

Análisis del comportamiento de las I.T.S. en Venezuela durante los últimos 10 años.

Maricarmen Ferreiro, María Alejandra Rodríguez, Jeana Fernández, Jolimar Díaz, Rosaleni Roye.

Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual, Cátedra de Dermatología, Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela.

Resumen

Durante los últimos 10 años, se ha producido un cambio en las políticas de salud en relación a las I.T.S. con aplicación del método sindrómico y mayor énfasis en los programas de educación con mayor atención a la infección VIH/SIDA como epidemia. Con el presente estudio se pretende evaluar el impacto de las nuevas políticas en el control de estas enfermedades en pacientes del Centro Venereológico del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas y compararlos con los datos estadísticos de U.S.A. procedentes del C.D.C. Se evaluaron 12.474 nuevos casos de I.T.S. Las enfermedades más frecuentes fueron: en primer lugar Sífilis, en segundo lugar infección por VPH y en tercero Infección Gonocócica. Se observó un aumento en el número de casos de Sífilis desde 16% al 36%, en infección por VPH del 23% al 30% y en Infección Gonocócica un descenso del 40% al 14%. En Chancro blando se observó un incremento en el número de casos desde 3 en 1993 a 13 en 2003. En relación a la infección por VIH se aprecia un descenso en el número de casos de SIDA y un incremento en los pacientes seropositivos. Según los datos del C.D.C. se han notado un descenso de las I.T.S. en general, sólo en algunas regiones se aprecia persistencia de las mismas.

Palabras Clave: I.T.S., epidemiología, Infección Gonocócica, VPH, Chancro Blando, VIH.

Analysis of the Venezuelan S.T.I. behavior during the last 10 years.

Abstract

In last 10 years, S.T.D. health policies have changed. The syndromic approach has been applied and more attention has been paid to educational programs and HIV/AIDS epidemics. In the present study, we evaluated the impact of the new national health policies to control S.T.D. in the Centro Venereológico del Servicio de Dermatología in Hospital Universitario de Caracas and compared it with the U.S.A C.D.C. data. We evaluated 12.474 new cases of S.T.D. The most frequent pathologies were: first Syphilis, second HPV, and third Gonococcal infection. We observed an increase in number of Syphilis cases from 16% to 36%, in HPV infection, from 23% to 30%, and a decrease in Gonococcal Infection from 40% to 14%. Chancroid increased in total number of cases, from 3 in 1993 to 13 in 2003. There has been an HIV increase seropositive HIV patients with a decrease in AIDS. C.D.C. statistics refer a total S.T.D. decrease, with persistence only in some regions.

Key words: S.T.D., Epidemiology, Gonococcal infection, gonorrhoeae, HPV, Chancroid, HIV, AIDS.

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.) son enfermedades producidas por microorganismos transmisibles sólo por contacto directo, cuyo único reservorio es el tracto genital humano; sus agentes infecciosos no sobreviven o lo hacen pobremente fuera del cuerpo humano y su transmisión sólo ocurre durante las relaciones sexuales, embarazo o el nacimiento¹. Esto tiene importantes implicaciones en cuanto a los programas de control pues afecta directamente a todos los grupos poblacionales.

En relación a aquellas infecciones causadas por bacterias, los programas de control van enfocados a la detección de casos y tratamiento; en las infecciones virales, a la prevención primaria a través de la reducción de la exposición. Estas infecciones se transmiten por una compleja interrelación entre la infectividad intrínseca del patógeno y la duración de la infectividad en el huésped humano y persisten en las poblaciones humanas en grupos reservorio caracterizados por altas tasas de recambio de parejas sexuales^{2,3}.

Para que una I.T.S. persista en una población, el agente debe permanecer en el huésped humano y ser transmitido al menos a una persona susceptible y esto se define como Tasa Reproductiva; cuando su valor es mayor de uno la prevalencia de la infección aumenta, si es menor de uno, la prevalencia disminuye y tiende a desaparecer de la población; si es igual a uno tiende a permanecer a nivel endémico.

Existen tres variables que determinan la tasa reproductiva: la infectividad o transmisibilidad, las tasas de interacción entre susceptibles y transmisores y la duración de la infecciosidad del agente. La transmisibilidad y la duración de la infecciosidad son relativamente conocidas para cada agente, por lo tanto son estables, lo cual permite estimar la tasa de recambio de pareja sexual que permite mantener una I.T.S. a nivel endémico³.

