

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

Las **infecciones de transmisión sexual (I.T.S.)** representan una de las cinco primeras causas de consulta entre los adultos de 15 a 44 años en muchos países africanos.

Entre los factores que determinan la alta incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en los países en desarrollo podemos citar:

1. Comportamiento sexual, determinado por factores culturales (incluida la poligamia).
2. Factores demográficos:
 - Población joven en edad sexualmente activa.
 - Alta tasa de natalidad y disminución de la mortalidad infantil.
 - Altas tasas de migración y rápida urbanización que favorece el sexo comercial.
3. Factores económicos (inestabilidad, pobreza).
4. Conflictos.
5. Tratamientos inadecuados, tardíos o incompletos, con el consiguiente aumento de las resistencias a los antibióticos, así como problemas en la disponibilidad.
6. Dificultades en la accesibilidad y aceptación de los servicios sanitarios.
7. Interacción entre la infección por VIH y otras ITS.

Existen una serie de grupos humanos considerados “de riesgo”, que incluyen prostitutas y sus clientes, como trabajadores de locales nocturnos, militares (la prevalencia de seropositivos en el ejército de Malawi y Botswana se estima en el 75 y 80%, respectivamente), camioneros, marinos y personas en general que pasan largas temporadas fuera de sus casas, incluyendo a los-as estudiantes. En la actualidad prefiere hablarse de “conductas de riesgo” más que de “grupos de riesgo”.

El control de las ITS pretende interrumpir la transmisión de la infección y prevenir el desarrollo de complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (peritonitis de origen genital), los embarazos extrauterinos, la infertilidad, el cáncer del cuello uterino, la sífilis congénita y la conjuntivitis neonatal.

Existen varios métodos para conseguir el control de este grupo de enfermedades:

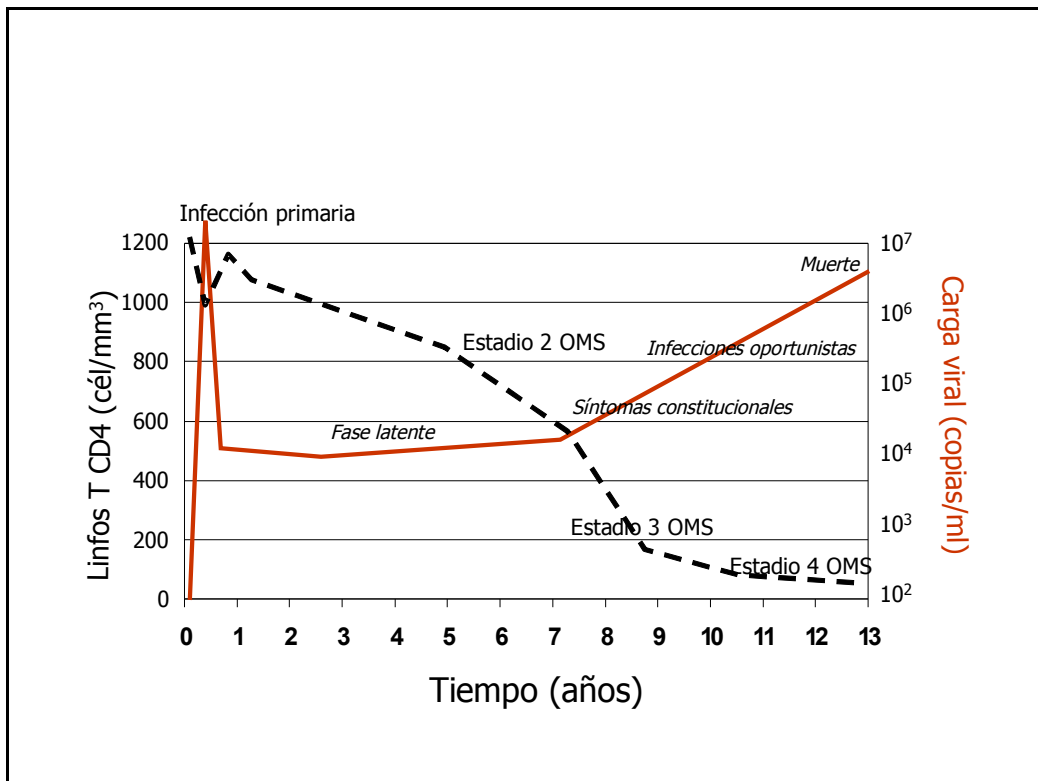
1. Reducir la exposición a la infección: educación de sujetos a riesgo para reducir el número de parejas sexuales y consejo adecuado.
2. Promover el uso de preservativos y anticonceptivos de barrera.

