

Protocolos en ITS

Motivo de consulta: sospecha de presentar una ITS

Dra. S. Beà Ardébol¹, Dr. J. Ballesteros Martín²

¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario “Príncipe de Asturias”.
Alcalá de Henares. Madrid

²Centro Sanitario “Sandoval”. Madrid

Que un paciente acuda a consulta con la sospecha de padecer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) no es un hecho infrecuente, más aún desde que algunas de ellas se han popularizado en medios de comunicación, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o por el virus del papiloma humano (VPH).

Este tipo de patologías presentan connotaciones diferentes al resto de la patología infecciosa, por estar directamente relacionadas con la sexualidad de cada uno de nosotros. Por ello el paciente puede sentirse avergonzado, culpable, sucio, traicionado, abochornado, asustado... lo que dificulta obtener la información necesaria para llegar a un correcto diagnóstico de su situación.

En este mismo número, en otro artículo comentamos cómo crear un vínculo médico-paciente positivo, mediante habilidades de comunicación, que nos permita salvar estos obstáculos.

Como en toda consulta médica es necesaria la realización de una completa historia clínica, que presenta las peculiaridades inherentes al conocimiento tanto de la patología en sí, como de la vida sexual del paciente y el riesgo de ser contagiado y/o transmitir una ITS por su conducta con su/s pareja/s sexual/es.

A continuación iremos exponiendo paso a paso la realización de una historia clínica modelo sobre ITS.

ANAMNESIS

El paciente al llegar a la consulta tiende a iniciarla de una de las siguientes formas:

- Referencia a una sintomatología concreta, para la que busca solución.
- Relato de una situación a la que adjudica el riesgo de haber contraído una ITS.
- Demanda una serie de pruebas para constatar o descartar alguna patología que tiene en mente.

Si bien debemos dejar que el paciente exprese libremente el motivo y las circunstancias por las que ha acudido a la consulta, éstas no deben condicionar nuestra actuación, el objetivo es conocer cuál es la/s patología/s que el paciente presenta en ese momento, cuál o cuáles de sus parejas sexuales pueden verse afectadas por la misma y el grado de riesgo de su conducta sexual tanto habitual como en situaciones no frecuentes.

En el primer caso, el paciente puede buscar simplemente solventar el problema puntual que le supone tener unos síntomas que le son molestos. En el segundo caso, todas las referencias de posible riesgo las otorga a una situación puntual, sin tener en cuenta habitualmente más que factores emocionales, que no tienen por qué ser una causa real y en el último caso, el paciente pretende obviar cualquier contacto más allá de unas pruebas que confirmen sus supuestos conocimientos u obtener un pseudo-permisso para mantener relaciones sexuales sin protección al ser una "persona sana".

Independientemente del motivo de consulta, en ningún caso debemos obviar la realización de una exhaustiva anamnesis, que iniciaremos reflejando los motivos que han llevado al paciente a consulta, para posteriormente avanzar en el conocimiento de todo aquello que nos ayude a realizar nuestra labor de forma más efectiva, para lo cual realizaremos preguntas sobre los siguientes temas:

Para iniciar es conveniente preguntar sobre datos que no supongan dificultad para responder al paciente, como edad, alergias, si ha tomado alguna medicación antes de acudir a nuestra cita, paridad etc. para posteriormente y con el paciente más relajado y abierto a contestar entrar en materia, con la más asequible de todas ellas, la fecha de inicio de su sintomatología, que ligaremos con el resto de referencias a su vida sexual.

Fecha de la última relación sexual

Este dato puede tener un valor elevado en el caso de algunas patologías bacterianas que presentan un periodo de incubación concreto, lo que nos permitirá aproximar el tiempo en que fue contagiado y en base a este dato, si ha pa-

sado tiempo suficiente para que puedan haber aparecido complicaciones y quién/es puede ser la fuente de su infección y a quién/es se lo puede haber transmitido nuestro paciente a su vez.

Para aquellas ITS que pueden cursar total o parcialmente como asintomáticas y más aún aquellas que carecen de un periodo de incubación concreto, esta pregunta tiene un valor menor.

