

**RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES
DE LAS REUNIONES DE LOS GRUPOS
DE TRABAJO DE ETS-SIDA**

XIV Reunión del Grupo Español para la Investigación de las ETS/SIDA
Sevilla, 21 y 22 de noviembre de 2008

RESÚMENES

XIV REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS ETS/SIDA

Sevilla, 21 y 22 de noviembre de 2008

1. INCIDENCIA/PREVALENCIA DE HPV EN ESPAÑA

I. Pueyo Rodríguez

Centro ITS de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. España.

Introducción. La infección por el Virus del Papiloma Humano, es a infección de transmisión sexual que consulta con más frecuencia en una consulta de ITS. Al no ser una EDO, se desconoce la incidencia y prevalencia real en España.

Material y métodos. El objetivo del estudio es describir el perfil de los usuarios que fueron atendidos en un Centro que consultaron por primera vez en el año 2007. Se realizó serología para sífilis y VIH, así como tomas para descartar otras ITS. Se realizó citología cervical en todas las mujeres y en aquellas con condilomas acuminados o con parejas con esta patología, se practicó detección de VPH cervical por PCR.

Resultados. De un total de 2.465 pacientes, 684 (27,40%) tenían infección VPH. A pesar de que la proporción fue de 1,5 varones/1 mujer, las mujeres representaban el 54% de los pacientes (n = 366) y los varones el 46% (n = 318). Se realizaron 454 tomas cervicales para PCR de VPH, siendo positivas el 41,85%. De las 190 positivas, 71% eran de alto riesgo, 13,2 de alto y bajo riesgo y 15,8 de bajo riesgo. Dos o más genotipos de VPH se aislaron en el 44,25.

2. INFECCIÓN POR VPH EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

T. Puerta López, A. Vanegas Ramírez y J. del Romero Guerrero

Centro Sanitario Sandoval. Comunidad de Madrid. España.

La infección por VPH de la región ano-genital puede manifestarse por la presencia de lesiones clínicas o bien por el desarrollo de lesiones escamosas en su mayor parte subclínicas, en distintos estadios de transformación celular, relacionados con genotipos oncogénicos.

En los hombres la infección por los tipos de VPH de bajo riesgo se asocia con la presencia de verrugas genitales y del mismo modo, la infección por los tipos de VPH de alto riesgo se asocia con una mayor proporción de lesiones preinvasivas en pene (neoplasia intraepitelial del pene o PIN) y cáncer de pene; así como con las lesiones escamosas preinvasivas del ano (neoplasia intraepitelial anal o AIN) y con cáncer de ano.

Mientras que en pacientes inmunocompetentes el sistema inmune elimina la mayoría de las infecciones por el VPH a lo largo del tiempo, estas tienden a persistir en los individuos inmunodeprimidos. En HSH y VIH+ la prevalencia de infección anal por VPH se sitúa en torno al 90%, siendo la mayoría de ellas múltiples y portotipos oncogénicos.

La prevalencia de detección de ADN de VPH de alto riesgo en 5385 muestras de pacientes del Centro Sandoval fue del 34%, y fueron realizadas por el Centro Nacional de Microbiología. La distribución por grupos fue: 32% de cervix, 55% de región anal de hombres y 17% de región anal de mujeres.

En 150 hombres que mantenían relaciones sexuales con hombres y según su estado inmunológico; se aislaron más de 5 genotipos

en el 34,4% de los pacientes VIH+, por el contrario en VIH- el mayor porcentaje era de 1 solo genotipo (34,9%).

En la actualidad no existen datos ni protocolos clínicos específicos para el diagnóstico precoz del cáncer anal en personas con infección VIH.

3. TRATAMIENTO DE LOS CONDILOMAS ACUMINADOS ANO-GENITALES

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. CHUVI y Universidad de Vigo. España.

El tratamiento de los condilomas acuminados depende de su localización y extensión, así como de la disponibilidad de medios del dermatólogo (criocirugía). También hay que valorar, en términos de coste sanitario, de los tratamientos autoaplicados por el paciente o bien aquellos que realiza el médico.

La resina de podofilino al 10-25% fue el fármaco clásicamente más utilizado, es útil en lesiones poco extensas. Es mielotóxico y está contraindicado en embarazadas.

La podofilotoxina al 0,5% en gel o crema, dos veces al día durante tres días seguidos cada semana, hasta un máximo de cuatro semanas, es útil en áreas inferiores a 10 cm. Es un tratamiento autoaplicable.

El ácido tricloroacético (TCA) o bicloroacético (BCA) al 80-90% es otra alternativa, se aplica semanalmente.

La crema de imiquimod al 5% es de los tratamientos más extendidos, al ser autoaplicable, su actividad antiviral y antitumoral procede de la estimulación de la respuesta inmune. Su combinación con crioterapia consigue mejores respuestas.

La crioterapia es un método terapéutico de referencia, pero debe ser aplicada por el dermatólogo. La extirpación quirúrgica se usa en caso de lesiones muy extensas. También se puede tratar con Laser o interferon intraleisonal.

