

Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 - 2011

Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 - 2011

Introducción

Se calcula que la incidencia mundial de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de 498 millones de casos curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis)¹ lo cual es motivo de gran preocupación debido a que las ITS no tratadas facilitan la transmisión del VIH, aumentan los costos asociados con las infecciones no detectadas, no tratadas o mal tratadas por automedicación y representan una carga para las personas, las comunidades y los gobiernos, y desde hace varios años se cuenta con antibióticos y agentes quimio-terapéuticos eficaces para tratar estas infecciones.

Las consecuencias de la infección varían entre las diferentes poblaciones debido a que los factores biológicos, sociales, conductuales, económicos y programáticos influyen en las reacciones psicosociales y en los resultados fisiológicos de las ITS. Si no se manejan adecuadamente, las ITS pueden generar costos altos, directos o indirectos, así como otras repercusiones para las personas y las comunidades. Estas infecciones influyen en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil y tienen consecuencias tales como infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, e infección por el VIH cuando no se tratan adecuadamente y a tiempo. Todas las personas que tienen alguna ITS no tratada se encuentran expuestas a varios riesgos graves, pero la probabilidad de que se manifiesten es mayor en entornos donde el acceso a la atención es limitado y el tratamiento es ineficaz. Esta situación se presenta en muchos países en desarrollo donde las ITS se encuentran entre las primeras cinco razones por las que los adultos acuden en busca de servicios de atención de salud.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo y tiene consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños.

En Colombia las infecciones de transmisión sexual, constituyen un grave problema de salud pública ya que la prevalencia de sífilis en gestantes es de 1.7%, mayor

¹ Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS. Herramientas para su implementación.

del 1% establecido por la OPS como criterio de base, la prevalencia de ITS curables en la población general es mayor del 1%.

En Colombia, se reportan a través de los RIPS un promedio anual de 98.423 casos de infecciones de transmisión sexual, de las cuales se estima que el 23% son de tipo ulcerativo, este tipo de infecciones aumentan la probabilidad de transmisión de la infección por el VIH.

A continuación se presenta el análisis de la información sobre infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH, obtenida a través del análisis de los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de los años 2009 a 2011. Es importante aclarar que el aumento en algunas de las patologías para el año 2011, no significa necesariamente, aumento en el número de casos, sino más bien mejoría de la información.

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ITS EN COLOMBIA.

Durante el período 2009 - 2011, se reportaron en promedio por año 94.000, personas que consultaron por una ITS. Por rangos de edad, los grupos de 20 a 29 años mostraron los porcentajes más altos y por género la mujer mostró proporciones más elevadas.

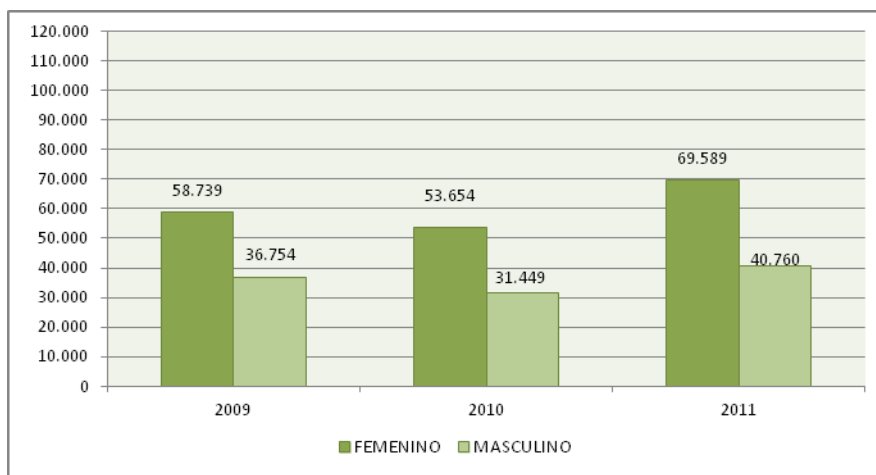
Cuadro 1. Distribución de las personas que consultaron por una ITS, según grupo de edad. Colombia 2009 a 2011.

