



LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL MANEJO SINDRÓMICO

LILIANA ISABEL GALLEGO VÉLEZ*

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un gran problema de salud pública en la mayoría de países del mundo. Sin embargo han sido ignoradas, no han sido priorizadas y los esfuerzos para controlarlas continúan fallando (1).

La aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha contribuido a llamar la atención sobre la importancia del control de las ITS, pues existe una fuerte correlación entre la diseminación de éstas y la infección por este virus; tanto las ITS ulcerativas como las no ulcerativas aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH (2).

En la política nacional de salud sexual y reproductiva emanada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia en 2003, se plantearon las metas en cuanto a la Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA, para los siguientes cuatro años a su publicación, estas fueron: mantener la prevalencia general de infección por VIH por debajo

* Ginecóloga y Obstetra. Profesora de Perinatología y ginecología. Integrante del Centro Asociado al CLAP OPS/OMS. Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.



del 0,5%, reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0,5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos (3). A pesar de estar planteadas las estrategias a desarrollar, falta un mayor despliegue de estas y es bien conocido el subregistro existente de estas enfermedades. Por ejemplo la tasa de sífilis congénita en 2004 fue de 1,4 por mil nacidos vivos, alejándose de la meta de eliminación propuesta (4).

Las ITS se adquieren principalmente a través de las relaciones sexuales, pero también durante el embarazo, el parto, la lactancia y a través de sangre contaminada. La falta de diagnóstico y tratamiento de las ITS en estadios tempranos puede derivar en serias complicaciones y secuelas, incluyendo infertilidad, dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, cáncer de cervix, estrechez uretral, cirrosis, cáncer hepático. Las mujeres embarazadas también pueden verse afectadas con parto prematuro, aborto, retardo del crecimiento intrauterino, muerte perinatal, o infección del recién nacido como en el caso de la sífilis congénita, la ceguera por chlamydia y la papilomatosis laríngea.

Las intervenciones para reducir la incidencia y prevalencia de las ITS deben realizarse tanto a nivel individual como a nivel poblacional. El manejo individual de caso de ITS es el cuidado de una persona con un síndrome relacionado con ITS o con una prueba positiva para una o más ITS. El manejo poblacional implica intervenciones principalmente en grupos de riesgo a través de programas y servicios con una infraestructura adecuada (1).

Los componentes del manejo individual de caso incluyen: realización de historia clínica, examen físico, diagnóstico correcto, tratamiento temprano y efectivo, recomendaciones sobre el comportamiento sexual, promoción y /o provisión de condones, notificación y tratamiento de contactos, reporte de caso y seguimiento clínico. Un manejo individual efectivo pretende además de obtener la cura y reducir la transmisión de la infección, cuidar la salud reproductiva del paciente (2). Existen muchas pruebas diagnósticas para ITS, sin embargo en muchos luga-



res con bajos recursos no se dispone de estas o son inasequibles, por lo que se dificulta el diagnóstico y tratamiento preciso basado en la etiología, por tanto el manejo sindrómico propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se convierte en la mejor opción en estos lugares (1).

Muchas ITS pueden identificarse y tratarse en función de los síntomas y signos característicos que producen, y los síntomas y signos pueden agruparse en síndromes. El manejo sindrómico consiste en tratar los síntomas y signos de ITS en función de los microorganismos que suelen ser los responsables de cada síndrome, por ende el tratamiento debe cubrir diversas infecciones posibles (5). El manejo sindrómico tiene múltiples ventajas que hacen que se use ampliamente, incluso en países desarrollados con laboratorios avanzados, entre estas ventajas están:

- Es un método accesible, simple, barato y seguro
- Aporta una solución inmediata, disminuyendo la automedicación y el retraso en el tratamiento
- Disminuye la transmisión y la reinfección
- Es adaptable a las condiciones particulares de cada región
- Permite la consejería
- Permite el uso racional de los recursos

El Ministerio de Salud de Colombia contempla el manejo sindrómico en la Resolución No. 00412 del año 2000, en la Guía de Atención de las enfermedades de transmisión sexual. La propuesta de esta guía es que los pacientes que consulten por síntomas y signos de ITS sean diagnosticados por síndrome y sean tratados ese mismo día con el manejo sindrómico (6). Cuando existen los recursos debe intentarse confirmar el diagnóstico con las pruebas diagnósticas disponibles y hacer búsqueda de otras ITS, dado que es frecuente la concurrencia de dos o más ITS al tiempo. Muchas ITS pueden pasar inadvertidas por no asociarse a síntomas, sin embargo se continúan transmitiendo, por tanto se debe hacer búsqueda de éstas solicitando la



serología para sífilis, las pruebas para hepatitis B, la citología cervicovaginal y la prueba presuntiva de VIH previa consejería.