4. MANEJO DE PAREJAS CON INFECCIÓN VPH

A. Rodríguez Pichardo

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

El conocimiento por la sociedad de la capacidad de inducir cáncer por VPH, y la aparición de técnicas de biología molecular para detectar estas infecciones ha sido un importante avance científico; sin embargo, es una fuente de conflictos en la pareja, ya que una posible infidelidad se transforma en la transmisión de un posible cáncer. Por otra parte se ha podido comprobar el gran impacto psicológico que sufren las mujeres con displasia cervical e identificación positiva de VPH, estas mujeres se muestran ansiosas, estresadas y preocupadas.

Es importante conocer el manejo de este tipo de pacientes, ya que hasta la fecha no existen protocolos de actuación aceptados internacionalmente. Es imprescindible una historia minuciosa sobre ITS y hábitos sexuales. En la exploración clínica buscarse lesiones visibles; a veces la papulosis bowenoides se confunde con nevus pigmentocelulares y en otras la infección por VPH

tiene una presentación subclínica o latente. La prueba del ácido acético es útil para revelar infecciones subclínicas.

Las Guías terapéuticas de los CDC de 2006, no recomiendan la exploración de las parejas de mujeres con citología cervical sugerente de infección VPH, y por supuesto no recomiendan el tratamiento con el propósito de prevenir transmisión futura y recalcan que la citología cervical no debe ser considerada una prueba de screening para ITS.

Debemos tener presente que el diagnóstico de infección VPH se relaciona con: miedo, angustia, depresión, inestabilidad en la pareja, sentimientos de culpa y rechazo; por ello debemos considerar que el daño emocional puede ser mayor que el físico.

Podemos concluir diciendo que se debe hacer exploración de la pareja y tratarla si tiene lesiones visibles, así como tranquilizarlas diciendo que existen medidas terapéuticas.

5. VACUNAS CONTRA EL VPH

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. CHUVI y Universidad de Vigo. España.

Muy recientemente se han incluido en los protocolos de vacunación de nuestro país la vacunación frente a la infección VPH; existen dos vacunas distintas que están siendo empleadas según la comunidad autónoma a la que corresponda cada paciente.

Como objetivo a corto plazo se espera una disminución de resultados citológicos cervicales anómalos, según el estudio Afrodita, podrían ser evitados un total de 149.673 de estas citologías. El objetivo a medio plazo de las vacunas es la prevención de las lesiones precursoras de cuello de útero; también parece que pueda proteger de la aparición de neoplasias de vulva y vagina. El objetivo a largo plazo es la prevención del carcinoma invasor de cuello de útero.

Las dos vacunas disponibles, protegen de distinta manera; la tetravalente lo hace a los virus relacionados con cáncer de cuello (VPH-16 y 18) y con los que producen condilomas acuminados (VPH-6 y 11), mientras que la bivalente lo hace frente a VPH-16 y 18.

El perfil de seguridad de ambas vacunas es muy alto, para el rango de edad evaluado en los ensayos (15-26 años). Es muy importante que las mujeres vacunadas no perciban una falsa sensación de protección total a todas las infecciones de transmisión sexual.

6. LAS ITS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

C. Colomo Gómez

Centro ETS. Área de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Madrid. España.

En 1998 la OMS recomendó cambiar el término ETS, por ITS con la intención de descartar y hacer una llamada de atención tanto al personal sanitario como a la población sobre la situación de las infecciones asintomáticas, pero que a pesar de ello puedan producir complicaciones y secuelas.

Las ITS presentan un problema de salud en el mundo con repercusiones sociales y económicas. En la prevención y control, se introducen con frecuencia juicios morales, que llevan a una culpabilización de las víctimas. Tal es el caso de la prostitución, en el que tanto las posiciones reglamentistas como abolicionistas han demostrado ser ineficaces por basarse en medidas represivas y policiales. En este colectivo se aprecia una disminución de ITS clásicas, como sífilis y gonococia, debido al uso de preservativo, efecto de los programas dirigidos a estos colectivos.

El aumento progresivo de la llegada de inmigrantes a nuestro país nos plantea una serie de retos entre los que está la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS y de la infección VIH/SIDA.

Las mujeres embarazadas y sus parejas deben cuestionarse la posibilidad de una ITS incluido la infección por VIH y recibir consejo para evitar la transmisión. En la mayoría de los países desarrollados se llevan a cabo protocolos con despistaje de sífilis, hepatitis B y VIH, en el primer y tercer trimestre de embarazo; aunque sorpresivamente estos controles no se realizan en sus parejas.

Los adolescentes presentan un riesgo incrementado de ITS incluido el SIDA tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales porque con mayor frecuencia practican sexo no protegido, con mayor cambio de pareja, a lo que hay que añadir la mayor susceptibilidad biológica por la inmadurez de las mucosas genitales.

Los casos de ITS en menores requieren una estrecha colaboración entre profesionales sanitarios, de laboratorio y autoridades de protección de los menores para descartar la existencia de abusos sexuales.

7. PAPEL DE LOS CENTROS ESPECÍFICOS EN EL CONOCIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIH E ITS

A. Díaz Franco

Área de Epidemiología y Conductas de riesgo del VIH. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. Madrid. España.

