

Estrategia para la erradicación de la Sífilis y la Gonorrea hacia 1999

¿ES POSIBLE?

*Carlos Valverde - Guillermo Casas**

El concepto de erradicación de una enfermedad, es decir su eliminación total, hasta hace pocas décadas era increíble; hasta que en octubre de 1977 se registra el último caso de viruela en el mundo, coronando un esfuerzo emprendido en enero de 1967 como resultado de las 19a. Asamblea Mundial de la Salud (1966). Se había alcanzado el famoso "Objetivo Cero": la desaparición total de una enfermedad en el mundo. La estrategia fundamental fue vacunar a por lo menos el 80% de la población, establecer sistemas para la vigilancia epidemiológica (detección de brotes) y la contención de los brotes.

Gracias a la erradicación de la viruela actualmente se hace incapié en todo el mundo en los programas de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud. Costa Rica misma ha logrado desaparecer la polio y la difteria y disminuir en forma importante la tos ferina, el tétano etc.

Para que una enfermedad sea erradicable, debe existir algún modo de prevenirla eficazmente.

Las ETS tienen características que dificultan su control, por ejemplo, la gonorrea tiene un corto período de incubación, no existe aún una prueba serológica sensible, específica y barata para detectar la infección, un importante porcentaje de los pacientes (especialmente mujeres) son asintomáticos, el aumento de resistencia del gonococo a algunos antibióticos. El agente infeccioso se presenta en 4 tipos clónales, morfológicamente distintos, 2 son virulentos y la infección no confiere inmunidad.

En cuanto a la sífilis: La serología no se positiviza durante el período de incubación, las lesiones en las mujeres a menudo pasan inadvertidas.

Para ambas enfermedades aún, a pesar de los grandes esfuerzos, no hay vacuna disponible. Es importante señalar también la notificación incompleta y deficiente de su morbilidad en especial por parte de médicos particulares y el sector paramédico (fundamentalmente farmacéutico).

Con el advenimiento de la era antibiótica, después de la II Guerra Mundial, se creyó que las ETS declinarían y de hecho algo de esto ocurrió debido a la "lluvia de penicilina", en especial con la sífilis. Esto hizo que se bajara la guardia en los programas de control de ETS; los índices pronto empezaron a elevarse de nuevo, paradójicamente, en una época en que se han alcanzado grandes progresos médicos y de salud pública. Pero hay que tener presente los cambios sociales ocurridos a partir de los años 60 que han contribuido a aumentar la incidencia de ETS: la mal llamada revolución sexual, aparición de contraceptivos eficaces, la mayor disponibilidad de abortos, la explosión demográfica, aparición de nuevas formas de prostitución, favorecimiento de un clima de opinión en la población pro-actividades sexuales, cambios en la ecología de dichas infecciones, aumento de problemas sociales colaterales como la drogadicción en general, mayor cantidad de susceptibles por el aumento de jóvenes en la composición poblacional, etc.

Este panorama se mantuvo hasta la mitad de los 80, en que las ETS inician una declinación importante, especialmente la gonorrea y la sífilis que ven reducidas sus tasas de incidencia a más de la mitad, marcando un

* Dr. Carlos Valverde C. y Dr. Guillermo Casas G., Director del Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud. Subdirector del Departamento de Control de ETS, Ministerio de Salud y Vice-Decano de la Escuela Autónoma de Ciencias Médicas.

hito nunca antes visto en el panorama epidemiológica de las ETS.

	1983*	1988 *	1993 *
Sífilis	121,3	59,88	64,3
Gonorrea	429,7	175,69	98,3

(*) Tasas por 100.000 habitantes

Aun cuando el fenómeno se ha estudiado en Costa Rica, correlacionando todas las variables de causalidad probables, es notorio a priori que solo ha aparecido algo nuevo en ese panorama, y es la aparición del SIDA y todo lo relacionado con esa nueva enfermedad.

De ese hecho fundamental es necesario analizar: el temor que causó el síndrome en la población, la mayor divulgación de conocimientos a la gente acerca de las causas y formas de contagio en especial cuando se liga a la transmisión sexual, el incremento de los programas educativos a la población general y a los grupos de conducta de alto riesgo en especial. Esto es importante porque ha venido a mostrarnos un sendero por el cual puede impactarse en la incidencia de las ETS.

