

# Infecciones de transmisión sexual: prevalencia e impacto en la salud de las mujeres en países de bajos recursos

Laia Bruni  
Raquel González  
Mireia Llach  
Sara Lafuente  
Anna Vilella  
Clara Menéndez

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Centro de Salud Internacional Institut d'Investigacions Biomedicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) Hospital Clínic Barcelona

Correspondencia:  
Laia Bruni  
Hospital Clínic  
UASP (Unitat d'Avaluació,  
Suport i Prevenció)  
Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
E-mail: laiabruni@comb.es

## Resumen

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan uno de los mayores retos para la salud pública en países en vías de desarrollo y son las mujeres y los recién nacidos quienes predominantemente padecen sus consecuencias. Las estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la incidencia de ITS tratables (sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis) para 1999 fue de 340 millones de casos nuevos. A su vez, la epidemia del HIV/SIDA ha contribuido a desenmascarar el resto de ITS. Los programas de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual tienen tres objetivos: Interrumpir la transmisión de estas enfermedades (Promoción de conductas sexuales más seguras, programas para el uso y difusión de los preservativos), prevenir el desarrollo de la enfermedad, sus posibles complicaciones y secuelas y por último, reducir la transmisión de infección por VIH con la integración de la prevención y atención de las ITS dentro de diferentes ámbitos de la atención sanitaria (atención primaria, servicios de salud reproductiva, clínicas privadas), la creación de servicios específicos para poblaciones a riesgo y la detección precoz de las infecciones, tanto asintomáticas como sintomáticas.

El control efectivo de las ITS continua siendo un desafío para los servicios de salud de muchos países sin recursos. Se necesita urgentemente investigar en intervenciones efectivas que controlen y disminuyan esta carga que afecta de forma importante la transmisión del HIV.

**Palabras claves:** Infecciones de transmisión sexual. Países de baja renta. Promoción. Prevención.

## Summary

Sexually transmitted infections (STI) represent one of the major public health problems in developing countries, specially on women and children. The World Health Organization (WHO) estimates that 340 million new cases of the four main treatable STIs (syphilis, gonorrhoea, chlamydial infection and trichomoniasis) occurred on 1999. The HIV/AIDS epidemic has also contribute to recognise the importance of other STIs. STI control programmes have three objectives: to interrupt the transmission of these infections (by promoting the use of condoms and safer sexual behaviours), to prevent the

development of diseases, complications and sequelae and to reduce the transmission of HIV infection. To reach these objectives it is needed the integration of STIs prevention and care into primary health care, reproductive healthcare facilities, private clinics and others, the development of specific services for populations at high risk and the early detection of symptomatic and asymptomatic infections. The challenge of health services is an effective STIs control programme in many developing countries. It is urgently necessary to investigate in effective interventions to control and reduce the STIs burden on HIV transmission.

