



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 microbiológicamente 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, Noguer 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.



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.

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.

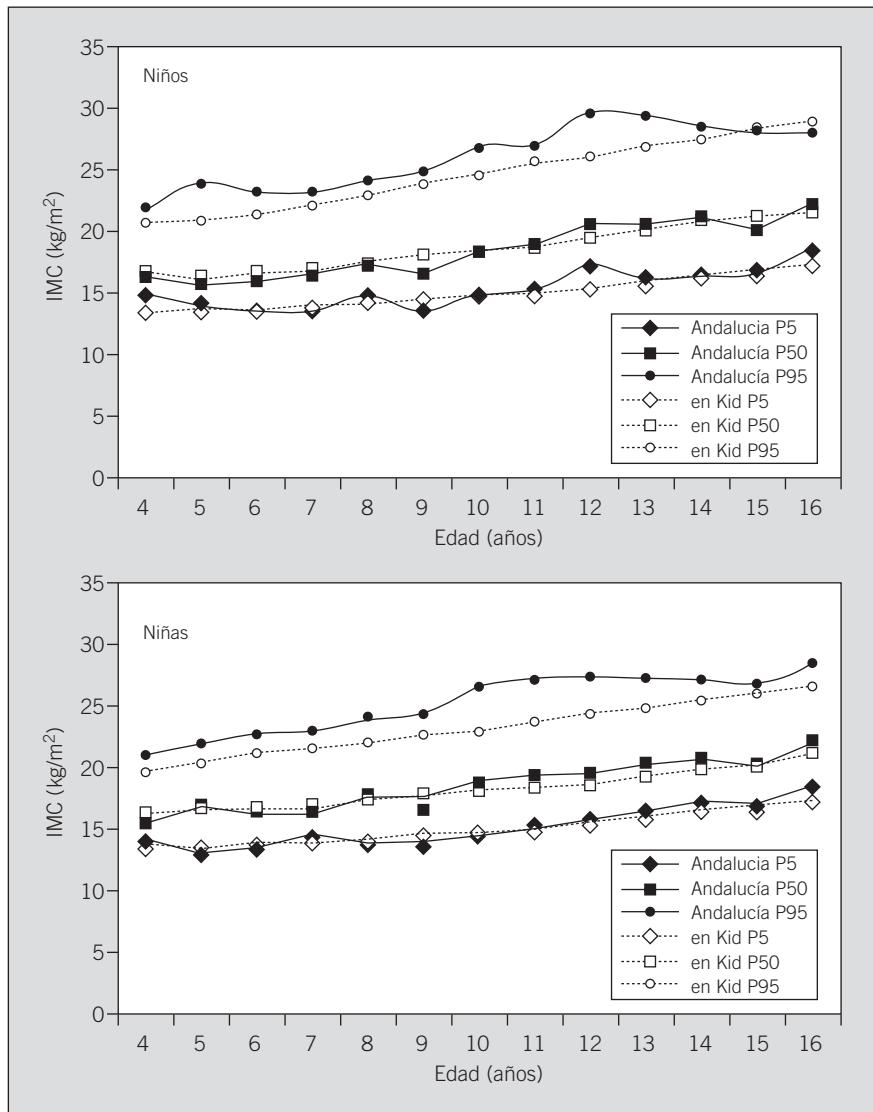


Fig. 1. Percentiles del índice de masa corporal (IMC) en niños y niñas andaluces. Comparación con los percentiles del estudio enKid.

Para ello se ha estudiado a 2.656 niños de 3 provincias andaluzas. La distribución por provincias y sexo (niños/niñas) han sido: Málaga, 288/338; Jaén, 468/489, y Almería, 542/531. El estudio antropométrico utilizado en el presente estudio procede de 2 estudios realizados por los mismos autores para evaluar la deficiencia de yodo en la población escolar de Andalucía^{7,8}. Se seleccionó a los niños aleatoriamente a partir del censo escolar y la unidad de muestreo fue la población y la escuela, que fue el lugar donde se pesó y talló a todos los niños. A partir del peso (kg) y la talla (m) se calculó el índice de masa corporal (IMC) (kg/m²). El percentil 95 (p95) de la distribución del IMC de los niños andaluces estuvo por encima del p95 de la distribución del estudio enKid desde los 6 hasta los 15 años tanto en niños como en niñas (fig. 1). Para cada grupo de edad y sexo se calculó la puntuación diferencial típica respecto a la mediana del estudio enKid con la fórmula: $Z = p95_A - M_{ek}/DE_A$, donde M_{ek} es la mediana de la distribución de los IMC para cada edad y sexo del estudio enKid; $p95_A$ es el p95, y DE_A la desviación estándar de la distribución del IMC de niños andaluces. Esta puntuación diferencial típica para todos los grupos de edad osciló entre 1,89 y 2,42. No hubo diferencias significativas ni en la mediana ni en el p5. El 10,4% de los niños andaluces estuvieron por encima del p95 de la distribución de frecuencias del estudio enKid. Esta prevalencia fue algo menor en niños (9,1%) que en niñas (11,7%) ($p = 0,02$).