Hasta este momento los programas encargados del control de las ETS se han basado en:

1. Notificación de casos
2. Servicios gratuitos de diagnóstico y tratamiento
3. Laboratorios de apoyo
4. Registros (adecuados y eficientes)
5. Localización de casos mediante serología (sífilis)
6. Educación y divulgación
7. Notificación por el laboratorio de pruebas positivas
8. Evaluación del programa
9. Epidemiología que incluye entrevistas a pacientes, localización de contactos, prevención de casos e intercambio de información epidemiológica (nacional e internacional).
10. Énfasis a los llamados grupos de alto riesgo (fundamentalmente prostitución femenina)

Es importante considerar las repercusiones económicas de las ETS; en las etapas agudas, que producen gran discapacidad por ser acompañadas de sintomatología postrante, hay un componente ansioso muy grande que hace que el enfermo piense solo en su enfermedad. Esto desde luego se traduce en pérdida de días laborales, bajo rendimiento, sin contar el costo en sí del diagnóstico, tratamiento y búsqueda de contactos del caso índice.

En sífilis por ejemplo las consecuencias tardías de no tratarse son gravísimas y todas requieren hospitalización y en muchos casos lleva a muertes prematuras. Afortunadamente, hoy día son raras.

A manera de ejemplo más concreto, tomemos los casos de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que pueden presentarse hasta en un 20% de mujeres recientemente infectadas de gonorrea. Aunque la etiología puede ser también por otras ETS (micoplasmas y clamidias), estudios realizados en Suecia (1977), mostraron que el 12.5% de todas las mujeres entre 15 y 33 años habían padecido una EPI en Costa Rica las últimas cifras de infección por EPI y las de embarazo ectópico (Indicador indirecto de EPI), que están a disposición son de los años 88 al 91:

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

AÑO	CASOS
1988	1.223
1989	1.059
1990	1.047
1991	919

EMBARAZO ECTOPICO

AÑO	CASOS
1988	381
1989	362
1990	380
1991	383

Considerando la dolorosa secuela de esterilidad (hasta 20% de mujeres con EPI) y mayor riesgo de embarazos ectópicos (7 veces más), el costo para el país y su sistema de atención médica, es elevadísimo. Esto sin considerar las estenosis uretrales, infecciones puerperales, prematuridad, corio-amnionitis y daños diversos en el recién nacido (conjuntivitis, neumonía, sepsis neonatal, etc.).

De acuerdo al costo promedio de estancia hospitalaria, para el año 1993, que fue del 4.150, los costos para estas dos enfermedades, que requieren varios días de hospitalización, más el peso del acto quirúrgico que puede ser necesario, llevan a millones para el sistema de salud el costo de atención. Además, habría que agregar los días de pago de incapacidad y la

pérdidas de horas de trabajo; y todo por una ETS, que no se trató debidamente.

¿Pero es posible? La erradicación... definitivamente es una idea que parece inalcanzable, difícil. Aun apareciendo las vacunas se presentarían problemas de logística, y de moral, para no hablar de los económicos que habría que afrontar. A saber: ¿A quiénes se pondrían las vacunas?, ¿Desde qué edad?, ¿Aceptaría la mojigatería de las personas considerarse un ser expuesto a las ETS, etc.

No obstante, puede ser posible y este es el plan.

Las recomendaciones son:

- 1.- Partiendo de que las vacunas no están aún a punto.
- 2.- Considerando el estado actual de los programas de control de ETS.
- 3.- Creyendo que es posible, la erradicación o bien la disminución al mínimo exponente de estas enfermedades.
- 4.- Que se le dé la decisión política respectiva.

Debe partirse de un enfoque sinérgico, a la problemática de las ETS, es decir su solución es competencia de todo el sistema de salud (incluida la atención médica privada), en unión con la comunidad, el individuo, este como un ente responsable de su propio estado de salud y como partícipe del primer nivel real de salud, que es la familia. Establecido este concepto primario y fundamental el enfoque es muy similar al que tiene hoy día cualquier buen programa de control de las ETS.

