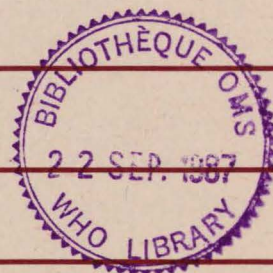


PAUTAS SIMPLIFICADAS. CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL



ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

15 12 00 13 25 5

PAUTAS SIMPLIFICADAS. CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

A NIVEL DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

**Informe de un Grupo
de Trabajo de la OMS, Ginebra,
24 a 28 de septiembre de 1984**

Cuaderno Técnico No. 7

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C. 20037, EUA**

1987

Versión original (inglés):

*Simplified Approaches for
Sexually Transmitted Disease (STD) Control
at the Primary Health Care (PHC) Level*

*Report of a WHO Working Group
Geneva, 24-28 September 1984*

WHO/VDT/85.437

La serie de Cuadernos Técnicos de la OPS permite dar a conocer trabajos que, por razones económicas, técnicas o de otro tipo, no pueden incluirse en el programa ordinario de publicaciones de la Organización y que, sin su difusión por este procedimiento, tendrían una distribución muy limitada. La reproducción se hace generalmente en offset y no por impresión con formas tipográficas, y la preparación editorial de los textos puede no ser tan minuciosa como en otras publicaciones de la OPS.

ISBN 92 75 33007 7

© Organización Panamericana de la Salud, 1987

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Servicio Editorial, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

INDICE

	<u>Página</u>
Lista de participantes	
1. Introducción	1
1.1 Dificultades en el control de las ETS a nivel de la APS	3
2. Principios generales relativos al control de las ETS a nivel de la APS	4
2.1 Estrategias de control de las ETS	5
2.2 Servicios clínicos	6
2.3 Servicios de apoyo	7
2.4 Administración	8
2.5 Autoridad científico-técnica	8
2.6 Integración del control de las ETS a nivel de la APS	9
3. Principios generales relativos a la formulación de protocolos para el control de las ETS	9
3.1 Fases iniciales	9
3.2 Identificación de problemas	10
3.3 Evaluación de las prácticas y políticas de atención de salud en la comunidad	10
3.4 Definición de quiénes utilizarán los protocolos	10
3.5 Información técnica sobre etiología, diagnóstico y tratamiento	11
3.6 Formulación de protocolos	11
3.7 Ensayo de los protocolos	12
4. Protocolos para el tratamiento de las ETS a nivel de la APS	12
4.1 Secreción uretral	12
4.2 Flujo vaginal	19

4.3	Enfermedad inflamatoria pelviana (EIP)	25
4.4	Úlcera genital	29
4.5	Bubón	31
4.6	Balanitis y balanopostitis	32
4.7	Oftalmía neonatorum	35
4.8	Inflamación del escroto	38
4.9	Sospecha de ETS	41
5.	Utilización de los protocolos de atención de las ETS	42
5.1	Contexto	42
5.2	El clínico	42
5.3	Capacitación	42
5.4	Supervisión y orientación	43
5.5	Apoyo del laboratorio a la aplicación de protocolos	44
5.6	La utilización de protocolos y las necesidades de información de las ETS	45
5.7	Administración y apoyo	45
6.	Evaluación de los protocolos de tratamiento de las ETS	46
7.	La participación comunitaria en el control de las ETS	47
8.	Conclusiones	47
ANEXO 1:	Disponibilidad recomendada de pruebas de diagnóstico por nivel del sistema de laboratorio.	48
ANEXO 2:	Formulario de notificación mensual del clínico	49
ANEXO 3:	Recomendaciones terapéuticas	50
ANEXO 4:	Pruebas microscópicas que son útiles a nivel de la APS	57
ANEXO 5:	Procedimientos para obtener el apoyo de la comunidad	67
ANEXO 6:	Lectura recomendada	70

LISTA DE PARTICIPANTES

Miembros

Dr. G. Bugingo, Servicio de Dermatología, Facultad de Medicina de la U.N.R., Butare, Ruanda

Dr. Per-Anders Mårdh, Instituto de Bacteriología Clínica, Universidad de Uppsala, Suecia

Dr. A.Z. Meheus, Profesor Adjunto de Epidemiología y Medicina Social, Universidad de Amberes, Wilrijk, Bélgica (Presidente)

Dr. I. de Schampheleire, Proyecto Pikine, Dakar, Senegal

Dr. Amnuay Traisupa, Director, División de Enfermedades Venéreas, Bangkok, Tailandia

Dr. F. Zacarías, División de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro de Servicios Preventivos, Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América (Relator)

Secretaría

Dr. G.M. Antal, Oficial Médico, Infecciones Bacterianas y Venéreas, División de Enfermedades Transmisibles, OMS, Ginebra (Secretario)

Dr. G.Y. Causse, Oficial Médico Principal, Infecciones Bacterianas y Venéreas, División de Enfermedades Transmisibles, OMS, Ginebra

Dr. D. Flahault, Oficial Médico Principal, Desarrollo de Equipos Sanitarios, División de Formación de Recursos Humanos, OMS, Ginebra

Dr. L. Houang, Oficial Médico Principal, Tecnología de Laboratorios de Salud, División de Tecnología de Diagnóstico, Terapia y Rehabilitación, OMS, Ginebra

El Grupo de Trabajo sobre pautas simplificadas para el control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) a nivel de la atención primaria de salud (APS) se reunió en Ginebra, del 24 al 28 de septiembre de 1984. Inauguró la reunión el Dr. G. Y. Causse, Oficial Médico Principal, Infecciones Bacterianas y Venéreas, División de Enfermedades Transmisibles de la OMS.

1. INTRODUCCION

La prevención de las consecuencias devastadoras de las enfermedades de transmisión sexual es el objetivo fundamental de los programas nacionales de control de las ETS. Las complicaciones graves de las ETS (por ejemplo, la enfermedad inflamatoria pelviana que produce embarazo ectópico e infecundidad; la estrechez uretral; la sífilis congénita y la oftalmía neonatorum) se presentan en aquellas situaciones especiales en que las personas infectadas no son identificadas o reciben un tratamiento inapropiado en el curso de la enfermedad. Esto subraya la necesidad de mejorar la competencia de los servicios sanitarios próximos a la comunidad para atacar, en forma más eficaz, el problema de las ETS.

En este contexto y dentro de los objetivos de la estrategia de salud para todos en el año 2000, la OMS atribuye prioridad a la formulación de métodos y tecnologías que permitan a las unidades de atención sanitaria que cuenten con un nivel mínimo de apoyo de diagnóstico de laboratorio o que carezcan de él, suministrar tratamiento eficaz a los pacientes de ETS y a sus contactos sexuales. En estas pautas simplificadas para el control de las ETS se proporcionarán por medio de flujogramas, a los médicos, profesionales y otros trabajadores comunitarios de salud, instrucciones sencillas a fin de orientarlos en el tratamiento adecuado de los pacientes sospechosos de tener enfermedades de transmisión sexual, y sus parejas.

Con objeto de lograr una reducción significativa de la transmisión de la enfermedad y el desarrollo de secuelas, estas actividades clínicas deben actuar en conjunto con otras estrategias de lucha contra las ETS (por ejemplo, detección de casos asintomáticos, promoción de cambios en el comportamiento de los individuos sanos y enfermos, etc.) y recibir el apoyo de la comunidad.

Los objetivos de este documento son los siguientes:

- a) exponer los principios generales para el control de las ETS al nivel de APS, y

- b) proporcionar orientación en la formulación, ejecución y evaluación de protocolos de tratamiento de pacientes con una amplia gama de síndromes asociados con las ETS.

Por tanto, este documento está destinado a los profesionales de salud a quienes compete el mejoramiento de las actividades de control de las ETS en una zona geográfica determinada.

El Grupo está consciente de que la complejidad creciente de las ETS y los cambios constantes en nuestros conocimientos de la microbiología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las ETS plantean un desafío formidable y frustran los esfuerzos para formular enfoques integrales y procedimientos aplicables a todas las circunstancias. Sin embargo, este documento, con la debida adaptación, será útil a los clínicos y administradores de salud cuya función sea el integrar las actividades de control de las ETS en la estructura existente de APS.

Para sus deliberaciones el Grupo examinó los temas tratados en los números 616, 660 y 674 de la Serie de Informes Técnicos de la OMS (véase el Anexo 6) y contó con la ayuda de personal de la OMS experimentado en tecnología de laboratorio y formación de recursos humanos a nivel de la APS.

Por último, cabe señalar que en diversas reuniones de la OMS (1-5) se habían examinado con detalle algunas de estas cuestiones. Las conclusiones y recomendaciones pertinentes de esos Grupos han sido citadas, utilizadas y adaptadas con cierta libertad, a fin de ajustarlas al presente documento.

REFERENCIAS

- (1) "Current Treatments in the Control of Sexually Transmitted Diseases". Informe de un Grupo Consultivo de la OMS (16 a 19 de noviembre de 1982), documento inédito de la OMS WHO/VDT/83.433.
- (2) "Control of Sexually Transmitted Diseases" (OMS, Ginebra, 1985).
- (3) "Prevention and Treatment of Conjunctivitis in the Newborn at the Primary Level". Informe de una reunión (29 de noviembre a 2 de diciembre de 1983), documento inédito de la OMS PBL/84.4.
- (4) "Prevention of Infertility at the Primary Health Care Level". Informe de una reunión de la OMS (12 a 16 de diciembre de 1983), documento inédito de la OMS MCH/84.4.
- (5) Comité de Expertos de la OMS sobre Enfermedades Venéreas y Treponematosis, Ginebra, 1 a 7 de noviembre de 1983, en prensa.

1.1 Dificultades en el control de las ETS a nivel de la APS

Muchos países en desarrollo, que se enfrentan con problemas de salud causantes de altos niveles de mortalidad y morbilidad, poseen recursos muy exigüos en cuanto a personal capacitado, servicios de laboratorio y fondos para resolverlos. Con frecuencia, los centros de salud tienen que atender las necesidades y demandas del 80 al 90% de la población residente en zonas rurales y periurbanas. En condiciones óptimas, los centros de salud (o sus equivalentes) son atendidos por médicos y/o auxiliares y funcionan como primer nivel de envío para atención primaria en la comunidad. Se espera que estos centros suministren una atención integrada de salud a la comunidad, incluidos los servicios curativos y preventivos. En general, aproximadamente el 10% o más de su trabajo diario se dedica a las enfermedades de transmisión sexual o sus complicaciones. Sin embargo, frecuentemente los servicios de salud carecen de medios de diagnóstico o estos son muy limitados (microscopio solamente). Además, incluso en localidades con acceso a mejores equipos de laboratorio, las demoras en la notificación de los resultados de las pruebas y las limitaciones inherentes a las técnicas empleadas para la detección de las ETS pueden dificultar el tratamiento oportuno de los casos infecciosos. En las clínicas es frecuente observar que los pacientes tienen que esperar mucho para ser atendidos, que hay escasez de medicamentos y que el servicio es deficiente.

En consecuencia, una proporción variable--pero habitualmente elevada--de pacientes con ETS recurre al autotratamiento o es atendida por farmacéuticos, vendedores de medicamentos, curanderos tradicionales y demás autodenominados "profesionales" ajenos a los servicios oficiales de ETS y de salud pública. Los pacientes que pueden pagar una consulta acuden a médicos privados que, en general, rara vez se ocupan del cuidado de la pareja y pocas veces notifican los casos de ETS o aplican las directrices oficiales para su tratamiento.

En algunos países en los cuales se piensa que la prostitución es un factor significativo en la transmisión de estas enfermedades, los "programas de control" tienden a dedicar sus recursos casi exclusivamente a la prestación de algún tipo de servicio preventivo de diagnóstico y terapia de las ETS a estas mujeres. Lamentablemente, muy a menudo estos programas adolecen de deficiencias técnicas, alcanzan solo a un mínimo porcentaje (probablemente inferior al 20%) de la población total de prostitutas y, en general, no han tenido efecto palpable sobre la morbilidad por ETS en la comunidad. Además, los programas de control de prostitutas suelen dificultar la institución de otras medidas de lucha contra las ETS. Frecuentemente los funcionarios encargados de la formulación de políticas de salud estiman que al instituir medidas de "control de la prostitución" ya se ha hecho bastante y que, por ende, es innecesario destinar recursos adicionales para resolver los problemas de las ETS en la comunidad.

La resistencia antimicrobiana de los organismos de las ETS, que ha pasado a ser un problema muy importante en muchos países en desarrollo, ha neutralizado algunos de los tratamientos con medicamentos de bajo costo.

La adopción indiscriminada de tratamientos con medicamentos o de políticas sanitarias de comprobada utilidad en algunas partes, ha producido graves consecuencias en otros medios (por ejemplo, tratamiento inadecuado de las infecciones por N. gonorrhoeae productora de penicilina (NGPP) o mayor frecuencia de oftalmía neonatorum gonocócica al abandonar la profilaxis con nitrato de plata en países en desarrollo).

Por las razones expuestas anteriormente, es importante, que los pacientes que ya han solicitado atención de un problema relacionado con las ETS, así como sus contactos sexuales ya identificados, sean tratados debidamente y, en caso necesario, enviados al nivel superior siguiente de atención sanitaria.

El Grupo estima que la formulación, ejecución y evaluación de protocolos de atención de pacientes, además de ser útil para estos fines, tendrá un valor adicional como medio para evaluar y mejorar otros componentes y actividades de control de las ETS.

Aunque en su mayor parte este estudio se refiere a condiciones observadas en los países en desarrollo, en modo alguno está restringido por la geografía. Son válidos algunos de los problemas examinados anteriormente en segmentos de la población de las naciones industrializadas (trabajadores migratorios, minorías, etc.). Análogamente, un médico que examina a un paciente con ETS en una nación industrializada puede enfrentarse al mismo dilema de juicio clínico y misma carencia de recursos inmediatos de laboratorio que se le plantean a un trabajador de salud en un medio periurbano en Asia, Africa o América Latina.

2. PRINCIPIOS GENERALES RELATIVOS AL CONTROL DE LAS ETS A NIVEL DE LA APS

El control de las ETS tiene los siguientes objetivos principales:

- a) interrumpir la transmisión de la enfermedad, y
- b) prevenir el desarrollo de complicaciones y sus consecuencias.

Estos objetivos se logran mediante:

- a) la reducción de la exposición a la enfermedad, mediante la educación de las personas en riesgo, a fin de que eviten las relaciones sexuales con personas que tienen alta probabilidad de estar infectadas;

- b) la prevención de infecciones, fomentando el empleo de preservativos (condones) u otras barreras profilácticas;
- c) la detección y curación de las enfermedades, mediante actividades de detección de enfermedades, servicios eficaces y eficientes de diagnóstico y tratamiento y el fomento de un comportamiento orientado hacia la salud;
- d) la limitación de las complicaciones de las infecciones proporcionando un tratamiento temprano y apropiado de los pacientes infectados, tanto sintomáticos como asintomáticos, y de sus contactos, y
- e) la limitación de la transmisión de la enfermedad en la comunidad por intermedio de los esfuerzos mencionados anteriormente.

2.1 Estrategias de control de las ETS

Estos esfuerzos se presentan en las estrategias principales de control de las ETS que se mencionan a continuación:

2.1.1 Detección de enfermedades

Esta estrategia se aplica por medio de los tres instrumentos siguientes:

- a) tamizaje: determinación de la probabilidad de enfermedad en poblaciones o individuos que no recurren directamente a la atención de salud, por ejemplo, detección serológica de la sífilis (VDRL) en grupos seleccionados de la comunidad;
- b) identificación de casos: utilización de pruebas clínicas y/o de laboratorio para detectar la infección en personas que acuden a la atención de salud por otra razón; por ejemplo, VDRL para detectar sífilis en pacientes ingresados en hospitales, y
- c) diagnóstico: aplicación de procedimientos clínicos y de laboratorio para detectar la causa de enfermedad específica en personas presuntamente enfermas; por ejemplo, VDRL en una persona con lesiones que sugieren la presencia de sífilis secundaria.

2.1.2 Tratamiento

Se entiende por tratamiento la aplicación de medicamentos, procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones para curar o aliviar el problema de salud del paciente. Por tratamiento de las ETS se entiende

habitualmente la aplicación de regímenes antimicrobianos. La selección del medicamento adecuado se determina por:

- a) eficacia: Capacidad de curar la enfermedad. Cuando es común la coexistencia de infecciones, se da preferencia a los regímenes de medicación que pueden curar más de una de las ETS que presumiblemente están presentes;
- b) aceptabilidad: Ausencia de toxicidad o efectos secundarios y facilidad de cumplimiento por parte del paciente;
- c) conveniencia: Para el trabajador de salud que administra el medicamento y para el paciente que lo recibe, y
- d) costo y disponibilidad del medicamento.

2.1.3 Educación para la salud

Esta estrategia se compone de:

- a) actividades que realzan la comprensión y el conocimiento de la comunidad y del individuo respecto de las ETS, y
- b) esfuerzos que producen cambios positivos en sus actitudes y comportamientos en salud/enfermedad sobre las ETS y su prevención.

Para quienes acuden a los servicios de salud, el asesoramiento de los pacientes, uno de los principales pilares del tratamiento eficaz, tiene por finalidad reforzar el cumplimiento por parte del paciente de los consejos e instrucciones del clínico sobre el tratamiento, la forma de evitar una nueva exposición a la infección, y la colaboración activa con los procedimientos de envío de la pareja sexual a los servicios de salud.

2.1.4 Atención de los contactos sexuales

Esta actividad puede ser el resultado directo del asesoramiento del paciente, que puede incluir motivarlo para que se ocupe activamente de que sus contactos sexuales sean evaluados y tratados o se lleven a cabo mediante acciones de búsqueda activa de contactos de ETS realizadas por el personal de salud. El tratamiento apropiado de los pacientes de ETS debe incluir la aplicación de regímenes completos de tratamiento a todos los contactos conocidos, en especial a la pareja sexual habitual (esposo/esposa), además de su aplicación a la fuente infecciosa y a los contactos con alto riesgo de estar infectados.

2.2 Servicios clínicos

Los servicios clínicos se prestan generalmente en clínicas, hospitales, consultorios privados, centros de salud, farmacias u otras

instituciones que amparan en alguna medida el carácter privado del encuentro entre el paciente y el clínico*. La mayoría de las estrategias indicadas anteriormente se aplican en dicho contexto. En consecuencia, los servicios clínicos deben:

- a) detectar la enfermedad o determinar que no está presente;
- b) administrar el tratamiento, en caso necesario;
- c) aconsejar al paciente en relación con la prevención de la enfermedad;
- d) asesorarlo para que lleve a cabo de manera adecuada la terapia, y
- e) asegurarse de que los contactos del paciente se evalúen y sean tratados.

El clínico debe comprender que el tratamiento de un caso es solo una parte del tratamiento y control de las ETS. La identificación y el tratamiento de los contactos sexuales, que suelen ser asintomáticos, son importantes para limitar la transmisión de la enfermedad en la comunidad y prevenir la reinfección y el desarrollo de complicaciones.

2.3 Servicios de apoyo (véase 5)

Para proporcionar un tratamiento apropiado de las ETS es necesario contar con servicios de apoyo:

2.3.1 Capacitación de profesionales y técnicos a fin de que el personal de salud posea los conocimientos/destrezas necesarios y adopte actitudes y comportamientos correctos para trabajar en el control de las ETS.

2.3.2 Servicios de laboratorio para mejorar la atención de los pacientes y la calidad de los datos epidemiológicos. Desafortunadamente, rara vez se dispone de estos servicios a nivel periférico.

