano es la apertura externa a través de la cual se expulsan las heces del cuerpo. Justo dentro del ano existe una cantidad de pequeñas glándulas.

Dichas glándulas puede formar un absceso la cual es una cavidad infectada, tratado normalmente mediante un drenaje quirúrgico, aunque algunos drenan espontáneamente.

Alrededor del 50% de los abscesos estos pueden llegar a convertirse en fístulas, que consiste en una conexión por medio de un pequeño túnel, que conecta a la glándula infectada dentro del ano, observándose una apertura en la piel alrededor del ano.

Uno de los síntomas importantes de las fistula anal vendría a ser el dolor e hinchazón alrededor del ano, además de dolor a la defecación, secreción mucopurulenta, fiebre y presentando un malestar general.

**FIGURA 20**  
**Orificios de fístulas**



### **3.5.2.8 Hemorroides**

Son lesiones producidas en las venas que se desarrollan en la zona peri anal, presentándose un color lila alrededor del ano y/o en su interior, esto se produce cuando la sangre presiona demasiado las paredes de las venas del recto, haciendo que se dilaten o incluso que se rompan, este aumento de presión puede deberse a varios factores:

Constipación, esfuerzos defecatorios, periodos prolongados en pedestación, periodos prolongados sentados en butacas, ingesta de alimentos irritantes o muy condimentados.

Otras de las causas que puede producir hemorroides son las relaciones sexuales anales frecuentes sin la utilización de lubricantes, ya que la penetración con o sin preservativo llega a lesionar la mucosa interna del ano produciendo múltiples fisuras internas de la mucosa anal y así llegar a la presencia de las hemorroides.

#### **3.5.2.8.1 Hemorroides externas**

Este tipo de hemorroides se presenta fuera del orificio anal en algunos casos se presenta demasiado grande que puede llegar a colgarse fuera del ano, y producir sangrado fácilmente-

**FIGURA 21**  
**Hemorroides externas**



**FUENTE:** Elaboración propia

### 3.5.2.8.2 Hemorroides internas

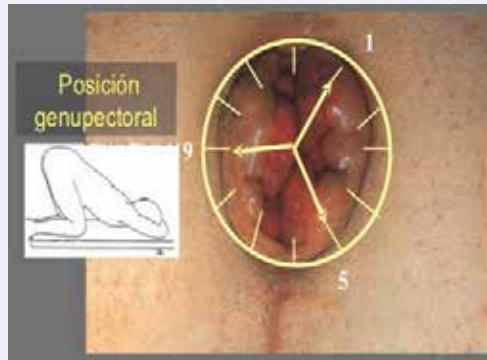
Pliegue de la membrana mucosa en la unión ano rectal, causado por edema y dilatación de la vena rectal inferior.

Los síntomas más frecuentes de las hemorroides son la hemorragia que se presenta en un 80% el sangrado anal con características de estrías, heces o gotas post defecación, cuya evidencia se observa en el papel higiénico.

Otro de los síntomas es el prolapso que se presenta en uno de los cuatro cuadrantes o a nivel circunferencial y por último el dolor que es infrecuente, y que aparece en casos de trombosis, a veces esta trombosis está relacionada a una fisura anal o a un espasmo esfinteriano, además se puede observar la presencia de un líquido pegajoso y gomoso (como moco), humedeciendo la zona anal, que puede confundir al usuario con algunas ITS.

Como prevención se debe tratar de evitar el estreñimiento, consumiendo alimentos a base de Fibras. Es aconsejable suprimir de la dieta alimentaria, todo alimento irritante y picante, como también el consumo de bebidas alcohólicas.

**FIGURA 22**  
**Hemorroides interna**



FUENTE: Elaboración propia

**TABLA 4**  
**Clasificación Hemorroides**

GRADO	CARACTERÍSTICAS
GRADO I	Hemorroides sobresalen sobre la luz del canal anal, no prolapsan, pueden producir sangrado
GRADO II	Hemorroides con sangrado que se proyectan hacia fuera durante una evacuación pero se reducen espontáneamente.
GRADO III	Hemorroides con sangrado, que protruyen espontáneamente en la evacuación y requieren reducción manual.
GRADO IV	Hemorroides con sangrado, que se prolapsan permanentemente y son irreductibles manualmente

FUENTE: Elaboración propia

### 3.5.2.9 Infección sexual ano rectal

Son más frecuentes en hombres que tienen sexo con hombres, con síntomas que no difieren de los observados en la población general.