3. Facilitar el diagnóstico precoz y garantizar tratamiento adecuado a individuos sintomáticos, asintomáticos y a sus parejas sexuales, disminuyendo así las complicaciones y futura transmisión.

El tratamiento de las ITS se realiza en su mayor parte desde los servicios de atención primaria, donde deben establecerse protocolos de manejo sencillos orientados a partir del síntoma principal que permitan un tratamiento adecuado del paciente y sus parejas, educación y promoción del uso del preservativo. No deben olvidarse las farmacias privadas, donde a menudo los pacientes acuden directamente por preservar la confidencialidad.

El **SIDA** es el último estadio de la **infección por el VIH**. El virus infecta los linfocitos T-CD₄ y se integra dentro de su ADN. Cada vez que la célula se activa, el virus se replica e infecta otras células T₄. La destrucción de las células infectadas hace que el individuo sea susceptible a las infecciones oportunistas. En general, los anticuerpos sólo son evidentes 3-6 meses tras la infección (período “ventana”). Un 50% de los seropositivos progresa hacia el SIDA-enfermedad en 10-12 años. El resto mostrará alguna clínica de inmunosupresión (infecciones oportunistas) y en general se admite que más del 90% progresan tarde o temprano hacia la enfermedad. Una vez que el SIDA se desarrolla, es decir, que los linfocitos CD₄ descienden por debajo de 200 por mm³, la muerte sobreviene en unos dos años, menos incluso en los PVD. La siguiente figura muestra la evolución natural de la enfermedad, correlacionando el aumento de la carga viral con la reducción progresiva de la inmunidad y la progresión de los síntomas.