2.3.3 Sistemas de información. Se entiende por sistemas de información el flujo de información entre los niveles periférico, intermedio y central, que permite la vigilancia epidemiológica y la planificación y evaluación de las actividades de control. Para que sean adecuados, estos sistemas deberán efectuar la compilación, análisis y retroalimentación de datos.

*En el presente documento se usará el término "clínico" para designar a las personas que efectivamente diagnostican y tratan a los pacientes (esto es, trabajadores de salud, farmacéuticos, parteras, etc.) y no solamente a los médicos.

2.4 Administración

Es preciso contar con un sistema administrativo adecuado para apoyar y supervisar las actividades y estrategias de control de las ETS. El programa de control de las ETS debe tener una persona o un cuadro de personal dotado de experiencia en la administración y formulación de políticas. Estos administradores no necesariamente tendrán que ser trabajadores de salud o especialistas en ETS; con frecuencia, sus responsabilidades irán más allá del control de las ETS y abarcarán otros servicios de APS (por ejemplo, inmunizaciones, atención de la salud oral, planificación de la familia). Se debe encomendar a una persona la responsabilidad administrativa para:

- a) planificar, dirigir y organizar las actividades;
- b) adquirir y administrar los recursos, incluidos los medicamentos y otros suministros, y
- c) evaluar los resultados de las actividades de control de las ETS.

2.5 Autoridad científico-técnica

Por lo general, todos los países y/o regiones disponen de personas con experiencia y conocimientos imprescindibles para establecer un programa viable de control de las ETS. Lamentablemente, estas cualidades nacionales o regionales no suelen reconocerse o utilizarse lo suficiente por las autoridades de salud. Siempre que sea posible, es necesario organizar a estos expertos en un grupo en el que estén representadas las diversas disciplinas (por ejemplo, microbiología, ciencias de laboratorio, epidemiología, ciencias del comportamiento, medicina clínica, administración sanitaria, etc.) y las instituciones (por ejemplo, organizaciones académicas y profesionales, institutos del seguro social, ejército, organizaciones sindicales o privadas, etc.) cuyo concurso es necesario para las actividades de control de las ETS. En algunos países, la formación de ese grupo de expertos, con la participación de dirigentes comunitarios y otros promotores de las organizaciones públicas y privadas, ha dado como resultado la creación o reestructuración de un "centro de excelencia de las ETS" en el plano nacional, que luego ha pasado a ser el foco de la autoridad científico-técnica y de la formulación de políticas en el control de las ETS. Este centro debe estar en condiciones de:

- a) impartir capacitación técnica y profesional;
- b) servir de laboratorio de referencia;
- c) emprender actividades de investigación operativa (especialmente la evaluación, muy necesaria, de la propiedad de las pruebas de diagnóstico y de los tratamientos);

- d) realizar actividades de vigilancia epidemiológica, y
- e) orientar las actividades de supervisión, evaluación y formulación de políticas.

2.6 Integración del control de las ETS a nivel de la APS

Los programas especiales de control de las ETS y las clínicas especiales de ETS son eficaces pero costosos y solo alcanzan a pequeños segmentos de la población. La escasez de recursos especiales y los aumentos pronosticados de la población sexualmente activa bajo riesgo en todo el mundo, constituyen un terreno fértil para la diseminación de las ETS; por lo tanto, los problemas de salud pública cada vez más graves que plantean las ETS tendrán que encararse en el marco de los servicios de APS existentes. Las estrategias y componentes del control de las ETS expuestos anteriormente no necesariamente se tendrán que ejecutar en la forma de un programa "especial". Sin embargo, el Grupo estuvo firmemente persuadido de que, en todos los países, debía mantenerse, en el plano central, un núcleo de autoridad científico-técnico y de supervisión. La incorporación de un elemento de control de las ETS en las actividades del servicio de APS es tarea difícil, pero meritoria, que permitirá:

- a) ampliar la base de las actividades de control de las ETS, y
- b) aumentar la contribución del nivel de atención primaria de salud a la prevención y el control de las ETS.

El factor primordial de la integración es reconocer que el problema puede ser realizado por personas que no sean especialistas, siempre que se cuente con expertos multidisciplinarios con conocimientos especializados en el control de las ETS, a fin de que puedan dar apoyo técnico y científico a las actividades del programa. El segundo factor es que estos conocimientos especializados deben dar lugar a la formulación de directrices prácticas y útiles para los enfoques simplificados del control de las ETS al nivel de la atención primaria de salud, como por ejemplo los protocolos para la atención de pacientes y contactos.

3. PRINCIPIOS GENERALES RELATIVOS A LA FORMULACION DE PROTOCOLOS PARA EL CONTROL DE LAS ETS

El protocolo es un flujograma en el cual se presentan las acciones que el clínico debe ejecutar para tratar al paciente de acuerdo con la información epidemiológica, clínica y terapéutica disponible.

3.1 Fases iniciales

Dentro de lo posible, la persona a quien compete la responsabilidad por la atención primaria de salud o el control de las ETS

debe procurar la colaboración de dos o más profesionales interesados con conocimientos de las ETS, incluidos sus aspectos clínicos, para que integren un grupo de trabajo, a fin de suministrar información técnica y asistir en la formulación y redacción de los protocolos.

3.2 Identificación de problemas

El problema (o problemas) de ETS que se seleccione debiera revestir importancia médica y de salud pública en cuanto a su frecuencia de presentación, carga para los servicios de salud, gravedad de las consecuencias (en caso de no ser detectado y tratado oportunamente) y vulnerabilidad a las actividades de control (esto es, debiera responder a una intervención médica exitosa). Los signos y síntomas (síndrome clínico) respectivos del problema de ETS deben ser de índole tal que el personal paramédico pueda identificarlos sin necesidad de una amplia capacitación clínica y sin apoyo de laboratorio o, en todo caso, con un nivel mínimo de apoyo de laboratorio.

3.3 Evaluación de las prácticas y políticas de atención de salud en la comunidad

Puede ser útil obtener datos sobre el tratamiento actual y las preferencias locales para asegurarse de que los pacientes cumplirán las instrucciones que se les impartan, para lo cual se consultará a los profesionales sobre la forma en que se trata localmente el problema genitourinario escogido. En esta fase se debe considerar las características de la comunidad y del sistema sanitario que pueden influir (negativa o positivamente) en la aplicación del protocolo (por ejemplo, aceptación del personal no médico, utilización de las clínicas locales, capacidad para financiar los servicios médicos o los suministros, etc.).

3.4 Definición de quiénes utilizarán los protocolos

También es importante determinar quién utilizará los protocolos, pues el caudal de información y la complejidad de ellos pueden variar en función de los usuarios (por ejemplo, entre un médico clínico con acceso a pruebas de laboratorio en un medio urbano, y un trabajador rural en una comunidad remota). Tal vez en algunos países se quiera distribuir protocolos a los "curadores de ETS" (por ejemplo a quienes venden medicamentos). Esto no significa que el gobierno apruebe sus actividades, sino que es un reconocimiento, ajustado a la realidad, del hecho de que son una fuente considerable de atención--con frecuencia, inadecuada--de las ETS en la comunidad.

3.5 Información técnica sobre etiología, diagnóstico y tratamiento

El grupo de trabajo debiera incluir las causas más posibles cuando no se puede obtener información o se sabe muy poco de las etiologías de los síndromes que son comunes en una determinada zona geográfica. Idealmente, y como parte de la formulación del protocolo, el grupo de trabajo debiera examinar la información disponible sobre la morbilidad por ETS (bibliografía médica, datos estadísticos, registros de hospitales y de la atención en la consulta, etc.). En algunos casos será necesario o conveniente emprender estudios microbiológicos clínicos limitados para definir mejor las etiologías que causan un determinado síndrome, así como también la respuesta de estos organismos a diversos regímenes terapéuticos. Cuando corresponda, el grupo debiera también reunir y examinar información sobre las pruebas diagnósticas de laboratorio (sensibilidad, especificidad, costo, etc.) y terapia (eficacia, costo, conveniencia, aceptabilidad, disponibilidad, resistencia antimicrobiana, etc.). A veces es menester realizar estudios de investigación operativa, como la evaluación de pruebas y los ensayos clínicos (con y sin controles). En ocasiones, puede resultar útil la información proveniente de países vecinos y zonas adyacentes.

3.6 Formulación de protocolos

Antes de formular un protocolo, se debe identificar en forma clara los signos y síntomas que constituyen el síndrome que se examina ("definición del caso"), así como también los propósitos operativos (por ejemplo, se puede decir que el síndrome clínico de "uretritis" es una secreción uretral con o sin disuria y frecuencia). La utilidad del protocolo dependerá de que sea:

- a) sensitivo, que identifique correctamente a los pacientes con un problema específico de ETS;
- b) específico, que identifique a los pacientes que requieren otras modalidades de tratamiento o que presentan otras afecciones;
- c) viable, que se pueda aplicar en función de la existencia de recursos humanos y de otra índole;
- d) práctico, que siga las acciones y procedimientos lógicos del clínico que lo aplicará;
- e) eficaz en función de los costos, que obtenga los resultados previstos a un costo aceptable;
- f) pertinente, apropiado a los problemas de salud, el contexto, el paciente y el profesional, y

- g) adaptable, susceptible a los cambios en el contexto y el tiempo. Idealmente, los protocolos de tratamiento de pacientes deben ser diferentes según el nivel de competencia y han de formularse de modo tal que sean también útiles y aceptables para los clínicos privados.

3.7 Ensayo de los protocolos

Una vez que se ha formulado el protocolo, es muy conveniente ensayarlo y evaluar su rendimiento en un pequeño proyecto piloto o de demostración antes de hacer extensiva su aplicación a todos los servicios de APS. A menudo, en esa etapa se harán cambios en el diseño y se introducirán correcciones en los regímenes de tratamiento recomendados. Es importante recordar que las pautas de morbilidad y los recursos locales están sujetos a grandes variaciones y que, a veces, requieren diferentes protocolos de manejo específicos para cada zona dentro de un mismo país. En otros casos, las similitudes entre los países pueden permitir una formulación y utilización de protocolos que sean igualmente eficaces en una zona muy amplia.

4. PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ETS A NIVEL DE LA APS

En esta sección se hará referencia a algunos de los síndromes clínicos más comunes y fácilmente distinguibles vinculados con las ETS, que se observan al nivel de la APS, y se mencionarán ejemplos de protocolos para su adaptación a las circunstancias locales. Se examinarán los siguientes problemas de salud:

- Secreción uretral (4.1)
- Flujo vaginal (4.2)
- Enfermedad inflamatoria pelviana (4.3)
- Úlcera genital (4.4)
- Bubón (4.5)
- Balanitis y balanopostitis (4.6)
- Oftalmía neonatorum (conjuntivitis del neonato) (4.7)
- Inflamación del escroto (4.8)
- Sospecha de ETS (4.9)

Estos síndromes se pueden perfeccionar mediante el uso de pruebas microscópicas sencillas (Anexo 4), que permiten también aplicar tratamientos más específicos y de bajo costo.

4.1 Secreción uretral

4.1.1 Definición

Presencia de secreción en la uretra anterior, acompañada a veces por disuria o molestia uretral.

4.1.2 Información básica

Importancia. La secreción uretral es la afección de las ETS que con más frecuencia se presenta en pacientes masculinos. La uretritis que no se trata puede producir complicaciones, como la epididimitis, la infertilidad masculina y la estrechez de la uretra.

Etiología. En varones con historial de exposición sexual, el flujo uretral es producido habitualmente por Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum y, rara vez, por otros agentes de ETS (por ejemplo, T. vaginalis). Por razones prácticas, la uretritis relacionada con las ETS se subdivide en uretritis gonocócica, producida por N. gonorrhoeae, y uretritis no gonocócica (UNG), causada habitualmente por C. trachomatis o U. urealyticum. En algunos pacientes se puede observar la uretritis traumática no infecciosa causada por manipulación excesiva del pene.

En los contextos de atención primaria de salud de los países en desarrollo, la vasta mayoría de los casos de uretritis son causados por gonococos; algunos de estos pacientes presentan también una infección concomitante de C. trachomatis. La uretritis no gonocócica es la forma observada con mayor frecuencia en los países industrializados, y en los pacientes de uretritis tratados previamente en los países en desarrollo se puede aislar C. trachomatis en aproximadamente el 50% de los varones con uretritis no gonocócica y hasta en un tercio de los pacientes con infecciones gonocócicas concomitantes. La infección causada por clamidias es, por lo tanto, la causa más común de flujo uretral en estos contextos.

Tratamiento. La determinación del régimen apropiado es crucial (véase el Anexo 3). En los países en los cuales los gonococos son todavía sensibles a las tetraciclinas y a la eritromicina, los planes de tratamiento de la UNG por infecciones causadas por clamidias también son efectivos para curar la gonorrea.

Debido a las pautas variables de resistencia, puede ser difícil escoger un tratamiento apropiado para la gonorrea. Las autoridades nacionales o locales de salud tienen que considerar lo siguiente antes de recomendar una terapia:

- La prevalencia de gonococos productores de beta-lactamasa en la zona y el nivel de resistencia cromosómica a la penicilina y otros agentes antimicrobianos.
- Las recomendaciones de los grupos científicos de la OMS y otras instituciones. También deben tenerse en cuenta las recomendaciones de países o regiones vecinos.
- Los resultados de los ensayos clínicos locales con los regímenes recomendados.

Las recomendaciones para el tratamiento de infecciones gonocócicas urogenitales sin complicaciones figuran en el Anexo 3. En general, al nivel de APS, se prefiere el régimen de dosis única.

4.1.3 Molestias subjetivas

La mayoría de los pacientes se queja de que "le sale pus del pene" y/o "ardor o dolor al orinar".

4.1.4 Hallazgos objetivos

Examen físico. En varones no circuncidados es importante verificar que la secreción provenga del meato uretral y no del glande (por ejemplo, en la balanitis (4.6), la úlcera genital (4.4) o la fimosis). La secreción puede ir de "abundante y purulenta" a "escasa y mucoide". Puede ser necesario "ordeñar" la uretra para ver la secreción.

Pruebas de laboratorio. El examen microscópico de extendido de secreción uretral teñido con azul de metileno (AM) o coloración Gram (Anexo 4) se puede usar inmediatamente para detectar la uretritis gonocócica (caracterizada por diplococos intracelulares) o la UNG (células de pus sin diplococos intracelulares). Cuando está bien hecha, la sensibilidad y especificidad de la coloración con tintura de Gram o AM es superior al 95% en el caso de la uretritis gonocócica. Con este método no podrán identificarse los pacientes con infecciones concomitantes causadas por gonococos y clamidias.

En algunos contextos de APS se pueden realizar cultivos para aislar N. gonorrhoeae, pero los resultados de esta prueba no se conocen durante dos o más días y, por consiguiente, la prueba no es útil para orientar la decisión inicial de tratamiento. No obstante, los cultivos son importantes cuando es necesario aislar el gonococo (por ejemplo, para detectar la producción de beta-lactamasa o la susceptibilidad antimicrobiana en un laboratorio de referencia).

Por lo común no es posible efectuar cultivos de C. trachomatis, U. urealyticum y otros agentes de las ETS al nivel de la APS; sin embargo, cuando ello es posible, esos cultivos no facilitan la adopción de la decisión inicial en relación con el tratamiento del paciente.

Actualmente se están evaluando nuevas pruebas--distintas de los cultivos--para detectar C. trachomatis (por ejemplo, ensayo de inmunoabsorción enzimática (ELISA) y anticuerpos monoclonales) y N. gonorrhoeae (por ejemplo, ELISA y pruebas de transformación). Estas tecnologías todavía son costosas y han sido objeto de una experimentación insuficiente como para tener una aplicación más general.

4.1.5 Información importante

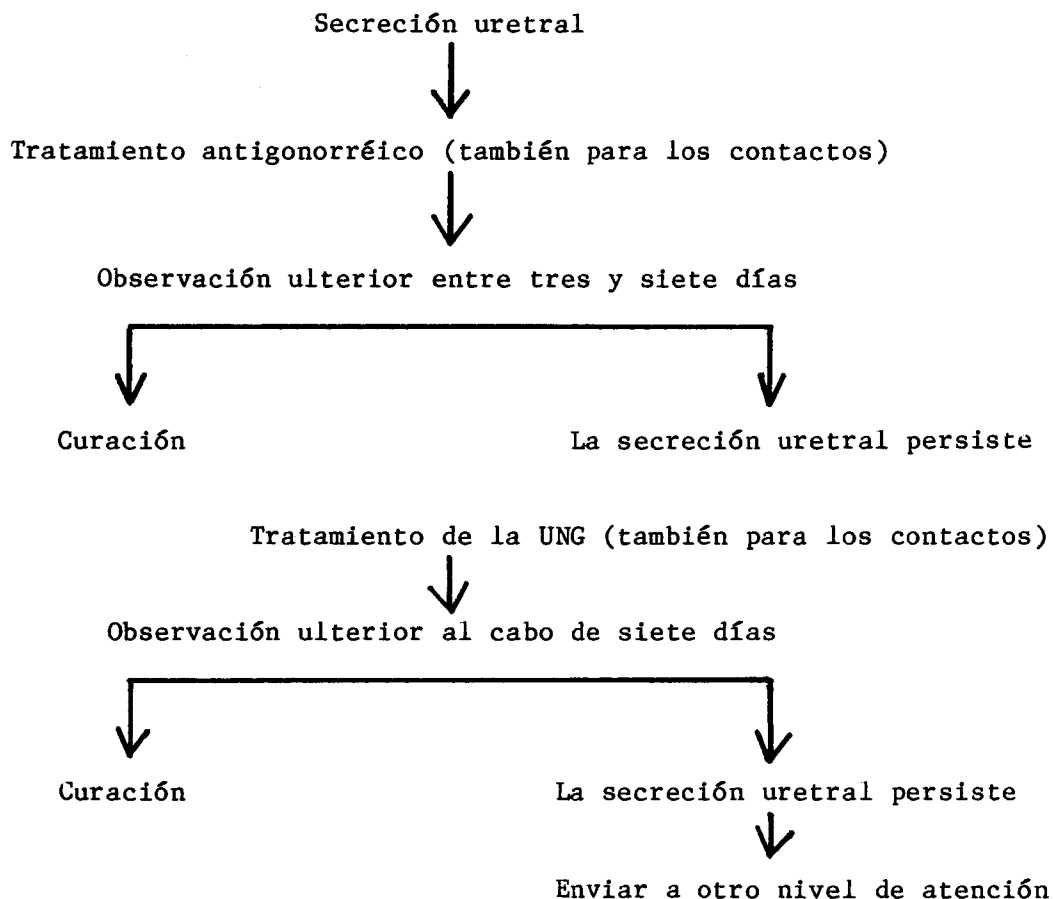
La uretritis gonocócica tiende a producir síntomas más graves y tiene un período de incubación más breve (dos a tres días) que la UNG (alrededor de una semana). En consecuencia, algunos clínicos en zonas de elevada prevalencia gonocócica se basan en las características de la secreción uretral para diferenciar entre la gonorrea (secreción abundante y purulenta) y la UNG (secreción escasa, habitualmente mucoide o serosa). Sin embargo, estos signos físicos no son suficientes para predecir la etiología de la secreción uretral en un paciente determinado. El clínico debe tener presente la posibilidad de infección concomitante (gonocócica y por clamidias) en el paciente y la presencia de cepas gonocócicas resistentes (por ejemplo, NGPP) en la comunidad.

4.1.6 Plan de acción

Los contactos sexuales deberán tratarse con regímenes terapéuticos completos, idénticos a los aplicados al paciente. En un varón con secreción uretral, en ausencia de apoyo de laboratorio, se usarán los PROTOCOLOS 1A o 1B. Si se dispone de microscopía para examinar un frotis teñido de la secreción uretral, se puede usar un protocolo más específico (el PROTOCOLO 2).

