



Aumento de la sífilis y de la infección gonocócica en varones homosexuales o bisexuales en Madrid

Sr. Editor: La tendencia descendente que venían experimentando las enfermedades de transmisión sexual en Europa Occidental se ha visto interrumpida en varios países desde finales de la década de los años noventa del siglo xx, al registrarse aumentos de la incidencia e incluso algunos brotes de sífilis¹⁻⁵. Un porcentaje importante de los nuevos casos se produce en varones homosexuales de raza blanca, con frecuencia infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)³⁻⁵.

En España, el sistema de enfermedades de declaración obligatoria mostró importantes descensos en la incidencia de sífilis y de infección gonocócica hasta 2001. En los 2 años posteriores se insinuó un cambio en dicha tendencia, si bien dicha fuente no permite profundizar en los detalles de la nueva situación⁶. En la ciudad de Barcelona se ha descrito un aumento de la incidencia de sífilis en varones homosexuales desde 2001⁷⁻⁸. Sin embargo, no se han publicado datos similares de otras ciudades de España.

Con el fin de conocer la incidencia de sífilis, gonococia e infección por *Chlamydia*, así como la prevalencia de la infección por el VIH, hemos analizado los diagnósticos realizados en un centro de infecciones de transmisión sexual de Madrid entre 2002 y 2004 (tabla 1).

A las personas que consultaron por sospecha de alguna de estas infecciones se les realizó una anamnesis y una exploración física en busca de signos mucocutáneos sospechosos de infecciones de transmisión sexual. A todos los pacientes se les practicó una serología de lúes (RPR, TPHA, FTA) y de VIH (enzimoinmunoanálisis, *Western-blot*). En función de los síntomas o de los hallazgos de la exploración clínica se realizaron otras pruebas adicionales: examen en fresco con tinción de Gram y cultivo en medio de Thayer-Martin para *Neisseria gonorrhoeae* y reacción en cadena de la polimerasa para *Chlamydia trachomatis* (muestras procedentes de exudados cervicovaginales, uretrales, rectales y faríngeos), visualización directa de *Treponema* en microscopio de campo oscuro para el diagnóstico de lúes primaria y secundaria (muestras procedentes de lesiones mucocutáneas). Se analizó separadamente a los varones que referían relaciones sexuales con otros varones y al resto de

personas que habían tenido únicamente prácticas heterosexuales de riesgo. Sólo se consideraron los diagnósticos confirmados microbiológica o serológicamente. Los cambios en la frecuencia de estos diagnósticos a lo largo de los 3 años se analizaron mediante la prueba de la χ^2 de tendencia lineal.

El número de pacientes que consultaron por sospecha de alguna de estas infecciones aumentó desde 3.911 en 2002 hasta 4.356 en 2004. El número de personas heterosexuales se mantuvo estable y el de varones homo/bisexuales fue creciente, pasando del 29,5% de todos los pacientes en 2002 al 37,3% en 2004.

Entre los varones homo/bisexuales la frecuencia de diagnosticados de sífilis primaria o secundaria aumentó desde el 1,4% en 2002 hasta el 3,1% en 2004 ($p = 0,008$), y la de infección gonocócica desde el 3,1 hasta el 4,8% ($p = 0,017$). La prevalencia de infección por el VIH osciló entre el 4,7 y el 6,0%, y la frecuencia de infección por *Chlamydia* entre el 2,0 y el 2,3%, sin que en ninguna de estas 2 infecciones los cambios llegasen a alcanzar significación estadística.

Entre las personas con prácticas heterosexuales de riesgo la prevalencia de infección por el VIH osciló entre el 1,4 y el 1,0% y la frecuencia de infección gonocócica se cifró en torno al 0,4%, en ambos casos sin cambios significativos en el tiempo. La frecuencia de infección por *Chlamydia* disminuyó desde el 6,0 al 4,3% ($p = 0,0006$) y la de sífilis infecciosa desde el 0,4 hasta un 0,04% ($p = 0,009$).

Aunque los varones homo/bisexuales fueron sólo un tercio de los pacientes que consultaron por sospecha de infecciones de transmisión sexual en 2004, sumaron el 98% de todos los diagnósticos de sífilis infecciosa, el 87% de las infecciones gonocócicas y el 72% de las infecciones por el VIH.

Detectamos aumentos de la incidencia de sífilis y de infección gonocócica en varones homo/bisexuales de Madrid, sin una tendencia equivalente en la población heterosexual atendida en el mismo centro. Aunque la información recogida no ha permitido establecer si los casos aparecieron de forma aislada o tenían relación entre sí, el aumento significativo de casos de una enfermedad transmisible en un colectivo específico permite definir la situación como brote epidémico. Con ello se confirma en Madrid una tendencia similar a la descrita en otras ciudades europeas^{1-5,7-8}, que estaría reflejando un aumento de las conductas de riesgo en las relaciones sexuales entre varones². Las medidas para hacer frente a esta nueva situación deben incluir el tratamiento de los casos y de sus parejas, impulsar los programas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, haciendo especial hincapié en actividades y mensajes

dirigidos a los varones homosexuales, apoyar los centros especializados en el tratamiento de estas enfermedades y mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica⁹.