Figura 1. Evolución natural del SIDA

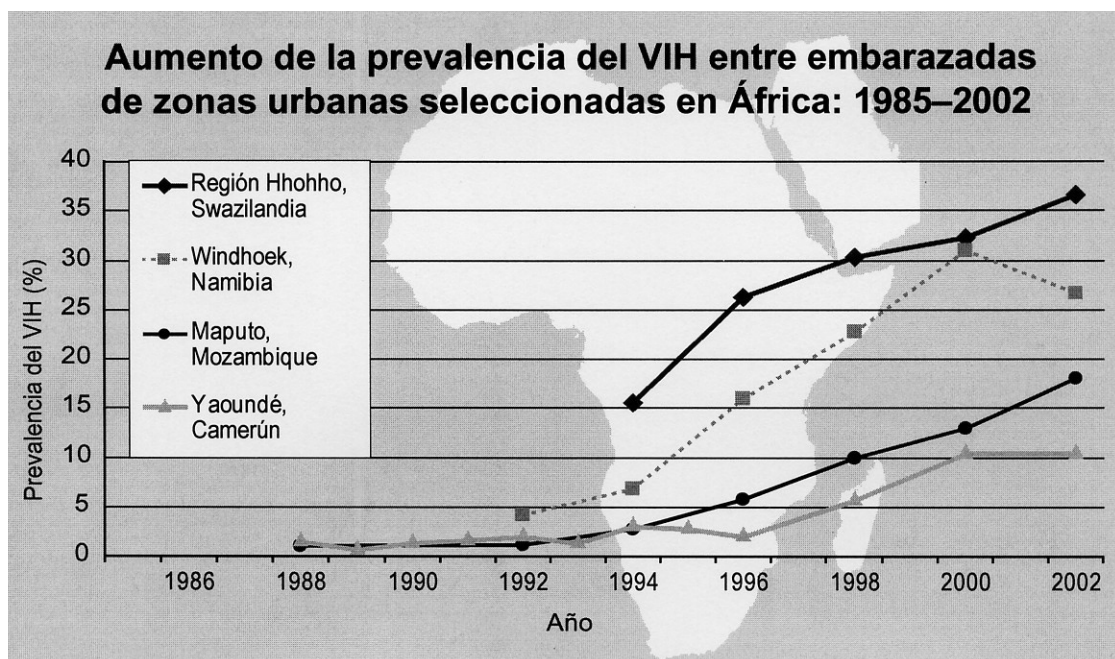


En los países desarrollados, la muerte se debe principalmente a neumonía por *Pneumocystis carinii*. En los PVD, sobre todo a TBC y neumonía neumocócica.

Frente a los progresos en salud observados en la segunda mitad del siglo XX, se prevé que, en los próximos 10 años, el SIDA provocará una reducción en la esperanza de vida entre 25 y 40 años. Se estima en algo más de 40 millones el número total de seres que conviven en el mundo con el VIH (seropositivos) a finales de 2005, el 46% mujeres. Más de la mitad son menores de 25 años. Más del 90% de los casos de SIDA han ocurrido en los PVD. De los casos seropositivos, casi 26 millones viven en África y 7,4 en Asia del Sur y Sudeste.

En África, la OMS estima que uno de cada 14 adultos es seropositivo, predominando las mujeres con el 57%, debido a la transmisión fundamentalmente heterosexual. En algunas grandes ciudades del Este y Centro de África se registran prevalencias de hasta el 30%, superándose el 50% con creces si consideramos específicamente grupos a riesgo como prostitutas o enfermos de ITS.

Figura 2. Prevalencia de VIH entre embarazadas en ciudades africanas.



Fuente: Informe ONUSIDA 2003

La mortalidad por ITS-SIDA fue de algo más de 3 millones en 2005, con 5 millones de nuevos infectados.

Existen tres modos principales de transmisión:

- sexual (vía vaginal o anal).
- parenteral: transfusión de sangre o derivados (por ejemplo, factor VIII en hemofílicos), agujas compartidas en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) o inyecciones con agujas no estériles.

- vertical (perinatal), de madre a hijo: en útero, durante el parto o a través de la lactancia materna.

Los principales factores que, aisladamente, favorecen la transmisión del SIDA son las parejas sexuales múltiples y la falta de uso de preservativos. Existe mayor probabilidad en fases de mayor carga viral (infección primaria o estadios avanzados), en las penetraciones anales (receptor) y cuando existen ITS, sobre todo ulcerosas (riesgo 10 a 100 veces mayor). La transmisión de hombre a mujer es 8 veces más probable que de mujer a hombre (factor biológico: superficie mucosa expuesta). El comportamiento sexual depende en sí mismo de factores sociales, económicos y culturales, incluyendo la migración, la urbanización, el estado civil, la prostitución y el vivir en rutas de comercio importante. No debemos olvidar sin embargo que la mayoría de las mujeres infectadas no pertenecen a grupos de alto riesgo (el 60-70% de las mujeres infectadas en África tienen un solo compañero sexual: su marido).

