

SoMicCam

Sociedad de Microbiología Clínica de Castilla-La Mancha

www.somiccam.es

Con la colaboración de:

Fiscam
Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha

LA
SEXUAL
TRANSMISIÓN
DE
SERO-CONVERTI-

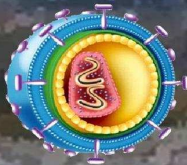


SOLICITADA
ACREDITACIÓN A
LA COMISIÓN DE
FORMACIÓN
CONTINUADA DE
LAS PROFESIONES
SANITARIAS DE
CASTILLA-LA
MANCHA CON
FECHA 9/2/2010

RECONOCIDO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO
POR LA CONSEJERÍA DE SANIDAD



REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA DE CASTILLA LA MANCHA



7 y 8 de Mayo de 2010

Salón de Actos HG La Mancha Centro

Hotel Intur

ALCÁZAR DE SAN JUAN

COMITÉ ORGANIZADOR

SECCIÓN DE MICROBIOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO

Rafael Carranza González
María Ángeles Asencio Egea
María Huertas Vaquero
Ernesto Gómez de Oña

SECCIÓN DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA

Soledad Illescas Fernández-Bermejo
Ana Isabel Sánchez Maroto Lozano

Con la colaboración de:



PROGRAMA DE LA V REUNIÓN SOMICCAM ALCÁZAR DE SAN JUAN 2010

Viernes 7 de Mayo

Salón de Actos CH La Mancha Centro, Avda Constitución s/n

- 16:30 h. Entrega de documentación
- 17: 00 h. Asamblea general de la SOMICCAM
- 19:30 h. Conferencia Inaugural: "*Las ITS en el siglo XXI*"

Dr. Evelio Perea, Catedrático-Director del Dpto. de
Microbiología de la Facultad de Medicina de Sevilla

Sábado 8 de Mayo

Hotel Intur, Avda de Herencia

- 9:00 h. Colocación de pósters
- 9:30 h. "*Detección del virus del Papiloma Humano en el manejo de la patología del cérvix uterino*"

Dr. César Gómez, Microbiología. Hospital de Toledo

- 10: 00 h. "*Peculiaridades de los Centros de ITS*"

Dr. Juan Ballesteros, Dermatología.
Centro Sanitario Sandoval (Madrid)

- 11:30 h. Café
- 12:00 h. Mesa redonda: "*Situación del diagnóstico de ITS en Castilla La Mancha*"

Fátima López Fabal. H.G. de Ciudad Real
M^a José Rguez Escudero. H. Virgen de la Luz. Cuenca
Eva Heredero Gálvez. H. Virgen de la Salud. Toledo
Alejandro González Praetorius y Daniel Tena Gómez.
H. G. de Guadalajara.
Joaquín Bartolomé Álvarez. H. U. de Albacete

MODERADORA: Soledad Illescas Fdez.- Bermejo.
H. Virgen de Altagracia. Manzanares

ÍNDICE DE PONENCIAS DE LA V REUNIÓN SOMICCAM ALCÁZAR DE SAN JUAN 2010

DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL CÉRVIX UTERINO..... pag. 1

César Gómez Hernando.

Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo.

PECULIARIDADES DE LOS CENTROS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Juan Ballesteros.

Dermatología. C. S. Sandoval. Madrid.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA "SITUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN CASTILLA LA MANCHA".

Soledad Illescas Fernández-Bermejo.

Microbiología. H. Virgen de Altagracia. Manzanares.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL ÁREA FUNCIONAL DE GESTIÓN DE ALBACETE (2005-2009).

Joaquín Bartolomé Álvarez.

Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL DURANTE EL PERIODO 2006-2009.

Fátima López-Fabal, José Martínez Alarcón.

Laboratorio de Microbiología. Hospital General Ciudad Real.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GUADALAJARA (2005-2009).

Daniel Tena, Alejandro González.

Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara.

DATOS ETS. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO. PERIODO 2005-2009.

Eva Heredero Gálvez.

Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo.

ÍNDICE DE PÓSTERS DE LA V REUNIÓN SOMICCAM ALCÁZAR DE SAN JUAN 2010

***Neisseria gonorrhoeae* EN EL ÁREA SANITARIA DE ALBACETE: ESTUDIO DE 10 AÑOS..... pag. 12**

Vicente Romero, MR; Riquelme Bravo, E; Martínez Serrano, M; Pariente Martín, M; Moreno Parrado, L; Blas Señalada, JJ; Lorente Ortuño, S; Robles Fonseca, L y Crespo Sánchez, MD. Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA PROVINCIA DE ALBACETE.

Ferrer Amate, F; Vicente Romero, MR; Moreno Parrado, L; Riquelme Bravo, E; Martínez Serrano, M; Pariente Martín, M; Sáinz de Baranda Camino, C; Crespo Sánchez, MD. Laboratorio de Microbiología y Parasitología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

MICOPLASMAS GENITALES EN EL ÁREA DE ALBACETE.

Vicente Romero, MR; Martínez Serrano, M; Lozano Serra, J; Simarro Córdoba, E; Escribano Garaizábal, E; Palomar Pérez, JJ; Crespo Sánchez, MD. Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS TREPONÉMICOS EN MUJERES GESTANTES.

Robles Fonseca, L; Lozano Serra, J; Bartolomé Álvarez, J; Lorente Ortuño, S; Ferrer Amate, F; Robles Domínguez, P; Crespo Sánchez, MD. Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

VULVOVAGINITIS POR *Streptococcus pyogenes* EN MUJER ADULTA Y TRANSMISIÓN FAMILIAR DE LA INFECCIÓN.

Carranza González, R; Asencio Egea, MA; Huertas Vaquero, M; Gómez de Oña, E; Velasco Romero, A; Barberá Farré JR*. Sección de Microbiología y Servicio de M. Interna*. Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

ESTUDIO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN GONOCÓCICA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO EN UN PERÍODO DE 6 AÑOS (2004-2009).

Huertas Vaquero, M; Asencio Egea, MA; Gómez de Oña, E; Carranza González, R y Barberá Farré, JR*. Sección de Microbiología, *Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

ESTUDIO SEROLÓGICO DE SÍFILIS EN LOS 6 ÚLTIMOS AÑOS (2004-2009) EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO.

Asencio Egea, MA¹; Huertas Vaquero, M¹; Gómez de Oña, E¹; Carranza González, R¹, Barberá Farré, JR² y Herráez Carrera, O³. ¹Sección de Microbiología, ²Servicio de Medicina Interna y ³Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES CON SÍFILIS ENTRE 2004 Y 2009 EN EL C.H. LA MANCHA CENTRO.

Barberá Farré, JR²; Asencio Egea, MA¹; Huertas Vaquero, M¹; Herráez Carrera, O³; Carranza González, R¹ y Gómez de Oña, E¹. ¹Sección de Microbiología, ²Servicio de Medicina Interna y ³Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

INFECCIÓN POR VHC NO DIAGNOSTICABLE MEDIANTE SEROLOGÍA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Martínez-Alarcón, J; López-Fabal, F; González Rodríguez, M; González Rodríguez, JC; García Cañas, A; Romero Aguilera M. D. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

PATRÓN DE RESISTENCIAS DE *Neisseria gonorrhoeae* AISLADAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA.

Rodríguez Escudero, MJ⁽¹⁾; Seseña del Olmo, G⁽¹⁾; Broseta Tamarit, A⁽¹⁾; Martínez Medina, MC⁽¹⁾; Belinchón Toral, M⁽²⁾; Hernández Villen, MD⁽²⁾; López Martínez, S⁽²⁾.

(1) Servicio de Microbiología, Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.

(2) Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE CANDIDIASIS VAGINAL / VAGINOSIS BACTERIANA EN EL AREA DE CUENCA.

Rodríguez Escudero, MJ⁽¹⁾; Seseña del Olmo, G⁽¹⁾; Broseta Tamarit, A⁽¹⁾; Martínez Medina, MC⁽¹⁾; Giménez Alarcón, ML⁽²⁾; López Martínez, S.⁽²⁾; Hernández Villen, MD⁽²⁾. (1) Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de La Luz de Cuenca. (2) Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.