La proctitis es un proceso inflamatorio propio del recto que afecta fundamentalmente a la mucosa causando dolor, sangrado y, ocasionalmente, una secreción de moco o pus, asociada a la secreción anal mucopurulenta que puede deberse a *Neisseria gonorrhoeae*.

Puede causar un prurito anal y proctorragia, basándose el diagnóstico en un examen directo (tinción gran) y un cultivo de una muestra de hisopado rectal.

La criptitis es una papila hipertrófica dentro del ano existiendo líneas de papila formadas entre 10 y 15 pequeñas bolsas que se abren por el canal anal. Cuando una de estas bolsas se inflama es lo que se denomina como criptitis o papila hipertrófica. Esta infección puede ser provocada por heces que se queden en estas papilas lo que pueden ir incrementando su tamaño en ocasiones sin provocar ningún síntoma pero puede ocurrir dolor entre 20 a 30 minutos post defecatorio.

### 3.5.2.10 Abscesos

Es un proceso inespecífico de las glándulas anales que evolucionan hacia la formación de una colección purulenta, que se puede extender hacia los diferentes espacios perianales y drenarse en forma espontánea o quirúrgica, pudiendo dar origen a la formación de una fístula peri anal.

**FIGURA 23**  
**Absceso**



**FUENTE:** Elaboración propia



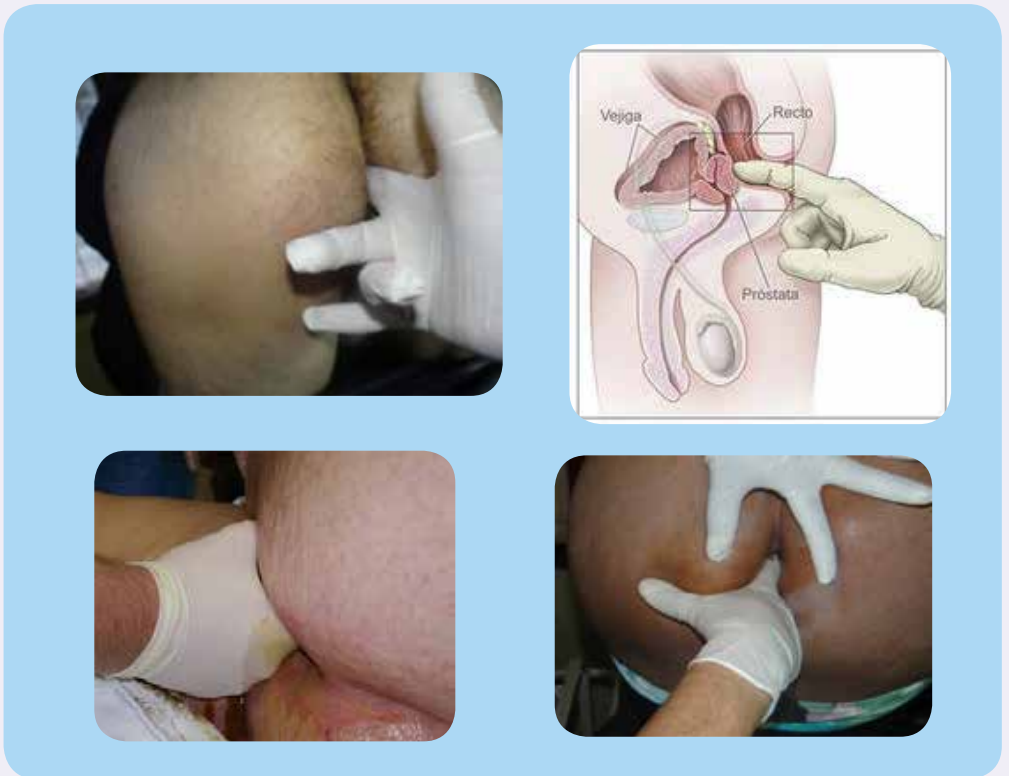
### 3.5.2.11 Tumoraciones anales y peri anales

Las tumoraciones anales pueden adoptar diferentes aspectos y asentar sobre lesiones previas como fístulas perianales o úlceras crónicas. Dentro de los más frecuentes es el linfoma No Hodgkin (LNH) el carcinoma epidermoide anal considerado uno de los tumores característicos del SIDA, el cual se ha incrementado en relación a su incidencia en los últimos años a pesar de recibir tratamientos antirretroviral.

