

PME

Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

La mayoría de las ITS pueden ser prevenidas si educamos a la población adecuada y oportunamente.

CONTENIDO

1. Definición, epidemiología y clasificación.
2. Factores de riesgo.
3. Prevención primaria.
4. Prevención secundaria.
5. Agentes etiológicos relacionados a los síndromes de ITS.
6. Manejo sintomático de las ITS.
7. Cuadros clínicos y tratamientos de los síndromes más comunes:
 - Síndrome caracterizado por la presencia de úlceras genitales.
 - Síndrome caracterizado por secreción uretral y vaginosis.
 - Síndrome caracterizado por dolor abdominal o epididimitis.
8. ¿Cuándo es conveniente referir a la paciente con EIP?
 - Referencias bibliográficas.

I. Definición, epidemiología y clasificación

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un importante riesgo para la salud, particularmente en la población de entre 15 y 45 años de edad. A partir de la llegada del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las ITS han cobrado mayor importancia para los sistemas de salud en todo el mundo.

Se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual. Por este motivo, siempre que se encuentre una ITS, se debe hacer la prueba de VIH, y siempre que se encuentre VIH se deben buscar otras ITS.



Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que anualmente se presentan alrededor de 340 millones de casos nuevos de ITS en el mundo en población de 15 a 49 años.² El *Center for Disease Control* (CDC) estima que cada día hay 19 millones de infecciones nuevas, casi la mitad de ellas en jóvenes de 15 a 24 años.³ En México durante el 2004 se notificaron 528,426 casos de ITS.⁴

Para fines de aplicación clínica, se clasifica genéricamente a las ITS en:

- Enfermedades caracterizadas inicialmente por úlceras genitales
- Enfermedades caracterizadas por secreción uretral
- Enfermedades caracterizadas por flujo vaginal (vaginosis)
- Enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer (EIP). Epididimitis en el hombre
- Infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es importante por su relación con el cáncer cérvico uterino



2. Factores de riesgo

Factores biológicos:

- Prevalencia elevada de ITS en la comunidad
- Susceptibilidad hormonal para la adquisición de ITS
- Resistencia antimicrobiana de algunos patógenos

Algunos comportamientos personales:

- Relaciones sexuales sin condón o uso incorrecto del mismo
- Múltiples parejas sexuales
- Inicio de vida sexual a temprana edad (inmadurez hormonal y emocional)
- Drogadicción

Factores poblacionales como: ^{5,6}

- Migración
- Aumento en los niveles de prostitución masculina y femenina
- Falta de educación y de acceso a los servicios de salud

3. Prevención primaria

La mayoría de las ITS pueden ser prevenidas si se educa a la población adecuada y oportunamente. Los programas de educación para la salud relacionados con las ITS deben:

- Explicar los modos de transmisión de las ITS, incluyendo los de VIH
- Informar sobre la historia natural de cada una de las enfermedades
- Advertir que algunas ITS pueden ser asintomáticas en la pareja
- Aclarar que existe la posibilidad de que haya una reinfección, o de que se presenten múltiples infecciones que pueden derivar en complicaciones si no se tratan adecuadamente
- Dar recomendaciones para modificar la conducta del paciente y su pareja
- Promover el autocuidado (higiene íntima)
- Promover el inicio tardío de la actividad sexual para dar el tiempo necesario a la madurez hormonal y emocional
- Tener relaciones sexuales con protección, de preferencia con una sola pareja y disminuir la frecuencia de cambio de parejas sexuales
- Promover que las mujeres se practiquen el Papanicolaou al menos una vez al año

4. Prevención secundaria

Debe ir orientada principalmente a grupos de alto riesgo como trabajadoras o trabajadores del sexo, migrantes y jóvenes sexualmente activos con el objetivo de: ⁶

- Interrumpir la cadena de transmisión de las enfermedades y prevenir el desarrollo de complicaciones
- Dar seguimiento del caso y su(s) contacto(s) para llevar a cabo la notificación
- Llevar a cabo una detección sistemática de casos, independientemente de la sintomatología
- Dar seguimiento continuo y evaluar a pacientes de alto riesgo

Todo caso de ITS debe ser notificado a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente para que se tomen las medidas de control sanitario necesarias.

