

Consejería de Sanidad y Dependencia

Edita: Dirección General de Salud Pública

Semana 8. Año 2010.

Ejemplar gratuito

SISTEMA CENTINELA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA 1^{ER} SEMESTRE DEL 2009

AUTORES: Hernández López, B.(1); Pacheco García, M L.(1); Serrano Martín, M C.(1); Andrada Carretero, B.(1); Álvarez Díaz, M.(1); Ramos Aceitero, J.M.(1); Aparicio Jabón, G.(2); Argent Román, M.(2); Bahamonte Carrasco, B.(2); Barragán Gómez-Coronado, V.(2); Barrera Barrera, C.(2); Bueno Lucas, M.B.(2); Bustos Buenestado, M.(2); Casero Redondo, E.(2); De Dios Gómez A.(2); del Barco Arias, F.(2); del Rey Lobo, R.(2); del Río Hernández, P.(2); Duarte González, I.(2); Escudero Romero L.(2); Fernández Guerra, V.(2); Galván León, M. J.(2); García Martín, B.(2); García Simón, M.(2); García Trejo, S.(2); García Villar MT.(2); Gaviro Gómez M.(2); Hidalgo Álvarez, C.(2); Llamas Mariñas, R.(2); Llopis Pérez, A.(2); Lucas Vizcaíno, F.(2); Mejía Rivera, M^a T.(2); Morales Moreno MJ.(2); Pardo MC.(2); Pacheco Jaraquemada, R.(2); Peinado Rodríguez, T.(2); Pérez Abril, J.(2); Prieto Lomba P.(2); Rosauero Peral, C.(2); Ruiz Álvarez M.(2); Sánchez Cancho, J. F.(2); Sánchez González, M.(2); Valle Vicente, F.(2); Vázquez López, A.(2)

(1) Subdirección de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

(2) Grupo Centinela del Sistema de Infecciones de Transmisión Sexual.

1. INTRODUCCIÓN

La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), una de las enfermedades contagiosas más frecuentes en el mundo, aumentó de modo progresivo entre los años 50 y los 70, pero generalmente se estabilizó en la década de los 80. La incidencia de algunas de estas enfermedades (p. ej. sífilis y gonorrea) disminuyó desde mediados de los 80 a mediados de los 90 en países desarrollados. La uretritis inespecífica, la tricomoniasis, las infecciones por clamidias, el herpes y las verrugas genitales y anorrectales, así como la sarna, la pediculosis del pubis y el molluscum contagiosum, son probablemente más frecuentes que las cinco enfermedades venéreas definidas históricamente: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Sin embargo, puesto que estas últimas enfermedades se declaran de forma más regular, no se conoce la incidencia verdadera de los otros procesos, por lo que se hace necesario sistemas de vigilancia epidemiológica como el Sistema Centinela.

En 1995 se estimó que la incidencia mundial de gonorrea era 250 millones de casos; la cifra correspondiente a la sífilis era de unos 50 millones de casos. En los países desarrollados se comunican ahora alrededor de 100-200 de casos anuales por 10⁵ habitantes de ITS por clamidias, pero es probable que sólo se declaren del 10 al 20% de todos los casos. Otras enfermedades, como la salmonelosis, giardiasis, amebiasis, shigelosis, campilobacteriosis, hepatitis A y B e infección por citomegalovirus, pueden transmitirse por vía sexual, pero también por

otras vías. Existe una fuerte asociación entre cáncer cervical e ITS por el Virus del Papiloma Humano (HPV). Desde 1978, el VIH se ha extendido con rapidez en varios grupos de población.

La incidencia de ITS sigue siendo elevada en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos que pueden convertir rápidamente en no contagiosos a los pacientes con muchas ITS y curar a la mayoría de ellos. En el ámbito de muchas culturas, el cambio de la moral sexual y el uso de anticonceptivos orales han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, sobre todo entre las mujeres, y tanto los médicos como los pacientes tienen dificultad para discutir con franqueza y sin prejuicios los temas sexuales. Los medios económicos para controlar las ITS son casi siempre insuficientes. Además, la diseminación mundial de bacterias resistentes a los fármacos (por ejemplo: gonococos resistentes a la penicilina) refleja el mal uso de los antibióticos y la diseminación de clones resistentes por poblaciones móviles. El efecto de los viajes se ilustra de forma dramática por la extensión rápida del virus del SIDA (VIH-1) desde África hasta Europa y América a finales de los años 70.