En muchas ocasiones, al realizar esta pregunta, el paciente tiende a contarnos cuando tuvo lugar la relación sexual que él considera responsable de acudir a consulta, guiándose por sus sensaciones, tendiendo a otorgar mayor riesgo a las personas desconocidas, basándose en su presencia, etnia o creencias, obviando por ejemplo que pueden ser personas conocidas o incluso su propia pareja su fuente real de riesgo. No obstante, este dato también nos puede ser útil ya que nos aporta más datos sobre la conducta sexual de nuestro paciente.

Número de parejas sexuales

Este parámetro se puede enfocar en relación con la pregunta anterior, ajustando la temporalidad a seguir la cadena epidemiológica de la infección y/o además se puede preguntar en el periodo de 6 ó 12 meses, para conocer el grado de exposición a distintas personas de nuestro paciente. En función de la respuesta a esta pregunta, se llegó al consenso de considerar promiscuidad al hecho de mantener relaciones sexuales con al menos 5 personas en un año; tradicionalmente se ha depositado un valor excesivo a este dato, quizás en relación con creencias religiosas, ya que la situación de mayor riesgo no está siempre relacionado al número de parejas, concretamente la situación de mayor riesgo es que todas las relaciones sexuales sean mantenidas con una sola persona que padece una ITS concreta, especialmente si no tiene tratamiento curativo, como en el caso de parejas serodivergentes frente al VIH o al virus herpes simple (VHS).

Actitud sexual

Debido a que la prevalencia de las ITS entre distintos grupos poblacionales es muy diferente, nos es conveniente saber si nuestro paciente mantiene relaciones sexuales con hombres,

mujeres o con ambos, ya que atendiendo a los datos epidemiológicos de nuestro entorno, en función de cada una de las infecciones de transmisión sexual, tendremos una primera aproximación sobre las posibilidades mayores o menores de adquirir un patógeno concreto. Así, es excepcional encontrar uretritis por *T. vaginalis* en hombres que tienen sexo con hombres y sin embargo, es mucho más frecuente que presenten una uretritis por *N. gonorrhoeae* que en varones heterosexuales.

Prácticas sexuales

Hay una máxima que tenemos que tener siempre en cuenta en una consulta de ITS y es que “se infecta lo que se expone”. Nunca haremos un trabajo serio, riguroso y científico si ignoramos qué territorios de su economía ha expuesto nuestro paciente en sus relaciones sexuales. Debemos preguntar siempre si practica sexo genito-genital, oro-genital y/o anal, ya que cualquiera de ellos puede ser la localización donde asiente la infección, al poder haber sido contagiado en función de si la boca, genitales o ano han participado de la relación sexual. Preguntar por otras prácticas como el sexo oro-anal tiene valor para conocer y/o prevenir la infección por el virus de la hepatitis A (VHA), mediante vacunación, u otras prácticas frecuentes en el entorno del sado-masochismo, que pueden aportar datos sobre algunas lesiones tipo desgarros, hematomas o heridas y úlceras, que ocasionalmente nos orientan el diagnóstico, si bien, no es necesario que se planteen en una anamnesis en la que no haya elementos que tengan alguna posible relación con estas prácticas.

Uso de anticonceptivos de barrera

Si bien, a diferencia de lo que proclaman muchas de las autoridades sanitarias, el preservativo no protege eficazmente de todas las ITS, su uso desde el inicio de la penetración hasta su finalización en todos los actos sexuales excluye prácticamente el riesgo de adquirir cualquiera de las ITS que se transmiten por fluidos, como el VIH o infección por *C. trachomatis*. No así de aquellas que se transmiten por contacto como la infección por virus del papiloma humano o la sarna. A pesar de sus limitaciones, el uso de preservativo, tanto masculino como femenino es pieza básica para la prevención de las ITS y por tanto conocer

si el paciente lo emplea consistentemente o no, da pie a la primera aproximación para intervenir en busca de conductas de menor riesgo.

