

EL CONTROL DE LAS ITS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR DE AMAZONAS: EXPERIÊNCIA DE MANACUPURU

O CONTROLE DAS ITS NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO AMAZONAS: EXPERIÊNCIA DE MANACUPURU

THE STI CONTROL INLAND OF AMAZON: MANACUPURU EXPERIENCE

*Enrique G Garcia¹, Adele S Benzaken², Valderiza L Pedrosa³,
José Carlos G Sardinias⁴, Osminda Loblein⁵*

RESUMO:

Motivado pela idéia de incremento do turismo ecológico, que começava a representar uma fonte alternativa de recursos para a economia local, as autoridades municipais decidiram, em meados do ano 1997, fortalecer o programa Municipal de Controle das DST, como uma maneira de buscar um turismo mais saudável. Com a assessoria técnica e supervisão dos profissionais do setor de DST da Fundação Alfredo da Matta se introduziu um conjunto de ações de promoção, prevenção e melhora na qualidade da atenção de casos de DST. Foi realizada capacitação em Manejo Sindromico aos profissionais de atenção em todos os Centros de Saúde, o que permitiu aumentar a acessibilidade da população, foram adquiridos medicamentos eficazes, recomendados pelo Programa Nacional de Controle de DST/Aids do Brasil e se implantou um sistema de Vigilância Epidemiológica. Foram utilizadas técnicas de educação pelos "pares" para o trabalho com grupos vulneráveis (profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens-HSH) e novos procedimentos de marketing de preservativos. Também foi desenvolvido um programa educativo com apoio intersectorial (principalmente da Secretaria de Educação) dirigido aos outros grupos vulneráveis assim como, realização de estudos especiais em diferentes subpopulações. Em apenas 3 anos de execução do novo programa (1998 – 2000) foi observado um impacto positivo na situação das DST, ao ser alcançada a eliminação da sífilis congênita e a redução do risco de infecção para as cinco principais síndromes de DST (Úlcera genital sem Vesículas, Corrimento uretral em homens, corrimento cervical, corrimento vaginal e dor pélvica). Os dados disponíveis permitem concluir que a epidemia de DST em Manacapuru é fundamentalmente a expressa pelas DST curáveis e que sua tendência é descendente, assim como o componente VIH/SIDA permanece incipiente

Palavras chaves: DST, Avaliação de intervenções.

RESUMO:

Motivado por la idea del incremento del turismo ecológico que comenzaba a representar una fuente alternativa de ingresos para la economía local, las autoridades municipales decidieron, a mediados del año 1997, fortalecer el programa Municipal de Control de las ITS, como una manera de lograr un turismo más saludable. Con la asesoría técnica y supervisión de los profesionales del Sector de DST de la Fundación Alfredo Da Matta se introdujeron un conjunto de acciones de promoción, prevención y mejora en la calidad de atención de casos de ITS. Se realizó capacitación en Manejo Sindromico a los profesionales de atención en todos los Centros de Salud lo que permitió aumentar la accesibilidad de la población, adquirieron medicamentos más eficaces, recomendados por el Programa nacional de Control de DST/AIDS de Brasil y se implantó un sistema de Vigilancia Epidemiológica. Fueron utilizadas técnicas de educación por "pares" para el trabajo con grupos vulnerables (profesionales del sexo y HSH) y nuevos procedimientos de mercadeo de condones. También se desarrolló un programa educativo con apoyo intersectorial (Secretaría de Educación y otras) dirigido a los grupos de mayor riesgo así como realización de estudios especiales en diferentes subpoblaciones. En apenas 3 años de ejecución del nuevo programa (1998 – 2000) se observa un impacto positivo en la situación de las ITS, al lograrse la eliminación de la sífilis congénita y la reducción del riesgo de infección para los cinco principales síndromes de ITS (Úlcera genital sin Vesículas, Corrimento uretral en hombres, corrimento cervical, corrimento vaginal y Dolor pélvico). Los datos disponibles permiten concluir que la epidemia de ITS en Manacapuru es fundamentalmente a expensas de las ITS curables y que su tendencia es descendente, así como que el componente VIH/SIDA es aún muy incipiente

Palabras claves: ITS, Evaluación de intervenciones

ABSTRACT

Motivated by the idea of increasing ecological tourism which represented an alternative source for the local economy, the municipal authorities decided in mid 1997, to strengthen the Municipal STI Program, as a manner of creating a healthier tourism. With technical support and supervision from professionals from the Alfredo da Matta Foundation, a number of actions in health prevention, education and were introduced along with improvements to the quality of STI treatment. Health professionals were trained in the use of Syndromic Approach in all health centers, allowing an increase in the accessibility to the local population. Access to medication also became more efficient as recommended by the National STI Control Program for STD/Aids in Brazil, and an epidemiological monitoring program was implemented. Health peer education techniques were used with at risk groups (sex professionals and men who have sex with other men) and new procedures were introduced for selling condoms. At the same time an intersectorial health education program (Secretary of Education etc) was developed and aimed at the higher risk groups and some studies made of sub populations. In only 3 years, 1998-2000, a positive impact of the project was observable on the STI situation of the municipality, congenital syphilis had been eliminated and the risk of infection by the 5 main STI syndromes (Genital ulcer without blisters, Urethral discharge, cervical discharge, vaginal discharge and pelvic pain) had reduced. The available data allows us to conclude that the STI epidemic in Manacapuru is fundamentally based on curable STI and the tendency is decreasing, as is the HIV/Aids component which is still very incipient.