Conocer la situación epidemiológica de la infección por el VIH y de las ITS en una población es esencial para poder establecer medidas de prevención y control. En las ITS, el patrón habitual requiere distinguir tres niveles de población sobre los que se precisa obtener información epidemiológica para actuar específicamente: la nuclear o «core», formada por el subgrupo más vulnerable, dentro del cual se produce frecuentemente la transmisión debido a conductas de alto riesgo; la población puente, población de menor riesgo constituida por las parejas sexuales de la población nuclear, y la población general. La misma situación se da en el caso de las epidemias concentradas de VIH, como es la española.

En España existen distintos sistemas de información que aportan datos de la situación del VIH e ITS en la población general: registro de casos de SIDA, sistema de información sobre nuevos diagnósticos del VIH (SINIVIH), encuestas de salud y hábitos sexuales, información sobre mortalidad, encuesta hospitalaria de paciente con VIH, estudio anónimo no relacionado de anticuerpos frente a VIH en madres de recién nacidos y vigilancia epidemiológica de las ITS.

Tanto las ITS como el VIH afectan frecuentemente a grupos especialmente vulnerables que pueden tener dificultades de acceso al diagnóstico y tratamiento, incluso en países como España donde la asistencia sanitaria es gratuita y universal. Por otro lado, el estigma que se asocia a estas patologías no ayuda a mejorar la situación. En este contexto, la existencia de centros específicos para el diagnóstico y tratamiento de las ITS es muy importante debido a su papel en aspectos claves tales como: a) conocimiento epidemiológico de las poblaciones nucleares y puente, b) obtención de información ampliada sobre poblaciones nucleares y puente, c) control de transmisión, d) alerta temprana, e) transmisión del conocimiento y f) realización de estudios específicos. Los centros específicos de VIH e ITS son esenciales para conocer mejor la epidemiología de estas infecciones, mejorar la prevención y el control.

8. ATENCIÓN EN LA CONSULTA AL PACIENTE CON ITS

J.A. Varela Uría

Casa del Mar. Unidad de ETS y SIDA. Gijón. Principado de Asturias. España.

El paciente con una posible ITS es una persona que suele estar ansiosa, con sentimientos de culpa, avergonzado y tenso. Es por ello, que las consultas donde se van a tratar a estos pacientes deben de tener un entorno y unas cualidades que faciliten una primera impresión por parte del paciente que le permita exponer su problema con comodidad.

La accesibilidad de la consulta no sólo debe ser geográfica sino también referida al horario, sobre todo para aquellas personas con una jornada laboral especial y unas prácticas de riesgo para adquirir una ITS mayores que para el resto de la población.

Ante un paciente con una posible ITS debe de realizarse de forma protocolizada: Historia clínica, exploración del paciente, toma de muestras, diagnóstico del proceso, tratamiento del paciente y de sus parejas sexuales, educación sanitaria, investigación epidemiológica y estudio de tendencias.

Aunque existen consultas especializadas para estas patologías, falta el apoyo de una institución que sirva como referencia para aunar criterios, establecer protocolos y diseñar estrategias ante los nuevos retos que nos pueden proponer las ITS.

Cualquier profesional sanitario o de servicios sociales debe conocer los recursos sanitarios de su entorno, para recomendar a una persona con una posible ITS y convertir estas consultas en centros de referencia para esa área sanitaria.

9. INFECCIÓN POR VPH EN GESTANTES

I. Pueyo Rodríguez, C. Martínez Díaz de Argandoña, D. Sánchez Molina y P.S. Limones Benítez

Centro ETS. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. España.

Introducción. Los cambios fisiológicos e inmunológicos que ocurren en el epitelio cervical durante el embarazo predisponen a un incremento del riesgo por infección VPH.

Material y métodos. Estudio estadístico descriptivo transversal en pacientes gestantes con condilomas acuminados, realizado en Centro ETS de Sevilla, en el periodo 2003-2007.

Resultados. En el periodo 2003-07 se atendieron un total de 197 embarazadas, 63 (31,97%) de las cuales presentó condilomas acuminados. El rango etario con mayor prevalencia fue el intervalo de 20 a 25 años (50%), situándose el 25% en el grupo entre 26 y 30 años. El 93% tenían una pareja estable y acudieron fundamentalmente en el segundo y tercer trimestre de gestación. Mayoritariamente derivadas por Matronas (34%) y Médico de Familia (29%). El 56% fue positivo a VPH, de ellos el 61% eran de bajo riesgo. Se realizó tratamiento con crioterapia, que requirió un promedio de 4,5 tratamientos. De las que se obtuvo información del parto, en un 42% fue parto vaginal y en un 20% mediante cesárea.

Conclusiones. Los datos obtenidos destacan la alta incidencia de infección VPH en población general y por ende en gestantes, con un incremento destacado en los dos últimos años. Un diagnóstico temprano en la etapa inicial de la gestación y una atención personalizada de cada paciente, aumentará la posibilidad de conseguir un canal vaginal libre de lesiones, permitiendo un parto vaginal normal.