Grupos de edad	2009	%	2010	%	2011	%
0 a 4 años	1.872	2,0	1.498	1,8	1.787	1,7
5 a 9 años	949	1,0	773	0,9	1.052	1,0
10 a 14 años	1.596	1,7	1.300	1,6	2.338	2,2
15 a 19 años	8.043	8,6	7.167	8,6	10.773	10,1
20 a 24 años	16.947	18,2	15.014	18,1	18.133	17,0
25 a 29 años	18.403	19,7	15.549	18,7	18.112	17,0
30 a 34 años	13.771	14,8	12.122	14,6	15.333	14,4
35 a 39 años	10.039	10,8	8.896	10,7	10.894	10,2
40 a 44 años	7.905	8,5	7.121	8,6	9.042	8,5
45 a 49 años	5.543	5,9	5.459	6,6	7.238	6,8
50 a 54 años	3.236	3,5	3.221	3,9	4.503	4,2
55 a 59 años	1.944	2,1	1.890	2,3	2.751	2,6
60 a 64 años	1.099	1,2	1.225	1,5	1.821	1,7
65 a 69 años	765	0,8	786	0,9	1.244	1,2
70 a 74 años	465	0,5	458	0,6	813	0,8
75 a 79 años	361	0,4	344	0,4	516	0,5
80 y más años	293	0,3	321	0,4	529	0,5
Total	93.231	100,0	83.144	100,0	106.699	100,0

Fuente: Ministerio de salud y protección social. SISPRO. Registro individual de prestación de servicios 2009 - 2011

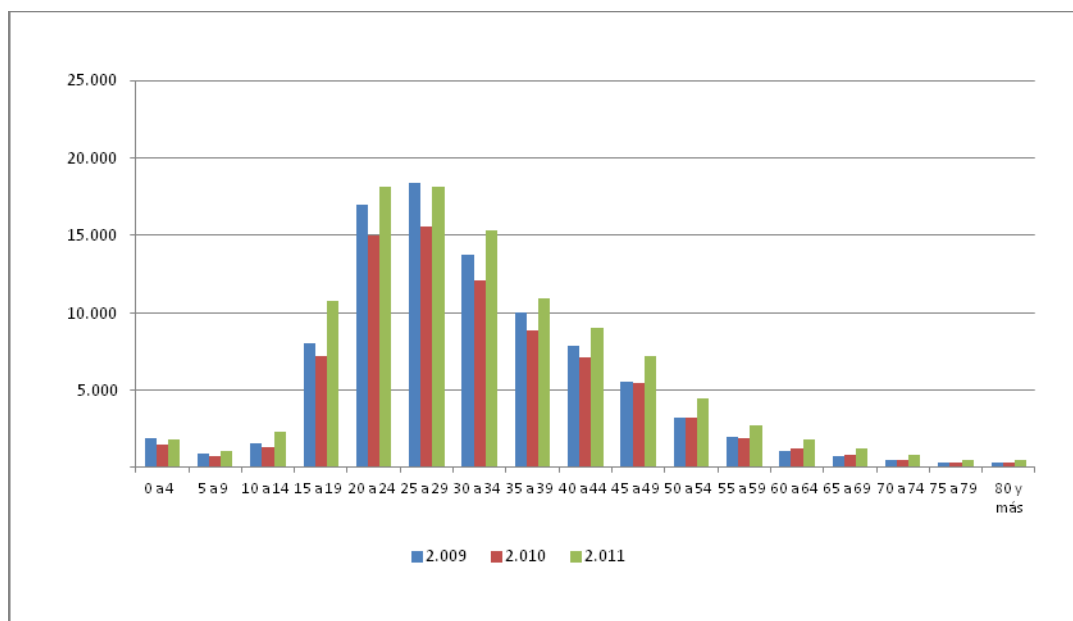
Llama la atención la proporción de casos identificados en menores de 14 años, dado que están directamente relacionados con abuso sexual los cuales a excepción de los casos de sífilis congénita que se transmiten de la madre al bebé, debieron haber sido informados por el personal de salud a las entidades competentes, según las rutas definidas para tal fin.

Gráfico N. 1. Número de personas atendidas con diagnósticos de infecciones de transmisión sexual, distribución por sexo. Colombia 2009 a 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 - 2011.

Gráfico N. 2. Número de personas atendidas con diagnósticos de infecciones de transmisión sexual, distribución por grupos de edad. Colombia 2009 a 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011.

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad producida por el *Treponema pallidum*, que se transmite por vía sexual, sanguínea o transplacentaria, caracterizada por sucesivas etapas de evolución.

¿Qué tan frecuente es la sífilis en Colombia?