Keywords: STI, Evaluation of intervention

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2):22-28, 2002

- ¹ Prof. Dr. Departamentos Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calixto Garcia, Universidad de La Habana, Cuba. Médico, Epidemiólogo, Consultor FUAM y SEMSA Manacapuru
- ² Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST FUAM
- ³ Assistente Social Gerente Epidemiologia FUAM
- ⁴ Médico, Dermatologista. Diretor Ensino, Pesquisa e Assistência da FUAM
- ⁵ Médico Epidemiologista. SEMSA Manacapuru

INTRODUCCION

Se estima que en Brasil ocurren alrededor de 13 millones de casos nuevos de ITS curables (sífilis, clamidiasis, infección gonocócica y tri-comoniasis) por año, aproximadamente unas 25 nuevas infecciones por cada minuto que pasa, lo que demuestra que las ITS representan un problema de salud de gran magnitud a escala nacional.

La repercusión de sus secuelas en ambos sexos, su relación con la morbilidad materna e infantil el cáncer genital, y su papel facilitador de la transmisión sexual del VIH, son bien conocidas y evidencian su gran trascendencia. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13}

Desde un punto de vista económico, la inversión necesaria para el cuidado y tratamiento de estas complicaciones y secuelas, en comparación con los costos de un programa moderno para su prevención y control es considerablemente mayor y representa una importante erogación de los insuficientes recursos financieros disponibles.

A pesar de estas poderosas razones, en muchos países, persiste una relativa poca atención al desarrollo de los programas de control de las ITS y las razones que influyen en los encargados de la toma de decisiones pueden estar relacionadas con la competencia por obtención de recursos con otros grandes problemas de salud de nuestros tiempos y la poca disponibilidad de medios financieros, agravado por la peor crisis económica internacional de la historia, las valoraciones seudocientíficas de tipo social acerca de su origen, propagación y marginalidad de los grupos vulnerables y de alto riesgo relacionados con las ITS y sobre todo por la ineficacia que los programas tradicionales han mostrado en el control de este grupo de enfermedades.

Las Secretaría de Salud de Manacapuru y sus asesores de la FUAM, contando con el apoyo de las autoridades políticas municipales, diseñaron a partir de la segunda mitad de 1997, un programa de control de las ITS que introduce, adaptado a las posibilidades reales de una localidad con escasos recursos humanos y materiales, muchos de los aspectos de avanzada para el control de este grupo de enfermedades y han logrado en un relativo corto período de tiempo obtener resultados relevantes.

OBJETIVO

Evaluar el impacto, a tres años, de las intervenciones para el control de las ITS realizadas en el Municipio Manacapuru .

MÉTODOS

Se trata de un estudio "cuasi experimental" realizado entre los años 1998 y 2000 en una población del interior del estado de Amazonas, íntimamente relacionada con Manaus la ciudad capital del Estado, a cuyos habitantes sirve como balneario y lugar de recreo, principalmente los fines de semana, existiendo, entre ambas ciudades un importante flujo de personas.

Por esta razón se decide fortalecer el programa local de control de las DST/Aids introduciendo un conjunto de intervenciones de promoción, prevención y atención de casos de ITS dirigidos tanto a la población general como a los principales grupos vulnerables. En ausencia de datos del periodo anterior (histórico) el control es realizado con relación al primer año de la intervención.

Para la realización de la evaluación (ejecutada por un consultor externo) fueron analizados los principales indicadores de incidencia, prevalencia y tendencia de las ITS, obtenidos del análisis de los datos disponibles en el Sistema de Vigilancia epidemiológica local (SIVADST, programa creado por la Coordinación Nacional de DST/AIDS del Ministerio de Salud de Brasil, que también estaba en ejecución en la FUAM) y que inició sus funciones a mediados de 1997.

Fueron evaluados indicadores que miden calidad de la atención como: proporción de pacientes que acuden para diagnóstico y tratamiento de ITS que se tratan de acuerdo con las normas nacionales (IP6/OMS); Proporción de pacientes que acuden para diagnóstico y tratamiento de ITS que reciben servicios apropiados relacionados con la prevención (IP7/OMS); % de profesionales capacitados en manejo sindrómico de casos de ITS; grado de satisfacción de los pacientes; accesibilidad de los servicios; disponibilidad de los medi-

camentos normados, y otros. Para el análisis estadístico se calculó la variación porcentual de las tasas de incidencia entre el año inicial y final de la evaluación. También fueron utilizadas las pruebas de Chi² para diferentes proporciones y el test de Kruskal Wallis para diferencia de medias.

Adicionalmente, se obtuvo información complementaria mediante visita directa y revisión de los datos primarios en unidades y se realizaron entrevistas con profesionales que atienden casos de ITS y pacientes, supervisiones en terreno en puntos de encuentro de las actividades de promoción desarrolladas por las multiplicadoras (pares) del Proyecto Princesinha, con trabajadores del sexo comercial y sus clientes. Para el estudio de la prevalencia de ITS en esta subpoblación fue seleccionada una muestra aleatoria representativa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El municipio Manacapuru pertenece al estado de Amazonas que está situada en la región norte del Brasil tiene una extensión territorial de 7290 km² y poseía, a mediados del año 1998, una población total de 69745 habitantes, con una distribución por género aproximada de 52% masculina y 48% femenina.

