BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DE CASTILLA Y LEON

Volumen 24 | Número 6 | Año 2008

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

AÑO 2007. CASTILLA Y LEÓN

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles.
Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación

MODO DE VIGILANCIA

La información epidemiológica sobre las ITS a nivel estatal se obtiene a través del sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), que incluye: la **sífilis, sífilis congénita y la infección gonocócica** todas ellas de declaración numérica semanal. Este sistema permite observar la evolución temporal y detectar cambios en el tiempo, sin embargo no permite profundizar en las características de los casos notificados.

En Castilla y León, con la entrada en vigor en 2007, de la nueva Orden que regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León (SAN/2128/2006, de 27 de diciembre, publicada en el Boletín Oficial de Castilla y León del día 8 de enero de 2007), se introducen mejoras en la vigilancia de este grupo de enfermedades:

1.- Se amplía la lista de las infecciones de transmisión sexual a vigilar, con la inclusión de las Infecciones por *chlamydia*, además de las que ya estaban incluidas: Sífilis, Sífilis congénita, Infección gonocócica y Otras enfermedades de transmisión sexual.

2.- Se ha modificado la modalidad de notificación de todas las ITS, pasando todas ellas a ser de declaración individualizada con datos epidemiológicos básicos, lo que nos permitirá realizar un análisis mas detallado de la situación epidemiológica de este grupo de enfermedades.

Junta de Castilla y León

SÍFILIS

La sífilis, es una infección de transmisión sexual causada por el Treponema pallidum.

Aunque el mecanismo de transmisión mas frecuente es por contacto directo con las lesiones genitales ulceradas que produce, también se puede transmitir al feto vía transplacentaria.

La importancia desde el punto de vista de la salud pública radica además de en su morbilidad, en su capacidad para producir secuelas graves si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz; en mujeres embarazadas una sífilis no tratada puede dar lugar a abortos o de sífilis congénita en el niño; además, como otras enfermedades de transmisión sexual facilita la infección por el VIH.

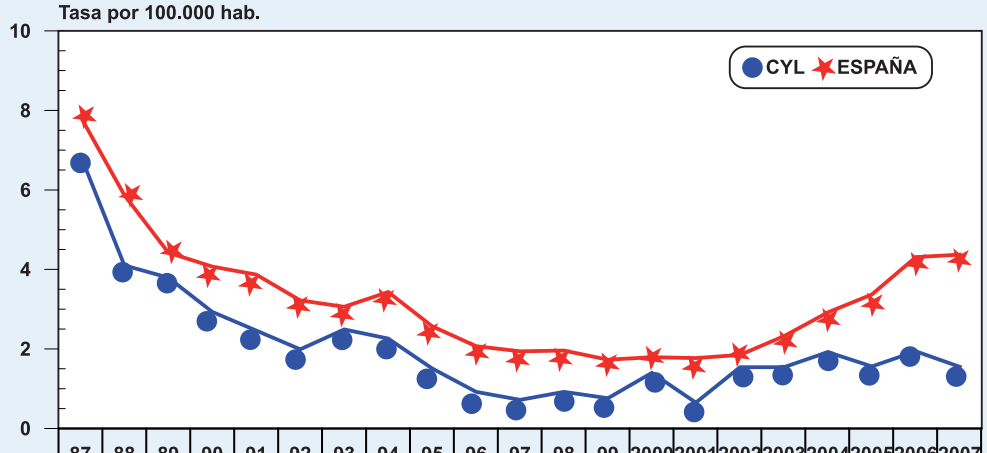
Durante el año 2007 se han notificado un total de 39 casos de sífilis, continuando en la media observada en los últimos 5 años. **Gráfico 1.**

La provincia donde se han notificado más casos ha sido Valladolid. **Gráfico 2**. Las tasas provinciales se presentan en el **Gráfico 3.**

GRÁFICO 1

Vigilancia epidemiológica de la sífilis

Evolución del a tasa de incidencia. 1987-2007



	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CYL	6,88	4,1	3,79	2,93	2,46	1,99	2,49	2,26	1,51	0,92	0,72	0,92	0,76	1,4	0,65	1,54	1,54	1,92	1,56	1,94	1,55
ESPAÑA	7,85	5,87	4,42	4,07	3,87	3,22	3,06	3,43	2,57	2,07	1,94	1,96	1,73	1,79	1,77	1,85	2,32	2,92	3,37	4,31	4,37

