

Enfermedades de transmisión sexual y salud sexual del costarricense.

Tema II. Sífilis y gonorrea

Sexually Transmitted Diseases (STDs) and Sexual Health in Costa Rica

Topic II. Syphilis and Gonorrhea

William Gutiérrez-Sandí¹, Jorge Chaverri-Murillo²,
Jorge Eduardo Navarro-Cruz³

Fecha de recepción: 23 de mayo de 2016
Fecha de aprobación: 2 de agosto de 2016

Gutiérrez-Sandí, W; Chaverri-Murillo, J; Navarro-Cruz, J.
Enfermedades de transmisión sexual y salud sexual del
costarricense. Tema II. Sífilis y gonorrea. *Tecnología en
Marcha*. Vol. 29-4. Octubre-Diciembre 2016. Pág 3-15.

DOI: 10.18845/tm.v29i4.3033



- 1 Estudiante de Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad Internacional de las Américas, San José. Costa Rica. Correo electrónico: wgutierrez@hotmail.com
- 2 Médico Asistente del Servicio de Infectología, Hospital Rafael Á. Calderón Guardia (HRCG), San José. Director de la Cátedra de Medicina Interna, UNIBE. HRCG. Profesor de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Profesor de Postgrado en Infectología, Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Correo electrónico: jorge.chaverri@ucr.ac.cr
- 3 Jefe de Servicio de Ginecología-Oncología, Hospital Rafael Á. Calderón Guardia (HRCG). Director de la Cátedra de Ginecología y Obstetricia, Universidad Internacional de las Américas. Costa Rica. HRCG. Profesor de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Internacional de las Américas. Costa Rica. Correo electrónico: jnavarrocruz@gmail.com

Palabras clave

Enfermedades de transmisión sexual; Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud; Vigilancia Epidemiológica; Sida; VIH; manifestaciones sífilis; manifestaciones gonorrea; *Treponema pallidum*; *Neisseria gonorrhoeae*; infecciones; bacterias; salud pública.

Resumen

Son muy diversas las causas que pueden causar la aparición de una enfermedad de transmisión sexual. Entre las más comunes están las bacterias, que pueden transmitirse por contacto sexual (sea vaginal, anal u oral).

En esta segunda entrega sobre la salud sexual de los costarricenses se analiza el comportamiento de dos enfermedades de alta prevalencia y que en muchas ocasiones se acompañan de otras de transmisión sexual. Dichas patologías son sífilis, ocasionada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, y gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae*, que es un diplococo gram negativo.

En este artículo se analiza el comportamiento de estas patologías a nivel regional en América Latina y su comportamiento a nivel local en Costa Rica. No es necesario que el lector sea experto en el tema, pues se parte de la definición de la patología, sus síntomas, métodos de diagnóstico, así como los posibles tratamientos.

Se muestran los resultados obtenidos por la unidad de vigilancia del Ministerio de Salud de Costa Rica, de manera que es posible observar y analizar el comportamiento de estas dos enfermedades en el país entre los años 2002 y 2012.

Aunque los tratamientos utilizados para combatirlas son de uso común en los centros de atención de los niveles II y III del sistema de salud pública costarricense, es difícil erradicarlas como enfermedades comunes de transmisión sexual.

Keywords

Sexually Transmitted Diseases (STDs); World Health Organization (WHO); Pan American Health Organization (PAHO), Ministry of Health; Epidemiological Surveillance; AIDS; HIV; Syphilis Manifestations; demonstrations gonorrhea; *Treponema pallidum*; *Neisseria gonorrhoeae* infections; bacteria; Public Health.

Abstract

They are very diverse causes that can generate the appearance of an STD, including bacteria are common and they can be transmitted by sexual contact, including vaginal, anal and oral sex.

In this second installment on the sexual health of Costa Ricans the behavior of two major diseases analyzed, and which often are accompanied by other sexually transmitted diseases. Syphilis these diseases are caused by the *Treponema pallidum* and gonorrhea caused by *Neisseria gonorrhoeae* is a gram negative diplococcus.

The report of this release analyzes the behavior of these diseases at the regional level in Latin America and behavior locally, in Costa Rica. Not be required to make the reader a person skilled in the subject, because it starts from the definition of the disease, ETS symptoms, methods of diagnosis and possible treatments for it.

Following, the results obtained by the monitoring unit of the Ministry of Health of Costa Rica, so it is possible to observe and analyze the behavior of the disease in the country between 2002 - 2012.

Although the treatments used for the disease are commonly used in care facilities Level II and Level III Public Health System in Costa Rica, it has been difficult to eradicate as common sexually transmitted diseases in the country.

Introducción

Las causas que pueden generar la aparición de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) son diversas; las bacterias están entre las comunes y pueden transmitirse por contacto sexual, incluyendo el sexo vaginal, anal y oral como lo menciona Gonçalves, (2007).