En Colombia, se registraron en el año 2009, 7.354 casos de sífilis en población general, de los cuales 2.172 correspondieron a sífilis precoz y 885 a sífilis tardía, para el año 2010 fueron diagnosticados 6.754 personas con sífilis, con 836 personas con diagnóstico de sífilis tardía y en el año 2011, 992 casos con diagnóstico de sífilis tardía, la alta proporción de consulta por sífilis tardía pone de manifiesto la falta de oportunidad dada ya sea por **condicionantes propios de la infección** como la desaparición rápida de signos y síntomas lo cual hace pensar a las personas que la sufren que es un episodio superado y **por la falta de oportunidad y calidad de la atención** brindada a los pacientes que consultan por una infección de transmisión sexual.

Las dificultades en la clasificación del estadio de la infección son un factor importante que debe ser fortalecido en el país, ya que la mayoría de las veces no

se interroga por el inicio de signos y síntomas o quienes consultan no recuerdan en qué momento apareció el chancro, por lo tanto muchos de estos casos quedan sin clasificar, lo cual interfiere en la aplicación de un tratamiento adecuado y acorde con su estadio.

Cuadro N. 2. Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó sífilis según estadio de la infección. Colombia 2009 – 2011

Diagnóstico	Número personas atendidas		
	2009	2010	2011
Sífilis precoz	2.172	1.898	2.228
Sífilis tardía	885	836	992
Otras sífilis y las no especificadas	4.297	4.018	6.104
Total	7.354	6.754	9.324

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010.

En ausencia de tratamiento, aproximadamente una tercera parte de los pacientes tiene manifestaciones tardías. La sífilis tardía se clasifica en: latente, tardía benigna, cardiovascular y neurosífilis.

Sífilis cardiovascular. Según la literatura revisada esta forma es infrecuente actualmente, sin embargo en nuestro país aún aparece como diagnóstico. Para el año 2009, el 2.9% de los casos con diagnóstico de sífilis tardía presentaron sífilis cardiovascular, 2.6% en el año 2010 y 1.5% en el 2011.

Neurosífilis. Puede ser asintomática y sintomática. En la neurosífilis asintomática no hay signos o síntomas de afectación del sistema nervioso, pero sí se encuentran anomalías en el líquido cefalorraquídeo, lo cual incluye un aumento en el conteo de células, proteína total y VDRL reactivo. La neurosífilis sintomática puede causar meningitis, oclusión cerebrovascular, infarto, paresia general o tabes dorsal.

En la mayoría de los casos la población más afectada son personas económicamente activas, estas complicaciones requieren tratamientos largos y generan discapacidades que aumentan costos al sistema de salud y pérdida de años de vida saludables.

En el cuadro N. 3 puede observarse el tipo de complicaciones que presentaron las personas que fueron diagnosticadas con sífilis tardía. Este aspecto muestra claramente retrasos en el diagnóstico e inicio del tratamiento adecuado de los enfermos y sus contactos, aspectos fundamentales en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual.

Cuadro N. 3 Complicaciones presentadas por las personas a las que se les realizó diagnóstico de sífilis tardía.

Diagnóstico	Personas atendidas		
	2009	2010	2011
Sífilis cardiovascular	26	22	15
Neurosífilis sintomática	77	68	84
Neurosífilis asintomática	73	58	66
Neurosífilis no especificada	142	111	153
Otras sífilis tardías sintomáticas	97	86	93
Sífilis tardía, latente	219	206	257
Sífilis tardía, no especificada	251	285	324
Total casos sífilis tardía	885	836	992

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011.

Cuadro N. 4 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó sífilis precoz. Colombia 2009 - 2011

Diagnóstico	N. personas atendidas		
	2009	2010	2011
Sífilis genital primaria	767	701	741
Sífilis primaria anal	16	16	23
Sífilis primaria en otros sitios	182	157	182
Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas	203	178	248
Otras sífilis secundarias	540	462	616
Sífilis precoz, latente	140	130	154
Sífilis precoz, sin otra especificación	324	254	264
Total sífilis precoz	2.172	1.898	2.228

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010

Un estudio realizado en el año 2006, entre el Fondo Financiero Distrital - Secretaria Distrital de Salud y Programa de las Naciones Unidas ONUSIDA y la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida (Liga sida), llamado Centinela de conocimientos comportamientos sexuales y prevalencia de VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres, Bogotá 2006, en el que participaron 630 personas. Presenta una incidencia de sífilis en este grupo de 12.1%.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

La gonorrea es causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio y en la uretra en la mujer y el hombre. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano. Cuando la gonorrea no se trata, puede ocasionar problemas de salud graves y permanentes tanto en hombres como en mujeres.