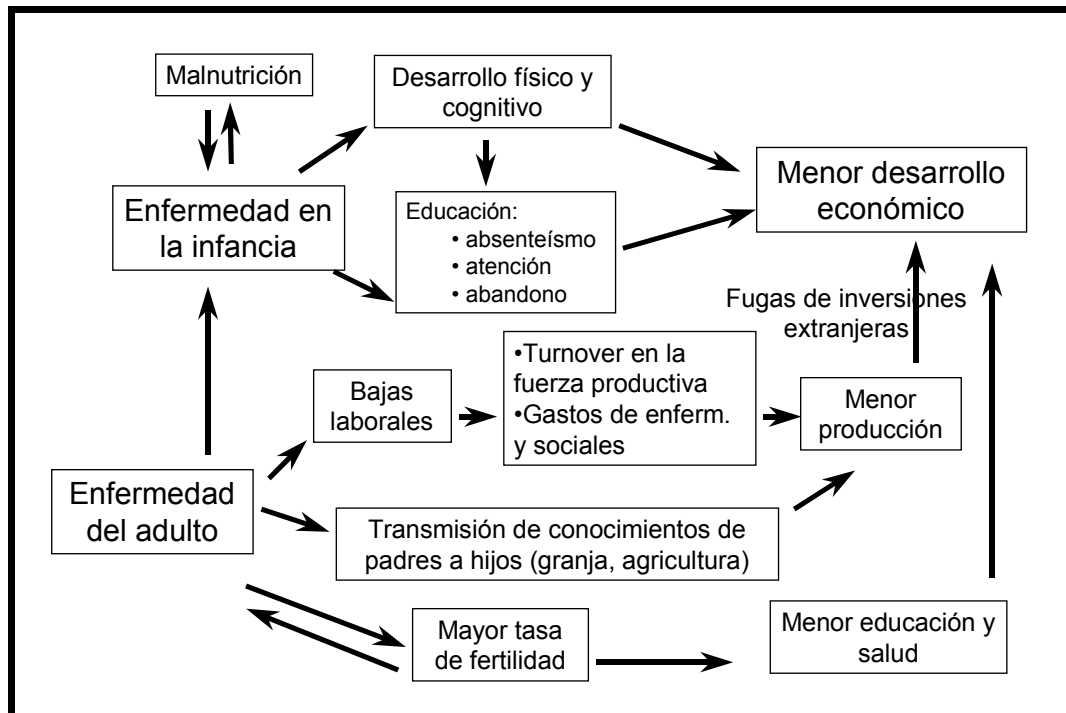
Cuadro 1. Probabilidad de contagio ante una única exposición al virus

% del total	Tipo de exposición	Probabilidad de contagio
3-5%	Sangre y derivados	>90%
5-10%	Perinatal	30%
60-70%	Heterosexual	0,1-1%
5-10%	Homosexual	0,1-1%
5-10%	Uso de drogas inyectables	0,5-1%
<0,1%	Cuidados sanitarios	<0,5%

El SIDA es en algunas zonas del mundo la primera causa de admisiones hospitalarias y de mortalidad entre adultos, con el desproporcionado impacto socioeconómico que esto conlleva. En varios países de África subsahariana, 39 al 70% de las camas de hospital están ocupadas por pacientes con síntomas relacionados con el SIDA. Asimismo, en 16 países, el costo del tratamiento del VIH/SIDA equivale al 3-5% del PIB, siendo hace una década el presupuesto total de salud en dichos países el 3% del PIB. El notable aumento de la TBC en el mundo se debe en gran parte a la coinfección por VIH.

Existe sin duda una pérdida global del bienestar por la enfermedad, que se debe a menores ingresos (tanto por el coste de los gastos sanitarios como por la reducción de entradas por trabajo), menor longevidad y aspectos psicológicos. Se estima que el sida provoca una reducción del PIB africano en un 12% aproximadamente. El siguiente cuadro muestra la interrelación entre enfermedad y subdesarrollo socioeconómico.