El control de las ITS exige buenos medios para el diagnóstico y el tratamiento, identificación y tratamiento de los contactos sexuales del paciente, seguimiento de los individuos tratados para confirmar la curación, instrucción de los trabajadores sanitarios y del público general y enseñanza a los pacientes de una conducta sexual responsable.

2. OBJETIVOS

El Programa de Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual a través del Sistema Centinela pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- Estimar la incidencia de I.T.S.
- Describir el patrón epidemiológico de las I.T.S.
- Conocer la historia natural de las I.T.S. para poder desarrollar estrategias adecuadas en planificación y gestión sanitarias, enfocadas a la prevención y control de las mismas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

El Sistema Centinela de I.T.S. es un sistema especial de información orientado a la vigilancia e investigación epidemiológica de las I.T.S.

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte con los datos obtenidos del Sistema Centinela de I.T.S. de Extremadura en el año 2009, que cumplen los requisitos del protocolo de funcionamiento del Sistema.

Los profesionales sanitarios de los Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPFs) participantes, realizaron la recogida sistemática y periódica de información clínica de pacientes diagnosticadas de I.T.S. desde el 1 de enero de 2009 hasta el 30 de Julio de 2009.

La población cubierta en el 1er semestre fue de 128824 mujeres pertenecientes al grupo de edad comprendido entre 15 y 64 años.

Las I.T.S. sometidas a vigilancia epidemiológica son:

1. Infección gonocócica (*N. Gonorrhoeae*)
2. Infección por papilomavirus (VPH)
3. Sífilis (*T. Pallidum*)
4. Herpes genital (VHS)
5. Tricomonomiasis (*T.Vaginalis*)
6. Chancro blando (*H. Ducreyi*)
7. Linfogramuloma venéreo (*C. Trachomatis*)
8. Granuloma inguinal (*K. Granulomatis*)
9. Cervicitis (*Chamydias* y *Ureaplasma*)
10. Pediculosis pubis (*Pt. Pubis*)
11. VIH
12. Hepatitis B

Cada centinela cumplimentó la correspondiente ficha epidemiológica de notificación de todos los casos de I.T.S. atendidos en la consulta y que cumplieron estrictamente los criterios de caso según la definición del protocolo vigente.

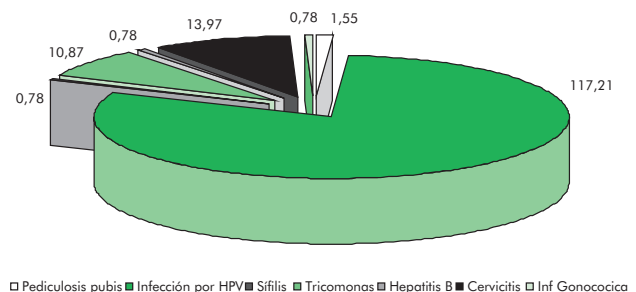
Los resultados se expresan en números absolutos, porcentajes y tasas por cien mil habitantes. El intervalo de confianza (I.C. 95%) se ha calculado con el programa Epidat 3.0.

4. RESULTADOS

El número de casos de I.T.S. notificados durante el 1er semestre de 2009 ha sido de 196, con una tasa de incidencia acumulada (T.I.A) por 10⁵ habitantes de 152,15 (151,56-152,73). La mediana de las edades de las mujeres atendidas por I.T.S. en los COPFs ha sido de 27 años (límite superior 56, límite inferior de 15 años y rango de 41 años).

La I.T.S. más frecuente en el 1er semestre ha sido la Infección por HPV con 151 casos y una T.I.A de 117,21 (116,75-117,66) seguida de cervicitis con 18 casos y una T.I.A de 13,97 (13,92-14,03) y la infección por tricomonas con 14 casos y una T.I.A de 10,87 (10,83-10,91). (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasas de incidencia acumulada por I.T.S. 1^{ER} semestre 2009



□ Pediculosis pubis ■ Infección por HPV ■ Sífilis ■ Tricomonomiasis ■ Hepatitis B ■ Cervicitis □ Inf. Gonocócica