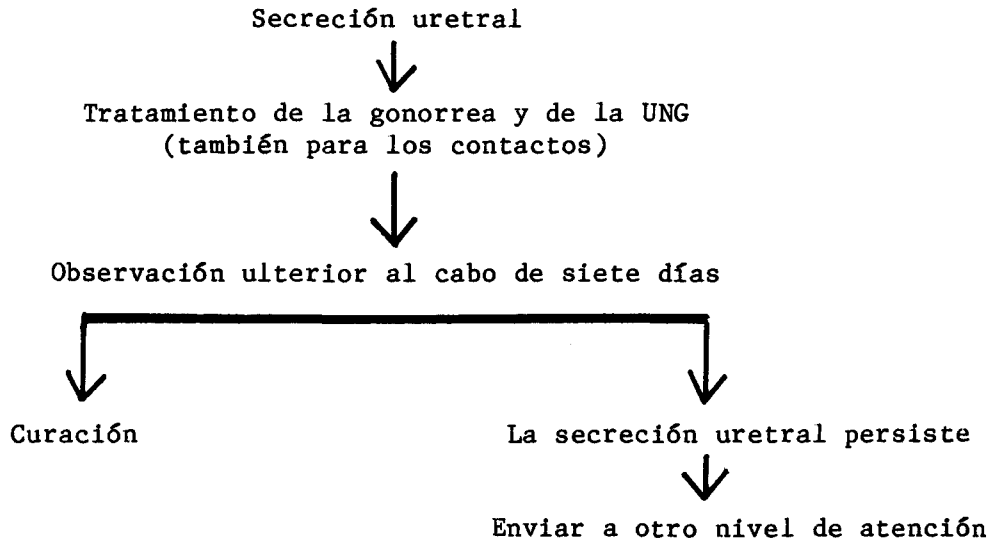
PROTOCOLO 1 (secreción uretral)

A. En contextos en los cuales la secreción uretral se debe principalmente a infección gonocócica (por ejemplo, más del 80%).



Si la secreción uretral se observa durante el examen clínico, se administra el régimen antigonorréico común. Se dice al paciente que regrese entre tres y siete días después del tratamiento antigonorreico si todavía tiene síntomas. Si al volver se sigue observando la secreción uretral, se administra el régimen común contra la UNG (clamidia). Si la secreción uretral persiste siete días después de completarse el tratamiento, hay que enviar al paciente a un nivel superior de atención.

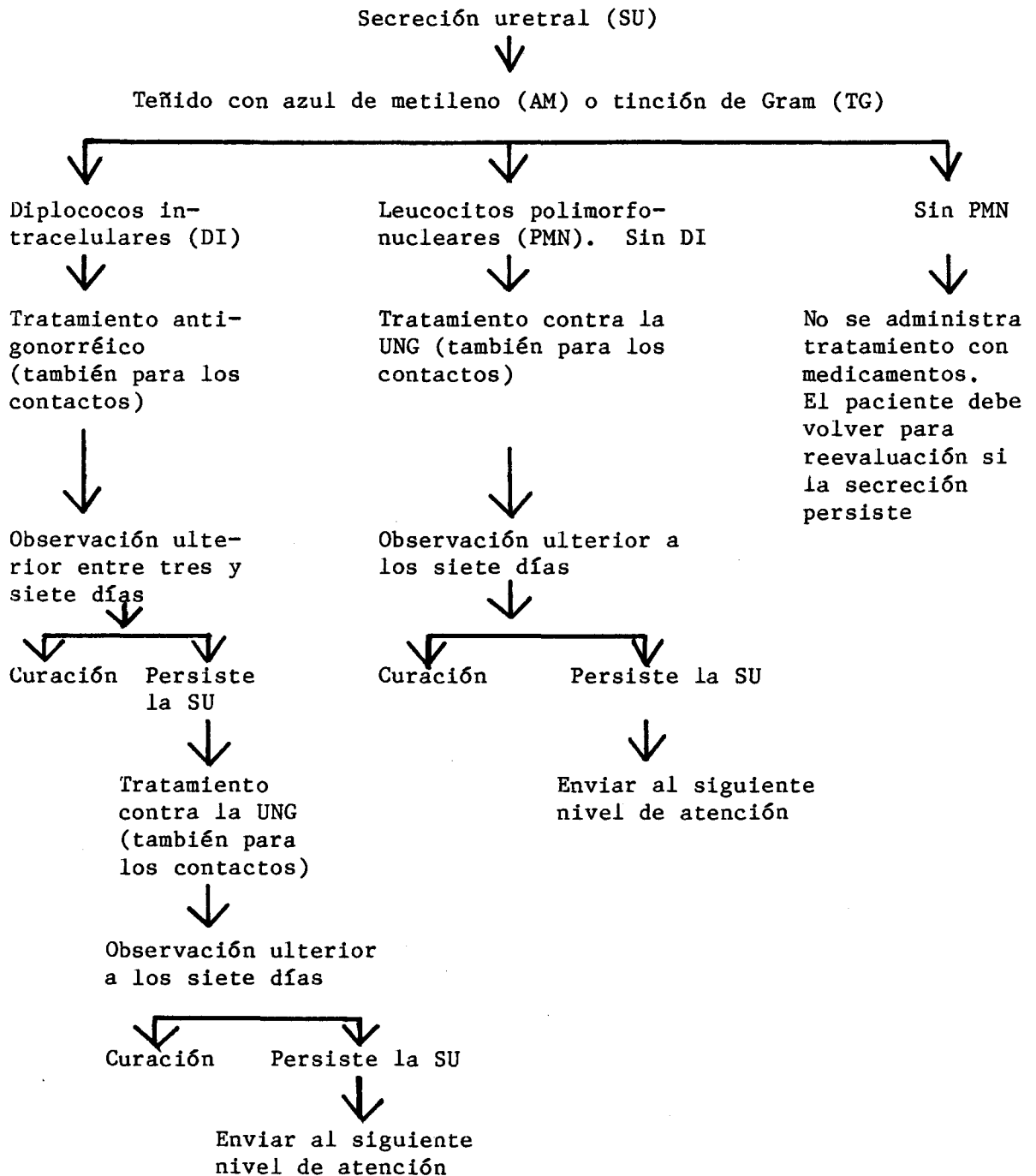
B. En contextos en los cuales la secreción uretral se debe a infección gonocócica en menos del 80%.



Si se observa secreción uretral en el examen clínico, se administran tanto el tratamiento antigonorreico común como el tratamiento común contra la UNG. (En las zonas en las cuales las tetraciclinas o la eritromicina son apropiadas para el tratamiento de la gonorrea, solo es necesario usar un tratamiento para la gonorrea y la UNG.) Se dice al paciente que regrese siete días después de completar el tratamiento si no se ha curado. Si la secreción uretral persiste, hay que enviar al paciente a un nivel superior de atención.

Cuando se trata de un varón con secreción uretral y se dispone de examen microscópico, se debe emplear el PROTOCOLO 2.

PROTOCOLO 2 (secreción uretral)



Si se observa secreción uretral en el examen físico, se debe examinar un frotis de la misma luego de colorearlo con azul de metileno o tinción de Gram.

De acuerdo con los resultados del examen del frotis, existen tres posibilidades:

- Que se observen diplococos intracelulares (DI); se administra al paciente el tratamiento antigonorreico común y se hace observación ulterior si no se ha curado.
- Que no se observen diplococos intracelulares, pero sí leucocitos polimorfonucleares; se le administra al paciente el tratamiento común contra la UNG y se hace observación ulterior si no ha curado.
- Que no se observen leucocitos polimorfonucleares en el frotis, en cuyo caso no se administra tratamiento con medicamentos y se pide al paciente que vuelva para reevaluación si la secreción persiste.

4.2 Flujo vaginal

4.2.1 Definición

Se entiende por flujo vaginal relacionado con las ETS un cambio en el color o el olor y/o un aumento del caudal de la secreción vaginal atribuibles a infección vaginal o del cuello uterino. El flujo vaginal puede ir acompañado de prurito, edema genital, disuria o dolor en la parte inferior del abdomen o de la espalda (véase también enfermedad inflamatoria pelviana, 4.3).

4.2.2 Información básica

Importancia. El flujo vaginal es probablemente la dolencia ginecológica más común. Además del malestar que produce a la paciente, el flujo vaginal puede indicar la presencia de ETS u otro problema que puede tener consecuencias graves (por ejemplo, enfermedad inflamatoria pelviana; véase 4.3).

Etiología. Las principales causas infecciosas de un flujo relacionado con ETS son N. gonorrhoeae, C. trachomatis y el virus Herpes simplex cuando el cuadro es de cervicitis, y T. vaginalis, C. albicans y una combinación de Gardnerella vaginalis y anaerobios ("vaginosis bacteriana") cuando es de vaginitis.

En muchos países la prevalencia de infecciones por tricomonas y Candida es muy similar (el 30-40% de las mujeres que solicitan atención), pero la prevalencia de gonorrea e infección por clamidias varía según el

contexto. Como ocurre con la uretritis masculina, es común la infección concomitante por N. gonorrhoeae y C. trachomatis (la mitad de los casos en algunas series).

Tratamiento. Entre los factores para elegir el tratamiento se cuentan el estado de embarazo, el malestar que padece la paciente y la etiología más probable. Se debe incluir a la pareja sexual habitual en el tratamiento de todos los casos, salvo en la candidiasis y la vaginosis bacteriana. La presunción de etiologías gonocócicas o por clamidias justifica el tratamiento inmediato de la paciente y su contacto.

4.2.3 Molestias subjetivas

La percepción por la paciente y la comunidad de lo que constituye un "flujo vaginal" puede también ser variable. En general, la mayoría de las mujeres que presentan este síndrome se quejarán de ensuciar su ropa interior, exceso de secreción, cambio en el color y/o el olor, prurito, disuria, dispareunia, enrojecimiento de la vulva y, a veces, dolor en la parte inferior del abdomen (véase 4.3). Se debe verificar si la paciente está embarazada preguntándole si tiene o no menstruación.

4.2.4 Hallazgos objetivos

Examen clínico. Si no es posible efectuar un examen ginecológico apropiado por carecer de elementos (camilla, guantes, espéculo, etc.) o cuando la paciente se niega a que la examinen, por razones culturales o religiosas, entonces el único criterio para determinar el tratamiento apropiado serán las quejas de la paciente (véase el PROTOCOLO 1).

Si se puede realizar un examen clínico, se pueden plantear las siguientes situaciones:

- A. Se dispone de camilla para el examen, pero no de guantes o espéculo. Se deben efectuar algunas maniobras clínicas, incluidas la inspección de la vulva y el introito, para observar si hay flujo, verificar el aspecto de la piel y determinar si hay erosiones o ulceración (si hay úlcera, véase 4.4, úlcera genital) y la palpación de la parte inferior del abdomen. Si la palpación es dolorosa, véase 4.3, enfermedades inflamatoria pelviana.
- B. Se dispone de camilla y espéculo, pero no de guantes. Es posible efectuar la inspección de los órganos genitales y la palpación de la parte inferior del abdomen. Después de introducir el espéculo, la observación del aspecto del cuello uterino, las características del flujo y el origen aparente de la secreción (vaginal, endocervical) puede suministrar información útil para el tratamiento.

- C. Se dispone de camilla y guantes, pero no de espéculo. Se podrá examinar la vulva; una inspección pelviana bimanual puede ayudar a determinar que no hay embarazo. Si la movilización del cuello uterino produce dolor, véase 4.3, enfermedad inflamatoria pelviana.
- D. Se dispone de camilla, espéculo y guantes. Se deben llevar a cabo las tres maniobras clínicas: examen de la vulva, observación visual del orificio del cuello uterino y del flujo con espéculo y examen bimanual.

Pruebas de laboratorio. Aunque es deseable, por lo general no se dispone de elementos para efectuar cultivos a nivel de APS. En algunos establecimientos, pueden ser útiles el microscopio y el montaje en fresco para detectar tricomoniasis, candidiasis y "vaginosis" (prueba de KOH, relación de plocitos/células epiteliales y presencia de células "clave") (véase el Anexo 4). Si se prevé usar la tinción de Gram para el diagnóstico, se deben poner a prueba la calidad y validez de este método en las condiciones locales. En general, el procedimiento de la tinción de Gram para detectar la infección gonocócica no es un método de diagnóstico útil para las mujeres.

4.2.5 Información importante

Algunos flujos vaginales causados por infección gonocócica o por clamidias, si no son tratados, pueden llevar a la enfermedad inflamatoria pelviana, infecundidad y otras complicaciones (por ejemplo, dolor crónico, embarazo ectópico). Si la paciente siente dolor en la parte inferior del abdomen, véase el protocolo de la enfermedad inflamatoria pelviana (4.3). Ocasionalmente puede obtenerse información de que la pareja masculina ha sufrido recientemente un problema de ETS, lo que puede facilitar el tratamiento de la paciente (por ejemplo, la paciente es contacto de un caso de uretritis). Hay que recordar, sin embargo, que no se debe administrar tetraciclina a las embarazadas.

Los niños nacidos de mujeres con gonorrea o infección por clamidias no tratadas pueden desarrollar oftalmía neonatorum si al tiempo de nacer no se les administra profilaxis oftálmica (véase 4.7).

4.2.6 Plan de acción

Se debe investigar siempre si la paciente es contacto de un caso conocido (por ejemplo, un varón con uretritis) y usar esta información para orientar el tratamiento de sospecha de ETS (véase 4.9).

Según la información disponible, se sugiere emplear los siguientes protocolos:

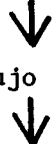
PROTOCOLO 1 (no se puede hacer ni un examen clínico
ni pruebas de laboratorio)

Flujo vaginal sin dolor en la parte inferior del abdomen

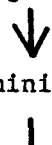


Tratamiento contra la tricomoniasis* para la paciente y sus contactos
(agréguese el tratamiento antigonorréico si se
estima que la prevalencia es superior a 5-10% en
las pacientes con flujo vaginal)

Observación ulterior después de siete días

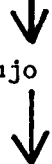


El flujo vaginal persiste



Se administra tratamiento contra la candidiasis solamente a la paciente
(más tratamiento antigonorréico de la paciente y
contactos, cuando no ha sido administrado previa-
mente)

Observación ulterior después de siete días



El flujo vaginal persiste

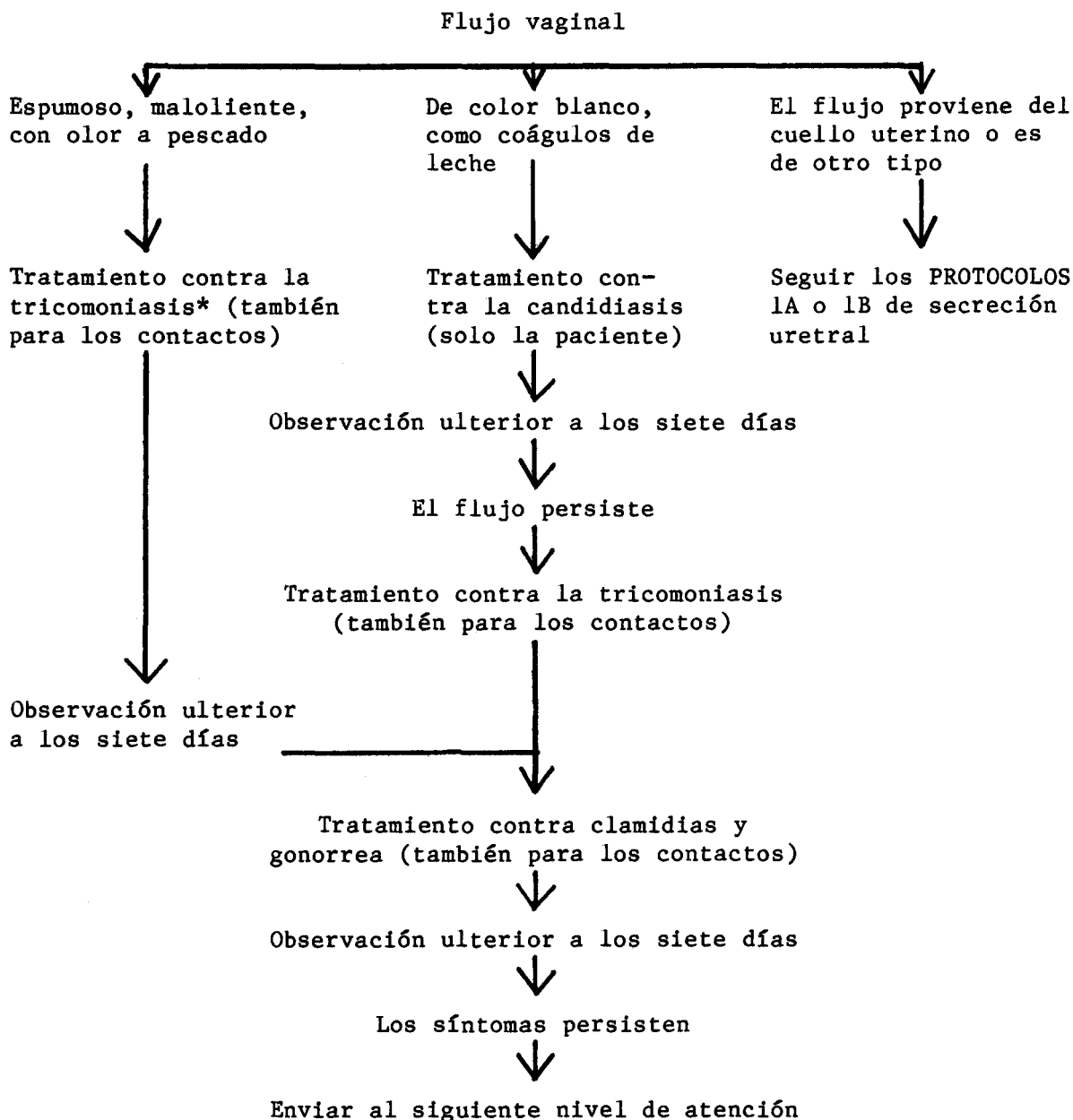


Se envía a la paciente a un nivel superior de atención

*Este tratamiento es eficaz también para la mayoría de las
pacientes con vaginosis bacteriana.