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

GRÁFICO 2

Vigilancia epidemiológica de la sífilis

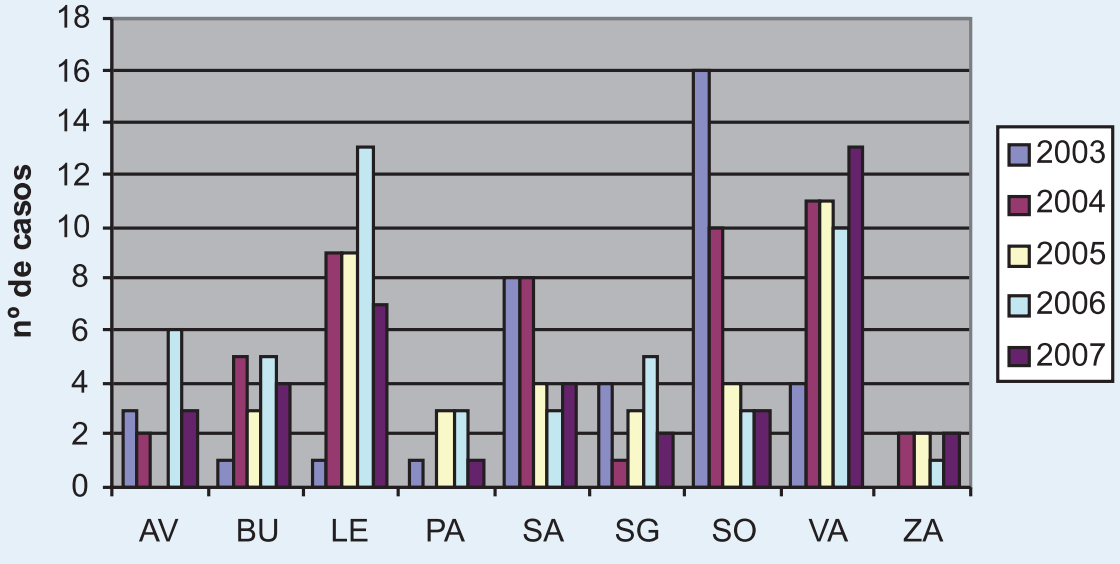
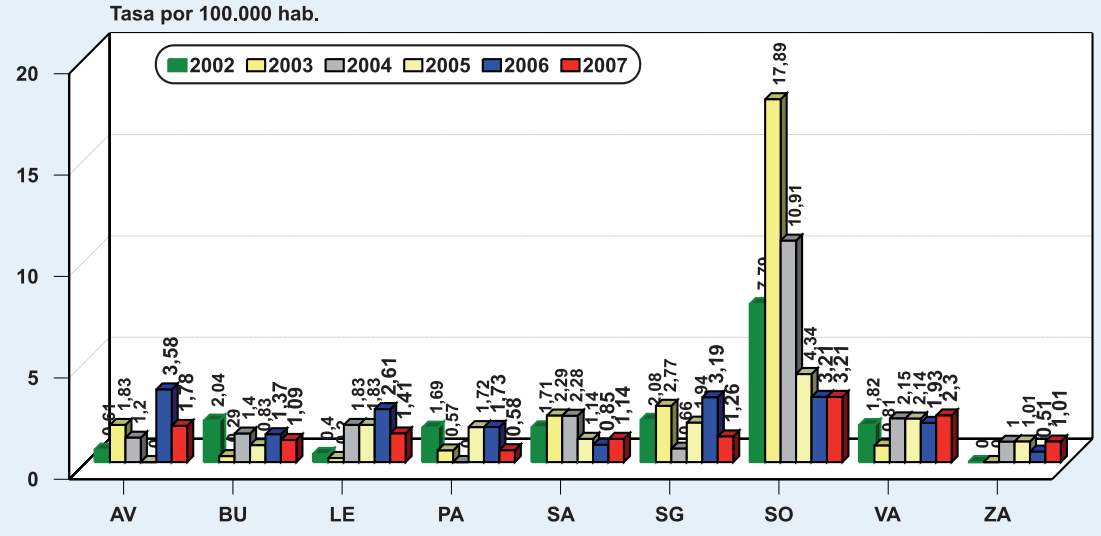


GRÁFICO 3

Vigilancia epidemiológica de la sífilis

Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

FIGURA 1

SÍFILIS

CIE 9: 091 a 096 CIE 10: A51 a A52

(Lues)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que puede presentarse en los siguientes estadios clínicos:

Sífilis primaria: lesión erosiva y ulcerativa única o múltiple, muy superficial, indurada y no dolorosa en el lugar de inoculación (chancro sifilítico), alrededor de dos semanas después del contagio. Va acompañado de adenopatías regionales y desaparece espontáneamente en un mes.