5. Agentes etiológicos relacionados a los síndromes de ITS

PRINCIPALES ITS

Lesiones ulcerativas de genitales

Uretritis: hombre

Epididimitis

Cervicitis mucopurulenta

Vulvovaginitis

Vaginosis bacteriana

Enfermedad pélvica inflamatoria aguda

Verrugas anales y genitales

SIDA

Hepatitis viral

Sarna

Pediculosis inguinales

PRINCIPALES AGENTES PATÓGENOS

Herpes simple, *T. pallidum*, *H ducrey*, *C trachomatis*, *K granulomatis*

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*

Chlamydia trachomatis, *Neisseria gonorrhoeae*, *E.coli*, *K.*

Chlamydia trachomatis, *Neisseria gonorrhoeae*

C albicans, *T vaginalis*

Bacteria asociada a la vaginosis bacteriana

N. gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis*

Virus del papiloma humano

VIH-1 VIH-2 también muchos patógenos oportunistas

Virus de la hepatitis A, B y C

S scabiei

P pubis

Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS*, OMS, 2003 / Norma Oficial Mexicana NOM -039-SSA2-2002

6. Manejo sindromático de las ITS

El enfoque sindromático del diagnóstico y tratamiento de las ITS es de gran utilidad, cuando las unidades de atención médica no cuentan con laboratorios y personal capacitado.

Este consiste en:^{6,7}

- La detección de los síndromes (grupo de signos y síntomas de fácil reconocimiento asociados con agentes etiológicos bien definidos)
- El tratamiento simultáneo para la mayoría de los agentes causales de los síndromes

Ventajas del tratamiento sindromático de las ITS:⁶

- Orientado al problema (trata los síntomas del paciente)
- Existe una alta sensibilidad en el diagnóstico de la infección en pacientes sintomáticos
- No pasa por alto las infecciones mixtas
- Permite iniciar el tratamiento en la primera visita
- Brinda la oportunidad y tiempo para la educación del paciente
- Evita exámenes de laboratorio costosos
- Evita el regreso innecesario por los resultados de los exámenes
- Reduce el número de interconsultas

Cuando se utiliza un enfoque basado en el diagnóstico sindromático, incrementan las posibilidades de un tratamiento exitoso. Debe implementarse en el nivel de atención primario.

Las ITS pueden ser manejadas de acuerdo a los siguientes síndromes:

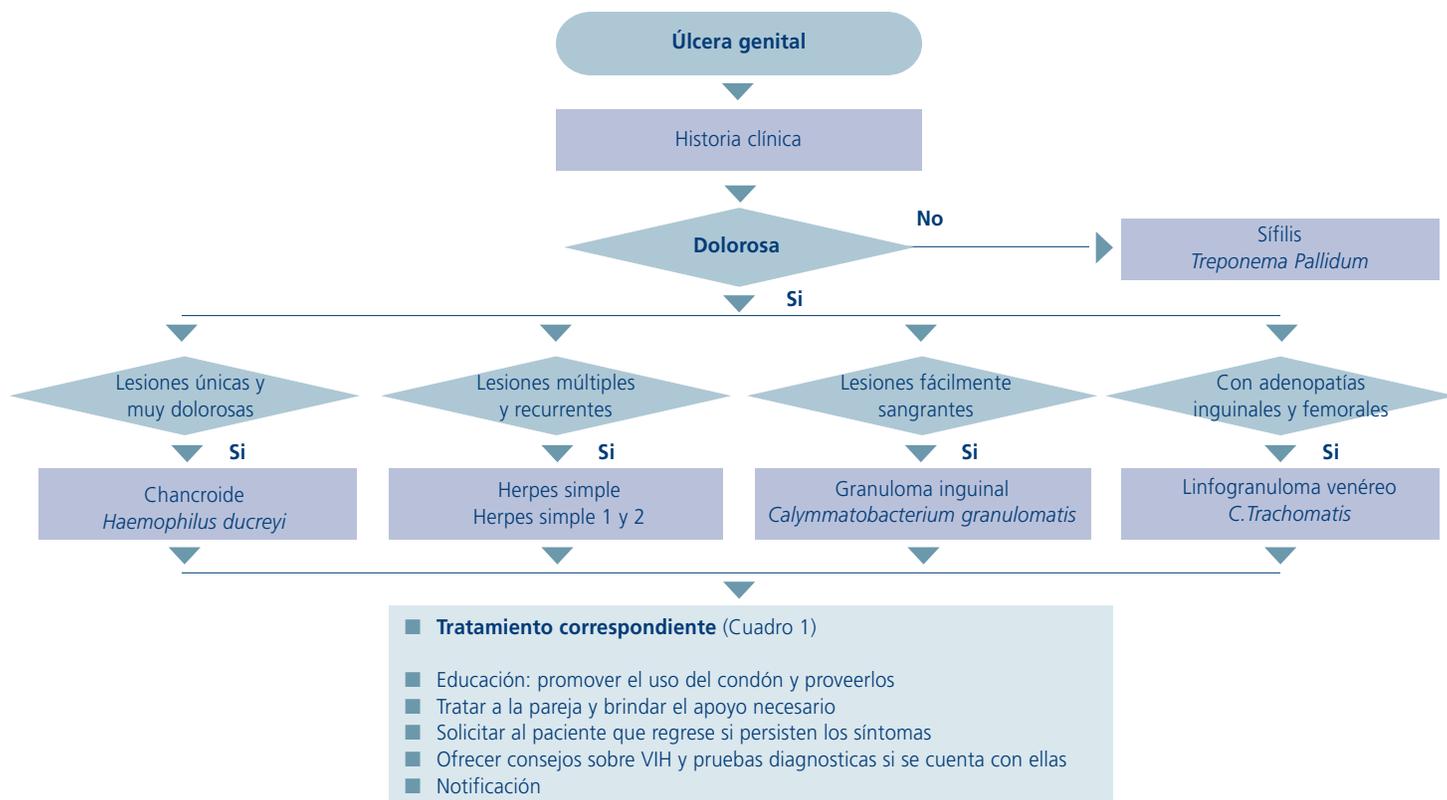
- A. Síndrome caracterizado por la presencia de úlceras genitales
- B. Síndrome caracterizado por:
 - Secreción uretral (hombre)
 - Flujo vaginal
- C. Síndrome caracterizado por dolor abdominal bajo:
 - Epididimitis (hombre)
 - Enfermedad inflamatoria pélvica EIP (mujer)

7. Cuadros clínicos y tratamiento de los síndromes más comunes^{1,7,8,9}

Figura 1.

A. SÍNDROME CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE ÚLCERAS GENITALES

Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS*, OMS, 2003



Cuadro 1.

Tratamiento de las enfermedades caracterizadas por la presencia de úlceras genitales