La sífilis, ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*, y la gonorrea, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, que es un diplococo gram negativo, se encuentran entre las enfermedades más comunes en el ámbito hospitalario. Dichas patologías son de reporte obligatorio por parte de los profesionales en salud.

En este segundo reporte se analiza el comportamiento de estas patologías a nivel regional en Latinoamérica y el comportamiento de la sífilis congénita en el caso de Costa Rica (PAHO 2007a, 2007b). El lector podrá hacer un recorrido metódico con respecto a la revisión de las patologías bajo estudio. Se inicia con la definición de la patología, los agentes etiológicos, sus síntomas, métodos de diagnóstico, así como posibles tratamientos.

En la actualidad se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ETS. Tres ETS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) generalmente son curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única existente. Sin embargo, la resistencia a los antimicrobianos de las ETS, en particular la gonorrea, ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento (WHO, 2015).

El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas e inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos, la convierten en un organismo polifarmacorresistente (WHO, 2015).

Ante esta situación, los gobiernos intentan responder de la mejor manera, dado que las personas que necesitan servicios de detección y tratamiento de ETS deben afrontar numerosos problemas. En muchos países, los servicios de ETS se proporcionan separadamente y no están disponibles en el ámbito de la atención primaria de salud, la planificación familiar y otros servicios sanitarios ordinarios.

Las poblaciones marginadas son las que registran las tasas más altas de ETS (VIH/Sida, sífilis, gonorrea, etc.). Estas incluyen a trabajadores comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, consumidores de drogas intravenosas, privados de libertad, poblaciones nómadas y adolescentes.

Sífilis

Agente etiológico y generalidades

A menudo se confunde la sífilis con otras enfermedades, ya que presenta una sintomatología muy variada.

Periodo de incubación

El periodo de incubación de la sífilis es de 10 a 90 días. Después de dos a seis semanas aparece la lesión primaria, que con frecuencia conlleva adenopatías regionales.

Diagnóstico

El diagnóstico se hace por medio de la identificación de *T. pallidum* mediante microscopía de campo oscuro (considerado un método clásico y en parte en desuso); también se puede hacer usando pruebas serológicas como anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos de *T. pallidum* marcados con fluoresceína, detección de ADN de *T. pallidum* y pruebas serológicas no treponémicas como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reaction).

Manifestaciones clínicas

Puede ser que la enfermedad se desarrolle de manera asintomática, pero si no es tratada oportunamente puede llegar a comprometer la calidad de vida del paciente, conforme avanza.

- *Fase primaria:* Esta fase suele estar marcada por la aparición de una lesión ulcerada conocida como chancro. Es una lesión redondeada, pequeña e indolora y pueden presentarse una o varias lesiones. El tiempo promedio de aparición de este primer síntoma es de 21 días y puede variar desde los 10 a los 90 días.
- *Fase secundaria:* Esta fase se caracteriza por irritaciones (mancha o máculas) en piel y mucosas. Esta irritación generalmente no produce prurito. Lo usual es que la lesión aparezca en forma de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en las palmas de las manos como las plantas de los pies, aunque también pueden aparecer en otras zonas de la piel. Además, el paciente puede presentar fiebre, dolor de garganta, cefalea, pérdida del cabello, pérdida de peso, astenia y adinamia. Se caracteriza porque ocurre antes de un año después de la primoinfección.
- *Fase terciaria:* Comienza con la desaparición de los síntomas de la fase secundaria. En esta fase la sífilis puede lesionar órganos internos como cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones. Suele ocurrir más de un año después de la primoinfección y en casos en los que se omita el tratamiento oportuno.

Mecanismos de transmisión

La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual, por contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sífilíticos de la persona infectada: al practicar sexo oral sin preservativo, al besar una boca con chancros, por inoculación accidental, o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta o del canal de parto.

Tratamiento

Sífilis primaria y secundaria

La penicilina benzatínica es el fármaco más utilizado para tratar la sífilis precoz. Una sola dosis de 2.4 millones de unidades consigue la curación de más del 95% de los casos de sífilis primaria. Como la eficacia del antibiótico puede ser algo menor en sífilis secundaria, algunos médicos aconsejan aplicar en este periodo de la enfermedad una segunda dosis de 2.4 millones de unidades una semana después de la primera inyección. Las personas con sífilis precoz e infectadas por el VIH pueden tener síntomas de recidiva después del tratamiento con penicilina benzatínica.