Pero este dato estará incompleto si no preguntamos por el uso del preservativo en todas las prácticas que previamente el paciente nos comentó que había realizado; por un lado porque no tendría sentido buscar infección gonocócica rectal si siempre lo utilizó al practicar coito anal receptivo y porque la prevención quedaría coja si no se aconseja su uso para cualquier práctica penetrativa, incluido sexo oral, causa en nuestro entorno de la transmisión de las mayoría de las ITS bacterianas.

Uso de drogas

En muchos casos hay una clara relación entre el uso de drogas no legales y algunas legales como el alcohol y una mayor incidencia de ITS, especialmente en pacientes que hacen uso de ellas con el fin de disminuir sus inhibiciones o potenciar su sensaciones sexuales. O en otros, en los que se comercia con sexo para conseguir sufragarse el acceso a este tipo de estupefacientes. Sabiendo que el uso de drogas es un claro factor de riesgo para las ITS es necesario preguntar sobre ellas, teniendo en cuenta el tipo de sustancia, la frecuencia y el motivo o situaciones relacionadas con su consumo, ya que también será muy útil a la hora de afrontar posibles métodos de prevención.

Caso aparte y también a tener en cuenta, es el uso habitual o puntual de algún fármaco, que podría ser la causa de lesiones en área genital como la toxicodermia fija, por lo que a veces es un dato que nos orientará o confirmará este diagnóstico.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Habitualmente al preguntar a un paciente si recuerda haber presentado anteriormente una ITS, nos refiere las ocasiones que recuerda haber tenido sintomatología o diagnóstico de padecer una ETS, ya que aquellas infecciones que no cursan con patología suelen pasar desapercibidas en la mayoría de los casos y el paciente no tiene conocimiento de ellas.

Esta pregunta es estrictamente necesaria a la hora de valorar la serología luética e interesante porque la reiteración de algunas de ellas puede modificar la clínica o la respuesta a tratamiento. También en algunos casos, confirma o pone en claras dudas las respuestas otorgadas a las preguntas anteriores y nos pone en alerta sobre una mayor necesidad para la intervención hacia conductas de menor riesgo.

También puede ser interesante recabar datos como la edad de inicio de relaciones sexuales, de gran valor para optimizar la prevención secundaria de cáncer de cérvix uterino y ano-rectal; el uso de anticoncepción hormonal o de dispositivo intrauterino (DIU), para potenciar, en según qué casos, el empleo simultáneo de preservativo, lo que denominamos doble método, consumo de hormonas en población transexual, o cualquier otra que nos aclare algún punto relacionado con su conducta y/o su relación con su/s pareja/s sexual/es.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tras realizar la anamnesis, el siguiente paso es la exploración del paciente. Debe hacerse con iluminación natural o artificial suficiente para poder apreciar pequeños detalles y que no produzca cambios en la apreciación del color. La consulta o área de exploración debe estar dotada de elementos físicos que faciliten la observación de las distintas áreas corporales, por lo que deberá estar provista de silla ginecológica, que transformada también nos puede servir como camilla de exploración de otras regiones corporales.

No menos importante es que el ambiente del habitáculo donde vayamos a realizarla sea agradable para el paciente, no hay que recordar que es frecuente que se pueda sentir avergonzado y/o intimidado al tener que desnudarse. Tener a disposición elementos, a poder ser desechables, que puedan ocultar áreas corporales que no sea necesario mostrar en ese momento, suele hacer sentir al paciente menos incómodo.

También es importante y evita situaciones de conflicto la secuencia en la que realizamos la exploración. Habitualmente el orden que empleamos es el siguiente:

- Área/s donde presenta la sintomatología.
- Zonas expuestas durante las relaciones sexuales, en las que el paciente no refiere presentar síntomas.
- Resto del cuerpo.

Este orden nos permite no obviar ningún signo clínico y suele ser aceptado por el paciente con naturalidad, ya que comenzamos por lo que le preocupa que es la zona donde siente molestias, para pasar tras explicarle que la gran mayoría de las ITS pueden cursar asintomáticas, a explorar otras zonas que él mismo nos informó durante la anamnesis que exponía sexualmente. Visualizar el resto del cuerpo nos puede permitir descubrir patología a distancia producida por diseminación hematógena, si bien no nos podemos engañar, desafortunadamente, es una práctica que no hacemos en todos los casos por la premura de tiempo inherente a nuestro sistema de salud y lo reservamos para los casos en los que este tipo de lesiones a distancia es, al menos, relativamente frecuente, en concordancia con el diagnóstico clínico que obtenemos con el resto de la exploración física.