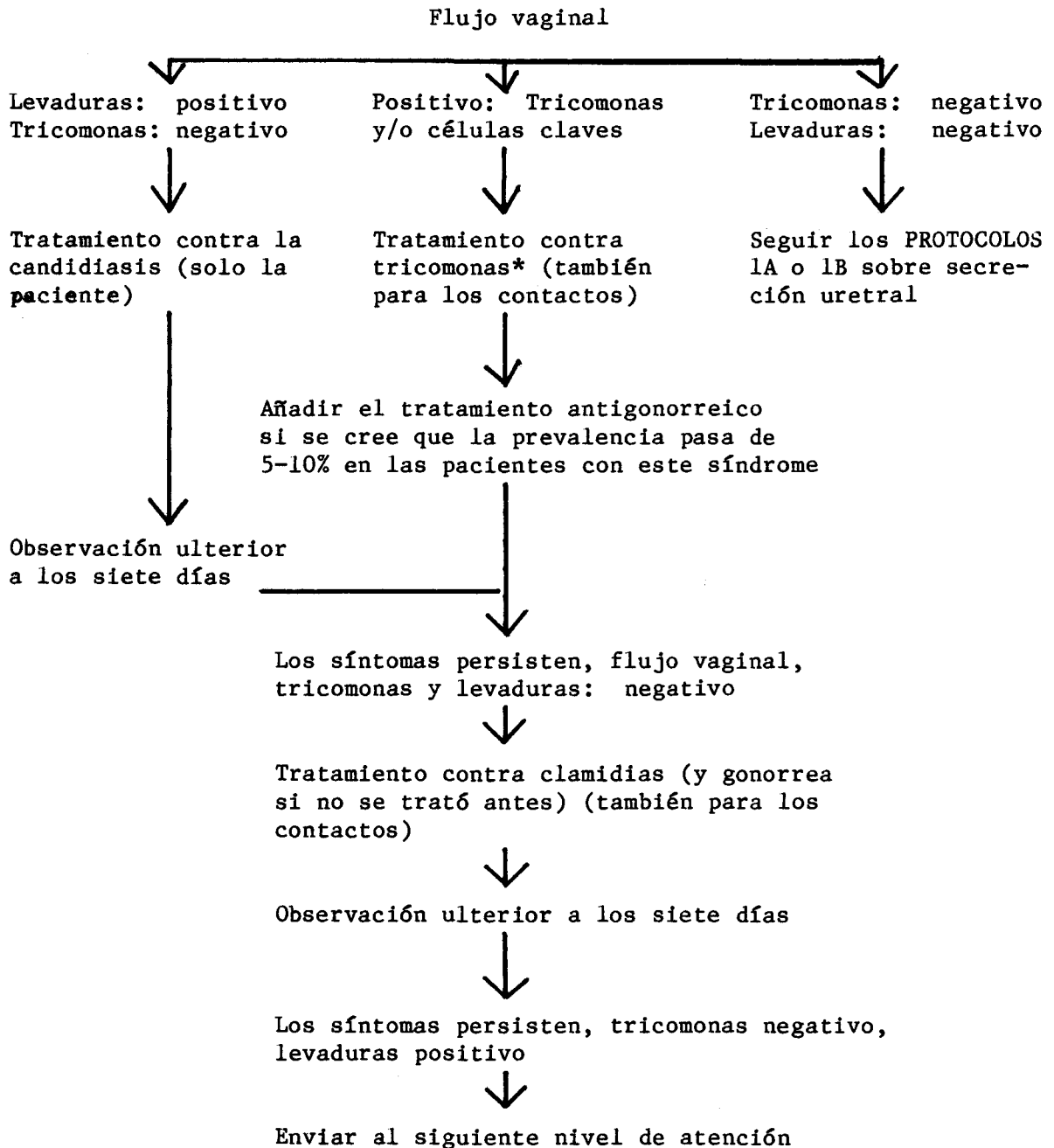
PROTOCOLO 2 (se hace examen clínico con observación visual
del cuello uterino, pero sin microscopía)

Si el flujo vaginal va acompañado de dolor en la parte inferior del abdomen o se produce dolor al movilizar el cuello uterino, se debe emplear el protocolo de la enfermedad inflamatoria pelviana (4.3).



*Este tratamiento es eficaz también para la mayoría de las pacientes con vaginosis bacteriana.

PROTOCOLO 3 (examen clínico y microscopía,
con extendido en fresco)



*Las células claves sin leucocitos polimorfonucleares en ausencia de tricomonas sugieren una vaginosis bacteriana, que no requiere un tratamiento para la pareja.

4.3 Enfermedad inflamatoria pelviana (EIP)

4.3.1 Definición

La enfermedad inflamatoria pelviana es un nombre general aplicado a las infecciones pelvianas en la mujer (por ejemplo, salpingitis, endometritis, parametritis, ooforitis y peritonitis pelviana) causadas por microorganismos que, por lo general, ascienden desde el canal genital inferior e invaden el endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo.

4.3.2 Información básica

Importancia. Las infecciones pelvianas relacionadas con ETS son una causa principal de infecundidad, infección recurrente, embarazo ectópico y dolor crónico. La EIP es una causa común de hospitalización en pabellones ginecológicos y de urgencia. Las complicaciones, como los abscesos tubo-ováricos, requieren procedimientos quirúrgicos mayores y pueden ser causa de muerte. Los patógenos comunes de ETS que producen EIP son N. gonorrhoeae, C. trachomatis y quizás M. hominis. También se observan con frecuencia bacterias anaerobias facultativas y obligadas, especialmente en las infecciones supurativas clínicamente graves. Además de la EIP relacionada con ETS, también puede haber infecciones ascendentes posparto y posaborto, asociadas habitualmente con la falta de higiene y la deficiente atención obstétrica. La presencia de dispositivos intrauterinos favorece el desarrollo de la EIP, especialmente en el mes siguiente a la inserción.

4.3.3 Molestias subjetivas

El dolor de leve a intenso en la parte inferior del abdomen, que habitualmente empeora antes de la menstruación y que, a veces, va acompañado de fiebre y/o de los síntomas analizados al considerar el flujo vaginal (véase 4.2), debe hacer sospechar al clínico de la presencia de EIP. Es preciso que el clínico averigüe si la paciente ha tenido ataques anteriores de esta afección y verifique la ausencia de embarazo o aborto.

4.3.4 Hallazgos objetivos

Examen físico. Se deben excluir las urgencias médico-quirúrgicas. Verifíquese si hay:

- a) sensibilidad suprapúbica anormal al tacto;
- b) flujo vaginal (véase 4.2);
- c) ulceración (también en los órganos genitales externos) (véase 4.4);

- d) presencia de dispositivo intrauterino (DIU);
- e) cuello uterino abierto, restos tisulares observados o palpables (aborto);
- f) examen bimanual para determinar si hay dolor a la palpación de anexos, unilateral o bilateral;
- g) temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$.

El examen físico debe incluir también la inspección de los órganos genitales externos para determinar si hay ulceración (véase 4.4).

Pruebas de laboratorio. Microscopía directa (extendido en fresco) de un espécimen vaginal: la presencia de células de pus en número superior a las células epiteliales sugiere una infección de la parte inferior del aparato genital.

4.3.5 Información importante

Si hay dolor en la parte inferior del abdomen se deben excluir las urgencias quirúrgicas (gastrointestinales, abdominales, como apendicitis; obstétricas, ginecológicas, como el embarazo extrauterino, etc.) y las complicaciones del puerperio. Un diagnóstico de EIP debe llevar a la administración de tratamiento antibiótico a la paciente y su pareja, con una duración mínima de 10 días. Las infecciones de la parte inferior del aparato genital (incluida la cervicitis) requieren terapia antibiótica de la paciente y sus contactos durante siete días.

4.3.6 Plan de acción

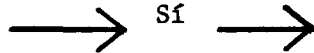
Según los servicios clínicos disponibles y la capacidad para examinar a la paciente, se sugieren los siguientes protocolos para la EIP:

PROTOCOLO 1 (cuando solo son posibles el interrogatorio
y la palpación externa de la paciente)

Dolor en la parte inferior del abdomen



Dolor a la palpación con
retroceso o dolor de rebote



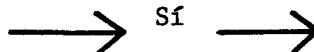
Enviar a un establecimiento
con servicios de cirugía



No



El último período menstrual
se ha retrasado



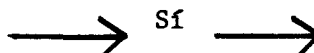
Enviar a otro nivel de
atención



No



Fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$



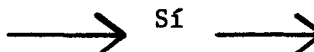
Tratar a la paciente y a su
pareja con una sola dosis
para gonorrea y tetraci-
clina y metronidazol* por
10 días



No



Flujo vaginal, disuria



Los síntomas persisten



No



Decir a la paciente que debe
regresar para ser reevaluada
si el dolor persiste

Enviar a otro nivel de aten-
ción

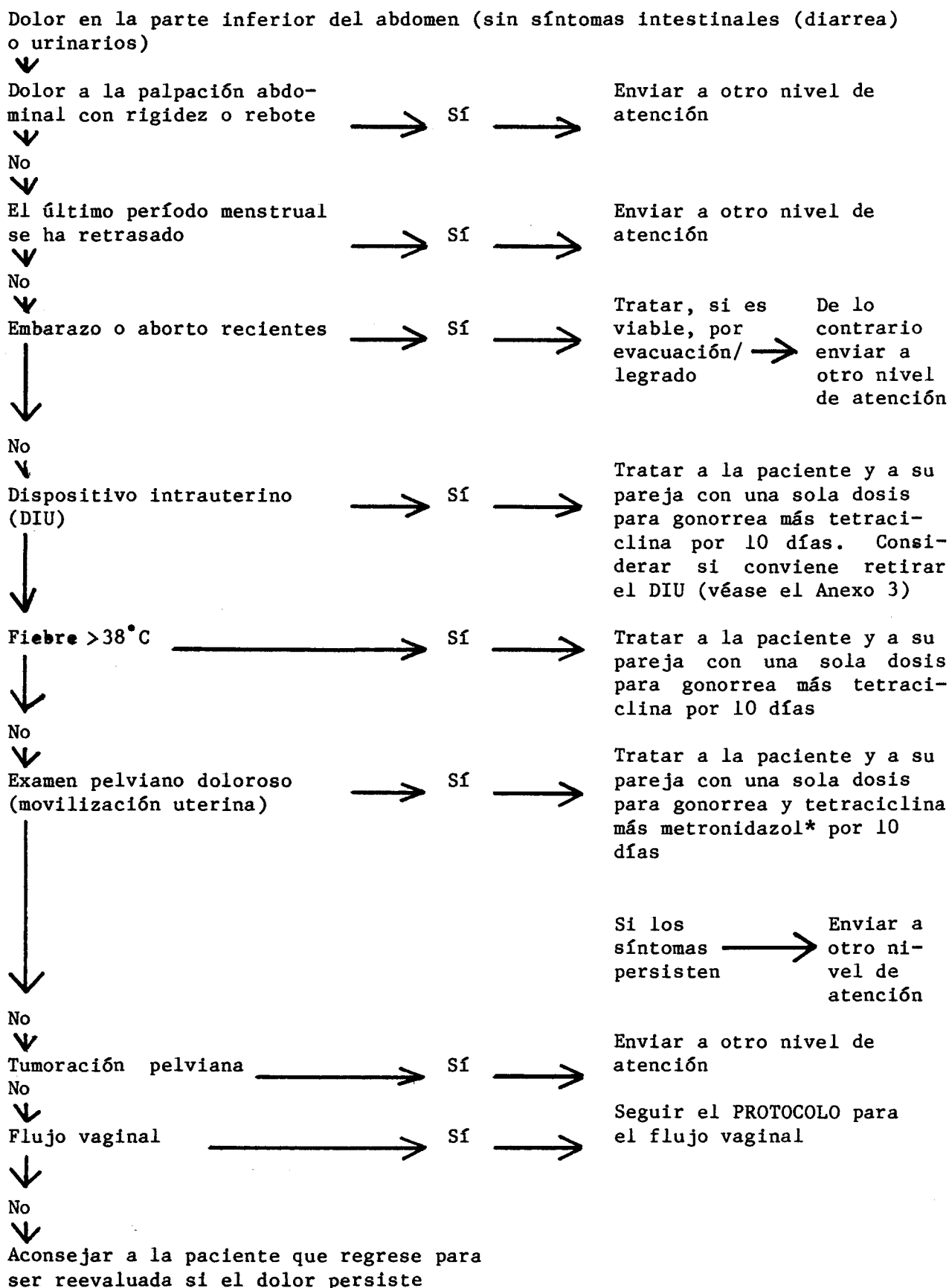
Tratar a la paciente y a su
pareja con una sola dosis
para gonorrea más tetraci-
clina por 10 días y un ré-
gimen de dosis única para
tricomoniasis

Los síntomas persisten al
cabo de siete días

Enviar a otro nivel de
atención

*No se requiere metronidazol para tratar a los contactos.

PROTOCOLO 2 (cuando se efectúa el examen ginecológico)



*No se requiere metronidazol para tratar a los contactos.

4.4 Úlcera genital

4.4.1 Definición

Pérdida de continuidad cutánea que produce una o más lesiones ulcerativas en los órganos genitales. Las úlceras genitales pueden ser dolorosas o indoloras y frecuentemente van acompañadas de linfadenopatía inguinal.

4.4.2 Información básica

Importancia. Las ulceraciones genitales son una causa común de consulta en países tropicales. Según la etiología, este síndrome puede causar complicaciones graves (esto es, sífilis sintomática tardía, lesiones mutilantes de los órganos genitales, etc.).

Etiología. Los agentes comunes de ETS que producen úlceras genitales son Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Calymmatobacterium granulomatis, C. trachomatis (serovars L1-L3) y virus de herpes simplex. Las úlceras por traumatismo pueden infectarse secundariamente con otras bacterias.

La frecuencia relativa de los diferentes agentes de ETS que causan úlceras genitales varía según el medio. En estudios realizados en Africa Oriental y Meridional el 40-60% de los casos correspondió a infección por H. ducreyi (chancro blando), el 9-17% a T. pallidum (sífilis), el 0-12% a C. trachomatis (LGV) y el 4-11% a virus de herpes simplex, con 0-1% para C. granulomatis (donovanosis). En Tailandia el número de casos de chancro blando es superior al de sífilis (30:1) como causa de úlcera genital. Las ETS que van acompañadas frecuentemente por bubones incluyen sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo y herpes genital.

Tratamiento. En el Anexo 3 figuran los planes de tratamiento de las enfermedades que causan úlceras genitales.

4.4.3 Molestias subjetivas

Los pacientes por lo común se quejan de una llaga o llagas en los órganos genitales. Los varones no circuncidados se pueden quejar de secreción en el pene o de incapacidad para retractar el prepucio. Las mujeres se pueden quejar de ardor al orinar si las úlceras están situadas en la vulva.

4.4.4 Hallazgos objetivos

Examen físico. Se deben observar el número y las características de las lesiones. En algunos medios puede ser difícil efectuar el examen de las mujeres, pero debe hacerse siempre que sea posible. Se debe observar si hay presencia de linfadenopatía inguinal (bubón).

Pruebas de laboratorio. En general, las pruebas de diagnóstico para este síndrome no son útiles para adoptar la decisión terapéutica inicial en el nivel periférico. Cuando se dispone de estos medios, la tinción de Giemsa para C. granulomatis (donovanosis), la microscopía de campo oscuro para la sífilis, las pruebas serológicas para la sífilis o los cultivos (H. ducreyi) pueden suministrar información adicional que lleve a una terapéutica más específica para la enfermedad, ya sea en la primera visita o en la visita de observación ulterior.

4.4.5 Información importante

Las lesiones indoloras e induradas se atribuyen a sífilis (se deben usar guantes para la palpación); las llagas dolorosas que sangran fácilmente se atribuyen a chancro blando; la presencia de lesiones vesiculares o erosiones superficiales indica una probable infección herpética. Sin embargo, las úlceras genitales no suelen corresponder a las descripciones de los libros de texto y, en las zonas donde el chancro blando y la sífilis son etiologías frecuentes de las úlceras genitales, el diagnóstico clínico no se discierne lo suficiente. Por cuanto las infecciones dobles son frecuentes el tratamiento inicial se puede orientar hacia las dos enfermedades. Un elemento crucial para formular las instrucciones de tratamiento es saber la importancia de cada etiología en el problema de úlcera genital en la zona.

4.4.6 Plan de acción

Se basa en el examen clínico y siempre deberá incluir a las parejas sexuales del paciente, que deben recibir el mismo tratamiento que el caso principal.

En las zonas en las cuales no se dispone de apoyo de laboratorio, se sugiere emplear el protocolo que figura a continuación. Si no se observa úlcera genital, pero hay lesiones vesiculares, se aconseja al paciente que mantenga las lesiones limpias y secas. Si hay úlcera genital, en la primera visita se administra tratamiento contra la sífilis y el chancro blando. Si no se nota mejoría en la observación ulterior, se envía al paciente a otro nivel de atención.

PROTOCOLO (úlceras genitales)

A. Cuando no se dispone de servicios de laboratorio

Lesiones vesiculares solamente



Tratamiento de virus de herpes simplex

Úlcera genital



Tratamiento para la sífilis
y el chancro blando (también
para los contactos)



Observación ulterior después
de siete días



Estable o deterioro

Mejoría



Enviar a otro nivel de
atención

B. Cuando se dispone de servicios de laboratorio

Si se dispone de microscopía de campo oscuro en la primera visita y el examen es positivo, se debe administrar tratamiento contra la sífilis; si el examen es negativo, se debe administrar tratamiento contra el chancro blando.

Nota sobre bubones

Es frecuente que el bubón acompañe a la úlcera genital y, aunque la úlcera se cure con el tratamiento, el bubón puede avanzar hasta la fluctuación y ruptura. Los bubones fluctuantes deben ser aspirados a través de la piel normal adyacente y sana (no se debe efectuar incisión para drenarlos).

4.5 Bubón

4.5.1 Definición

El bubón es una tumefacción de los ganglios linfáticos en la región inguinal.

4.5.2 Información básica

Importancia. No es frecuente que el bubón sea la única manifestación de una ETS. En la mayoría de los casos, el bubón está combinado con la úlcera genital (véase 4.4).

Etiología. Los pacientes con linfogranuloma venéreo causado por Chlamydia trachomatis (serovars L1-L3) suelen presentar un bubón sin úlcera genital. En otras ETS el bubón casi siempre va acompañado por lesiones ulcerativas. Otras infecciones pueden producir adenopatía inguinal (por ejemplo, infección de las extremidades inferiores).

4.5.3 Molestias subjetivas

El paciente acude a la consulta con dolor y tumefacción en la ingle. El bubón puede ser indoloro. Es importante averiguar la duración del problema y determinar si hay un historial de ulceración genital previa.

4.5.4 Hallazgos objetivos

Para detectar las úlceras, se debe retractar el prepucio. El bubón puede ser unilateral o bilateral. La palpación revela dolor o fluctuación.

4.5.5 Información importante

Es importante tratar a los pacientes con bubones en forma adecuada, pues de lo contrario puede dar lugar a ruptura con fistulización crónica, formación de tejido cicatrizal, etc.

4.5.6 Plan de acción

PROTOCOLO. Si hay úlcera genital, se debe aplicar el protocolo de la úlcera genital (véase 4.4). En un paciente con bubón inguinal sin úlcera genital, se deben administrar 500 mg de clorhidrato de tetraciclina, cuatro veces al día, durante dos semanas. Los bubones fluctuantes se deben aspirar. Si el bubón persiste, hay que enviar al paciente al siguiente nivel de atención. A las parejas sexuales se les debe aplicar el mismo tratamiento.

4.6 Balanitis y balanopostitis

4.6.1 Definición

La inflamación del glande (balanitis) y/o del prepucio (postitis) del pene pueden ocurrir simultáneamente. Puede haber una secreción superficial de leve a profusa, que se debe distinguir de la secreción uretral (véase 4.1) mediante inspección directa.

4.6.2 Información básica

Importancia. Se trata de una causa poco común de consulta que, sin embargo, puede producir considerable malestar (irritación, prurito).

Etiología. La falta de higiene es un factor que predispone a esta enfermedad, especialmente en varones no circuncidados. Los microorganismos que comúnmente causan balanitis son estafilococos, estreptococos y Candida albicans. En la mayor parte de los casos, la pareja no muestra signos subjetivos u objetivos de infección, pero algunos contactos pueden tener lesiones causadas por Candida en los órganos genitales o flujo vaginal patológico.

4.6.3 Molestias subjetivas

El paciente se queja habitualmente de tener "el miembro hinchado", prurito en el glande, secreción o fimosis.

4.6.4 Hallazgos objetivos

Examen físico. Enrojecimiento del glande y del pene; erosiones y, a veces, secreciones blancas. La piel puede mostrar descamación y eritema.

Pruebas de laboratorio. El extendido de KOH en fresco revelará pseudohifas o esporas fungales entre las células epiteliales en casos de candidiasis.