Como el riesgo de recidivas neurológicas puede ser mayor en los sujetos infectados por el VIH, algunos expertos recomiendan analizar el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los sujetos seropositivos al VIH (especialmente en aquellos sujetos en los que el conteo de linfocitos CD4 es inferior a las 250 células/ml) para indicar el tratamiento apropiado de las neurosífilis si se encuentra cualquier signo de sífilis del sistema nervioso central. En el caso de pacientes con VIH, se recomienda la aplicación de tres dosis (Barnes, Harrison VOL. 01, 2011). En los pacientes con sífilis precoz que son alérgicos a la penicilina se aconseja un ciclo terapéutico de dos semanas con tetraciclina o doxiciclina. En Costa Rica, y en general en América, la tetraciclina está en desuso y ya no se encuentra en el comercio. El antibiótico azitromicina tiene efectividad menor. (pero es la única opción disponible para las mujeres embarazadas en las que no es posible la desensibilización con penicilina) y la ceftriaxona es aún menos efectivo. Las pautas terapéuticas con doxiciclina, azitromicina y ceftriaxone son menos eficaces que aquellas con penicilina benzatínica, en primera instancia no se cuenta con estudios comparativos y por otro lado su alta tasa de efectos secundarios de tipo gastrointestinal son un problema para cumplir bien el tratamiento. Pocos estudios sugieren que la ceftriaxona (1 g/día por vía intramuscular o intravenosa durante 8 a 10 días) y la azitromicina (una sola dosis oral de 2 g) son eficaces contra la sífilis temprana.

Los regímenes no penicilínicos mencionados no han sido evaluados satisfactoriamente en personas infectadas con VIH, por lo que deben usarse con precaución (Barnes, Harrison VOL. 01, 2011).

Sífilis latente tardía y sífilis tardía

Si se encuentran alteraciones del LCR, se debe aplicar el tratamiento de la neurosífilis. La pauta que se aconseja para la sífilis latente tardía con líquido cefalorraquídeo normal, para la sífilis cardiovascular y para la sífilis tardía benigna (gomos) es la penicilina benzatínica, 2,4 millones de unidades por vía intramuscular una vez a la semana durante tres semanas seguidas (7.2 millones de unidades en total). La doxiciclina o la tetraciclina (durante cuatro semanas) constituyen otra alternativa válida en los pacientes con alergia a la penicilina que presentan sífilis latente o sífilis tardía con LCR normal (Barnes, Harrison VOL. 01, 2011).

Las personas infectadas con VIH y alérgicas a la penicilina que muestran sífilis latente o tardía deben ser desensibilizadas y recibir dicho antibiótico si no se tiene seguridad del cumplimiento del régimen no penicilínico. La respuesta clínica obtenida con el tratamiento solamente médico en la sífilis cardiovascular no es óptima porque el aneurisma aórtico y la insuficiencia aórtica no pueden corregirse con el tratamiento antibiótico. El manejo de la neurosífilis en todos los casos de pacientes no alérgicos a la penicilina debe hacerse con penicilina cristalina, con al menos 24 millones de UI por día IV x 10-14 días. La penicilina benzatínica no alcanza concentraciones satisfactorias en el sistema nervioso central (Barnes, Harrison VOL. 01, 2011).

Gonorrea

Agente etiológico y generalidades

Conocida como blenorrea o uretritis gonocócica, es una enfermedad que afecta los tejidos mucosos de los órganos sexuales externos y los órganos urinarios principalmente, aunque también puede afectar otras partes del organismo. Como ya se mencionó, esta enfermedad es producida por la bacteria Gram negativa *N. gonorrhoeae*, comúnmente conocida como gonococo.

Periodo de incubación

Su periodo de incubación es de 2 a 8 días.

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección gonocócica en varones se hace rápidamente, mediante la tinción de Gram del exudado uretral. La detección de diplococos gramnegativos intracelulares es muy específica y sensible en el diagnóstico de la uretritis gonocócica, pero la sensibilidad para el diagnóstico de cervicitis gonocócica es de solo un 50%. En este último caso, se podría recurrir a un cultivo en un medio especial, el cual puede alcanzar una sensibilidad de 80-90%.

Manifestaciones clínicas

En el hombre, la enfermedad se inicia con escozor en el conducto uretral al orinar, acompañado de secreción purulenta, amarillenta al principio y luego verdosa y sanguinolenta; el conducto uretral se inflama progresivamente. Cuando la enfermedad avanza, pueda atacar la próstata, vesículas seminales y testículos, un compromiso severo de las gónadas podría incluso llevar a la esterilidad. También puede alcanzar la vejiga y producir una inflamación severa. La omisión del tratamiento en individuos susceptibles puede llevar a la invasión de órganos de la cavidad abdominal o la diseminación hematógena que puede causar artritis migratorias (Barnes, Harrison VOL. 01, 2011).