Sífilis secundaria: seis semanas después de la desaparición del chancro, aparición de la roséola sifilítica, un exantema generalizado, recidivante, no pruriginoso ni descamativo que afecta a tronco y a raíz de extremidades, que desaparece espontáneamente en un mes. Después (4-12 meses después de la infección) pueden aparecer las sífilides (pápulas induradas y no dolorosas ni pruriginosas) y afectación visceral (ósea, hepática, articular, adenopatías...). Puede haber malestar general y fiebre.

Sífilis terciaria: manifestaciones cutáneo-mucosas (gomas superficiales y profundas) o viscerales (cardiovasculares o neurológicas), que aparecen de 10 a 30 años después del contagio.

Sífilis latente: existe infección sin síntomas clínicos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO

Sífilis primaria y secundaria:

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las secreciones de las lesiones primarias o secundarias.
- Detección del genoma de *Treponema pallidum*.
- Pruebas serológicas inespecíficas (VDRL o RPR) y treponémicas positivas (FTA-Abs o MHA-TP).

Sífilis terciaria:

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las lesiones (gomas).
- Detección del genoma de *Treponema pallidum*.
- Prueba serológica inespecífica (VDRL) y/o específica positiva en LCR (neurosífilis).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable:

Sífilis primaria y secundaria: enfermedad clínicamente compatible con pruebas serológicas inespecíficas positivas.

Sífilis terciaria: enfermedad clínicamente compatible con este período y pruebas serológicas inespecíficas y/o treponémicas positivas.

Se sospechará neurosífilis en alguna de las siguientes circunstancias:

- Proceso de un año o más de evolución con alteración del LCR (aumento de leucocitos y proteínas), pero con VDRL negativo.
- Presencia de síntomas o signos clínicos de neurosífilis, que no se puedan explicar por otras etiologías.

Sífilis latente: paciente asintomático, con serología treponémica positiva, que no presenta sífilis primaria, ni secundaria, ni tardía.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio para su correspondiente estadío clínico.

En la **figura 1** se presenta la definición de caso y su clasificación a efectos de vigilancia epidemiológica.

Distribución por edad y sexo

En cuanto a la distribución por edad y sexo se observa un predominio en varones (65 % de los casos) con una media de edad de 42,6 años (rango entre 17- 80). El 34,2% son mujeres con una edad media ligeramente superior a la de los varones (45,23 años; rango entre 21-84 años). La edad media para ambos sexos es de 43,43 años.

Un 43,1 % refieren un país de procedencia distinto de España. Al analizar estas varia-

GRÁFICO 4

Vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita

España. Incidencia anual y n.º de casos. 2000-2007

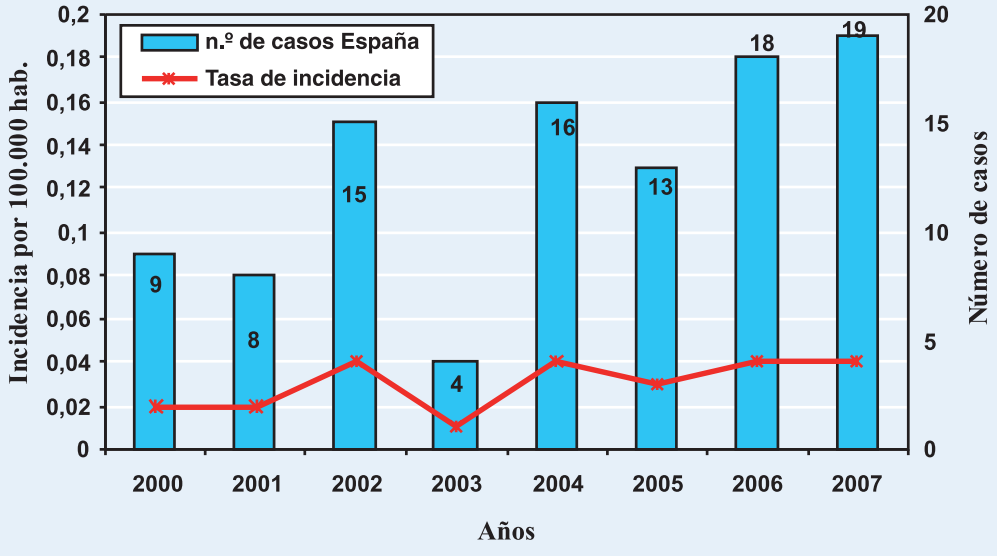


FIGURA 2

SÍFILIS CONGÉNITA

CIE 9: 090 CIE10: A50

Enfermedad de notificación por sistemas especiales.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

En la sífilis congénita se distinguen dos estadios:

Sífilis congénita precoz: aparición de síntomas antes de los dos primeros años de vida: Hepatoesplenomegalia con ictericia, lesiones mucocutáneas, condiloma lata, rinitis persistente, ictericia, pseudoparálisis de Parrot (debida a periostitis y osteocondritis), implicación del SNC, anemia, síndrome nefrótico, edema generalizado y malnutrición.

