

Editorial

INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Sandra Beltrán Higuera¹

1. MD, Infectóloga Pediatra, Organización Sanitas Internacional, ACIN-SLIPE

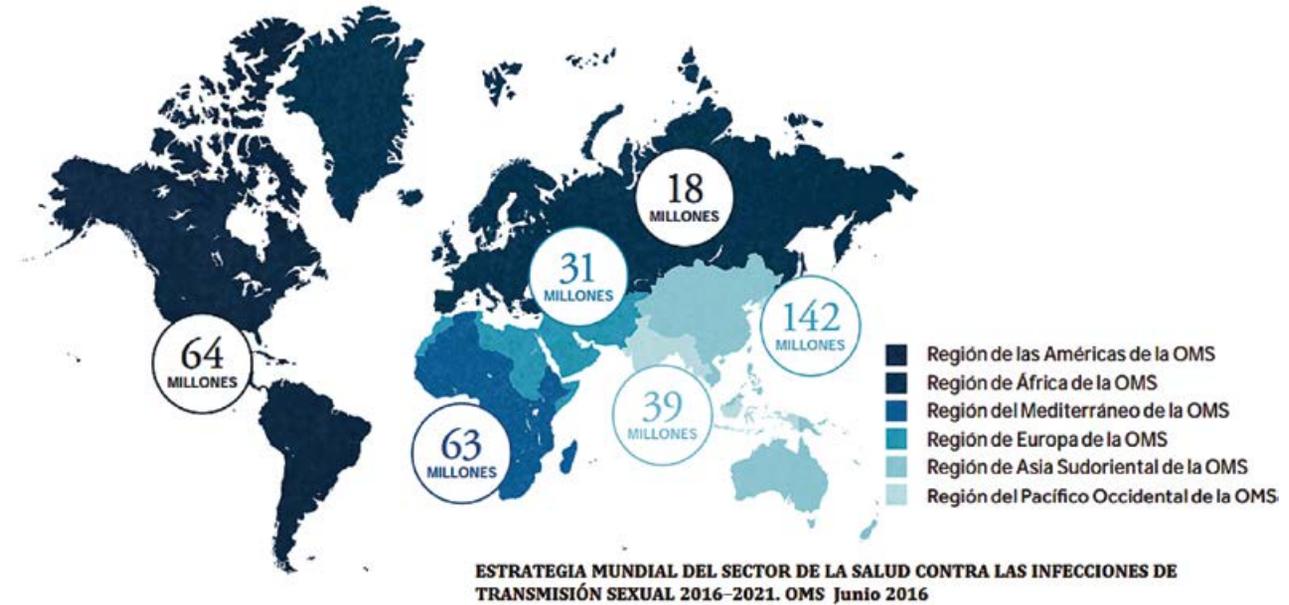
Las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) son la causa de infección más común en el mundo, sin embargo la mayoría de ellas no son reportadas. Son producidas por más de 30 microorganismos, entre los cuales se cuentan virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial a sabiendas que cada día, más de 1 millón de personas contraen una ITS; y debido a sus profundos efectos tanto en salud sexual como reproductiva están dentro de las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

Ocho de estas enfermedades responden por el grueso de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. En Figura 1, se observa la distribución a nivel mundial de los más de 357 millones de nuevos casos de ITS curables entre personas de 15 a 49 años, donde se cuentan aproximadamente 142 millones de infecciones por *Trichomonas vaginalis*, 131 millones por *Chlamydia trachomatis*, 78 millones por *Neisseria gonorrhoeae*, y 6 millones por sífilis; mientras que la prevalencia de ITS virales se reporta en cifras igualmente altas si se tiene en cuenta que a nivel mundial más de 417 millones de personas están infectadas con Herpes virus tipo 2 y más de 291 millones de mujeres son portadoras del Virus del Papiloma Humano (VPH). Otras infecciones como hepatitis B, Virus del Herpes Simple (VHS), el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus del Papiloma Humano (VPH) se comportan como ITS incurables, aunque en la actualidad se cuenta con tratamientos que atenúan o modifican la historia natural de la enfermedad (1).

Los adolescentes presentan de lejos las mayores tasas de ITS cuando se comparan con los adultos, no solo por la falta en la percepción del riesgo de contraer ITS por lo que los adolescentes entran en contacto con compañeros sexuales infectados más fácilmente que los adultos sin protección adecuada; además de ello, acuden menos a los servicios de salud y son los que menos cumplimiento del tratamiento de las ITS presentan. El gran porcentaje de ITS asintomáticas, como es el caso de la gonorrea donde la infección uretral asintomática ocurre en al menos 30% de los

FIGURA 1. Frecuencia de ITS a nivel mundial

Estimaciones de la OMS: 357 millones de casos de ITS curables en 2012
 ITS curables: clamidiasis, gonorrea, sífilis, tricomoniasis



Fuente: Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021. Organización Mundial de la salud

hombres e infecciones cervicales asintomáticas en más del 50% de las mujeres, de igual manera más del 50% de las gonorreas a nivel rectal y más del 90% a nivel orofaríngeo son asintomáticas aunados a comportamientos de riesgo, hacen que tanto pediatras como médicos de adolescentes nos enfoquemos más en una historia de exposición más que en una historia de síntomas al abordar nuestros pacientes (1).