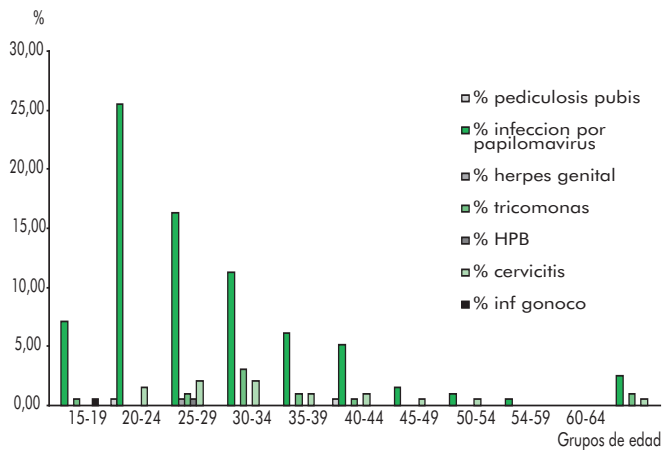
El COPF que mayor número de notificaciones ha realizado es Navalmoral de La Mata con un total de 41 (20,92%; 13,83-28,01) seguido de Almendralejo con 36 casos notificados (18,37%; 11,51-25,22) y en tercer lugar Mérida con 29 casos notificados (14,80%; 8,37-21,22). (Tabla 1).

Tabla 1.- Sistema Centinela de Infecciones de Transmisión sexual 1^{er} semestre 2009

COPFs	CASOS	%
Almendralejo	36	18,37%
Badajoz	25	12,76%
Coria	6	3,06%
Jerez de los Caballeros	2	1,02%
Logrosán	6	3,06%
Mérida	29	14,80%
Miajadas	17	8,67%
Montijo	18	9,18%
Navalmoral de la Mata	41	20,92%
Villafranca de los Barros	16	8,16%

El grupo de edad con mayor porcentaje de casos por I.T.S es el grupo de 20-24 años con 55 casos, seguido del grupo de 25-29 años con 41 casos y del grupo de 30-34 años con 34 casos.

Gráfico 2. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009 porcentual de casos según grupos de edad y enfermedad



En el caso de HPV se produjo el mayor % de casos en mujeres de 20-24, mientras que en la infección por tricomonas ha sido en mujeres de 30-34, y en cervicitis en los grupos de 25-29 y 30-34 por igual. (Gráfico 2)

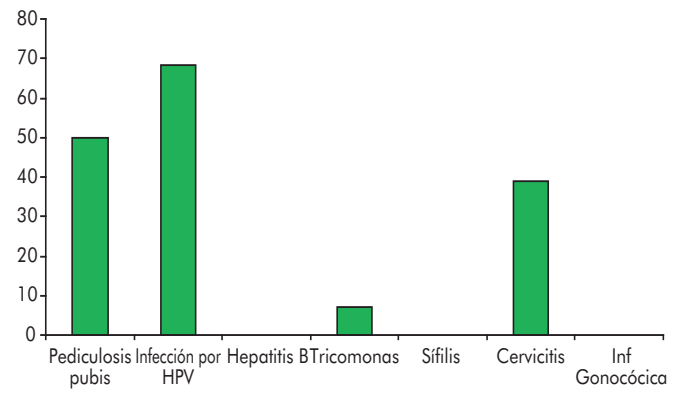
Dentro de las infecciones por HPV, el serotipo más frecuente es el de 16, seguido del de 31 y 53. (Tabla 2).

Tabla 2.- Sistema Centinela de Infecciones de Transmisión sexual 1er semestre 2009. Porcentajes de serotipos más frecuentes en infecciones por HPV.

SEROTIPO HPV	%
6	6,38
16	23,93
18	6,91
31	10,1
42	5,31
51	5,31
52	5,31
53	9,57
66	8,5
Otros	18,68

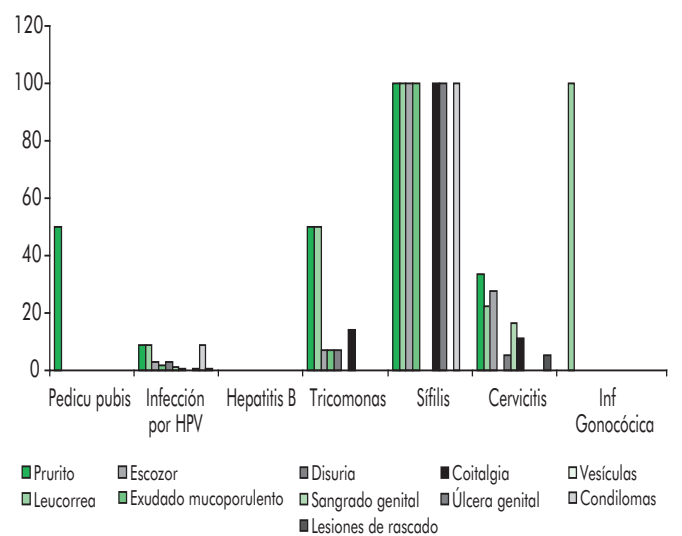
El 68.21% (63.07-73.36) de las infecciones por HPV, el 38.89% (31.42-46.36) de las cervicitis han sido asintomáticas. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009. Distribución porcentual de casos asintomáticos según infección



