



LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Capítulo 43

DATOS SOBRE LA EXPANSIÓN DE LAS ETS

Carmelo Vázquez

¿Cuánta gente sufre enfermedades de transmisión sexual? ¿Cuáles son los grupos de personas que tienen más riesgos? ¿Qué tipos de prácticas sexuales son más arriesgadas? Estas preguntas son determinantes para efectuar una política sanitaria en cualquier país. Desgraciadamente, las cifras que disponemos tanto en España como en el resto de los países son claramente incorrectas. Al temor y la desconfianza que producen estas enfermedades se une el velo de la ignorancia científica sobre las mismas.

Métodos de registro

En nuestro país no existe un método de contabilización adecuado de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). El indicador más riguroso para poder estimar estas cifras de forma fiable en la población



general proviene del Registro Obligatorio de Enfermedades por parte del Ministerio de Sanidad. Este registro (denominado Sistema de Información Sanitaria de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, SISEDO) se basa fundamentalmente en la notificación semanal que realizan los médicos de atención primaria sobre una serie de enfermedades. Sin embargo, al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno, sólo tres enfermedades de transmisión preferentemente sexual se incorporan en este registro controlado: sida, gonococia (*Neisseria gonorrhoeae*) y sífilis. Aparte de estas, no sabemos, ni siquiera por aproximación, cuántas personas sufren otros tipos de infección, especialmente en lo que hace referencia a las denominadas ETS de «segunda generación», por ejemplo, clamidia y herpes genital, entre otras.

Además de estas dificultades, diversos estudios recientes señalan que desgraciadamente en el SISEDO sólo se recogen entre un 10 y un 50 por 100 de los casos reales. Esta deficiencia se debe tanto a carencias en el propio registro (por ejemplo, olvido o desidia en la cumplimentación de la ficha por parte del médico, diagnósticos incorrectos o no confirmados...) como a la dificultad de hallar las tasas de prevalencia real en este tipo de enfermedades, aún hoy día vergonzantes para quien las padece. En efecto, muchas personas que sufren de ETS recurren a la automedicación (muchas veces recurriendo a remedios «de oídas»), o bien acuden a centros sanitarios privados que, en muchos casos, hacen caso omiso de la necesidad de declarar ciertas enfermedades obligatoriamente. Por otro lado, como en muchos otros países europeos, España no tiene una tradición significativa de clínicas especializadas en ETS y los pacientes acuden a servicios de medicina general (Coutinho y cols., 1987), por lo que se pierde así un dispositivo potencialmente eficaz de control de vigilancia.

Enfermedades de transmisión sexual

Desde 1982, tanto la **infección gonocócica** como la **sífilis** son de declaración obligatoria. En la figura 1 se puede contemplar la evolución de las infecciones gonocócicas y la sífilis desde 1982, año en que su declaración se hizo obligatoria. En el año 1985 se observó el mayor número de casos (3.979 de sífilis y 31.250 de infección gonocócica). Desde entonces se observa un **descenso** en el número de casos oficialmente registrados, que se mantiene hasta 1990. En ese año se contabilizaron 1.685 casos de sífilis y 13.702 de infecciones gonocócicas, lo que supone unas tasas del 4,1 y 33,1 por 100 respectivamente, por cada 100.000 habitantes.

Aunque esta reducción en las tasas también se aprecia en otros países europeos, esta tendencia a la disminución no es uniforme en todos los países occidentales (por ejemplo, Public Health Laboratory Service, 1989; MMWR, 1988). No obstante, el análisis de estas ten-

