



## GONORREA (CIE 10: A54) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-MARZO, 2015

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 13 de 2015

### Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Determinantes Sociales de la Salud \(DSS\)](#)
- [Medidas de manejo y control](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

### DEFINICIÓN DE CASO

#### Caso Sospechoso:

Caso clínico o contacto de caso confirmado

#### Caso Confirmado:

En hombres: caso sospechoso con secreción uretral purulenta o muco purulenta confirmado con Gram.

En mujeres: caso sospechoso con secreción cervical purulenta o muco purulenta confirmada con laboratorio cultivo y/o antecedente de contacto con caso confirmado.

### MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal, diaria.

El médico tratante debe notificar cada caso con todos los datos contenidos en el Boletín ENO.

### CRITERIOS DE LABORATORIO

En hombres: tinción de Gram: la presencia de diplococos Gram (-) intracelulares en secreción uretral o conjuntival es evidencia suficiente de infección gonocócica. El hallazgo de diplococos Gram (-) extracelulares hace sospechar la presencia de infección gonocócica, pero requieren confirmación con cultivo. Cultivo para *Neisseria gonorrhoeae* en medio selectivo

En mujeres: cultivo de secreción endocervical para *Neisseria gonorrhoeae* en medio selectivo.

### Antecedentes generales

La gonorrea, también conocida como blenorragia, es producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Esta, es capaz de infectar diferentes tipos de mucosas, de preferencia la uretra en el hombre y el cuello uterino en la mujer. Pudiendo además encontrarse en el recto, conjuntiva, faringe y en la vulva y vagina de la mujer, dependiendo de las prácticas sexuales<sup>1</sup>. Su principal forma de transmisión es por relaciones sexuales no protegidas y ocasionalmente a través del conducto del parto en los recién nacidos.

En general, esta infección produce mayor sintomatología en hombres, lo que permite la consulta y tratamiento oportuno, en cambio, en las mujeres las manifestaciones son mayoritariamente asintomáticas, lo que retarda la consulta hasta que se producen complicaciones.

La conducta sexual de una persona puede incidir en el riesgo de contraer gonorrea, así como otras condiciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud, tales como la situación socioeconómica que pueden aumentar la vulnerabilidad a la infección.<sup>2</sup>

Para realizar el presente informe se utilizó la información de las bases ENO y las estadísticas vitales del Departamento de estadísticas e información en salud (DEIS), utilizando los códigos CIE 10: A54.

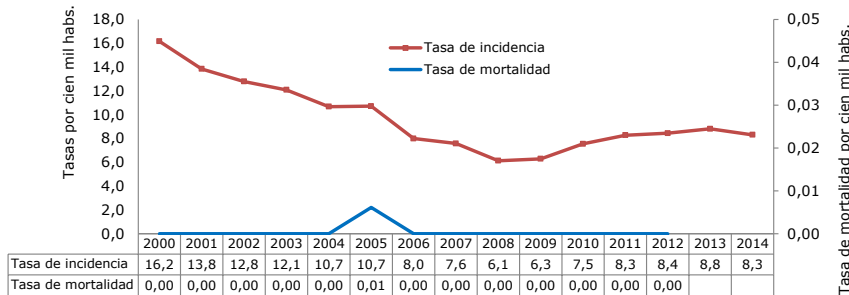
<sup>1</sup> Conde-González C, Uribe Salas F. Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual. Salud pública Méx . 1997 39(6): 543-579.

<sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention. 2011 Sexually Transmitted Diseases Surveillance. USA. 2012.

[Volver al Índice](#)

## Situación Epidemiológica

Gráfico 1: Tasas de incidencia y mortalidad por gonorrea. Chile 2000-2014



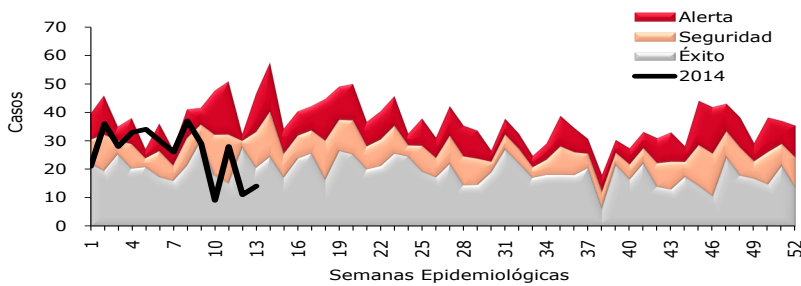
Desde el año 2000, se observa una tendencia progresiva a la disminución de las tasas de incidencia, estabilizándose a partir del año 2006 entre 7 y 8 por cien mil hab. Excepto en los años 2008 y 2009 donde se presentó una discreta variación hacia la disminución, para estabilizarse hasta 2013 y 2014 en cifras entre 8 y 9 por cien mil hab.