ANÁLISIS DE LAS URETRITIS CAUSADAS POR *Neisseria gonorrhoeae* DURANTE UN PERIODO DE 5 AÑOS EN EL ÁREA DE GUADALAJARA.

Arias Temprano, M; Tena Gómez, D; González Praetorius, A; Solís del Baño, S; Gimeno Fernández, C; Rodríguez Zurita, ME; Bisquert Santiago, J. Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE *Neisseria gonorrhoeae* EN EL ÁREA DE GUADALAJARA.

Tena Gómez, D; Arias Temprano, M; González Praetorius, A; Solís del Baño, S; Gimeno Fernández, C; Rodríguez Zurita, ME; Bisquert Santiago, J. Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

UTILIDAD DE INNOLIA-SYPHILIS COMO TECNICA SEROLOGICA CONFIRMATORIA.

González Praetorius, A; Tena Gómez, D; Rodríguez Zurita, ME; Caballero López, B; Guerrero García, T; Arias Temprano, M; Solís del Baño, S; Gimeno Fernández, C; Bisquert Santiago, J. Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara.

TRANSMISIÓN DEL VIH POR VIA SEXUAL EN LA PROVINCIA DE GUADALAJARA.

González Praetorius, A; *Cobos López, J; Tena Gómez, D; Rodríguez Zurita ME; Solís del Baño, S; Arias Temprano, M; Gimeno Fernández, C; Bisquert Santiago J. Secciones de Microbiología y *Medicina Preventiva. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Universitario de Guadalajara.

INFECCIONES CAUSADAS POR *Neisseria gonorrhoeae* Y *Trichomonas vaginalis* EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA (2004-2009).

Sánchez-Maroto Lozano, A; Illescas Fernández-Bermejo, S. Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real).

INFECCIÓN ENDOCERVICAL POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA (2006-2009).

Illescas Fernández-Bermejo, S.; Sánchez-Maroto Lozano, A.; Quiles Melero, I. Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real).

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA (2004-2009).

Sánchez-Maroto Lozano, A; Illescas Fernández-Bermejo, S. Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real).

ESTUDIO DE ITS DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO DESDE 2007 A 2010.

Jiménez Álvarez, SM; García Fernández, MP; *Maure Rico, M; **Vázquez Fernández del Pozo, S; Malo Casero, Q; Frau Socías, C. Hospital Santa Bárbara. Servicio de Análisis Clínicos. Laboratorio de Microbiología. Puertollano. Ciudad Real. *MFC responsable de IDF, **M. Preventiva y Salud Pública.

DETECCIÓN DE ADN Y GENOTIPADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MATERIAL CITOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL CON RESULTADO DE ASC-US (Atypical Scamous Cells of Uncertain Significance).

Gómez Hernando, C; Carabias López, C; Zamarrón Fuertes, P; Rodríguez Polo, JA; Brea Zubigaray, S; Pérez Bautista G. Servicios de Microbiología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO, 2006-2009.

Gómez Hernando, C; Heredero Gálvez, E; Martino Castañar, MV; Jiménez Barrera, RM; Sepúlveda Berrocal, MA. Servicios de Microbiología y Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

ESTUDIO DE PREVALENCIA Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS AISLADOS EN MUESTRAS GENITALES EN PACIENTES DEL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO.

Jiménez Barrera, R; Heredero Gálvez, E; Gómez Hernando, C; Zamarrón Fuertes, P; Rodríguez Polo, JA; Martino Castañar, V; Brea Zubigaray, S. Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

PORCENTAJE DE AISLADOS DE MUESTRAS GENITALES EN EL HOSPITAL DE VALDEPEÑAS durante el período 2006-2009.

Manrique González, E; Gómez Huertas, J; Jiménez Laguna, E; Marín Muela, M; Fuentes Fuentes, JC. Laboratorio de Microbiología. Hospital de Valdepeñas (Ciudad Real).

ESTUDIO DE INCIDENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD DE *UREAPLASMA SPP*, AISLADO DE MUESTRAS GENITALES, EN EL HOSPITAL DE VALDEPEÑAS DURANTE EL PERÍODO 2005-2009.

Manrique González, E; Gómez Huertas, J; Jiménez Laguna, E; Marín Muela, M; Fuentes Fuentes, JC. Laboratorio de Microbiología. Hospital de Valdepeñas (Ciudad Real).

DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL CÉRVIX UTERINO

César Gómez Hernando. FEA. Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo

El virus del papiloma humano o VPH causa una infección de transmisión sexual, importante en clínica humana por producir las verrugas genitales y sobre todo por ser la causa principal del cáncer de cuello uterino en mujeres.

La infección se relaciona directamente con la actividad sexual y alcanza una prevalencia entre el 4 y el 45% en varones y entre el 2% y el 44% en mujeres. Los factores de riesgo claramente establecidos son el número de compañeros sexuales y el consumo de tabaco.

En casi todos los casos la infección cursa de manera subclínica y es de corta duración resolviéndose espontáneamente, sin embargo un pequeño grupo de mujeres infectadas van a desarrollar cáncer cervical. Un factor claramente establecido que explica este hecho es el tipo de virus que causa la infección. De los aproximadamente 40 tipos descritos de VPH que infectan el tracto genital, al menos 19 se consideran de alto riesgo (AR) para el desarrollo de neoplasia de cérvix. De entre los de alto riesgo los VPH tipo 16 y 18 son los que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer, detectándose aproximadamente en el 70 % de los casos. Otros factores de riesgo asociados a la carcinogénesis son la alta paridad, la toma de anticonceptivos orales, el tabaquismo, la coexistencia de otras ITSs o la edad a la que la mujer se infecta.

El proceso de oncogénesis es lento y requiere de al menos 15 años desde la infección, es por ello necesaria una infección persistente para el desarrollo de lesiones preneoplásicas y de carcinoma infiltrante.

El estudio de la infección por VPH se realiza clásicamente mediante la citología exfoliativa cérvico-vaginal con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz del cáncer de cérvix mediante la detección de células epiteliales anormales sugerentes de lesiones precancerosas (LSIL y HSIL), cancerosas o de significado indeterminado (ASC-US).

La detección del VPH ha estado limitada por la inexistencia de métodos de cultivo que permitieran el crecimiento del virus y por la alta prevalencia de la infección en la población general lo que limita la utilidad de la detección de anticuerpos a estudios epidemiológicos. El desarrollo de distintas técnicas (Hibridación, PCR...) de detección del genoma del virus nos permite en la actualidad detectar de manera directa la presencia del virus en muestras clínicas, así como determinar el tipo de virus detectado.

La detección de ADN de VPH de alto riesgo (VPH-AR) tiene en el momento actual varias indicaciones clínicas bien establecidas:

- Cribado. Su uso en el cribado primario permitiría aumentar los plazos de revisión en mujeres VPH-AR negativas especialmente en mayores de 35-40 años, como ya han demostrado algunos estudios de coste-efectividad
- Selección de mujeres con citología anormal. Especialmente en mujeres con citología de ASC-US, en las cuales un resultado negativo para VPH-AR descarta con fiabilidad una lesión de alto grado

-
- Seguimiento de pacientes con LSIL en citología. En mujeres jóvenes seleccionadas se puede retrasar el tratamiento mediante seguimiento con determinaciones de VPH-AR a la espera de determinar aclaramiento o persistencia
 - Seguimiento post-tratamiento. Varios estudios han demostrado que la desaparición de VPH-AR se correlaciona con la extirpación completa de las lesiones y la curación de las pacientes

La determinación del genotipo implicado tiene interés para determinar de forma más ajustada el riesgo, pues como ya hemos dicho VPH 16 y 18 están implicados en la mayoría de las neoplasias de cérvix.

En la actualidad se están evaluando diferentes técnicas moleculares que permiten realizar una clasificación más precisa de las pacientes según el riesgo de evolución: la determinación de la carga viral total o relativa mediante PCR en tiempo real, la detección de ARN mensajero de las proteínas E6-E7 o la expresión de la proteína p16INK4a podrán en el futuro mejorar el manejo clínico de las mujeres infectadas por VPH.

PECULIARIDADES DE LOS CENTROS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Juan Ballesteros. Dermatología. C. S. Sandoval. Madrid.