Según la clínica, en la pediculosis pública el síntoma más frecuente es el prurito 50%, en la HPV prurito, leucorrea y condilomas por igual en un 8.61%, en las tricomonas el prurito 50%, leucorrea 50% y coitalgia en 14.26% de los casos. En la cervicitis el prurito en el 33.32%, escozor 27.78% y leucorrea 22%. (Gráfico 4)

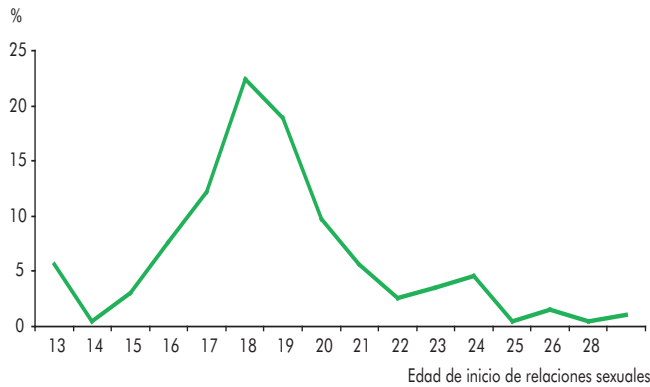
Gráfico 4. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009. Distribución porcentual de síntomas según la infección



La suma de los porcentajes puede ser mayor de 100, debido a que pueden producirse más de un síntoma.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 22,45% (15.25-29.65) de las mujeres con ITS iniciaron con 17 años sus relaciones sexuales y el 18,88% (11.97-25.79) con 18 años. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009. Distribución porcentual de casos según edad de inicio de relaciones sexuales



En cuanto al uso de preservativo, sólo el 22,52% de las mujeres con HPV lo utilizaba siempre (Gráfico 6), en la tricomonas un 7,14% (Gráfico 7) y en las infecciones por cervicitis un 16,67% (Gráfico 8).

Gráfico 6. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009. Distribución porcentual de casos de infección por HPV según uso del preservativo

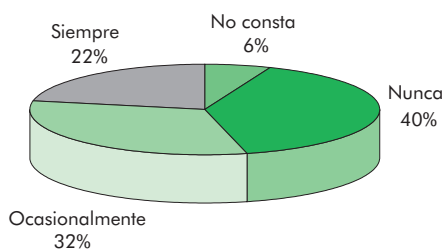


Gráfico 7. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009. Distribución porcentual de casos de infección por tricomonas según uso del preservativo

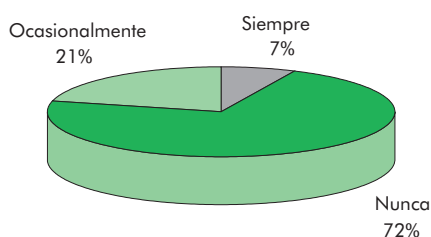
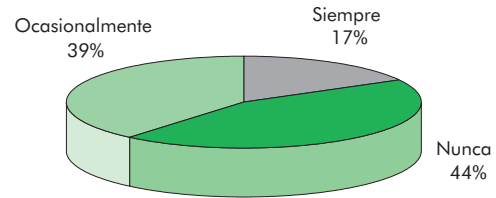


Gráfico 8. Sistema Centinela de ITS 1^{ER} semestre 2009. Distribución porcentual de casos de cervicitis según uso del preservativo



CONCLUSIONES

Durante el 1er semestre de 2009, la evolución de I.T.S continúa caracterizándose por la importante T.I.A de HPV, seguido de cervicitis y tricomonas, al igual que en el año 2008, siendo los COPFs de Naval Moral de La Mata y Almendralejo los que mayor número de notificaciones han realizado.

La edad de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido con respecto a datos de años anteriores, siendo el mayor porcentaje a los 17 años.

A pesar de las campañas de información para promover el uso del preservativo, el 73% de los casos declarados utilizan nunca u ocasionalmente el preservativo.