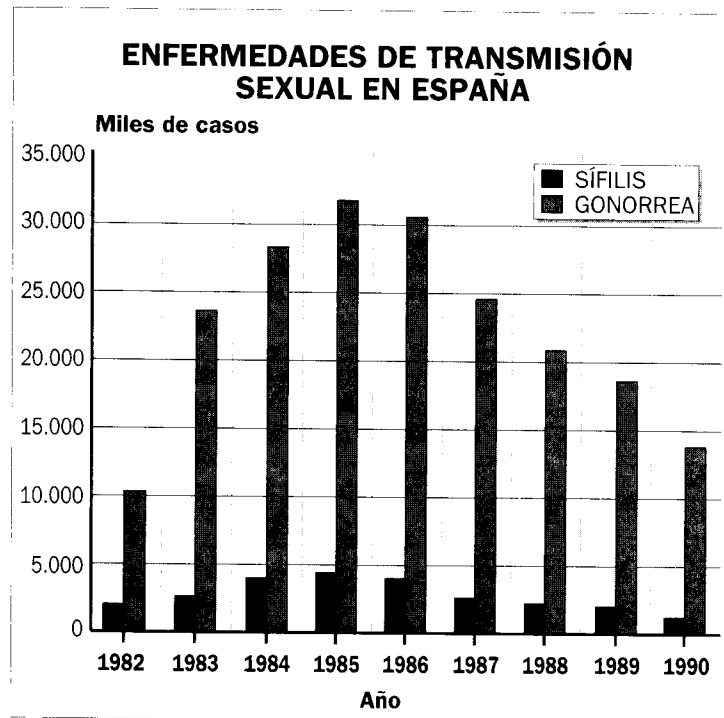


Figura 1. Miles de casos declarados en 1982-1990.

dencias está todavía limitado por la brevedad de las series estudiadas (menos de 10 años desde su comienzo). Las posibles causas de esta disminución pueden ser tanto una mayor sensibilización directa de la población hacia la prevención de estas enfermedades como, sobre todo, el impacto que indirectamente ha tenido el sida en la utilización efectiva de medidas preventivas como los preservativos.

Tanto la sífilis y las infecciones gonocócicas (Bosch y cols., 1988) como otras ETS (Orduña y cols., 1991) afectan cada vez más a las personas **más jóvenes** de nuestro país. Además, de modo también semejante a lo que sucede en países socioculturalmente cercanos (por ejemplo, Public Health Laboratory Service, 1989), la mayor incidencia de ETS en hombres que se podía apreciar en décadas pasadas ha dado paso a cifras **muy semejantes en mujeres y hombres**. Incluso en los grupos de edad más jóvenes (16-25 años de edad) las mujeres presentan tasas de ETS mayores que los hombres (Orduña y cols., 1991). Este cambio resulta preocupante, pues en primer lugar ciertas ETS (como la sífilis) se transmiten verticalmente, incremen-

tándose el riesgo de infecciones congénitas y, en segundo lugar, pueden tener serias repercusiones sobre la fertilidad en ambos sexos.

Respecto a otras ETS no contempladas en el SISEDO, existen tan sólo estudios aislados en determinadas áreas del país (Orduña y cols., 1991; Valero y cols., 1990; Álvarez y cols., 1985), pero no existe un sistema de vigilancia a nivel nacional. Al no existir una definición uniforme y unos métodos diagnósticos estandarizados, las estimaciones varían mucho de estudio a estudio. No obstante, por ejemplo, las cifras disponibles de enfermedades como la infección por *Chlamydia trachomatis* parecen menores en nuestro país que en los otros países europeos (Orduña y cols., 1991), pero estas cifras han de considerarse con ciertas cautelas.

Año diagnóstico	ADVP	HOMO/BI	HETER	HEMOD/TRANSF	HMAR	DESC	OTROS	TOTAL
1981	0	1	0	2	0	0	0	3
1982	1	1	0	2	0	0	0	4
1983	3	4	0	5	0	0	1	14
1984	17	10	0	13	1	4	2	47
1985	87	35	2	18	4	5	12	163
1986	246	81	14	47	20	14	26	448
1987	590	196	38	60	26	36	35	980
1988	1.332	309	69	100	70	74	61	2.014
1989	1.700	433	129	96	69	123	96	2.646
1990	1.839	433	198	76	55	129	94	2.824
1991	1.081	266	122	44	26	90	59	1.688
Desconocido	547	57	42	3	5	39	32	725
TOTAL 1991	7.444	1.826	614	464	276	514	417	11.555

Adaptado del *Boletín Microbiológico Semanal* (Ministerio de Sanidad y Consumo).

Claves: ADVP=Adictos a drogas por vía parenteral; HOMO/BI=Homosexuales/Bisexuales. HETER=Transmisión heterosexual. HEMOD/TRANSF=Receptores de hemoderivados o transfusiones sanguíneas. HMAR=Hijos de madres de alto riesgo. DESC=Origen desconocido. OTROS=Otras causas (homosexuales usuarios de drogas vía parenteral + No consta + Otras causas).

Tabla 1. Casos anuales registrados según grupos de riesgo. (Situación hasta el 20 de diciembre de 1991.) Los datos de los dos últimos años reflejan una típica **infraestimación por retrasos** en la notificación.