En las mujeres, la gonorrea es una causa frecuente de enfermedad pélvica inflamatoria, la cual puede provocar abscesos internos y dolor pélvico crónico prolongado. La EPI puede causar daños a las trompas de Falopio y producir infertilidad o aumentar el riesgo de un embarazo ectópico.

La gonorrea es una ITS cosmopolita, con incidencia variable en diferentes regiones del mundo. En los Estados Unidos y algunos países de Europa y Australia la incidencia de gonorrea disminuyó a fines de la década del 80 y principios de los 90. En los últimos años se observa un incremento de la incidencia en la población heterosexual.

¿Qué tan común es la gonorrea en Colombia?

En Colombia la Gonorrea es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes tanto en población general, como en grupos vulnerables.

En el estudio Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia, en el año 2006, se encontró una prevalencia de *N. gonorrhoeae* del 21.7% en trabajadoras sexuales.

Desde un punto de vista histórico, los compuestos antimicrobianos utilizados en el tratamiento de la gonorrea han visto comprometida su eficacia debido a la capacidad de *Neisseria gonorrhoeae* de desarrollar mecanismos de resistencia.

Cuadro N. 5. Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó infección gonocócica. Colombia 2009 – 2011

DIAGNOSTICO	Número personas atendidas		
	2.009	2.010	2.011
Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria	1.002	750	1.349
Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral y de glándulas accesorias	78	67	79
Pelviperitonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias	60	53	62
Infección gonocócica del ojo	470	402	133
Infección gonocócica del sistema osteomuscular	15	15	16
Faringitis gonocócica	558	120	134
Infección gonocócica del ano y del recto	35	24	26
Otras infecciones gonocócicas	124	113	120
Infección, gonocócica, no especificada	1.088	860	869
Total Infección gonocócica	3.430	2.404	2.788

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011

Progresivamente, penicilinas, sulfamidas y tetraciclinas dejaron de ser la primera elección en las infecciones por *N. gonorrhoeae*, precisando el empleo de nuevos antimicrobianos. Nuestro país no ha sido ajeno a esta tendencia en el Laboratorio Nacional de Referencia de Microbiología del Instituto Nacional de Salud –INS-, como producto de la vigilancia pasiva del comportamiento de la *Neisseria gonorrhoeae* se recibieron durante el año 2011, 41 aislamientos procedentes de 8 departamentos del país, de estos aislamientos el 34.2% resultaron resistentes a la ciprofloxacina.²

² INS- Grupo de microbiología. Cuadro resumen "Distribución de la susceptibilidad de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*".

Infecciones por Clamidia

La infección por clamidia es una infección de transmisión sexual frecuente, causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer. Aunque generalmente la infección por clamidia no presenta síntomas o se manifiesta con síntomas leves, hay complicaciones graves que pueden ocurrir “en forma silenciosa” y causar daños irreversibles, como la infertilidad.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) causadas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, constituyen un serio problema de salud pública, como lo es también la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En países industrializados, como los Estados Unidos de América y países de Europa, las infecciones clamídicas y gonocócicas son las (ITS) más frecuentes, tanto en las mujeres adultas como en las adolescentes. La infección por *C. trachomatis* es la más prevalente, habiéndose detectado en un 2-25% de gestantes, en 15-33% de las mujeres que acuden a clínicas de (ITS) y en 3-5% de la población general³. Por lo regular, esta infección en mujeres incluyen enfermedad asintomática, cervicitis, uretritis, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazo ectópico⁴.

En las mujeres, si la infección no es tratada, puede propagarse al útero o a las trompas de Falopio y causar enfermedad pélvica inflamatoria.

Esto ocurre en alrededor del 10 al 15 por ciento de las mujeres que tienen clamidia y no han recibido tratamiento.

¿Qué tan común es la clamidia en Colombia?

En Colombia para el año 2009, sólo se diagnosticaron 1.538 personas con infección por clamidia y en el año 2010 1.525 y en el año 2011 1.313. Estudios realizados en el país indican que esta es la infección de transmisión sexual más prevalente en los grupos poblaciones de 15 a 49 años.

³ Narvéz M, López P, Guevara A, Izurieta A, Guderian R. Prevalencia de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en tres grupos de mujeres ecuatorianas de distinto comportamiento sexual. *Bol Of Sanit Panam* 1989; 107(3) : 220-5.