Cuando los programas de control de la I.T.S. son inefectivos, el determinante mayor de la tasa reproductiva es la frecuencia de interacción sexual entre el transmisor y un nuevo susceptible; en una población determinada caracterizada por altas tasas de recambio de parejas sexuales, estas infecciones tienden a mantenerse en la población general^{3,4}.

El comportamiento de estas enfermedades, a lo largo de la historia ha sido el reflejo de los cambios sociales, políticos, económicos, culturales y morales de las poblaciones; por lo tanto deben ser estudiadas siempre tomando en consideración estos parámetros.

En nuestro país, durante los últimos años, se ha producido un cambio en las políticas de salud en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual; en primer lugar, la descentralización de las Unidades de Venereología con respecto al Departamento de SIDA e I.T.S. del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y en segundo lugar, la aplicación del método sindrómico para el manejo de estas patologías, un mayor énfasis en los programas de educación sexual especialmente en la población escolar y adolescente; además de mayor atención a la infección VIH/SIDA como epidemia y suministro de terapia de manera gratuita.

Objetivo

El objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de las nuevas políticas en el control de las I.T.S., observar su tendencia en los pacientes atendidos en nuestro Centro y comparar los hallazgos con los datos del Centro de Control de Enfermedades (C.D.C.)¹.

Método

Se revisaron las estadísticas del Centro Venereológico o Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.), del Servicio-Cátedra de Dermatología, con sede en el Hospital Universitario de Caracas durante los últimos 10 años, desde junio 1993 hasta junio 2003 y se compararon, descriptivamente con datos estadísticos del C.D.C. de U.S.A.

Resultados

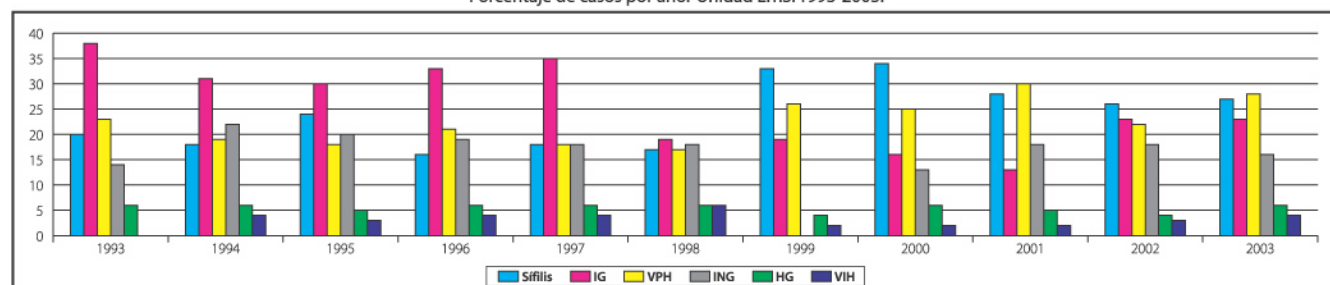
Durante el período mencionado, se evaluaron en nuestra consulta 12.474 nuevos casos de I.T.S. Las enfermedades diagnosticadas, en orden de frecuencia fueron: Sífilis, Infección por Virus Papiloma Humano (VPH) e Infección Gonocócica (IG). Se observó un aumento en el porcentaje de casos de sífilis de 16% al 36%; en cuanto a la infección por VPH también se incrementó el porcentaje de casos del 23% al 30% y en relación a la IG se apreció un descenso del 40% al 14%. En Chancro Blando se observó un incremento en el número desde 3 en 1993 hasta 13 en 2003. En cuanto a la infección por VIH, se apreció un descenso en el número de casos de SIDA a partir de 1998, momento en el cual se masificó el tratamiento para los afectados; sin embargo, se aprecia un incremento en los seropositivos.

De manera general, según los datos del C.D.C.¹ se ha logrado un descenso de las I.T.S., si bien en algunas regiones se aprecia persistencia de las mismas.