10. PREVALENCIA DE GENOTIPOS DE ALTO RIESGO DE VPH EN MUESTRAS ENDOCERVICALES

M. Sánchez, L. Merino, J.A. Lepe y J. Aznar

Servicio de Microbiología. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos. Conocer la distribución de los genotipos de los PVH de alto riesgo en muestras endocervicales así como la prevalen-

cia de infecciones múltiples. Establecer la asociación de los genotipos PVH de alto riesgo, como único genotipo infectante o en infecciones múltiples, con la edad y el estatus citológico en una muestra representativa en los años 2007-2008. Determinar la posible incidencia de la vacuna de PVH en la prevención de estas infecciones en nuestro medio.

Método. Se estudiaron 153 mujeres con infección demostrada por PVH de alto riesgo como único genotipo infectante o en infección múltiple y se estratificaron por grupos de edad y estatus citológico. La determinación del genotipo de PVH se realizó mediante hibridación inversa (Linear Array,Roche) previo screening por captura de híbridos (HC2, Digene).

Resultados. Se detectaron un total de 195 genotipos de alto riesgo. En 79 (52%) de las pacientes como único genotipo infectante y en 74 (48%) como infecciones múltiples. Entre los genotipos de alto riesgo el PVH-16 fue el más prevalente (27%), seguido de PVH-51 (12%), PVH-31 (9%), PVH-58 (9%), PVH-33 (6%), PVH-18 (3%) y otros PVH (35%). La prevalencia de genotipos de alto riesgo fue mayor en las mujeres de 15-24 años (17%) y 25-34 años (40%) descendiendo en los grupos de más edad. Esta asociación se mantiene en las mujeres con infecciones múltiples, mientras que la distribución etaria de las infecciones con un solo genotipo infectante es homogénea en los grupos etarios establecidos. Los genotipos PVH-16, 31 y 51 tienen un similar comportamiento tanto en las infecciones múltiples o como único genotipo infectante. Las alteraciones de alto grado se detectaron en el 29% (PVH-16), 15% (PVH-31), 30%... La utilización de la vacuna aprobada habría evitado un 29% de las infecciones y un 37% (PVH-16-18) de los casos. Si asumimos la protección cruzada frente al PVH-31 se incrementaría al 48%.

11. DETECCIÓN DE *N. GONORRHOEA* MEDIANTE UNA TÉCNICA DE PCR

S. Bernal, T. González, I. Pueyo Rodríguez^a, J.C. Palomares, E. Martín Mazuelos

UGC Microbiología. H. U. Valme. Sevilla. "Centro de infecciones de transmisión sexual (CITS) de Sevilla. España.

Objetivo. Valorar la eficacia de una técnica de PCR para el diagnóstico de la gonococia en pacientes procedentes del Centro de ETS de Sevilla.

Pacientes y métodos. Estudiamos retrospectivamente todas las muestras procedentes del centro de ETS de Sevilla enviadas en el año 2007 al laboratorio de Microbiología del H. U. Valme para la detección de *N. gonorrhoeae*. El diagnóstico de gonococia se realizó en el propio Centro. Se usó el sistema de recogida y transporte STD, Swab Specimen Collection and Transport Kit (Roche Diagnostic Systems) de acuerdo con las normas del fabricante. La detección del gonococo se hizo mediante una técnica de PCR utilizando el sistema COBAS Amplicor NG (Roche Molecular Systems) a las muestras (exudados uretrales, rectales y cervicales).

Resultados. En total se recibieron 2611 muestras (1393 exudados uretrales, 609 exudados rectales y 904 exudados cervicales) pertenecientes a 1961 pacientes. De ellos 104 (5,3%) fueron diagnosticados de gonococia. 75 pacientes presentaban síntomas, 22 eran para estudio de controles, y 7 estudios de contactos. La PCR fue positiva en 102 pacientes (98%) y negativa en 2 (2%). La PCR fue positiva en 168 pacientes (8,5%) no diagnosticados de PCR (falsos positivos). De ellos, 136 eran pacientes asintomáticos («controles»), 50 eran pacientes sintomáticos y 7 eran estudios de contactos. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo fue 98,08%, 91,4%, 37,8% y 99,9% respectivamente. En caso de pacientes asintomáticos el VPP fue del 16,2% y en casos sintomáticos del 65,1%.

Conclusiones. 1. La excesiva sensibilidad y bajo VPP indican que en caso de positividad sería necesario la confirmación mediante un método alternativo. 2. El VPN permite descartar una gonococia en caso de un resultado negativo 3. No se debería emplear la técnica de PCR para estudio de *N. gonorrhoeae* en pacientes asintomáticos.

12. ESTRATEGIA Y EVALUACIÓN DE UNA PRUEBA RÁPIDA DETERMINE™-HIV1/2 (ABBOT) PARA LA DETECCIÓN DE VIH

M. Cuesta, C. López, J.A. Varela, M.L. Junquera, R. Cofiño y F. Vázquez

Unidad de ITS Monte Naranco. Oviedo. Unidad ITS Casa del Mar. Gijón. Servicio de Salud Poblacional. Dirección General Salud Pública. Principado de Asturias. España.

Introducción y objetivos. Evaluar una prueba rápida de detección de VIH en las consultas de ITS de Asturias.