En la mujer, la infección invade el cuello del útero, hay una secreción purulenta, escozor al orinar, irritación del cérvix uterino, la vulva y la vagina y se acompaña de flujo maloliente. La bacteria puede desplazarse al útero y desde allí a las trompas uterinas, en donde puede ocurrir inflamación y formación de un tejido cicatrizal, que puede llevar a la obstrucción y finalmente a la esterilidad. Si esta enfermedad no se trata rápidamente mediante el suministro de antibióticos, se pueden producir daños graves en el organismo, como enfermedad pélvica inflamatoria (que puede comprometer la fertilidad de la mujer) o infecciones del sistema nervioso central, corazón, hígado y articulaciones, entre otros.

Mecanismos de transmisión

Entre los principales mecanismos de transmisión se pueden mencionar los siguientes con lo mencionan Chacón (2009) y el Harrison, Principios de medicina Interna, volumen 1, parte 8 en su sección de Enfermedades infecciosas (Barnes, 2011):

- La vía sexual, que es la principal fuente de contagio.
- La madre puede transmitirla al recién nacido, ocasionándole la conjuntivitis gonocócica cuando este pasa por el canal de parto.
- Debido a la anatomía femenina, puede haber propagación del exudado cervical al recto, ocasionado gonorrea anorrectal.
- Esta también puede presentarse en las prácticas de sexo anal.
- La exposición sexual bucogenital, que puede llevar a la gonorrea faríngea.

El adulto puede autoinocularse la región ocular a partir de la zona genital infectada, originando la gonorrea ocular.

Tratamiento

Para el tratamiento de la gonorrea se ha establecido el siguiente esquema: cefpodoxima, 400 mg oral, o ceftriaxona, 125 mg IM, o fluoroquinolona (ejemplo ciprofloxacina, 500 mg oral). La

doxiciclina es el tratamiento de segunda elección, pues la cefpodoxina presenta problemas de disponibilidad en América.

Materiales y métodos

Para efectos de este trabajo de investigación y revisión bibliográfica, se hizo una recolección de fuentes primarias y secundarias. Para ello se utilizaron varios instrumentos básicos de recolección de información que se usan en las actividades de investigación.

Recolección de datos de fuentes primarias

Se procedió a buscar toda la información de manera personal en el servicio de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud de Costa Rica. Además, se contó con la asesoría de profesionales en salud que se desempeñan como médicos asistentes y/o epidemiólogos y mantienen una estrecha relación con el área de infecciones.

Recopilación de datos de fuentes secundarias

Como segunda fuente para la recopilación de datos de esta investigación se utilizó internet, ya que esta herramienta sirvió para acceder a información y estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), la sección de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de Costa Rica; así como a estudios realizados por sociedades internacionales relacionadas con el manejo de las infecciones de transmisión sexual.

Instrumentos de medición para la recolección de datos

Se utilizaron algunos instrumentos de medición con el fin de poder recopilar y analizar la información. Entre ellos, los siguientes:

- *Entrevista.* Se realizó una entrevista con expertos en epidemiología y enfermedades infecciosas, de manera que los temas por revisar tuviesen una orientación dirigida.
- *Instrumentos para la recopilación de datos.* Con estos instrumentos se elaboró una base de datos con las estadísticas generadas por la OMS, la OPS y la sección de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de Costa Rica. A partir de esa información se hizo un análisis en línea descendente, partiendo de lo más general (estado de la enfermedad a nivel global) a lo más particular (estado de la enfermedad en Costa Rica). Dicho análisis comprende el decenio 2002-2012.
- *Resultados.* Por último, se integró la información de manera que el lector pueda tener de manera filtrada y a nivel de comprensión básica, sin tener que ser un profesional del área de la salud, las limitaciones y problemática actual con respecto a las ETS bajo estudio en Costa Rica para el periodo de tiempo indicado en los resultados de la unidad de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud; y más en específico para las enfermedades de la sífilis y gonorrea.

Levantamiento de datos y discusión de resultados

Magnitud del problema a nivel regional. Estado de las ETS (sífilis y/o gonorrea) en América Latina

Los datos reportados en la presente sección proceden del informe: *Salud en las Américas: 2007* de la Pan American Health Organization (PAHO, 2007b). La información presentada fue

seleccionada de acuerdo con la línea de publicación presentada. Entre 1999 y 2003, en un centro centinela en Chile hubo 10.525 consultas por ETS, de las cuales el 22% de los pacientes fueron diagnosticados con condiloma, el 10,4% con sífilis latente y el 10,1% con gonorrea. En Nicaragua se dio una situación similar con respecto a los casos de gonorrea y sífilis presentados por pacientes con ETS entre los años 2000 y 2002. En Barbados, como resultado de una encuesta en 2004 en adultos, se encontró que 14,3% de ellos estaba infectado por gonorrea o clamidiasis.