Estas enfermedades se transmiten por contacto íntimo con piel o mucosas tanto de vagina y pene, como de orofaringe y recto; y producen además de cuadros de uretritis, úlceras genitales, vaginitis, alteraciones en piel y cáncer, síntomas derivados de la infestación por ectoparásitos. La mayoría de los casos de ITS pueden ser asintomáticos o solo van acompañadas de síntomas leves, lo que demora el diagnóstico y aumenta la exposición a sus parejas sexuales por su alta transmisibilidad, independiente de que sean sintomáticas o no. Además del efecto inmediato de las infecciones en sí mismas,

de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales, las ITS conllevan consecuencias graves en la salud y calidad de vida de niños, adolescentes y adultos; entre ellas se menciona: 1) La esterilidad o la transmisión de infecciones de la madre al niño con muertes fetales, neonatales y muertes prematuras; 2) Morbimortalidad derivada de Cáncer cervicouterino; 3) El incremento en el riesgo de adquirir VIH dado principalmente por herpes genital, gonorrea y sífilis entre otras lo que convierte a las ITS en un marcador de comportamientos sexuales de riesgo; 4) Alteran el curso de otras enfermedades, por ejemplo: mujeres y hombres VIH (+) tienden a desarrollar Neoplasias intraepiteliales anales o cervicales más fácilmente que si no tuvieran la infección por VIH, en forma similar mientras que los pacientes con VHA tipo 2 tienen mayores cargas virales para VIH, la excreción de VIH disminuye si se tratan las ITS concurrentes; 5) El aumento en la farmacoresistencia de algunas de las ITS lo que dificulta su eliminación (2).

Debido a que la inmunidad frente a ITS es pobre, las reinfecciones son comunes y el desarrollo de las vacunas ha sido difícil, las únicas disponibles hasta el momento son las vacunas frente a Hepatitis B y VPH. Debe subrayarse que la clínica dependerá de la interacción entre el microorganismo y el huésped, ya que algunas ITS se limitan a la inflamación local (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*), pueden igualmente causar diseminación sistémica (*N. gonorrhoeae*), ulceración tisular (*Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, herpes simplex virus 1 y 2); cambios epiteliales que predisponen a neoplasias (VPH) y algunos usan el tracto genital como puerta de entrada sin cambios o alteraciones locales (VIH, Hepatitis B y C, citomegalovirus) (2).

El uso consistente y correcto de los condones masculinos reducen la transmisión tanto de VIH como de otras ITS transmitidas por fluidos desde las mucosas (Ej: Gonorrea, chlamydia, trichomoniasis) y en menor proporción evitan ITS que son transmitidas por el contacto piel a piel (Ej: VHA, VPH, sífilis, chancroide) debido a que los condones no cubren todas las áreas expuestas. Por tanto el diagnóstico de una ITS manifiesta un comportamiento sexual de riesgo y un uso inconsistente del condón lo cual incrementa el riesgo de infecciones por VIH, por esta razón la evaluación de cualquier ITS debe incluir invariablemente la prueba para VIH, ya que entre otros factores la presencia de lesiones locales o ulceradas aumentan la replicación del VIH en la persona infectada debido a la disrupción epitelial que permite un fácil acceso del VIH ante la disposición de mayor número de células blancas en el sitio como

son macrófagos y linfocitos reclutados en el sitio de la ulceración (3).

Las ITS son prevenibles, y entre las recomendaciones tanto por los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentran estrategias que son claves en la prevención: 1) Educación y consejería para adopción de comportamientos sexuales seguros; 2) Identificación de personas sintomáticas y asintomáticas mediante diagnóstico y tratamiento rápido y oportuno; 3) Evaluación, tratamiento y consejería de las parejas sexuales expuestas aunque hayan pasado más de 60 días después del último contacto, así como vacunación post exposición cuando la misma aplique. Igualmente debe aconsejarse abstinencia sexual hasta 7 días después de la terapia si es monodosis o después de la dosis final cuando es un tratamiento de 7 días (3).