La diferencia estriba en el énfasis superlativo que deberá hacerse en algunas áreas, para poder lograr conseguir la meta planteada.

Áreas como el tratamiento oportuno, la educación integral y la búsqueda de contactos.

El control de las ETS continuaría a través de estas estrategias:

I. Detección de la enfermedad a través de:

a) Tamizaje fundamentalmente a grupos

de conducta de alto riesgo.

b) Identificación de casos a través de pruebas clínicas y/o laboratorio para personas que acuden a buscar atención por otras razones.

Ejemplo: Ingresos en los hospitales, donación de sangre, exámenes de laboratorio por otras causas, etc.

c) Diagnóstico: Procedimientos clínicos y de laboratorio a personas presuntamente enfermas.

II. Tratamiento oportuno y accesible a todos los usuarios. Los medicamentos deben cumplir las características de:

- Eficacia
- Aceptabilidad - Conveniencia
- Costo y disponibilidad

III. Educación para la salud. En esta estrategia hay que hablar de la educación sexual para toda la población, de carácter formativo y no solo informativo, secuencial, especializada, acorde a cada nivel educativo, pero de carácter integral. La educación debe buscar tranquilizar a las personas, nunca amedrentarlas. Hay que hablar también de la capacitación para todo el personal involucrado, partiendo de los trabajadores de atención primaria que deberán estar capacitados para reconocer, signos y síntomas de ETS y para tratarlas o bien para percibir la necesidad de referir el paciente a un nivel más especializado. También a otro personal paramédico, así como a los mismos médicos en servicio, estudiantes de medicina y formación especial a residente de Ginecoobstetricia, Pediatría, Urología, Dermatología, Infectología y Medicina Familiar. En ese capítulo es necesario reiterar en la educación al paciente, para que tome conciencia de su responsabilidad en la propagación de las ETS. Es importante acotar que muchos médicos opinan que con la actual farmacopea, las ETS podrían desaparecer en pocos años, si todo el mundo se lo propusiera, es decir luchando contra la epidemia no solo con las armas que proporciona la medicina, sino también con las que proporciona su sentido de responsabilidad, su conciencia.

Finalmente deben enfatizarse las actividades que realizan la comprensión y el conocimiento de la comunidad acerca de las ETS.

IV. Atención de los contactos sexuales (es clave).

Esta actividad se deriva del asesoramiento al

paciente y del grado de identificación de este con su responsabilidad ante la comunidad a la que pertenece.

Este punto es medular y el éxito de sus resultados dependen de un proceso educativo de años que hace al paciente ser consciente de su papel en el control de la cadena de contagio.

Por parte de los servicios se requiere un personal amable, respetuoso, capaz de ganarse la confianza del usuario para que colabore. Así

también los medios necesarios para buscar a los contactos estén donde estén, a la brevedad posible, ojalá de inmediato.

Los contactos deberán tener fácil acceso al sistema de salud, en cualquier parte donde se encuentren. Los servicios deberán brindar diagnóstico, tratamiento adecuado a cada contacto, y en los casos en que exista alguna duda o dificultad diagnóstica, aplicar tratamiento epidemiológico y seguimiento de caso. No perder de vista que debe romperse la cadena de contagio. Es importante advertir que no es recomendable hacer profilaxis a base de dosis inadecuadas, ni cuando existan dudas de diagnóstico. Respecto a la organización de los servicios para la atención de pacientes de ETS, existen ya diseñados protocolos de atención por niveles, de acuerdo a la presencia o no de laboratorio de apoyo y a la clase de formación de personal. Consideramos fundamental la participación del personal de atención primaria en el propósito de erradicación de las ETS. Solo será necesario incrementar la supervisión específica.

- V. Respaldo administrativo. El apoyo administrativo es imprescindible; como lo es a cualquier actividad. Se debe garantizar la afluencia de recursos mínimos necesarios para no suspender las actividades por ninguna razón. En ese aspecto el programa actual debe ser reforzado.
- VI. Creación de un Centro de Prevención de ETS: (Esta es una recomendación de la OMS). Este Centro integraría numerosas funciones: mejorar la atención clínica (referencia), perfeccionar los métodos de diagnóstico de laboratorio, participar en los programas de formación profesional de los Agentes de atención de Salud, realizar investigaciones operativas.