### 3.5.2.12 Palpación

Consiste en la realización del tacto rectal, la cual es una exploración médica de mucha importancia para el diagnóstico o para la detección precoz de algunas patologías de la región pélvica, dicha exploración consiste en examinar las estructuras anatómicas que forman el aparato genitourinario y digestivo inferior.

**FIGURA 24**  
**Palpación**



**FUENTE:** Elaboración propia

Tras el examen y tratamiento ano - rectal de enfermedades o afecciones identificadas, los HSH deberán ser orientados acerca de la importancia de la lubricación, limpieza y el uso de condones para disminuir las posibilidades de desgarros y minimizar el riesgo de transmitir enfermedades durante el sexo anal. Deben ser informados de que como el ano no produce lubricación, y la piel y el tejido anal tienen tendencia a desgarrarse cuando están secos, la lubricación previa a la penetración es fundamental. El lubricante debe ser en base a agua o “compatible con condones de látex” y no con base de aceite porque dichos lubricantes destruyen los condones de látex, y deben evitarse los lubricantes que contienen espermicida nonoxonil-9.

### 3.5.2.13 Plicoma

Llamado también papila o hemorroide centinela, es una formación presente generalmente en región anal que acompaña a una patología llamada Fisura anal.

66 El plicoma representa una hipertrofia del pliegue perianal normal, en respuesta a un proceso inflamatorio crónico, por lo que no corresponde a una hemorroide verdadera. Generalmente resulta de una ingurgitación perianal provocada por una trombosis de una hemorroide externa.

La presencia de dolor, sangrado o prurito peri anal, siempre lleva a la búsqueda de una causa específica como (hemorroides, prurito crónico, fisura, fístula, etc.) y su tratamiento lleva a la resolución del proceso en la mayoría de los casos. Caso contrario se tendrá que llegar a la extirpación quirúrgica del plicoma.

El tratamiento conservador se basa mayormente en:

- ✓ dietas,
- ✓ analgésicos
- ✓ laxantes
- ✓ cuidados locales.

**FIGURA 25**  
**Plicoma**

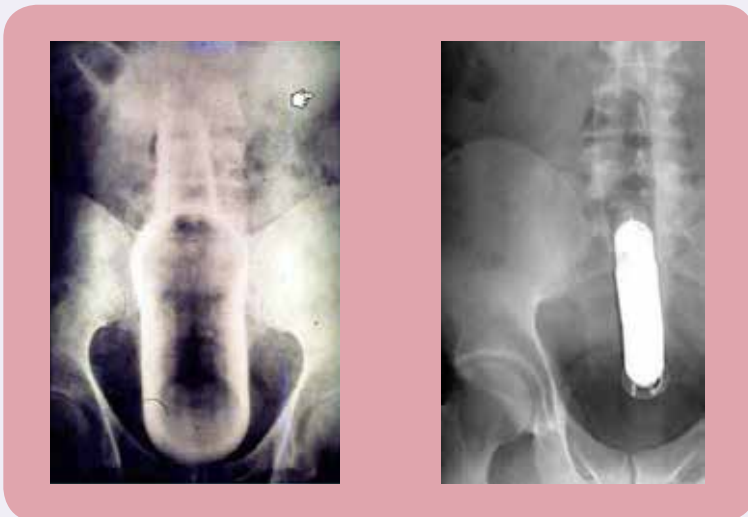


**FUENTE:** Elaboración propia

### 3.5.2.14 Objetos extraños en el ano o recto

Se pueden introducir intencionalmente en relación a juegos sexuales o a conductas osadas. Después de la extracción realizar una sigmoidoscopia para evaluar trauma o perforación.

**FIGURA 26**  
**Objetos extraños en región anal**



**FUENTE:** Elaboración propia

## 3.6 Manejo psico-social

Dentro del manejo integral el personal clínico deberá referir a Psicología o Trabajo Social, para su evaluación correspondiente en las áreas correspondientes.

### 3.6.1 Salud Mental y Emocional

La homofobia, estigma, discriminación, baja autoestima, soledad, la exclusión y el aislamiento social en su curso de vida, puede desarrollar síntomas de trastorno mental, lo cual puede conducir al suicidio y/o a la muerte.

Es por esta razón, que los servicios de salud deben ofrecer detección, diagnósticos y terapias de salud conductual las cuales sean accesibles y eficaces.