Exploración de los genitales masculinos

Debemos visualizar la raíz y el cuerpo del pene, la cara externa del prepucio, y posteriormente observaremos el glande, el surco balano-prepucial y la cara interna del prepucio, tras la retracción de éste en pacientes no circuncidados y el meato urinario. También es necesario prestar atención al escroto y a la región para-genital, compuesta por pubis, ingles y periné.

Exploración de los genitales femeninos

Observaremos inicialmente las zonas, que sin necesidad de manipulación, la mujer va a exponer al colocarse en posición ginecológica, que son: el pubis, el periné, la región inguinal y la cara externa de los labios mayores; que posteriormente separaremos para visualizar su cara interna, el área del clítoris, la horquilla posterior de la vulva y la cara externa de los labios menores, que a su vez retraeremos para apreciar el vestíbulo y el introito.

Una vez completada la exploración de los genitales externos, si la mujer ha mantenido previamente relaciones sexuales que incluyeron penetración vaginal, debemos introducir un espéculo vaginal, ocasionalmente es conveniente utilizar una pequeña cantidad de lubricante para introducirlo, que nos permitirá visualizar las paredes y fondos de saco vaginales, el exocérvix, área de transición y orificio externo del cuello uterino.

Exploración de la región ano-rectal

Se debe hacer sobre una camilla con el paciente en decúbito lateral o en posición genupectoral. Lo primero que observaremos será la región glútea, para posteriormente pasar a visualizar la cara interna de ambos glúteos, el surco interglúteo, el área perianal y el ano. En aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales anales receptivas, especialmente en aquellas que en alguna ocasión no han utilizado preservativo o tuvieron un accidente en su uso, debemos emplear un espéculo rectal, previamente lubricado, para visualizar si hay algún signo clínico en el recto.

Exploración de la región oro-faríngea

En esta localización empezaremos por fijarnos en los labios de la boca, y después, tras pedir al paciente que la abra, observaremos región gingival y dientes, mucosa yugal y lengua, que al levantarla permitirá la visualización de su base y frenillo. Posteriormente, valiéndonos de un depresor, hay que mirar el paladar blando, los pilares de la boca, amígdalas y orofaringe.

La exploración del resto de la superficie corporal la realizaremos con detenimiento, preferiblemente en bipedestación o valiéndonos de las posiciones empleadas para visualizar las áreas concretas anteriormente mencionadas, prestando especial atención a las zonas de pliegues.

Al completar la exploración recogeremos en su historia clínica si la coloración es normal o presenta zonas eritematosas, hiper o hipopigmentadas. Si podemos apreciar la presencia de secreción, uretral, vaginal, cervical o rectal, cantidad y características físicas (color, densidad, olor...) de la misma. Y por supuesto, reflejare-

mos la presencia de lesiones específicas como pápulas, vesículas, escoriaciones, úlceras o tumoraciones, con descripción exhaustiva de ellas, junto a su localización.

Pero la simple observación en muchos casos no es suficiente, y precisamos tocar las lesiones para saber si son dolorosas a la palpación y en qué grado, o si están induradas. También debemos realizar palpación en busca de adenopatías regionales porque puede aportarnos datos importantes, especialmente en las ITS que cursan con ulceración.

En la mayoría de las ocasiones será necesario recurrir a la realización de pruebas complementarias para obtener y/o confirmar el diagnóstico. Siempre que esté a nuestra disposición, es conveniente tomar las muestras correspondientes con los test demandados, simultáneamente a la exploración, de esta forma evitaremos tener que extraer-poner espéculos y desnudar al paciente múltiples veces, disminuyendo la incomodidad física, el mal rato emocional y la pérdida de tiempo y recursos que supone.

