

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ITS Y SIDA EN ADOLESCENTES: DESCRIPCIÓN, PREVENCIÓN Y MARCO LEGAL

*Tatiana Chacón-Quesada, Daniela Corrales-González, Davis Garbanzo-Núñez,
José Andrés Gutiérrez-Yglesias, Alejandro Hernández-Sandí, Adriana Lobo-Araya,
Alexander Romero-Solano, Libertad Sánchez-Avilés, Stefanie Ventura-Montoya **

Resumen:

Los adolescentes son vulnerables a adquirir ITS y VIH/SIDA por factores de riesgo como desconocimiento, sexo temprano, drogadicción, desigualdad social y de género y mitos. Las ITS más comunes son Gonorrea, Sífilis, VPH, VHS y Tricomonosis; todas son transmitidas por vía sexual sin embargo, Sífilis y Tricomonosis se pueden adquirir por otras vías de contacto. El SIDA es ocasionado por un retrovirus VIH, de transmisión sexual y transfusión sanguínea, se presenta en varias fases y lleva a la muerte. Los datos estadísticos de ONUSIDA/OMS muestran prevalencia de SIDA en población de 15 a 49 años, en Costa Rica por cada 10.000 habitantes hay 2.7 habitantes han contraído el virus del VIH/SIDA, según el último informe del Estado de la Nación. Es común que aparezcan nuevos casos de ITS, el 90 % entre los 15 – 30 años, y sobre todo en menores de 25 años. Dentro los métodos de prevención efectivos están la abstinencia, condón masculino y femenino, respecto a geles de nonoxinol-9 los estudios demuestran ineficacia y de las vacunas para VPH todavía está en estudio. Dentro del marco legal, hay penalización del delito de Propagación de enfermedades infecto-contagiosas y delito de Contagio Venéreo, también es vigente la ley del SIDA N° 7771. Además de la legislación que protege a adolescentes y demás población de Violación sexual y abuso sexual. Es necesario informar al adolescente de ITS y SIDA, porque es una población susceptible en el padecimiento de estas enfermedades. Aunque hay legislación en este tema, el derecho y la normativa parecen ir atrás de las necesidades de los posibles afectados.

Palabras clave:

Adolescencia, infecciones de transmisión sexual, delitos sexuales, ley

Abstract:

Teenager population due to many risk factors like unknowledge, early sex beginning age, drug use and abuse, social and gender inequality and myths, is vulnerable to get transmited disease (STD) and HIV/AIDS. The most common STD found are gonorrhoea, syphilis and trichomoniasis (HVP, syphilis and trichomoniasis have also other routes of transmittion). AIDS is caused by a retrovirus, the HIV, it can be acquired by either sexual or blood transmittion, it has several phases and now a days it can be considered a chronic disease but in log terms it will eventually cause death. Statistical data of ONU and WHO shows that AIDS prevalence in Costa Rica of the population between 15 and 29 years old is 2,7 for each 10000 inhabitants. From the new causes of STD 90% will happen between the ages of 15 – 30 years and the vast majority in 25 years or younger. Within the effective prevention methods we have abstinence and condoms. Reports have shown the inefficiency of the nonoxinol-9 gels, the vaccine of HPV is still under investigation phases. Within the legal frame, it exist a crime penalty for the propagation of infectious diseases, the best traslation for the crime will be venereal contagion or venereal transmittion. There is also the law 7771 refering to AIDS. Besides legislation protects child teenagers and rape or abuse victims. It is necessary to provide usefull and truthfull information to populations in risk of special concern to these case teenagers not only because they are an concern group but also according to law they have theright to protect themselves.

Key words:

Adolescence, Sexual Transmission Disease, Rape, Law

* *Estudiantes de Medicina Universidad de Costa Rica.*

Recibido para publicación: 22 de mayo de 2009. Aceptado: 27 de junio de 2009.

INTRODUCCIÓN

Existe legislación costarricense que protege los menores de edad de violencia y abuso sexual y además, existe penalización en caso de contagio de SIDA, y de manera muy general para las ITS. La ley del SIDA en Costa Rica promulgada en 1998 trata los derechos y deberes de las personas infectadas; así como información y estrategias de prevención. El Ministerio de Salud Pública también juega un papel importante en este aspecto.

Los métodos de prevención que se proponen son la abstinencia, dispositivos de barrera y la posibilidad de la vacuna del Virus del Papiloma Humano. Es necesario enfocarse en la prevención de ITS y SIDA en la adolescencia ya que en los y las adolescentes se producen cambios referidos a la adaptación e integración del nuevo cuerpo, al desarrollo del pensamiento y juicio crítico, la reestructuración de su identidad y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida. ⁽¹⁾

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que ocurren cambios físicos, químicos, y socio emocionales. El desarrollo físico en la adolescencia está estrechamente marcado por la madurez sexual, es decir, desarrollo de características sexuales secundarias, sin embargo estas no dependen de los roles, los deberes y derechos intrínsecos de esta etapa, y es esta una de las razones de la iniciación precoz en las prácticas sexuales de la adolescencia. ⁽²⁾

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un grupo de enfermedades que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad, aunque son los adolescentes y los jóvenes adultos los grupos poblacionales más afectados. Se presentan más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, entre ellas tener más de una pareja sexual, practicar coito de forma no segura, no usar preservativo, etc.

Las personas jóvenes son más vulnerables a las ITS, fundamentalmente por razones de comportamiento ⁽³⁾. En esta etapa se desarrollan además, emociones concomitantes con la

maduración sexual genital, por el mayor interés que existe en el sexo opuesto y en su mismo sexo.

Lo anterior dirige la reflexión hacia determinar las conductas riesgosas y los factores de riesgo a que se exponen las personas durante la adolescencia. Dichos factores se enumeran a continuación:

El desconocimiento, el conocimiento incompleto o de fuentes no confiables

Durante la adolescencia surge el interés por las actividades que se consideraban prohibidas en las edades tempranas y que son permitidas en la adultez, por ejemplo las relaciones sexuales coitales. Por otra parte en relación con el comportamiento que asumen los y las adolescentes en la práctica de su sexualidad, en aspectos tales como protegerse durante la relación sexual coital para evitar un embarazo o una enfermedad, en los adolescentes está mediada por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social ⁽⁴⁾.

Precisamente esto fortalece la creencia errónea de que el conocimiento de los métodos de protección contra Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados, estimula la iniciación de las prácticas sexuales coitales durante la adolescencia.

Por otra parte algunos estudios han señalado que las parejas jóvenes tienden a usar el preservativo para evitar embarazos no deseados y no para evitar contagiarse de ITS tales como el VIH ⁽⁵⁾. Esto hace llegar a considerar que, en las relaciones sexuales de los adolescentes, cuando se protegen, lo hacen para evitar la reproducción y dejan de lado el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, quizá por el desconocimiento acerca de la incidencia de las enfermedades de transmisión y de las consecuencias que presentan para la salud en general.

Sin embargo tras observar la problemática a la que se enfrentan las personas durante la adolescencia, aún no se ha logrado la concientización acerca de la importancia de brindar educación veraz y confiable, debido al tabú existente relacionado

con la prohibición de hablarle a los y las jóvenes acerca de sexualidad, ya que esto podría incrementar la curiosidad típica de esta etapa y erróneamente se llega a la conclusión de que el resultado es prácticas sexuales precoces por parte de la población adolescente⁽⁶⁾.

La educación de los jóvenes por parte de los padres y profesores, sigue siendo un arma importantísima por la falta de toma de conciencia y el desconocimiento que existe la prevención de estas enfermedades. Es necesario "profesionalizar" la información, mejorando las barreras de comunicación, venciendo obstáculos sociales y culturales.

La iniciación temprana en las prácticas sexuales coitales

Entre los factores de riesgo que presentan los y las adolescentes de contraer Infecciones de Transmisión Sexual destacan el inicio temprano de la actividad sexual coital, relacionada con la tendencia secular¹ la cual es actualmente una característica de la adolescencia. Además el uso inconsistente del condón y la relación sexual sin protección representan para los jóvenes, conductas riesgosas⁽³⁾.

