

EDITORIAL

Infecciones de transmisión sexual en el medio penitenciario

Las infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS) están relacionadas con más de 20 microorganismos bacterianos, virales y otros sexualmente transmisibles (hongos, protozoos y ectoparásitos). Las ITS representan un problema de salud pública importante —sífilis, gonococia, HIV y linfogranuloma venéreo son enfermedades de declaración obligatoria— en términos de morbilidad y mortalidad (infertilidad, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer anogenital, sida, trastornos psicosexuales, complicaciones fetales y perinatales, etc) que, por su impacto epidemiológico y por sus elevados costes médicos directos, figuran entre los problemas de salud prioritarios en la mayoría de los países. La situación epidemiológica en la Unión Europea muestra un descenso progresivo de las ITS hasta principios de los 90, asociado con cambios en los comportamientos sexuales de riesgo. Coincidiendo con la expansión de los tratamientos antiretrovirales de gran actividad (TAR) a finales de los 90 las ITS resurgieron de forma sincronizada en la mayoría de países. La situación en España, revisada por Díez y Díaz¹, muestra un patrón parecido con ascensos continuos en la incidencia de sífilis y gonococia y más recientemente de HIV. Particularmente notable es el importante incremento en la incidencia de sífilis, que a partir del año 2006 supera las cifras de 1995. Como en otros países europeos las ITS con mayor impacto de salud pública afectan especialmente a hombres homosexuales².

Con excepción del HIV (por transmisión sanguínea o sexual) el conocimiento de la epidemiología de las otras ITS en los centros penitenciarios del Estado español ha sido limitada hasta fechas recientes³⁻⁴. Al tratarse de una comunidad encerrada en sentido literal, en los centros penitenciarios existen las condiciones (o condicionantes) para mantener relaciones sexuales (homosexuales) entre reclusos. Por otra parte, también se dan las circunstancias para el contacto sexual con personas del “exterior” ya sea con la entrada —más o menos temporal— de nuevos reclusos (autóctonos y extranjeros) o a través de las visitas vis a vis. El aumento de las ITS crónicas como el HIV por efecto del TAR a nivel poblacional también se verá reflejado en el medio penitenciario. Hay evidencias, aunque difíciles de comparar entre ellas, que indican que los reclusos son una población vulnerable a las

ITS con unas prevalencias más altas que la población general⁵⁻⁶. Garriga⁷ documentaron una tasa de incidencia de sífilis en centros penitenciarios españoles doce veces superior que en la población general en 2008, con una tasa de coinfección HIV del 6%.

Los elementos que forman parte del manejo clínico de los casos de ITS son: anamnesis y examen clínico, diagnóstico correcto, tratamiento efectivo, educación sexual sobre comportamientos sexuales, promoción y provisión de preservativos, estudio de los contactos y notificación de las ITS. El caso de un interno, con factores de riesgo sexual, presentado por Bedoya et al en este número de la Revista⁸ sirve como ejemplo para revisar algunos de los aspectos mencionados. El caso, compatible con sífilis secundaria, se detectó mediante el protocolo de cribado de ingreso al disponer de pruebas de laboratorio y se trató efectivamente con penicilina. El artículo no menciona si se contemplaron los otros elementos (educación sexual, provisión de preservativos, estudio de los contactos y notificación de la sífilis). Como en este caso descrito, cerca del 80% de los casos de sífilis precoz (primaria, secundaria y latente) se diagnosticaron mediante cribado en el estudio de Garriga⁷. Curiosamente, al menos la mitad de los casos de dicha serie tendrían manifestaciones clínicas, los cuales pasarían desapercibidos si no se examinaran; de esta manera se pone de relevancia la importancia del cribado de la sífilis. Por otra parte el estudio de los contactos es clave y tiene el propósito de identificar, diagnosticar y tratar el/los contacto/s de aquellas personas con una ITS, los casos índice, con el fin de evitar las reinfecciones y la propagación de la infección. Esto también sirve para reflexionar sobre las consecuencias del posible contagio entre reclusos si solamente se realizan cribados voluntarios al ingreso⁹.

Los preservativos son efectivos para disminuir el riesgo de transmisión del HIV y de otras ITS. A pesar de esto, la distribución de preservativos a los reclusos es un tema controvertido. En este sentido hay que mencionar los resultados de los estudios australianos de Butler et al¹⁰ demostrando que la provisión de preservativos a los internos no incrementó su actividad sexual y que éstos eran más utilizados al realizar sexo anal. El control de las ITS en poblaciones de alto riesgo puede contribuir de forma significativa al

control de éstas en la población general, sobre todo cuando la transmisión puede ocurrir dentro de redes sociales densamente conectadas¹¹. Es un reto enorme desarrollar servicios y políticas de ITS apropiadas a las necesidades de salud pública de los reclusos¹². Su implementación diseñada para mejorar la salud de los internos debería acompañarse de indicadores de salud evaluables.

CORRESPONDENCIA

Martí Vall-Mayans
Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Instituto Catalán de la Salud. Barcelona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díez M, Díaz A. Sexually transmitted infections: Epidemiology and control. *Rev Esp Sanid Penit* 2011;13:58-66
2. Vall-Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 94-6.
3. Garriga C, Martínez B, Pueyo I, Suárez J, Ureña JM, Varela JA, et al. Nuevos diagnósticos de sífilis (primaria y secundaria) diagnosticados en centros de ITS (Grupo EPIITS): diferencias según sexo y mecanismo de transmisión. *Gac Sanit* 2010; 24 (Esp Conf 2): 15.
4. CEEISCAT. Joves i adults joves interns en centres penitenciaris (CT/NG-Presons). SIVES 2010, Generalitat de Catalunya 2011: 57-8.
5. Verneuil L, Vidal JS, Ze Bekolo R, Vabret A, Petitjean J, Leclercq R, et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2009; 28: 409-13.
6. Hammett TM. HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. *Am J Public Health* 2006; 96: 974-8.
7. Garriga C, Gómez-Pintado P, Díez M, Acín E, Díaz A. Characteristics of cases of infectious syphilis diagnosed in prisons, 2007-2008. *Rev Esp Sanid Penit* 2011; 13: 52-7.
8. Bedoya A, Leal MJ, Martínez-Carpio PA, Lleopart N. Alopèdia apolillada como manifestación de sífilis secundaria. *Rev Esp Sanid Penit* 2013; 15: 35-6.
9. Wolfe MI, Xu F, Patel P, O'Cain M, Schillinger JA, St Louis ME, et al. An outbreak of syphilis in Alabama prisons: correctional health and communicable disease control policy. *Am J Public Health* 2001; 91: 1220-5.
10. Butler T, Richters J, Yap L, Donovan B. Condoms for prisoners: no evidence that they increase sex in prison, but they increase safe sex. *Sex Transm Infect* Published Online First: 01 January 2013. Doi:10.1136/sextrans-2012-050856
11. Ward H. Prevention strategies for sexually transmitted infections: importance of sexual network structure and epidemic phase. *Sex Transm Infect* 2007; 83: 43-9.
12. Tang A. How to run a prison sexually transmitted infection service. *Sex Transm Infect* 2011; 87: 269-71.