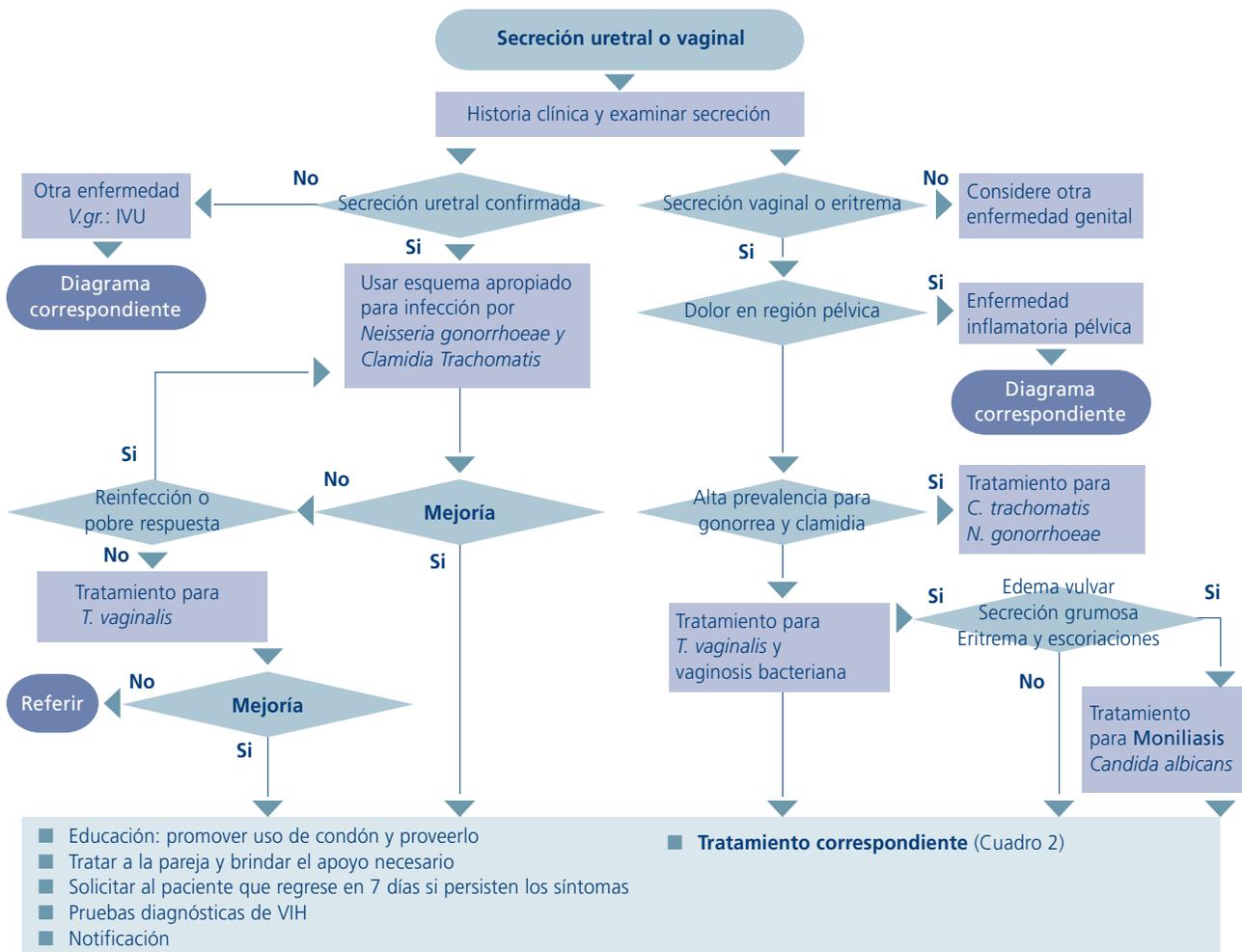
Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS*, OMS, 2003 / Norma Oficial Mexicana NOM -039-SSA2-2002

CHANCROIDE <i>HAEMOPHILUS DUCREYI</i>	SÍFILIS TEMPRANA <i>TREPONEMA PALLIDUM</i>	LINFOGRANULOMA <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	GRANULOMA INGUINAL <i>KLEBSIELLA GRANULOMATIS</i>	HERPES SIMPLE HERPES SIMPLEX 1 Y 2
Ciprofloxacina 500 mg VO dos veces al día por tres días.	Sífilis primaria y secundaria; penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM en una sola dosis.	Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por un mínimo de tres semanas.	Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por un mínimo de tres semanas.	Aciclovir 400 mg VO tres veces al día por siete a diez días, o Aciclovir 200 mg VO cinco veces al día por siete a diez días.
Eritromicina base 500 mg VO cuatro veces al día por siete días.	Sífilis latente temprana; penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM, dosis única.	Eritromicina base 500 mg VO cada 6 horas por un mínimo de tres semanas.	Trimetoprim más sulfametoxazol 160/800 mg VO cada 12 horas por tres semanas.	Famciclovir 250 mg tres veces al día por 7 a 10 días.
Azitromicina 1g VO dosis única.	Sífilis latente tardía; penicilina G benzatínica 7.2 millones de UI IM, dividida en 3 dosis de 2.4 millones con intervalos de una semana.		Ciprofloxacina 750 mg VO cada 12 horas por un mínimo de tres semanas.	Valaciclovir 1000 mg VO dos veces al día por siete a diez días.
Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única.	En caso de alergia a las penicilinas: Doxiciclina 100mg cada 6 horas por cuatro semanas. Tetraciclinas 500mg vo cada 6 horas por dos semanas.		Eritromicina base 500 mg VO cada 4 horas por mínimo tres semanas.	
			Azitromicina un gramo una vez por semana por 3 semanas.	