Lo anterior se relaciona estrechamente con la falta de conocimiento acerca de las conductas sexuales que se consideran responsables y la no utilización de métodos de protección por no ser descubiertos o por evitar que las personas de autoridad, como encargados o padres de familia, se enteren que están utilizando métodos de protección y por ende están iniciando una vida sexual activa, o porque no cuentan con los recursos económicos para optar por métodos de protección⁽⁷⁾. Pese a esto los y las adolescentes optan por utilizar métodos poco seguros como el coito interrumpido.

Otras prácticas riesgosas como la drogadicción y el alcohol.

Otra de las conductas de alto riesgo que están más propensas a surgir es cuando los

adolescentes consumen drogas y alcohol, ya que la personalidad cambia bajo los efectos de estas sustancias ilícitas, resultando en un comportamiento desinhibido y despreocupado al no utilizar protección en las relaciones sexuales. Muchos jóvenes incluso no están conscientes de lo que hacen y/o son fácilmente influenciables a realizar actividades riesgosas. Además no se tiene conciencia de las consecuencias que dichos comportamientos pueden generar⁽³⁾. Sin embargo, el consumo de estas sustancias, sea lícitas o ilícitas, no es el único problema, ya que en muchos casos representan el medio fácil para el abuso sexual en contra de menores de edad, y en estos casos el consumo no es intencionado⁽⁴⁾. Además se da el consumo inofensivo, ya sea por curiosidad e incluso por presión de grupo sin percatarse de las posibles consecuencias que podría acarrear este tipo de conductas, entre ellas las prácticas sexuales irresponsables, es decir sin protección, o el abuso sexual que generalmente es sin protección. De manera que estos jóvenes son víctimas inocuas⁽²⁾.

Factores Sociales: Diferencias de Género y Desigualdad social

El conocimiento que la población posee sobre las ITS es, en general limitado y principalmente concentrado en los grupos poblacionales con mejores recursos económicos, mejor accesibilidad a la salud y a la información, ya que las personas que se sitúan en el estrato alto cuentan con mejores servicios y facilidades, las cuales se evidencian en el acceso a la educación y la información. Por ejemplo, un mayor nivel de conocimientos favorece el uso constante del condón, principalmente en el estrato alto y medio y en el género masculino⁽⁸⁾ por lo que se denota una desigualdad de género y socioeconómica.

Por otra parte, el factor socioeconómico influye directamente en la accesibilidad de métodos de protección en cuanto a costo se refiere, ya que los jóvenes que cuentan con ingresos altos tienen más oportunidad de comprar métodos de protección, y es por esta razón que en distintos estudios realizados, los jóvenes de amplios

1- Tendencia secular es la característica de los y las púberes de adquirir conductas precoces con respecto a su edad.

recursos económicos presentan un mayor uso del condón⁽⁹⁾.

Los mitos

Los mitos, tabúes, prejuicios y estereotipos sexuales que albergan y transmiten a los adolescentes de ambos sexos las personas que les rodean, son incontables. En muchas ocasiones, son los adultos quienes albergan dichos mitos con relación a la sexualidad de menores. Que van desde la masturbación y el autoerotismo, la sexualidad está prohibida para los y las adolescentes, “eso nunca me va a pasar”, y hasta mitos acerca de los métodos de protección tales como “el condón quita la sensibilidad”. Con lo anterior se denota el desconocimiento acerca de lo que implica vivir una sexualidad sana y responsablemente, y de que las relaciones sexuales van más allá de sentir placer, también requieren responsabilidad y conocimiento de las formas de protección.

Otro aspecto importante que se sustrae de los mitos es que estos están íntimamente relacionados con la diferencia de género, ya que la gran mayoría de estos recaen sobre el género femenino demostrando la discriminación que existe aun como consecuencia del machismo⁽¹⁰⁾.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CON MAYOR INCIDENCIA Y SIDA

Existen muchas ITS sin embargo las más representativas en Costa Rica y en Latinoamérica están el Virus del Papiloma Humano, Gonorrea, Sífilis y Tricomoniasis; así como es muy importante el SIDA.

SIDA

Agente etiológico y generalidades

El SIDA fue reconocido en 1981 en los EEUU por el Center for Disease Control and Prevention (CDC), ya que se encontró una neumonía por Pneumocystis jiroveci en cinco varones homosexuales previamente sanos y un sarcoma

de Kaposi en 26 varones homosexuales previamente sanos. Sin embargo, es en 1983 que se aisló el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este agente etiológico pertenece a la familia de los retrovirus humanos: retroviridae, dentro de la familia lentivirus, siendo aisladas dos formas del VIH, denominadas VIH-1 y VIH-2⁽¹¹⁾.

Periodo de incubación

- La infección por el VIH, puede dividirse en tres fases:
- Infección primaria: de 3 a 6 semanas de duración.
- Periodo latente: puede durar de 7 a 10 años.
- Fase final: corresponde a la enfermedad (SIDA), propiamente dicha⁽¹²⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección se realiza por:

- 1- Demostración de los anticuerpos anti-VIH
- 2- Detección directa del VIH o de alguno de sus componentes
- 3- Ambos

Los anticuerpos anti-VIH: suelen aparecer en la circulación entre 2 a 12 semanas después de la infección; las pruebas utilizadas para el diagnóstico son:

- **ELISA:** esta es la prueba convencional de detección enzimática del VIH, su sensibilidad supera el 99.5%. Consiste en un equipo convencional del ELISA que contiene los antígenos del VIH-1 y el VIH-2.
- **Western Blot:** prueba de confirmación más utilizada, en donde múltiples antígenos del VIH de peso molecular diferente y bien caracterizado despiertan la producción de anticuerpos específicos. La prueba se considera negativa cuando no existen bandas a pesos moleculares⁽¹³⁾.

Manifestaciones clínicas

La clínica de la infección por VIH, depende de la fase de la enfermedad:

- **Fase inicial:** afecta del 50 al 70% de los adultos, tres a seis semanas después del contagio, caracterizándose por síntomas inespecíficos, tales como odinofagia, fiebre, mialgias, fiebre, erupción cutánea y algunas veces erupción cutánea. Esta etapa se caracteriza por una alta tasa producción del virus, viremia, diseminación a tejidos linfáticos y un descenso de los linfocitos CD4+. Sin embargo, se presenta una respuesta inmune frente al virus (3 a 17 semanas), permitiendo que la viremia ceda y que el recuento de CD4+, regrese casi a la normalidad.
- **Fase latente crónica:** el paciente se mantiene asintomático; pueden presentarse adenopatías persistentes o leves infecciones oportunistas; se caracteriza esta fase, por el confinamiento y la replicación silenciosa del virus en los tejidos.
- **Fase final:** es la enfermedad SIDA, propiamente dicha; hay un derrumbe de las defensas del huésped y un aumento importante de la viremia. En esta etapa aparecen las enfermedades definitivas del SIDA, tales como infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas, las cuales finalmente pueden llevar a la muerte del paciente ⁽¹³⁾.

Mecanismos de transmisión

Los principales mecanismos de transmisión del VIH son los siguientes:

- Transmisión sexual, en general el 42% de nuevos casos se da por contagio homosexual y un 33% corresponde a infecciones por contagio heterosexual.
- Transfusiones sanguíneas, trasplantes y uso compartido de jeringas para drogas.

- En cuanto a la transmisión materno fetal, la probabilidad es de 23 a 30% antes del nacimiento, de 50 a 65% durante éste y de 12 a 20% durante la lactancia.
- El virus se encuentra en pequeñas cantidades en la saliva, sin embargo no representa un mecanismo de transmisión
- No hay pruebas de que el VIH se transmita como consecuencia de contactos con las lágrimas, el sudor o la orina⁽¹⁴⁾.

GONORREA

Agente etiológico y generalidades

Conocida como blenorragia o uretritis gonocócica, es una enfermedad que afecta los tejidos mucosos de los órganos sexuales externos y los órganos urinarios principalmente, aunque también puede tener afección de otros sitios del organismo. Esta enfermedad es producida por una bacteria Gram negativa, denominada Neisseria gonorrhoeae, conocida comúnmente como gonococo ⁽¹⁵⁾.