Los Centros de ITS han de ser unidades asistenciales extrahospitalarias orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Las características que los definen han de ser las siguientes:

- Centros sanitarios públicos, preferentemente; si bien en Sistemas Sanitarios con copago por los usuarios o en exclusiva privados también tienen cabida.
- Gratuito, en los Sistemas Sanitarios no privados.
- Abierto a cualquier persona, sin importar su sexo, raza o creencias, con o sin afiliación al Sistema Sanitario Público.
- Sin adscripción a ningún área geográfica o sanitaria.
- Fácil accesibilidad: no se debe precisar cita previa.
- Posibilidad de anonimato: no ha de ser necesario presentar documentación alguna.

El flujo de pacientes atendidos se puede orientar siguiendo estos pasos:

En puerta la persona o pareja, a través de 4-5 preguntas básicas es cribado, en función de su demanda asistencial. Tras esta evaluación inicial será enviado a **consultas de enfermería**, donde recibirá información y educación sanitaria personalizada sobre identificación de conductas de riesgo para las Infecciones de Transmisión Sexual y orientación hacia prácticas más seguras; así como si se precisa, se le realizarán pruebas serológicas de lúes, VIH-Ac y/o marcadores hepáticos de VHB, VHA-Ac en pacientes asintomáticos en función del riesgo individual de exposición a ITS; o a **consultas médicas** donde se le realizarán, en el mismo día que acude, las exploraciones y pruebas diagnósticas precisas para el diagnóstico y tratamiento de la/s infección/es de transmisión sexual que presente y se le facilite la posible atención a su pareja o parejas.

Posteriormente, todas las muestras tomadas serán procesadas según lo solicitado en los **laboratorios de microbiología, patología o analítica** que deben constituir parte del propio Centro, estando incorporados físicamente al mismo.

Otros servicios que mejoran la calidad asistencial de los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual son los siguientes:

Administración de los tratamientos y vacunas recomendadas a los pacientes atendidos tanto en las consultas.

Atención psicológica a los pacientes y entorno personal y/o familiar.

Atención social, especialmente a las personas que no poseen cobertura sanitaria o sin recursos económicos. Interconexión con ONG's.

Servicio de atención telefónica sobre información general sobre medidas preventivas de las ITS. Información sobre la oferta asistencial del Centro.

Orientación hacia otros dispositivos asistenciales adecuados.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA “SITUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN CASTILLA LA MANCHA”

Soledad Illescas Fernández-Bermejo. Microbiología. Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares, Ciudad Real.

Para conocer la situación del diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Castilla La Mancha, se remitió una encuesta a los laboratorios de Microbiología de los hospitales del SESCAM. Se solicitaba información sobre la realización de toma de muestras por parte de personal adscrito a Microbiología, disponibilidad de pruebas y metodología utilizada en el diagnóstico de distintos microorganismos implicados en ITS.

Se obtuvo respuesta de los 13 laboratorios de Microbiología del SESCAM. Se observa gran variabilidad en las respuestas, tanto en la disponibilidad de pruebas diagnósticas, como en la metodología utilizada.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Trichomonas vaginalis:

2 laboratorios sólo lo investigan si hay solicitud expresa (uno realiza cultivo y sólo ante solicitud de examen en fresco lo realiza; el otro realiza examen en fresco y si es negativo, cultivo).

En el resto de laboratorios se investiga *Trichomonas* de forma rutinaria en todas las muestras vaginales, 6 también lo investigan en las muestras endocervicales y 9 en uretrales. En cuanto a la metodología utilizada: 4 sólo realizan examen en fresco; 3 sólo cultivo; 3 examen en fresco y cultivo; 1 cultivo y en las solicitudes urgentes de muestras recogidas en el laboratorio, examen en fresco.

Neisseria gonorrhoeae.

Todos los laboratorios utilizan medios selectivos para su aislamiento en todas las muestras uretrales, 12 laboratorios lo estudian en todas las muestras endocervicales, 8 lo buscan de forma rutinaria en las muestras vaginales.

Los medios selectivos utilizados son: Thayer-Martin, Martin-Lewis y VCAT3.

Para su identificación se utilizan: tarjeta vitek NH, API NH, tarjeta Microscan NHID, y galería *Neisseria* 4H de BioRad. Hay gran variabilidad en los antibióticos testados en los distintos centros.

Chlamydia trachomatis:

6 laboratorios disponen de técnicas para diagnóstico directo, en 2 laboratorios utilizan inmunofluorescencia directa, 4 utilizan métodos inmunoenzimáticos.

2 laboratorios realizan serología específica por inmunofluorescencia.

Micoplasmas genitales:

Realizan diagnóstico por detección directa 6 laboratorios (5 de ellos también estudiaban *Chlamydia trachomatis*) 4 realizan estudio de sensibilidad.

Treponema pallidum:

8 hospitales pueden realizar su estudio microscópico, en 5 hospitales no se dispone de microscopio para estudio en campo oscuro.

El diagnóstico serológico se realiza utilizando como screening el RPR en 6 laboratorios y en 5 se realizan pruebas treponémicas. 2 laboratorios remiten las muestras a otros laboratorios del SESCAM.

Herpes:

Sólo 2 laboratorios disponen de PCR para detección de Herpes en úlceras genitales, otro laboratorio estaba en proceso de implantación de la técnica.

Papilomavirus:

Sólo en un laboratorio de Microbiología se realiza su determinación, utiliza PCR y genotipado mediante arrays de baja densidad.

2 laboratorios de Microbiología remiten muestras a laboratorios externos (a un laboratorio adjudicado por concurso y al Centro Nacional de Microbiología). En otro centro, Microbiología gestiona las muestras de varones (remitiéndolas al CNM), anatomía Patológica las muestras endocervicales. En el resto de hospitales, Análisis Clínicos o Anatomía Patológica gestionan este tipo de peticiones.

HIV, Hepatitis B y Hepatitis C:

En 4 hospitales no hay ningún microbiólogo responsable en su diagnóstico, en ninguno de ellos se realiza estudio confirmatorio de HIV, ni de Hepatitis C, enviándose las muestras a laboratorios externos.

En 4 laboratorios de Microbiología de la red del SESCAM se dispone de pruebas de inmunoblotting para confirmación de HIV y de Hepatitis C.

En un hospital la serología se realiza en el laboratorio de Microbiología, pero la carga viral del VIH y de la hepatitis B se realiza en el laboratorio de Bioquímica.

La carga viral del VIH y de la Hepatitis C se realiza en 7 hospitales de la red, en 3 de ellos sin supervisión de microbiólogo.

La carga viral de la Hepatitis B se realiza en 5 laboratorios, de ellos 3 de Microbiología.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL ÁREA FUNCIONAL DE GESTIÓN DE ALBACETE (2005-2009)

Joaquín Bartolomé Álvarez.

Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen de la ponencia. Se revisaron los resultados de las pruebas de diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual realizadas en el Laboratorio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. La tabla recoge la frecuencia con que se detectaron los distintos agentes entre los años 2005 y 2009:

Agente	Año				
	2005	2006	2007	2008	2009
Trichomonas vaginalis					
Nº casos	52	48	52	57	58
Casos por 10 ⁵ habitantes	15	14	14	15	15
Nº muestras estudiadas	3.113	3.337	3.972	4.706	4.497
Neisseria gonorrhoeae					
Nº casos	22	32	22	26	33
Casos por 10 ⁵ habitantes	6,2	9,1	5,8	6,9	8,7
Nº muestras estudiadas	1.003	1.210	1.688	1.855	1.811
<i>Chlamydia trachomatis</i>					
Nº casos	-	18	49	112	74
Casos por 10 ⁵ habitantes	-	5,1	13	30	19
Nº muestras estudiadas	-	394	1.090	1.741	1.298
Micoplasmas genitales:					
Nº muestras estudiadas	1.289	2.331	1.999	2.059	1.547
Mycoplasma hominis					
Nº casos	2	3	0	3	6
Ureaplasma urealyticum					
Nº casos	120	135	172	160	238
Casos por 10 ⁵ habitantes	34	38	45	42	63
Treponema pallidum*					
Nº casos	80	90	93	114	118
VIH*					
Nº casos	32	25	22	26	19
Casos por 10 ⁵ habitantes	9,1	7,1	5,8	6,9	5,0
Hepatitis B*					
Nº casos (HBsAg positivo)	166	176	198	223	225
Casos por 10 ⁵ habitantes	47	50	52	59	59
Hepatitis C*					
Nº casos	173	185	181	165	159
Casos por 10 ⁵ habitantes	49	52	48	43	42

*: Casos no detectados previamente en nuestro laboratorio.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL DURANTE EL PERIODO 2006-2009

Fátima López-Fabal, José Martínez Alarcón
Laboratorio de Microbiología. Hospital General Ciudad Real.