Así pues, se debería seguir fomentando su uso, sobre todo en la población con mayor actividad sexual, porque aunque no elimina, sí reduce considerablemente el riesgo de contagio de I.T.S.

La clínica de las I.T.S. sintomáticas coincidió, por regla general, con la descrita en el protocolo vigente. En las infecciones por HPV, más de la mitad de los casos fueron asintomáticos lo que pone de manifiesto la importancia del screening en esta infección.

Continúa siendo necesaria la vigilancia de I.T.S para establecer los patrones epidemiológicos de las enfermedades y así actuar sobre las conductas de riesgo para su mejor prevención y control.

Sistema de Información microbiológica. Sensibilidad/Resistencia antimicrobianos. Semana 8.

Patógeno	Antibiótico	Total	Sensible	% S	Intermedia	% I	Resistente	% R	No Consta	%
Campylobacter yeyuni	Eritromicina	17	16	94,12%	0	0,00%	1	5,88%	0	0,00%
Campylobacter spp.	Eritromicina	8	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Listeria monocytogenes	Ampicilina	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol									
	Gentamicina									
Mycobacterium tuberculosis	Estreptomina	8	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Etambutol	8	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Isoniacida	8	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Pirazinamida	7	7	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Rifampicina	8	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Salmonella grupo C	Ampicilina	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cefotaxima	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	1	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
Salmonella grupo B	Ampicilina	18	5	27,78%	0	0,00%	13	72,22%	0	0,00%
	Cefotaxima	18	17	94,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	5,56%
	Ciprofloxacino	18	18	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	18	10	55,56%	0	0,00%	2	11,11%	6	33,33%
Salmonella grupo D	Ampicilina	1	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
	Cefotaxima	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	1	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
Salmonella spp	Ampicilina	29	13	44,83%	0	0,00%	15	51,72%	1	3,45%
	Cefotaxima	25	25	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	23	21	91,30%	0	0,00%	2	8,70%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	27	24	88,89%	0	0,00%	3	11,11%	0	0,00%
Streptococcus pneumoniae	Cefotaxima	11	11	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Eritromicina	12	12	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Penicilina	13	10	76,92%	1	7,69%	1	7,69%	1	7,69%
	Vancomicina	12	12	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Sistema de información microbiológica. Aislamientos semanas 5-8

Microorganismo	semana 5	semana 6	semana 7	semana 8	Total
Aspergillus spp.	0	0	1	0	1
Campilobacter jejuni	4	1	2	0	7
Campilobacter spp.	0	1	0	1	2
Cryptosporidium	1	0	0	0	1
Giardia lamblia	1	1	1	0	3
H.I.V.	0	0	1	0	1
Hepatitis B	0	0	0	1	1
Mycobacterium tuberculosis complejo	2	2	1	1	6
Neisseria meningitidis	0	0	1	0	1
Rotavirus	4	4	6	18	32
salmonela grupo c	0	1	0	0	1
Salmonella Grupo B	3	1	2	3	9
Salmonella Grupo D	1	0	0	0	1
Salmonella spp.	3	2	3	7	15
Streptococcus pneumoniae	1	2	0	4	7
Trichomonas vaginalis	1	1	0	2	4
Virus respiratorio sincitial	36	1	9	20	66

Enfermedades de Declaración Obligatoria 2009. Áreas.