Figura 3. Interrelación entre SIDA y subdesarrollo (elaboración propia a partir de varias fuentes)



La llamada “Política de actuación de Médicos sin Fronteras sobre el VIH/SIDA” incluye el conjunto de actividades dirigidas a prevenir y combatir la enfermedad y sus consecuencias:

1. Transfusiones de sangre racionales y seguras:
 - Reducir el número.
 - Usar sustitutos de la sangre.
 - Seleccionar donantes: cuestionarios de riesgo, no remunerar.
 - Análisis sistemático pretransfusional.
 - Prevenir y tratar la anemia.
2. Prescripción racional de inyecciones seguras
3. Respeto de las “precauciones universales”
 - Manipulación/eliminación segura de objetos punzantes
 - Esterilización
 - Lavado de manos
 - Uso de barreras de protección frente a líquidos corporales: guantes, mascarillas, gafas...
 - Eliminación segura de residuos médicos contaminados
4. Protección contra la discriminación
5. Prevención de la transmisión del VIH:

- Diagnóstico y tratamiento adecuado de las ITS, que ha demostrado una reducción de la incidencia de seropositivos de hasta el 50%.
- Educación sanitaria a favor del sexo seguro reduciendo el número de parejas sexuales y mediante la utilización generalizada y regular del preservativo.

La reducción del número de compañeros sexuales es realista solamente si las mujeres pueden elegir cuándo y con quién mantener relaciones.

- Reducción de la transmisión madre-hijo
- Reducción de daños entre UDVP (reducir el uso de jeringuillas compartidas)

6. Asistencia médica para personas afectadas:

- Medidas higiénicas generales
- Tratamiento sintomático y paliativo, en especial de las diarreas y alivio del dolor + consejos a la familia
- Tratamiento de infecciones oportunistas, st TB

7. Protección de las mujeres expuestas a la violencia sexual

8. Tratamiento ARV (como intervención específica)

9. Testimonio

Es conocido que una prevención efectiva no puede alcanzarse sin dar tratamiento: la disponibilidad de tratamiento aumentará los candidatos al APV (asesoramiento y pruebas voluntarias), aunque tal vez también las conductas de riesgo (actualmente, sólo el 5% de los infectados conocen su status).

Existen varios protocolos cortos de tratamiento para reducir la transmisión madre-hijo, a base de Zidovudina (ZDV, antes AZT) o de Nevirapina. En todo caso, la lactancia materna aumenta el riesgo de transmisión en un 10-15%, por lo que todo programa debe de considerar este aspecto, más social que médico, que puede suponer la estigmatización de la madre en contextos en los que la lactancia al pecho es la norma y exponer al recién nacido a un mayor riesgo de mortalidad por diarreas debido al agua contaminada, además del elevado coste y dificultad de manipulación de la leche artificial.

A nivel mundial, se considera que unos 6 millones de pacientes son susceptibles de tratamiento en este momento, de los cuales apenas 400.000 están bajo ARV. En los países industrializados, el tratamiento del sida mediante la combinación de varios fármacos ha logrado reducir la mortalidad en un 75% y la morbilidad en un 73% en un período de 3 años. Sin embargo, el alto costo del tratamiento es el principal freno a su uso generalizado en los PVD. En África, solamente el 1% de los pacientes que necesitarían tratamiento lo reciben de hecho. En Uganda, el abaratamiento de los precios ha permitido la extensión del tratamiento, y en consecuencia la reducción de la prevalencia desde 30% hace una década al 8% en la actualidad.

Figura 4. Necesidades de tratamiento con ARV por países (OMS, 2004)