Sífilis congénita tardía: después de los dos primeros años de vida: Queratitis intersticial, sordera por afectación del VIII par craneal, tibia en sable, protuberancia frontal, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, sinovitis de rodilla y rágades perioriificiales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa en muestras de lesiones, placenta o cordón umbilical.
- Prueba treponémica positiva (FTA-Abs antiIgM, EIA).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Infección en el momento del parto en un recién nacido de madre con sífilis, que no está medicada o medicada incorrectamente, independientemente que el recién nacido presente o no signos de la enfermedad.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

bles en los casos procedentes de otros países, encontramos diferencias con los casos nacionales. La edad media para ambos sexos es inferior a la media de los casos nacionales, siendo esta diferencia más acusada en el sexo femenino. En cuanto a la distribución por sexo también se observan diferencias invirtiéndose el porcentaje, siendo el 63,6% mujeres.

Fuentes de notificación

La mayoría de los casos (un 71,79%) han sido notificados por atención primaria, un 7,06% por atención especializada; y un 20,5%, por otras fuentes declarantes, sobre todo por Instituciones penitenciarias.

SÍFILIS CONGÉNITA

Durante los últimos 10 años en Castilla y León no se ha notificado ningún caso de esta enfermedad. Sin embargo a nivel nacional se comienza a observar un ligero incremento en el nº de casos, notificándose 19 casos durante el 2007. **Gráfico 4.**

En la **figura 2** se presenta la definición de caso de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León así como su clasificación.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

Los cuadros clínicos mas frecuentes producidos por *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo) son las infecciones uretrales en el varón y urogenitales en la mujer. Sin embargo el expectro clínico es mas amplio pudiendo producir en ocasiones infecciones extragenitales como proctitis, faringitis o conjuntivitis (oftalmía). Su importancia deriva de la posibilidad de graves complicaciones, especialmente en la mujer (enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad, embarazo ectópico), y de producir, en ocasiones, infección sistémica (infección gonocócica diseminada).

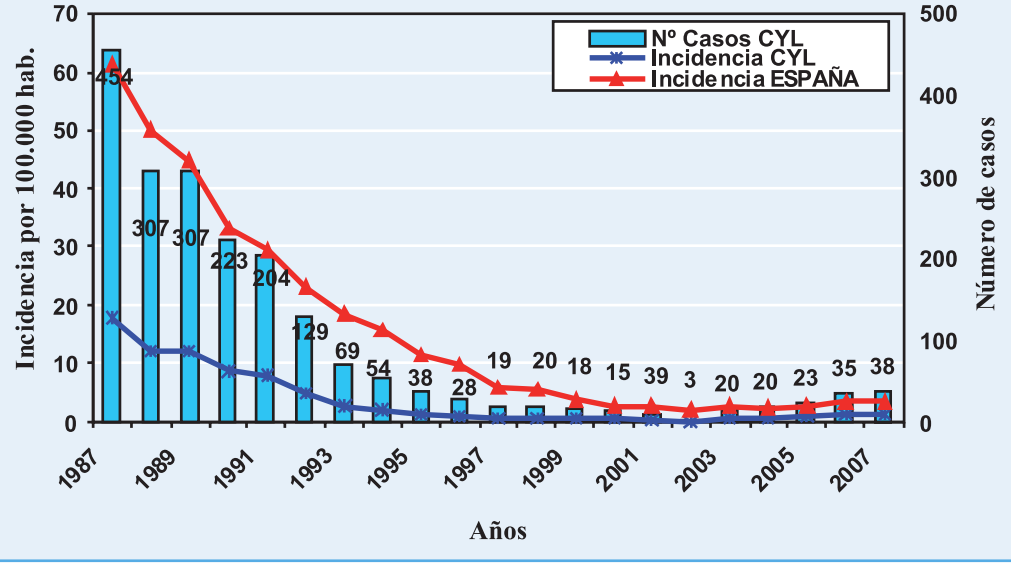
Durante el año 2007 se han notificado un total de 38 casos de infección gonocócica, 3 casos más que durante el 2006, continuando con el ligero incremento observado en los 2 últimos años. **Grafico 5.**