Resumen de la ponencia. Se revisaron los resultados de las pruebas de diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual realizadas en el Laboratorio de Microbiología del Hospital General de Ciudad Real durante el periodo 2006-2009. Los datos obtenidos se recogen en la tabla siguiente:

		2006	2007	2008	2009
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Nº de casos diagnosticados.	8	12	10	20
	Nº de muestras en la que se ha investigado.	1886	2099	2346	2308
	Nº de casos por 100.000 habitantes	2.28	3.4	2.85	5.7
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (cultivo)	Nº de casos diagnosticados.	6	5	10	2
	Nº de muestras en la que se ha investigado.	67	89	88	103
	Nº de casos por 100.000 habitantes	1.7	1.4	2.85	0.57
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<u>Sensibilidad</u> a los antibióticos testados	Ctx 100%	Azitr 100%	Cipro 64.7%	Levo 100%
<i>Chlamydia trachomatis</i> (Diagnóstico directo)	Nº de casos diagnosticados. Nº de muestras en la que se ha investigado. Nº de casos por 100.000 habitantes	No se realiza			
<i>Chlamydia trachomatis</i>. (Diagnóstico serológico)	Nº de casos diagnosticados. Nº de casos por 100.000 habitantes	0	3	0	0
		0	0.85	0	0
Micoplasmas genitales. (Diagnóstico directo)	Nº de casos diagnosticados. Nº de muestras en la que se ha investigado. Nº de casos por 100.000 habitantes <u>Sensibilidad</u> a los antibióticos testados	No se realiza			
Micoplasmas genitales. (Diagnóstico serológico)	Nº de casos diagnosticados. Nº de casos por 100.000 habitantes	No se realiza			
<i>Treponema pallidum</i>. (Diagnóstico directo)	Nº de casos diagnosticados. Nº de muestras en la que se ha investigado. Nº de casos por 100.000 habitantes	No se realiza			
<i>Treponema pallidum</i>. (Diagnóstico serológico)	Al ser complicado conocer el nº de nuevos casos diagnosticados una alternativa podría ser casos con serología de sífilis positiva.	18	45	64	18
Herpes. (Diagnóstico directo en muestras genitales)	Nº de casos diagnosticados. Nº de casos por 100.000 habitantes	Se realiza a partir de Enero de 2010.			

		No se realiza			
Herpes tipo 2. (Diagnóstico serológico)					
HIV	Nº de nuevos casos diagnosticados. Nº de casos en seguimiento. Nº de casos por 100.000 habitantes	27 ND 8.18	34 ND 10.3	45 ND 13.6	36 ND 10.9
Hepatitis B (HBsAg)		165 ND 50	131 ND 39.7	122 ND 36.7	134 ND 40.6
Hepatitis C		360 ND 109	323 ND 97.8	278 ND 84.2	251 ND 76
Hepatitis C		Genotipos	Geno 1 359	Gen2 14	Gen3 97

ND: No se dispone de datos. Ctx: cefotaxima. Cipro: ciprofloxacino. Levo: levofloxacino.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GUADALAJARA (2005-2009)

Daniel Tena, Alejandro González

Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara.

		2005	2006	2007	2008	2009
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Número de casos diagnosticados.	12	15	8	16	11
	Número de muestras en la que se ha investigado.	2071	3233	3452	3665	3378
	Número de casos por 100.000 habitantes	5.88	7.02	3.57	6.72	4.46
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Número de casos diagnosticados.	4	7	15	7	3
	Número de muestras en la que se ha investigado.	131	192	237	257	231
	Número de casos por 100.000 habitantes	1.96	3.27	6.69	2.94	1.21
Sensibilidad antibiótica de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (2005-2009)						
		Nº cepas	Sensible (%)	Intermedio (%)	Resistente (%)	
	Penicilina	33	57.5	15.1	27.2	
	Ceftriaxona	33	100	0	0	
	Ciprofloxacino	28	42.8	7.1	50	
	Tetraciclina	14	28.5	21.4	50	
<i>Chlamydia trachomatis</i> Diagnóstico directo (detección de antígeno)	Número de casos diagnosticados.	--	--	0	0	2
	Número de muestras en la que se ha investigado.	--	--	25	38	32
	Número de casos por 100.000 habitantes	--	--	0	0	0.81
<i>Chlamydia trachomatis</i>. Diagnóstico serológico	Número de casos diagnosticados. Número de casos por 100.000 habitantes					
Micoplasmas genitales. Diagnóstico directo.	Número de casos diagnosticados.	--	--	--	--	--
	Número de muestras en la que se ha investigado.	--	--	--	--	--
	Número de casos por 100.000 habitantes	--	--	--	--	--
	<u>Sensibilidad</u> a los antibióticos testados	--	--	--	--	--
Micoplasmas genitales. Diagnóstico serológico	Número de casos diagnosticados. Número de casos por 100.000 habitantes					

Treponema pallidum. Diagnóstico directo	Número de casos diagnosticados. Número de muestras en la que se ha investigado. Número de casos por 100.000 habitantes	--	--	--	--	--
Treponema pallidum. Diagnóstico serológico	Al ser complicado conocer el número de nuevos casos diagnosticados una alternativa podría ser casos con serología de sífilis positiva.					
Herpes. Diagnóstico directo en muestras genitales	Número de casos diagnosticados. Número de casos por 100.000 habitantes					4 en 2010
Herpes tipo 2. Diagnóstico serológico.						
HIV	Número de nuevos casos diagnosticados. Número de casos en seguimiento. Número de casos por 100.000 habitantes En Hepatitis C, también se podría incluir genotipos					
		18.16 (5.3)	15.92 (5.6)	23.65 (6.2)	19.76 (6.3)	20.71 (4.06)

HIV: datos de 1º diagnóstico de HIV en Guadalajara (pacientes diagnosticados en otra provincia que se trasladan a Guadalajara) y entre paréntesis 1º diagnóstico (pacientes no diagnosticados previamente).

DATOS ETS. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO. PERIODO 2005-2009

Eva Heredero Gálvez

Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo.

		2005	2006	2007	2008	2009
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Número de casos diagnosticados.	30	51	64	42	66
	Número de muestras investigadas	8133	6881	5774	5718	6709
	Número de casos por 100.000 habitantes	7,14	12,14	15,23	10	15,71
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Número de casos diagnosticados	2	10	1	6	8
	Número de muestras investigadas	8133	6881	5774	5718	6709
	Número de casos por 100.000 habitantes	0,47	2,38	0,23	1,42	1,9
	Sensibilidad a los antibióticos testados					
Micoplasmas genitales	Número de casos diagnosticados		1		5	4
	Número de muestras investigadas	64	103	231	261	298
	Diagnóstico directo.		0,23		1,19	0,95
	Número de casos por 100.000 habitantes					
	Sensibilidad a los antibióticos testados					

El número de casos nuevos diagnosticados de HIV fueron los siguientes: 18 (2006), 10 (2007), 18 (2008) y 24 (2009).

El número de casos de HIV en seguimiento es de 419.

En cuanto al número total de genotipos de Hepatitis C a lo largo de los años fueron: Genotipo 1(92), genotipo 1a(214), genotipo 1b(334), genotipo 1a/1b(16), genotipo 2(4), genotipo 2b(1), genotipo 2a/2c(10), genotipo 3(1), genotipo 3a(177), genotipo 4(23), genotipo 4a/4c/4d(31), genotipo 4c/4d(41), genotipo 4e(3) y genotipo 5a(2).