Un 63,4 % de la población (45 018) habita en áreas urbanas y un 36,4% (26 909) en zonas rurales. Las principales fuentes de empleo son la agricultura y la pesca fluvial, pero en los últimos años el turismo ecológico comienza a tener importancia en la economía local

La población sexualmente activa (10 –49 años) se estimó para mediados de 1998 en 27350 personas, siendo esta la población "blanco" para el programa de prevención y control de ITS/VIH/SIDA.

El programa municipal tiene identificadas un aproximado de 500 profesionales del sexo comercial, las que están distribuidas en 30 puntos de encuentros. Para el cálculo de la prevalencia de ITS en esta subpoblación se estimó (nivel confianza 95%, prevalencia mínima para una ITS de 5% y error aceptable 2%) un tamaño de muestra de 144 mujeres, seleccionadas aleatoriamente tomando los puntos de encuentro como conglomerados.

RESULTADOS

Calidad de la atención de casos de ITS, Programas, proyectos y recursos disponibles.

Los casos son atendidos por profesionales médicos y de enfermería (predominando los últimos) y los centros de salud están geográficamente distribuidos de manera que la población urbana tenga una buena accesibilidad a los servicios.

En todos los Centros de Salud se atienden casos de ITS y uno de ellos funciona como referencia.

Todos cuentan, al menos, con una persona adiestrada en el manejo sindrómico de casos de ITS, que es la política de manejo de casos establecida en el municipio (también nacionalmente), poseen locales con adecuada privacidad, mesa y lámpara ginecológica, guantes estériles, espéculos y condones para entrega a pacientes con ITS y se realizan demostraciones acerca del uso correcto de los mismos.

Cuatro de un total de 6 centros de salud fueron visitados y se comprobó la disponibilidad de medicamentos normados para el tratamiento de las ITS.

Fueron revisadas 52 fichas de casos de ITS, notificados en las últimas semanas y todas estaban correctamente llenadas, los tratamientos indicados para cada diagnóstico eran conformes a las normas establecidas por el Ministerio de Salud. Se estima que el sector público atiende más del 90% de los casos de ITS del municipio.

Ocho enfermos fueron entrevistados y se pudo comprobar que todos recibieron tratamiento adecuado y gratuito, además de educación sobre su enfermedad e instrucciones y demostraciones para el uso correcto de condones y referencia de sus parejas. El 100% refirió sentirse

satisfecho de la atención recibida y del clima de confidencialidad con que fueron atendidos.

En todos los Centros de Salud se cumplieron los programas de charlas educativas sobre diferentes aspectos de las ITS y pudimos observar la existencia de materiales de promoción (carteles y afiches) en lugares visibles.

La seroprevalencia al VDRL reactivo en banco de sangre ha oscilado, en los últimos 10 años entre 4% y 2,1%. En el año 2000 fue de 2,8% y la tendencia para el período es ligeramente decreciente. Desde 1991, en que se inició el estudio para VIH no han detectado casos positivos.

En el laboratorio central se realizan pruebas en fresco para diagnóstico de tricomonas, candida, Gram, test de aminas y VDRL, los resultados, por lo general, están disponibles, en 24 horas. También se toman muestras para VIH que son enviadas a Manaus. En este laboratorio la seroprevalencia de VDRL reactivo, en población con queja de ITS, en los dos últimos meses, fue de 5% y en el centro de Testaje anónimo (CTA), inaugurado en 1998, se han realizado en los tres años, 2454 pruebas para detección de anticuerpos contra el VIH y solo 7 (0,28%) han resultado positivas.

Durante el período evaluado la venta de condones ha experimentado un incremento notable, siendo el promedio mensual actual unas 11 veces mayor que el existente en el año inicial del período de evaluación. Adicionalmente a la que se realiza en farmacias y otros centros comerciales particulares, el expendio de condones, a precio de costo, es realizado por las cinco multiplicadoras (pares) que trabajan en el programa de manera directa en 30 puntos de encuentros y otros lugares estratégicos. Hay que agregar a ello un valor agregado de este producto, que se diferencia de los métodos tradicionales de venta ya que al comercializarse por esta vía se garantiza la calidad, se ofrece información sobre su uso correcto y se brindan mensajes educativos al mismo tiempo que se promueve la autosustentabilidad del proyecto.

Existe también un programa sistemático de información y promoción de las ITS en coordinación con las autoridades de educación, maestros y profesores del sistema de educación, dirigido a los estudiantes, basado en charlas ofrecidas directamente en las escuelas primarias y secundarias, las que son efectuadas por los profesionales y agentes de salud y que se cumple anualmente de manera satisfactoria con un mínimo de dos encuentros por año por escuela.

Una encuesta sobre comportamiento (CAP) realizada en jóvenes llamados al Servicio Militar, a principios del período de estudio, puso en evidencia el comienzo temprano (13 años) de las relaciones sexuales desprotegidas.