La mayor prevalencia de niños por encima del p95 del enKid fue entre los 8 y los 13 años, si bien la diferencia entre edades no alcanzó diferencias significativas ($p = 0,06$). Tampoco hubo diferencias significativas entre las provincias estudiadas.

Estos resultados confirman la mayor prevalencia de niños obesos en la comunidad autónoma andaluza. La localización de los p95 de la distribución del IMC de los niños andaluces estudiados, respecto a la distribución poblacional del enKid, calculada a partir de las puntuaciones diferenciales típicas, ha estado entre p97 y p99 de la distribución utilizada como referencia. Si tenemos en cuenta que en el estudio enKid ya se incluyó una muestra de niños andaluces, los resultados de la prevalencia de niños obesos en Andalucía puede ser aún mayor.

Estudios previos de nuestro grupo han demostrado que la prevalencia de obesidad en la población adulta del sudeste andaluz es del 28% y que el principal factor de riesgo de ser obeso dentro de la comunidad es el nivel cultural de la población³, algo también observado en el enKid⁴ además de en otros estudios⁹.

La obesidad infantil es un problema clínico *per se*, por la elevada prevalencia de síndrome metabólico entre los niños y adolescentes obesos¹⁰, pero también por ser un potente predictor de obesidad del adulto. La elevada prevalencia de obesidad infantil y del adulto en Andalucía habla de la existencia de un problema estructural, vinculado a los hábitos de la población. Deberían ponerse en marcha medidas que redujeran la prevalencia de niños obesos en Andalucía. Elevar tanto el nivel cultural como el económico y modificar los valores culturales que determinan la relación con la comida y con los hábitos de actividad física son, probablemente, las únicas medidas eficaces a largo plazo. Pero todas ellas pueden llevar más de una generación. Parecen necesarias otras medidas de intervención a corto plazo, tanto sobre la población infantil como sobre la población adulta, que aumenten el gasto calórico diario y reduzcan las calorías totales, con lo que aumentará la calidad de la dieta.

Este estudio ha sido financiado por el FIS del Instituto de Salud Carlos III, Red de Centros RCMN (C03/08).

Federico Soriguer^a,
Emilio García-García^b,
Piedad Santiago^b
y M. Carmen Millón^a.

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Carlos Haya (Fundación IMABIS). Málaga. España.

^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Ciudad. Jaén. España.

^cSección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

1. Martínez E, Salcedo E, Rodríguez F, Martínez V, Domínguez ML, Torrijos Regidor R. Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes: estudio de Cuenca. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:327-30.
2. Gutiérrez JL, Rodríguez F, Guallar P, Banegas JR, Rey J. Determinants of geographical variations in body mass index (BMI) and obesity in Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23:342-7.
3. Soriguer F, Rojo G, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana MS, Catalá M, Merelo MJ, et al. Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors. *Eur J Epidemiol*. 2004;19:33-40.
4. Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio endKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)*. 2003;121:725-32.
5. Paidos'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Gráficas Jomagar; 1985.
6. Grupo colaborativo español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la infancia y en la adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y en la adolescencia en España. Estudio Ricardín II: valores de referencia. *An Esp Pediatr*. 1995;43:11-7.
7. Soriguer F, Millón MC, Muñoz R, Mancha L, López JP, Aedo MJ, et al. The auditory threshold in a school-age population is related to iodine intake and thyroid function. *Thyroid*. 2001;10:991-9.
8. Santiago P, Torres R, Muñoz JA, Rojo G, García E, Garriga MJ, et al. Intelligence quotient and iodine intake: a cross-sectional study in children. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89:3851-7.
9. Weeis R, Dzira J, Burgert T, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004; 350:2236-72.
10. Livingston MB. Childhood obesity in Europe: a growing concern. *Public Health Nutr*. 2001;4 Suppl 1A:109-16.