Material y métodos. Desde septiembre de 2007 se realiza la prueba toda persona interesada que acude a consulta, informándosele sobre la posibilidad de falsos positivos. Se utilizó la prueba rápida Determine™ VIH1/2 (Abbot) en sangre capilar. El coste unitario de cada kit es de 6,72 €.

Resultados. Se realiza la prueba a 422 pacientes de las áreas de Gijón y Oviedo, con un 71 % de hombres, edad media de 32 años (31 para mujeres) y siendo la primera vez que la realizaban en un 69 % de los casos. Los principales medios de información fueron: vallas publicitarias (20,6 %), internet (20,6 %) y amigos (20,4 %). Se obtuvieron 9 pruebas positivas de las que 7 se confirmaron a través de W.B. e IET.

13. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE SÍFILIS EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE ITS (2001-2007)

J. Vargas e I. Pueyo Rodríguez

Servicio Microbiología. H. U. Valme. Centro ETS. Sevilla. España.

Introducción y objetivos. La prevalencia a nivel mundial sigue siendo importante y en nuestro medio se observa una mayor prevalencia de esta.

Pacientes y métodos. Entre el 1/1/2001 y 31/12/2007 se realiza un estudio serológico a 14.206 pacientes del Centro ETS-Sevilla. El estudio serológico de sífilis consistió en TPHA Biokit, FTA-ABS y RPR bioMerieux y de infección VIH: AXSYM HIV Abbot y Western blot Bio Rad o Biokit.

Resultados. De los 14206 pacientes, 455 (342 hombres y 113 mujeres) fueron diagnosticados de sífilis. Por estadios: sífilis primaria 181 casos (153 H y 28 M), sífilis secundaria en 118 casos (106 H y 12 M) y sífilis de > de 1 año o curada: 156 casos (83 H y 73 M). La incidencia total (1ª y 2ª) fue de 2,10. Hubo un aumento progresivo en la incidencia anual de nuevos casos: 2002 un 4,6 %, 2003 un 13 %, 2004 un 32,8 %, 2005 un 72,6 %, 2006 un 63,4 %, 2007 un 193 % superiores a la registrada en el año 2001. La coinfección con VIH se dio en 67 (14,7 %) y se agruparon mayoritariamente a partir del año 2003.

Conclusiones. La reemergencia de la sífilis sigue siendo una realidad, por el incremento constante de nuevos casos. En este incremento el grupo más afectado fue el HSH. Es necesario concienciar a la población en la práctica de relaciones sexuales seguras y/o con protección.

14. HÁBITOS SEXUALES DE NUESTROS PACIENTES CON SÍFILIS

J. Bosco Repiso Jiménez, M. Frieyro Elicegui, F. Rivas-Ruiz y M. de Troya Martín

Consulta ETS. Área de Investigación. Área de Dermatología. Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Resumen. La sífilis continúa siendo un problema importante en nuestro medio con una tendencia actual a aumentar su incidencia. Este incremento se cree debido a la existencia de determinados comportamientos sexuales, sobre todo en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, y en relación con el número de parejas sexuales y el uso inconstante de preservativo.

Material y métodos. En nuestro trabajo pretendemos demostrar diferencias de comportamiento sexual en los hombres diagnosticados de sífilis y que mantenían habitualmente relaciones sexuales con otros hombres en una consulta de ETS en el periodo comprendido entre Enero de 2007 y Octubre de 2008.

Resultados. En el periodo de tiempo estudiado registramos 24 casos, con un predominio de sífilis precoz (62 %) y con 8 casos en pacientes afectados por el VIH (33 %). El estadio con más frecuencia diagnosticado fue el secundario (46 %), sobre todo en el grupo de los pacientes VIH (62 %). El 54 % de los pacientes de nuestra serie eran HSH, siendo esta condición un factor de riesgo para contraer sífilis con respecto a los heterosexuales de nuestra consulta. El riesgo de contraer sífilis en el grupo HSH se incrementaba 4,3 veces (IC 95 %; 1,1-17,3) cuando el número de parejas sexuales era de 2 o más en el año anterior. No se encontraron diferencias en cuanto al uso de preservativo entre HSH afectados de sífilis y el resto de pacientes HSH de la consulta.

Conclusiones: En nuestra consulta el hecho de ser varón y de tener relaciones con otros hombres es un factor de riesgo para padecer sífilis, riesgo aumentado si se han tenido más de 2 parejas sexuales en el último año. Sin embargo la frecuencia del uso de preservativo en HSH no es un factor determinante para contraer sífilis.

15. CÁNCER DE VULVA

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. CHUVI y Universidad de Vigo. Vigo. España.

La vulva, único órgano externo del aparato genital femenino, debería ser el de patología más conocida y por lo tanto más rápidamente detectada; sin embargo, los conocimientos acerca de las lesiones precursoras de la vulva, así como de la patología neoplásica maligna, son menores comparados con los de otras estructuras del aparato genital femenino, a pesar de su accesibilidad, tanto para la exploración clínica como para la obtención de muestras con el objeto de la realización de técnicas complementarias.