4.6.5 Información importante

C. albicans es la causa más común de balanitis grave. Algunas condiciones patológicas predisponen a la candidiasis, por ejemplo, la diabetes. Es común que la infección se contagie a la pareja femenina.

4.6.6 Plan de acción

El examen clínico y los resultados de laboratorio (cuando sea posible disponer de estos servicios) orientarán el tratamiento. Si se observan úlceras, se debe usar el PROTOCOLO de la úlcera genital (véase 4.4).

PROTOCOLO (balanitis)

Prurito, secreción en el glande



Prepucio retractable



No



Empléese el PROTOCOLO de la
úlcera genital (véase 4.4)



Sí



Úlcera

Secreción de la uretra



Empléese el PROTOCOLO de la
secreción uretral (véase 4.1)



Eritema, erosiones, pero no úlceras



Higiene local; pintar la parte afectada
con solución acuosa de violeta de genciana
al 0,5% o aplicar un ungüento de nistalina
(si lo hay).



(Trátase a la pareja femenina contra la candidiasis)

4.7 Oftalmía neonatorum

4.7.1 Definición

Infección con secreción de la conjuntiva del recién nacido (en uno o ambos ojos) en el primer mes de vida.

4.7.2 Información básica

Importancia. La oftalmía neonatorum puede producir ceguera, especialmente cuando es causada por infección gonocócica.

Etiología. Los microorganismos de transmisión sexual que se han de considerar causas comunes de la oftalmía neonatorum son N. gonorrhoeae y C. trachomatis. Entre otras causas comunes de la oftalmía neonatorum se cuentan Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus sp. y Pseudomonas spp. Con excepción de este último, en general no constituyen un riesgo para la visión.

Si al nacer se aplican gotas de nitrato de plata al 1%, como profilaxis contra la oftalmía neonatorum, es frecuente que se presente una conjuntivitis química dentro de las 24 horas, que desaparece sin necesidad de tratamiento. La frecuencia relativa de la oftalmía neonatorum gonocócica y no gonocócica depende de la prevalencia de la infección en las gestantes y en el uso eventual de la profilaxis oftálmica.

En los países desarrollados C. trachomatis es causa más frecuente de oftalmía neonatorum que N. gonorrhoeae: del 1% al 15% de los casos para los que se solicita atención son causados por N. gonorrhoeae y del 25% al 50% por C. trachomatis. El 35-65% restante se deben a otras causas o a causas desconocidas. En los países en desarrollo N. gonorrhoeae es todavía causa de alrededor del 20% al 75% de los casos y C. trachomatis del 15% al 35%.

Epidemiología. En los países en desarrollo del Africa la incidencia de oftalmía neonatorum gonocócica se calcula entre cinco y 50 por 1.000 nacidos vivos; la incidencia de la conjuntivitis neonatal por clamidia es probablemente comparable. En los países desarrollados las tasas de incidencia de oftalmía neonatorum gonocócica registran un rango de 0,1 a 0,6 por 1.000 nacidos vivos, y las de conjuntivitis neonatal por clamidia, de 5 a 60 por 1.000 nacidos vivos. Si la madre está infectada al tiempo del nacimiento, el riesgo de transmisión de la infección por N. gonorrhoeae o C. trachomatis de su cuello uterino a los ojos del neonato es de aproximadamente 30%.

4.7.3 Molestias subjetivas

La madre lleva a la consulta a su recién nacido porque tiene enrojecidos e hinchados los párpados, "ojos pegados" o secreción purulenta en los mismos.

4.7.4 Hallazgos objetivos

- a) Secreción, que puede ser purulenta;
- b) Enrojecimiento e hinchazón de la conjuntiva;
- c) Edema y enrojecimiento de los párpados;
- d) Pueden estar afectados ambos ojos o uno solo.

Laboratorio. Tinción de Gram o de azul de metileno para detectar diplococos intracelulares. La tinción de Giemsa de las células epiteliales conjuntivas permite reconocer las inclusiones intracitoplásmicas de C. trachomatis, pero esta técnica es de difícil aplicación al nivel de la APS. En la sección sobre procedimientos de laboratorio del presente informe se examinan otras pruebas (véase el Anexo 4).

4.7.5 Información importante

Cuanto más grave sea la conjuntivitis, especialmente si los síntomas de oftalmía neonatorum se desarrollan en la primera semana de vida, mayor será la probabilidad de que la oftalmía neonatorum sea gonocócica y que pueda dar lugar a complicaciones.

La conjuntivitis es también un elemento revelador de una infección neonatal más generalizada; por esta razón, el tratamiento sistémico se debe combinar con el tratamiento tópico. En casos de oftalmía neonatorum gonocócica, se puede recuperar el gonococo de la nasofaringe o el recto del recién nacido en 25-50% de los casos. La transmisión de C. trachomatis al tiempo del nacimiento puede producir no solo conjuntivitis neonatal por clamidias, sino también infección respiratoria aguda en lactantes de uno a tres meses de edad.

4.7.6 Plan de acción

Si solo se puede hacer una evaluación clínica, todos los casos de oftalmía neonatorum se deben tratar como si fueran gonocócicos (se aplicará el PROTOCOLO 1). Si se efectúa tinción del frotis (azul de metileno o Gram), la oftalmía neonatorum se puede clasificar como gonocócica o no gonocócica basándose en el resultado (PROTOCOLO 2). La madre y su pareja sexual habitual deben ser tratados también con los regímenes comunes. Se tratarán ambos ojos aunque la oftalmía neonatorum sea unilateral.

PROTOCOLO 1

Límpiese los ojos con un paño limpio o solución salina o agua hervida (enfriada)

más

ungüento de tetraciclina al 1% en la conjuntiva cada hora durante 24 horas y luego de cuatro a ocho veces por día, durante 10 días,

más

un antibiótico sistémico: cefotaxima 100 mg/kg dosis única im

o

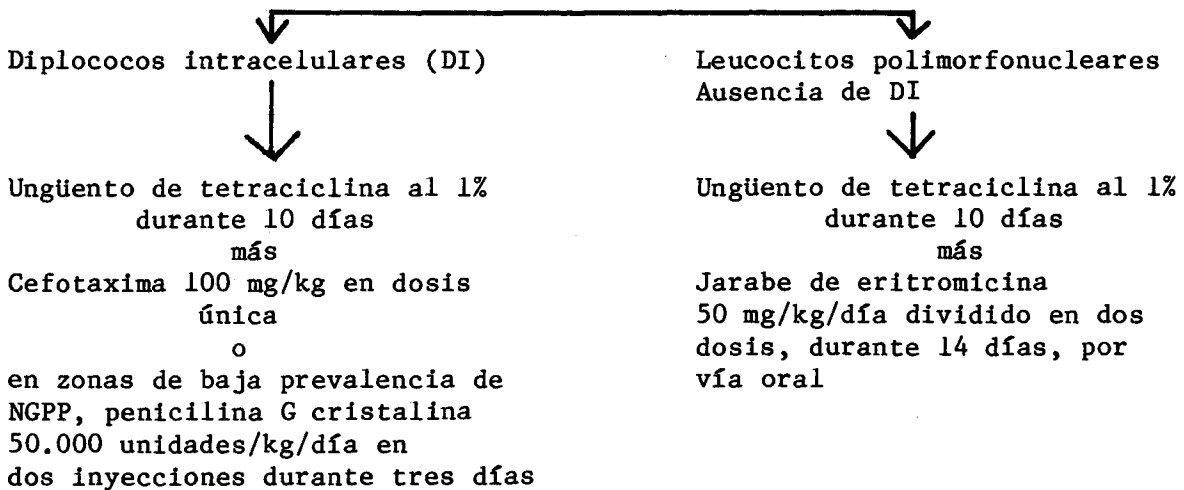
kanamicina A 25 mg/kg dosis única im

En las zonas de baja prevalencia de NGPP es posible usar todavía la penicilina: penicilina G cristalina acuosa, 50.000 unidades/kg im por día, dividida en dos dosis, durante tres días.

Si no se observa mejoría al cabo de dos días completos de tratamiento sistémico, SE DEBE ENVIAR AL PACIENTE AL SIGUIENTE NIVEL DE ATENCION.

PROTOCOLO 2

Coloración de pus conjuntival



Tratamiento de la madre. Tratar como gonorrea y/o infección por clamidias.

Tratamiento del padre. Tratar por uretritis, aunque sea asintomático.

Profilaxis de la oftalmía neonatorum al nivel de la APS. En este nivel de APS se debe aplicar una política de profilaxis oftálmica neonatal: limpiar los ojos inmediatamente después del nacimiento e instilar gotas oftálmicas de nitrato de plata al 1% o aplicar ungüento de tetraciclina al 1%.

4.8 Inflamación del escroto

4.8.1 Definición

Aumento del volumen del saco escrotal, acompañado por edema y eritema, asociado a veces con dolor, flujo uretral o síntomas en el aparato urinario (por ejemplo, frecuencia, disuria).

4.8.2 Información básica

Importancia. La epididimitis y la orquitis relacionadas con ETS que no se tratan debidamente pueden dar lugar a infecundidad. El inicio agudo de edema unilateral del escroto puede deberse a traumatismo o torsión testicular que requieren el envío inmediato al nivel superior de atención.

Etiología. Los agentes causales transmitidos sexualmente son C. trachomatis, N. gonorrhoeae y, muy raramente, T. pallidum. M. tuberculosis es relativamente frecuente en algunos países en desarrollo; Brucella spp. y S. pneumoniae son causas raras. Los bacilos Gram negativos (especialmente de la familia de Enterobacteriaceae y Pseudomonas aeruginosa) son causas comunes de este síndrome en pacientes con infecciones complicadas del aparato urinario. El virus de la parotiditis es un agente etiológico en varones pospuberales. Todos estos agentes producen infección del epidídimo (epididimitis) o de los testículos (orquitis). El aumento de volumen del escroto puede deberse también a torsión de un testículo en los jóvenes o traumatismo, tumor testicular, anormalidad vascular o hernia inguinal, etiologías que en todos los pacientes es importante destacar. La epididimitis es casi siempre unilateral y por lo común es relativamente aguda al comienzo.

La epididimitis es una enfermedad relativamente común (634.000 casos en 1977 en los Estados Unidos de América), si bien no se dispone de estadísticas de prevalencia en muchos países.

4.8.3 Molestias subjetivas

El paciente se presenta con un escroto tumefacto que puede ser doloroso o indoloro. En el síndrome relacionado con ETS (epididimitis) se puede averiguar un historial reciente de secreción uretral o esta se puede observar durante el examen físico. El carácter crónico de inicio repentino, traumatismo, características del dolor o historial de infección recurrente del aparato urinario pueden ayudar en algunos casos a determinar otras etiologías. (Por ejemplo, tuberculosis, cáncer, torsión testicular, etc.)

4.8.4 Hallazgos objetivos

Examen físico. Esta enfermedad por lo general es unilateral. El escroto se ve enrojecido y edematoso y la palpación produce dolor. Se debe buscar evidencia de secreción uretral.

Pruebas de laboratorio. Cuando sea posible el estudio del sedimento urinario de la primera orina, para determinar si hay leucocitos y bacterias, puede ser útil para identificar una uretritis subaguda.

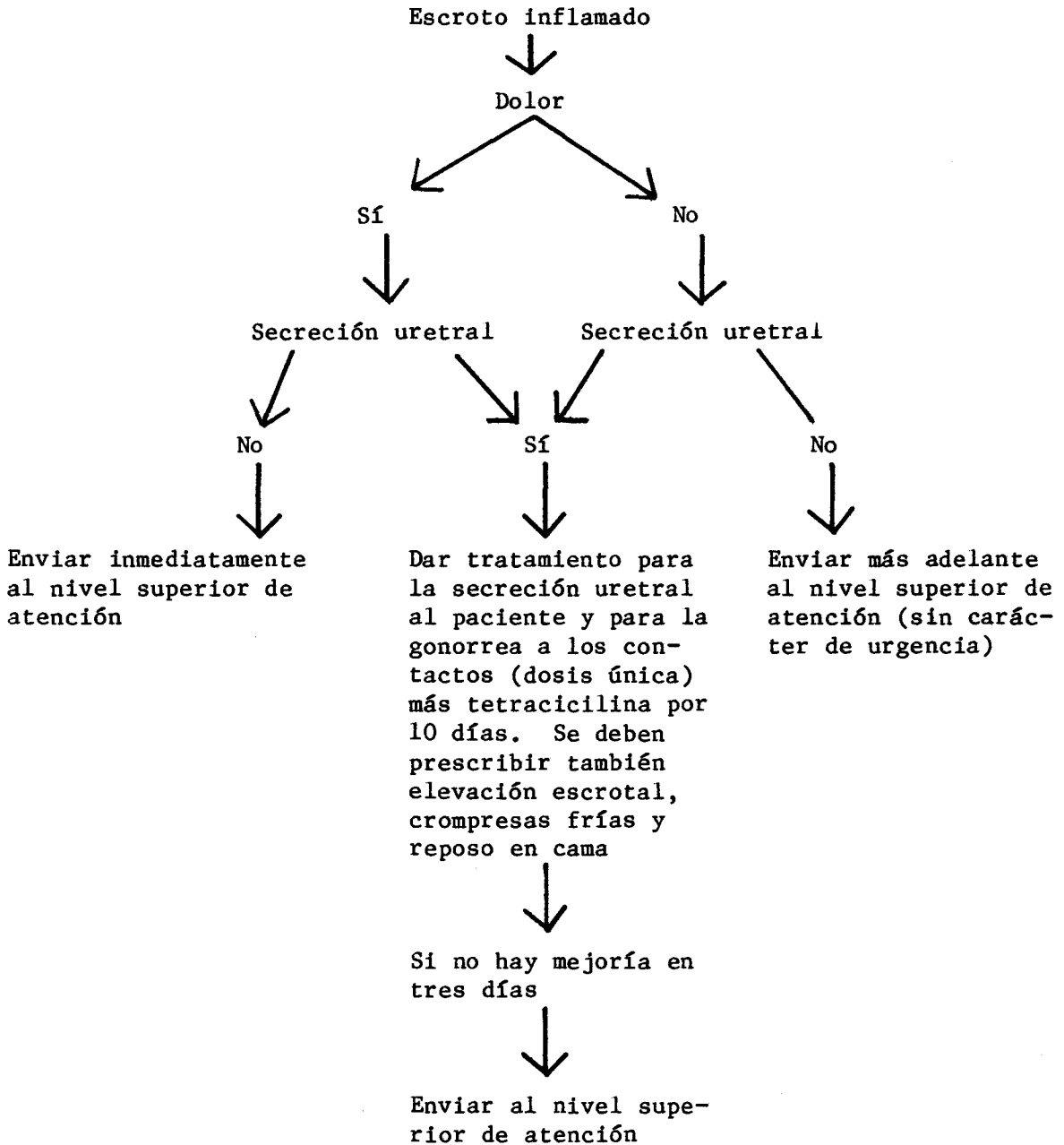
4.8.5 Información importante

Lo más importante es determinar si hay urgencias quirúrgicas y casos graves, en cuyo caso, deben enviarse inmediatamente al nivel superior de atención sanitaria. El inicio repentino y la progresión rápida de la tumefacción escrotal unilateral en un paciente joven pueden ser indicativos de torsión testicular que requiere atención especializada.

4.8.6 Plan de acción

La epididimitis se debe tratar con antibióticos, tratamiento sintomático y medidas de apoyo. Debido a la frecuencia elevada de infección uretral subyacente, es indicado administrar el tratamiento para la secreción uretral (véase 4.1).

PROTOCOLO (escroto inflamado; sin servicios de laboratorio)



4.9 Sospecha de ETS

Con frecuencia los pacientes acuden a la consulta porque creen haber estado expuestos a una enfermedad de transmisión sexual.

PROTOCOLO (sospecha de ETS)

¿Es el paciente un contacto de un caso conocido de "ETS"?

Sí

Tratar como caso

No

Síntomas de ETS o signos relacionados con ETS al efectuar el examen físico

Sí

Usar el protocolo pertinente

No

Se dispone de apoyo de laboratorio

Sí

Usar las pruebas pertinentes (VDRL, cultivo, frotis)

No

Decir al paciente que regrese si tiene síntomas; tranquilizarlo

5. UTILIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCION DE LAS ETS

Al utilizar los protocolos se incluirán las siguientes actividades: a) formar o capacitar al personal de atención de salud; b) asegurar la disponibilidad de recursos (personal, medicamentos y otros suministros), y c) reunir datos para evaluar la efectividad del protocolo y permitir su modificación o adaptación cuando sea necesario.

5.1 Contexto

El protocolo debiera ser lo más específico posible en relación con el contexto en que se empleará. Ello no quiere decir que un protocolo "tomado en préstamo" de otro país sea inútil. En lugares con características similares en cuanto a epidemiología, cultura y sistema sanitario (por ejemplo, algunos países limítrofes de Africa Oriental), un protocolo de tratamiento de pacientes, formulado para un país, puede ser útil en otro. Los conceptos claves son adaptación, basada en las posibilidades y circunstancias locales, y evaluación de su efectividad sobre el terreno (véase 6).

5.2 El clínico

Según la zona, el trabajador de salud que aplica un protocolo de tratamiento de pacientes puede ser un médico, con varios años de formación, o un auxiliar sanitario rural que solo sabe leer y escribir. En ambos casos, el clínico es el componente más importante de una aplicación satisfactoria de los protocolos y debiera ser el punto de partida del sistema de información sanitaria (véase 5.4).

Una persona debiera ser la encargada de "conducir al paciente por el protocolo". En otras palabras, el clínico encargado de aplicar el protocolo debiera asegurarse de que se cumplan las observaciones y medidas requeridas por el mismo. En la mayoría de los casos es probable que el clínico que aplica los protocolos para el tratamiento de las ETS deba también cumplir otras tareas y funciones, incluso la utilización de protocolos distintos de los correspondientes a las ETS. Las responsabilidades y funciones que competen al trabajador de salud deberán enunciarse claramente.

5.3 Capacitación

La capacitación, ya sea como procedimiento inicial o sistema permanente de educación continua, debe guardar estrecha relación con el problema sanitario de ETS y ser apropiada al contexto y al trabajador de salud que administra el protocolo. El clínico debiera saber que el protocolo es una guía para resolver problemas, pero también tendría que entender el fundamento en que se sustenta el enfoque algorítmico, esto es, por qué debe hacer lo que el protocolo determina.

El contenido y la duración de la actividad de capacitación varían según la complejidad de los protocolos y las destrezas requeridas para su aplicación. En consecuencia, el método didáctico puede ir desde una breve explicación del protocolo cara a cara con un médico experimentado, hasta las clases organizadas de capacitación (de varios días de duración) que necesitan los auxiliares de salud.

Análogamente, los materiales didácticos pueden consistir en una hoja de papel en la que se resume el protocolo, hasta documentos, instrumentos (por ejemplo, microscopio, espéculo vaginal), suministros (por ejemplo, tinturas para coloración, jeringas, etc.), medios audiovisuales y el uso de capacitación práctica supervisada.

En lugar de emplear un enfoque didáctico en el cual el alumno solo escucha una conferencia sobre el protocolo, se debe preferir el diálogo, dando oportunidad al alumno de explicar los pasos esbozados en el protocolo. El mejor docente es un clínico o supervisor experimentado que esté familiarizado con el protocolo.

La formación debe impartirse en un contexto lo más semejante posible al medio en el cual ejercerá el clínico (o incluso en el mismo establecimiento). En algunas ocasiones, y en especial cuando se trata de personal no experimentado o clínicos que trabajan en establecimientos a los que acuden pocos pacientes de ETS, tal vez será necesario impartir formación práctica en una clínica más grande, con un número suficiente de pacientes de ETS. Sin embargo, es posible que, en algunos casos, la formación sea un ejercicio de autoenseñanza. En otras palabras, el clínico adquirirá formación durante la aplicación del protocolo.