***Neisseria gonorrhoeae* EN EL ÁREA SANITARIA DE ALBACETE: ESTUDIO DE 10 AÑOS**

Vicente Romero, MR; Riquelme Bravo, E; Martínez Serrano, M; Pariente Martín, M; Moreno Parrado, L; Blas Señalada, JJ; Lorente Ortuño, S; Robles Fonseca, L y Crespo Sánchez, MD.

Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción

La creciente prevalencia de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes a fluoroquinolonas ha generado cambios en las recomendaciones terapéuticas. Desde 2007 los CDC desaconsejan el uso empírico de quinolonas para la gonococia, siendo las cefalosporinas de tercera generación la recomendación actual. Es importante conocer el estado serológico del VIH en infecciones de transmisión sexual (ITS) ya que favorecen su adquisición y transmisión.

Objetivos

Conocer el número de aislamientos y sensibilidad antibiótica de *N. gonorrhoeae* y revisión del estado serológico del VIH de los pacientes incluidos en el periodo de estudio (2000-2009) en nuestra área sanitaria.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de las cepas de *N. gonorrhoeae* aisladas a partir de muestras del tracto genital durante el periodo 2000-2009. Las muestras se sembraron en medios de cultivo habituales y selectivos para *N. gonorrhoeae* (Thayer-Martin) y se incubaron 48 horas con 5% de CO₂. La identificación del microorganismo de interés se llevó a cabo mediante las siguientes pruebas: citocromo-oxidasa, producción de ácido a partir de glucosa y reducción de nitratos a nitritos (*Neisseria* 4H, bioMérieux®). Se testaron los siguientes antibióticos por el método de difusión disco-placa: cefotaxima, penicilina, tetraciclina y ciprofloxacino. La detección de β-lactamasa se realizó con el disco de nitrocefina. Para conocer el estado serológico de los pacientes frente a VIH, se revisaron los informes de alta de todos los pacientes.

Resultados

Se aislaron 148 cepas de *N. gonorrhoeae*. El 78.4% de las cepas procedía de muestras de exudado uretral. La sensibilidad de la tinción de gram fue del 86.3%. La distribución por años fue la siguiente: 1 (2000), 3 (2001), 3 (2002), 1 (2003), 9 (2004), 22 (2005), 32 (2006), 20 (2007), 26 (2008) y 33 (2009). El 93,9 % de los pacientes con gonorrea eran hombres con una edad media de 32.8 años y el 22.9% eran inmigrantes. La resistencia global frente a penicilina fue de un 25% y se mantuvo estable a lo largo de los años estudiados. La resistencia a ciprofloxacino mostró un importante incremento pasando de un 0% en el año 2000 a un 75.8% en el año 2009, con un resultado global del 54%. Todas las cepas fueron sensibles a cefotaxima. De los 148 pacientes, sólo en 44 (30%) se solicitó estudio de serología para VIH, siendo en todos los casos negativo.

Conclusiones

Se observa un aumento del número de aislamientos de *N. gonorrhoeae* en los últimos 10 años en el área de Albacete. La elevada tasa de resistencia a ciprofloxacino desaconseja su uso como tratamiento empírico de la gonococia. Las cefalosporinas de tercera generación deben ser el tratamiento de elección para esta infección. A todos los pacientes con estudio de ITS se les debería realizar una determinación de anticuerpos frente al VIH.

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

Ferrer Amate, F; Vicente Romero, MR; Moreno Parrado, L; Riquelme Bravo, E; Martínez Serrano, M; Pariente Martín, M; Sáinz de Baranda Camino, C; Crespo Sánchez, MD.

Laboratorio de Microbiología y Parasitología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema social tanto por la magnitud que alcanzan a nivel global como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, cáncer de cérvix).

Objetivos. Este trabajo pretende analizar la incidencia y evolución de las ITS en la población cubierta por el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, así como los datos epidemiológicos asociados, durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2009.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de los últimos 5 años en el que se han recogido los datos de infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* y *Chlamydia trachomatis* consultando la base de datos del laboratorio de Microbiología y Parasitología de nuestro hospital. Los casos de infección por *C. trachomatis* están documentados desde mayo de 2006, fecha en la que se implantó la técnica de detección en nuestro laboratorio.

Resultados. Durante los 5 años de estudio se recogieron 544 casos de ITS con al menos algún aislamiento de *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis* o detección positiva de *C. trachomatis*. *T. vaginalis* fue el patógeno identificado con mayor frecuencia (46.53%), seguido de *C. trachomatis* (29.38%) y de *N. gonorrhoeae* (24.09%). En 5 de los pacientes se diagnosticó coinfección por *T. vaginalis* y *C. trachomatis*.

Al estudiar la incidencia de los casos de ITS, se observa una evolución temporal ascendente con un pico máximo en 2008 (35,6 casos/100.000 habitantes), aunque al analizar los casos por separado según el patógeno, el pico se produce en 2009 para *T. vaginalis* y *N. gonorrhoeae* y se mantiene en 2008 para *C. trachomatis*. No se tienen datos de la incidencia de *C. trachomatis* desde enero de 2005 hasta mayo de 2006.

En cuanto a los datos epidemiológicos, la edad media de los pacientes estudiados fue 33,8 años (SD=10,5), de ellos, un 77,2% fueron mujeres y un 22,8% hombres. El aislamiento de *T. vaginalis* fue mayoritario en mujeres (98,8%), mientras que el de gonococo lo fue en hombres (91,6%). Todas las infecciones por *C. trachomatis* se produjeron en mujeres.

Conclusiones. Se observa un incremento de la incidencia de ITS en nuestro entorno durante los últimos años. El agente etiológico más frecuente, al igual que lo descrito en otros trabajos es *T. vaginalis*. A diferencia de lo que ocurre a nivel nacional, el número de infecciones por *C. trachomatis* es más frecuente que el ocasionado por *N. gonorrhoeae*. La incidencia de ITS es más frecuente en mujeres jóvenes.

MICOPLASMAS GENITALES EN EL ÁREA DE ALBACETE

Vicente Romero, MR; Martínez Serrano, M; Lozano Serra, J; Simarro Córdoba, E; Escribano Garaizábal, E; Palomar Pérez, JJ; Crespo Sánchez, MD.

Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción

La significación del aislamiento de micoplasmas en muestras genitales continúa siendo hoy un tema controvertido. Aunque se conoce su papel etiológico en ciertas patologías, su presencia en pacientes sanos es también frecuente.

Objetivo

Conocer la frecuencia de los micoplasmas genitales en el área sanitaria de Albacete durante el periodo 2009, las características de los pacientes y el aislamiento concomitante de otros microorganismos.

Material y métodos

Se consultó la base de datos del laboratorio de Microbiología para conocer el número de muestras cervicales y uretrales (una muestra por paciente) que habían resultado positivas para micoplasmas genitales (*Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*). Se recogieron las variables sexo y edad de los pacientes, además del aislamiento de otros microorganismos en dichas muestras. La identificación de *M. hominis* y *U. urealyticum* fue realizada mediante el kit comercial MYCOFAST *EvolutioN* 2 (International Microbiology). El resto de microorganismos se identificó mediante cultivo y técnicas habituales. La detección cualitativa de antígeno de *Chlamydia trachomatis* se realizó mediante el sistema comercial VIDAS[®] Chlamydia (Biomérieux).

Resultados

Durante el año 2009 se procesaron un total de 1761 muestras, 1202 cervicales y 559 uretrales, y se aisló algún micoplasma en 224 (12.7%). La media de edad de los pacientes fue de 32 años y el 94,2% fueron mujeres. *U. urealyticum* se aisló en 218 de las muestras mientras que *M. hominis* se aisló en 5 y sólo en una se aislaron conjuntamente. Aproximadamente en la mitad de los casos (56,7%) los micoplasmas se aislaron como únicos agentes de infección y/o colonización. El aislamiento de *U. urealyticum* con *Candida albicans* o *Gardnerella vaginalis* fue la combinación más frecuente durante el periodo de estudio.

Conclusiones

En nuestra área la detección de *U. urealyticum* en muestras cervicales es frecuente. Cuando aparece junto a otros colonizadores habituales del tracto genital femenino es difícil valorar su papel patógeno. Sin embargo un aislamiento monomicrobiano tampoco es concluyente. Las circunstancias clínicas, apoyadas por ciertos umbrales diagnósticos propuestos, ayudarán a establecer su morbilidad.