La depresión, ansiedad, disturbios del sueño, el acoso escolar, trastornos de ajuste, trastornos bipolares, y trastornos de estrés post-traumático (TEPT) son problemas de salud conductual comunes que afectan a las poblaciones de HSH, especialmente a aquéllos que viven con VIH/SIDA.













Entre los HSH VIH positivos, la presencia de síntomas o trastornos de enfermedad mental pueden exacerbar el estrés relacionado con VIH, disminuyendo el acceso a una atención de calidad, como también reducir la adherencia al tratamiento.<sup>7</sup>

El usuario HSH y GB notificados con VIH/SIDA, llega a sufrir discriminación del entorno familiar e inclusive de su misma población, haciendo que estas personas nieguen su estado serológico, viviendo en un estado mental y emocional negativo, llegando a retardar su presencia en los centros de salud.

---

<sup>7</sup> *Proyecto para la provisión de atención integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe.* Washington DC: OPS pag. 37

## BIBLIOGRAFIA

-  Recommendations for a public health approach (2011): *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with a men and transgender people*. Geneva, Switzerland. Who document production services.
-  Constitución Política del Estado Plurinacional. Bolivia
-  Ley 045 (2010): *Ley contra el racismo y toda forma de discriminación*. Bolivia
-  Ley 3729 (2007): *Ley para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA*. Bolivia
-  Arlen Centeno, Augusto Blandon, Carlos Toruño (2011): *Diversidad a todo color*. Nicaragua. Consorcio Boliviano Cuerpo y Ciudadanía.
-  Orlando Montoya Herrera (2008): *Guía de Orientación Básica para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud*. Quito, Ecuador.
-  Organización Panamericana de la Salud (2010): *Proyecto para la provisión de atención integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS
-  Elena Hardaiz Landaez, Daniel Marquez Santander (2011): *Manual Educativo para la diversidad*. Caracas, Venezuela. Fundación Reflejos.
-  Gerardo Mejia Nuñez, Damian Rosales Manjarrez (2012): *Guía para la Acción Pública, Diversidad-Respeto-Igualdad Sexual Contra la Homofobia*. México D.F.
-  Ministerio de Salud Pública (2011): *Guía en Salud Sexual y Reproductiva – Diversidad Sexual*. Uruguay
-  Mario Ríos Barrientos (2009): *Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, TRANS y TS) frente a las ITS y VIH*. Lima – Perú.
-  Organización Panamericana de la Salud (2009). Documento “Expertos requieren mejores servicios de salud para los hombres que tienen sexo con hombres”, [www.new.paho.org/hq/index2.php?option=comi](http://www.new.paho.org/hq/index2.php?option=comi)



# ANEXOS







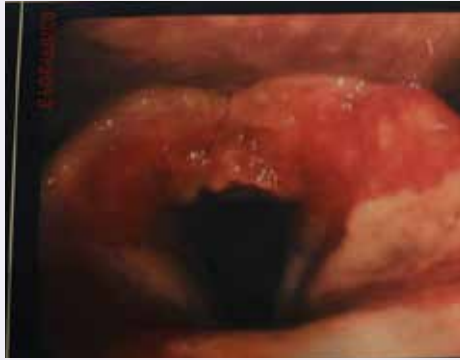
## ANEXO 1

Secretantes:



## ANEXO 2

### Ulcerantes:





## ANEXO 3

### Verrugas Ano Genitales



## ANEXO 4 Manejo Sintromico de las ITS

<b>ÚLCERA GENITAL</b>	<b>Úlcera Genital confirmada</b>	<b>Penicilina benzatinica:</b> 24000 UI vía intramuscular, dosis única;
		<b>mas</b>
	<b>Úlcera Genital confirmada</b>	<b>Azitromicina:</b> 1 gr vía oral, dosis única
	<b>Lesión (es) vesicular (es) confirmada(s)</b>	<b>Aciclovir,</b> 400 mg por vía oral, 3 veces al día por 5 días
	<b>Tratar como herpes genital:</b>	Además, tratar los síntomas (fiebre, dolor, etc.) con analgésicos.
<b>FLUJO URETRAL</b>	<b>Flujo uretral confirmado</b>	<b>Ciprofloxacina</b> 500 mg vía oral, dosis única; mas
	<b>Tratar como gonorrea y clamidia</b>	<b>Azitromicina</b> 1g vía oral, dosis única.