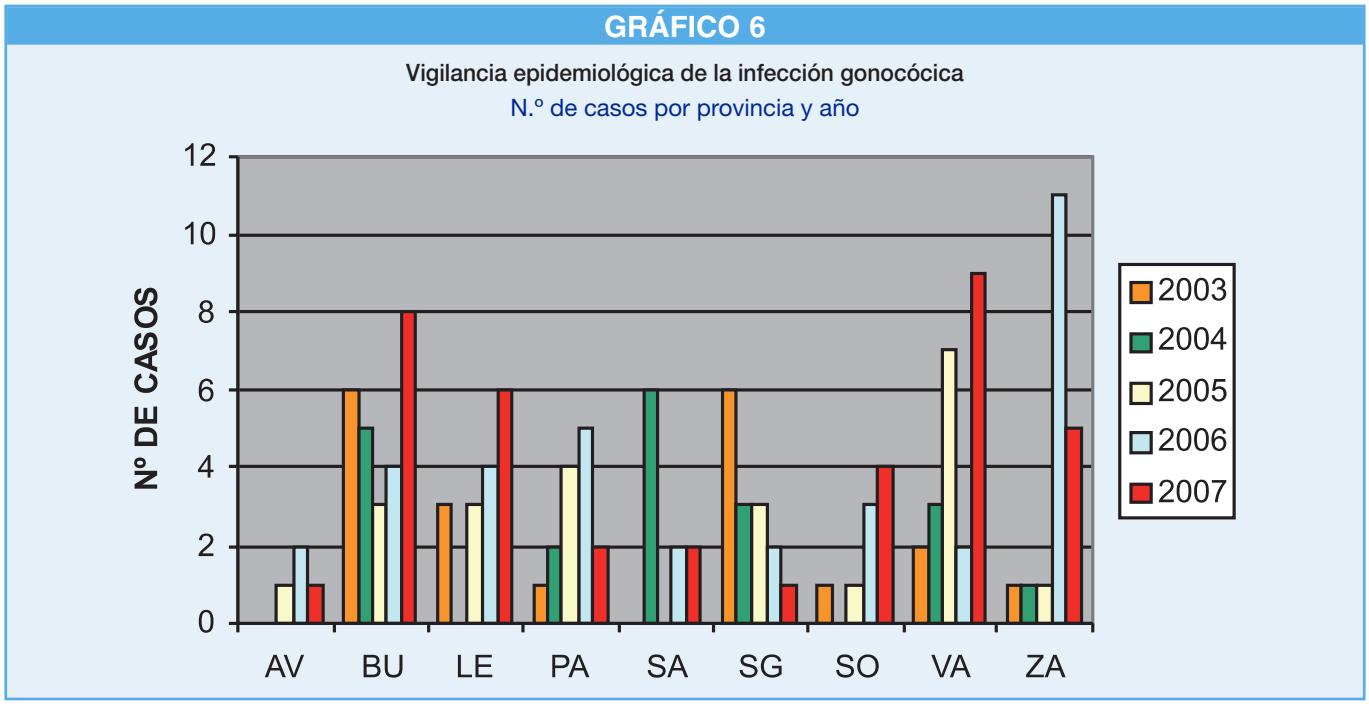
En el **gráfico 6** se presenta el número de casos notificados durante el 2007 por provincia de residencia en el momento del diagnóstico. Las provincias donde se han notificado más casos han sido Valladolid, Burgos y León. Las tasas se presentan en el **Gráfico 7.**