**Key words:** Sexually transmitted infections. Prevention. Developing countries.

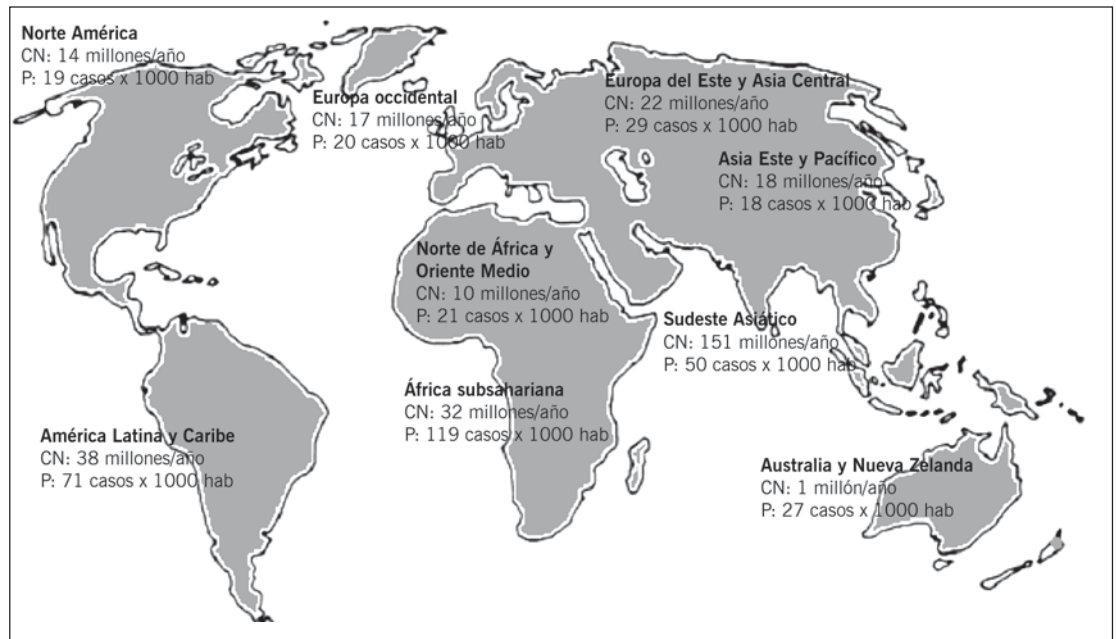
## Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan uno de los mayores retos para la salud pública en países en vías de desarrollo. Su importancia no sólo estriba en su frecuencia sino en las graves complicaciones que se pueden derivar de ellas (enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infertilidad, cáncer de cérvix, aborto espontáneo, sífilis congénita, neumonía, prematuridad, bajo peso al nacer, oftalmía neonatal, muerte fetal); y son las mujeres y los recién nacidos quienes predominantemente padecen todas sus consecuencias. Por ello el objetivo de esta revisión es ver cuáles son los datos de que disponemos sobre la carga de enfermedad de las ITS en países en vías de desarrollo y resumir los distintos tipos de intervenciones que se usan en los programas de control.

## Prevalencia global de las ITS

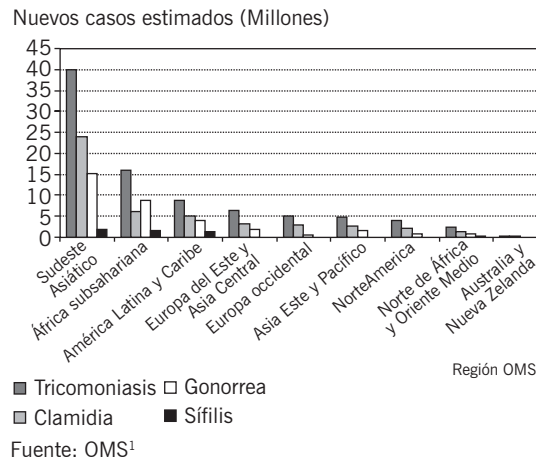
A pesar de que se dispone de tratamientos antimicrobianos efectivos para las ITS de origen bacteriano, fúngico y protozooario desde hace 40 años,

**Figura 1.**  
Casos nuevos estimados y prevalencias de ITS tratables en adultos en el año 1999



Fuente: OMS<sup>1</sup>. CN: casos nuevos; P: prevalencia

**Figura 2.**  
Casos nuevos estimados en el año 1999 según región de la OMS y tipo de infección



Fuente: OMS<sup>1</sup>

continúan siendo un problema de salud pública tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo. Las estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> sobre la incidencia de sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis para 1990 fueron de 250 millones de casos nuevos entre personas de 15-49 años, elevándose a 333 millones en 1995 y a 340 en 1999. Como se puede ver en la Figura 1 de los 340 millones de casos nuevos de ITS estimados en 1999, la mayor frecuencia en números absolutos se dio en la región del Sudeste Asiático con 151 millones de casos, sin embargo la tasa por 1000 habitantes resultó ser mucho más elevada en

África Sub-Sahariana con 119 casos por 1000. Estas dos regiones junto con Latinoamérica y Caribe reúnen el 75% de los nuevos casos anuales por estas 4 infecciones. En la Figura 2 se pueden ver estas frecuencias desglosadas por tipo de infección y región.