## ANEXO 5


### Creación de Dildos



# ANEXO 6



**ANEXO - 1**  
**PROGRAMA ITS/VIH/SIDA**  
**HISTORIA CLÍNICA DE ITS - VARONES**  
**ANTECEDENTES**



No. Historia Clínica:  Fecha:

<p><b>1 ANTECEDENTES GENERALES</b></p> <p>Nombre e código: <input type="text"/></p> <p>Fecha Nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Edad: <input type="text"/></p> <p>Lugar: <input type="checkbox"/> Bolivia (Departamento: <input type="text"/>)  <input type="checkbox"/> Otro (País: <input type="text"/>)</p> <p>Residencia actual: <input type="text"/></p> <p>En los últimos 10 años ¿vivió al exterior? <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO          Si responde SI, indicar país: <input type="text"/>          Año: <input type="text"/></p> <p>Profesión / Ocupación: <input type="text"/></p> <p>Es trabajador sexual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Desde hace cuánto tiempo? <input type="text"/></p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado  <input type="checkbox"/> Soltero  <input type="checkbox"/> Divorciado  <input type="checkbox"/> Viudo  <input type="checkbox"/> Concubino</p> <p>Contrae con alguien actualmente? <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO</p>	<p><b>3 ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES</b></p> <p>Ha recibido transfusión de sangre?  <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO</p> <p>Nro. de veces: <input type="text"/>          Última vez (mes/año): <input type="text"/> <input type="text"/></p>																								
<p><b>4 ANTECEDENTES DE HABITOS DE CONSUMO DE DROGAS</b></p> <p>En el último mes, consumió bebidas alcohólicas?  <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO</p> <p>Alguna vez ha utilizado drogas, por ejemplo cocaína, heroína, marihuana?  <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO → Pasar a la 8</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">Frec. Inicial</th> <th style="width: 20%;">Actual</th> <th style="width: 30%;">Uso en el último mes</th> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cocaína</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heroína</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marihuana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Frec. Inicial	Actual	Uso en el último mes		1	2	1	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frec. Inicial	Actual	Uso en el último mes																						
	1	2	1																						
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p><b>5 NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 3. Secundaria  <input type="checkbox"/> 2. Primaria <input type="checkbox"/> 4. Superior</p> <p>Años de Estudio: <input type="text"/></p>	<p><b>6 ANTECEDENTES DE ITS</b></p> <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. SI</th> <th>2. NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sífilis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Herpes o caracha</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Gonorrea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Otra ITS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Cual: <input type="text"/></p>		1. SI	2. NO	1. Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Herpes o caracha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Otra ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	1. SI	2. NO																							
1. Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2. Herpes o caracha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
3. Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
4. Otra ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							



ANEXO 1 - A  
PROGRAMA ITS/VIH/SIDA  
HISTORIA CLINICA DE ITS - VARONES  
PARTE A



Nº. Historia Clínica:  Tipo de Población:  Fecha:

Lugar de trabajo actual:

Motivo(s) de consulta:

1. Control  
 2. Molestias (síntomas)  
 3. Otras:

**6 ANTECEDENTES SEXUALES**

En los últimos 3 meses tuvo relaciones?  
 1. SI  2. NO

Si la respuesta es SI

Vaginales insertivo  Anales receptivo  
 Anales insertivo  Orales

Tiene Pareja ESTABLE?  
 1. SI  2. NO

Ha tenido algún síntoma o signo de ITS su pareja?  
 1. SI  2. NO

Si la respuesta es SI cuáles?  
 Flujo Uretral  Ulcera genital  Otro:

Ha tenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos tres meses?  
 1. SI  2. NO

Ha tenido relaciones sexuales con una pareja nueva en los últimos tres meses?  
 1. SI  2. NO

**USO DE CONDOM**

En las relaciones sexuales con esta pareja ha utilizado condón?  
 1. Nunca  
 2. A veces  
 3. Siempre  
 4. NR

En la última relación sexual ha utilizado condón?  
 1. SI  2. NO

Preferencia sexual:  
 Heterosexual  Homosexual  Bisexual

**7 SÍNTOMAS / SIGNOS**

	SI	NO	Días
1. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Flujo uretral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Ulcera genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Vesículas genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Verruga genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Dolor en testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8. Adenomegalia inguinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. Rash ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10. Otros ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**8 EXAMEN GENERAL**  1. Realizado  2. No Realizado