TOMA DE MUESTRAS

Nuestra eficacia a la hora de cultivar, aislar e identificar cualquier agente infeccioso, depende radicalmente de la calidad y cantidad de muestra que tomemos. De hecho de poco o nada sirve tener un laboratorio de microbiología dotado con los mayores adelantos técnicos y científicos si el material a procesar es insuficiente, de escasa calidad o llega alterado. La correcta toma de muestras precisa de una simple sistemática, que cuanto más reproducible es en nuestro quehacer diario y/o entre distintas consultas y laboratorios, mayor fiabilidad otorgará al diagnóstico y a cualquier estudio que se pueda realizar.

Una actuación no infrecuente, pero totalmente inadecuada, es el empleo de una sola torunda para la obtención de todas las muestras, pasando del área del que hacemos la toma al medio de transporte y cultivo, para seguidamente volverla a emplear repitiendo el proceso para la siembra o transporte de otros gérmenes, cuando la actuación correcta es emplear una torunda para cada medio de cultivo o medio de transporte que se vaya a emplear. De esta forma no sólo

no aumentamos el gasto, sino que obtendremos un diagnóstico mejor, y evitaremos la repetición de tomas por haber alterado la muestra antes de procesarla.

Tomas uretrales

Para la adquisición de material uretral debemos introducir una torunda, de algodón, polyester o arginato cálcico, hasta la fosa navicular en el varón y en la uretra femenina en torno a 0.5-1cm, y una vez llegado a este punto la giraremos para recoger tanto el posible material presente en el conducto uretral, como células de su pared. Para poder acceder a los 360° de la superficie total que conforma la circunferencia uretral es preferible hacer dos movimientos rotatorios, uno tras otro, realizados uno con cada mano, asegurándonos de esta forma que hemos contactado con toda la superficie.

Tomas cervicales

Las tomas ciegas de cuello del útero son de escasa o nula utilidad porque en la mayoría de los casos encontramos esencialmente presencia de flora vaginal y no de la procedente de cérvix. El procedimiento correcto es el siguiente: tras la introducción y apertura de un espéculo vaginal, debemos limpiar valiéndonos de pinza y gasas el exocérvis y la parte más externa del orificio cervical; para posteriormente, mediante torundas, con un mecanismo similar a como comentamos para las tomas uretrales, recoger la muestra que emplearemos para el diagnóstico microbiológico.

Tomas rectales

En primer lugar se debe introducir un espéculo rectal, con no excesiva cantidad de gel lubricante que pueda alterar la calidad de la toma. Visualizaremos mediante anoscopio o anoscopio, la pared rectal y si existe algún tipo de secreción. Obtendremos una muestra adecuada empleando una torunda, que mediante giros complementarios haremos recorrer toda la superficie de la mucosa rectal a una distancia entre 2 y 3 cm del esfínter anal.

Las tomas ciegas rectales, habitualmente, cargan de excrementos la torunda, invalidando cualquier posibilidad de proceso de la muestra.

Tomas faríngeas

El material de la orofaringe también lo obtendremos mediante torunda, que pasaremos por los pilares de la boca y la orofaringe. La toma a veces es molesta por la provocación de náuseas en el paciente, a veces se hace necesario pedirle que se relaje y mire a cualquier punto en el que no vea que va ser manipulado, para poder realizar un nuevo intento de recogida de material suficiente.

Para la realización de estas tomas, además de los procesos antes reseñados, precisamos que tengan una secuencia concreta, que de forma fácil de recordar pasa por efectuarlas en orden decreciente al tamaño del microorganismo que vamos a intentar detectar. Así, empezaremos por la encaminada a aislar *N. gonorrhoeae*, seguiremos por la toma para *Mycoplasmas*, luego para *C. trachomatis*, y por último para virus, en primer lugar el virus herpes simple (VHS 1 o 2) y para finalizar del virus del papiloma humano (VPH). Las tomas encaminadas a la detección de virus, por depender radicalmente de la celularidad obtenida, en múltiples ocasiones en lugar de emplear torunda, se hace mediante cepillos también conocidos como citobrush.