Con relación a la mortalidad, existe sólo un caso fallecido por esta causa el año 2005 con una tasa de 0,01 por cien mil hab. (gráfico 1).

2012 último año con datos de mortalidad disponible  
Años 2012-2014 datos provisorios  
Fuente: Base de datos ENO (DEIS) y Dpto. Epidemiología, DIPLAS, MINSAL, Chile.

## Situación hasta la semana epidemiológica (SE) 13 de 2015

Gráfico 2: Canal endémico de gonorrea, por semana epidemiológica. Chile, 2015 (datos provisorios SE 1 a 13)



Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.  
\*En el año 2014, se suman los casos del la SE 53 a la SE 52

En el período comprendido entre SE 1 a la 13 de 2015, se notificaron 342 casos de gonorrea, alcanzando una tasa de 1,9 por cien mil hab. Este número de casos, es inferior en un 23% a lo registrado en igual periodo del año 2014 (n=435) y en un 5% a la mediana del quinquenio anterior (n=1.428).

Según muestra el gráfico 2, los casos notificados por gonorrea presentan un comportamiento oscilante dentro de los límites de la zona de seguridad y alerta del canal endémico, no relacionándose a brotes reportados, sino a casos individuales.

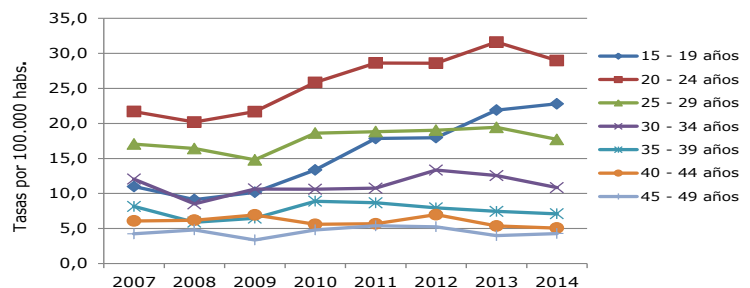
Desde la SE 12 el número de casos notificados se presentó en la zona de éxito; situación que probablemente cambiará dada la latencia en la notificación.

## Características de los casos

En general, todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) presentan las mayores tasas entre los 15 a 39 años de edad.

En gonorrea, desde el año 2007 las tasas más elevadas se muestran en el grupo de 20 a 24 años, observándose un constante aumento en los años siguientes. Destaca lo ocurrido en el grupo de 15 a 19 años, donde se observa un aumento sostenido de la tasa a partir del año 2009 con un valor máximo en el año 2014, superando al grupo de 25 a 29 años, este último grupo presenta una relativa estabilización de su tasa entre los años 2010 y 2014 (gráfico 3).

Gráfico 3: Tasas de incidencia de gonorrea según grupos quinquenales. Chile 2007-2014 (\*)



(\*\*) 2012-2014 datos provisorios  
Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

En el período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 1 a la 13 de 2015, se notificaron 342 casos de gonorrea, alcanzando una tasa de 1,9 por cien mil hab.

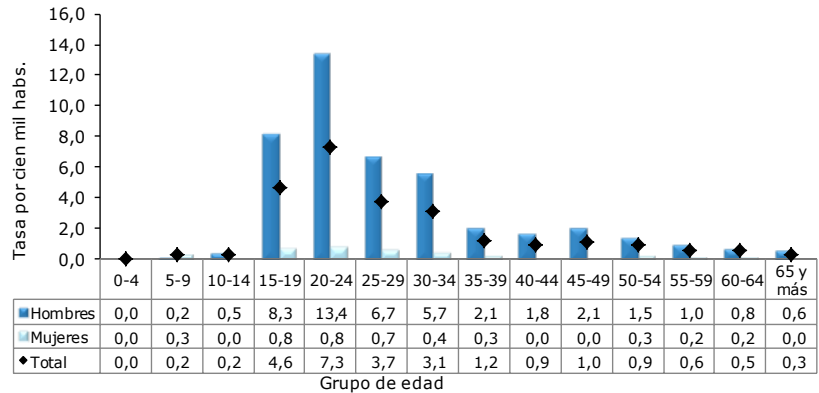
Este número de casos, es inferior en un 23% a lo registrado en igual periodo del año 2014 (n=435) y en un 5% a la mediana del quinquenio anterior (n=1.428).