El "Proyecto Princesinha" con financiamiento inicialmente externo (Fundación MacArthur) y en la actualidad por el Ministerio de Salud de Brasil, es un programa integral de promoción, educación y atención especializada dirigido a las profesionales del sexo, que en número aproximado de 500 mujeres, distribuidas en 30 puntos de

encuentros, se desarrolla utilizando modernas técnicas de educación de "pares", se inició en 1998 y los éxitos rápidamente alcanzados han hecho posible su extensión a otros grupos vulnerables como los HSH. Se pudo comprobar, sobre el terreno, que existe satisfacción por el uso de este servicio.

Programa de Eliminación de la sífilis congénita

El Programa de Atención Materno – Infantil, que juega un rol fundamental en la prevención de la sífilis congénita y de las gestante, y más recientemente de la transmisión Perinatal del VIH muestra también sus principales indicadores de manera satisfactoria. El 90% de las gestantes reciben atención prenatal y el 89% de los partos ocurren en la maternidad, lo que permite garantizar el seguimiento serológico con VDRL y de VIH de la inmensa mayoría de ellas y por tanto tomar la conducta adecuada con las reactivas.

Durante la visita a la maternidad se revisaron los 10 ingresos presentes y el 100% de ellas tenían al menos un VDRL realizado. Una sola de las mujeres no había recibido atención prenatal. Fue supervisada en el terreno la conducta seguida con una gestante VDRL positiva y se cumplieron todos los aspectos de control epidemiológico previstos en el programa.

No se ha detectado desde 1997 (en que se inició la vigilancia) ningún caso de sífilis congénita, por lo que técnicamente se puede considerar eliminada.

Vigilancia Epidemiológica

Para la vigilancia de las ITS/HIV/Aids funciona un modelo de notificación que recoge datos generales de los casos notificados, el diagnóstico sindrómico y, los resultados de laboratorio que están a su alcance. En cada caso se intenta además realizar un diagnóstico de laboratorio con el objetivo de monitorear la etiología de los síndromes y periódicamente realizar la vigilancia de la resistencia y susceptibilidad del gonococo a los antibióticos en uso.

Las fichas de notificación de casos de ITS se envían, con periodicidad mensual, desde todas las unidades y son introducidas en un soporte computarizado diseñado para estas enfermedades (SIVADST). Los datos generados por este sistema se exportan al programa EPIINFO mediante el cual se realiza la tabulación que permite los análisis ulteriores.

Situación de las ITS

Antecedentes

Hasta mediados de 1997 había un total desconocimiento de la situación epidemiológica de las ITS en el municipio. La única información disponible en el registro de casos de enfermedades transmisibles correspondiente a los años 91-96 muestra un acumulado total de 71 casos de este grupo de enfermedades que incluían, en los seis años, solamente 16 casos de gonorrea y 23 de sífilis. Aunque no estaba recogida la información sobre la sífilis congénita, esta era considerada un fenómeno común.

Tabla 1 - Algunos indicadores de calidad de atención de casos de ITS Manacapuru. 1998 – 2000

INDICADOR	%
% de pacientes que se tratan de acuerdo a las normas nacionales (ip6)	98
% de pacientes que reciben servicios preventivos apropiados (ip7)	100
% de profesionales de atención capacitados en manejo sindrómico de casos de ITS	80
% de pacientes entrevistados satisfechos de la atención	100
% de unidades visitadas con disponibilidad de medicamentos normados	100
consultorios con requerimientos materiales y privacidad adecuada	100
% de mujeres que reciben atención prenatal	90
% de gravidas que realizan al menos un vdrL	100
% de partos en hospital	89

1998 – 2000:

Se han notificado en los tres años un total de 2267 casos de ITS, de los cuales 1725 (76,1%) son del sexo femenino y 542 (23,9%) del masculino para una proporción femenino / masculino de 3,2: 1

De las 2267 personas notificadas, una depuración de los diagnósticos realizados, permitió identificar un total de 1179 verdaderos casos de ITS (ulcera genital, corrimiento uretral en hombres, corrimiento cervical, dolor pélvico, otras formas de sífilis, tricomoniasis vaginal, condiloma acuminado, herpes genital y serología Anti VIH positiva), para un 52% del total

Según sexo, entre los hombres el 91,5% eran verdaderas ITS, pero en las mujeres, como resultado de la exclusión de los corrimientos vaginales ocasionados por entidades que no son ITS, (Vaginosis bacteriana y candidiasis) quedaron sólo 683 verdaderos casos, lo que representa el 40% del total de las notificadas (tablas 2 y 3).

Cuando se seleccionan los casos de verdaderas ITS la proporción de casos de mujer / hombre en los tres años es de 1.4:1, pero a partir de 1999 la proporción es prácticamente igual de 0,9 mujeres por cada hombre.

En el total de casos la mediana de la edad de los hombres fue de 22 años por 25 las mujeres y en los casos de ITS el valor de los hombres se mantiene constante pero el de las mujeres desciende a 24. En ambos grupos los promedios de edades difieren de manera estadísticamente significativa ($p < 0,01$), por lo que se puede afirmar que los hombres adquieren las ITS un poco más temprano en su vida que las mujeres (Kruskal Wallis test para dos grupos).

Análisis según Principales Síndromes de ITS

La frecuencia del síndrome de ulcera genital sin vesículas (UGSV) en el año 2000 es un 50% menor que la frecuencia promedio de los tres años analizados y un 33% menor que lo notificado a principio del período.