Cuando efectuemos tomas uretrales y cervicales es conveniente hacer primero una toma previa del gonococo, para realizar una tinción de gram, que por su alta sensibilidad y especificidad, especialmente en uretra, nos puede dar un diagnóstico precoz de uretritis o cervicitis gonocócica. Las tomas para *Mycoplasmas* sólo tiene sentido hacerlas de la uretra, ya que no hay evidencia científica que demuestre puedan producir patología cervical, rectal u oro-faríngea. Las tomas para VHS en estas localizaciones sólo deben realizarse si presenta clínica sugestiva de enfermedad herpética. Por último, las pruebas para la detección de ADN-VPH se deben realizar exclusivamente como cribado en la prevención secundaria del cáncer de cérvix uterino u ano-rectal y en ningún caso, ni en uretra ni en región oro-faríngea en ausencia de lesiones, a las que se realizaría biopsia y no cepillado para estudio histopatológico de la etiología de las mismas.

Tomas vaginales

Tras la introducción de un espéculo vaginal, pasaremos torundas desde la mitad de la vagina

hasta el fondo de saco posterior, girándolas para obtener esencialmente la secreción adherida a la pared y la recogida en el fondo de saco. Las tomas ciegas no aseguran cantidad de muestra suficiente ni la procedencia de la misma, por lo que si se hacen de la parte más exterior es frecuente que encontremos mayor presencia de lactobacilos y *Cándida*, y si es exclusivamente profunda encontraremos más flora anaerobia; pero no sabremos realmente el estado de la flora vaginal.

En vagina debemos realizar sólo las siguientes muestras, con este orden recomendado, en primer lugar para visualización en fresco o añadiendo hidróxido potásico (KOH), en segundo lugar para la realización de una tinción de gram y en último lugar si por la clínica o cuando la incidencia en nuestra zona de vaginitis por *T. vaginalis* lo aconseje, muestras para el cultivo de este protozoo.

En casos excepcionales puede tener algún valor diagnóstico la toma para VHS o VPH si existen dudas sobre una lesión concreta; y en niñas prepúberes para cultivo de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* por la posible presencia de vaginitis de estas etiologías, en casos relacionados con maltrato sexual del menor.

Toma de úlceras

La toma debe realizarse con torunda, en otro tiempo y actualmente en alguna localización de difícil acceso también se empleaba asa de platino estéril, para con un movimiento de frotación enérgico obtener material, tanto exudado como células, del fondo y los bordes de la ulceración.

En el caso del chancro sífilítico, cuando sea anatómicamente posible es preferible tras apretar suavemente entre dos dedos el fondo de la úlcera y el raspado del fondo de la misma, colocar un portaobjetos de vidrio para recoger el líquido linfático que exuda, donde el *T. pallidum* se encuentra en gran cantidad, excepto que el paciente haya aplicado preparados tópicos previamente, donde es infrecuente poder visualizarlos por inmunofluorescencia directa (IFD) o campo oscuro.

En el caso de enfermedad herpética, si el paciente acude con lesiones en fase de vesículas, debemos seccionar suavemente con la punta de un bisturí o una pinza la cúpula de alguna de estas lesiones, e impregnar una torunda con el líquido que contienen, así como también se tiene que recoger células del fondo de su base, como en cualquier otra úlcera.

Ante algunas úlceras muy dolorosas, especialmente cuando estamos en presencia de un chancroide, es necesario anestesiarse localmente al paciente para realizar la toma de muestras, llegando hasta la base; que en este caso, para la detección de *H. ducreyi*, debe ser doble, una para extensión de gram y otra para cultivo.

En una consulta de ITS se precisan otros tipos de muestras, algunas tan frecuentes como las serologías y otras, en muchas menos ocasiones, como distintos estudios histopatológicos, o de líquido cefalorraquídeo, articular o del aspirado ganglionar. La forma de obtener sangre periférica, biopsias, citologías o material de punciones es similar a como se realizan en cualquier otra especialidad, por lo que no estimamos que precise una mención especial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morse SA, Ballard RC, Colmes KK, Moreland AA. Genital and dermatologic examination. Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS (Third Edition). Ed. Mosby, Elsevier Sciences Limited.2003: 1-21.
2. Olmos L. Capítulo especial: La historia y conducta a seguir ante las ETS y SIDA. La Consulta en ETS. Ed. TCC. Madrid 2004: nº 1. 56-65.