Temperatura oral:

Ganglios:  Normal  Anormal

Adenomegalia axilar:  Izo  Der

Adenomegalia inguinal:  Izo  Der

Rash:  Presencia  Generalizada  Localizada  
 Ausencia

Boca:  Normal  Anormal

Manchas:  Monilias  Otros:

Pene:  Normal  Anormal

Ulcera:  Ulcero  Verruga  Vesícula  Otro:

Muco:  Normal  Anormal

Plasmática:  Pus  Pus

Testículo:  Normal  Anormal

Epididimo izquierdo:

Epididimo derecho:

Epididimo izq. Aumentado de tamaño:

Epididimo der. Aumentado de tamaño:

Ano:  Normal  Anormal

Ulcera:  Ulcera  Verruga  Pus  Otros:

**9 EXAMEN CON ANOSCOPIO**  1. Realizado  2. No Realizado

Ano:  Normal  Anormal

Hipertemia:  Hipertemia  Úlcera  Otro:

**COMENTARIOS:**

**10 TACTO RECTAL**  NL  Otro:

**11 MUESTRAS OBTENIDAS PARA LABORATORIO**

Nº. Muestra asignada en laboratorio:

**TIPO DE MUESTRA**

Sangre  Flujo uretral

Ulcera  Muestra rectal





ANEXO 1 - B  
PROGRAMA ITS/VIH/SIDA  
HISTORIA CLINICA DE ITS - VARONES  
PARTE B



No. Historia Clínica:

Fecha:

Usuario sano			
Diagnóstico		Tratamiento supervisado	
Sintomático	Etiológico		
<input type="checkbox"/> ULCERA GENTAL CON VESICULA	<input type="checkbox"/> Herpes genital <input type="checkbox"/> ELISA HSV(+)	<input type="checkbox"/> Aciclovir 200 mg. Via oral, cinco veces al día durante 7 días (un episodio o 5 días (recurrente)) <input type="checkbox"/> No tratamiento	
<input type="checkbox"/> ULCERA GENTAL SIN VESICULA	<input type="checkbox"/> Sífilis Primaria <input type="checkbox"/> Campo oscuro(+) <input type="checkbox"/> RPR(+)	<input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatínica 2'400,000 U.I. Via intramuscular, dosis única <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg. Via oral dos veces al día, durante 14 días <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg. Via oral, 4 veces al día, durante 15 días	
	<input type="checkbox"/> Sífilis Secundaria <input type="checkbox"/> RPR(+) <input type="checkbox"/> Signo de sífilis secundaria <input type="checkbox"/> Chancroide <input type="checkbox"/> Tinción Gram de úlcera genital(+) <input type="checkbox"/> Cultivo de H. ducreyi(+)	<input type="checkbox"/> Eritromicina 500 mg. Via oral 4 veces al día durante 7 días <input type="checkbox"/> Clorofloxacina 500 mg. Via oral 2 veces al día, durante 3 días <input type="checkbox"/> Azitromicina 1g. Via oral dosis única	
<input type="checkbox"/> FLUIDO URETRAL	<input type="checkbox"/> Sífilis Latente <input type="checkbox"/> RPR(+) <input type="checkbox"/> Sin síntomas	<input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatínica 2'000,000 U.I. Via intramuscular, en tres dosis de 2'400,000 U.I. via intramuscular, una dosis cada semana, por tres semanas <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg. via oral, dos veces al día durante 28 días. <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg. via oral, cuatro veces al día durante 28 días	
	<input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> DGN en Tinción Gram (+) <input type="checkbox"/> Cultivo (+)	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 500mg. Via oral, dosis única. <input type="checkbox"/> Ceftriaxona 125 mg. Via intramuscular, dosis única. <input type="checkbox"/> Kanamicina 2g. Via intramuscular, dosis única. <input type="checkbox"/> Espectinomocina 2g. Via intramuscular, dosis única.	
<input type="checkbox"/> EDEMA DE ESCROTO	<input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> DFA(+) <input type="checkbox"/> ELISA(+)	<input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg. Via oral, 2 veces al día durante 7 días <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg. Via oral 4 veces al día, durante 7 días <input type="checkbox"/> Eritromicina 500 mg. Via oral 4 veces al día, durante 7 días <input type="checkbox"/> Azitromicina 1g. Via oral, dosis única	
	<input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> DGN en Tinción Gram (+) <input type="checkbox"/> Cultivo (+)	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 500mg. Via oral, dosis única. <input type="checkbox"/> Ceftriaxona 125 mg. Via intramuscular, dosis única. <input type="checkbox"/> Kanamicina 2g. Via intramuscular, dosis única. <input type="checkbox"/> Espectinomocina 2g. Via intramuscular, dosis única.	
<input type="checkbox"/> VERRUGAS GENITALES	<input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> DFA(+) <input type="checkbox"/> ELISA(+)	<input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg. Via oral, 2 veces al día durante 7 días <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg. Via oral 4 veces al día, durante 7 días <input type="checkbox"/> Eritromicina 500 mg. Via oral 4 veces al día, durante 7 días <input type="checkbox"/> Azitromicina 1g. Via oral, dosis única	
	<input type="checkbox"/> Papiloma virus <input type="checkbox"/> ELISA HPV (+) <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> RPR (+)	<input type="checkbox"/> Podofilox 10-25%, topiaciones semanales hasta curación completa <input type="checkbox"/> Acido hidroclórico (80-40%) topiaciones semanales hasta curación completa <input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatínica 2'000,000 U.I. Via intramuscular, en tres dosis de 2'400,000 U.I. via intramuscular, una dosis cada semana, por tres semanas <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100mg. Via oral, dos veces al día, durante 28 días <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500mg. Via oral cuatro veces al día, durante 28 días	
<input type="checkbox"/> Otro			
<b>NOTAS FINALES</b>			
<input type="checkbox"/> Tratamiento explicado (verbal)		<input type="checkbox"/> Envío de consejería	
<input type="checkbox"/> Seguimiento		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Notificación de pareja (Sífilis, chancroide, gonorrea, clamidia, micoplasma)			
Médico/a (Firma)		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