Periodo de incubación:

Su periodo de incubación es de dos a ocho días.⁽¹⁰⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección gonocócica en varones, se hace rápidamente, mediante la tinción de Gram del exudado uretral. La detección de diplococos gramnegativos intracelulares, es muy específica y sensible en el diagnóstico de la uretritis gonocócica, pero la sensibilidad para el diagnóstico de cervicitis gonocócica es de sólo un 50%. En este último caso, se debe recurrir a un cultivo en un medio especial, el cual puede alcanzar una sensibilidad del 80 al 90% ⁽¹⁶⁾.

Manifestaciones clínicas

En el hombre, la enfermedad inicia con escozor en el conducto uretral al orinar, acompañado de secreción purulenta, inicialmente amarillenta

y luego verdosa y sanguinolenta; el conducto uretral se inflama progresivamente. Cuando la enfermedad avanza, pueda atacar la próstata, la vesícula seminal y los testículos, pudiendo llegar a causar esterilidad. También, puede alcanzar la vejiga y producir una inflamación severa.

En la mujer, la infección invade el cuello del útero; hay salida de una secreción purulenta, escozor al orinar, irritación en la vulva, la vagina y un flujo maloliente. La bacteria puede desplazarse al útero y desde allí a las trompas uterinas, en donde se puede dar inflamación, infiltrado inflamatorio, y formación de un tejido cicatrizal, que puede llevar a obstrucción y finalmente a esterilidad.

Si esta enfermedad no se trata rápidamente, mediante el suministro de antibióticos, se pueden producir daños graves en el organismo, como infecciones del sistema nervioso central, corazón, hígado, articulaciones, entre otros⁽¹⁶⁾.

Mecanismos de transmisión

Dentro de los principales mecanismos de transmisión, se pueden mencionar:

- La vía sexual es la principal fuente de contagio.
- La madre puede transmitirla al recién nacido, ocasionándole la conjuntivitis gonocócica del recién nacido, cuando este pasa por el canal de parto.
- Por la anatomía femenina, puede haber propagación del exudado cervical al recto, ocasionado la gonorrea ano rectal.
- Esta también puede presentarse en las prácticas de sexo anal.
- La exposición sexual bucogenital, puede llevar a la gonorrea faríngea.
- El adulto puede autoinocularse la región ocular, a partir de la zona genital infectada, originando la gonorrea ocular⁽¹⁷⁾.

Tratamiento

Para el tratamiento de la gonorrea, se ha establecido el siguiente esquema:

- Cefpodoxima, 400 mg oral, o Ceftriaxona, 125 mg IM, o Fluoroquinolona (ejemplo ciprofloxacina, 500 mg oral)⁽¹⁾.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Agente etiológico y generalidades

Virus del Papiloma Humano (VPH), un conjunto de aproximadamente 70 virus agrupados por tener ADN y potencial carcinogénico y tumorigenicidad similares. Según Serman (2002), el VPH es la ITS más frecuente en la actualidad. La infección asintomática del cérvix producida por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva.⁽¹⁹⁾ Además, el hombre es portador, aunque en ocasiones puede verse afectado por tumoraciones de comportamiento benigno⁽²⁰⁾.

El VPH es el organismo que actualmente se señala como uno de los principales causantes del cáncer de cuello uterino. Debe tomarse en cuenta que de la cantidad de tipos descritos de este virus, no todos presentan este potencial oncogénico. Se ha asociado con lesiones malignas a largo plazo los tipos 16 y 18, principalmente, y con neoplasias benignas o de bajo grado a los tipos 6 y 11⁽²⁰⁾.

Los cambios cutáneos iniciales más característicos se describen como máculas y lesiones tipo verrugas planas abundantes y confluentes. En un principio se presentan cambios neoplásicos no invasores, pero con la progresión a lo largo de los años alrededor de un 50% cursan hacia una conversión maligna que se manifiesta como carcinoma de células escamosas⁽²¹⁾.

Periodo de incubación

Se estima que el tiempo de evolución para desarrollar lesiones capaces de generar un cáncer de cérvix va de los 5 a los 20 años⁽²¹⁾.

Diagnóstico

Debido al lento desarrollo hacia lesiones malignas, la realización del examen del Papanicolaou, en la que se toma una muestra citológica del cuello uterino, puede detectar cambios anormales de las células de esta mucosa. Otra forma de diagnóstico utilizada es el análisis histológico en el que se observen lesiones sugestivas de VPH ⁽²⁰⁾.

Manifestaciones clínicas

Puede cursar de manera desapercibida por varios años. La manifestación de síntomas se asocia a la progresión a carcinoma invasivo muy avanzado ⁽²⁰⁾.

Mecanismos de transmisión

El único mecanismo de transmisión es la Vía sexual ⁽²¹⁾.

Tratamiento

Dependerá del grado histológico en que se encuentre. Lesiones de bajo grado son tratadas de distintas formas, van desde a observación hasta la resección quirúrgica; de existir reincidencias se recomiendan terapias abrasivas ambulatorias. Lesiones de alto grado microscópicas se realiza un curetaje; en diagnósticos confirmados por biopsia se procede con una conización (una biopsia en forma de cono con la que se obtiene una mayor muestra de tejido). En lesiones con invasión primero se debe establecer en que etapa se encuentra la enfermedad, de esta manera se realizarán diversos abordajes, tomando en cuenta factores como la edad de la paciente, el deseo de conservar la fertilidad, entre otros ⁽¹⁹⁾.

SÍFILIS

Agente etiológico y generalidades

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria Treponema pallidum, a menudo es confundida con otras enfermedades ya que presenta una sintomatología similar a otras ⁽²²⁾.

Periodo de incubación

10 a 90 días. Después de un periodo de incubación de dos a seis semanas, aparece la lesión primaria, que con frecuencia conlleva adenopatía regional ⁽²²⁾.

Diagnostico

Se hace por medio de la identificación de Treponema pallidum mediante microscopía de campo oscuro, también se puede hacer usando pruebas serológicas como anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos de Treponema pallidum marcados con fluoresceína, detección de ADN de Treponema pallidum y pruebas serológicas no treponémicas como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Region)⁽²³⁾.

Manifestaciones clínicas

Puede cursar asintomática pero si no es tratada también puede dar las complicaciones que se asocian a esta enfermedad.

Fase primaria: Esta fase suele estar marcada por la aparición de una lesión ulcerada conocida como el chancro, es una lesión redonda, pequeña e indolora, puede presentarse una o varias lesiones. El tiempo de la aparición de este primer síntoma es en promedio de 21 días, y puede variar desde los 10 a los 90 días. Este chancro se cura solo, pero si la enfermedad no es tratada pueden desarrollarse las complicaciones⁽¹⁾.

Fase secundaria: Esta fase es caracterizada por irritaciones en piel y mucosas. Esta irritación generalmente no produce prurito. Habitualmente la lesión toma forma de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en las palmas de las manos y de los pies, aunque también pueden aparecer en otras zonas de la piel. Además el paciente puede presentar fiebre, dolor de garganta, cefalea, pérdida del cabello, pérdida de peso, astenia y adinamia.

Fase terciaria: Comienza con la desaparición de los síntomas de la fase secundaria. En esta

fase la sífilis puede lesionar órganos internos como cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones.⁽²²⁾

Mecanismos de transmisión

La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual, por contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sifilíticos de la persona enferma: al realizar sexo oral sin preservativo, al besar una boca con chancros, por inoculación accidental, o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta o a través del canal de parto.⁽²⁴⁾

Tratamiento

La penicilina benzatínica es el fármaco más utilizado para tratar la sífilis precoz, aunque este fármaco inyectado es más doloroso que la penicilina procaínica. Una sola dosis de 2.4 millones de unidades consigue la curación de más del 95% de los casos de sífilis primaria. Como la eficacia del antibiótico puede ser algo menor en la sífilis secundaria, algunos médicos aconsejan en este periodo de la enfermedad una segunda dosis de 2.4 millones de unidades una semana después de la primera inyección con sífilis precoz e infectados por el VIH pueden tener síntomas de recidiva después del tratamiento con penicilina benzatínica. Como el riesgo de recidivas neurológicas puede ser mayor en los sujetos infectados por el VIH, algunos expertos recomiendan analizar el LCR de los sujetos seropositivos al VIH y con sífilis en cualquier período, para indicar el tratamiento apropiado de las neurosífilis si se encuentra cualquier signo de sífilis del sistema nervioso central.