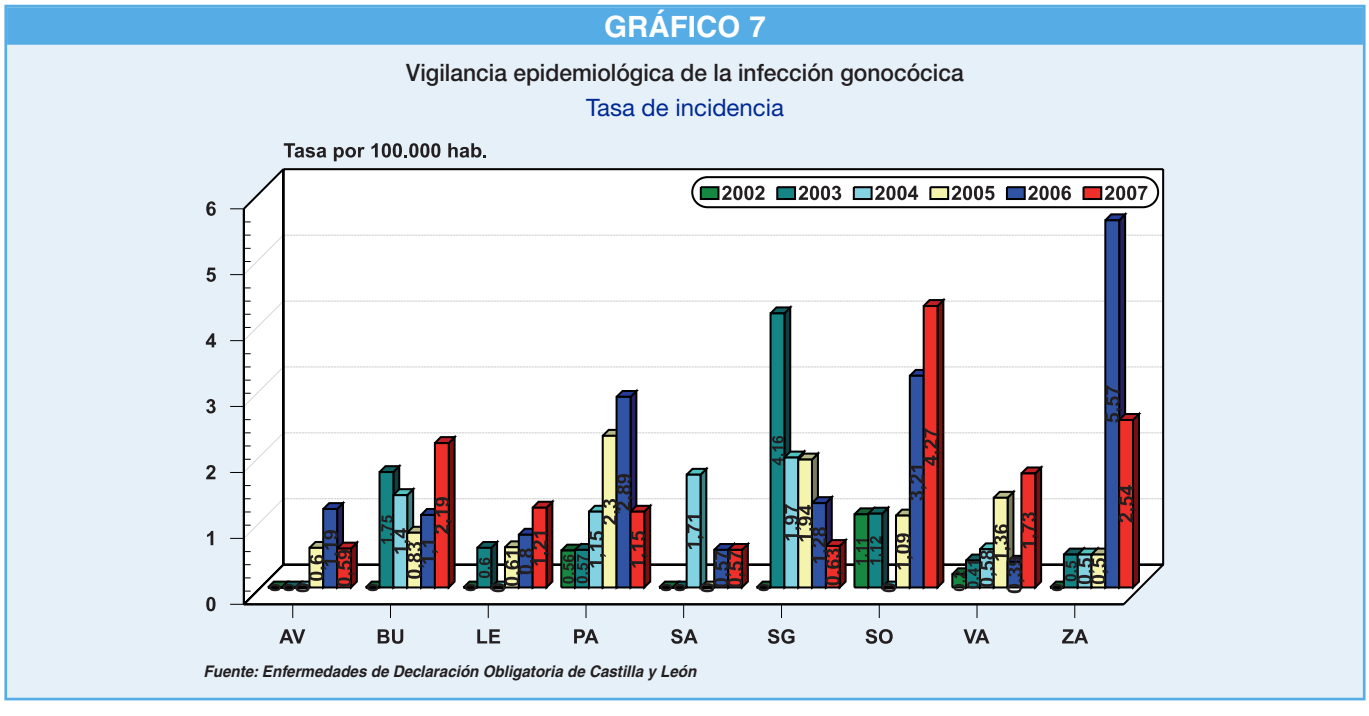
La curva temporal de la enfermedad indica que es durante los meses de verano cuando se notifica el mayor número de casos. **Grafico 8**.

El 73,6% de los casos son españoles y en un 23,6% de los casos el país de origen es distinto de España.

GRÁFICO 5







En esta enfermedad se observa un claro predominio masculino, 94,7% de los casos. La edad media es de 33 años, mediana 28 y rango (19 a 60 años).

El 84,2% de los casos han sido notificados por Atención Primaria, un 10,5% por Atención Especializada y un 5,3% por otros declarantes.

En la **Figura 3** se presenta la definición de caso y su clasificación a efectos de vigilancia.

Otras Infecciones de transmisión Sexual

Durante el 2007 se han notificado 42 casos, 18 casos más que el año anterior. **Gráfico 9.**

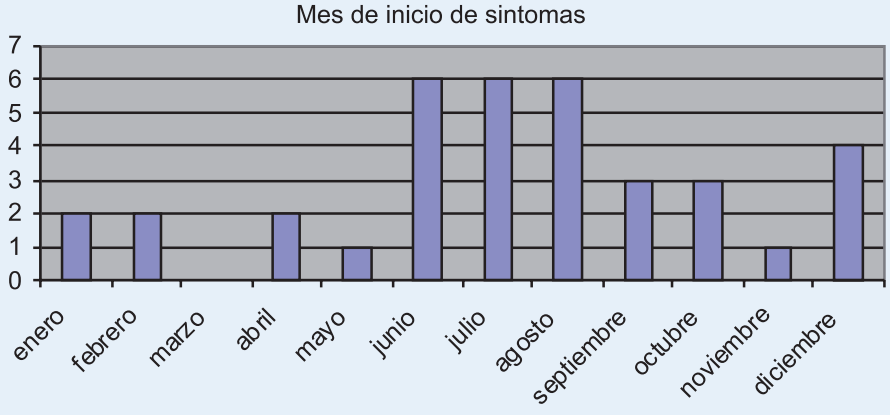
El 68,2% de los casos están notificados por Atención Especializada, fundamentalmente por los laboratorios de microbiología.

Los agentes etiológicos más frecuentemente notificados son las trichomonas vaginalis (23% de los casos) y la infección por virus del papiloma humano (VPH), en un 20% de los casos.