HISTORIA CLINICA PARA POBLACION EN GENERAL  
VARONES

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HCL: \_\_\_\_\_

Nombre o código: \_\_\_\_\_

Profesión / ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Convive con alguien actualmente: SI  NO

Residencia actual: \_\_\_\_\_

Viajó al Exterior? SI  NO

Dónde? País: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

- CONTROL
- MOLESTIAS (indique molestia(s))
- Sospecha de contacto con alguna persona con ITS (especificar: \_\_\_\_\_)
- Sospecha HIV \_\_\_\_\_

**SINTOMAS**

	Presenta	Días
Fiebre	<input type="checkbox"/>	---
Diarrea	<input type="checkbox"/>	---
Secreción por el pene	<input type="checkbox"/>	---
Dolor anal	<input type="checkbox"/>	---
Ulcera anal	<input type="checkbox"/>	---
Dolor en testículos	<input type="checkbox"/>	---
Verruga genital	<input type="checkbox"/>	---
Adenopatía inguinal	<input type="checkbox"/>	---
Vesícula genital	<input type="checkbox"/>	---
Rash	<input type="checkbox"/>	---
_____	<input type="checkbox"/>	_____
otro _____	<input type="checkbox"/>	_____

**ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

Ha recibido transfusión de sangre? SI  NO  NO SABE

Nº de veces: \_\_\_\_\_  
Última vez: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

En su vida ha usado drogas, por ejemplo cocaína, heroína, marihuana?  
SI  NO  NO DICE

**FOR RESPUESTA SI:**

	INYECC. INTRAVENOSO		USO EN EL ÚLTIMO MES?		
	SI	NO	SI	NO	NO DICE
COCINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEROINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARIJUANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el último mes, consumo bebidas alcohólicas?  
SI  NO  NO DICE

**ITS EN EL PASADO**

SI NO NO DICE

SIFILIS: \_\_\_\_\_

HERIDA O CARANCHA: \_\_\_\_\_

GONORRREA: \_\_\_\_\_

OTRA ITS: \_\_\_\_\_

CUAL?: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE FARMACIA**

Educ: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Sociedad: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SEXUALES**

**PAREJA ESTABLE / PAREJAS CASUALES**

	Usa condón		
	SI	NO	
Último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- nunca
Últimos 3 Meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- a veces
Última vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- a veces
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- casi siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- siempre

Preferencia sexual: HETER  HOMO  BISEX

En los últimos meses tuvo relaciones:

Vaginales insertivo: SI  NO  NO DICE

Anales insertivo: SI  NO  NO DICE

Anales receptivo: SI  NO  NO DICE

Otras?: SI  NO  NO DICE



Ministerio de Salud y  
Cobertura

CONTINUACIÓN (HISTORIA CLÍNICA - VARONES)