Sida

El primer problema en la notificación de los «casos de sida» es emplear una definición relativamente fiable y común a diversos países. La definición de los casos de sida en España sigue los criterios internacionales propuestos por los Centers for Disease Control de los Estados Unidos (CDC) en 1987. Siguiendo esta definición, hasta el 30 de septiembre de 1992 se han notificado al Registro Nacional de Sida un total acumulado de 15.678 casos (unos 300 casos por millón de habitantes), lo que sitúa a España en uno de los primeros lugares de Europa.

En la tabla 1 se observa la evolución anual de esta enfermedad desde 1981 hasta 1991 (*Boletines Microbiológicos Semanales* y SEI-SIDA, 1993). Los datos disponibles hasta septiembre de 1992 se exponen en la tabla 2, en la que además efectuamos una comparación de nuestra situación respecto al conjunto de países europeos.

Año diagnóstico (*)	ADVP	HOMO/BI	HETER	HEMOD/TRANSF	HMAR	DESC	TOTAL
ESPAÑA	10.094	2.421	905	602	361	1.295	15.678
EUROPA	28.122	33.146	7.495	4.746	1.387	6.953	81.849

(*) Datos hasta el 30 de septiembre de 1992.

Tabla 2. Casos de sida declarados en España en comparación con los declarados en Europa. (Hasta el 30 de septiembre de 1992.)

La evolución de las cifras de sida en nuestro país es muy preocupante. En 1983, de los 232 casos declarados en Europa sólo 6 pertenecían a nuestro país (un 2,6 por 100); tras unos años de titubeo y cierta frivolidad de las instancias gubernamentales, en 1987 teníamos 624 casos de los 7.622 declarados en toda Europa (un 8,2 por 100), y en diciembre de 1992 se contabilizaban prácticamente 16.000 casos de los 80.000 declarados en Europa (un dramático 20 por 100), lo que nos coloca en el **tercer puesto** europeo en la relación número de casos/habitantes. Como puede apreciarse en la tabla 1 y en la figura 2, precisamente durante el período comprendido entre 1986 y 1988 se produjo en nuestro país la mayor tasa de crecimiento.

En cuanto al número de infectados, se estima que en España existen entre 100.000 y 150.000 portadores del virus VIH en 1993. En estas personas, con excepción de los 17.000 casos mencionados, todavía no se ha desarrollado la enfermedad. En el mundo, la Organización Mundial de la Salud dice que existen unos 600.000 casos de sida a finales de 1992 y se estima que la cifra real es de más de **un millón de personas**. En cuanto a los infectados, la cifra está en torno a 10 millones de personas, y en pleno ascenso. Los costes sani-

tarios y económicos de este problema van a ser tremendos para el sistema sanitario de todo el mundo (véase la tabla 3):

ÁFRICA:	211.032
AMÉRICA:	313.083 (*)
ASIA:	2.582
EUROPA:	80.810
OCEANÍA:	4.082
TOTAL MUNDIAL:	611.589

(*) A Estados Unidos le corresponden 242.146 casos.

Tabla 3. Casos acumulados de sida comunicados a la OMS hasta el 31 de diciembre de 1992.