En Estados Unidos, el comportamiento fue contrario al presentado en los países latinoamericanos, ya que los casos de sífilis primaria y secundaria descendieron entre 1990 y 2000. No obstante, el número de casos anuales de sífilis aumentó durante el período 2000-2002 y siguió incrementándose desde 2002 (6.862 casos) hasta el final de 2003 (7.177 casos). Encuestas realizadas para determinar la prevalencia de sífilis entre diferentes poblaciones con mayor riesgo han demostrado que los grupos vulnerables en América Latina son afectados en gran medida por las ETS. Por ejemplo, en 2003 la prevalencia de sífilis en Paraguay fue del 4,33% entre los donantes de sangre y del 6% entre las embarazadas, en comparación con una tasa de prevalencia alta de 37,4% entre las trabajadoras comerciales del sexo. En 2004, una encuesta conducida por el Ministerio de Salud de Guyana encontró que 27% de las trabajadoras del sexo tenían sífilis, como lo mostró el reporte de la PAHO (2007b). Durante 2003, los países latinoamericanos y del Caribe notificaron un número total de 15.570 casos de sífilis congénita. Sin embargo, para ese mismo año la OPS estimó que se habrían presentado 110.000 casos debido al alto nivel de subnotificación de los casos de sífilis congénita.

En Venezuela, el número de casos se incrementó de 50 en 2000 a 135 en 2002 y en Brasil la tasa de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos aumentó de 1 en 2001 a 1,5 en 2003. La cobertura y el acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento de sífilis siguen siendo temas importantes de salud pública en la región, aun en los países que han ampliado sus servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH (por ejemplo, en 2003 solo 17,3% de las embarazadas diagnosticadas con sífilis recibieron tratamiento, aun cuando la tasa de cobertura de tamizaje de sífilis en Brasil es del 56,5%) (PAHO, 2007b).

En los países donde los casos de sífilis congénita se notifican anualmente, se observa una tendencia al incremento. La prevalencia de sífilis entre las embarazadas y la incidencia de sífilis congénita se resumen en el cuadro 1.

Reporte epidemiológico de las ETS: sífilis y gonorrea en Costa Rica

Sífilis congénita

La sífilis gestacional (SG) y la sífilis congénita (SC) son un grave problema de salud pública, que afecta en forma directa a las mujeres y los recién nacidos. Existe un tratamiento asequible, eficaz y de bajo costo para estas enfermedades. Se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *T. pallidum*, de las que más de dos millones se producen en mujeres embarazadas (WHO, 2015).

Ante esta situación, la OPS comenzó a tomar medidas para impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis congénita en América Latina y el Caribe para el año 2015.

Para cumplir con dicha iniciativa en el plazo estipulado, Costa Rica elaboró el “Plan Estratégico Nacional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita”, que se comenzó a poner en práctica en las zonas de mayor incidencia.

Situación epidemiológica

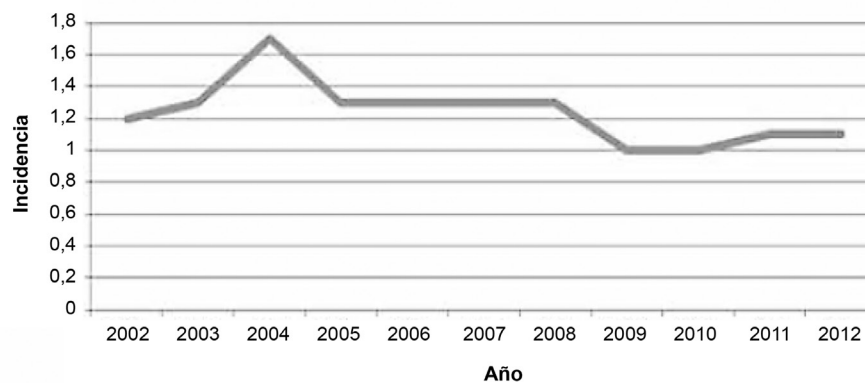
En el periodo 2002-2013 se registraron 1091 casos de sífilis congénita, a partir del año 2005 y hasta 2009 se observa una disminución en la incidencia de casos. A partir de 2009 los cambios en la incidencia no tienen significancia estadística.

Cuadro 1. Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas y de sífilis congénita en países informantes de Latinoamérica y el Caribe, 2004

País	Año	Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas (%)	Sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos)	Método
Bahamas	2004	2,4	1,3	Rutina
Belice	2004	1,5	0,13	Rutina
Bolivia	2004	4,9	12	Encuesta
Brasil	2004	1,6	4	Rutina
Costa Rica	2004	NA	1,3	Rutina
Cuba	2003	1,8	0	Rutina
Ecuador	2002	NA	1,11	Rutina
El Salvador	2003	6,2	0,9	Rutina
Haití	2004	4,2	NA	Encuesta
Honduras	2003	3,5	2,5	Rutina
Jamaica	2003	NA	0,7	Rutina
México	2004	0,62	0,06	Rutina
Nicaragua	2004	NA	0,06	Rutina
Panamá	2004	0,4	0,1	Rutina
Paraguay	2003	6,3	1,9	Rutina
Perú	2004	1	1,7	Rutina

Fuente: Ministerios de Salud de los países y Consejo de Población de Bolivia.