Las ITS representan una gran carga de enfermedad tanto a nivel de mortalidad como de morbilidad en países en vías de desarrollo, aunque la magnitud real de su impacto no se conoce con precisión. Esto se debe a que no siempre existen sistemas de vigilancia para la medición de los indicadores epidemiológicos para este tipo de enfermedades en todos los países o la información recogida no es siempre completa o fiable. Además, las ITS presentan características respecto otro tipo de infecciones que dificultan todavía más la obtención de datos y esto suele resultar en una subestimación notable de su frecuencia. En primer lugar hay que considerar que la gran mayoría de ITS cursan asintomáticas y, que en el caso de presentar clínica, pocas de las personas afectadas acuden a los servicios sanitarios correspondientes debido al estigma social que llevan normalmente asociado.

La mayor parte de los datos se obtienen de estudios de prevalencia y de los pocos sistemas de vigilancia funcionantes. Respecto a los estudios transversales hay que considerar que presentan gran disparidad en la población estudiada, siendo las principales las mujeres atendidas en las clínicas de atención prenatal, los pacientes de las clínicas de ITS y las trabaja-

doras sexuales. Según la OMS<sup>2</sup>, las ITS excluyendo el HIV fueron las responsables de 89.000 de muertes de mujeres en todo el mundo durante 2002 (correspondiendo 72.000 a la sífilis, 9.000 a clamidia y 1000 a gonorrea). Afectando en su práctica totalidad a mujeres de países en vías de desarrollo. A su vez, el HIV provocó la muerte de 1,29 millones de mujeres durante ese mismo año y el cáncer de cérvix de 239.000 mujeres más. Se estima que en las mujeres en edad reproductiva las ITS (excluyendo el HIV) son la segunda causa de años de vida perdidos por discapacidad en África, responsable del 17% de la carga total de enfermedad<sup>3</sup>. La estimación de la carga de enfermedad de las ITS para 2002 fue de 11.348 DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*, años de vida ajustados por discapacidad, que representan los años de vida "sana" perdidos por causa de la enfermedad estudiada). De estos 11.348 DALYs por ITS, el 66% (7.493) recayeron en las mujeres. De la misma manera, el 60% de esta carga de enfermedad por HIV también afectó a las mujeres.

Generalmente se asume que la prevalencia de ITS es superior entre los residentes en áreas urbanas. Sin embargo datos todavía no publicados obtenidos recientemente en un estudio sobre mujeres de la población general o atendidas en una clínica de atención prenatal realizado en Mozambique muestran que la carga de ITS en áreas rurales puede hallarse subestimada, al menos en ciertas regiones. Las prevalencias obtenidas en este estudio transversal estratificado por edad sobre ITS han sido claramente superiores a las observadas en otras áreas rurales subsaharianas (por ejemplo las del Distrito de Rakai en Uganda y las de algunas comunidades rurales en Suráfrica)<sup>4,5</sup> e incluso mayores a las descritas en otras áreas urbanas africanas, siendo comparables a las encontradas entre trabajadoras sexuales de algunas ciudades de África. Aproximadamente el 70% (179/262) de todas las mujeres estudiadas y el 75% (112/148) de las mujeres embarazadas presentaban al menos una ITS activa (sífilis, infección gonocócica, *Trichomona vaginalis*, clamidia, virus del papiloma humano o HIV). Esta prevalencia alcanzaba el 82% en el grupo de edad de 14-20 años y disminuía significativamente con la edad, siendo de un 44% en el grupo de edad mayor (51-61 años). Un poco más de la mitad (51%) de estas mujeres tenían al menos una ITS tratable (sífilis, gonorrea, infección por clamidia o tricomoniasis).