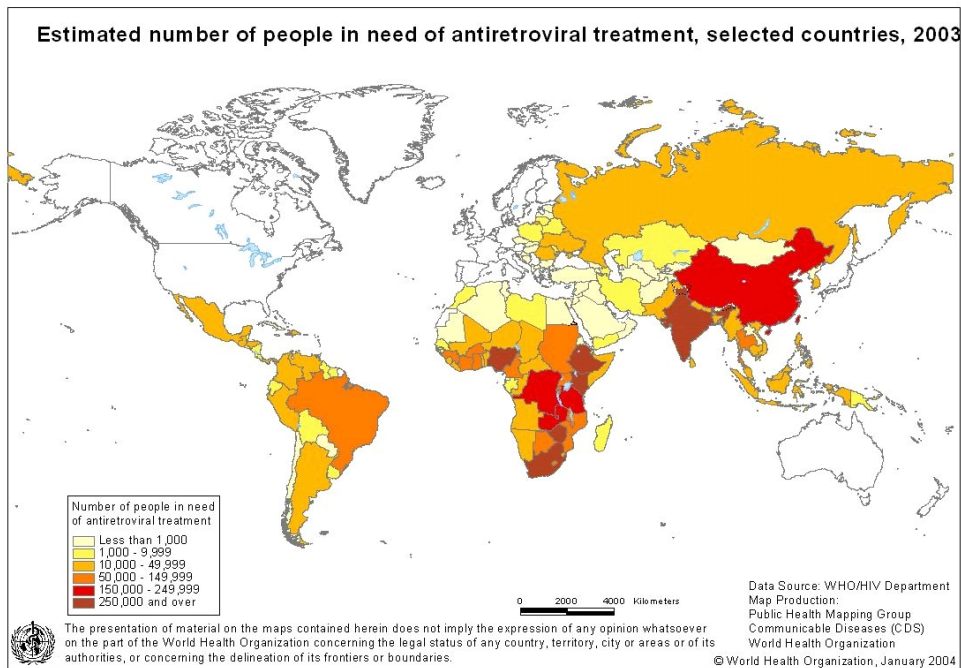
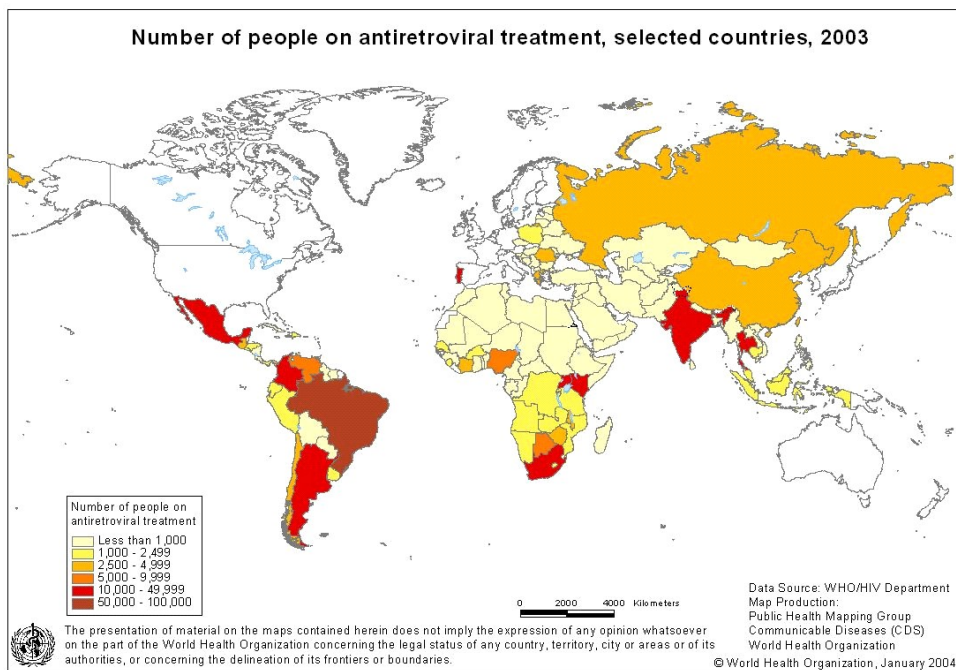


Figura 5. Personas en tratamiento con ARV por países (OMS, 2004)