En el Gráfico 1 se observa la distribución por enfermedades del porcentaje de casos por año. Como podemos observar, entre 1993-1998, la IG ocupaba el primer lugar con oscilaciones entre 30-35% de los casos; la sífilis se mantuvo entre 20-25%, igual que el VPH; la Infección No Gonocócica entre 15-23%. El Herpes Genital alrededor del 5% y el VIH entre el 3-5% del total de casos.

Gráfico 1. Principales I.T.S.

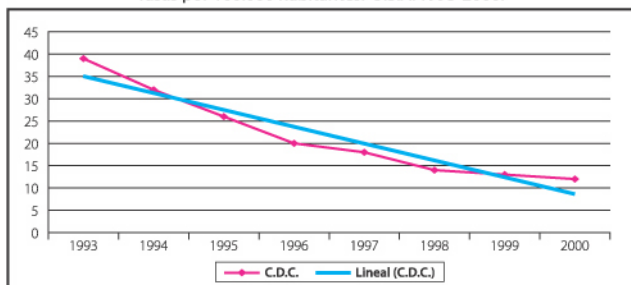
Porcentaje de casos por año. Unidad E.T.S. 1993-2003.



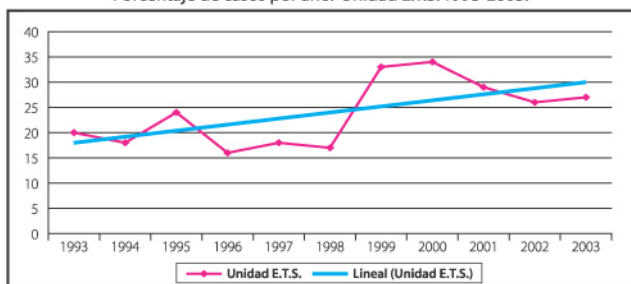
En el Gráfico 2, vemos 2 gráficos comparativos de la tendencia al descenso de la sífilis en U.S.A. entre 1993 y 2000^{5,6}; en los datos de nuestro centro observamos una tendencia a permanecer estable el porcentaje de casos entre 1993 y 1998, año donde hay un franco incremento en el porcentaje de casos con estabilización entre un 25-35%.

Gráfico 2. Sífilis (todas sus formas).

Tasas por 100.000 habitantes. U.S.A. 1993-2000.



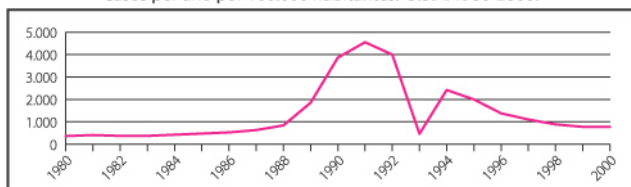
Porcentaje de casos por año. Unidad E.T.S. 1993-2003.



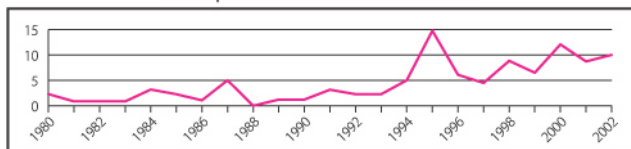
Es interesante observar el Gráfico 3 donde tenemos 2 gráficos comparativos en cuanto a sífilis congénita; como podemos ver en U.S.A. un pico de incidencia entre 1989-1992 y en el de nuestro centro se reproduce también un pico de incidencia entre 1994-1996.

Gráfico 3. Sífilis Congénita.

Casos por año por 100.000 habitantes. U.S.A. 1980-2000.



Casos por año. Unidad E.T.S. 1980-2002.

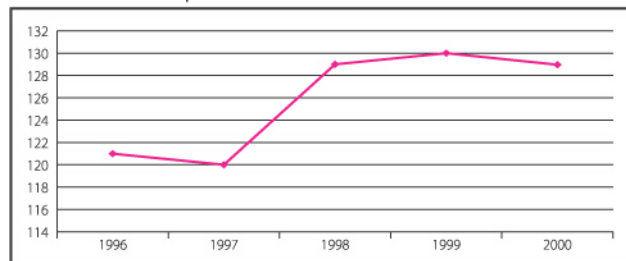


En cuanto a la IG, vemos como en U.S.A. se produjo un incremento en el número de casos en 1998 que permaneció estable posteriormente, al contrario de lo ocurrido en