Figura 2.

B. SÍNDROME CARACTERIZADO POR SECRECIÓN URETRAL Y VAGINOSIS

Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS, OMS, 2003*



Cuadro 2.

Tratamiento antibiótico para los diferentes agentes etiológicos de los síndromes de secreción uretral y vaginosis

Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS, OMS, 2003*

VAGINOSIS BACTERIANA GARDNERELLA VAGINALIS

Metronidazol

500 mg VO cada 12 horas por 7 días

Clindamicina

300 mg VO cada 12 horas por 7 días

Metronidazol

2 g VO en una dosis

Clindamicina

Crema 2% con aplicador de 5 gr intravaginal por 7 noches

NEISSERIA GONORRHOEAE

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única

Cefixina 400mg VO dosis única

Azitromicina 1 g VO dosis única

Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días

Ofloxacina 400 mg VO en dosis única

TRICOMONIASIS

Metronidazol

2 g VO en una dosis

Metronidazol

500 mg VO cada 12 horas por siete días

CANDIDIASIS

Itraconazol

200 mg VO cada 12 horas por 1 día

Fluconazol

150 mg VO dosis única

Clotrimazol

100 mg vía vaginal dos tabletas diarias por tres días

CLAMIDIA TRACHOMATIS

Azitromicina 1 g VO dosis única

Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días

Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas por 7 días

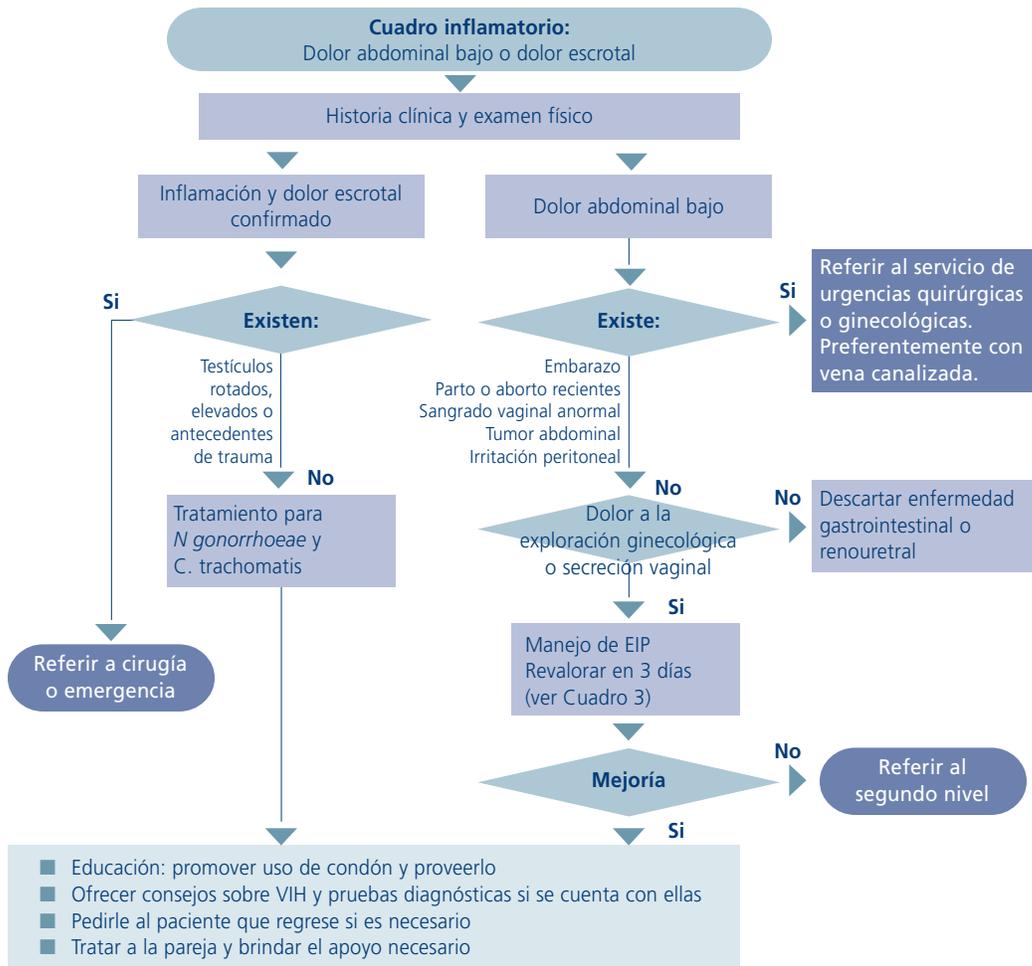
Ofloxacina 300 mg VO cada 12 horas por 7 días