En los pacientes con sífilis precoz que tienen alergia a la penicilina se aconseja un ciclo terapéutico de dos semanas con tetraciclina o doxiciclina. Estas pautas son aparentemente eficaces aunque no se han realizado estudios comparativos y puede haber problemas para cumplir bien el tratamiento. Pocos estudios sugieren que la ceftriaxona (1 g/día por vía intramuscular o intravenosa durante ocho a 10 días) y la azitromicina (una sola dosis oral de 2g) sean eficaces contra la sífilis temprana. Los regímenes no penicilínicos mencionados

no han sido evaluados en personas infectadas de VIH, por lo cual deben usarse con precaución.

Sífilis latente tardía y sífilis tardía

Si se encuentran alteraciones del LCR, se debe aplicar el tratamiento de la neurosífilis. La pauta que se aconseja para la sífilis latente tardía con líquido cefalorraquídeo normal, para la sífilis cardiovascular y para la sífilis tardía benigna (gomos) es la penicilina benzatínica, 2,4 millones de unidades por vía intramuscular una vez a la semana durante tres semanas seguidas (7.2 millones de unidades en total). La doxiciclina o la tetraciclina (durante cuatro semanas) constituyen otra alternativa válida en los pacientes con alergia a la penicilina que presenta sífilis latente o sífilis tardía con LCR normal. Las personas infectadas por VIH y alérgicas a la penicilina que muestran sífilis latente o tardía, deben ser desensibilizadas y recibir dicho antibiótico si no se tiene seguridad del cumplimiento del régimen ni de su asiduidad para la vigilancia impresionante, mientras que la obtenida en la sífilis cardiovascular no es tan espectacular porque el aneurisma aórtico y la insuficiencia aórtica no pueden corregirse con el tratamiento antibiótico⁽²⁴⁾.

TRICOMONIASIS

Agente etiológico y generalidades

Es la presencia de protozoos flagelados, pertenecientes a la familia Trichomonadidae y al género *Trichomonas*, que parasitan el tracto digestivo y/o reproductor. En el ser humano ocurre la infección por tres especies: *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas tenax* y *Trichomonas hominis*⁽²⁵⁾.

Periodo de incubación

5 a 25 días.

Diagnostico

Las manifestaciones clínicas no son confiables para efectuar un diagnóstico exacto y la existencia de población asintomática hace necesario el uso de algún método de diagnóstico de demos-

tración del parásito. La confirmación de la tricomoniasis se efectúa mediante técnicas directas e indirectas ⁽²⁵⁾.

Manifestaciones clínicas

En la mujer existen 3 formas de presentación: asintomático, subclínica y vulvovaginitis. De 10 a 50% de las mujeres infectadas cursan asintomáticas. El cuadro clínico descrito en la tricomoniasis es la presencia de leucorrea de tipo purulento y espumosa, e irritación vaginal como características. Al examen ginecológico, la presencia de un cérvix alterado de aspecto edematoso, eritematoso y friable, con áreas puntiformes es patognomónico, pero su prevalencia de 2 a 3% no lo hace de ayuda en el diagnóstico ⁽²⁵⁾.

Mecanismos de transmisión

Contacto sexual principalmente, en forma ocasional puede ser contraída entre adultos, desde o a través de piscinas, aguas termales y por uso compartido de ropa interior, toallas etc ⁽²⁶⁾.

Tratamiento

El metronidazol es el tratamiento de elección en la tricomoniasis urogenital. La dosis más efectiva es de 250mg administrada 3 veces al día por vía oral y en el caso de la vaginitis, se debe agregar óvulos de 500 mg diariamente. El curso del tratamiento es de 5 a 7 días ⁽²⁶⁾.

HERPES VIRUS II

Agente etiológico y generalidades

El agente etiológico es el Virus herpes simplex tipo 2 (VHS-2) ⁽²⁷⁾. Existen diferentes tipos del VHS-2; la historia natural de la enfermedad va a depender de la variedad adquirida ⁽²⁸⁾. La historia clínica suele ser de poca ayuda como indicador de infección por VHS. No obstante, según la condición del sistema inmune del paciente, se van a encontrar dos tipos de manifestaciones clínicas: el primer episodio y recurrencias. El primer episodio hace referencia a una infección primaria, en un paciente sin positividad previa para anticuerpos de VHS; la recurrencias se encuentran en pacientes con

un episodio en el que se demuestre la presencia de anticuerpos contra VHS durante el mismo, además de conocer la existencia de infecciones previas (sea por serología positiva o historia de infección por VHS no genital) ⁽²⁷⁾.

Por lo general, cura espontáneamente en 1 a 3 semanas. ⁽²⁹⁾ Es una de las ITS más comunes en el mundo. Alrededor de dos tercios de las infecciones primarias son asintomáticas ⁽³⁰⁾. La prevalencia aumenta con la edad, así como aumenta asociado al inicio de relaciones sexuales ⁽³¹⁾. El VHS es probablemente una de las ITS más conocidas, sin embargo es importante hacer notar la existencia de un tipo que es predominantemente de transmisión sexual, el cual puede pasar asintomático durante el primer episodio, sin embargo puede quedar latente, de ahí la importancia de la prevención de su contagio.

Periodo de incubación

Aproximadamente de 3 a 7 días, tiempo en el cual se inicia la manifestación de los síntomas ⁽²⁹⁾.

Diagnóstico

Observación de la lesión característica. Asimismo, pruebas serológicas realizadas posterior a la obtención de sangre venosa, en las que se detectan anticuerpos contra VHS ⁽³⁰⁾.

Manifestaciones Clínicas

Las lesiones suelen iniciar con enrojecimiento de la región afectada, posteriormente se forman pápulas que evolucionan a vesículas que posteriormente se rompen y forman una ulceración. Generalmente es muy dolorosa ⁽²⁹⁾.

Mecanismos de transmisión

Se transmite por contacto sexual, también por contacto orogenital, con fluidos o mucosas que se encuentren contaminadas con el virus ⁽²⁷⁾.

Tratamiento

La abstinencia sexual durante el periodo en que se tiene los síntomas, como prevención, es una de los tratamientos más importantes ⁽³⁰⁾. Asimismo,

durante la infección demostrada se recomienda el uso de antivirales como el aciclovir ⁽³¹⁾.

ESTADÍSTICAS

1. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual son la mayor causa de la infección de los órganos de la reproducción, teniendo esto un impacto muy importante en la salud reproductiva. Cada año se estima que aparecen 400 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables, el 90 % entre los 15 – 30 años, y sobre todo en menores de 25 años, solteros y sexualmente activos, además de los niños que nacen infectados⁽³⁵⁾. Ocurriendo aproximadamente en un 16 % en mujeres en la edad reproductiva, y algunas de sus complicaciones son, el embarazo ectópico y el cáncer cervical, los cuales representan una causa importante de mortalidad. En América Latina y el Caribe este porcentaje donde 15 de cada 100 personas en edad reproductiva presentan alguna enfermedad por transmisión sexual. Además, las tasas de infección, en algunas regiones del mundo en desarrollo, son hasta tres veces más altas que en el mundo desarrollado⁽³⁶⁾. De lo anterior se observa que como ocurre con los casos de SIDA, Las ITS en los Adolescentes es muy frecuente según las estadísticas generales que incluyen esta población.

2. VIH/SIDA

Es cada vez más evidente que, aunque casi todos los países están afectados por el VIH- SIDA, el virus se propaga de forma muy diferente en las distintas partes del mundo. Se dan incluso grandes diferencias en las modalidades de propagación entre comunidades y zonas geográficas de un mismo país. Las últimas estadísticas de la epidemia mundial de SIDA y VIH fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en Julio de 2008, y se refieren al finales de 2007, muestran la prevalencia de este padecimiento en el grupo de 15 a 49 años ⁽³²⁾, en las diferentes regiones del mundo. Este dato muestra que la población de adolescentes de 15 a 18 años es representativa en los casos de SIDA. A nivel

mundial se estima que 1 de cada 100 adultos viven con este padecimiento, que muy probablemente lo hayan adquirido siendo adolescentes. En el caso de América Latina alrededor 1,7 millones de niños y adultos infectados y una tasa de mortalidad a finales de 2007 de 63.000 personas⁽³²⁾. En Costa Rica por cada 10.000 habitantes hay 2.7 habitantes han contraído el virus del VIH/SIDA, según el último informe del Estado de la Nación⁽³³⁾. En el país se distinguen varios grupos en condiciones de vulnerabilidad: homosexuales, trabajadores del sexo, personas privadas de libertad, usuarios de drogas, niños, niñas y adolescentes, niños y niñas huérfanos explotación sexual o en riesgo social, población adolescente, mujeres, personas con discapacidad y población migrante⁽³⁴⁾. No se tienen estadísticas claras de los casos de SIDA en adolescentes costarricenses.

MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE ITS Y SIDA

Para la prevención de ITS y SIDA son importantes los métodos anticonceptivos de barrera y aun más efectivo es la abstinencia. Sin embargo, los adolescentes se interesan más en estos con el fin de evitar embarazos y no como métodos de prevención de ITS⁽³⁷⁾. Dentro de los métodos de barrera se conoce el condón masculino más tradicional y el femenino, los geles con nonoxinol-9; asimismo para prevención del Síndrome de Papiloma Humano se ha desarrollado la vacuna.

Abstinencia

Según Santelli, la abstinencia puede definirse en términos conductuales como “posponer la relación sexual” o “nunca haber tenido una relación sexual vaginal”; o bien, abstenerse de coitos sexuales posteriores si ya se tuvo experiencias sexuales⁽³⁸⁾. Para el Instituto Tecnológico de Monterrey existen varios tipos de estrategias que confieren diversos grados de “garantía” en la prevención de la infección por VIH y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), para ellos la garantía absoluta se obtiene en la abstinencia sexual, la cual ofrece una efectividad del 100% en la prevención de infección por VIH y de enfermedades de transmisión sexual⁽³⁹⁾.

Se considera que el inicio de la actividad sexual activa debería posponerse a edades adultas en donde exista en la persona una mayor capacidad de toma de decisiones, esto como una medida de prevención contra el VIH⁽⁴⁰⁾.

Una publicación realizada sobre los países africanos en donde se estudio la influencia de las exhortaciones de abstinencia, se evidenció una disminución por la infección de VIH, pero en otros países donde la edad de inicio de la relación sexual era muy temprano había menores índices de infección, porque hubo concomitantemente una disminución del número de parejas sexuales, agregado al uso correcto del condón, por lo que el estudio concluyó que las disminuciones de frecuencia de VIH probablemente se debían más que nada a una disminución del número de compañeros o compañeras; aunque la abstinencia, la postergación de la iniciación sexual y el uso de condones con compañeros o compañeras no habituales también contribuyeron a las disminuciones⁽⁴¹⁾.

Un estudio realizado en cuatro universidades de Ecuador evidenció la tendencia de la población a desconocer la abstinencia como un método de medida preventiva para el contagio de VIH, sólo un 29% lo considera o conoce, mientras que sólo un 17% se aferra a esta práctica, siendo un porcentaje mayor las mujeres, pero en general lo que se desprende es que la abstinencia es de las medidas menos consideradas por ambos sexos⁽⁴²⁾.

En otro estudio realizado en jóvenes entre 15 y 20 años los autores encontraron que tan sólo 3,7% de los jóvenes (sexo masculino) la consideran como primera opción que la estrategia más eficaz para evitar la transmisión sexual del virus del sida, mientras que ninguna de las mujeres la considera. Ya como segunda medida los porcentajes aumentan siendo para mujeres un 17,7 y un 18,5 para los hombres⁽⁴³⁾.

El estudio realizado por Society for Adolescent Medicine concluyó que a pesar de que la abstinencia sea el método que teóricamente evita la infección por VIH en un 100 %, en lo que corresponde a la práctica no tiene una

eficacia alguna, lo que hace que estas políticas contradigan las investigaciones científicas en lo que corresponde a la prevención del VIH⁽⁴⁴⁾.

Condón femenino

En 1993, en EEUU se estudio el condón femenino y se estimó que reduce en un 97% la tasa de ITS. Este método anticonceptivo en cuanto a prevención de ITS ha sido muy aceptado según estudios recientes en mujeres que asisten a clínicas de planificación familiar. Sin embargo, en general de todos estos estudios la aceptabilidad del condón femenino ha sido de un 52 a 95 %⁽⁴⁵⁾.

Posteriormente se realizó un estudio en New York en mujeres de alto riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual ellas eran VIH negativo y mayores de 17 años y con las siguientes condiciones: que hayan tenido sexo anal o vaginal en los tres meses anteriores, y que al menos en el año anterior hayan estado en alguno de los siguientes factores de riesgo; que le hayan diagnosticado una enfermedad de transmisión sexual, que haya tenido más de tres compañeros sexuales, drogas intravenosas, sexo con una persona promiscua o que se inyecte droga. El estudio consistió en dar información a estas mujeres sobre el dispositivo y uso y luego se les hizo entrevistas acerca de cómo percibían el método anticonceptivo. Sin embargo, no se menciona cuantitativamente la efectividad del condón femenino en prevención de ITS y SIDA, solamente se asume que por ser un anticonceptivo de barrera previene estas enfermedades⁽⁴⁵⁾.

Con respecto a la percepción del condón femenino se han realizado estudios en jóvenes universitarios, y según esta observación cualitativa se demuestra que el uso de este dispositivo no es de mucha aceptación para los hombres y les parecería más su uso en ocasiones y el uso del condón masculino cuando el sexo es consistente. Y esto es expresado por esta población joven a pesar de no haberlo usado aunque sí se argumenta que es importante en prevención de enfermedades de transmisión sexual y se cree hay preferencia en general por el condón masculino porque ha sido utilizado más popularmente durante más tiempo, además que el femenino es de mayor costo⁽⁴⁶⁾.

En 1996-1998 se realizó un estudio más cuantitativo para observar la eficacia del condón femenino como barrera al semen. Los resultados de este estudio es que el condón femenino previene de un 79% a un 93% la exposición de semen, este lo lograron mediante la medición en el fluido vaginal de antígeno específico prostático antes y después del uso del condón. Además en este estudio se sugiere que hay más exposición de semen cuando hay problemas de uso⁽⁴⁷⁾.

Condón masculino

El condón masculino es de mayor popularidad, sin embargo, según el Ministerio de Salud el 50% de los adolescentes tiene relaciones sexuales antes de los 18 años sin uso del condón⁽⁴⁸⁾.

En 1980 se realizó un estudio de permeabilidad y epidemiología que en el servicio de Salud Pública de EEUU y se comprobó que hay mayor incidencia de enfermedades como SIDA, gonorrea, uretritis no gonocócica y herpes genital, cuando no se usaba condón. Sin embargo, haciendo referencia a otros estudios es muy baja la efectividad del condón en contra del SIDA. En este estudio no se demuestran resultados posteriores a las charlas y videos para prevenir el SIDA y ITS con el uso del condón, sin embargo, se menciona que el hecho ser un anticonceptivo le da mucha aceptación entre las personas⁽⁴⁹⁾.

También se realizó un estudio en mujeres con ITS como el virus de papiloma humano, Gonorrea, Sífilis, displasia cervical y SIDA que se encontraban en la cárcel en EEUU, de estudio realizado mediante entrevistas y exploración clínica de cada mujer, se concluyó que el 72% de estas mujeres practicaron sexo sin usar condón y proponen este método de barrera como medida de prevención de ITS como estas⁽⁵⁰⁾.

Nonoxinol- 9

El nonoxinol-9 es un espermatocida y se han realizado estudios para ver si también funciona como microbicidas y así sea efectivo en prevención de ITS.

Se hizo un estudio experimental en prostitutas VIH negativas, utilizaron una película con 70mg de nonoxinol-9 colocado en la vagina antes del

coito, donde también el compañero usó el condón esto en el 90% de los casos y además había un film placebo Las mujeres fueron evaluadas durante un mes se les realizaron pruebas de ADN en la vagina y endocervix para investigación por clamidia, gonorrea y VIH. Los resultados de ambos nonoxinol-9 y placebo indicó que no existe reducción de esas ITS con el uso de film con nonoxinol-9. ⁽⁵¹⁾ Otro estudio muy similar con geles de nonoxinol vaginales se realizó con prostitutas en Kenya y los resultados fueron muy similares, no hubo diferencias significativas con el grupo placebo, sin embargo se encontró una menor incidencia de eritema vaginal en mujeres que usaron nonoxinol. Además se encontró mayor incidencia de gonorrea en el grupo con nonoxinol-9; e igual incidencia de otras enfermedades como tricomoniasis, candidiasis, sífilis y VIH-1⁽⁵²⁾.