Además, el papel del virus del papiloma humano (VPH) juega cada vez un papel más importante. La neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) engloba las lesiones precancerosas del epitelio escamoso de la vulva. En las últimas dos décadas ha habido una disminución importante de la mortalidad por cáncer de vulva (CV), mientras que su incidencia ha permanecido estable. Por el contrario, la incidencia de la VIN se ha duplicado, especialmente en mujeres jóvenes, llegando casi al 60 % en los últimos 10 años. Entre las causas que pueden explicar estos fenómenos se encuentran el diagnóstico precoz y un aumento real de la incidencia de la VIN, debido a cambios en la conducta sexual, con una mayor

exposición a la infección por el VPH, lo que apoya la teoría viral del VIN. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la VIN evitan el riesgo de cáncer invasivo.

Para ser clasificado como CV, el tumor primario debe originarse allí. Los tipos histológicos los podemos clasificar en: Carcinoma escamoso. Carcinoma verrucoso. Enfermedad de Paget de la vulva. Adenocarcinoma. Carcinoma basocelular. Carcinoma de la glándula de Bartholin. Sarcoma. El melanoma maligno se clasifica aparte y según los criterios actualmente recomendados para el melanoma cutáneo.

Los síntomas más comunes asociados con el CV incluyen: prurito de larga evolución, flujo o exudado en ocasiones mal oliente, sangrado fuera de las menstruaciones, dolor y disuria. En sus estadios iniciales, el CV se presenta como una zona indurada, sobrelevada, en ocasiones hiperqueratósica, de coloración variable desde blanquecino a ligeramente eritematoso.

El seguimiento posterior al tratamiento debe realizarse cada 4 o 6 meses mediante una exhaustiva exploración clínica vulvoscóptica y biopsia en aquellas lesiones sospechosas. El seguimiento debe ser, como mínimo, durante 2 años, ya que son frecuentes las recurrencias.

Pretendemos con este trabajo realizar una puesta al día de las lesiones precursoras y de las diferentes variantes clínico-histológicas del CV, así como, su prevención y tratamiento.

16. FORMAS POCO USUALES DE SÍFILIS

A. Rodríguez Pichardo, I. Pueyo Rodríguez^a
y B. García Bravo

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^aCentro de ETS de Sevilla. España.

En los últimos años estamos asistiendo en nuestra ciudad a la aparición de cuadros de sífilis secundarias muy floridas y con manifestaciones clínicas excepcionales, en muchos casos superponibles a las ilustraciones de los antiguos libros de dermatología y pertenecientes a la era preantibiótica. Es por ello que en esta presentación tenemos que recurrir a las clasificaciones clásicas de la sífilis, en desuso en las últimas décadas: en definitiva tenemos que recurrir a la dermatovenereología añeja para entender los cuadros actuales.

Probablemente sea debido a que la mayoría de nuestros pacientes son hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) y los chancros sifilíticos estén situados en zonas que pueden pasar desapercibidos o bien ser confundidos con otras patologías. En la mayoría de las ocasiones el chancro se ha localizado en ano, canal anal o boca: por ello las lesiones de sífilis secundaria han sido confundidas con diversas dermatosis o hasta cuadros de alergia cutánea, demorándose el tratamiento y aumentando la extensión de la epidemia, al ser el periodo secundario e más infeccioso.

Además de los clásicos clavos sifilíticos palmo-plantares, hemos observado sífilides de grandes elementos, sífilides papulo-costrosas y sífilides impetiginiformes. Tanto en mucosa genital como oral, hemos encontrado diversas manifestaciones de sífilis, como placas mucosas papulo-erosivas en glande y en lengua, así como placas mucosas ulcerosas en lengua. En cuero cabelludo hemos observado alopecia en placas, con el característico aspecto de «a trasquilones».

Cuadros de sífilis secundaria atípica. Muy profusa y llamativos, y habitualmente por coexistencia de infección VIH, y de presentación rufoide o pústulo-ulcerativa.

Es conveniente divulgar entre los jóvenes dermatólogos estos cuadros, que no han podido ser conocidos por ellos en su formación clínica, ya que no se observaban en la clínica.

17. BROTE DE LINFOGRANULOMA VENÉREO ANORRECTAL EN HOMBRES HOMOSEXUALES EN BARCELONA, 2008

M. Vall Mayans^a, E. Caballero^b, P. García de Olalla^c,
P. Armengol^a, M.G. Codina^b, M.J. Barberà^a, A. Andreu^b,
B. Sanz^a y J.A. Caylà^c

^aUnidad de ITS, CAP Drassanes. ^bServicio de Microbiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona. ^cAgencia de Salud Pública. Barcelona. España.

Introducción. El linfogranuloma venéreo (LGV) es una ITS sistémica causada por *C. trachomatis* L1-L3, endémica en países tropicales. Desde 2004 se detectan brotes de LGV entre hombres homosexuales en Europa, incluyendo 1 caso en Barcelona en 2005. Una característica de éstos es la agrupación de los casos en redes de hombres homosexuales con prácticas sexuales de riesgo. La mayoría presentan un síndrome rectal y es frecuente la coinfección con otras ITS. El estudio de los contactos resulta infructuoso. Se presentará la actualización de las características de una serie clínica de casos diagnosticados en la Unidad de ITS de Barcelona desde septiembre 2007 hasta octubre 2008.