5.4 Supervisión y orientación

Las actividades de supervisión dependerán de la estructura de gestión y administración del sistema sanitario en el cual ejerza el clínico. En general, la supervisión estará estrechamente vinculada a la evaluación de la utilidad del protocolo; el desempeño del clínico se podrá evaluar fundamentalmente a través de su observancia de un protocolo útil. En casos de incumplimiento o cuando se encuentren dificultades en la aplicación del protocolo, se debe buscar una explicación satisfactoria del por qué de esta anomalía. Además de la observación directa del desempeño del clínico por un supervisor (cuando sea viable), se deben explorar otros mecanismos, por ejemplo, las evaluaciones de los resultados obtenidos con los pacientes (incluidos los envíos al siguiente nivel de atención), la utilización de medicamentos y suministros, la satisfacción sentida por los pacientes y la comunidad, etc. No es posible exagerar la importancia de contar con un sistema--incluso rudimentario--de registros, pues por este medio el examen periódico de los registros de los pacientes podrá sustituir a la supervisión directa del clínico en las comunidades más pequeñas y remotas.

5.5 Apoyo de laboratorio a la aplicación de protocolos

Los servicios de laboratorio son un componente integral de todos los programas de control de enfermedades; la disponibilidad de estos servicios mejora considerablemente la calidad de la atención prestada al paciente y la práctica de salud pública. Desafortunadamente, en la mayoría de los niveles periféricos, el apoyo de laboratorio está virtualmente ausente, y el diagnóstico se efectúa por lo común solo basándose en la evidencia clínica y/o epidemiológica. En el Anexo 1 figura una lista de las pruebas de diagnóstico que se recomienda disponer para las ETS, por nivel del sistema de laboratorio. Si es posible, debe estimularse el desarrollo de los servicios de laboratorio.

5.5.1 Utilización de las pruebas de laboratorio

Como norma general, es preferible carecer de apoyo de laboratorio que llegar a una conclusión errada debido a los resultados de pruebas ejecutadas en forma deficiente. Por otra parte, las pruebas de laboratorio pueden facilitar la selección de un enfoque de tratamiento más específico, que puede resultar mucho menos costoso que un tratamiento secuencial o el uso de una terapia de amplio espectro del síndrome clínico, formulada con objeto de atender a diversas etiologías. La característica y justificación más importantes para el empleo de una prueba de laboratorio es la de que puede ofrecer información que facilite el tratamiento del paciente. A veces, esta información puede guiar la decisión terapéutica inmediata del clínico, dando así un diagnóstico "prescriptivo" (por ejemplo, administrar tratamiento antigitorreico a un paciente con secreción uretral que exhibe diplococos intracelulares característicos en el examen microscópico). En otros casos, la prueba de laboratorio ayudará a corregir un tratamiento inapropiado (por ejemplo, en casos de diagnóstico equivocado) o permitirá la observación ulterior del paciente (por ejemplo, mediante la vigilancia de la curación). Por último, la prueba de laboratorio puede tener utilidad "estadística" para la epidemiología y la planificación (ya que permitirá una clasificación más adecuada de los problemas de la morbilidad en la comunidad) o servir de base para nuevas pruebas o investigaciones (como el aislamiento de organismos para las pruebas de susceptibilidad antimicrobiana).

5.5.2 Las pruebas de laboratorio para de los protocolos simplificados de tratamiento de las ETS

En los protocolos de tratamiento de las ETS presentados en la sección 4, solo se incluyeron las pruebas de laboratorio que suministran información útil para la toma de decisiones inmediatas, ya que el paciente por lo común necesitará tratamiento en la primera consulta. En muchos lugares, puede ser aconsejable el uso de pruebas cuyos resultados no se obtienen inmediatamente (por ejemplo, cultivos o serología), pero que son útiles para la observación ulterior del paciente.

5.6 La utilización de protocolos y las necesidades de información de las ETS

Los dos objetivos principales del sistema de información de ETS son los siguientes:

- a) suministrar datos epidemiológicos a fin de ayudar a definir la magnitud y tendencias del problema de las ETS y su distribución en el tiempo, el espacio y las personas, y
- b) generar datos de gestión administrativa para cuantificar las actividades y el efecto de estas actividades en la ejecución y los resultados de los programas.

La cantidad y calidad de los datos variarán según el sistema sanitario específico y sus recursos. Producir información útil y oportuna, sin recargar excesivamente a profesionales que ya están sumamente ocupados, es tarea difícil, pero necesaria en todos los contextos.

La utilización de protocolos simplificados de tratamiento dará como resultado un perfeccionamiento de la información epidemiológica y de administración de ETS si el clínico elabora y utiliza debidamente unos formularios sencillos de notificación. Un ejemplo de este formulario se presenta en el Anexo 2. Si se conocen las frecuencias relativas de las etiologías que contribuyen a un determinado síndrome clínico quizá sea posible interpretar los informes derivados del nivel de atención primaria de salud en causas de morbilidad.

5.7 Administración y apoyo

El protocolo de tratamiento expresado por escrito es solo el primer paso para una atención satisfactoria del paciente. El administrador de APS o la persona encargada del control de las ETS y/o la atención primaria de salud, deben asegurarse de que el clínico disponga, o el paciente pueda obtener sin dificultad, los suministros y los servicios de apoyo necesarios para utilizar el protocolo. Los medicamentos son esenciales; si no se cuenta con ellos, los protocolos son inútiles. Los regímenes recomendados para el tratamiento de las ETS figuran en el Anexo 3. En el Anexo 4 se mencionan pruebas sencillas de laboratorio que son útiles al nivel de la APS. El equipo mínimo imprescindible es un microscopio en buenas condiciones, debidamente mantenido, y algunos reactivos de laboratorio. Cuando se cuenta con él, el apoyo de laboratorio será un elemento valioso para el tratamiento de pacientes y contactos. Las prioridades de disponibilidad de pruebas de laboratorio en el nivel periférico son como sigue: frotis en fresco, examen de frotis teñidos y una prueba serológica de sífilis (por ejemplo, VDRL, RPR).

6. EVALUACION DE LOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE LAS ETS

Un buen protocolo orientará al clínico a resolver el problema del paciente y a interrumpir la transmisión de la enfermedad en la comunidad. Los formularios de notificación del clínico, por un lado, y los exámenes de los "registros" de los pacientes y la supervisión directa para evaluar el cumplimiento del protocolo, por el otro, son indicadores de la utilización de los protocolos y de su utilidad para el clínico. En consecuencia, la evaluación de los protocolos debe comprender: a) la cuantificación del uso del protocolo y b) la evaluación de los resultados. A continuación se mencionan los datos mínimos requeridos para la evaluación de protocolos:

- a) el número de pacientes que se presentan con problemas sospechosos o comprobados de ETS;
- b) el número de pacientes a los que "se administró el protocolo";
- c) los resultados de estas acciones (curación, mejoría, envío a otro nivel, fracaso, contactos encontrados, etc.);
- d) si se desea o es posible, los costos relacionados con la utilización del protocolo.

Los cambios en la prevalencia de diferentes ETS, los cambios en la susceptibilidad antimicrobiana de organismos de ETS y otros factores pueden convertir en obsoleto a un protocolo que actualmente es "perfecto". Por esta razón, quienes formulan y usan un protocolo deben diseñar un sistema para vigilar su efectividad y detectar oportunamente cuando ya no sirven. Se debe establecer, de manera que sea fácil su comprensión y aplicación, la "señal de alarma" indicativa de que un protocolo ha dejado de tener utilidad (por ejemplo, "el 20% o más de los pacientes no obtiene buenos resultados con el tratamiento o debe ser enviado a otro nivel" o "tres o más pacientes consecutivos cuyo problema no se resuelve con un determinado protocolo"). No obstante, bien puede ocurrir que el protocolo sea apropiado y que haya otros factores, como la falta de cumplimiento del tratamiento, la reinfección, etc., que expliquen el aparente fracaso del protocolo. La supervisión, el examen de los datos y/o unos estudios limitados de investigación operativa pueden ayudar a aclarar la situación.

Por último, aunque la evaluación del efecto de la utilización adecuada de los protocolos sobre las consecuencias y complicaciones a largo plazo de las ETS es muy de desear, es probable que solo sea posible mediante estudios especiales de investigación en unos cuantos lugares.

7. LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL CONTROL DE LAS ETS

La situación "fuera de control" de las ETS en muchos países se suele atribuir a un comportamiento sexual poco saludable de la población en riesgo, a que nunca se encuentra o examina a los contactos, a que los profesionales no notifican los casos de ETS, a que los pacientes no cumplen los regímenes terapéuticos, a que las autoridades sanitarias no aportan los recursos necesarios, etc. Algunos de estos problemas, que al principio parecen insolubles, pueden superarse en el nivel periférico mediante enfoques innovadores que utilicen la participación comunitaria en la APS y el control de las ETS. La gente sí se preocupa por su salud. Además está dispuesta a efectuar contribuciones financieras a fin de poder recibir un buen tratamiento. Por ejemplo, en un lugar específico se estableció una estructura mixta de gobierno y comunidad, para financiar y administrar los servicios de atención de la salud, cuando la comunidad reconoció que las instituciones gubernamentales no estaban en condiciones financieras de obtener un volumen suficiente de medicamentos esenciales para los servicios de salud en la comunidad. En el Anexo 5 figuran algunas sugerencias de métodos de extensión y fomento de la salud a fin de obtener el apoyo de la comunidad para la APS y el control de las ETS.

8. CONCLUSIONES

Las tendencias demográficas y epidemiológicas parecen indicar que en los próximos decenios aumentarán la magnitud y la gravedad del problema de las ETS. Sin embargo, en la mayoría de los países, se pueden y deben comenzarse ahora los esfuerzos encaminados a contrarrestar esta tendencia. El primer paso debiera ser el mejoramiento del tratamiento de los pacientes y contactos, por conducto de la formulación y aplicación de enfoques simplificados, como los protocolos de tratamiento a nivel de la atención primaria de salud. Mediante actividades de extensión, como el fomento de la salud, debe asegurarse que las comunidades sean parte de la solución y no del problema.

ANEXO 1

DISPONIBILIDAD RECOMENDADA DE PRUEBAS DE DIAGNOSTICO
POR NIVEL DEL SISTEMA DE LABORATORIO

Agente etiológico	Prueba de laboratorio	Nivel		
		Periférico	Intermedio	Central
1. <u>Neisseria gonorrhoeae</u>	Frotis (tinción de Gram o azul de metileno)	+	+	+
	Cultivo	-	+	+
	β -lactamasa	-	+/-	+
	Susceptibilidad antimicrobiana	-	+/-	+
2. <u>Treponema pallidum</u>	Microscopía de campo oscuro	+/-	+	+
	Pruebas de RPR en tarjeta	+/-	+	+
	VDRL, cuantitativa	+/-	+	+
	TPHA, MHA-TP, AMHA-TP	-	+/-	+
	FTA-ABS	-	-	+
	Ensayos específicos de IgM	-	-	+/-
3. <u>Chlamydia trachomatis</u>	Frotis (Giemsa) (ojo solamente)	+	+	+
	Fijación de complemento (LGV solamente)	-	+/-	+
	Fluorescencia directa	-	+/-	+
	Cultivo	-	+/-	+
	Anticuerpo para microinmuno-fluorescencia	-	-	+
4. <u>Haemophilus ducreyi</u>	Cultivo	-	+	+
	β -lactamasa	-	+/-	+
	Susceptibilidad antimicrobiana	-	-	+
5. <u>Calymmatobacterium granulomatis</u>	Frotis (Wright-Giemsa)	+/-	+	+
	Histopatología	-	+/-	+
6. <u>Candida</u> spp	Extendido de KOH en fresco	+	+	+
	Cultivo	-	+	+
	Especiación	-	+/-	+
7. <u>Trichomonas vaginalis</u>	Extendido en fresco, solución salina	+	+	+
	Cultivo	-	+/-	+
8. Virus del Herpes simplex	Frotis (Papanicolau o Tzanck)	-	+/-	+
	Fluorescencia directa	-	+/-	+
	Cultivo	-	+/-	+
	Anticuerpo neutralizante	-	-	+
9. Bacterias productoras de vaginosis	Extendido en fresco, solución salina, "prueba de olor"	+	+	+

ANEXO 2

FORMULARIO DE NOTIFICACION MENSUAL DEL CLINICO*

Clinico _____ Mes _____ Año _____

Lugar _____

Síndrome	No. de pacientes tratados	No. de pacientes en- viados a otro nivel
Secreción uretral		
Balanitis		
Inflamación del escroto		
Flujo vaginal		
Enfermedad inflamatoria pelviana		
Oftalmía neonatorum		
Úlcera genital	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:
Bubón	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:
Sospecha de ETS	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:

*Se pueden elaborar formularios más completos que incluyan datos como los siguientes: "Total de pacientes examinados", "Total de pacientes tratados con el protocolo", "Total de pacientes que no regresan para completar el protocolo", "Total de pacientes enviados a otro nivel", etc. Según el tipo de establecimiento y de clínicos, en algunas zonas puede haber registros de pacientes individuales que contengan datos adicionales (edad, condición del embarazo, etc.).

ANEXO 3

RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS*

INFECCIONES GONOCOCICAS

Infección urogenital sin complicaciones

GRUPO A

Los regímenes que se mencionan a continuación siguen siendo útiles en zonas en las cuales los gonococos han mantenido una sensibilidad cromosónica comprobada a los agentes antimicrobianos y en las cuales los gonococos productores de beta-lactamasa representan menos del 5% de los aislados. (Sin embargo, los pacientes que presumiblemente han contraído sus infecciones gonocócicas en zonas de elevada resistencia deben ser tratados con regímenes del GRUPO B.)

Amoxicilina, 3,0 g con 1,0 g de probenecid por vía oral

o

Ampicilina, 3,5 g con 1,0 g de probenecid por vía oral

o

Penicilina G procaína acuosa, 4,8 millones de unidades por inyección intramuscular, con 1,0 g de probenecid por vía oral

o

Penicilina G cristalina acuosa, 5 millones de unidades por inyección intramuscular, con 1,0 g de probenecid por vía oral

o

Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días

o

Doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.

GRUPO B

En las zonas en las que la resistencia cromosómica de los gonococos ha reducido la eficacia de agentes microbianos como la penicilina G, la tetraciclina y el trimetoprima-sulfametoxazol a tasas de curación inferiores al 95% (incluidas las zonas en las cuales hay prevalencia significativa de gonococos productores de beta-lactamasa), los regímenes de una sola sesión que se mencionan a continuación siguen siendo efectivos en por lo menos el 95% de los casos. Estos regímenes se pueden usar también durante el embarazo, aunque aún no se ha determinado su grado de seguridad.

*Adaptados de un informe de un Grupo Consultivo de la OMS sobre tratamientos para el control de las enfermedades de transmisión sexual, documento inédito de la OMS WHO/VDT/83.433.

Cefoxatima, 1,0 g por inyección intramuscular, con 1,0 g de probenecid por vía oral

o

Cefoxitina, 2,0 g por inyección intramuscular, con 1,0 g de probenecid por vía oral

o

Ceftriaxona, 250 mg por inyección intramuscular

o

Espectinomicina, 2,0 g por inyección intramuscular.

GRUPO C

La eficacia de los regímenes que se mencionan a continuación muestra gran variación geográfica y a veces curan menos del 95% de las infecciones. Son activos contra los gonococos productores de beta-lactamasa y suelen ser menos costosos y estar más difundidos (que los medicamentos del Grupo B), pero no se recomiendan durante el embarazo.

Kanamicina A, 2,0 g por inyección intramuscular

o

Tiamfenicol, 2,5 g por vía bucal

o

Trimetoprim (80 mg) / sulfametoxazol (400 mg) o un componente similar de sulfonamida, 10 tabletas por vía oral, diariamente durante tres días.

INFECCIONES POR C. TRACHOMATIS Y URETRITIS NO GONOCOCICA

Infecciones uretrales, endocervicales o rectales sin complicaciones en adultos

Regímenes preferidos de medicación

Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días

Doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.

Regímenes optativos (para aquellos pacientes que las tetraciclinas estén contraindicadas--embarazo--o no las toleren)

Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días.

Tratamiento de parejas sexuales

Todas las personas expuestas a infección por C. trachomatis deben ser examinadas para detectar ETS y ser tratadas rápidamente contra la exposición a C. trachomatis con uno de los regímenes mencionados anteriormente.

Infecciones urogenitales durante el embarazo

Se debe tratar a las mujeres embarazadas con infecciones por C. trachomatis o a quienes su pareja sexual tenga uretritis no gonocócica.

Tratamiento sugerido: Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, con el estómago vacío, durante 7 días. A las mujeres que no puedan tolerar este régimen, se les dará una dosis menor, de 250 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 14 días.

SIFILIS PRECOZ

Regímenes recomendados

Penicilina G bencilbenzotínica, 2,4 millones de unidades en una sola sesión, por inyección intramuscular

o

Penicilina G procaína acuosa, 600.000 unidades/día, por inyección intramuscular, durante 10 días consecutivos.

Pacientes alérgicos a la penicilina

Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 15 días

o

Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 15 días.

CHANCRO BLANDO (INFECCION POR H. DUCREYI)

Regímenes recomendados

Trimetoprim (80 mg)/sulfametoxazol (400 mg) o un componente similar de sulfonamida, 2 tabletas por vía oral, 2 veces al día, durante 5 días

o

Eritromicina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días.

Se tiene información limitada que sugiere que también se pueden obtener tasas adecuadas de curación con regímenes de dosis única de: espectinomina, 2 g por inyección intramuscular; o ceftriaxona, 250 mg por inyección intramuscular; o trimetoprim (80 mg)/sulfametoxazol (400 mg), 8 tabletas por vía oral; o tianfenicol, 2,5 g por vía oral durante 2 días consecutivos.

LINFOGRANULOMA VENEREO

Régimen preferido de medicación

Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 2 semanas.

Regímenes optativos

Los siguientes medicamentos son activos contra serotipos de LGV in vitro, pero no han sido evaluados extensamente por medio de confirmación de cultivo:

Doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 2 semanas

o

Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 2 semanas

o

Sulfametoxazol, 1,0 g por vía oral, 2 veces al día, durante 2 semanas. Pueden emplearse otras sulfonamidas en dosis equivalentes.

Tratamiento de lesiones

Los ganglios linfáticos fluctuantes se deben aspirar en la medida necesaria a través de la piel normal adyacente y sana. La incisión y drenaje o la excisión de los ganglios demorarán la curación y están contraindicados.

Las secuelas tardías, como la estrechez y/o fístula, pueden requerir intervención quirúrgica.

DONOVANOSIS (GRANULOMA INGUINAL)

Régimen preferido de medicación

Trimetoprim (80 mg)/sulfametoxazol (400 mg) o un componente similar de sulfonamida, 2 tabletas por vía oral, 2 veces al día, durante 14 días.

Regímenes optativos (de eficacia sujeta a variaciones regionales)

Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 14 días

o

Cloramfenicol, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, más gentamicina 1 mg/kg por inyección intramuscular, 3 veces al día, durante 3 semanas.

INFECCIONES POR VIRUS DEL HERPES SIMPLEX GENITAL

Se deben mantener limpias las lesiones, lavando las partes afectadas con agua y jabón y secándolas cuidadosamente.

INFECCIONES POR TRICHOMONAS VAGINALIS

Régimen recomendado

Metronidazol, 2,0 g en una sola dosis oral.