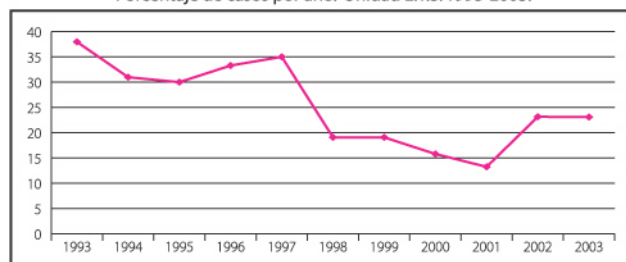
nuestras estadísticas donde se observa una tendencia al descenso en el porcentaje de casos (Gráfico 4).

Gráfico 4. Infección Gonocócica.

Tasas por 100.000 habitantes. U.S.A. 1996-2000.



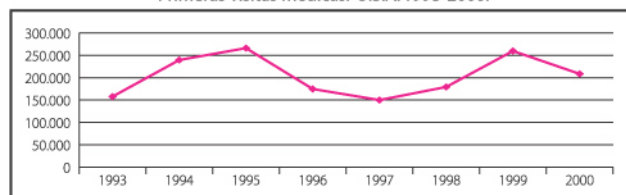
Porcentaje de casos por año. Unidad E.T.S. 1993-2003.



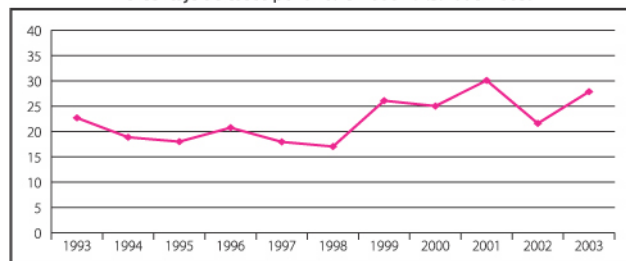
La infección por VPH tiene un comportamiento similar en ambos grupos de datos, estable pero con discreta tendencia al aumento de casos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Infección VPH.

Primeras visitas médicas. U.S.A. 1993-2000.



Porcentaje de casos por año. Unidad E.T.S. 1993-2003.



Las I.T.S. en niños han persistido en el período estudiado pero con franco aumento en el número de casos a partir del año 1995 (Gráfico 6).

Es interesante observar el comportamiento del Chancro Blando (CHB), ya que como podemos observar en el Gráfico 7, en U.S.A. se observó un descenso progresivo

Gráfico 6. I.T.S. en niños.

Porcentaje de casos por año. Unidad E.T.S. 1993-2002.

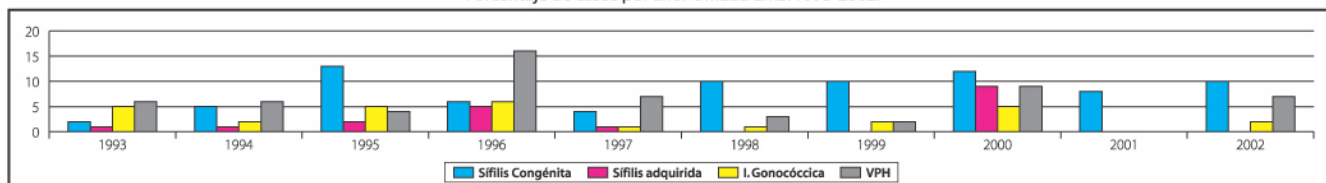
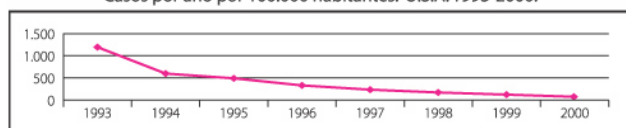
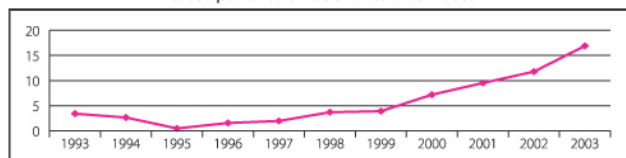


Gráfico 7. Chancro Blando.

Casos por año por 100.000 habitantes. U.S.A. 1993-2000.