Métodos. Revisión de las historias clínicas y descripción clínico-epidemiológica de los casos de LGV. La determinación de *C. trachomatis* y la identificación de los serovares de LGV se realizó mediante dos técnicas de PCR a tiempo real.

Resultados. Después de un primer caso diagnosticado en septiembre 2007, posteriormente se diagnosticaron de 2-4 casos por mes, hasta un total de 21 casos acumulados en abril 2008. Todos eran hombres homosexuales, coinfectados con el VIH excepto 2. 11 eran autóctonos, 5 eran de otros países de la Unión Europea y otros 5 de Latinoamérica. La presentación clínica era una proctitis de una duración media de 25 días (3-60). La mayoría de los casos reconocían frecuentar al menos un lugar de contactos sexuales conocido de Barcelona.

Discusión. Este brote de LGV en Barcelona es el primero descrito en España y se parece a los brotes ocurridos en otras ciudades de Europa. Refleja el resurgimiento a nivel europeo de ITS en grupos nucleares de hombres homosexuales, con elevadas tasas de coinfección por el VIH. Con la finalidad de aumentar la detección de casos, el LGV debe considerarse en el diagnóstico diferencial de proctitis en pacientes atendidos en centros de ITS.

18. ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE UN CENTRO DE ITS

M. Cinta Redondo Veral y E. Ruiz Fernández

Centro de ETS Sevilla (SAS). España.

Dentro del contexto Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) desde el Estamento Enfermero queremos poner en conocimiento de los Profesionales de la Salud, la labor que llevamos a cabo en una consulta de éstas características.

Ello supone, entre otras, una Actuación Informativa y de Educación para la Salud, siendo de vital importancia una buena comunicación que permita una constante retroalimentación informativa entre el usuario y el profesional, con el fin de que la persona que consulta se sienta próxima. Para ello es necesario utilizar un mismo lenguaje, sin barreras, claro y sencillo, que transmita la certeza de que lo estamos escuchando y comprendiendo en su demanda, ya que la respuesta del mensaje que posteriormente queramos dar, va a depender de la actitud y aptitudes individuales y sociales del receptor.

A nuestras consultas llegan personas con problemas reales y a veces imaginarios. Las ITS suelen ser vividas como un gran conflicto que altera y remueve patrones de conducta y de relaciones,

hábitos sexuales y a veces de higiene, valores personales y culturales. Todo este conflicto se acompaña de emociones tan desequilibradoras como el miedo, la inseguridad, el engaño, la culpabilidad, la vulnerabilidad de la intimidad, etc. Por todo este cortejo de circunstancias que suelen acompañar a los usuarios que nos consultan, vemos de primordial importancia cuidar el ambiente y la comunicación en nuestras consultas.

De ésta forma el individuo debe percibir: Respeto, ausencia de juicios morales, que es escuchado y que garantizamos su confidencialidad. Importante labor de enfermería es el seguimiento de contacto.

19. HÁBITOS SEXUALES E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

I. Pueyo Rodríguez, C. Martínez Díaz de Argandoña, E. Ruiz Fernández, C. Redondo Veral y A.I. Montejo
Centro de ITS de Sevilla (S.A.S.). España.

Introducción. En los últimos años estamos presenciando un aumento de los casos de sífilis y gonococias en los países desarrollados, sobre todo en el colectivo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Los datos obtenidos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) a nivel estatal, así como del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), demuestran también este incremento en nuestro país. Coexiste una importante relación entre estas infecciones y la adquisición y transmisión del VIH, por lo que podemos considerarlas como indicadores de riesgo.

Material y método. Estudio descriptivo sobre ITS, prácticas sexuales y uso de preservativos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que acudieron al Centro de Infecciones de Transmisión Sexual de Sevilla, durante los años 2003 a 2007. Se recoge los casos de infecciones gonocócicas y sífilis activas como indicadores de riesgo. A todos se les realizó: 1. historia clínica donde se recoge antecedentes personales, hábitos sexuales, uso de preservativos, 2. serología, 3. tomas uretrales, faríngeas y rectales, dependiendo de las prácticas sexuales, 4. información y educación sobre comportamientos que disminuyan el riesgo y promuevan el uso del preservativo.

Resultados. Los HSH representaron el 23,26 % (n = 2552) de los usuarios atendidos en este periodo. La edad media fue $32,47 \pm 9,37$. Tenían pareja estable en el momento de la entrevista el 48,22 %, aunque solo el 11,90 % tuvo relaciones sexuales con una sola persona en el último año; 9,30 % dos, y el resto parejas múltiples, refiriendo el 21,1 % con más de 20 personas diferentes. Encontramos infecciones de transmisión sexual en el 50,40 % de los pacientes y de estos en el 15,30 % se diagnosticaron dos ITS y tres o más en el 4,50 % de los estudiados. Destacar también que el 20,50 % de los que acudieron a control y el 43,30 % de los seguimientos de contactos, presentaron alguna infección. Los casos de infección gonocócica y sífilis activas han ido aumentando en estos años detectándose mayor incidencia en HSH seguida de hombres y mujeres heterosexuales. El porcentaje del total de gonococias, correspondiente a HSH, ha oscilado entre el 77,5 % del año 2003, el 70,3 % en 2005 y 58,5 % en 2007. De los nuevos diagnósticos de infección por VIH, muestran también un predominio de HSH; en el año 2003 fueron el 43,8 %, en 2005 el 71,4 % y en 2007 61,1 %. En estos el 15,25 % y el 14,40 % estaban coinfectados de infección gonocócica y sífilis respectivamente en el momento del diagnóstico.