También se ha evaluado la tolerabilidad de nonoxinol-9 en condones lubricados, por lo que estos estudios indican que también algunos condones masculinos pueden tener lubricación de nonoxinol-9⁽⁵³⁾.

Un estudio se realizó comparando la efectividad del condón sólo y el condón con nonoxinol-9 en la prevención de gonorrea y clamidia.. En este caso el estudio se realizó en mujeres que estaban en alto riesgo y que no fueran prostitutas. Los resultados indicaron que el nonoxinol-9 no era efectivo en la prevención de gonorrea ni clamidia⁽⁵⁴⁾.

Vacuna del papiloma humano

Dos de las posibles vacunas que se encuentran en estudio son: a) Vacuna profiláctica para prevenir la infección, generalmente encaminada a generar anticuerpos neutralizadores de la proteína L1 MAJOR CAPSID y b) vacunas terapéuticas incluyendo CTLs, por lo general contra las oncoproteínas virales E6 y/o E7 presentes en displasias asociadas a VPH y lesiones cancerosas, y responsables de la transformación maligna⁽⁵⁵⁾.

En el caso de las vacunas profilácticas han desarrollado dos: Gardasil® (Merk, White house Station NJ, USA), aprobada por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) en junio del 2006 y en

Costa Rica se introdujo en el 2007 y Cervarix® (GlaxoSmithKline [GSK], Rixensart, Belgium) la cual fue aprobada por la Agencia Europea de medicamentos (EMA) en septiembre de 2007⁽⁵⁶⁾.

Ambas poseen partículas de proteína L1 similares al virus (VLPs) que carecen de ADN viral de tipo oncogénico, aunque ambas usan como base VLPs de VPH tipo 16 y 18; Gardasil® además VLPs del tipo 6 y 11⁽⁵⁷⁾. Cerca del 70% de todos los casos de cáncer de cérvix pueden ser atribuidos a los VPH tipo 16 y 18 los cuales son clasificados como de riesgo oncogénico alto y cerca de un 90% de las verrugas genitales están asociadas con VPH tipo 6 y 1, que son de bajo riesgo oncogénico⁽⁵⁸⁾.

Aunque ambas muestran una alta eficacia, todavía quedan algunas dudas o detalles por aclarar como lo es el caso del efecto en la población masculina que aunque en algunos países ha sido aprobado su uso en hombres no hay estudios que lo respalden⁽⁵⁶⁾. Esto debido a que aunque este virus ataca a los hombres casi tanto como a las mujeres; pero los síntomas son casi imperceptibles, causando verrugas genitales, o cáncer de pene el cual representa tan sólo un 0.5% de cáncer en los hombres⁽⁶¹⁾. Para el caso del tiempo de viabilidad para la protección se han usado modelos que muestran una eficacia de 4.5 años para Cervarix® y de 5 años para Gardasil®⁽⁵⁹⁾. Según los modelos usados por Brisson, el uso de una vacuna profiláctica contra VPH tipo 6, 11, 16 y 18 tiene el potencial de reducir significativamente las verrugas genitales, la neoplasia cervical intraepitelial y el cáncer cervical. Sin embargo los beneficios (particularmente en términos de reducción de cáncer cervical) son altamente dependientes de la duración de la protección brindada por la vacuna, para lo cual la evidencia es limitada. Las recomendaciones concernientes a la vacunación contra VPH deben tomar en cuenta la incertidumbre con respecto a la eficacia de la vacuna a largo plazo. Si se da una vacunación masiva contra VPH, debe haber continuar el monitoreo de cáncer cervical aun en mujeres vacunadas, y es esencial el uso de dosis de refuerzo⁽⁵⁸⁾.

Tanto para Cervarix® como para Gardasil® no se recomienda su administración en mujeres embarazadas debido a la falta de información⁽⁵⁶⁾.

Otra de las dudas al respecto es la edad indicada para vacunar la cual se espera que sea antes del inicio de la vida sexual sin hacerlo desde muy temprana edad debido a la vida media efectiva de las vacunas.

En el caso de las vacunas terapéuticas aunque hay muchas opciones diferentes, por el momento no hay ninguna en el mercado debido a que su desarrollo es más difícil debido a que las lesiones son heterogéneas, genéticamente inestables y por las estrategias de evasión inmune del virus⁽⁵⁷⁾.

VPH se ha encontrado como una causa necesaria para el desarrollo de cáncer cervical, lo que implica que el cáncer cervical no se desarrollará en ausencia de ADN de VPH, aunque este no sea, la causa suficiente para su desarrollo. Debido a que el cáncer cervical es precedido por el desarrollo de la infección de VPH que es predominantemente transmitida sexualmente, el cáncer cervical entra en el perfil de enfermedad de transmisión sexual⁽⁶⁰⁾.

Es casi imposible evitar el contacto con el VPH; como ejemplo, tan sólo los tipos virales mucosos se encuentran en alrededor de 75% de la población femenina de E.U.A., siendo estas mujeres capaces de eliminar el 80% del VPH a lo largo de dos años⁽⁶²⁾.

Otros datos terapéuticos importantes en Medicina es que una de esas vacunas se utiliza para desarrollar anticuerpos contra E6 y E7, responsables de malignización de las células infectadas por el virus. Las vacunas de ADN tienen el objetivo de generar una respuesta antígeno-específica (immunoterapia). La administración "intradermal" de la vacuna busca a las células presentadoras de antígeno las cuales se encargan de activar los linfocitos helper. También se busca activar a los NK (natural killers).

Se ha diseñado una vacuna de ADN que codifica calreticulina (CRT) la cual esta ligada a E7 del HPV16 y que genera una potente respuesta inmune específica para E7 por parte de los linfocitos CD8+ y también efectos antitumorales cuando hay un tumor expresando esta proteína. El papel de E6 es también fundamental en la acción

del virus y por ello se trata de hacer una vacuna que contenga el ADN que codifique el CRT ligado a E6 (CRT/E6). Al mapear el dominio inmunológico del epitopo de E6 se reveló que los aminoácidos 48 a 57 (E6 aa48-57) forman el péptido óptimo (o sea que son los más importantes) y que los aminoácidos del 50 al 57 son la secuencia mínima requerida para la activación de los linfocitos T CD8 específicos para E6.¹¹ Los resultados arrojados por el estudio prueban que la vacunación con CRT/E6 de ADN mas no la forma CRT/mtE6 (este carece de los aminoácidos del 50 al 57) puede proteger los ratones (que fueron los sujetos de prueba en este experimento) contra los tumores que tiene células que expresan E6. Esta vacuna es eficaz para controlar la infección del HPV y también las lesiones asociadas⁽⁶³⁾.

MARCO LEGAL DE ITS Y VIH/SIDA EN COSTA RICA

Se presenta un conflicto y escasez legal, en cuanto a esta situación; a excepción del caso independiente del VIH-SIDA, donde todas las enfermedades (ITS) son tratadas por igual.

Existe un único tipo penal para castigar a aquella persona que, sabiendo que padece una enfermedad venérea, contagiare a otro. Esto se conoce como el delito de Contagio Venéreo⁽⁶⁴⁾. No se hace ninguna distinción acerca de cuál enfermedad hace referencia, ni el “cómo” del contagio. Este es considerado como una lesión hacia otra persona y es perseguible únicamente a instancia privada.

Si esta persona portadora de una enfermedad infecto-contagiosa, conoce de dicho estado (ya que si el mismo portador no esta consiente de su estado por no haberse hecho las pruebas necesarias, no podría constituir en un delito típico) infectase a otro persona mediante una donación de sangre o sus derivados, semen, leche materna, tejidos u órganos; o manteniendo relaciones sexuales con otra persona sin informarle de la condición de infectado, incurrirá en un delito contra la Salud Pública, consignado como propagación de enfermedades infecto-contagiosas⁽⁶⁵⁾.