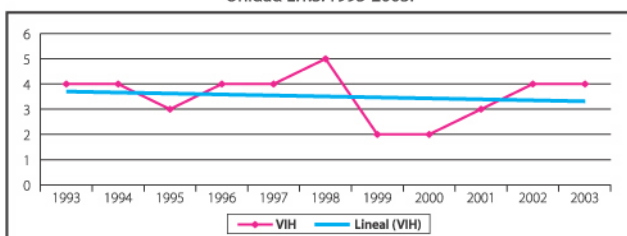
Casos por año. Unidad E.T.S. 1993-2003.



entre 1993-2000, mientras que nosotros tenemos un período estable con pocos casos entre 1993-1997 y aumento progresivo entre 1998 y 2003.

Gráfico 8. Porcentaje de Casos de VIH.

Unidad E.T.S. 1993-2003.



La infección por VIH ha ocupado un poco más de atención y recursos que las otras I.T.S.; se observa entre 1993 y 1998 un incremento en el porcentaje de casos vistos en nuestra consulta con un impresionante descenso en 1998 que se mantuvo hasta el año 2001 cuando se aprecia un incremento en el porcentaje de casos (Gráfico 8).

Discusión

Es importante definir algunos conceptos para comprender las variables a ser tomadas en cuenta para la planificación de programas de control de las I.T.S. Uno de los más importantes es el de las poblaciones reservorio que no son más que individuos con altas tasas de adquisición de nuevas parejas sexuales, que tienen alta prevalencia e incidencia de I.T.S. vitales para la perpetuación

de la infección; generalmente, son jóvenes, residencia urbana, con bajo estatus socio-económico, con pobre acceso a la atención médica⁶.

La Transmisibilidad de un agente es la suma de la infecciosidad del patógeno, la susceptibilidad del individuo expuesto y factores facilitadores de huésped. Es particular para cada agente, por ejemplo: para *N. gonorrhoeae*, 50%; *C. trachomatis*, 20%; VIH, 10%.

Existen factores que pueden incrementar la infecciosidad, como por ejemplo la ectopia cervical, que favorece la infección por VPH y Chlamydia, las úlceras genitales, la infección por VIH y la presencia de prepucio favorecen la infección por *T. pallidum*, *H. ducreyij* y VIH^{11,12}; en general el uso de condones y espermaticidas reducen la transmisión de las I.T.S. La infecciosidad es el tiempo durante el cual el individuo enfermo es capaz de transmitir la infección a otro; por ejemplo: 6 meses para *N. gonorrhoeae*; 15 meses para *C. trachomatis*; 6 meses para *T. pallidum*; 10 meses en *H. ducreyij*; VIH en 2 a 10 años; Virus Papiloma Humano y Virus Herpes Simple toda la vida⁷⁻⁸.

Existen factores relacionados con el agente patógeno que favorecen su transmisión, como lo son la infección asintomática y la actividad de la enfermedad; cuando la transmisión depende de esta última es más fácil su control¹⁰; también puede desarrollar estrategias de persistencia como lo son los antígenos de superficie polimorfos y la variación antigénica.

Las estrategias para el control de las I.T.S. deben ir encaminadas a:

1. Reducción del número de nuevas parejas sexuales;
2. Reducción de la susceptibilidad de los individuos expuestos y
3. Reducción en la duración de la infectividad de los individuos diseminadores de las mismas.

En cuanto a la prevención, tenemos dos puntos. El primero es la prevención de la Infección favoreciendo relaciones mutuamente monogámicas, reduciendo el número de parejas sexuales y minimizando la probabilidad de exposición a sangre, semen, saliva, secreciones vaginales y cervicales durante las relaciones sexuales¹³. El segundo punto es la prevención de la transmisión promoviendo la utilización de métodos anticonceptivos de barrera, reduciendo el período de infección con una atención rápida y eficaz y despistaje de I.T.S. a la población, además

del control de la población reservorio, pues en la medida que esta población disminuye se necesitará un mayor número de recambio de parejas sexuales para que la infección persista en la población¹⁴.