Conclusiones. Las campañas preventivas sobre uso de preservativos para prevenir la infección por VIH, que fueron eficaces para el resto de las ITS, en los años 90 ya están agotadas y esto lo demuestra el aumento de la incidencia de sífilis, gonococias y VIH que estamos presenciando. Se necesitan de nuevas medidas en

materia de educación sexual dirigidas a este colectivo, pues hemos observado el desconocimiento del riesgo que tienen, sobre todo en el referente al sexo oral.

20. DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN EN EL ABUSO DE MENORES

J.M. Rojo García

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

El abuso en menores es un problema real que necesita de un diagnóstico, cuya prevalencia depende, en gran medida, del conocimiento y de la adecuada valoración que el profesional haga de los indicadores de sospecha. El diagnóstico se basa en una valoración de indicios, y siempre es un diagnóstico de sospecha que gracias a diversos profesionales sanitarios, trabajadores sociales y psicólogos, van a tener unas consecuencias de certeza o grado de probabilidad que se obtiene después de un proceso de valoración de los indicadores mediante el estudio médico, social y psicológico. La gravedad del abuso estará en función del impacto orgánico, psicológico o social a corto o a largo plazo lo que, a su vez, estará en relación con las características individuales del paciente que lo padece.

En el Hospital de Valme la respuesta a este problema está organizada a través de una estructura de apoyo al conjunto de los profesionales que, por ley tienen que actuar en un primer nivel de detección, valoración y asistencia a la víctima y por un equipo de segundo nivel que coordina el proceso asistencial de cada menor, integra la información y emite informes a las instituciones que procedan, de ahí que el programa de Pediatría Social (PS) ha adaptado un concepto que de respuesta al problema de salud que constituye el abuso de menores y, a la vez, que permita colaborar con instituciones de Justicia y de Protección, en tanto que el abuso pueda constituir un delito y el menor pueda estar en situación de desamparo.

A veces la evidencia del abuso se basa únicamente en la mala evolución de la salud emocional del menor, de su comportamiento, de las lesiones o enfermedades recidivantes o de la infelicidad en la que se instalan.

21. EDUCACIÓN SEXUAL PARA LA AUTOPROTECCIÓN Y AUTOCUIDADO

T. Zafrá Espinosa, E. Fernández García, C. Muñoz Ortiz, E. Rubio, R. Martínez Quintero y J. Belda Ibáñez

Unidad de Promoción de la Salud. Centro de Salud Pública de Alicante. España.

Introducción. En la actualidad toda la información disponible alerta del aumento progresivo de problemas de salud sexual y reproductivos asociados a la sexualidad relacional en una época tan vital de la vida como es la adolescencia (inicio cada vez más precoz de las relaciones coitales, escaso uso de métodos anticonceptivos y preservativos, aumento preocupante de embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años y por tanto de IVEs y un aumento de las ITS. Al valorar el perfil de la demanda de consulta del Centro de Información y Prevención de SIDA (CIPS) de Alicante, se observa un incremento importante de la población juvenil y adolescente.

Objetivos. Objetivo general. Construir y estabilizar una red de enfermeros escolares capacitados en el plano de la Salud Sexual. Objetivos específicos. Lograr una aceptable formación del grupo, con una dinámica interna de trabajo basada en la formación continuada y en la puesta en común para mejorar paulatinamente la experiencia. Facilitar la accesibilidad en la consulta individual (consulta joven) de problemas relacionados con la sexualidad de

los jóvenes del centro o con la demanda de información (información de recursos, derivación, coordinación...). Adiestramiento de estos enfermeros en la implementación de talleres de Educación Sexual y Prevención de Riesgos.

Material y métodos. La experiencia piloto que se presenta está integrada en un amplio Programa de Educación para la Salud en Centros Docentes (IES) dirigido a adolescentes (14-18 años) que se viene desarrollando desde noviembre de 2005 como parte de un Proyecto de Promoción de la Salud para los Departamentos de Salud 17 y 19 de la Comunidad Valenciana (CV). Este Proyecto, se coordina desde la Unidad de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Alicante, centro donde se ubica también el CIPS.

Conclusiones. Como profesionales de Salud Pública (CIPS), implicados en la recuperación de la salud (solución de problemas de salud relacionados con las ITS), nos sentimos comprometidos con el modelo de abordaje integral de los problemas de salud, que conjuga recuperación, prevención y promoción. Por estos motivos, comenzamos a realizar el giro desde unos planteamientos Educativos Preventivos, destinados a evitar riesgos asociados a la actividad sexual, a uno Modelo Educativo Integrador basado en la aceptación positiva de la propia identidad sexual y el aprendizaje de conocimientos que ayuden a vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad de manera sana, placentera y libre de riesgos.