⁴ Hillis SD, Nakashima A, Marchbanks PA, Addiss DG, Davis JP. Risk factors for recurrent *Chlamydia trachomatis* infections in women. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170 : 801-6.

Cuadro N.6 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó infección por Clamidia. Colombia 2009 – 2010

DIAGNÓSTICO	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias	789	817	716
Infección del pelviperitoneo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias	79	69	46
Infecciones del tracto genitourinario debidas a clamidias, sin otra especificación	390	417	311
Infección del ano y del recto debida a clamidias	14	17	30
Infección de faringe debida a clamidias	25	24	30
Infección de transmisión sexual de otros sitios debida a clamidias	241	181	180
Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a Clamidias	1.538	1.525	1.313

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010

Si tomamos en cuenta los resultados del estudio realizado en el año 2006, sobre la Prevalencia de *Chlamydia Trachomatis* detectada por reacción en cadena de la polimerasa en un grupo de mujeres jóvenes sintomáticas y asintomáticas en Bogotá, Colombia, donde se encontró una prevalencia de infección del 5,35% (IC 95% 3,25-8,23) en el grupo total, 2,86% (IC 95% 0,93-6,54) en las mujeres sin leucorrea y 7,78% (IC 95% 4,31-12,70) en las pacientes con leucorrea,⁵ podríamos sustentar que los casos reportados son una pequeñísima parte del total de casos que deberían registrarse en nuestro país.

De igual manera un estudio realizado en Perú para calcular la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en gestantes, mostró una prevalencia alta del 34,8%, siendo más frecuente en el grupo etáreo de 33-37 años, (57,1%), Además, se observó que 80,5% de las gestantes infectadas por *Chlamydia* no presentaron molestias en la región genital, lo que indica que la población infectada por dicha bacteria puede pasar inadvertida por mucho tiempo, antes de ser diagnosticada, que por lo regular ocurre cuando la infección alcanza cierta complicación o cuando el recién nacido tiene problemas al nivel de las vías respiratorias o presenta tracoma.

Linfogranuloma venéreo

Es causada por tres cepas de la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Los signos visuales incluyen una o más pápulas genitales (p.ej., superficies elevadas o granos) y/o úlceras e inflamación de los ganglios linfáticos del área genital. El LGV también puede producir úlceras rectales, sangrado, dolor y flujo, especialmente en personas que practican relaciones sexuales anales receptivas. Las lesiones genitales causadas por el LGV se pueden confundir con otras ITS ulcerativas, como la sífilis, el herpes genital y el chancroide. Las complicaciones de un LGV no

⁵ Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (171-181) Ruth Mérida Sánchez, MSc*, Ariel Iván Ruiz-Parra, M.D., MSc**, Olga Lucía Ostos-Ortiz, MSc***

tratado pueden incluir agrandamiento y ulceración de los genitales externos y obstrucción linfática, lo cual puede llevar a una elefantiasis de los genitales.

¿Qué tan común es el linfogranuloma venéreo en Colombia?

Durante el año 2009 se informaron 155 personas con diagnóstico de linfogranuloma venéreo, en el año 2010 125 personas y en el año 2011 1723 personas.

Cuadro N. 7. Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Linfogranuloma venéreo. Colombia 2009 – 2011

Diagnóstico	Personas Atendidas		
	2009	2010	2011
Linfogranuloma venéreo por clamidias	155	125	1.723

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 a 2011

Cuadro N. 8. Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Linfogranuloma venéreo por grupos de edad. Colombia 2009 – 2010.

Grupos de edad	2009	2010	2011
Menores de 14 años	5	2	381
15 a 49 años	126	102	841
Mayores de 50 años	7	21	501
Total	138	125	1.723

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 a 2011

Chancro blando

Para el año 2009 se informaron 537 personas con infección por chancro blando y 450 en el año 2010.

Tricomoniasis

La tricomoniasis es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, se distribuye ampliamente sin presentar variaciones climáticas ni estacionales, y se ha asociado a bajos niveles socioeconómicos. Datos recientes revelan que la incidencia anual de infecciones es de aproximadamente 170 millones de nuevos casos en todo el mundo, afectando principalmente a la población de 20 a 50 años de edad, en especial a mujeres con múltiples parejas sexuales^{6 7} En Chile, los estudios de prevalencia señalan 12% en mujeres

⁶ Sagua H, Chiang V, Varela H. Tricomonosis en adolescentes embarazadas de Antofagasta, Chile. Parasitol Día 1999; 23(1-2): 9-14.