GRÁFICO 8

Vigilancia epidemiológica de la infección gonocócica

N.º de casos por mes de inicio de síntomas. Año 2007



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

FIGURA 3

INFECCIÓN GONOCÓCICA

CIE-9: 098 CIE-10: A54

(Gonorrea, Gonococia, Enfermedad gonocócica, Uretritis gonocócica, Vulvovaginitis gonocócica, Cervicitis gonocócica, Bartolinitis gonocócica, Purgaciones, Gota militar)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

- **Uretritis:** Después de 2 a 5 días (a veces, hasta 14 días) del contacto sexual contagiante, aparición de escozor uretral, disuria (sensación cortante) y eritema del meato, con exudado que clásicamente es espeso, purulento y de color amarillo-verdoso, pero que puede ser también escaso y claro.
- **Cervicitis:** Después de 2 a 10 días del contacto sexual contagiante, aparición de leucorrea, disuria, sangrado uterino intermenstrual. Puede existir exudado mucopurulento cervical, uretral, de las glándulas periuretrales o de las glándulas de Bartholino. En el 50% de las ocasiones es asintomática.
- **Proctitis:** Tras coito anal receptivo, aparición de prurito anal, exudado mucopurulento, sangrado rectal escaso, dolor rectal, tenesmo y estreñimiento.
- **Faringitis:** Tras contacto orogenital, aparición de dolor o molestias faríngeas, en ocasiones inflamación amigdalar y linfadenopatía cervical. En el 90% de las ocasiones es asintomática.
- **Conjuntivitis neonatal (oftalmía neonatorum):** Después de 2 a 5 días del parto, aparece de forma aguda, profuso exudado mucopurulento conjuntival, en ocasiones con edema orbital.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica.
- Detección de fragmentos genómicos específicos del agente causal en una muestra clínica.
- Demostración de *Neisseria gonorrhoeae* por sonda (test que no amplifica el ácido nucleico) en una muestra clínica.
- Demostración de diplococos intracelulares gram negativos en exudado uretral en el varón.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

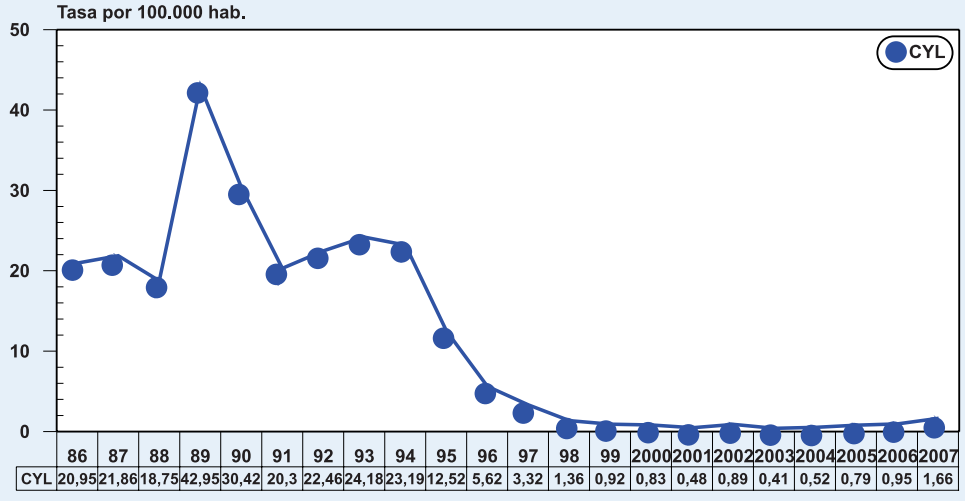
Caso sospechoso/probable: compatible con las definiciones clínicas de caso.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