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS TREPONÉMICOS EN MUJERES GESTANTES

Robles Fonseca, L; Lozano Serra, J; Bartolomé Álvarez, J; Lorente Ortuño, S; Ferrer Amate, F; Robles Domínguez, P; Crespo Sánchez, MD.

Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción. La sífilis en la mujer gestante puede transmitirse al feto y provocar un aborto o una sífilis congénita en el neonato. Para prevenir la infección congénita, se recomienda realizar el cribado serológico de la sífilis a todas las mujeres embarazadas.

Objetivos. El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia de anticuerpos frente a *Treponema pallidum* en las mujeres gestantes de nuestro área.

Material y Métodos. La fuente de información fue la base de datos del Laboratorio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Se incluyó en el estudio a todas las mujeres con una petición de serología de sífilis cursada por el servicio de Tocología entre enero y noviembre de 2009. El cribado serológico de la sífilis consistió en la determinación de anticuerpos específicos frente a *T. pallidum* mediante un ensayo de inmunofluorescencia indirecta. Los resultados positivos en la prueba de cribado se confirmaron mediante hemaglutinación pasiva (TPHA). De cada paciente se recogió el país de nacimiento y el resultado de la determinación de anticuerpos treponémicos. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes seropositivas para conocer si habían sido diagnosticadas y tratadas anteriormente.

Resultados. Se estudiaron 4.157 mujeres, de las que 3.133 (75,4%) habían nacido en España y 885 (21,3%) en el extranjero. En 139 (3,3%) casos no se pudo determinar el lugar de nacimiento. De las 885 mujeres inmigrantes, 329 (37%) procedían de Latinoamérica, 293 (33%) de Europa del este, 133 (15%) del Magreb, 23 (2,6%) de Europa occidental, 21 (2,4%) de Asia, 16 (1,8%) de África subsahariana, y en 73 (8,2%) casos no se pudo determinar el país de nacimiento. En 31 pacientes se obtuvo un resultado positivo, confirmado por TPHA, en la determinación de anticuerpos treponémicos. La prevalencia de anticuerpos treponémicos fue del 0,7% (intervalo de confianza del 95% [IC95]= 0,5%-1,1%). De las 31 pacientes seropositivas, 29 (94%) habían nacido fuera de España. La seroprevalencia en mujeres nacidas en España fue del 0,06% (2/3133) (IC95= 0,0%-0,3%) y en mujeres nacidas fuera de España del 3,3% (29/885) (IC95= 2,2%-4,7%). De las 29 mujeres inmigrantes seropositivas, 19 procedían de Latinoamérica, 8 de Europa del este, 1 de África subsahariana y en un caso no se pudo conocer el país de procedencia. Se pudieron revisar 26 de las 31 historias clínicas de pacientes seropositivas. Diez de las mujeres seropositivas para sífilis habían sido diagnosticadas y tratadas correctamente antes del embarazo actual. En 16 casos de pacientes seropositivas, no constaba un diagnóstico anterior de sífilis y las mujeres recibieron tratamiento durante el embarazo o el puerperio.

Conclusiones. La prevalencia de sífilis en gestantes es baja en las nacidas en España pero es mayor en gestantes inmigrantes, en particular las procedentes de Latinoamérica o Europa del este. El cribado prenatal de la sífilis sigue siendo necesario para prevenir las infecciones congénitas.

VULVOVAGINITIS POR *Streptococcus pyogenes* EN MUJER ADULTA Y TRANSMISIÓN FAMILIAR DE LA INFECCIÓN

Carranza González, R; Asencio Egea, MA; Huertas Vaquero, M; Gómez de Oña, E; Velasco Romero, A; Barberá Farré JR*.

Sección de Microbiología y Servicio de M. Interna*, Complejo Hospitalario La Mancha Centro.

Introducción

Las vulvovaginitis por *Streptococcus pyogenes* (VSP) son raras en las mujeres adultas pero suelen estar relacionadas con la transmisión de aislados bacterianos normalmente procedentes de infecciones respiratorias o dermatológicas.

Objetivos

Describir un caso de VSP en una mujer adulta de probable transmisión sexual y la epidemiología familiar de la infección.

Material y métodos

La paciente, una mujer de 35 años, casada y madre de una niña de 18 meses, presentó prurito y dolor vulvovaginales con importante eritema y tumefacción locales y descarga vaginal amarillenta. El cuadro había comenzado 2 días antes, tras mantener relaciones sexuales con su marido sin protección. Revisada en la consulta de Ginecología se tomaron muestras para microbiología y se instauró tratamiento inicial con corticosteroides tópicos.

Resultados

El informe microbiológico demostró abundantes leucocitos polinucleares en la tinción de gram con cocos positivos en cadenas y franca disminución de lactobacilos, mientras que creció *Streptococcus pyogenes* en cultivo casi puro. La mujer continuaba con la clínica anterior, por lo que se ajustó el tratamiento, retirando los corticoides e iniciando terapia con amoxicilina-clavulánico 1 g por vía oral cada 8 h durante 15 días y crema vaginal de clindamicina al 2%, mejorando rápidamente. Interrogada por antecedentes de infección respiratoria o cutánea recientes, la paciente no los tenía pero sí su marido e hija, que padecían de infecciones faringoamigdalares de repetición. Por ello se les llamó a consulta, tomando muestras de los 3 miembros de la familia en faringe, recto y periné, aislándose *S. pyogenes* con los mismos marcadores (*emm* 12, T 12 y genes de toxinas B, F, G, H) y antibiograma, en todas las muestras faríngeas y también en las genitales de la mujer. Después de 15 días de tratamiento, los cultivos se negativizaron en todas las muestras de los afectados.

Conclusiones

Las VSP son raras en mujeres tras la menarquía y suelen asociarse con contactos familiares que presentan infecciones respiratorias o cutáneas. Sin embargo, debemos considerar la posibilidad de transmisión sexual de este microorganismo y realizar un tratamiento combinado de la pareja e incluso de otros miembros de la unidad familiar que pudieran estar colonizados y/o infectados.

ESTUDIO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN GONOCÓCICA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO EN UN PERÍODO DE 6 AÑOS (2004-2009)

Huertas Vaquero, M; Asencio Egea, MA; Gómez de Oña, E; Carranza González, R y Barberá Farré, JR*. *Sección de Microbiología, *Servicio de Medicina Interna.* Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Introducción. La infección gonocócica es un problema de salud pública, tanto por sus complicaciones y secuelas como por la relación con la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual.

Objetivo. Describir la epidemiología y la sensibilidad a los antimicrobianos de los casos de infección gonocócica diagnosticados en nuestro hospital en el período comprendido entre 2004 y 2009.

Materiales y métodos. Se estudian los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* procedentes de las distintas muestras genitales enviadas al Complejo Hospitalario La Mancha Centro durante los años 2004-2009. A todas las muestras se les realizó una tinción de gram y cultivo en Agar chocolate y VCAT (BioMeriéux, Francia), en atmósfera de CO₂ durante 72 horas. La identificación se hizo mediante disco de citocromo-oxidasa (BD, USA) y Api NH (BioMeriéux, Francia) y las pruebas de sensibilidad se realizaron en Agar chocolate mediante la técnica de disco-difusión, incluyendo los siguientes antibióticos: penicilina, ceftriaxona, cefixima, ciprofloxacino, tetraciclina y azitromicina. La producción de β-lactamasa se detectó con el disco de nitrocefina (BD, USA).