Blanca Menéndez, Juan Ballesteros, Petunia Clavo y Jorge del Romero

Centro Sanitario Sandoval.
Servicio Madrileño de Salud.
Madrid. España.

1. Fenton KA, Londres CM, the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) Network. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80:255-63.
2. Fenton KA. A multilevel approach to understanding the resurgence and evolution of infectious syphilis in Western Europe. *Euro Surveill.* 2004;9:3-4.
3. Righarts AA, Simms I, Wallace L, Solomou M, Fenton KA. Syphilis surveillance and epidemiology in the United Kingdom. *Euro Surveill.* 2004;9:21-5.
4. Marcus U, Bermer V, Hamouda O. Syphilis surveillance and trends of the syphilis epidemic in Germany since the mid-90s. *Euro Surveill.* 2004;9:11-4.
5. Cowan S. Syphilis in Denmark –outbreak among MSM in Copenhagen, 2003-2004. *Euro Surveill.* 2004;9:25-7.
6. Díaz Franco A, Nogueira Zambrano I, Cano Portero R. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003). *Bol Epidemiol Semanal.* 2004;12:221-4.
7. Vall Mayans M, Sanz Colomo B, Loureiro Varela E, Armengol Egea P. Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. *Med Clin (Barc).* 2004;122:18-20.
8. Vall Mayans M, Sanz B, Armengol P, Loureiro E. Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002-2003. *Euro Surveill.* 2004;9:60.
9. Vall Mayans M, por el Grupo de Estudio de los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual (GECITS) y colaboradores. Nuevos retos de las infecciones sexualmente transmisibles: retomando el papel de los centros de infecciones de transmisión sexual. *Med Clin (Barc).* 2005;125:61-4.



TABLA 1

Tendencia en el número de diagnósticos de sífilis, *Chlamydia* e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en varones homosexuales y personas heterosexuales que consultaron entre 2002 y 2004

| | 2002 | | 2003 | | 2004 | | p ^b |
|-------------------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|----------------|
| | N | Tasa ^a | N | Tasa ^a | N | Tasa ^a | |
| Varones homo/bisexuales | | | | | | | |
| Sífilis primaria o secundaria | 17 | 1,43 | 41 | 2,93 | 51 | 3,09 | 0,0084 |
| Gonococia | 37 | 3,11 | 47 | 3,36 | 79 | 4,78 | 0,0170 |
| <i>Chlamydia</i> | 27 | 2,27 | 28 | 2,00 | 37 | 2,24 | 0,9910 |
| VIH | 56 | 4,71 | 84 | 6,00 | 94 | 5,69 | 0,3061 |
| Total atendidos | 1.188 | | 1.400 | | 1.653 | | |
| Heterosexuales | | | | | | | |
| Sífilis primaria o secundaria | 10 | 0,37 | 3 | 0,11 | 1 | 0,04 | 0,0089 |
| Gonococia | 12 | 0,44 | 12 | 0,43 | 12 | 0,44 | 0,9856 |
| <i>Chlamydia</i> | 208 | 14,19 | 173 | 12,18 | 152 | 11,30 | 0,0026 |
| VIH | 38 | 1,40 | 32 | 1,16 | 26 | 0,96 | 0,1378 |
| Total atendidos | 2.723 | | 2.766 | | 2.703 | | |

^aTasa de incidencia por 100 personas en riesgo. ^bResultado de la comparación de las tasas mediante la prueba de la χ^2 de tendencia lineal.

Obesidad infantil en Andalucía Oriental

Sr. Editor: La dificultad para entender las causas de la obesidad y detener su expansión comienza a considerarse como un fracaso de los modernos sistemas de atención de la salud pública. En España, como en la mayoría de los países, la prevalencia ha aumentado en los últimos años¹. Algunos trabajos sobre la prevalencia de obesidad en personas adultas en nuestro país han encontrado diferencias importantes entre comunidades autónomas y con el nivel cultural de la población^{2,3}. Existe menos información sobre la prevalencia de obesidad infantil⁴⁻⁶, sin que estén bien establecidos los criterios para definir cuándo un niño puede considerarse obeso⁴. El estudio enKid⁴ informa de una prevalencia intermedia de obesidad en España en relación con otros países y encuentra importantes diferencias geográficas. Canarias y Andalucía presentan las cifras más elevadas, y el nordeste peninsular, las más bajas⁴. Nuestro objetivo ha sido poner a prueba la observación del estudio enKid sobre una mayor prevalencia de niños obesos en Andalucía.