Levofloxacina 500 mg VO cada 24 horas por 7 días

Figura 3.

C. SÍNDROME CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL BAJO Ó EPIDIDIMITIS

Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS, OMS, 2003 / Norma Oficial Mexicana NOM -039-SSA2-2002*



Cuadro 3.

Tratamiento ambulatorio de EIP

Basado en *Guías Clínicas para el manejo de las ITS, OMS, 2003 / Norma Oficial Mexicana NOM -039-SSA2-2002*

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única

Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días

Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 14 días

8. ¿Cuándo se debe referir al paciente con EIP?

- Cuando el diagnóstico no es claro
- Ante la mínima sospecha de cuadro de abdomen agudo
- Si existe sospecha de absceso pélvico
- Si hay embarazo
- Si no tolera o no responde al tratamiento

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk
SECRETARIO DE SALUD
Dr. Enrique Ruelas
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Héctor Hernández Llamas
COORDINADOR EJECUTIVO DEL FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mauricio Hernández
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTORA

Dra. Ma. Teresa Cárdenas

Revisores

Dr. Carlos Carrillo • INSP
Dr. Sarbelio Moreno • INNSZ

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP
Lic. Ana Bellinghausen Rico • INSP
Dr. Juan Francisco Molina • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.
Producción • Grupo Impresor Profesional, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el **Instituto Nacional de Salud Pública** y la **Secretaría de Salud**
Ave. Universidad #655, Cuernavaca, C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

Referencias bibliográficas:

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM -039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. D.O.F. 19 de Septiembre 2003.
2. Kettler H, White K, Hawkes S. Mapping the landscape for sexually transmitted infections: key findings and recommendations. Geneva, TDR (TDR/STI/ IDE/04.1).
3. CDC. Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States. CDC, National Report. 2004
4. Distribución de los casos nuevos de enfermedades por mes Estados Unidos Mexicanos 2004. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA
5. Aral S O. Sexual risk behaviour and infection: epidemiological considerations. Sex. Transm. Inf. 2004;80:8-12
6. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. Sex. Transm. Inf. 2004;80:174-182.
7. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections 2003.
8. Kimberly A. Workowski, M.D. William C. Levine, M.D., M.Sc. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002. CDC's Morbidity and Mortality Weekly Report. May 10, 2002 / Vol. 51 / No. RR-6
9. KARL E. MILLER, M.D., DAVID E. RUIZ, M.D., and J. CHRISTOPHER GRAVES, M.D. Update on the Prevention and Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Am Fam Physicians. 2003 (May);67: pag 1915-1922
10. Ernesto Calderón-Jaimes, M.C., M.S.P.(1) Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Salud pública de México / vol.41, no.4, julio-agosto de 1999 pag 334-343