Resultados

2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
1	1	1	1	5	9	18

Se estudiaron un total de **18 gonococos** aislados de 15 uretrales y 3 vaginales, correspondientes con 83,33% de varones y 16,66% de mujeres. La edad media fue 35 años, con rango comprendido entre 21 y 53 años. El 66,66% eran españoles y sólo hubo una reinfección (2 de los vaginales corresponden a la misma paciente). No se estudiaron otras infecciones de transmisión sexual. Sólo se observaron diplococos gram negativos en 8 pacientes (44%). Se testó la sensibilidad de 16 cepas, siendo los resultados los siguientes:

	Penicilina	Ceftriaxona	Cefixima	Ciprofloxacino	Tetraciclina	Azitromicina
Resistente (%)	50	0	0	50	25	0
Sensible (%)	43,75	100	100	50	75	100
Intermedio (%)	6,25	0	0	0	0	0

Conclusiones. El número de aislamientos de *N. gonorrhoeae* se mantuvo constantemente bajo en los primeros 4 años, apreciándose un importante aumento en los dos últimos. La sensibilidad tan baja que muestra la tinción de gram en nuestro estudio pone de manifiesto la importancia de un procesamiento adecuado de las muestras, tanto en la toma de exudados como en la correcta realización de la extensión y su tinción posterior. Las resistencias observadas a ciprofloxacino, penicilina y tetraciclina desaconsejan su uso como tratamiento empírico. Ceftriaxona, cefixima y azitromicina constituyen las mejores opciones. La resistencia a tetraciclina es bastante menor que la mostrada en otros estudios.

ESTUDIO SEROLÓGICO DE SÍFILIS EN LOS 6 ÚLTIMOS AÑOS (2004-2009) EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO

Asencio Egea, MA¹; Huertas Vaquero, M¹; Gómez de Oña, E¹; Carranza González, R¹; Herráez Carrera, O³ y Barberá Farré, JR².

Sección de Microbiología¹, Servicio de Medicina Interna², Servicio de Análisis Clínicos³. C.H. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Introducción. Con la introducción de la penicilina como tratamiento de la sífilis, se ha observado un claro descenso en la morbi-mortalidad de la infección. Sin embargo, en los últimos años parece existir un incremento en el número de los casos diagnosticados.

Objetivos. Estudiar los casos de sífilis diagnosticados serológicamente en el CH La Mancha Centro en el período comprendido entre el 2004 y el 2009.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se han recogido los casos nuevos de sífilis (sin antecedentes serológicos de la enfermedad) entre enero de 2004 y diciembre de 2009 diagnosticados con test no treponémico RPR (Biokit) positivo, confirmado con test treponémico mediante EIA (Determine Syphilis TP, Inverness medical). Todos los sueros positivos fueron titulados mediante diluciones seriadas del RPR. Hemos incluido una única determinación por paciente, no incluyendo los siguientes sueros de estudio de evolución de la enfermedad. También se recogen los pacientes con ELISA positivo y RPR negativo.

Resultados. En el periodo de estudio se diagnosticaron 124 casos nuevos de sífilis con RPR positivo y ELISA positivo:

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
RPR (+) Y ELISA (+)	10	19	17	26	29	23	124

La distribución por sexos fue de 46,6 % de hombres y 53,3 % de mujeres, con una edad media de 40 años. El 47,4% de los pacientes eran inmigrantes. Entre los casos con RPR positivo y ELISA positivo no hemos incluido los recién nacidos; en total fueron 5 y en ninguno de ellos se confirmó sífilis congénita. En aquellos casos en los que se realizó el estudio de IgM frente a *Treponema pallidum* por FTA y PCR de *T. pallidum*, ambas pruebas fueron negativas y además se negativizaron los tests positivos en las muestras de seguimiento.

Detectamos 28 pacientes en los que el RPR fue negativo y ELISA positivo:

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
RPR (-) y ELISA (+)	1	1	0	6	10	10	28

Estos 28 casos corresponden a 6 recién nacidos en estudio por madres con serología de sífilis positiva (no confirmándose ningún caso de sífilis congénita mediante los estudios complementarios) y 22 pacientes con sospecha de sífilis sin otros antecedentes serológicos y en los que no hubo cambios en el seguimiento, pudiendo tratarse, entre otras causas, de sífilis latente o terciaria.

Conclusiones. En nuestro centro ha aumentado el número de casos diagnosticados de sífilis entre el año 2004 y 2009, si bien esta tendencia se ha estacionado en el último año. Hemos observado también, la falta de seguimiento de algunos pacientes con sífilis, así como una falta de información en el diagnóstico aportado al laboratorio, lo cual puede dificultar la interpretación de los datos obtenidos.

ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES CON SÍFILIS ENTRE 2004 Y 2009 EN EL C.H. LA MANCHA CENTRO

Barberá Farré, JR¹; Asencio Egea, MA²; Huertas Vaquero, M²; Carranza González, R², Herráez Carrera, O³ y Gómez de Oña, E².

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección de Microbiología, ³Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Introducción. La sífilis sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial. En nuestra Área no se dispone de un centro de atención a las infecciones de transmisión sexual (ITS); los pacientes son atendidos desde Primaria, Pediatría, Ginecología y Medicina Interna. El correcto diagnóstico, tratamiento y confirmación de curación es fundamental para disminuir la morbilidad y evitar nuevos contagios. Desde el Laboratorio detectamos el desconocimiento general para el manejo correcto de la sífilis.

Objetivos. Estudiar el seguimiento de los pacientes diagnosticados de sífilis en el CH La Mancha Centro desde el período comprendido entre el 2004 y el 2009 y verificar la curación mediante los controles serológicos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos nuevos de sífilis diagnosticados con test no treponémico RPR (Biokit) positivo, confirmado con test treponémico mediante EIA (Determine Syphilis TP, Inverness medical). Todos los sueros positivos fueron titulados mediante diluciones seriadas del RPR. Se consideró curación la negativización del RPR o la caída de 4 veces su titulación. Se consideró seguimiento correcto hasta negativización y en su ausencia hasta 12 meses. De los pacientes se tienen los datos de: identificación, fecha nacimiento, fecha serologías RPR, titulación, fecha serología EIA, diagnóstico de base y sexo. Se importaron los datos a una tabla Excel para su explotación.

Resultados. Entre 2004-2009 se detectaron 291 determinaciones de EIA +, en 157 pacientes, por lo que 134 estudios no hubieran sido necesarios (46%). El RPR fue positivo en 251 determinaciones (131 pacientes) y negativo en 40 (28 pacientes). 1) Con una sola determinación de RPR (91 pacientes): el RPR fue negativo en 23 pacientes y positivo en 68 pacientes (5 recién nacidos). 2) Con dos determinaciones de RPR (36 pacientes): 31 pacientes con una separación menor a un año, 5 de éstos con menos de un mes; el tiempo de seguimiento en los restantes fue: 13 pacientes entre 2-4 m., 9 pacientes entre 5-8 m. y 4 pacientes entre 9-12 m. Tan solo en un paciente se negativizó el RPR al 5º mes, en 7 pacientes disminuyó el título, y en 2 pacientes se mantuvo igual. De los 5 pacientes con dos determinaciones separadas por más de un año, tan solo en uno se había negativizado el RPR. 3) Con 3 o más determinaciones de RPR (27 pacientes) el tiempo de seguimiento fue el siguiente: 14 pacientes entre 5-8 m., 10 pacientes entre 9-13 m. y 3 pacientes más de 16 m. El RPR se negativizó en 3 pacientes, disminuyó en 12 pacientes, se mantuvo en 9 pacientes, y aumentó en 1 pacientes. En total, se monitorizó correctamente a 40 pacientes (30%) y la curación se estimó que tuvo lugar en 24 casos (18% sobre el total, 60% sobre los pacientes con correcto seguimiento).

Conclusiones. Se observó un seguimiento serológico correcto en el 30% de los pacientes. Se objetivó curación en el 60% de los pacientes con un seguimiento apropiado, y queda manifiesta la falta de una correcta atención sanitaria a los pacientes con diagnóstico de sífilis.

INFECCIÓN POR VHC NO DIAGNOSTICABLE MEDIANTE SEROLOGÍA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Martínez-Alarcón, J; López-Fabal, F; González Rodríguez, M; González Rodríguez, JC; García Cañas, A; Romero Aguilera MD.

Microbiología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Descripción del caso

Paciente de 69 años de edad en programa en diálisis hasta su trasplante renal en 2001. Injerto funcionante hasta enero del 2009, cuando ingresa por deterioro de la función renal y es sometida de nuevo a diálisis, obteniéndose la siguiente analítica: HBsAg negativo, HBcAc negativo, Hepatitis C negativo, VIH negativo. Se realizó una determinación de carga viral VHC, resultando 8.270.000 UI/mL. Las transaminasas eran normales. La detección de RNA viral se llevó a cabo mediante el kit COBAS Ampliprep/COBAS TaqMan VHC Test (Roche) y la serología de VHC por quimioluminiscencia con ADVIA Centaur (Siemens).