⁷ Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. Lancet 1998; 351: 2-4.

aparentemente sanas⁸ y 31,4% en mujeres controladas en policlínicos de enfermedades venéreas⁹

¿Qué tan frecuente es la tricomoniasis?

En Colombia en el año 2009, se registraron 2.045 casos de tricomoniasis y en el año 2010, 2.188 casos y en el año 2011 1.995 casos.

Cuadro N.9 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Tricomoniasis. Colombia 2009 – 2011

Diagnóstico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Tricomoniasis urogenital	1.286	1.333	1.397
Tricomoniasis de otros sitios	51	43	28
Tricomoniasis, no especificada	708	812	570
Tricomoniasis	2.045	2.188	1.995

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010

Herpes

La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo VHS-2. La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos. Cuando se manifiestan los signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos. Las ampollas se rompen formando úlceras dolorosas (llagas) que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse la primera vez que se presentan. Típicamente, puede presentarse otro brote semanas o meses después del primero, pero casi siempre es menos intenso y de más corta duración. A pesar de que la infección puede permanecer en forma indefinida en el organismo, la cantidad de brotes tiende a disminuir a medida que pasan los años.

Cuadro N.10 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Herpes. Colombia 2009 - 2011

DIAGNÓSTICO	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Infección de genitales y trayecto urogenital y debida a virus del herpes	6.051	4.905	6.759
Infección de la piel perianal y recto por virus del herpes simple	635	474	606
Infección anogenital por virus del herpes simple, sin otra especificación	2.464	2.198	2.401
Herpes	9.150	7.577	9.766

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010

⁸ Prado R, Ogueta A, Ojeda B. Frecuencia de infección por Tricomonas vaginalis en mujeres chilenas aparentemente sanas. Bol Chile parasitol 1976; 31:43-44.

⁹ Sagua H, Chiang V, Varela H. Tricomosis en adolescentes embarazadas de Antofagasta, Chile. Parasitol Día 1999; 23(1-2): 9-14.

Verrugas anogenitales

Cuadro N.11 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó verrugas anogenitales. Colombia 2009 – 2011

DIAGNÓSTICO	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Verrugas anogenitales	16.653	15.276	18.261

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011

Hepatitis B

Cuadro N.12 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Hepatitis B. Colombia 2009 – 2011

DIAGNÓSTICO	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Hepatitis aguda tipo b, con agente delta (coinfeción), con coma hepático	41	52	48
Hepatitis aguda tipo b, con agente delta (coinfeción), sin coma hepático	139	145	168
Hepatitis aguda tipo b, sin agente delta, con coma hepático	79	66	73
Hepatitis aguda tipo b, sin agente delta y sin coma hepático	912	832	891
Infección (superinfección) aguda por agente delta en el portador de hepatitis b	133	120	99
Hepatitis B	1.304	1.215	1.279

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011

En Colombia, los factores de riesgo que favorecen las infecciones transmisibles por transfusión han disminuido drásticamente gracias a que las pruebas de tamización se hicieron obligatorias en 1981 para el virus de la hepatitis B y, en 1991, para el VIH. Por otro lado, la donación de sangre por reposición pasó de 80% en 1999 a 50% en 2006 y la cobertura de tamización para VIH, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C pasó de 99 a 100%. La transfusión de sangre total pasó de 15% en 1999 a 5% en 2006. La prevalencia de infecciones en donantes se estima entre tres de cada 1.000 unidades para infección por VIH y cinco unidades de cada 1.000 para el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C (21-23).

Como parte de la iniciativa sobre sangre segura de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se realizó un estudio multicéntrico en 10 países latinoamericanos, incluida Colombia, para determinar la frecuencia de los marcadores serológicos de infección por virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana y virus de la hepatitis B, en pacientes con múltiples transfusiones.

En este estudio realizado en las dos principales ciudades de Colombia con una muestra de 500 pacientes con múltiples transfusiones, se encontró una prevalencia de infección pasada o reciente por el virus de la hepatitis B de 18,6% y, por el VIH, de 1,8%.