El decrecimiento de la frecuencia de notificación del síndrome de la U.G.S.V. en el municipio se observa en ambos sexos pero es más manifiesto en el femenino donde, con relación a 1998, disminuye en más de un 60% al final del período, mientras que en el masculino la caída es del orden del 27%. La tasa de incidencia, en los hombres, es doble que en las mujeres $50,2 \times 10^5$ vs. $25,8 \times 10^5$

Adicionalmente se diagnosticaron 53 casos de otras formas de sífilis (latencia) con cifras muy similares según sexo (26 vs. 27) y con tendencia también decreciente en el último año de la serie

El otro componente importante de este síndrome, Chancroide parece tener una, muy baja incidencia en el municipio, al igual que en los territorios vecinos (Manaus). Solamente se diagnostican en los tres años 26 casos, 14 en el sexo masculino por 12 en el femenino y la tendencia anual también es al descenso.

La frecuencia de casos de corrimiento uretral en hombres se mantiene estable dentro del total de casos del sexo masculino que consultan por diferentes ITS..

La tasa de incidencia por cien mil habitantes desciende un 16% entre el primer y último año de la serie ($346,5$ vs. $290,9 \times 10^5$).

La corroboración del diagnóstico (test de Gram) se realiza cada año en más de la mitad de los casos notificados y la concordancia de laboratorio es cercana al 100%. En los tres años solamente se pudieron realizar en hombres con síndrome de corrimiento uretral 46 cultivos para gonococo, de los cuales 35 (76,0%) fueron positivos y la validación para un resultado positivo al test de Gram y positivo por cultivo fue de 91,6% (33/ 36). No fue posible evaluar la situación de la infección genital por clamidias debido a la falta de recursos de laboratorio.

En las notificaciones de los años estudiados se observa una disminución de la frecuencia de los corrimientos cervicales de alrededor de un 10% cuando se tienen en cuenta todas los casos notificados. Si se excluyen aquellas con infecciones que no son ITS (V. bacteriana y candidiasis) la reducción en el año 2000 con relación a 1998 es del orden del 23%.

En comparación con los hombres con corrimiento uretral, las mujeres con corrimiento cervical presentan una mediana y promedio de edad mayor en el momento de la infección 25 vs. 22 y 27 vs. 24 años respectivamente.

Al igual que ocurre en el sexo masculino, en las mujeres se observa una disminución en la tasa de incidencia por corrimiento cervical al comparar el año 2000 con 1998, pero en estas últimas la disminución es casi de un 50%, tres veces mayor que en los varones

El cultivo en medio de Thayer Martin se realizó a 23 mujeres con corrimiento cervical (12% del total) de las cuales 15 (65,2%) fueron positivas. Se realizó también a 87 mujeres con corrimiento vaginal, en

Tabla 2 - Casos notificados según años y sexo. manacapuru 1998-2000

SEXO	1998		1999		2000		TOTAL
	#	%	#	%	#	%	
MASCULINO	195	19,0	172	33,9	175	23,8	542
FEMENINO	830	81,0	335	66,1	560	76,2	1725
TOTAL	1025	100,0	507	100,0	735	100,0	2267

Tabla 3 - Diagnosticos de ITS* según años y sexo Manacapuru 1998-2000

SEXO	1998		1999		2000		TOTAL
	#	%	#	%	#	%	
MASCULINO	185	32,3	157	51,5	154	51,0	496
FEMENINO	387	67,7	148	48,5	148	49,0	683
TOTAL	572	100,0	305	100,0	302	100,0	1179

* Excluye Vaginosis bacteriana y Candidiasis

las que no se podía precisar el origen de la secreción y de ellas 9 (10,3%) resultaron también positivas, lo que demuestra las dificultades para la precisión clínica de este diagnóstico (sensibilidad).

Los estudios de monitoreo de cepas de gonococo resistentes a los antibióticos muestran porcentajes elevados de resistencia a Penicilina y Tetraciclina, medicamentos que fueron tradicionalmente utilizados hasta 1997, pero que ya no son utilizados en el Municipio desde el inicio del programa.

Es muy marcada la reducción en la frecuencia de casos de Dolor abdominal bajo notificados en 1999 y 2000 con relación al 1998. La frecuencia proporcional de este síndrome entre los casos de ITS cae en más de dos terceras partes y de igual manera la tasa de incidencia se reduce en cerca de un 80% en el último año con relación al primero.

El diagnóstico del síndrome de corrimiento vaginal estuvo presente en el 82,8% (1428/1725) de las mujeres notificadas y en el 63% (1428/2267) del total de casos de ambos sexos diagnosticados como ITS en el municipio en los tres años de este estudio, y es con mucho el más frecuente de los síndromes de ITS y representa la mayor demanda de trabajo para los programas que utilizan el enfoque sindrómico para el manejo de casos de ITS y por tanto consume una parte considerable del presupuesto de los mismos.

Excluyendo los corrimientos ocasionados por cervicitis ya comentados, del resto de las entidades que conforman el síndrome de corrimiento vaginal sólo la tricomoniasis es una verdadera ITS y requiere por tanto un enfoque distintivo.

La distribución de los corrimientos vaginales, según grupo de edades, tiene como característica diferencial de los otros síndromes analizados que no presentan una focalización entre los adolescentes y adultos jóvenes sino que, determinado por el componente que no se transmite sexualmente, es altamente incidente en todos los grupos de edades, la tricomoniasis, por el contrario, se concentra en la población femenina sexualmente activa (10 – 49 años) con más del 95% de los diagnósticos en estas edades.