Tratamiento de las parejas sexuales

Las parejas sexuales masculinas de mujeres con tricomoniasis se deben tratar con 2,0 g de metronidazol, en una sola dosis oral.

Tricomoniasis durante el embarazo

El metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo y se debe evitar durante todo el embarazo. El clotrimazol, 100 mg, por vía intravaginal, al acostarse, durante 7 días, puede producir una mejoría sintomática y algunas curaciones. Para alivio sintomático se pueden usar otros tratamientos locales, que tienen, sin embargo, bajas tasas de curación. En mujeres lactantes debe interrumpirse el amamantamiento durante por lo menos 24 horas después de una terapia de dosis única.

CANDIDIASIS GENITAL

Ejemplos de regímenes eficaces. Vaginitis

Clotrimazol, 100 mg, por vía intravaginal, diariamente durante 7 días

o

Miconazol, 100 mg, por vía intravaginal, diariamente durante 7 días

o

Nistatina, 100.000-1.000.000 de unidades (según la zona geográfica), por vía intravaginal, diariamente durante 14 días.

La terapia oral simultánea con nistatina, para erradicar infecciones intestinales, no reduce la frecuencia de la recurrencia.

Balanitis

Aplicaciones tópicas de cremas o lociones de imidazol o polieno, 2 veces al día, durante 7 días. No se han determinado los regímenes óptimos.

VAGINOSIS BACTERIANA (VAGINITIS NO ESPECIFICA)

Este síndrome consiste en un flujo vaginal no irritante, maloliente, delgado, de color grisáceo-blanco, aumento del pH vaginal (más de 4,5) y producción de aminas malolientes a base del flujo después de su alcalinización con KOH. El examen microscópico de fluido vaginal en fresco revela típicamente la presencia de pequeños organismos cocobacilares asociados con células epiteliales (las llamadas "células clave").

Régimen preferido de medicación

Metronidazol, 500 mg, por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.

Régimen alternativo

El metronidazol, 2,0 g en una sola dosis oral, suele ser eficaz para muchas pacientes.

Embarazo

No se recomienda el metronidazol durante el primer trimestre del embarazo y se debe evitar durante todo el embarazo. Se puede administrar ampicilina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días, aunque es menos eficaz que el metronidazol.

EPIDIDIMITIS

Régimen preferido de medicación

Terapia de dosis única para la gonorrea sin complicaciones
más

Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces
al día, durante 10 días

o

Doxiciclina, 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante
10 días.

Regímenes optativos

A los pacientes que no puedan tolerar la tetraciclina se les administrará terapia de dosis única para gonorrea sin complicaciones

más

Eritromicina, 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante
10 días.

Terapia complementaria

Reposo en cama y elevación del escroto hasta que disminuyan la fiebre y la inflamación local.

Tratamiento de las parejas sexuales

Las parejas sexuales de pacientes con epidídimo-orquitis aguda transmitida por vía sexual, deben examinarse para detectar si padecen de ETS y tratarse sin tardanza con uno de los regímenes indicados anteriormente.

Observación ulterior

Si el paciente no mejora en tres días, es preciso reevaluar el diagnóstico/terapia y determinar si conviene hospitalizar. Una tumefacción persistente, que dura más de un mes, debe evaluarse para determinar si hay tumor o tuberculosis.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVIANA AGUDA (ENDOMETRITIS, SALPINGITIS O PARAMETRITIS)

Tratamiento ambulatorio

A los pacientes que deban tratarse en forma ambulatoria se les administrará uno de los regímenes siguientes:

Terapia de dosis única para gonorrea urogenital sin complicaciones
más

Doxiciclina, 100 mg, dos veces al día, o clorhidrato de tetraciclina, 500 mg, 4 veces al día, por vía oral, durante 10 días

más

Metronidazol, 1,0 g, por vía oral, 2 veces al día, durante 10 días.

Este régimen proporciona una acción excelente contra clamidias y probablemente también proporciona buena cobertura para N. gonorrhoeae o anaerobios facultativos. El uso de cefalosporina como terapia antigonorreica inicial debiera aumentar la acción contra anaerobios facultativos.

Tiamfenicol, 2,5 g, por vía oral, seguido por 500 mg oralmente 4 veces al día, durante 10 días.

Este régimen produce una acción excelente contra N. gonorrhoeae y anaerobios facultativos, pero se desconoce su eficacia contra C. trachomatis.

Dispositivo intrauterino (DIU)

El DIU es un factor de riesgo para el desarrollo de la EIP. Aunque se desconoce el efecto que causa el retirar un DIU en la respuesta de la salpingitis aguda frente a la terapia antimicrobiana, y sobre el riesgo de salpingitis recurrente, se recomienda retirar el DIU poco después de comenzar la terapia antimicrobiana. Cuando se retira el DIU, es necesario suministrar asesoramiento sobre anticoncepción.

ANEXO 4

PRUEBAS MICROSCOPICAS QUE SON UTILES A NIVEL DE LA APS*

El mismo espécimen (de secreción uretral, flujo vaginal-cervical, etc.) se puede usar para varias pruebas.

A. Microscopía directa sin tinción (montaje en fresco)

Usos principales: flujo vaginal (para diagnóstico de tricomoniasis y vaginosis bacteriana); en algunas ocasiones para la secreción uretral (tricomoniasis).

Obtención de especímenes en mujeres

Se obtiene una muestra de secreción vaginal del fornix posterior, con un hisopo de algodón, si es posible. Es preciso transferir la muestra inmediatamente a un portaobjetos de vidrio.

Muestras uretrales en varones

Mejoran mucho las posibilidades de demostrar T. vaginalis si se examina al paciente a hora temprana en la mañana antes de orinar por primera vez o si por lo menos no ha orinado en las dos horas anteriores a la toma de la muestra. Si hay secreción, se puede recoger en un hisopo o en una asa bacteriológica estéril. De lo contrario, se pueden obtener raspados de la uretra anterior con un asa.

Preparación de un extendido en húmedo

La muestra se coloca inmediatamente en un portaobjetos de vidrio y se diluye con una o dos gotas de solución salina normal (sección A). Se cubre el portaobjetos y la preparación se examina inmediatamente con bajo aumento (40x10) e iluminación reducida.

Los detalles morfológicos se pueden destacar mediante tinción del extendido en húmedo con una solución muy diluida (aproximadamente 1:10.000) de azul de metileno amortiguado (buffer). Una solución colorante más concentrada puede resultar contraproducente al privar de su motilidad a las tricomonas, un factor importante para su identificación microscópica. Sin embargo, por lo general, es fácil identificar T. vaginalis sin recurrir a esos métodos más complejos.

*Nada más se incluyen las pruebas que no requieren destrezas especiales de laboratorio (esto es, las que el clínico puede realizar fácilmente), pero es deseable contar también con pruebas de reagina para sífilis (RPR, VDRL).

Apariencia microscópica

Tricomoniasis

El elemento típico más notable de la tricomoniasis, a los efectos del diagnóstico mediante examen microscópico, es la motilidad brusca característica del organismo. T. vaginalis es un organismo transparente, en forma de pera, del tamaño de una célula de pus aproximadamente, con cuatro flagelos anteriores y un axostilo que recorre el cuerpo y termina en filamento (sección B). Los organismos pierden rápidamente su movimiento brusco y las membranas ondulantes se hacen más visibles, especialmente cuando se aumenta la amplificación.

Vaginositis bacteriana

Se define diciendo que es "un reemplazo de los lactobacilos de la vagina por grupos característicos de bacterias, acompañado por una modificación de las propiedades del fluido vaginal". El típico olor a pescado se realiza añadiendo al espécimen de flujo vaginal una o dos gotas de KOH al 10-20% ("prueba del olor"). En el Apéndice B se ilustran las características de la vaginosis bacteriana observadas en el extendido en fresco.

Seguidamente se indicarán otros hallazgos en la vaginosis:

- a) El recuento de leucocitos es normal o solo ligeramente más elevado, esto es, el número de células epiteliales por campo microscópico es superior al número de leucocitos (a diferencia de la gran elevación del recuento de leucocitos observada en la tricomoniasis).
- b) Generalmente se advierte una reducción del número de lactobacilos de Döderlein.
- c) La presencia de células clave: se trata de células epiteliales escamosas cornificadas, cubiertas por bacilos (desdibujando el contorno de las células), con lo que se produce una distintiva apariencia citoplásmica granular.

Otras infecciones

Algunas veces pueden observarse otros patógenos, por ejemplo, Candida albicans. Sin embargo, el extendido en fresco no es el mejor método para detectar la candidiasis.

B. Microscopía directa con coloración

Usos principales: flujo vaginal (especialmente el flujo causado por infección uterina); secreción uretral; oftalmía neonatorum; balanitis (para el diagnóstico de candidiasis).

Obtención de especímenes

Se obtienen especímenes para examen directo del cuello uterino en las mujeres; de la uretra en los varones y de la conjuntiva en casos de conjuntivitis.

Muestras uretrales en varones

Se obtiene una muestra de la mucosa uretral anterior con un asa bacteriológica estéril (fría) o con un hisopo de algodón absorbente o alginato de calcio, humedecido con solución salina, si es posible, para facilitar su introducción, que se pasa aproximadamente uno o dos centímetros dentro de la uretra y se hace rotar suavemente.

Obtención de especímenes del cuello uterino en mujeres

Se obtiene una muestra pasando una cureta, asa o hisopo estériles hasta el canal uterino. El instrumento de muestreo se hace rotar y se mueve de lado a lado durante 10-30 segundos antes de retirarlo. Idealmente, durante este procedimiento, se debe observar el cuello uterino con espéculo (esterilizado) mientras la mujer se encuentra en posición de litotomía. Siempre que sea posible debe eliminarse el excedente de mucosidad uterina (por ejemplo, con una bolilla de algodón sostenida con fórceps anulares) antes de tomar la muestra. Si se ha hecho histerectomía solo se tomarán muestras de la vagina, incluido el fornix posterior. Cuando el himen está intacto, el material se obtiene del orificio vaginal.

Muestras del ojo

Se recoge pus de la conjuntiva con un asa bacteriológica o hisopo estériles.

Muestras del glande

En los hombres para recoger secreción del surco coronal (para detectar candidiasis) se utilizará un hisopo de algodón estéril.

Preparación de frotis

Los especímenes se transfieren inmediatamente a un portaobjetos de vidrio sobre el cual se hace rodar el hisopo para depositar un frotis delgado y uniforme. Se seca al aire y se fija al calor (calentando sobre la llama la cara del portaobjetos reversa al frotis hasta que llegue a estar apenas caliente para tolerarla sobre el dorso de la mano) o mediante inmersión en metanol (94%) durante cinco minutos.

Dos métodos sencillos de coloración son apropiados: el método de Gram (sección C) y la tinción de azul de metileno (sección D). Debe preferirse el último de estos dos métodos porque facilita el

reconocimiento de las bacterias en el material clínico y, además, es de fácil empleo en el nivel periférico; tiene, también, la ventaja adicional de ser más rápido. No obstante, en algunos lugares acaso sea imposible emplearlo porque la solución se debe mantener almacenada a 4°C. (La tinción de Gram, claro está, tiene la ventaja de que permite determinar las características de coloración de las bacterias.)

Examen microscópico

Gonorrrea

Los portaobjetos se observan en inmersión de aceite. Los gonococos son diplococos Gram negativos de forma de frijolillo o grano de café, de 0,6 a 0,8 μ m (sección B). Aunque la presencia de estos diplococos dentro de los leucocitos polimorfonucleares es un buen indicio de gonorrrea, su ausencia no necesariamente descarta la enfermedad.

Uretritis no gonocócica (y cervicitis)

Durante el examen del portaobjetos se debe prestar atención a la presencia de otras características patológicas, por ejemplo, el número de leucocitos polimorfonucleares por campo en relación con el número de elementos epiteliales; si predominan o no los lactobacilos o las bacterias cocoides; si hay células clave; si hay levaduras, hongos, tricomonas, etc. Un elemento característico de la uretritis no gonocócica (por lo común causada por Chlamydia trachomatis) es la presencia de células de pus sin bacterias.

Candidiasis e infecciones por hongos

C. albicans aparece como un brote oval, en forma de levadura. A pesar de la falta de sustanciación experimental, en general, se cree que la presencia de pseudohifas es indicación de invasión tisular. El número de organismos observados no se correlaciona bien con la gravedad de los síntomas. La preparación en fresco tratada con una o dos gotas de KOH al 10-20% y calentada (pero no hervida) y la tinción de Gram parecen tener aproximadamente la misma sensibilidad. La presencia de pseudohifas sugiere que el hongo observado probablemente no pertenece al grupo de levaduras menos patógenas, que no forman pseudohifas. Sin embargo, usualmente no es posible efectuar una especiación confiable mediante microscopía directa.

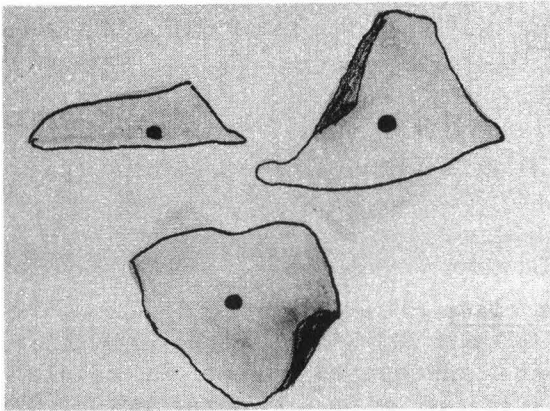
SECCION A - SOLUCION SALINA NORMAL

La solución salina normal es una solución de cloruro de sodio (NaCl) al 0,85% en agua.

- a) Disolver 8,5 g de NaCl en aproximadamente 900 ml de agua (preferiblemente destilada).
- b) Agregar agua hasta obtener un litro.

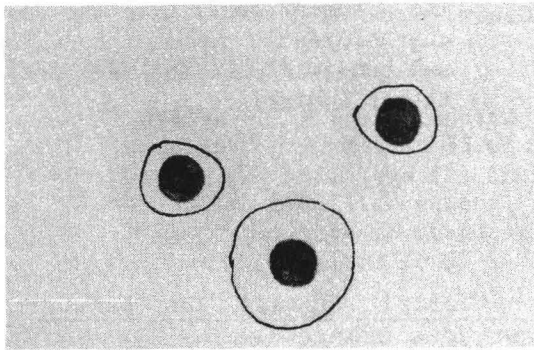
SECCION B - ILUSTRACIONES

1.1 CARACTERISTICAS OBSERVADAS EN EL EXAMEN DE EXTENDIDOS CON MONTAJE EN FRESCO



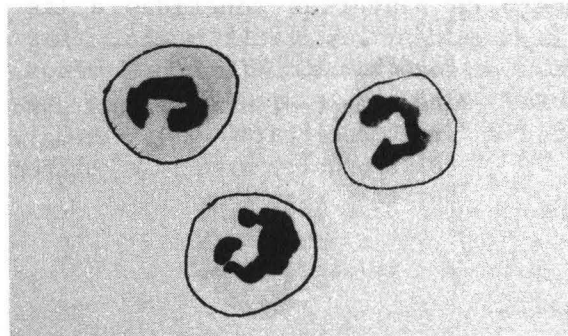
Células epiteliales vaginales "maduras"

Células poligonales con núcleos pequeños.



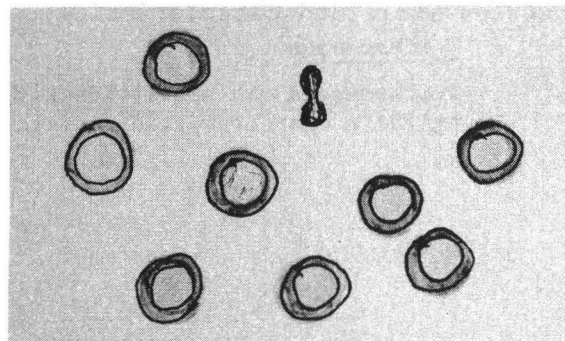
Células epiteliales vaginales "no maduras"

Células redondas con núcleos relativamente grandes.



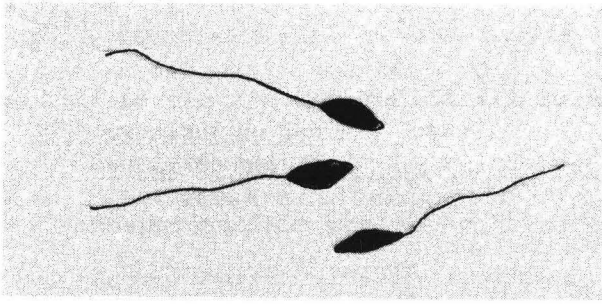
Leucocitos polimorfonucleares

Núcleos irregulares y multilobulares.

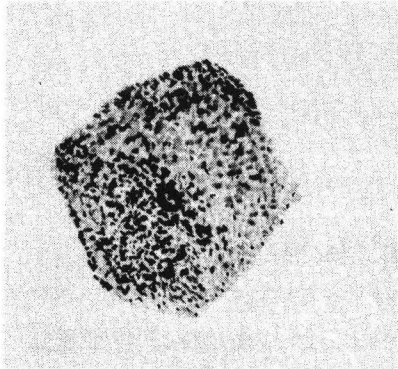


Eritrocitos

Se presentan como dos anillos concéntricos, con un color verdoso-amarillo, sin núcleos.

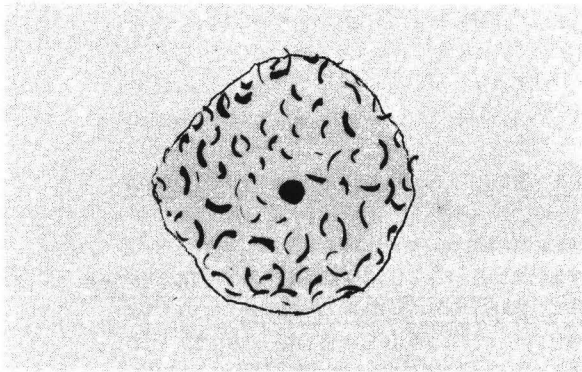


Espermatozoides



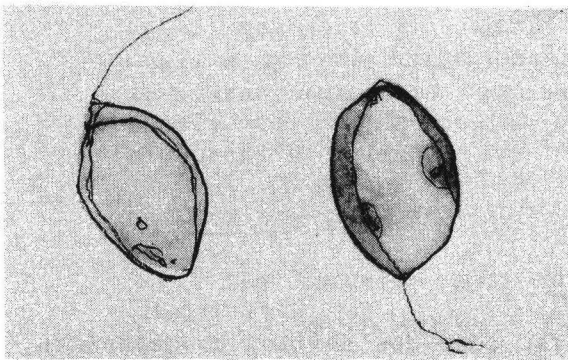
Células clave

Los cocos adherentes dan a la célula una apariencia granular característica y también pueden desdibujar el contorno de la célula.



Célula epitelial vaginal con bastoncillos curvados adherentes

El número de bacterias adheridas a las células individuales varía mucho. Las células tienen habitualmente menos bacterias adherentes que las que se muestran en la ilustración.

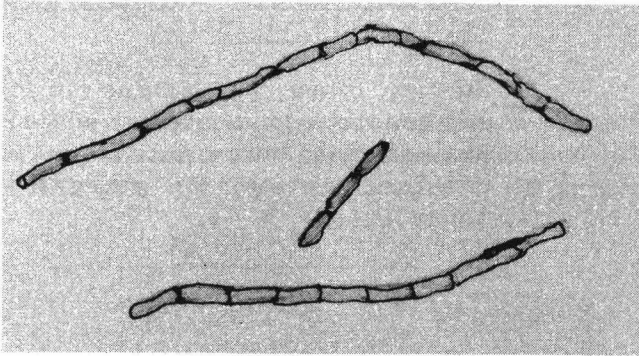


Tricomonas

Las tricomonas se identifican fácilmente por su motilidad característica.