GRÁFICO 9

Vigilancia epidemiológica. Otras enfermedades de transmisión sexual

Evolución de la tasa de incidencia. 1986-2007



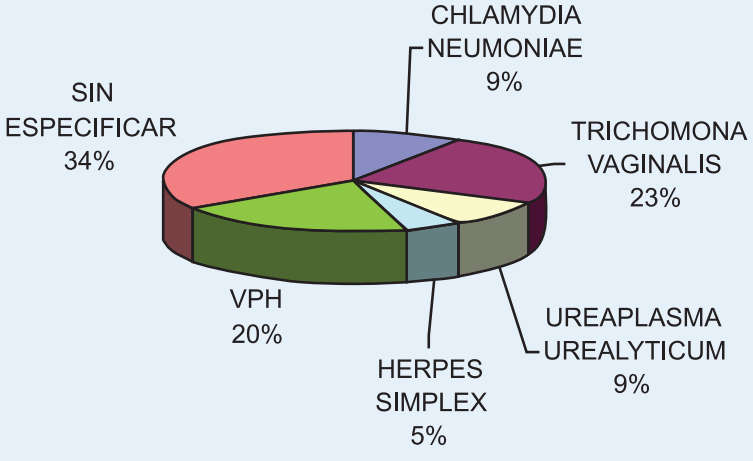
	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CYL	20,95	21,86	18,75	42,95	30,42	20,3	22,46	24,18	23,19	12,52	5,62	3,32	1,36	0,92	0,83	0,48	0,89	0,41	0,52	0,79	0,95	1,66

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

GRÁFICO 10

Vigilancia epidemiológica. Otras enfermedades de transmisión sexual

Distribución por agente etiológico



En el **Gráfico 10** se presenta la distribución por tipo de patógeno.

En la **figura 4** se presenta la definición de caso y su clasificación.

Infecciones por Chlamydia

La infección por *Chlamydia* es la infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana más frecuentemente notificada en la UE y otros países industrializados. Afecta sobre todo a jóvenes (alrededor de dos terceras partes de los casos notificados se producen en menores de 25 años) y es habitualmente asintomática, tanto en hombres como en mujeres, lo cual favorece su transmisión. Su importancia desde el punto de vista de la salud pública radica no solo en su morbilidad sino en su potencial capacidad de producir secuelas graves si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz; en mujeres puede causar infertilidad, embarazo ectópico y dolor crónico pélvico y en hombres epidídimo-orquititis; además, la

FIGURA 4

OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CIE 9: 099 (excepto 099.41 y 099.5) CIE 10: A57; A58; A59; A60; A63

(Otras enfermedades venéreas)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Infección genital de transmisión sexual que se puede manifestar por diferentes cuadros clínicos como úlceras genitales, uretritis (síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta y disuria), cervicitis (inflamación y secreción de la mucosa endocervical), vulvovaginitis (inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico que se puede acompañar de leucorrea, escozor, prurito, disuria y dispareunia), etc.

CRITERIOS DIAGNÓTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del microorganismo específico (excluidos *Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*) en tracto genital o en otra muestra clínica.
- Detección de antígeno específico o inmunofluorescencia (excluidos *Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*) en muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica (excluidos *Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: si reúne criterios clínicos y está vinculado a transmisión persona a persona (sexual o vertical) con un caso humano confirmado.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

infección por el VIH se transmite más fácilmente en presencia de coinfección con la *Chlamydia*.

A nivel nacional esta enfermedad se vigila únicamente a través del SIM (Sistema de Información Microbiológica).

Su reciente incorporación a la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León puede explicar en parte la infranotificación observada en 2007 ya que solo se ha notificado un caso a través de este sistema.

En la **figura 5** se presenta la definición clínica de caso y su clasificación a efectos de vigilancia epidemiológica.

FIGURA 5

INFECCIONES POR CHLAMYDIA CIE-9: 099.1; 099.41; 099.5 CIE-10 A56; A55; A74.0; P23.1

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

- **Infección por Chlamydia no Linfogranuloma venéreo (no LGV):** al menos uno de estos seis cuadros clínicos: uretritis, epididimitis, salpingitis aguda, endometritis aguda, cervicitis y proctitis.
- **Linfogranuloma venéreo (LGV):** al menos uno de estos cinco cuadros clínicos: uretritis, úlcera inguinal, linfadenopatía inguinal, cervicitis y proctitis.
- En recién nacidos, al menos uno de estos dos: conjuntivitis y neumonía.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Para **Infección por Chlamydia (no LGV)**, al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento de *Chlamydia trachomatis* del tracto genital o de la conjuntiva.
- Detección de antígenos (test DFA) en muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica.

Para **LGV,** al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento de *Chlamydia trachomatis* en muestra del tracto ano-genital o de conjuntiva.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica e identificación de serovar (genovar) L1, L2 o L3.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: reúne criterios clínicos y está vinculado a transmisión persona a persona (sexual o vertical).

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

Suscripciones: Envío gratuito, siempre que sea dirigido a profesionales sanitarios. Solicitudes: Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Sanidad. Paseo de Zorrilla nº 1. 47071 VALLADOLID.

ISSN 0214-3852 • Imprime: Gráficas Germinal, S.C.L • Depósito Legal: VA-152

Junta de Castilla y León