Los principales factores que se asociaron con el riesgo de infección por el virus de la hepatitis B y el VIH fueron: recibir más de 48 unidades de sangre o componentes, tener diagnóstico de hemofilia, recibir transfusiones por un período mayor de un año, recibir sangre total, tener infección concomitante por virus de la hepatitis C y haber sido transfundido antes de 1993. La administración de glóbulos rojos mostró un efecto protector contra la infección viral. Aunque es claro que el

grupo con diagnóstico de hemofilia presenta el mayor riesgo, según la información obtenida no fue posible discriminar el riesgo atribuido a los diferentes componentes sanguíneos, en particular, porque los pacientes habían recibido más de un componente en la mayoría de casos. Esta misma situación se presentó en los demás grupos incluidos en el estudio.

Virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano genital (también conocido como VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. Existen más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta. La mayoría de las personas que se infectan por el VPH ni siquiera saben que lo están.

El VPH no es igual al virus del herpes o al VIH. Todos estos virus se pueden transmitir durante el contacto sexual, pero causan síntomas y problemas de salud distintos.

Cuadro N.13 Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó infección por el virus del papiloma humano. Colombia 2009 – 2011

DIAGNÓSTICO	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos	17.578	16.374	19.478

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011

Infecciones de transmisión sexual en gestantes

Las consecuencias de una ITS en una mujer embarazada y en su bebé pueden ser significativamente más graves y hasta mortales.

La sífilis y el herpes son las ITS más frecuentemente diagnosticadas en las mujeres embarazadas en Colombia. Otras ITS, como la gonorrea, son menos frecuentes.

Una mujer embarazada puede transmitir una ITS a su hijo antes, durante o después del nacimiento del bebé. Ciertas ITS (como la sífilis) atraviesan la placenta e infectan al bebé mientras está en el útero. Otras ITS (como la gonorrea, la clamidia, la hepatitis B y el herpes genital) pueden ser transmitidas de la madre a su bebé al momento del nacimiento, cuando el bebé pasa por la vía del parto.

Una mujer embarazada que tiene una enfermedad de transmisión sexual puede también presentar un parto antes de término, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero e infección uterina después del parto.

Entre los efectos dañinos que pueden causar las ITS en los bebés se incluyen mortinatos, bajo peso al nacer, conjuntivitis, neumonía, septicemia neonatal, daño neurológico, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis. Casi todos estos problemas se pueden prevenir si la madre recibe cuidados prenatales de rutina que incluyan pruebas de detección de ITS en las etapas tempranas del embarazo y, si es necesario, la repetición de estas

pruebas cuando se acerque la fecha del parto. Otros problemas pueden ser atendidos si la infección se detecta al momento del parto.

Durante el embarazo, la sífilis temprana sin tratar causa la cuarta parte de los casos de muerte fetal y el 14% de los de defunción neonatal. En África, la prevalencia de sífilis entre embarazadas oscila entre un 4% y un 15%. Mediante intervenciones encaminadas a detectar más eficazmente la sífilis en las embarazadas y prevenir la transmisión de la enfermedad de la madre al hijo se podrían prevenir aproximadamente 492 000 muertes prenatales por año en África solamente.

Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de Síntomas

Para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, el conocimiento que tiene la población sobre signos, síntomas y formas de prevención de estas infecciones, es uno de componentes estratégicos más relevantes, para lograr impactar su reducción, por tal razón a continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, frente a esta temática.

En lo relacionado con el conocimiento que tienen las mujeres sobre Infecciones de Transmisión Sexual y sus síntomas la encuesta reporta que el 17% de las mujeres manifestó no conocer absolutamente nada sobre ITS diferentes al VIH/Sida, esta cifra es semejante a la obtenida por la ENDS 2005 que fue de 18 por ciento.

Es necesario tener en cuenta que entre quienes mencionaron haber oído hablar de ITS, el 31 por ciento no conoce ningún síntoma en el hombre y 28 ningún síntoma en la mujer, lo cual significa que cerca de la mitad (las que no han oído hablar de ITS y no conocen síntomas) no saben nada sobre ITS.

Los mayores niveles de desconocimiento se encuentran entre las mujeres más jóvenes y entre las de mayor edad, es decir, en los extremos de la escala; entre quienes nunca han tenido relaciones sexuales; residentes de la zona rural, en las regiones Caribe, Orinoquía y Amazonía; y entre las de menores niveles de educación y con índice de riqueza más bajo.

Las mujeres en los departamentos de La Guajira, Vaupés, Amazonas, Córdoba y Guainía se destacan por sus niveles más bajos de conocimiento de ITS.