La tasa de incidencia de tricomoniasis por 10⁵ habitantes disminuye considerablemente al final del periodo, pasando de 492,4 por 10⁵ habitantes en 1998 a 158,9 por 10⁵ habitantes en el 2000.

Los componentes etiológicos de las mujeres notificadas con corrimiento vaginal muestra que la Vaginosis bacteriana (58%) es el más frecuente, seguida por la candidiasis (39,1%) y con mucho menor frecuencia la tricomoniasis (19,3%). A su vez se encuentran 382 asociaciones que representa un 26,7%, lo que justifica el tratamiento sindrómico, cuando no se dispone de exámenes de laboratorio.

ITS bacterianas menos frecuentes y virales.

Durante los tres años no se diagnosticó ningún caso de Donovanosis y Linfogranuloma venéreo, por lo que la frecuencia de estas entidades parece realmente ser muy baja en la localidad o hay dificultades para su identificación.

El número de casos de Condiloma acuminado y Herpes genital notificados por año representa una proporción muy reducida en comparación con las ITS bacterianas, sobre todo el Herpes genital en el sexo femenino que apenas representa el 1,4% del total de casos de ITS (excluyendo candidiasis y vaginosis bacteriana).

Las tasas de incidencia anual, al igual que para las ITS de origen bacteriano, también muestran disminución en el Herpes genital y en el Condiloma y se mantienen bajas y estables.

El ofrecimiento de la prueba para la detección de anticuerpos contra VIH (con aconsejamiento pre y post test) se inició en el último trimestre de 1998. A partir de esa fecha en los años siguientes se ha incrementado hasta alcanzar más del 50% del total de las personas con diagnóstico de ITS y la seropositividad (0,7%) si bien relativamente baja para este subgrupo de población, es a su vez más del doble de la observada en donantes de sangre (0,28%).

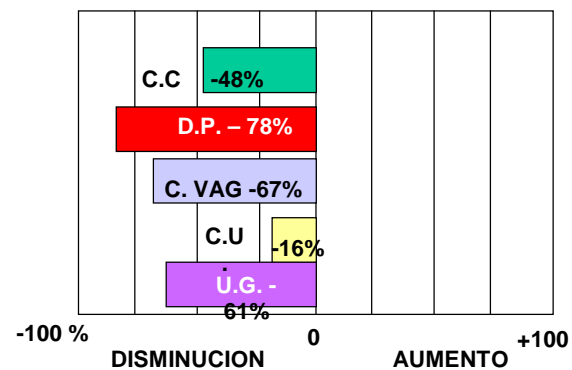
La tabla 4 y lo gráfico 1 muestran los porcentajes de diagnósticos según sexo y las reducciones del riesgo de adquirir un síndrome de ITS al final del período evaluado.

Tabla 4 - Diagnostico de its segun tipo y sexo. Manacapuru. acumulado 1998-2000

DIAGNOSTICOS	S E X O	
	MASCULINO	FEMENINO
CORRIMENTO URETRAL	60,4	-
ULCERA GENITAL	13,9	8,1
OTRAS FORMAS SÍFILIS	4,7	3,3
CONDILOMA ACUMINADO	13,4	10,2
HERPES GENITAL	7,2	1,4
HIV	0,4	0,2
C. VAGINAL TRICOMONAS	-	34,0
TRICOMONIASIS NO CORRIMENTO	-	1,6
CORRIMENTO CERVICAL	-	23,8
DOR PÉLVICA	-	17,3

Gráfico 1 - Porcentaje de decrecimiento del riesgo de infección para cada síndrome. De its. Manacapuru

SINDROME	1998	2000
C. CERVICAL	307,4	158,9
DOR PÉLVICA	310,3	66,9
C. VAG. TRICOM *	492,4	158,9
C. URETRAL	346,5	290,9
ULC. GENITAL	99,6	38,0



Its en profesionales del sexo comercial

De las 144 mujeres que debían ser seleccionadas de acuerdo al diseño muestral, un total de 147 participaron en el estudio de prevalencia de ITS en profesionales del sexo. Esta investigación, realizada en un corto período de tiempo en el año 2000 fue conducida por profesionales con experiencia en el manejo de ITS procedentes de la FUAM. Se les aplicó un cuestionario y se realizaron exámenes clínicos y de laboratorio y en esta ocasión se logró disponer, adicionalmente, de recursos para el estudio de clamidias por la técnica de inmunofluorescencia. Algunos de los resultados encontrados fueron los siguientes:

La edad promedio de las mujeres de la muestra fue de 25,8 +/- 9,1 años con una mediana de 24 años y valores extremos entre 12 y 54 años.

El síndrome corrimiento vaginal estuvo presente en el 98% de las mujeres de la muestra, seguido por la inflamación pélvica (28,6%). Las de ITS más frecuentes fueron la tricomoniasis vaginal (23,1%) y la cervicitis gonocócica (16,3%).

Setenta y ocho mujeres (53%) se realizaron la prueba de VDRL y la seroprevalencia, de reactivas, encontrada fue de 3,8%.

Ninguna de las 73 investigadas para anticuerpos contra el VIH (51% del total) resultó positiva.