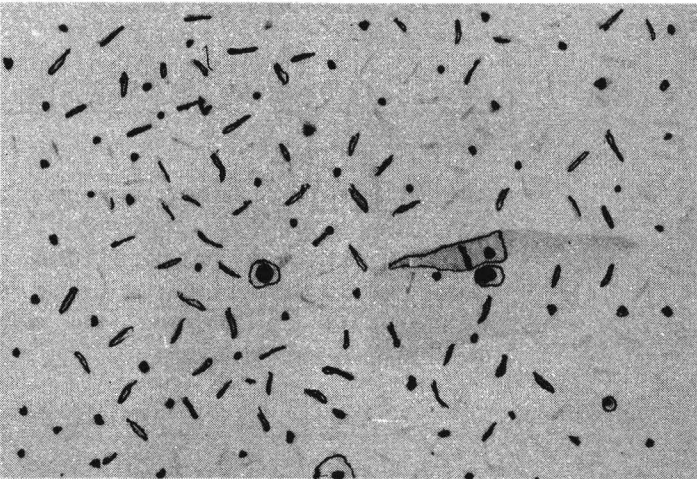
Candida albicans

La mezcla con KOH proporciona una mayor visibilidad a los elementos fungales. Se observan pseudohifas y blastosporas.



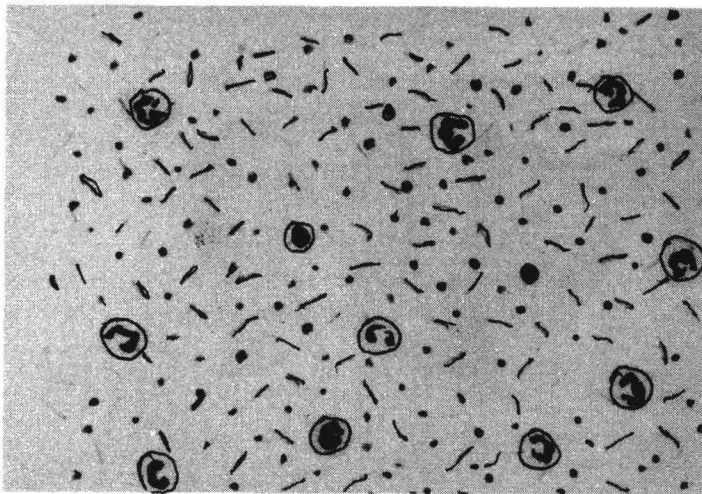
Extendido normal en fresco

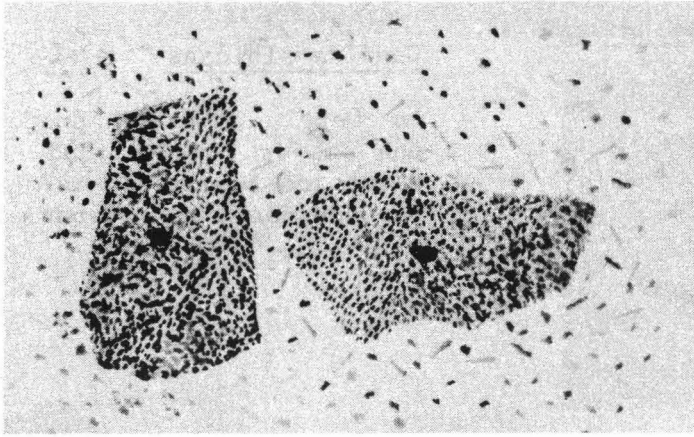
Se observa la flora cocoide y lactobacilar normal. Los leucocitos son escasos.



Extendido "inflamatorio" en fresco

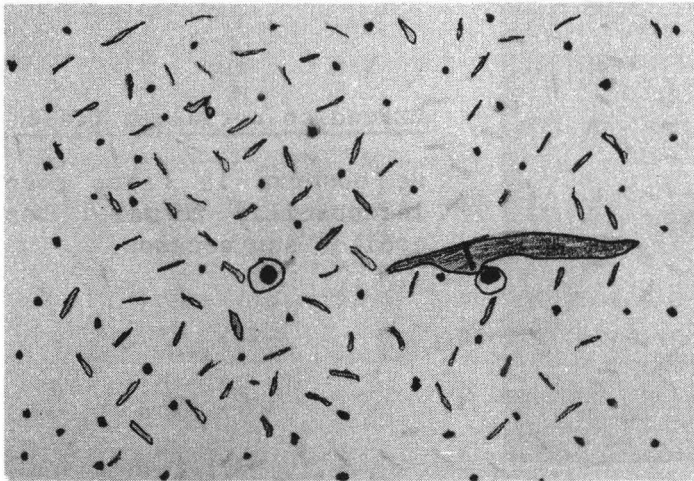
El campo está dominado por leucocitos. Este cuadro se observa en infecciones por gonococos, clamidias y tricomonas y puede indicar la conveniencia de tomar una muestra cervical para detectar Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis.





Vaginosis bacteriana asociada con
Gardnerella vaginalis

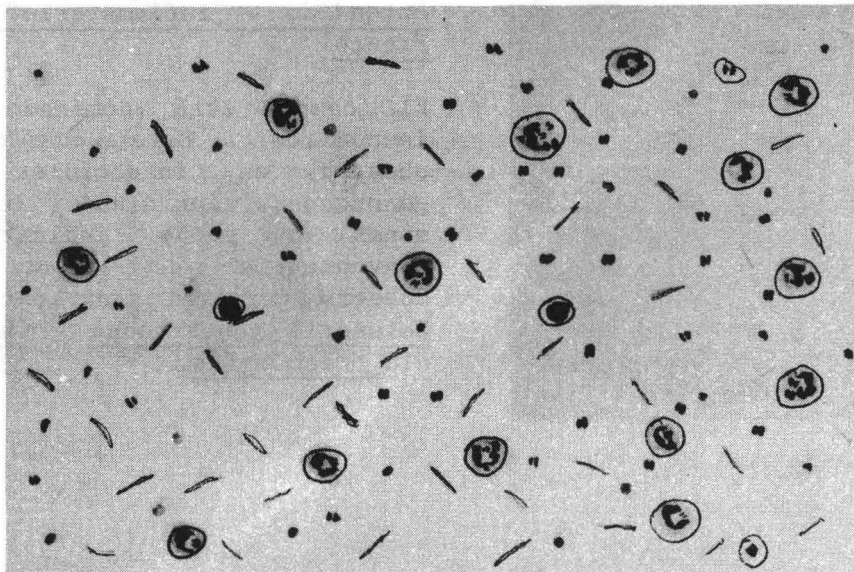
En la flora bacteriana predominan los cocos, que pueden adherirse a las células epiteliales para formar células clave. Se observan pocos leucocitos.



Vaginosis bacteriana asociada con
Mobiluncus

En la flora bacteriana predominan los bastoncillos curvados y los cocos. Algunos bastoncillos curvados se adhieren a las células epiteliales. Tampoco se observan muchos leucocitos.

1.2 FROTIS TEÑIDO EN LA GONORREA



Se observan numerosos leucocitos. Se advierte la presencia de diplococos característicos en forma de frijolillo o grano de café dentro de los leucocitos y de las células epiteliales y también extracelularmente.

SECCION C - TINCION DE GRAM

Preparación de reactivos

Para preparar reactivos es preferible emplear agua destilada. Si no la hubiera, habrá que emplear agua de la llave limpia y purificada, siempre que sea posible, por ejemplo, por filtración.

Cristal de violeta de genciana

- a) Disolver 2 g de cristal de violeta de genciana en 20 ml de etanol al 96%.
- b) Añadir seguidamente 80 ml de oxalato de amonio al 1%.

Solución yodada

- a) Disolver 2 g de cristales de yodo en 10 ml en una solución de 1 N de NaOH.
- b) Agregar agua destilada hasta obtener 100 ml.

Solución decolorante

Acetona para análisis.

Solución contracolorante

- a) Disolver 0,3 g de fucsina básica en 10 ml de etanol al 96%.
- b) Disolver 5 g de fenol en 95 ml de agua destilada.
- c) Mezclar gradualmente ambas soluciones a) y b), agitando vigorosamente.
- d) Añadir 950 ml de agua destilada.
- e) Dejar reposar la mezcla de dos a tres días.
- f) Si es posible, filtrar (con poros de 0,22 μ m) antes de usar.

Método

- a) Dejar enfriar los especímenes fijados al calor antes de comenzar la coloración.
- b) Cubrir el portaobjetos con abundante violeta de genciana durante un minuto y luego enjuagarlo con agua, preferiblemente bajo la llave.

- c) Cubrir el portaobjetos con solución yodada durante dos minutos y luego enjuagarlo con agua.
- d) Antes de que el frotis se seque completamente, decolorar con acetona hasta que no pierda más color (como este es el paso principal en el procedimiento de coloración, solo se debe decolorar un portaobjetos a la vez).
- e) Enjuagar bien el portaobjetos con agua.
- f) Cubrir generosamente el portaobjetos con solución contracolorante durante 30 segundos y luego enjuagarlo nuevamente con agua.
- g) Dejar secar el portaobjetos antes de examinarlo al microscopio. Para acelerar el secado se puede absorber la humedad con papel secante, con cuidado para no quitar la coloración.

SECCION D - TINCION CON AZUL DE METILENO

Preparación de la tintura

Para preparar la tintura es preferible emplear agua destilada. Si no la hubiera, habrá que emplear agua de la llave, si es posible, limpia y purificada, por ejemplo, por filtración.

- a) Disolver 450 mg de azul de metileno en 30 ml de etanol (99,9%).
- b) Disolver 10 mg de KOH en 100 ml de agua destilada.
- c) Mezclar ambas soluciones y esterilizar, si es posible, por filtración (con poros de 0,22 μ m).
- d) Mantener la solución en lugar oscuro, a 4°C, hasta el momento de usarla.

Método

- a) Cubrir el frotis secado al aire y fijado con tintura durante un minuto.
- b) Lavar el portaobjetos con agua, preferiblemente bajo la llave.
- c) Dejar secar el portaobjetos y examinarlo al microscopio.

ANEXO 5

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER EL APOYO DE LA COMUNIDAD

1. Concientizar a la comunidad respecto del problema de las ETS

- a) Informar a la comunidad (mediante la educación sanitaria) con respecto a:
- La forma de transmisión de las ETS del enfermo a su pareja.
 - Las consecuencias que pueden tener las ETS en la salud de la madre y el niño, y en la reproducción y fecundidad humanas.
 - Los tratamientos eficaces e ineficaces.
 - La diferencia de costos entre el tratamiento de un caso con complicaciones y de un caso sin ellas.
- b) Reunir datos generales sobre los hábitos y comportamiento sexuales de la población que aumentan el riesgo de ETS.
- c) Poner en conocimiento de la comunidad los resultados de los datos obtenidos.

Un público informado cooperará activamente en el programa de control solo si la gravedad de las consecuencias de las ETS ha sido claramente comprendida, identificada y asimilada por la comunidad.

2. Participación de la comunidad

Debido a la explosión demográfica y al rápido aumento de las necesidades y demandas de servicios de salud, muchos gobiernos no están ya en condiciones de cumplir sus cometidos. Habida cuenta de los recursos presupuestarios mínimos de los ministerios de salud pública y de la falta de trabajadores de salud capacitados en los países en desarrollo, es obligatorio contar con la participación de la comunidad.

a) Participación financiera

- En las zonas rurales, se recomiendan dos tipos de procedimientos:
 - 1) Que los pacientes paguen un honorario fijo por los servicios prestados.

2) Que se integren las unidades de producción y los servicios sociales en cooperativas rurales que administren un sistema de autofinanciamiento.

- En las zonas urbanas:

El sistema colectivo por conducto de cooperativas es difícil de aplicar en las zonas urbanas y los pacientes por lo común pagan un honorario fijo por los servicios prestados.

La gente prefiere el sistema de aporte financiero individual para obtener servicios generales de salud, en lugar de las "clínicas gratuitas" que extienden recetas para la adquisición de medicamentos en farmacias privadas.

Este seguro de salud primario es un instrumento importante para el desarrollo económico y social.

b) Trabajadores comunitarios de salud

La comunidad puede elegir a las personas más apropiadas para recibir capacitación como trabajadores comunitarios de salud. Estos trabajadores de salud ayudarán a los trabajadores de salud profesionales (en las tareas de mantenimiento de registros, distribución de medicamentos, inyecciones y envío de contactos sexuales a otros niveles de atención) o desempeñarán esas tareas en ausencia de personal más calificado.

3. Organización de la comunidad: los comités de salud

Con objeto de permitir una comunicación más efectiva entre la comunidad y el personal de salud/autoridades administrativas, se necesita algún tipo de organización comunitaria.

El comité de salud es la estructura fundamental de la participación comunitaria. Cada unidad de salud (puesto de salud, centro de salud o unidad de maternidad) debiera contar con el apoyo de un comité de salud. El comité debe ser elegido por la asamblea general de representantes de comunidades en las zonas rurales; en las zonas urbanas debe ser escogido por representantes de las diferentes manzanas dentro de las zonas de captación de la unidad de salud. El comité contará con un presidente, un secretario, un tesorero y eventualmente un subcomité de trabajo.

Todos los comités de una zona administrativa determinada se podrían agrupar en una asociación para el fomento de la salud, con los siguientes propósitos:

a) reglamentar el procedimiento de elección y las actividades de los comités en colaboración con las autoridades médicas;

- b) coordinar actividades similares en diferentes comités de salud;
- c) suministrar medicamentos en colaboración con las autoridades médicas, y
- d) supervisar los comités (evaluación financiera).

El empleo de los recursos financieros (honorarios pagados por los pacientes) corre por cuenta del comité en colaboración con la enfermera de la unidad de salud (co-gestión). Es importante determinar los niveles de los distintos tipos de gastos: por ejemplo, el 60% de los ingresos se debiera destinar a la adquisición de medicamentos, el 10% a materiales médicos menores, el 15% al pago de los trabajadores comunitarios de salud, etc. Todos los gastos corrientes se pagan con cheque, bajo la firma del presidente y el tesorero del comité. La libreta de cheques se deja en manos de las enfermeras.

Mediante la participación comunitaria se garantizan, a bajo costo, el suministro y la distribución regulares de medicamentos. Pueden ser posibles las siguientes fuentes:

- a) farmacias del Estado;
- b) compañías farmacéuticas en el país,
- c) compañías farmacéuticas en el extranjero: los medicamentos importados tienen que estar exentos de aranceles de importación (cuestión que ha de negociarse con los ministerios de salud y de hacienda).

La asociación de comités de salud debiera establecer un almacén comunitario central para organizar los suministros de medicamentos, vacunas e instrumentos médicos desechables para todas las unidades de salud de la zona administrativa. Este almacén comunitario central debiera adquirir suministros a granel, mantener las existencias y efectuar la distribución (todos los gastos debieran ser pagados con cheque).

La asociación de comités de salud puede establecer comités para atender problemas sanitarios específicos (por ejemplo, un comité para las ETS). Los integrantes de este comité debieran ser voluntarios de los diferentes comités de salud, que estén particularmente interesados en el tema de las ETS. Este comité especial sobre ETS puede actuar como "intermediario" entre la comunidad y la clínica general o centro especializado de ETS (según el lugar).

ANEXO 6

LECTURA RECOMENDADA

Organización Mundial de la Salud. Neisseria gonorrhoeae e infecciones gonocócicas. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 616. Ginebra, 1978.

Organización Mundial de la Salud. Uretritis no gonocócica y otras enfermedades de transmisión sexual importantes para la salud pública. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 660. Ginebra, 1981.

Organización Mundial de la Salud. Treponematosis. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 674. Ginebra, 1982.

Jancloes M., B. Seck y M. Kebe. Autofinancement et autogestion des soins de santé primaires; une expérience au Sénégal. Rev Int Educ Santé 23:117-123, 1980.

Meheus A. y P. Piot. Lutte contre les MTS dans les pays en développement. Ann Soc Belge Méd trop 63:281-311, 1983.

Ministère de la Santé publique - Sénégal. Participation des populations à l'effort de santé publique: principes et directives méthodologiques, 1980.

Essex B.J. Approach to rapid problem solving in clinical medicine. Brit Med J 3:34-36, 1975.

Cumper G. The costs of primary health care Tropical Doctor 14: 19-22, 1984.

Fendall N.R.E. Training and management for primary health care. Proc R Soc Lond B209:97-109, 1980.

Arya O.P. y F.J. Bennett. Role of the medical auxiliary in the control of sexually transmitted disease in a developing country. Brit J Vener Dis 52:116-121, 1976.

Essex B. A new approach to decision making in primary health care. Proc R Soc Lond B209:89-96, 1980.

Arya O.P. y J.B. Lawson. Sexually transmitted diseases in the tropics. Epidemiologic, diagnostic, therapeutic, and control aspects. Tropical Doctor 7:51-56, 1977.

Stocking B. y C.E.G. Smith. National policies and national experts. Basic requirements in developing countries. Lancet 1(8212):144-145, 1981.

Reisman A. y L. Duran. Designing primary health care teams for developing countries. Publ Hlth Rep 98:184-189, 1983.

McCord C. y A.A. Kielmann. A successful programme for medical auxiliaries treating childhood diarrhoea and pneumonia. Tropical Doctor 8:220-225, 1978.

Nchinda T.C. The propharmacy as a means of meeting chronic drug shortages in rural health centres in rural African communities. Tropical Doctor 8:225-228, 1978.

Pillsbury B.L.K. Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health care systems. Soc Sci Med 16:1825-1834, 1982.

Bestane W.J. A gonorréia e outras uretrites na cidade de Santos, Estado de Sao Paulo. Rev Ass Med Brasil 24:133-138, 1978.

Rein M.F. Therapeutic decisions in the treatment of sexually transmitted diseases: an overview. Sex Transm Dis 8:93-99, 1981.

Rhodes A., J. McCue, A.L. Komaroff y T.M. Pass. Protocol management of male genitourinary infections. J Amer Vener Dis Assoc 2:23-30, 1976.

Meheus A. Chapter 81. Practical approaches in developing nations. En: Sexually Transmitted Diseases, Holmes K.K., Mårdh P.H., Sparling P.F., Wiesner P.J. (eds). McGraw Hill Book Company, Nueva York, 1984.

Organización Mundial de la Salud. Formación y utilización de personal auxiliar para grupos rurales de salud en países en desarrollo. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 633, Ginebra, 1979.

Organización Mundial de la Salud. La partera tradicional en siete países. Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento. A. Mangay-Maglacas y H. Pizurki (eds.). Cuadernos de Salud Pública No. 75, 1981.

Organización Mundial de la Salud. The primary health worker. Working guide, guidelines for training, guidelines for adaptation. 1980, OMS, Ginebra, 346 págs.

Organización Mundial de la Salud. Control of sexually transmitted diseases. Informe de un grupo de trabajo científico. OMS, Ginebra, 1985.

Ofosu-Amaah V. Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud en la comunidad. Organización Mundial de la Salud. Publicación en offset No. 71, 1984.

Kirkpatrick D.L. How to improve performance through appraisal and coaching. AMACOM, Nueva York, N.Y., 1982.

Organización Mundial de la Salud. Laboratory services at primary health care level. Documento inédito LAB/79.1.

Organización Mundial de la Salud. Manual on methods for the diagnosis of gonorrhoea in general laboratories. Documento inédito LAB/80.2.

Organización Mundial de la Salud. Protocol for clinical and laboratory studies of genital ulcer disease. Documento inédito INT/VDT/83.406.