Según Mayaud y Mabey<sup>6</sup> esta alta prevalencia de ITS en los países en vías de desarrollo puede ser debida a: factores demográficos (cuentan con una población numerosa predominantemente joven y activa sexualmente), factores migratorios (los cambios

socioculturales asociados a la migración urbana, más todos los desplazamientos por trabajo, guerras y catástrofes naturales), el aumento de los niveles de prostitución debido a la precariedad económica, la multiplidad y simultaneidad de los compañeros sexuales, la ausencia de acceso a servicios de ITS efectivos y asequibles, y las elevadas prevalencias de resistencias antimicrobianas de algunos microorganismos.

A su vez, la epidemia del HIV/SIDA ha contribuido a desenmascarar el resto de ITS y a poner de nuevo en relieve la necesidad urgente de reemprender el control de las ITS. Se ha observado como la infección por HIV y las ITS podrían estar correlacionadas. Las relaciones sexuales sin protección en presencia de ITS aumentan la probabilidad de transmisión del HIV, y asimismo el HIV aumenta el riesgo de adquirir otras ITS<sup>7,8</sup>. Según UNAIDS<sup>9</sup> (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA), se estima que a finales de 2003 en el mundo habían 37.8 millones [34.6 - 42.3] de personas viviendo con infección por HIV, de las cuales el 66,1% (25.0 millones [23.1 - 27.9]) procedían de África Sub-Sahariana y el 17,2% del Sudeste Asiático (6.5 millones [4.1 - 9.6]). Se estima también que de los 4.8 millones [4.2 - 6.3] de nuevas infecciones por HIV producidas en 2003, el 95% ocurrieron en países de mediana y baja renta, y alrededor de 85% se dieron en el grupo de edad comprendido entre 14-49 años. En este grupo de edad el 50% corresponde a la franja entre 15-24 años y el 50% son a su vez mujeres. En Mwanza<sup>10,11</sup>, Tanzania se realizó el primer estudio randomizado que demostró el impacto en la incidencia del HIV de una intervención preventiva en la población general. En este trabajo se vio como la mejora en el manejo clínico de las ITS en la atención primaria repercutió en una disminución de la incidencia de HIV al cabo de 2 años, pasando de un 1,9% a 1,2% (40% de reducción, evitando unas 254 nuevas infecciones).

Por tanto, la reducción del riesgo de infección del HIV se erige como el nuevo fin del control de las ITS clásicas. Sin embargo no hay que olvidar que ante la ausencia de SIDA, el resto de ITS por sí mismas son responsables de una importante morbi-mortalidad, afectando sobre todo al grupo de edad más productivo económicamente, el comprendido entre 15-44 años, con las implicaciones más allá de la salud que esto supone<sup>12</sup>.

## Control de las ITS

De acuerdo con la OMS y UNAIDS<sup>13</sup> los programas de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual tienen tres objetivos: Interrumpir la

transmisión de estas enfermedades, prevenir el desarrollo de la enfermedad, sus posibles complicaciones y secuelas y por último, reducir la transmisión de infección por VIH.

En primer lugar nos encontramos con la prevención. Ésta puede ser primaria o secundaria. La primaria se basa en la promoción de conductas sexuales más seguras y del uso de preservativos en las relaciones sexuales. La secundaria se dirige al tratamiento y cuidado de las personas con ITS.

Respecto a los cambios de conducta, hay pocos estudios rigurosos que permitan valorar la eficacia de este tipo de intervenciones<sup>14</sup>. Sin embargo, no solo existen dificultades en la evaluación sino también en la implantación de estas iniciativas ya que en ellas intervienen diferentes condicionantes sociales y culturales. No hay que olvidar que la pobreza, el género u otros determinantes pueden impedir o disminuir la capacidad del individuo para modificar sus propias conductas.