ÁREA DE SALUD	ENFERMEDAD	Casos	ÁREA DE SALUD	ENFERMEDAD	Casos
BADAJOZ	Gripe	12615	CACERES	Gripe	10314
	TBC respiratoria	24		TBC respiratoria	18
	Varicela	692		Varicela	1213
	Brucelosis	2		Brucelosis	7
	Hidatidosis	3		Hidatidosis	8
	Sífilis	4		Sífilis	4
	Infección Gonocócica	1		Infección Gonocócica	1
	Enfermedad Meningocócica	3		Enfermedad Meningocócica	2
	Parotiditis	2		Parotiditis	8
	Tosferina	1		Triquinosis	3
	Hepatitis A	5		Hepatitis A	5
	Hepatitis B	1		Legionelosis	1
	Hepatitis Vírica, Otras	1		TBC Otras localizaciones	3
Hepatitis C	1	Hepatitis C	3		
MÉRIDA	Gripe	8435	CORIA	Gripe	3644
	TBC respiratoria	11		TBC respiratoria	2
	Varicela	196		Varicela	287
	Brucelosis	4		Brucelosis	1
	Fiebre Exantemática Mediterránea	2		Fiebre Exantemática Mediterránea	1
	Sífilis	7	Enfermedad Meningocócica	1	
	Enfermedad Meningocócica	2	PLASENCIA	Gripe	6255
	Parotiditis	7		TBC respiratoria	7
	Paludismo	4		Varicela	940
	Hepatitis A	6		Carbunco	1
	Hepatitis B	12		Hidatidosis	2
	TBC Otras localizaciones	2		Infección Gonocócica	4
	Hepatitis C	3		Parotiditis	1
		Tosferina		1	
DON BENITO-VILLANUEVA	Gripe	7530	NAVALMORAL DE LA MATA	Triquinosis	4
	TBC respiratoria	26		Hepatitis A	3
	Varicela	217		Legionelosis	2
	Brucelosis	7		Hepatitis C	2
	Hidatidosis	2		Gripe	2874
	Sífilis	2		TBC respiratoria	9
	Enfermedad Meningocócica	1		Varicela	501
	Parotiditis	4		Brucelosis	1
	Paludismo	1		Hidatidosis	3
	Hepatitis B	2		Fiebre Exantemática Mediterránea	2
	Legionelosis	1		Infección Gonocócica	2
	TBC Otras localizaciones	3		Enfermedad Meningocócica	1
	Fiebre Q	1		Parotiditis	2
Hepatitis C	4	Hepatitis A	5		
LLERENA-ZAFRA	Gripe	8490	Hepatitis B	2	
	TBC respiratoria	4	Legionelosis	2	
	Varicela	442	Fiebre Q	3	
	Sífilis	3	Hepatitis C	2	
	Infección Gonocócica	2			
	Parotiditis	1			
	Hepatitis A	4			
	Hepatitis C	4			

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN.

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por la OMS en el plan estratégico para la eliminación del sarampión en la Región Europea y en función del análisis de la situación epidemiológica del sarampión en Extremadura, la Consejería de Sanidad y Dependencia, estableció un Plan de acción para la eliminación del sarampión en la Comunidad Autónoma de Extremadura, en entre cuyas actividades se incluye el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con el objetivo de conseguir la detección rápida de la circulación del virus en la población.

Ello implica la notificación e investigación inmediata de todos los casos sospechosos, su confirmación mediante pruebas de laboratorio, la detección urgente de brotes y la adopción de las medidas adecuadas de control en cada situación.

La investigación de todos los casos de sarampión ha de realizarse a la mayor brevedad y siempre dentro de los 7 días siguientes AL INICIO DE SÍNTOMAS, y se realizará por la Unidad de Epidemiología de la Dirección de Salud del Área.

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN.

Todo caso de enfermedad que curse con exantema máculopapular, fiebre alta ($>38^{\circ}\text{C}$) y tos o coriza o conjuntivitis, es considerado sospechoso de sarampión y su declaración es obligatoria y urgente

FE DE ERRATAS

La relación de autores correcta publicada en la página 1 del Boletín Epidemiológico semana 4. Año 2010 es la siguiente:

AUTORES: M^a del Carmen Serrano Martín, Beatriz Hernández López, M^a Lorena Pacheco García, M^a del Mar Álvarez Díaz, Julián- Mauro Ramos Aceitero

Subdirección de Epidemiología. Dirección General de salud Pública. Consejería de Sanidad y Dependencia. S.E.S.

Grupo de Trabajo del S.I.M.: Pedro Aguirre Bernat; Milagros García Moreno; Mercedes Martín Alonso; Javier Blanco Palenciano; Juliana Alejandro Alejandro; Carmen González Velasco; Antonio Valle Valencia; Isaías Montes Martínez; Juan José Moreno Moreno; Juan Carlos Garrido Rodríguez; José Román Muñoz del Rey; Irene Márquez Laffon; Rosario Sánchez Benito; Pilar Teno Sánchez; Jesús Viñuelas Bayón; Guadalupe Rodríguez Rodríguez; Purificación Hernández Pérez; Rosario Tovar Hurtado.

Laboratorios de Microbiología. Gerencia de Áreas de Salud. S.E.S.
Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura

Dirección de envío de originales y de suscripciones. La suscripción es gratuita.

Dirección General de Salud Pública.

Subdirección de Epidemiología. Avenida de las Américas, 2. 06800 Mérida (Badajoz)

Tlfs.: 924 00 43 63 - 924 00 43 62 Fax: 924 00 49 46

Depósito Legal:BA-383-98

ISSN:1139-6199