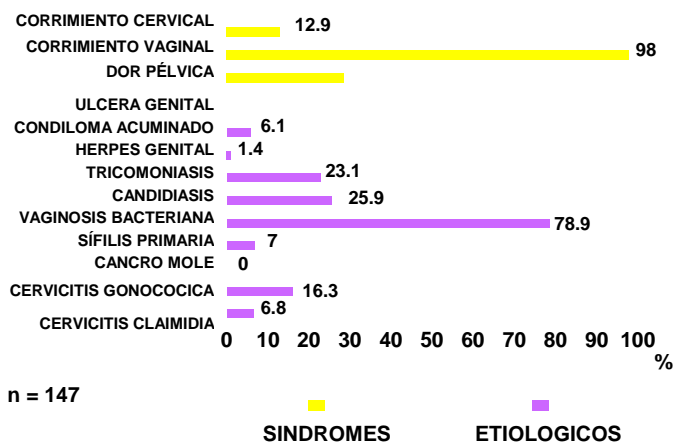
Del total de 147 mujeres, a 80 (55,0%) se les realizó un diagnóstico etiológico de ITS (bacteriana, parasitaria o viral). Las ITS curables (bacterianas más tricomoniasis) representan, al igual que en la población general de mujeres del municipio, las causas más frecuentes de ITS (47,0x%), mientras que las virales (Condiloma, Herpes genital y VIH), apenas estaban presentes en el 7,5% (Gráfico 2)

El 80% de las mujeres de la muestra refirieron durante el interrogatorio y examen ginecológico alguna queja relacionada con posibles infecciones por ITS por solo treinta (20%) que eran totalmente asintomáticas.

La prevalencia de ITS en mujeres asintomáticas fue de 33,3% (10/30) por 47% (55/117) en las sintomáticas, diferencias no significativas ($p=0,17$; χ^2 para diferencia de proporciones independientes). Las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas ($p=0,73$; $p=0,6$ y no calculable), respectivamente para infección gonocócica, (17,1% sintomáticas vs. 13,3 asintomáticas, infección por clamidias (7,7% vs. 3,3 %) y VDRL reactivo (3,3% vs. 5,9 %).

El gráfico 2 muestra la prevalencia de diagnósticos sindrómicos y etiológicos hallados en la muestra estudiada.

Gráfico 2 - Prevalencia de diagnosticos sindrómicos y etiológicos, en una muestra aleatoria de profesionales del sexo. Manacapuru 2000



DISCUSIÓN

Es reconocido internacionalmente que el control de las ITS depende de la relación sinérgica entre los numerosos elementos que requiere un abordaje efectivo que combine intervenciones diferentes, tanto de comportamiento como biomédicas^{14,15,16,17}.

Entre las más conocidas se pueden relacionar la promoción de cambios de comportamiento, la búsqueda de los servicios de salud, que es resultado de una actitud personal hacia la enfermedad, así como de la accesibilidad y calidad de los servicios de atención, el empleo del abordaje sindrómico y la disponibilidad de tratamientos eficaces y gratuitos administrados durante la primera visita del paciente, la promoción y enseñanza mediante demostraciones del uso correcto del condón, la atención a subgrupos de población que tienen mayor afectación, la capacitación de los proveedores de salud, el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica sensibles y la realización de investigaciones epidemiológicas, conductuales y operativas que permitan detectar puntos débiles y redirigir las intervenciones sobre bases objetivas. Todas ellas, de alguna manera, están presentes en el programa objeto de evaluación.

Es muy posible que en Manacapuru se haya logrado un acercamiento a un abordaje de tipo integral que permitió, en un inicio, conocer la magnitud del problema existente, incrementando la notificación de casos a niveles muy superiores a los históricamente conocidos, previos a la implantación del programa y posteriormente ir disminuyendo los niveles de incidencia y prevalencia de los principales ITS.

A nuestro juicio de los tres mecanismos de prevención de la propagación de las ITS propuestos por Anderson¹⁸ la reducción de la transmisión mediante el uso de barreras (condones) y la reducción de la duración del período de transmisibilidad debido a un diagnóstico más precoz y tratamiento oportuno y eficaz de los casos de ITS y sus contactos, son los que mejor explican el cambio en la tendencia de este grupo de enfermedades.

También consideramos que el impacto de la propagación de las ITS en la población general se ha visto beneficiado por las intervenciones realizadas en las redes sexuales de mayor densidad en el municipio, representadas por las trabajadoras del sexo comercial y sus clientes.

No existen elementos objetivos (puede que aún sea muy pronto) para afirmar que se haya producido una reducción en las tasas de exposición mediante la disminución de las tasas de cambio de parejas, lo cual deberá ser investigado en el futuro.

Un aspecto que aún permanece oscuro en este escenario, es la relativa baja prevalencia de infecciones virales (condiloma y herpes genital) tanto en población general como en profesionales del sexo comercial, las que teóricamente debieran ser mayores. Si tenemos en cuenta su largo período de evolución debería esperarse la existencia de infecciones antiguas, no beneficiadas por la implantación del nuevo programa, sin embargo tal vez el interior de Amazonas tenga un patrón diferente lo que deberá ser esclarecido, también, mediante una investigación específica.