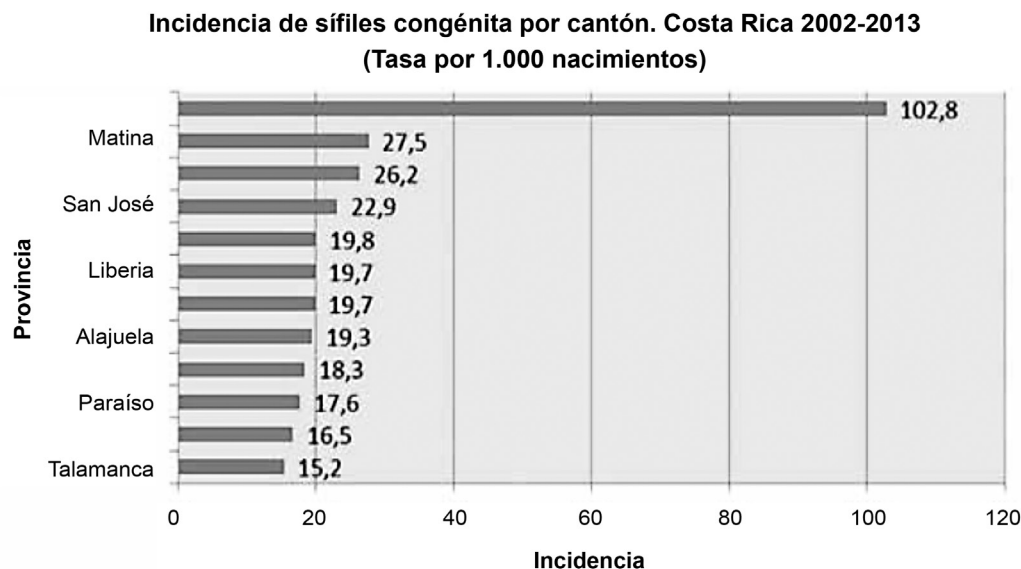
Incidencia de sífilis congénita por año de ocurrencia. Costa Rica 2002-2012
(Tasa por 1.000 nacimientos)



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Figura 1. Incidencia de sífilis congénita por año de ocurrencia. Costa Rica 2002-2012

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2014), no hay diferencias en la distribución por sexo, la relación hombre-mujer es de 1 a 1 y el 97,0% de los casos se presentó en niños(as) menores de un año. La provincia de Limón registró la incidencia más alta, con 34,6% de los casos del país para el periodo en estudio, como se muestra en la figura 2 y el cuadro 2 (Binasss, 2012). El cantón de Matina es donde se observa la mayor incidencia de sífilis congénita a nivel del país.



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Figura 2. Incidencia de sífilis congénita por cantón. Costa Rica 2002-2013

El patrón espacial cantonal muestra zonas de mayor riesgo hacia los puertos en los cantones de Limón y Puntarenas y el área metropolitana (San José), como se observa en el cuadro 2 y la figura 2. En algunos cantones la inmigración ha tenido un papel importante en el aumento de incidencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, entre ellos San José. Esta situación ha generado un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual por la alta interacción entre personas de diferentes contextos sociales y ambientales; (Ministerio de Salud (2014). Esta distribución espacial en el periodo analizado posiblemente evidencia la importancia de los determinantes socioeconómicos y socioculturales (Planes M. et al. 2004) relacionados con la movilidad poblacional. Según el Índice de Desarrollo Social (IDS) cantonal (MIDEPLAN, 2013), el 37,0% (30/81) de los cantones indicados en el cuadro 2 los cuales muestran con un menor desarrollo relativo y en un nivel muy bajo. Agrupando los cantones en el periodo analizado (2002-2013), el 12,3% (10/81) supera la tasa nacional de incidencia de SC (14.9 casos por 1000 nacimientos). El cantón de Limón supera en siete veces el valor de la tasa nacional (Ministerio de Salud, 2014).

Gonorrea

En el período de estudio se registraron un total de 5,541 casos, de los cuales el 82,9% (4,596) corresponde a hombres, lo que evidencia una clara afectación diferencial por sexo, asociada principalmente a una construcción de la masculinidad que propicia una vida sexual riesgosa y

poco responsable que, aunada a una escasa oferta de salud sexual, se traduce en una serie de implicaciones en la salud de los hombres y de sus parejas, como se muestra en la figura 3.