En relación a los datos obtenidos en el presente trabajo, vemos como enfermedades como Sífilis adquirida y congénita, Chancro blando, I.T.S. en niños e infección por VIH han tenido una tendencia al incremento en el porcentaje de casos^{15,16}; la infección por VPH ha permanecido estable los últimos 5 años con tendencia al incremento y sólo la infección gonocócica ha experimentado un descenso probablemente por que las cepas de gonococo aún no han desarrollado resistencia a los antibióticos que se utilizan de manera general para su tratamiento como son las quinolonas; sin embargo, probablemente sea cuestión de tiempo ya que se sabe que ya existe resistencia en cepas del continente americano como U.S.A. y Cuba.

Es evidente que tenemos fallas en los programas de control de la I.T.S. De hecho, los datos aquí presentados nos permiten tomar conciencia en la necesidad de políticas más enérgicas que se enfoquen no sólo a uno o dos aspectos; deben ser orientados a disminuir las tasas de interacción entre infectados y susceptibles; esto se logra con campañas de educación a la población para la rápida identificación de la enfermedad, con campañas de despistaje a gran escala, con un diagnóstico y tratamiento precoz para lo cual se requiere el manejo etiológico de estas patologías y un intenso programa de entrenamiento al personal de salud, con el objeto de disminuir las poblaciones reservorio.

Al comparar con los datos del C.D.C., se evidencia la necesidad de modificar nuestras políticas de salud a nivel nacional. Se constata la necesidad de fijar metas a mediano y largo plazo que permitan unificar esfuerzos para el control de la poblaciones reservorio, pues en la medida en que el número de individuos de estos grupos permanezca estable o se incremente, la tendencia de estas enfermedades en la población general es a persistir.

Referencias

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. MMWR on web site www.cdc.org
2. Brunham RC, Plummer FA. A general Model of Sexually Transmitted Disease Epidemiology and Its Implications for control. *Med Clin North Am* 1990;74(6):1339-1352.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51:1-7.
4. Berg A, Allan J, Frame P, et al from U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Syphilis Infection: Recommendation Statement. *Ann. Fam. Med* 2004;2(4):362-365.
5. Brown D, Frank J. Diagnosis and Management of Syphilis. *Am Fam Phys* 2003;68(2):283-290.
6. Amador L, Eyler E. Diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases in Adolescence. *Clinics in Family Practice* 2000;2(4):1-23.
7. Kimberlin D, Dwight R. Genital Herpes. *N Eng J Med* 2004;350:1970-7.
8. Villa A, Berman B. Genital herpes Infection: Beyond a Clinical Diagnosis. *SKINMED* 2003;2(2):108-112.
9. Yeung-Yue K, Brentjens M, Lee P, Tyring S. Herpes simplex viruses 1 and 2. *Dermat Clin* 2002;20(2):1-21.
10. Brughla R, Keersmaekers K, Renton A, Meheus A. Genital Herpes Infection. A Review. *International Journal of Epidemiology* 1997;26(4):698-709.
11. Morse S. Chancroid and *Haemophilus ducreyi*. *Clin Microbiol Rev* 1989;2(2):137-157.
12. Salzman RS, Kraus SJ, Miller RG, Sottnek FO, Kleris GS. Chancroidal ulcers that are not Chancroid. Cause and Epidemiology. *Arch Dermatol* 1984;120(5):636-639.
13. Bruistein SM, Cairo I, Fennema H, Pijl A, Buiner M, Peerboom P, Van Dyck E, Meijer A, Ossewaarde JM, Van Doornum GJ. Diagnosing Genital Ulcer Disease in a Clinic for Sexually Transmitted Diseases in Amsterdam, The Netherlands. *JCM* 2001;39(2):601-605.
14. Htun Y, Morse SA, Dangor Y, Fehler G, Radebe F, Trees DL, Beck-Sague CM, Ballard RC. Comparison of clinically directed disease specific, and syndromes protocols for the management of genital ulcer disease in Lesotho. *Sex Transm Infect* 1998 Jun;74(Suppl1):S23-8.
15. Dangor Y, Ballard RC, da L. exposto F, Fehler G, Miller SD, Koornhof. Accuracy of clinical diagnosis of genital ulcer disease. *Sex Transm Dis*. 1990 Oct-Dec;17(4):184-9.
16. Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. How effective is Syndromes management of STDs?: A review of current studies. *Sex Transm Dis* 2000;27(7):371-85.