[Volver al Índice](#)

Los hombres, concentran la mayor proporción de casos notificados, dada la presentación clínica sintomática en éstos. Hasta la SE 13 de 2015 mantuvieron ese patrón agrupando 92% del total de casos. Desde los 15 años en adelante, presentaron las mayores tasas de incidencia, siendo la más alta la del grupo de 20 a 24 años (13,4 por cien mil hab.), seguida por los adolescentes de 15 a 19 años ( 8,3 por cien mil hab.).

Con relación a la distribución por edad, 83% de los casos se concentra entre los 15 a 39 años, presentándose las mayores tasas en el grupo de 20 a 24 años con 7,3 casos por cien mil hab., seguida por el grupo de 15 a 19 años. A partir de los 45 años las tasas disminuyen (gráfico 4).

Gráfico 4: Tasas de incidencia específicas de gonorrea, según sexo y grupo etario. Chile, 2015 (datos provisorios, semanas 1 a 13).



Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

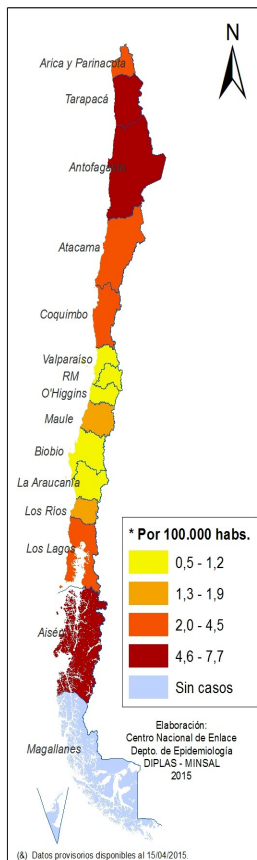
Hasta la SE 13, se notificó un caso de gestante en el total de notificaciones realizadas en mujeres y no se han presentado casos en menores de 1 año. Los menores de 10 años representan 0,9% del total de casos. Se debe tener presente que la infección gonocócica en menores debe alertar al equipo de salud, ya que puede ser producto de abuso o violación sexual.

**Análisis regional**

Según distribución geográfica, las mayores tasas de incidencia se presentaron en los extremos del país, en las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Aisén, superando 6 veces a la tasa nacional. Las otras regiones que sobrepasaron la tasa del país fueron las de Los Lagos, de Coquimbo y de Atacama (tabla 1 y figura 1).

Figura 1

Tasas\* incidencia gonorrea según región de ocurrencia. Chile, SE 1 a 13, año 2015 (&).



Destaca que desde el año 2011 en adelante, la región de Aisén mostró un gran número de casos, pero en los años 2013 y 2014 éste se ha mantenido estable. Ante esta situación, la región está desarrollando acciones integradas para la prevención y control de las ITS.

Tabla 1

Casos y tasas de incidencia de gonorrea, por región de ocurrencia. Chile, 2014-2015 (\*)

Región	Año 2015 (*)		Mediana de casos acumulada, años 2010-2014	Año 2014 (*)	
	Casos acumulados semanas 1 a 13	Tasa de incidencia (**)		Total Casos anuales	Tasa de incidencia anual (**)
Arica y Parinacota	9	3,8	7	35	14,9
Tarapacá	22	6,5	29	177	53,8
Antofagasta	48	7,7	17	119	19,4
Atacama	10	3,2	6	15	4,9
Coquimbo	35	4,5	29	96	12,6
Valparaíso	18	1,0	38	124	6,9
Metropolitana	86	1,2	106	393	5,4
O'Higgins	9	1,0	8	36	4,0
Maule	20	1,9	8	41	4,0
Bíobío	23	1,1	34	123	5,9
Araucanía	5	0,5	10	35	3,6
Los Ríos	6	1,5	10	24	6,0
Los Lagos	37	4,4	60	199	23,8
Aisén	8	7,4	13	51	47,5
Magallanes	0	0,0	1	4	2,4
<b>Total País</b>	<b>336</b>	<b>1,9</b>	<b>383</b>	<b>1472</b>	<b>8,3</b>

(\*) Datos provisorios

(\*\*) por cien mil hab.

Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile. □

[Volver al Índice](#)

## Determinantes Sociales de la Salud (DSS)



Al analizar los determinantes sociales de salud que se relacionan con aspectos conductuales y factores de riesgo para adquirir una ITS, en las regiones de Tarapacá y Aisén que presentan las mayores tasas, se destaca que:

La media de edad de iniciación sexual en las regiones de Aisén (19 años) y Tarapacá (18,8 años) son inferiores a la presentada por el país (20,6 años), situación que aumentaría el riesgo de adquirir una ITS en relación al inicio sexual más precoz. En este mismo punto, se destaca que en la región de Aisén las embarazadas menores de 15 años en control (1,7%), muestran el mayor porcentaje del país, doblando el valor nacional (0,8%) al igual que la región de Tarapacá (1,1%), lo que respalda en inicio temprano de la actividad sexual.

Si bien el uso de condón es una de las principales medidas de prevención de las ITS, en nuestro país la declaración de su uso en los últimos 12 meses es muy bajo (24%), destacándose que tanto en la región de Tarapacá (17,3%) como en Aisén (17,5%) el uso de condón es aún inferior al nacional.

En la región de Tarapacá el 79,9% de las personas entre 15 y 19 años afirma haber tenido relaciones sexuales, ocupando el segundo porcentaje más elevado a nivel nacional, en Aisén esta cifra es de 61,9%. En ambas regiones este valor que se encuentra muy sobre el promedio país (54,4%). No obstante, en Tarapacá y Aysén el porcentaje de adolescentes que afirman haber usado condón durante el último año es superior que el presentado en Chile<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Dpto. de Epidemiología, DIPLAS\_MINSAL Diagnósticos regionales de salud con enfoque DSS. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/diagnosticos-regionales/diagnosticos-por-region/>

### Medidas de Manejo y Control

Las medidas de manejo y control de esta enfermedad, están descritas en:

[Circular B51/54 del 23/05/2013 Vigilancia Epidemiológica de Sífilis y Gonorrea.](#)

[Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual \(ITS\).](#)

### Comentarios y conclusiones

En Chile, la gonorrea ha mantenido tasas relativamente estables en los últimos 3 años, concentrándose principalmente en hombres jóvenes, debido probablemente a la mayor presentación sintomática respecto a las mujeres. Destaca el aumento de esta infección en el grupo de 15 a 19 años a partir del año 2009 con un continuo aumento hasta el 2014, donde superó al grupo de 25 a 29 años.

Según distribución geográfica las mayores tasas se presentan en los extremos del país afectando principalmente a las regiones de Tarapacá, Antofagasta y de Aisén.

Es relevante considerar que la infección gonocócica frecuentemente es transmitida por personas que cursan asintomáticas o que presentan síntomas leves de la infección. Estos individuos son importantes, porque frecuentemente no acuden a la atención de salud, por tanto, no reciben tratamiento y continúan sexualmente activos facilitando la transmisión de esta infección.

La evidencia científica respalda que el uso consistente de los preservativos protege eficazmente contra el VIH y reduce el riesgo de infección por gonorrea tanto en hombres como en mujeres<sup>3</sup>, lo que respalda la importancia de las medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual.

<sup>3</sup> Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bull World Health Organ . 2004 June; 82(6)

*Nota: La información correspondiente a los años 2012 a 2014, podría ser modificada, debido al proceso de revisión y validación de las notificaciones. Por esta razón, la información aquí presentada podría ser diferente, respecto a la previamente informada.*

©  
Departamento de Epidemiología  
<http://epi.minsal.cl>  
División de Planificación Sanitaria  
Ministerio de Salud de Chile

Informe a cargo de: Mat. Karen Cáceres Burton [karen.caceres@minsal.cl](mailto:karen.caceres@minsal.cl)  
Edición a cargo de: Mat. y MSP Mónica Chiu A. [mchiu@minsal.cl](mailto:mchiu@minsal.cl)