Los métodos de barrera proporcionan uno de los medios más efectivos de protección ante el HIV y el resto de ITS<sup>15</sup>. Sin embargo tiene que ir acompañado de amplias campañas de marketing, de distribución a bajo coste de preservativos a la población que tiene menor acceso a ellos y de campañas que faciliten la obtención de los mismos porque a pesar de los esfuerzos realizados por diferentes colectivos solo una pequeña parte de la población utiliza métodos barrera y sólo en determinadas ocasiones.

En segundo lugar se debería garantizar una provisión de servicios accesible, aceptable y efectiva<sup>13</sup> para la atención sanitaria de las personas con ITS.

Otra estrategia a utilizar es el *case-finding*<sup>6</sup> o diagnóstico de cribaje, en el que se propugna la realización de tests diagnósticos de ITS a todas las personas que acuden por atención sanitaria, aunque sea por otras razones distintas de las ITS. Una de las mayores aplicaciones del *case-finding* es en los servicios de salud materno-infantil y en los de planificación familiar, donde se cribarían serológicamente a todas las usuarias. La OMS recomienda la detección serológica universal para sífilis en las clínicas de atención prenatal<sup>16</sup> como una de las intervenciones más costoefectivas. No hay que olvidar tampoco el control serológico en las donaciones de sangre.

El diagnóstico precoz y tratamiento efectivo es el componente esencial de los programas de control. En los países en vías de desarrollo se utiliza el "manejo sindrómico del caso" (*Syndromic case management*), estrategia basada en el reconocimiento de los síntomas asociados a ITS seguido de un trata-

miento dirigido a cubrir las etiologías más frecuentes. Este manejo clínico se simplifica con el uso de algoritmos de actuación y de protocolos de terapia empírica. Este enfoque ha demostrado ser costeefectivo, sin embargo en las mujeres con infección cervical no ha resultado ser ni sensible ni específico<sup>17,18</sup>. También se ha demostrado que aunque facilita el tratamiento de la mayoría de infecciones, también comporta un sobrediagnóstico y sobretratamiento con las consecuencias que esto conlleva: aparición de efectos adversos, resistencia a los antibióticos, etc. Es imprescindible adaptar el manejo clínico del caso a la incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades y al patrón de resistencias a antibióticos de la comunidad donde se quiera aplicar.

El manejo y notificación al compañero sexual<sup>19</sup> comprende todas aquellas actividades en las cuales se notifica a todos los compañeros sexuales de una persona con ITS de su presencia, se les informa en qué consiste y de los riesgos asociados a su exposición, al mismo tiempo que se les ofrece tratamiento y servicios de apoyo. Su objetivo es reducir la prevalencia de las infecciones asintomáticas y acortar el periodo de contagio. Sin embargo esta estrategia presenta algunas limitaciones, entre ellas una de las más importantes es la de las posibles consecuencias sociales e individuales que puede tener esta notificación al compañero sexual de un caso índice mujer, a parte de la imposibilidad de curar algunas ITS virales tales como HIV o Herpes simple tipo 2.

Las intervenciones dirigidas a grupos de riesgo específicos o *targeted interventions* se basan en la idea de que estos grupos y sus compañeros sexuales forman el puente de unión con la población general que permite la extensión de las ITS y HIV por todo el mundo. Se considera grupo de riesgo a todos aquellos individuos que tienen una mayor tasa de compañeros sexuales y por tanto tienen más probabilidades de adquirir y transmitir ITS. Este tipo de intervenciones requieren un diseño específico adaptado a las características sociodemográficas de cada lugar, pero han demostrado tener un buen impacto en la disminución de las tasas de ITS en estos grupos<sup>6</sup>.

En Rakai<sup>20</sup>, Uganda, llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado basado en la comunidad que evaluaba el control de las ITS a través de un tratamiento masivo con antibióticos administrados en el hogar. Sin embargo no se registró una reducción significativa en gonorrea, clamidia, uretritis o síntomas reportados de infecciones de transmisión sexual entre los grupos del estudio. Aunque sí tuvo un im-

pacto en la reducción de la prevalencia de sífilis y de tricomoniasis<sup>11</sup>.