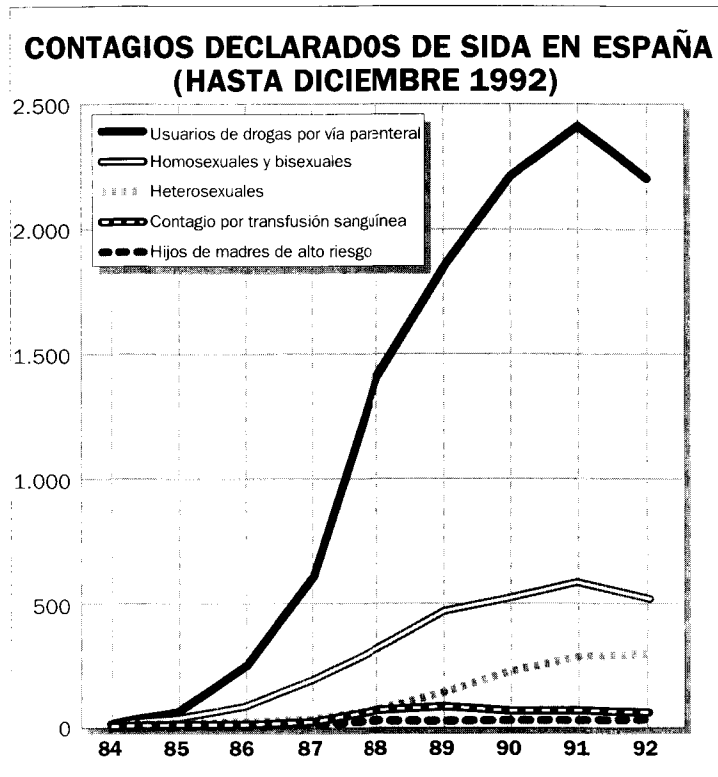


Figura 2

No obstante, las campañas preventivas iniciadas desde organismos públicos en 1987 han tenido cierta efectividad. La tendencia parece indicar cierta disminución no en el número de casos, pero sí en la tasa de crecimiento de casos nuevos anuales. Las curvas de crecimiento parecen estar suavizándose en cierta medida (figura 2). Así pues, aunque se ha frenado la tendencia explosiva de crecimiento, el número de casos nuevos declarados sigue creciendo cada año y, de hecho, España es en la actualidad el país europeo con una tasa mayor de nuevos casos por año («incidencia anual»). La figura 2 refleja esta tendencia una vez efectuadas una serie de correcciones estadísticas para minimizar los sesgos de infraestimación debidos a los retrasos en la notificación oficial de los casos (Rosenberg, 1990).

Grupos de riesgo

Respecto a la distribución del sida según diversos grupos de riesgo en España (tablas 1 y 2), los usuarios de drogas por vías parenteral (es decir, inyectables) suponen con gran diferencia el primer grupo de afectados por esta enfermedad en España. Dos de cada tres afectados (un 64 por 100) son usuarios de drogas por vía parenteral. Un porcentaje mucho más pequeño corresponde a personas con conductas homo/bisexuales (16 por 100). El grupo de heterosexuales supone un porcentaje aún pequeño del conjunto de los casos de sida (5 por 100) en comparación, por ejemplo, con Francia, donde supone el 35 por 100 de los casos de sida. No obstante, es en la actualidad el grupo con un crecimiento **más rápido**, lo que hace extender todavía más el riesgo de contagio.

En cuanto al sida pediátrico, hasta la fecha se han registrado 361 casos y en su mayoría (un 80 por 100) eran hijos de madres de alto riesgo. Por otro lado, al ser los drogadictos el grupo de más riesgo y estar básicamente constituido por varones, se explica el hecho de que el sida, a diferencia de lo que sucede con otras ETS, sea una enfermedad sobre todo «masculina» (un 85 por 100 de los casos de nuestro país pertenece a hombres).

Patrones epidemiológicos

En su conjunto, el patrón de distribución de la enfermedad descrito en nuestro país se corresponde, en líneas generales, con el encontrado en Norteamérica, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda. A este patrón, la OMS le denomina Patrón I y se caracteriza por el alto porcentaje de casos homosexuales y usuarios de drogas por vía parenteral. No obstante, conviene resaltar que España presenta dos importantes características:

1. El gran porcentaje relativo de **drogadictos** afectados, que suponen la tercera parte de los drogadictos infectados en Europa y casi las dos terceras partes del conjunto de casos de sida en España (véanse las tablas 1 y 2).



2. La notable tasa de **casos nuevos** declarados, lo que indica, sin lugar a dudas, que no hay que bajar la guardia en la lucha contra esta epidemia.

Existen otros patrones de infección en el mundo (Estébanez y cols., 1991). El más interesante es el denominado Patrón II (típico del Caribe y el África subsahariana), en el que la vía de transmisión predominante es **heterosexual** y el ratio hombre/mujer es de 1/1, es decir, igual porcentaje de hombres que de mujeres infectados.

Letalidad

Por último, respecto a la tasa de **letalidad** (es decir, el porcentaje de personas con sida muertas a consecuencia de padecer la infección de VIH), hasta diciembre de 1991 habían fallecido 4.454 casos, lo que supone un **39 por 100 del total de enfermos**. En el caso del sida pediátrico la letalidad asciende al 42 por 100 de los casos declarados. Las causas más frecuentes de muerte en estas personas son las infecciones oportunistas (67 por 100), seguidas de tuberculosis extrapulmonar (18 por 100). Diversos programas de prevención, desde la Administración central y las autonómicas, se están enfocando a evitar la propagación del sida e, indirectamente, las ETS, a través de medidas profilácticas sexuales (como es el uso de preservativos, higiene en el uso de jeringuillas, etc.). Es una carrera contrarreloj en la que no se atisba un claro vencedor.