Las infecciones de transmisión sexual pueden notificarse según su etiología o según el síndrome que producen. La elección dependerá de la disponibilidad de pruebas de laboratorio que haya en el medio asistencial. En la mayoría de los países en desarrollo no hay más opción que la notificación según síndrome (5). En Colombia el personal de salud debe notificar al sistema de vigilancia epidemiológica nacional (SIVIGILA) aquellos casos que sean de notificación obligatoria, como son la hepatitis, la sífilis gestacional, la sífilis congénita y el VIH, esta notificación se hace con el diagnóstico etiológico.

El manejo de contactos es una actividad de salud pública muy importante que ayuda a cortar la cadena de transmisión de estas enfermedades. Se debe hacer búsqueda de contactos mediante la notificación ya sea por medio del caso índice o por medio de la institución, para ofrecerles atención médica y consejería. El tratamiento de los contactos puede hacerse de inmediato sin pedir pruebas de laboratorio o sin esperar el resultado de estas, o puede demorarse hasta obtener los resultados. La estrategia utilizada dependerá del tipo de infección, los factores de riesgo y de los métodos diagnósticos y de tratamiento disponibles.

DEFINICIONES POR SÍNDROMES

A continuación se presentan las definiciones de los diferentes síndromes asociados a ITS (7):

Síndrome de úlcera genital no vesicular

Úlcera en el pene, escroto o recto en los hombres; en las mujeres, úlcera en los labios de la vulva, la vagina o el recto, ambas con adenopatía inguinal o sin ella. Este síndrome puede ser causado por



sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal o casos atípicos de herpes genital.

Síndrome de úlcera genital vesicular

Vesículas genitales o anales en hombres o mujeres. Normalmente la causa de este síndrome es la infección por virus del herpes simple.

Síndrome de secreción uretral o cervical (uretritis o cervicitis)

Secreción uretral en los hombres, con disuria o sin ella. En las mujeres la cervicitis es generalmente asintomática pero puede producir flujo vaginal y sangrado posterior al coito o sangrado fácil en la toma de muestra para citología. Los agentes causales de este síndrome a menudo son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*; otros agentes infecciosos que también pueden causar secreción uretral son: *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* Y *Mycoplasma* spp.

Síndrome de secreción vaginal

La secreción vaginal anormal (que se reconoce por la cantidad, el color y el olor) puede presentarse con dolor abdominal inferior; síntomas específicos o factores de riesgo, o sin ninguno de estos elementos. Frecuentemente las causas de este síndrome son la vaginosis bacteriana, candidiasis vulvovaginal o tricomoniasis; también puede ser causada con menos frecuencia por infección gonocócica o por Chlamydia. Tanto la vaginosis como la candidiasis no se consideran como ITS.

Dolor abdominal inferior en las mujeres

Este síndrome se presenta con dolor abdominal inferior o coito doloroso; al examen se observa flujo vaginal, dolor abdominal inferior al palpar o temperatura superior a 38°C. Este síndrome, que



podría señalar la presencia de enfermedad inflamatoria pelviana, puede ser causado por infección gonocócica, chlamydia o infección anaerobia.

Verrugas genitales (condilomatosis)

Se producen por el virus del papiloma humano, pueden asociarse a sangrado, dispareunia y mal olor.

Infecciones por parásitos

Se deben a pediculosis púbica y escabiosis. Las pacientes consultan por rasquiña o porque observan los huevos o los piojos en el vello púbico.

TRATAMIENTO POR SÍNDROMES

A continuación se presentan los principales esquemas de tratamiento para los síndromes más comunes, basados en las guías de tratamiento para las infecciones de transmisión sexual publicadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta 2006 (8):

Úlceras Genitales no vesiculares

Penicilina benzatínica 2´400.000 UI IM dosis única + ciprofloxacina 500 mg VO C/12 h por 3 días. La penicilina benzatínica se puede reemplazar por doxiciclina 100mg VO C/12 h por 14 días, y la ciprofloxacina por ceftriaxona 250 mg IM dosis única, ó por azitromicina 1 g VO dosis única, o por eritromicina 500 mg VO C/ 8 h por 7 días. En la gestante no utilizar quinolonas ni doxiciclina, y en ellas el único tratamiento aceptado para la sífilis es la penicilina.



Úlceras Genitales vesiculares

Cuando hay sospecha de primoinfección por Herpes:

Aciclovir 400mg VO C/ 8 h por 7-10 días, ó 200mg cinco veces al día por 7-10 días. En recurrencias las mismas dosis 5 días. En terapia supresora para múltiples recurrencias al año aciclovir 400 mg VO C/12. En la embarazada sólo usar el aciclovir en la primoinfección con compromiso sistémico y en las recurrencias genitales manejar sintómicamente con sustancias como el subacetato de aluminio (Domeboro®).