En conclusión, la OMS recomienda un conjunto de estrategias e intervenciones que conformarían el “paquete de salud pública para la prevención y control de las ITS” que se compondría básicamente de los siguientes puntos<sup>21</sup>:

- Promoción de conductas sexuales más seguras
- Programas para el uso y difusión de los preservativos
- Promoción de conductas favorables para la salud
- Integración de la prevención y atención de las ITS dentro de la atención primaria, servicios de salud reproductiva, clínicas privadas y otros.
- Servicios específicos para poblaciones a riesgo tales como trabajadores sexuales, adolescentes, transportistas de largo recorrido, personal militar y reclusos.
- Manejo clínico de las ITS
- Prevención y asistencia a la sífilis congénita y la conjuntivitis neonatal.
- Detección precoz de las infecciones, tanto asintomáticas como sintomáticas.

No obstante estas recomendaciones no están siendo aplicadas ampliamente en los países en vías de desarrollo.

## Conclusiones

Las ITS aún suponen una elevada carga de enfermedad y muerte, especialmente en mujeres en países de bajos recursos. Las mujeres son especialmente vulnerables a estas infecciones ya que en ellas suelen cursar de forma asintomática dejando mayores secuelas que se trasladan a sus hijos en el caso de las embarazadas. El control efectivo de las ITS continua siendo un desafío para los servicios de salud de muchos países sin recursos. Se necesita urgentemente investigar en intervenciones efectivas que controlen y disminuyan esta carga que afecta de forma importante la transmisión del HIV.

## Bibliografía

1. WHO. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates. WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10.
2. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - Cambiemos el rumbo de la historia. <http://www.who.int/whr/2004/es/>.
3. Laga M, Nzila N, Goeman J. The interrelationship of sexually-transmitted diseases and HIV infection: implications for the control of both epidemics in Africa. *AIDS* 1991;5(suppl 1):S55-S63.
4. D.Wilkinson SS, Abdool Karim A. Harrison, et al. Unrecognized sexually transmitted infections in rural South African women: a hidden epidemic. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(1):22-8.
5. Wawer M, Sewankambo N, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. *Lancet* 1999; 353:525-35.
6. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):174-82.
7. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998; 351 (suppl III):5-7.
8. Laga M, Diallo MO, Buvé A. Interrelationship of STD and HIV: where are we now?. *AIDS* 1994;8(suppl): S119-24.
9. UNAIDS. Global summary of the HIV and AIDS epidemic in 2003. <http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epicorejuly2004.asp>.
10. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995;346(8974): 530-6.
11. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD001220.
12. World Bank. World Development Report, 1993. *Investing in Health*. Oxford: UK. Oxford U. Press, 1993.
13. UNAIDS/WHO. Sexually transmitted diseases: policies and principles prevention and care. UNAIDS Best Practice Collection. Key Material. Geneva: UNAIDS/WHO, 1999.
14. Stephenson JM, Imrie J, Sutton SR. Rigorous trials of sexual behaviour interventions in STD/HIV prevention: what can we learn from them? *AIDS* 2000;14(suppl3): S115-24.
15. NIAID/NIH. *Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted diseases prevention*. Washington: NIH, 2001.
16. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal.
17. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions, and challenges in syndromic management

- of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Infect* 1998;74(suppl 1):S1-11.
18. Hawkes S, Morison L, Foster S, *et al.* Reproductive-tract infections in women in low-income, low-prevalence situations: assessment of syndromic management in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 1999;354:1776-81.
  19. Hawkes S, Mabey D, Mayaud P. Partner notification for the control of sexually transmitted infections. *BMJ* 2003;327(7416):633-4.
  20. Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, Quinn TC, Paxton LA, Kiwanuka N, *et al.* Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. Rakai Project Study Group. *Lancet* 1999;353(9152):525-35.
  21. WHO Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Revised version - 2003. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_01\\_10/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10/index.html).