Los datos disponibles muestran que en ningún subgrupo de población la prevalencia de VIH alcanza siquiera el 1% y permiten concluir que la epidemia de VIH/SIDA es de muy bajo nivel y que la mayor parte de los pocos casos detectados (5/7) son importados de la capital del Estado. Aunque es de esperar que el control de las ITS curables, principalmente las bacterianas que son las más prevalentes haya jugado un papel protector en este sentido, se carece de un control adecuado para sostener sobre bases objetivas esta afirmación.

Finalmente deseamos resaltar que lo más importante de esta experiencia es la demostración de que es posible obtener resultados alentadores en el control de las ITS, aún en cortos períodos de tiempo,

cuando existe la decisión y el apoyo político y se desarrolla un programa eficiente. No obstante, debemos tener presente que continuar reduciendo estos indicadores, o aún mantenerlos a lo largo del tiempo requerirá del empleo de esfuerzos cada vez mayores.

CONCLUSIONES

La eliminación de la sífilis congénita por más de tres años unida a la evolución de la tendencia decreciente, en todos los síndromes de ITS y entidades que los componen, así como los mantenidos bajos niveles de seroprevalencia de VDRL y VIH positivos en población general y subpoblaciones vulnerables y las bajas prevalencia relativas de infección por gonococo y clamidias en profesionales del sexo son indicadores que traducen los éxitos iniciales de un programa integral de control de las ITS que emplea componentes de promoción, dirigidos tanto a la población general como a grupos vulnerables, que es accesible a toda la población alba, que cuenta con los recursos materiales necesarios, con profesionales de atención capacitados y comprometidos, con un efectivo sistema de vigilancia, asesoría competente y sobre todo con la decisión política de las autoridades municipales.

La aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológico de las ITS con cobertura universal basado en la notificación de síndromes y empleando una combinación pasiva y activa para la obtención de información (que adicionalmente incluye la mayoría de los componentes etiológicos) permite concluir que la epidemia de ITS en Manacapuru es fundamentalmente a expensas de las ITS curables así como que el componente de VIH/SIDA es aún muy incipiente.

No obstante lo anterior y dado el nivel de control alcanzado sería de gran utilidad para tener una explicación más exacta de la situación epidemiológica y evaluación del impacto de las intervenciones complementar la información disponible, mediante el diseño de estudios especiales acerca del comportamiento de las ITS virales (Condiloma acuminado y Herpes genital), ejecutar un segundo estudio de prevalencia de ITS en profesionales del sexo y realizar una evaluación de los principales indicadores de comportamiento que facilitan la transmisión de las ITS.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates.** Geneva, WHO, 2001.
2. WHO. **Guidelines for the management of sexually transmitted infections.** Geneva: WHO, 2001.
3. BRASIL. MINISTERIO DE SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.** 3.ed. Brasília: M.S., 1999.
4. DALLABETA, G.; LAGA, M.; Lamptey, P. Org. **Controle de doenças sexualmente transmissíveis: manual de planejamento e coordenação de programas.** Belo Horizonte: Te Corá, 1997.
5. GERBASE, A.; ROWLY, J.T.; Mertens, T.E. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 351, p. SIII2 – SIII4, 1998.
6. COHEN M.S. Sexually transmitted diseases enhance HIV Transmission: no longer a hypothesis. **Sex. Transm. Dis.**, v. 351, p. SIII5 – SIII7, 1998.
7. OVER, M.; Piot, P. Human immunodeficiency virus infection and others sexually transmitted diseases in developing countries: public health importance and priorities for resource allocation. **Journal of Infectious Diseases**, v.174, Supl. 23, p. S162-175, 1996.
8. OPS/OMS. **Manuales de atención de ETS.** OPS/HCA/001/99. Versión Español.
9. Cothc, M.F.; Pastorek, J.G.; Nugent, R.P., et al. Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. **Sex. Transm. Dis.**, v. 24, p. 353-60, 1997.
10. CDC. Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases. **MMWR**, v. 51, n.6, 2002.
11. BASTOS, L.N.; Passos, M.R.L.; Tiburcio, A.S. et al. Gestantes atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **DST-J Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 5-12, 2002.
12. OVER, M.; Piot, P. HIV infection and sexually transmitted diseases In: Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R., Babadilla, J.L., (Ed.) New York: Oxford, 1993, p. 445 – 529.
13. WASSERHEIT, J.N., Epidemiologic synergy: interrelationships between HIV and other STDs. **Sex Transm Dis**, v. 19, p. 61-75, 1992.
14. WHO/Global Programme on AIDS. Field Test. **National AIDS programs management: a training course.** Provision of STD care. Geneva: WHO/GPA, 1993.
15. Hira, S.K. **Guidelines for the prevention of adverse outcomes of pregnancy due to syphilis.** Geneva, 1991
16. CDC. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. **MMWR**, v.42, n.30 p. 589-591, 597, 1993.
17. WHO. Management of patients with sexually transmitted diseases. **Technical report**, v. 810. Geneva, 1991.
18. ANDERSON, R.M.; Ng, T.W.; Baily, M.C. et al. The influence of different sexual contact patterns between age classes on the predicted demographic impact of AIDS in developing countries. **Ann. NY. Acad. Sci.**, v. 569, p. 240 – 274, 1984.

Endereço para correspondência:

ENRIQUE GALBÁN GARCIA

E-mail: galban@infomed.sld.cu