Secreción uretral y/o cervical

Ciprofloxacina 500mg VO dosis única + Doxiciclina 100mg VO C/12 h por 7 días. La ciprofloxacina puede ser reemplazada por Ceftriaxona 125mg IM dosis única, o por cefixime 400 mg VO dosis única, o por ofloxacina 400 mg VO dosis única o levofloxacina 250 mg VO dosis única. La doxiciclina se puede reemplazar por Azitromicina 1 g VO dosis única o eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días. En la paciente embarazada están contraindicadas las quinolonas y la doxicilina, quedando como opciones la ceftriaxona, la eritromicina, la azitromicina o la espectinomicina 2 gr IM dosis única.

Según datos del Instituto Nacional de Salud, sobre la susceptibilidad antimicrobiana de cultivos de *Neisseria Gonorrhoeae* en Colombia, el 41,9% son resistentes a la penicilina, el 83% a la tetraciclina, el 2,5% a ciprofloxacina y el 99% de los aislamientos tienen una concentración inhibitoria mínima a azitromicina menor a 1 microgramo/ml.

Secreción vaginal

Si hay sospecha de vaginitis por *Cándida albicans* tratar con clotrimazol crema 1% 5 gr intravaginal por 7 a 14 días, o clotrimazol óvulos 100 mg por 7 días o dos óvulos diarios por 3 días o con nistatina 100.000 UI óvulo vaginal por 14 días, o fluconazol 150 mg VO dosis única. Este último está contraindicado en el embarazo.



Si hay sospecha de vaginosis bacteriana, tratar con metronidazol 500 mg VO C/12h por 7 días, o clindamicina crema 2% 5 gr día por 7 días; otras alternativas son clindamicina 300 mg VO C/12h por 7 días, o clindamicina óvulos 100 mg intravaginal por 3 días. En la embarazada la dosis del metronidazol oral puede disminuirse a 250 mg C/8h.

En la vaginitis por trichomona vaginalis usar metronidazol 2 gr VO dosis única o tinidazol 2 gr VO dosis única; otra alternativa es el metronidazol 500 mg VO C/12h. El tinidazol no se debe usar en las embarazadas.

Verrugas genitales (condilomas): existen varios tratamientos entre ellos están las topicaciones con ácido tricloroacético al 85% o la podofilina, la electrocauterización, la crioterapia y la excisión quirúrgica. En la embarazada esta contraindicada la podofilina.

Las actividades de prevención en ITS incluyen la educación a la comunidad, sobre medidas sexuales saludables, entre las cuales se enumeran algunas:

- Posponer el inicio de relaciones sexuales.
- Limitar el número de compañeros sexuales.
- Evitar el sexo con compañeros casuales o de alto riesgo (trabajadoras sexuales).
- Evitar el sexo en estado de embriaguez o bajo efecto de drogas psicoactivas.
- Utilizar métodos de barrera como el condón con cada relación.
- Inspeccionar al compañero buscando signos de ITS.
- Evitar las relaciones sexuales si hay infección propia o del compañero.
- Hablar de ITS con su pareja sexual.

Existen vacunas efectivas para la protección contra dos virus asociados a ITS: el virus de la hepatitis B y el papiloma virus (PVH). La



vacuna contra el PVH fue aprobada en 2006 en USA y en Europa y ofrece un alto nivel de protección en mujeres sin exposición previa al virus, la vacuna protege los PVH tipo 16 y 18 productores de cáncer cervical y contra los tipos 6 y 11 que causan las verrugas genitales (1).

CONCLUSIÓN

Las ITS continúan siendo una causa común de enfermedad y discapacidad sin mencionar las secuelas que pueden ocasionar y su asociación con el virus del VIH. Para su control se requiere de un adecuado funcionamiento de los programas y servicios de control de ITS. El manejo sintomático propuesto por la OMS y adoptado en las guías colombianas es una herramienta útil para el control de dichas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Sexual and Reproductive Health 5. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet* 2006; 368: 2001–16
2. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization. 2003
3. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia, Ministerio de Salud, febrero de 2003.



Liliana Isabel Gallego Vélez

4. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Informe epidemiológico nacional quincenal, 2005 ene 30; 10 (2):1-16.
5. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Organización Mundial de la Salud 2005.
6. Guías de Atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Resolución 412 del Ministerio de Salud de Colombia, 2000
7. Pauta para la vigilancia de las infecciones de transmisión Sexual. Organización Mundial de la Salud, Departamento Enfermedades Transmisibles Vigilancia y Respuesta. Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA, 1999.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep 2006. Aug 4; 55(RR11):1-94.