Mujeres entrevistadas con ITS en los últimos 12 meses

El 3 por ciento de las mujeres en edad fértil que han tenido relaciones sexuales manifestó haber tenido una ITS en los últimos 12 meses. Este resultado representa un incremento sobre el resultado de 2005.

Los mayores porcentajes con una ITS en los últimos 12 meses corresponden a las mujeres entre 25 y 29 años, de la región Caribe, las de educación secundaria y aquéllas con índice de riqueza medio.

Cauca, Atlántico, San Andrés y Providencia y Tolima son los departamentos en donde se reportan, mayores porcentajes de mujeres que han tenido ITS, en los últimos 12 meses.

El 8 por ciento de las mujeres que han tenido relaciones sexuales reportó haber tenido flujo o secreción acompañada de mal olor y el 1 por ciento mencionó haber tenido úlceras o llagas en los genitales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el 9 por ciento de las mujeres que han tenido relaciones sexuales reportaron haber tenido problemas supuestamente relacionados con ITS, durante los 12 meses anteriores a la encuesta.

La sumatoria de estos problemas es mayor entre las mujeres de 20 a 29 años, entre las casadas o unidas, en la zona rural, en la región Caribe (en donde este porcentaje llega al 12 por ciento), entre las de educación secundaria y entre las de nivel de riqueza bajo.

Los departamentos con los porcentajes más altos de mujeres con algún síntoma de ITS fueron: Bolívar, Magdalena, Atlántico, Sucre, Tolima y Cauca.

De las mujeres que mencionaron haber tenido un problema relacionado con una ITS en los últimos 12 meses, el 77% acudió para su tratamiento a un hospital, clínica o establecimiento de salud, el 6 por ciento a un médico particular, 5 por ciento a una farmacia o droguería y 1 por ciento a Profamilia.

Al hospital o clínica acuden con más frecuencia las mujeres de 25 a 29 años, las casadas o unidas, en la zona rural, las de los niveles más bajos de educación y las del nivel más bajo de riqueza.

Llama la atención que en el Vichada es donde las mujeres con problemas de una ITS acuden con menor frecuencia a una institución de salud (58 por ciento).

El 82% por ciento de las mujeres que reportó haber tenido un problema relacionado con una ITS en los 12 meses antes de la encuesta, informó de ello a su pareja. El 70 por ciento hizo algo para evitar el contagio al compañero; de estas últimas el 79 por ciento dejó de tener relaciones sexuales, el 34 por ciento usó condón y 92 por ciento tomó medicamentos.

Los resultados de esta encuesta dejan ver el poco conocimiento que las mujeres de nuestro país tienen sobre las infecciones de transmisión sexual, lo cual aumenta el riesgo de adquirirlas y de no acudir a tiempo a un establecimiento de salud o de acudir a otros sitios para su manejo, lo cual empeora el pronóstico.

Los resultados de esta encuesta ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones información, educación y comunicación en la población general sobre las infecciones de transmisión sexual, signos y síntomas y formas de prevención.

Conclusiones:

Dado que en el país es muy limitado el conocimiento que se tiene sobre el comportamiento de las ITS en población general y en poblaciones vulnerables, deben promoverse la formulación y ejecución de estudios que permitan mejorar el conocimiento de estas enfermedades.

Se requiere la implementación de campañas masivas para informar sobre las infecciones de transmisión sexual y sus formas de prevención, ya que existe poco conocimiento en la población sobre este tema.

La situación social o económica y algunos comportamientos sexuales aumentan la vulnerabilidad de las personas a las infecciones de transmisión sexual. El tipo de poblaciones más expuestas a riesgos de infecciones de transmisión sexual varía según el entorno, la cultura y las prácticas locales. Es preciso intensificar las intervenciones destinadas a prevenir y tratar dichas infecciones en esas poblaciones y velar al mismo tiempo por que en los servicios se reduzcan al mínimo las posibilidades de estigmatización y discriminación.

El uso apropiado y sistemático de preservativos constituye uno de los métodos más eficaces de protección contra las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH. El preservativo femenino es eficaz y seguro, pero no se utiliza tan ampliamente en los programas nacionales porque es más caro que el preservativo masculino.

Es necesaria la inversión de mayores recursos para generar investigaciones e intervenciones directas en la población.

Es necesario el reconocimiento de las poblaciones más vulnerables y el planteamiento de estrategias con enfoque diferencial.

Capacitación al personal de salud para la atención de las infecciones de transmisión sexual de manera integral.

Educación a la comunidad para la prevención de la auto medicación.