En este Centro se concentrarán todas las actividades relativas a la campaña de erradicación. Su dimensión y ubicación geográfica no son importantes, incluso de hecho existe en Costa Rica y es el Dispensario Central Morazán, por supuesto no con todas las funciones, que sería deseable que tuviese. Para esto habría que reforzarlo, y dotarlo de algunos recursos más.

La colaboración de especialistas clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y en ciencias sociales aumentarán la eficacia del Centro.

Otras funciones del Centro serán:

1. Elaborar protocolos para la evaluación clínica y el seguimiento de pacientes.
2. Dar recomendaciones, normas, directrices relativas a las ETS más preocupantes.
3. Definir los métodos que el sistema de atención ha de utilizar para el asesoramiento a los pacientes y la localización de contactos.
4. Identificar las pruebas de laboratorio que será parte de la atención del paciente.
5. Establecer pruebas de diagnóstico procedentes, cuando estas no existan.
6. Cooperar con el Sistema Nacional de Laboratorios, para evaluar los recursos que necesitan, documentar los métodos de pruebas y elaborar procedimientos de evaluación permanente para las pruebas de laboratorio.
7. Desarrollar programas de formación profesional.
8. Fomentar las investigaciones operativas:
 - Estudios clínicos
 - Estudios epidemiológicos

VII. Fortalecimiento del Sistema de Información:

- Debe obtenerse información de los médicos privados, dueños de farmacia, etc. - Reforzar los sistemas relativos a la vigilancia epidemiológica, a través de:

La notificación por el personal clínico y notificación de los laboratorios

- Establecer un sistema de vigilancia avanzada y especial. Como el sistema oficial es omiso en mayor o menor grado es necesario verificar las distorsiones. Esto se realiza a través de:
 - Vigilancia avanzada (por medio de servicio de salud representativos).
 - Encuestas especiales (realizadas sobre muestras de población).

VIII. Finalmente en un programa de erradicación deberán ser componentes importantes:

1. El control de otras formas de prostitución que se han arraigado en el país, mediante su:
 - a) Ubicación
 - b) Incorporación a los programas de educación, control de contactos, seguimiento de casos.

2. Control de extranjeros enfermos o potencialmente enfermos. Para esto es necesario fortalecer el intercambio de información entre países y programas de control de ETS. Como parte de los programas educativos informar a los nacionales acerca del peligro potencial de relacionarse con un extranjero.
- Fomentar los medios profilácticos.
 - Control de la "Prostitución turística".
 - Informar a los visitantes a nuestro país mediante panfletos y afiches que se entregarían en los aviones, aeropuertos, hoteles, etc., que en este país se realiza una campaña de erradicación de las ETS con sus alcances y sus consecuencias. Además, deberán disponerse servicios gratuitos de atención para los turistas. Este aspecto del programa es también clave y deberá hacerse mucha investigación operativa al respecto. Pensamos que deben existir otros enfoques importantes a este respecto, que aquí no hemos tocado o bien que se nos escapan, por la magnitud del reto y la complejidad de la conducta sexual y una de sus resultantes: las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Para finalizar, aunque ningún país del mundo ha logrado este objetivo, creemos que todo está dentro de lo posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Serie de Informes No. 660, 1981. (Uretritis no Gonocócica y otras ETS Importantes para la Salud Pública. Informe de un Grupo Científico de la OMS).
2. Barlow, D. "Sexually Transmitted Disease". (Oxford Medical Publications) 1979.
3. Willcox, R.R. "El Tratamiento de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente" Ministerio de Sanidad y Consumo. España 1982.
4. S. "Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual". Ginebra 1985.
5. OPS. Cuaderno Técnico No. 7, 1987. (Pautas Simplificadas. Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Informe de un Grupo de Trabajo de la OMS).
6. Dallayrac, D. "Les Maladies Veneriennes". París. Ed. Speciale. 1973.
7. OMS! Serie de Informes Técnicos No.810, 1991. (Atención a los pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual, informe de un Grupo de estudio de la OMS).