La distinción entre uno y otro tipo penal, es un poco leve, y abría que recurrir a estudiar el caso concreto y lo que ha dicho las autoridades (Jurisprudencia). Básicamente se podría decir que el distintivo es la gravedad de la enfermedad infectada y que tanto esta implica un riesgo grave para la vida de la otra persona. Siendo penado más fuertemente si se considera un delito contra la Salud Pública. En dado caso se necesitaría solicitar un perito médico para ayudar a determinar las consecuencias de las mismas.

A partir del año 1998, mediante la creación de la Ley 7771, dado a la importancia especial que se dio al tema, se creó una ley especial con el objeto de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus del VIH y el Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República⁽⁶⁶⁾.

Esta ley, más que dar un lineamiento en cuanto al castigo y sanción por este tipo de contagios, lo que busca es regular las condiciones, deberes y derechos de las personas portadoras de esta enfermedad. Busca proteger su Principio Constitucional de la Igualdad en el trato de las Personas, y la protección de los Derechos Internacionales a garantizar una condición de vida aceptable.

El Estado debe velar por la atención de estos pacientes, brindarles no sólo la ayuda médica, sino la preparación e información necesaria que conlleva tener esa enfermedad al igual que guiarlos para poder transmitir dicha noticia.

Es obligación del Ministerio de Salud y demás entidades públicas y privadas, coordinar los servicios y programas de prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH⁽⁶⁷⁾.

Protección legal al adolescente

El contexto legal en el que se enmarcan los casos de ITS y SIDA en los adolescentes, es el delito sexual.

Cuando una persona es víctima de un delito de índole sexual tiene el derecho de ser tratada de forma competente y evitar cualquier procedimiento que tienda a revictimizarla (toda acción u omisión que empeore el estado físico y/o psíquico de la víctima). La persona ofendida por agresión sexual sufrió una experiencia traumática de la que no fue responsable, por lo que tiene derecho a recibir una atención rápida y confidencial⁽⁶⁸⁾.

Las leyes costarricenses especifican diversos delitos de índole sexual según las características inherentes a los hechos así como características particulares de las víctimas.

El delito de violación sexual que consiste en que:

- El agresor introduce el pene en la vagina, la boca o el ano de la víctima.
- El agresor obliga a la víctima a practicarle estos actos a él.
- El agresor le introduce uno o varios dedos u objetos en la vagina o el ano a la víctima.

Los niños, las niñas y los adolescentes están especialmente protegidos por la ley, por lo que siempre es un delito de violación sexual si el acto es cometido contra un niño o niña menor de doce años de edad, sin importar que haya consentimiento por parte del mismo. También se comete violación sexual cuando el agresor utiliza fuerza física contra la víctima, la inmoviliza o le infunde temor mediante amenazas para lograr los actos sexuales supracitados.

El delito de Abuso Sexual, que se da cuando una persona realiza actos con fines sexuales con personas menores de edad o personas mayores de edad que no están capacitadas para comprender el alcance de sus actos. Este delito se diferencia del anterior, porque en él, no hay penetración⁽⁶⁹⁾.

Según el Código de la Niñez y Adolescencia, los niños, niñas y adolescentes así como personas de la tercera edad o con discapacidades están especialmente protegidos por la ley y deben ser tratados en todo momento de forma especial⁽⁷⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La educación sexual dirigida a las personas durante la adolescencia no es solo un deber, sino también un derecho que garantiza la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, además el disfrute de su sexualidad plena que forma parte de la salud física y mental de las personas. Educar sobre sexualidad no es sinónimo de incentivar a los y las adolescentes a iniciar sus prácticas sexuales coitales, por el contrario es la forma de prevenir actos irresponsables que impliquen consecuencias graves para la salud, con el consecuente costo económico y social, de manera que si un adolescente conoce los métodos de planificación y sabe cómo utilizarlos, sólo está disfrutando de su derecho a la sexualidad responsablemente.

Dentro del marco legal se puede concluir que a pesar de las problemáticas que existen hoy en día y el aumento de riesgos en cuanto a las transmisiones de enfermedad sexual, el derecho y la normativa parece ir atrás de las necesidades de los posibles afectados, y facilitar otros medios, ágiles y especiales para esta problemática. Todo parece indicar que se espera que las campañas del Ministerio de Salud logren ser más efectivas y tengan un impacto positivo en las campañas de prevención más que un cambio en las leyes.

AGRADECIMIENTO:

A la Dra. Grettchen Flores Sandí y al Dr. Allan Chaves Moreno, profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, por su apoyo como tutores de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- CCSS. Departamento de Salud. (2005). Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios en Atención de Adolescentes con énfasis en VIH/SIDA. San José, Costa Rica.
- 2- Cortés, A., García, R., Fullera, R. y Fuente, J. (2000). Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes revista cubana medicina trop., 52(1), 48-54.
- 3- Gonçalves, S., Castellá, J. y Carlotto, M. S. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. 41(2),161-166.
- 4- Leoni, L., Martello, G., Jakob, E., Cohen, J. y Aranega, C. (2005). Conductas Sexuales y Riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.
- 5- Moscoso, M., Rosario, R. y Rodríguez, L. (2001). Nuestra Juventud Adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? Interamerican Journal Psychology. Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Latinoamericanistas. 35(002), 79-91.
- 6- Stern, C., Fuentes, C. y Lozano, L. R. et al. (2003). Masculinity and sexual and reproductive health: a case study among adolescents of Mexico City. Salud Pública, México. 45(1), 34-43.
- 7- Torres, P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P. y Bertozzi, S. M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Pública México. [cited 2008-10-19] 48, 308-316.
- 8- Caballero, R. y Villaseñor, A. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. México. Revista Saúde Pública. 35(6), 531-8 531.
- 9- Florez, C. E. (2005). Socioeconomic and contextual determinants of reproductive activity among adolescent women in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 18(6), 388-402.
- 10- Théodore, F. L., Gutiérrez, J. P., Torres, P. y Luna, G. (2004). El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. Salud Pública México. 46, 104-112
- 11- Berger, E. A, Murphy, P. M. y Farber, J. M. (1999). Chemokine receptors as HIV-1 coreceptors: roles in viral entry, tropism, and disease. Annu Rev Immunol, 17, 657.
- 12- Letvin, N. L. y Walker, B. D. (2003). Immunopathogenesis and immunotherapy in AIDS virus infections. Nat Med. 9, 861.
- 13- Grossman, Z., et al. (2002). CD4+ T-cell depletion in HIV infection: are we closer to understanding the cause?. Nature Medicine, 8, 319.
- 14- Castilla, J., Sobrino, P., Lorenzo, J. M. et al. (2006). Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. Anales Sis San Navarra. [online]. 29(1).

- 15- Hook, E. W. (1985). III, Holmes KK: Gonococcal infections. *Ann Intern Med* 102, 229.
- 16- Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines. (2002). *MMWR* 51(RR-6): 1.
- 17- Centers for Disease Control and Prevention: Screening test to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. (2002). *MMWR* 51 (RR-15): 1.
- 18- Kasper, D. et al. (2006). *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México : McGraw Hill.
- 19- Serman, F. (2002). *Cancer Cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del Virus Papiloma Humano: Perspectivas en prevención y tratamiento*. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, 67(4).
- 20- Abbas, A., Fausto, N. y Kumar, V. (2005). *Robbins and Cotran's Pathologic Basis of Disease*. (7ª ed).
- 21- Ball, E. (1999). *Virus Papiloma Humano: Biología molecular, genética y mecanismo oncogénico*, Parte II. *Dermatología Venezolana*, 37(1).
- 22- Centros para el control y la prevención de enfermedades, *Enfermedades de Transmisión Sexual – Sífilis*, (2004), <http://www.cdc.gov/STD/Spanish/STDFact-Syphilis-s.htm> [Última Consulta: Lunes, 06 de octubre de 2008]
- 23- Carrada, T. (2003). Sífilis: Actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 46(6), 236-2423.
- 24- Kasper, D., Braunwald, E. et al. (2006). *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: Mc Graw Hill.
- 25- Atías, A. (2006). *Parasitología Médica*. Santiago, Chile: Mediterraneo.
- 26- Vázquez, Fernando. Lepe, José et al. (2007). Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual. *Enfermedades Infecciosas Microbiológicas Clínicas*, 26(1), 32-37.
- 27- Halioua, B. & Malkin, J. E. (1999). Epidemiology of genital herpes: Recent advances. *European Journal of Dermatology*, 9(3).
- 28- Conde, C., Hernández, M., Hernández, C., Juárez, L., Lazcano, E. & Smith, J. (2003). Seroprevalencia de la infección por el virus herpes simplex tipo 2 en tres grupos poblacionales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5).
- 29- Abbas, A., Fausto, N. y Kumar, V. (2005). *Robbins and Cotran's Pathologic Basis of Disease*. (7ª ed.). (Abbas et al, 2005).
- 30- Ashley, R., Corey, L., Selke, S., Wald, A. & Zeth, J. (1995). Virologic characteristics of subclinical and symptomatic genital herpes infections. *NEJM*. 333(12).
- 31- Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Jameson, J., Kasper, D. y Longo, D. (2006). *Harrison. Principios de Medicina Interna*. (16ª ed). México : McGraw-Hill.
- 32- Organización Mundial de la Salud. "Cálculos de VIH/SIDA mundial" <http://www.avert.org/estadisticas-sida.html>. (Consultado el: 5 de octubre 2008).