Cuadro 2. Incidencia de Sífilis Congénita según cantón y IDS. Costa Rica 2002-20013 (Tasa/1000 nacimientos).

Cantón	Tasa	IDS
Limón	102,79	27,3
Matina	27,48	26,6
Puntarenas	26,23	39,2
Tarrazú	23,03	32,6
Siquirres	21,03	33,1
Corredores	19,80	25,1
Guácimo	19,69	35,1
Parrita	17,61	28,7
Upala	15,74	22,5
Talamanca	15,17	0

Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

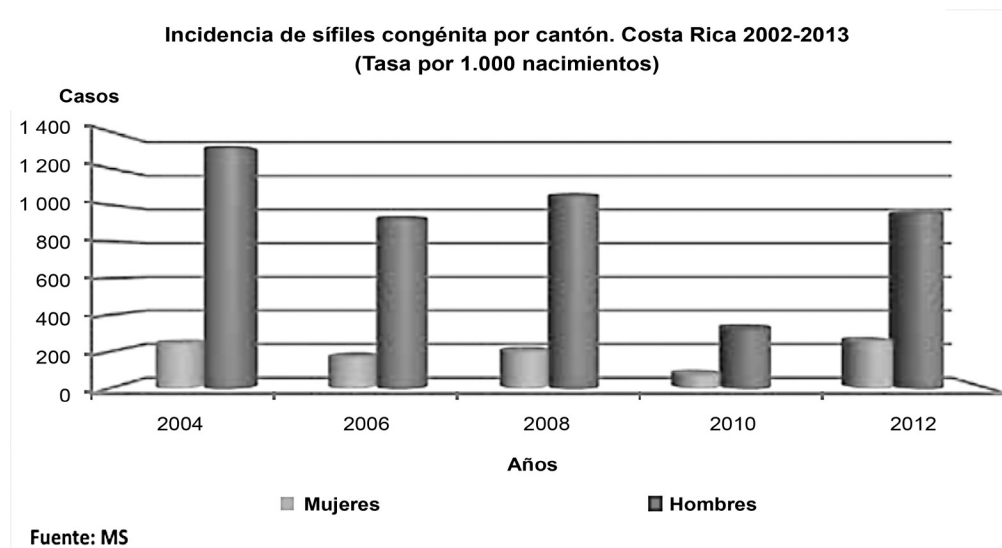


Figura 3. Casos de gonorrea según sexo. Costa Rica 2004-2006. Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica.

Al analizar la tasa de incidencia por sexo de acuerdo con el reporte (Ministerio de Salud, 2014), se observa que la brecha entre mujeres y hombres disminuye considerablemente a partir del año 2008. Esta reducción de la brecha obedece principalmente a una disminución de los casos en hombres, dado que los casos en mujeres se han mantenido bastante estables, a excepción del año 2010, cuando la campaña de prevención sobre ETS implementada por la

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tuvo un efecto positivo en la disminución de los casos a nivel nacional. No obstante, como lo muestra la figura 4, en 2012 se experimenta un claro repunte, posicionándose nuevamente en los niveles presentados en años anteriores.

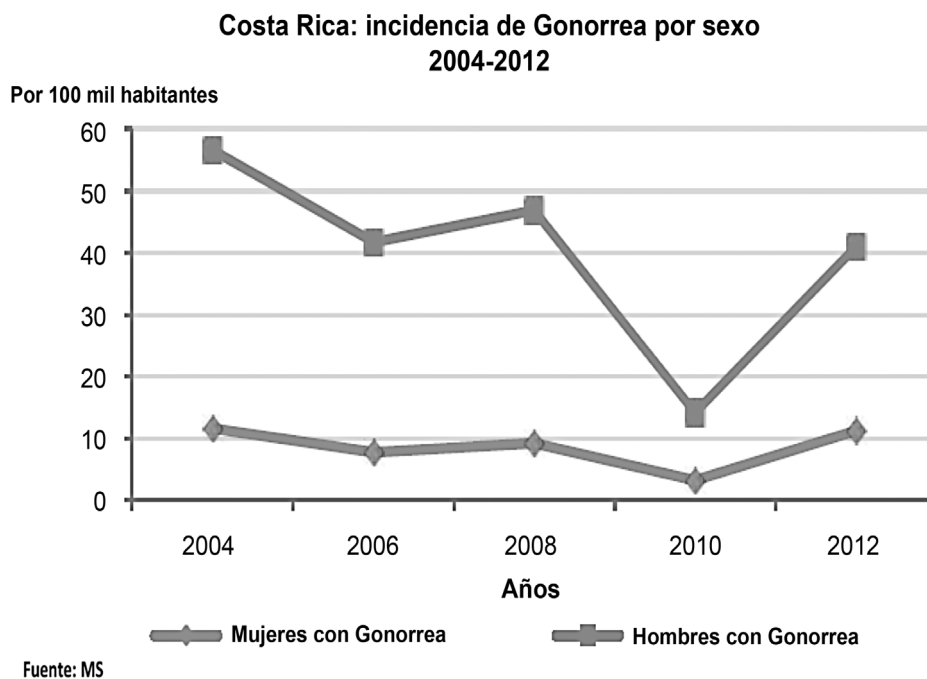


Figura 4. Incidencia de gonorrea por sexo. Costa Rica 2004-2012. *Fuente:* Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica.