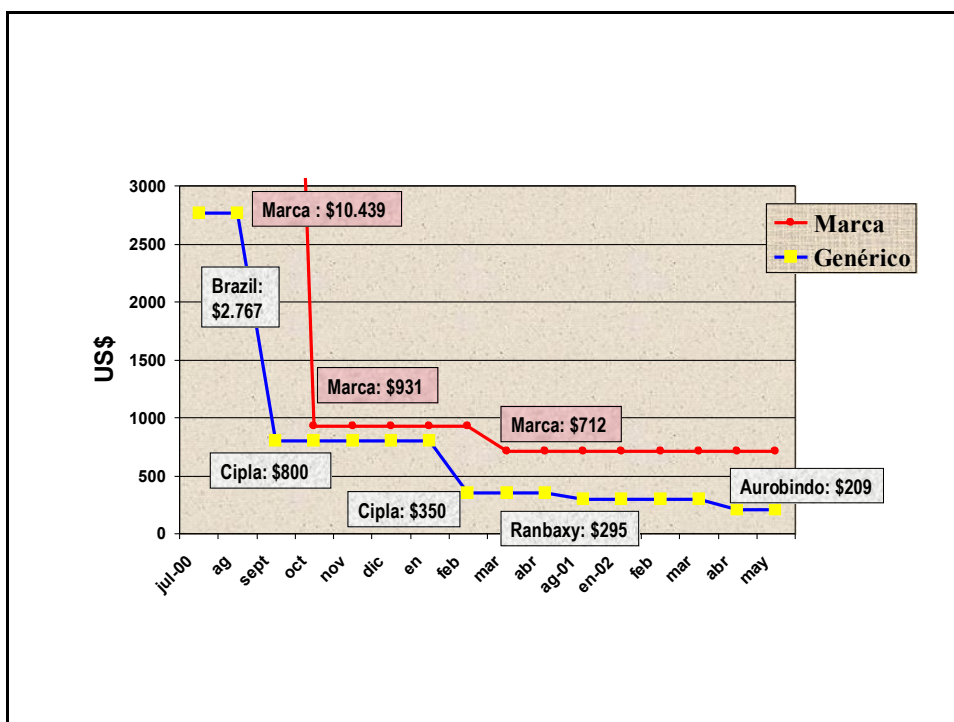
Entre los factores que influyen en los precios podemos destacar:

- Derechos de monopolio.
- Producción de genéricos.
- Desconexión entre el precio de venta y el coste de producción.

- Programas coordinados a nivel internacional, como sucede con el ejemplo de las vacunas o los anticonceptivos, 130 a 240 veces más baratos en los PVD que en EE.UU.

Así, para luchar contra el elevado coste de los medicamentos debe fomentarse el uso de genéricos y hacer uso de las posibilidades de la O.M.C., como las importaciones paralelas y las licencias obligatorias. Gracias a la fabricación de genéricos en Brasil y Tailandia, se están alcanzando costes cercanos a 200 dólares/paciente/año.

Figura 6. Ejemplo de triple combinación para el SIDA: evolución de precios por paciente y año (Lamivudina + Stavudina + Nevirapina).



Fuente: Médicos sin Fronteras, Campaña de Acceso a Medicamentos esenciales

Existen tres grandes grupos de anti-retrovirales (ARV):

1. Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (IN)
2. Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INN)
3. Inhibidores de la proteasa (IP)

En general, es necesario un tratamiento con tres fármacos de por vida para evitar el rápido desarrollo de resistencias. Las asociaciones clásicas y las más simples son las de 2 del grupo 1 más otro del grupo 2. El llamado “régimen simplificado” o “1 x 2”, consistente en tomar un solo comprimido que contiene los tres fármacos dos veces al día, ha mejorado mucho la adherencia al tratamiento. En caso de fracaso, debe utilizarse la llamada “2ª línea”, con 2 fármacos del primer grupo diferentes de los anteriores y uno del grupo 3.