- 33- Estado de la Nación. "Compendio Estadístico 2007" <http://www.estadonacion.or.cr/InformesPDF/XInforme/Compendio.pdf>. (Consultado el: 26 setiembre de 2008).
- 34- ONUSIDA. (2006). "Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Asistencia del VIH-SIDA".
- 35- Fernández, M. Enfermedades de Transmisión Sexual. www.aibarra.org/Apuntes/Salud-Publica/trabajo_ETS.ppt(Consultado el: 1 octubre de 2008).
- 36- El diario del Otún. "No olvide otras enfermedades sexuales". http://anteriores.eldiario.com.co/bodyindex.php?anteriores=2008-08-10&id_noticia=2247&nombre=noticias&padre=97 (Consultado el: 3 de octubre de 2008).
- 37- Gras, M, Soto J, (2002). Planes, M Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Anuario de Psicología ,ISSN 0066-5126, Vol. 33(1), 97-110.
- 38- Santelli, J. et al. (2006). Políticas y programas de educación basada en la abstinencia: Un documento de posición de la Sociedad de Medicina del Adolescente. Revista de Salud Adolescente, 38, 83-87.
- 39- Tecnológico de Monterrey, México. (2007). Posición del Tecnológico de Monterrey Respecto a las Estrategias de Prevención en el Aspecto Sexual Dirección de asuntos estudiantiles.
- 40- Fajardo, E. (2006). Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua. *Invet. pens. crit.* 4, 03-12.
- 41- Daileader, C. (2003). Youth.now. Abstinencia y postergación de la iniciación sexual. Número 8. Arlington, EE.UU.
- 42- Miranda, J. (2008). El VIH/SIDA en las Universidades del Ecuador. PNUD- CIMUF.
- 43- Planes, M. et al. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *C. Med. Psicosom*, 71/ 72, 76-85.
- 44- Santelli J et al. (2006). Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*. 38, 72-81
- 45- Van Devanter, N., González, V., Merzel, C., Parikh, N. y Celantano, D., Greenberg, J. (2002, January). Effect of an STD/HIV Behavioral Intervention on Women's Use of the Female Condom. *Am J Public Health*. 92(1), 109–115.
- 46- Fernández, M., Faílde, J., Garrido, M., Saco, A. y Rodríguez, Y. (2005). A qualitative study of the viability of usage of the female condom among university students *Int J Clin Health Psychol*, 6(1).
- 47- Macaluso, M., Lawson, M., Louise, G., Duerr, A., Hammond, K., Blackwell, R. y Bloom, A. (2003). Efficacy of the Female Condom as a Barrier to Semen During Intercourse. *American Journal of Epidemiology*. 157(4), 289-297.
- 48- ONUSIDA. (2006). "Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Asistencia del VIH-SIDA".

- 49- Solomon, M. y Dejong W. (1989). Preventing AIDS and Other STDs through Condom Promotion: A Patient Education Intervention. *Am J Public Health*, 79, 453-458.
- 50- Bickell, N., Vennund, S., Holnes, M., Safyer, S. y Burk, R. (1991). Human Papillomavirus, Gonorrhea, Syphilis, and Cervical Dysplasia in Jailed Women. *American Journal of Public Health*, 1, 1318-1320.
- 51- Roddy, R., Zekeng, L., Ryan, K., Tamoufé, U., Weir, S. y Wong, E. (1998). A Controlled Trial of Nonoxynol 9 Film to Reduce Male-to-Female Transmission of Sexually Transmitted Diseases. *The New England Journal of Medicine*, 339, 504-510.
- 52- Richardson, B. A., Lavreys, L., Martin, H. L. Jr, Stevens, C. E., Ngugi, E., Mandaliya, K, Bwayo, J., Ndinya, J. y Kreiss, J. K. (2001). Evaluation of a low-dose nonoxynol-9 gel for the prevention of sexually transmitted diseases: a randomized clinical trial. *PubMed*, 394-400.
- 53- Ward, H., De La Court, A y Kitchen, V. (1996). Nonoxynol-9 in lubricated condoms. Results of a study in female prostitutes. *PubMed*, 413-4.
- 54- Roddy, R., Zekeng, L., Ryan, K., Tamoufé, B. y Tweedy, K (2002). Effect of Nonoxynol-9 Gel on Urogenital Gonorrhea and Chlamydial Infection. *JAMA*, 287, 1117-1122.
- 55- Berzofsky, J. A., et al. (2004). Progress on new vaccine strategies against chronic viral infections. *J. Clin. Invest.* 450-462.
- 56- Chan W, et al. (2008, october). Estado actual de la vacuna recombinante contra el virus del papiloma humano. *AMC*, 5(4).
- 57- Winters U, et al. (2006). Progress in the development of a cervical cancer vaccine. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2(3), 259-269.
- 58- Brisson Marc, et al. (2007). Estimating the number needed to vaccinate to prevent diseases and death related to human papillomavirus infection. *CMAJ*, 5, 464-468.
- 59- Govan, V. A. (2008). A novel vaccine for cervical cancer: quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) recombinant vaccine (Gardasil®). *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 65-70.
- 60- Bosch FX, et al. (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*, 55, 244-265.
- 61- Partridge, J. M. y Koutsky, L. A. (2006). Genital human papillomavirus in men. *Lancet Infect Dis*. 6(1), 21-31.
- 62- Concha, M. (2007). Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Rev Chilena Infectología*, 24(3), 209-214.
- 63- Peng, S., Ji H., Trimble, C., et al. (2004, Aug.). Development of a DNA Vaccine Targeting Human Papillomavirus Type 16 Oncoprotein E6. *J. Virol.*, 78, 8468-8476.
- 64- Costa Rica. Código Penal. (2006). Artículo 130. (19º ed). San José, Costa Rica: IJSA.
- 65- Costa Rica. Código Penal. (2006). Artículo 264. (19º ed). San José, Costa Rica: IJSA.

- 66- Costa Rica. Ley General sobre VIH-Sida. San José, Costa Rica: Norma en formato digital proporcionado por Legiscom
- 67- Costa Rica. Ley General de Salud. San José, Costa Rica: Norma en formato digital proporcionado por Legiscom.
- 68- Rodríguez Miranda, Martín. (2007). Entrevista: Curso Derecho Penal Especial.
- 69- Costa Rica. Código Penal. (2006). Artículo 156 y 161. (19º ed). San José, Costa Rica : IJSA.
- 70- Costa Rica. Código de la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: Vista de la pagina del SINALEVI.http://www.pgr.go.cr/scij/index_pgr.asp.Ultima revisión octubre 2008

Abreviaturas: ITS¹, VIH/SIDA², VPH³, VHS⁴

- 1- Infecciones de transmisión sexual
- 2- Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida
- 3- Virus de Papiloma Humano
- 4- Virus de Herpes Simples

Abreviatures: STD⁴, HIV/AIDS⁵, HPV⁶, SHV⁷

- 4- Sexual Transmission Disease
- 5- Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
- 6- Human papiloma virus
- 7- Simples Herpes Virus