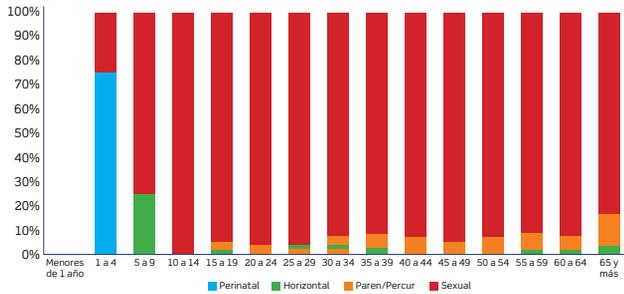
En nuestro medio las ITS ocupan un renglón importante, encontrándose que ITS de obligatorio reporte como Hepatitis B, Sífilis congénita e infección VIH/SIDA conllevan una tasa de incidencia y morbimortalidad derivada en nuestro país que puede observarse en cifras recientes (Figuras 2, 3 y 4), donde además debe subrayarse entre otros aspectos como los grupos etáreos entre 20 y 35 años son los más afectados con un lugar preocupante para los adolescentes. Estos aspectos obligan no sólo a que el personal de salud tenga un abordaje y sospecha diagnóstica y terapéutica contundentes frente a poblaciones con riesgos para ITS sino a que se comporte como educador y consejero como medida exitosa para la prevención de ITS y de comportamientos sexuales de riesgo (4).

REFERENCIAS

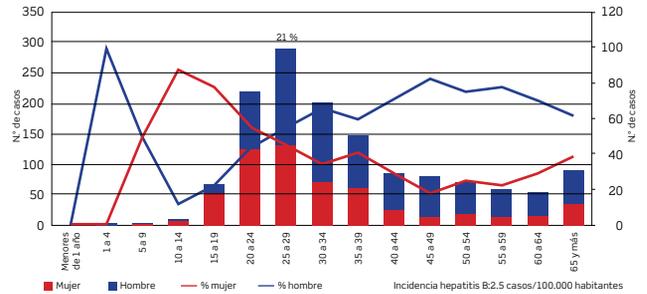
1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial Del Sector De La Salud Contra Las Infecciones De Transmisión Sexual 2016–2021. Junio 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>
2. Swygard H., Cohen M. Approach to the Patient with a Sexually Transmitted Infection. En Goldman-Cecil Medicine; 1876-1881.e2. 2016
3. Fernández-Romero J., Deal C., Herold B., Schiller J., Patton D., Zydowsky T. and Cols. Multipurpose prevention technologies: the future of HIV and STI protection. Trends in Microbiology. 2015; 23(7), 429–436
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de los Eventos Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita, Hepatitis B y Evento VIH-SIDA. Hasta El Periodo Epidemiológico IX, Colombia, 2016. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico>

FIGURA 2. Situación de Hepatitis B en Colombia (Semana 36/2016)

Distribución de los casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta notificados por medio de transmisión y grupo de edad, Colombia, período epidemiológico IX, 2016

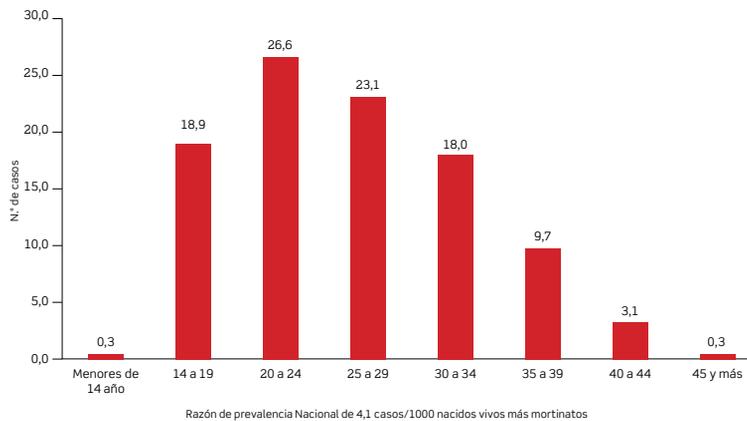


Casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según grupo de edad y sexo, Colombia, período epidemiológico IX, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

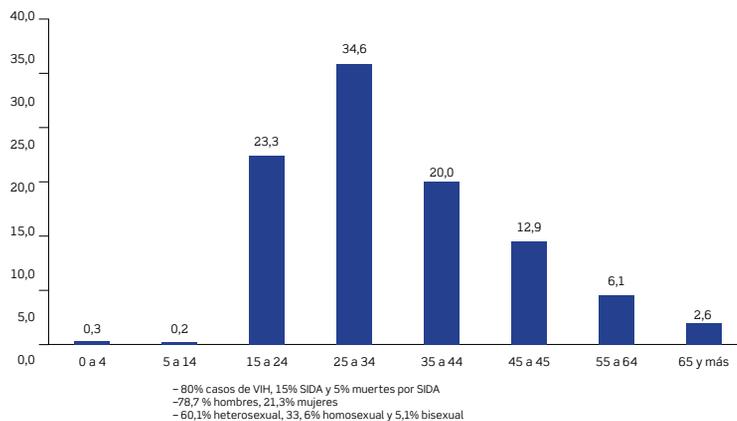
FIGURA 3. Situación de Sífilis gestacional en Colombia (Semana 36/2016)



* Solo el 54,1% de los contactos recibieron tratamiento.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

FIGURA 4. Situación de Evento VIH-SIDA en Colombia (Período IX/2016)



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.