**EXAMEN GENERAL**

NO HECHO

Temperatura oral: \_\_\_\_\_

Adenomegalia:  NL  Axilar  derecho  izquierdo  
 Inguinal  derecho  izquierdo

Rash:  No Generalizado: \_\_\_\_\_  
 Localizado: \_\_\_\_\_

Boca:  NL  Manilla  
Otro: \_\_\_\_\_

Pene:  NL  Úlcera  
 Verruga  
 Vesícula  
Otro: \_\_\_\_\_

Meato uretral:  NL  Hiperemia  
 Secreción

Testículo:  NL  Epidídimo izquierdo  
 Epidídimo derecho

**EXAMEN CON ANOSCOPIO**

RECHAZO

Ano:  NL  Hiperemia  
 Úlcera  
 Otro: \_\_\_\_\_

Ano:  NL  Hiperemia  
 Verruga  
 Pus  
Otro: \_\_\_\_\_

Tacto Rectal:  NL Otro: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**MUESTRAS PARA EL LABORATORIO**

Nº Muestra: \_\_\_\_\_

Sangre  Flujo uretral

Úlcera  Anal

NOTA: Tratamiento última página

DIAGNOSTICO	ETIOLOGICO	TRATAMIENTOS
<input type="checkbox"/> Sínt. para ITS, SINDRÓMICO		
<input type="checkbox"/> ULCERA GENTALES CON VESICULAS	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Aciclovir, 200 mg vo 5 veces al día x 7 días (1 episodio) o 5 días (recurrente) <input type="checkbox"/> No tratamiento
<input type="checkbox"/> ULCERA GENTALES SIN VESICULAS	Diagnóstico probable: <input type="checkbox"/> Syphilis primaria <input type="checkbox"/> Syphilis secundaria <input type="checkbox"/> por síndrome <input type="checkbox"/> RPR (+) <input type="checkbox"/> campo oscuro positivo  * No tratar para Chancroide si no hay úlceras  <input type="checkbox"/> Chancroide (chancro blanco) <input type="checkbox"/> por síndrome <input type="checkbox"/> tinción gram <input type="checkbox"/> cultivo positivo	<input type="checkbox"/> Penicilina G benzatínica, 2.4 U in una sola dosis <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg vo bid x 2 semanas <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg vo quid x 2 semanas  <b>MAS</b> <input type="checkbox"/> Eritromicina 500 mg vo x quid 7 días <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 500 mg vo x 3 días <input type="checkbox"/> Azitromicina 1 g vo dosis única
	<input type="checkbox"/> Syphilis latente (RPR+) (sin síntomas)	<input type="checkbox"/> Penicilina G benzatínica, 7.2 m U in on 3 dosis de 2.4 mU in a intervalo de una semana por tres semanas <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg vo bid x 4 semanas <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg vo quid x 4 semanas
<input type="checkbox"/> URETRITIS <input type="checkbox"/> PROCTITIS <input type="checkbox"/> EPIDIMITIS	<input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Tinción Gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 500 mg vo <input type="checkbox"/> Ceftriaxona 125 mg im <input type="checkbox"/> Kanamicina 2 g im <input type="checkbox"/> Spectinomina 2 g im  <b>MAS</b> <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg vo bid x 7 días <input type="checkbox"/> Tetraciclina 500 mg vo quid x 7 días <input type="checkbox"/> Eritromicina 500 mg vo quid x 7 días <input type="checkbox"/> Azitromicina 1 g VO dosis única
<input type="checkbox"/> VERRUGA	<input type="checkbox"/> Papiloma virus	<input type="checkbox"/> Podofilina 10-25% <input type="checkbox"/> Acido Tricloroacético (80-90%)
DENTAL <input type="checkbox"/> ANAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Campo oscuro	<input type="checkbox"/> Tratamiento úlceras genitales
<input type="checkbox"/> HIV (Eliquis)		
<input type="checkbox"/> Otro:		

## NOTAS FINALES

Medicaciones explicadas       Recibido en clínica       Solamente receta

Notificación de pareja (alloprenona, chancroide, gonorrea, clamidia, cervicitis, tricomoniasis, EP)

Seguimiento: Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dato del paciente: \_\_\_\_\_

Méico (firma): \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



***La salud... un derecho para vivir bien***