Las campañas de prevención de ETS desarrolladas por la CCSS fueron declinadas (primero se redujo su presupuesto y después se eliminaron) por recortes presupuestarios solicitados a la institución. El dato anterior fue corroborado por el director del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Dr. Lemos Pires.

Conclusiones

Después del VIH/Sida, la sífilis y la gonorrea son las dos ETS bacterianas más conocidas por la población y que representan un gran impacto para el sistema de salud. Dicha condición es similar en otros países de América Latina, en donde la sífilis congénita tiene un gran impacto en la tasa de natalidad.

La SG y la SC son un grave problema de salud pública pues tienen un doble impacto en el sistema de salud, ya que afectan en forma directa a las mujeres y los recién nacidos. La cantidad de pacientes estimados por los estudios de vigilancia epidemiológica supera los 12 millones de nuevas infecciones por *T. pallidum* cada año; de las cuales más de dos millones se producen en mujeres embarazadas y, por ende, corresponden a SG.

Las organizaciones internacionales que velan por el control de las enfermedades infecciosas y de transmisión sexual tomaron medidas para impulsar iniciativas a nivel regional, con el fin de mantener en condición endémica los casos y que dichas infecciones no que se convirtiesen en una situación pandémica a nivel de Latinoamérica.

Aunque los datos recolectados en el curso del estudio permiten analizar el comportamiento de la población costarricense con respecto a la cantidad de nuevos casos (para la gonorrea y para la sífilis de la población de neonatos), así como la incidencia de las patologías generadas por *T. pallidum* y *N. gonorrhoeae*, en el reporte del Ministerio de Salud obtenido no existe una segmentación que permita conocer el mecanismo de contagio de cada caso en particular. Sin embargo, esa información está disponible para estudios epidemiológicos a través de la boleta V.E. 01, para la declaración obligatoria de las enfermedades.

Con respecto a la gonorrea, es una patología que en la última década presenta un descenso, que posiblemente sea atribuible a una mayor educación de la población y al uso de mecanismos de protección para evitar el contagio de ETS.

Como se mencionó al inicio de este documento, estas dos ETS cuentan con un tratamiento conocido, accesible y eficaz en la mayoría de los casos. Sin embargo, el mal uso que se hace de los antibióticos por parte de los pacientes puede crear resistencia a algunas de las cepas, lo que podría conllevar un serio problema de salud pública.

Referencias

- Binasss. (2012). *Análisis de Indicadores de Género y de Salud en Costa Rica 2012*. Obtenido de http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=301&Itemid=
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social). (2005). *Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios en Atención de Adolescentes con énfasis en VIH/SIDA*. San José: CCSS, Departamento de Salud.
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social). (2013). *Informe Estadístico Anual 2013*. San José: Departamento de Información Estadística de los servicios de Salud, CCSS.
- Cortés, A., et al. (2000). Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Cubana Medicina Trop.*, 52(1), 48-54.
- Costa Rica. OPS. (2010). *Reporte de Indicadores de Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=31&option=com_content
- Gonçalves, S., Castellá, J. & Carlotto, M.S. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Chacón, Tania et al. (2009). . ETS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Med. leg. Costa Rica*, 26(2). Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008
- Letvin, N.L. & Walker, B.D. (2003). Immunopathogenesis and immunotherapy in AIDS virus infections. En: Estado de la Nación, *Compendio Estadístico 2007*. Obtenido de <http://www.estadonacion.or.cr/InformesPDF/XInforme/Compendio.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Obtenido de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Planes, M. et al. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *C. Med. Psicosom*, 71/72, 76-85.
- PAHO (Pan American Health Organization). (2007a). Salud en las Américas 2007. Vol. I-Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622. Obtenido de http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=256&Itemid=
- PAHO (Pan American Health Organization). (2007b). Salud en las Américas 2007. Vol. II-PAÍSES. Publicación Científica y Técnica No. 622. Obtenido de http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=257&Itemid=
- Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Parte 8. Enfermedades Infecciosas. Vol 1. 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. pp. 1007-1766.
- WHO (World Health Organization). (2015). *Infecciones de transmisión sexual*. Obtenido de <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs110/es/>