Valorada por el servicio de Medicina Digestiva, no se considera iniciar tratamiento para VHC dado que es mayor de 65 años y las transaminasas son normales. Durante los siguientes meses se siguió un control ecográfico y analítico, registrándose una disminución gradual de la carga viral hasta su negativización definitiva 4 meses después. Las transaminasas fueron normales, salvo un pico poco antes de la negativización (GPT 161 UI/mL), ni se encontraron otras alteraciones hepáticas. En ningún momento la serología fue positiva.

Discusión

La paciente no desarrolló anticuerpos frente al VHC, lo cual, a pesar de su inmunosupresión, no deja de ser un hecho sorprendente. Por otro lado, la detección de la infección en esta paciente fue un hallazgo sin repercusiones clínicas, pero permitió evitar el riesgo de contagio a otros pacientes en hemodiálisis. En nuestro centro se realizan determinaciones RNA viral de virus C a todos los pacientes en programa de diálisis desde el año 2001, a raíz de un brote de VHC en la Unidad de Hemodiálisis (Castell J, Gutiérrez G. Gac Sanit. 2005 May-Jun;19(3):214-20).

Conclusiones

Bajo ciertas circunstancias, los métodos moleculares pueden ser empleados para apoyar el diagnóstico de infección por el virus de la hepatitis C.

PATRON DE RESISTENCIAS DE *Neisseria gonorrhoeae* AISLADAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA

Rodríguez Escudero, M.J⁽¹⁾; Seseña del Olmo, G⁽¹⁾; Broseta Tamarit, A⁽¹⁾; Martínez Medina, MC⁽¹⁾; Belinchón Toral, M⁽²⁾; Hernández Villen, MD⁽²⁾; López Martínez, S⁽²⁾.

(1) Servicio de Microbiología, Hospital Virgen de La Luz de Cuenca

(2) Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

Introducción

El tratamiento de la gonococia con fluorquinolonas fue recomendado por el CDC en 1993. Desde entonces han sido utilizadas para esta indicación; sin embargo, *N. gonorrhoeae* ha experimentado un aumento en la resistencia a fluorquinolonas en estos últimos años.

Objetivos

Conocer el número y la sensibilidad antibiótica de los aislamientos de *N. gonorrhoeae* de muestras genitales de pacientes durante los últimos 3 años en el Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.

Material y métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo de los aislados en muestras genitales desde enero de 2007 a diciembre de 2009. Las muestras se sembraron en agar sangre, agar chocolate enriquecido y agar VCAT3 y se realizó tinción de Gram a todas las muestras. Se incubaron durante 72 h en atmósfera con 5% de CO₂. Las colonias sospechosas se identificaron mediante la prueba de citocromo-oxidasa y los sistemas Api NH y/ ó tarjetas NHI de Vitek (bioMérieux). Se determinó la sensibilidad frente a penicilina, cefotaxima, ciprofloxacino, levofloxacino, y doxiciclina mediante el sistema de difusión disco-placa siguiendo las recomendaciones del CLSI. Se realizó la detección de betalactamasa mediante disco de nitrocefina.

Resultados

Se aislaron 22 cepas de *N.gonorrhoeae* (19 de exudados uretrales y 3 de exudados vagino-cervicales) de un total de 1754 muestras genitales. 13 de ellas fueron resistentes a ciprofloxacino y levofloxacino (59%), 7 fueron resistentes a doxiciclina (31.8%), y 2 fueron resistente a penicilina y productoras de betalactamasa (9.09). Todas las cepas fueron sensibles a cefotaxima (100 %)

Conclusiones

Dada la nula resistencia de *N.gonorrhoeae* frente a cefalosporinas de 3ª generación en nuestros aislados, el tratamiento empírico de elección de la gonococia en nuestro medio debería ser ceftriaxona o cefixima. A pesar de los pocos aislados que tenemos, parece que las fluorquinolonas no deberían ser utilizadas como tratamiento empírico de elección, ya que más de la mitad de las cepas son resistentes.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE CANDIDIASIS VAGINAL / VAGINOSIS BACTERIANA EN EL AREA DE CUENCA

Rodríguez Escudero, MJ⁽¹⁾; Seseña del Olmo, G⁽¹⁾; Broseta Tamarit, A⁽¹⁾; Martínez Medina, MC⁽¹⁾; Giménez Alarcón, ML⁽²⁾; López Martínez, S⁽²⁾; Hernández Villen, MD⁽²⁾

(1) Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.

(2) Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.

Introducción

La vaginitis es una causa frecuente de consulta de mujeres tanto en atención primaria como en las consultas de ginecología. Las causas más frecuentes de vaginitis infecciosa en mujeres en edad fértil son las candidiasis vaginales y las vaginosis bacterianas

Objetivos

Revisar los resultados de los exudados vaginales de pacientes con diagnóstico de vaginitis en nuestra área durante los años 2008 y 2009.

Material y métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo de los exudados vaginales desde enero de 2008 a diciembre de 2009. Se analizaron un total de 1054 muestras. A todas las muestras se les realizó tinción de Gram de muestra directa y cultivo en agar sangre, chocolate, VCAT3 y sabouraud-cloranfenicol. La identificación y antibiograma de las bacterias aisladas se realizó por los métodos convencionales siguiendo las normas del CLSI. Las levaduras se identificaron mediante test de filamentación y/o Api Aux ó tarjetas Vitek YST (Biomerieux). La vaginosis bacteriana se diagnosticó mediante la tinción de Gram según los criterios de Nugent; considerándose como tal la ausencia de leucocitos, la presencia de células CLUE y la alteración de la flora con predominio de Gardnerella, Mobiluncus y bacteroides con pocos o ningún lactobacillus.

Resultados

De las 1054 muestras se aislaron levaduras en 267 casos (25.33%). La especie más frecuente fue *C.albicans* (235 casos; 22.29%), seguida de *C.glabrata* (20 casos; 1.89%). 136 muestras fueron diagnosticadas de vaginosis bacteriana (12.90%). 72 muestras (6.83%) fueron compatibles con diagnóstico conjunto de vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal, siendo *C.albicans* la especie más frecuente aislada (71 casos, 6.73%). Se aislaron 3 *Haemophilus spp* (0.28%), 2 *N.gonorrhoeae* (0.18%) y 1 *S.pyogenes* (0.09%)

Conclusiones

1. La causa más frecuente de vaginitis en nuestra área es *Candida*, siendo *C.albicans* la especie más frecuente, seguida de *C. glabrata*.
2. La segunda causa más frecuente es la vaginosis bacteriana.
3. Hay que tener en cuenta la coexistencia de candidiasis vaginal y vaginosis bacteriana que podría estar justificada por alteraciones en el ecosistema vaginal.

ANÁLISIS DE LAS URETRITIS CAUSADAS POR *Neisseria gonorrhoeae* DURANTE UN PERIODO DE 5 AÑOS EN EL ÁREA DE GUADALAJARA

Arias Temprano, M; Tena Gómez, D; González Praetorius, A; Solís del Baño, S; Gimeno Fernández, C; Rodríguez Zurita, ME; Bisquert Santiago, J.

Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Introducción

Neisseria gonorrhoeae es la causa más frecuente de uretritis. Con frecuencia, las uretritis por *N. gonorrhoeae* se asocian a otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Objetivos

Conocer la frecuencia de las uretritis causadas por *N. gonorrhoeae* y sus principales características epidemiológicas en el área de Guadalajara durante un periodo de 5 años (2005-2009).

Material y Métodos

Se estudiaron los siguientes aspectos: número y porcentaje de aislamientos, distribución por edades, nacionalidad, origen de los casos, reinfecciones, porcentaje de casos en los que se solicitó estudio de otras posibles ITS asociadas y coinfecciones.

Resultados

Se analizaron 36 uretritis gonocócicas. La distribución por años observada fue la siguiente: 2.83%(2005), 3.65%(2006), 6.33%(2007), 2.72%(2008) y 1.30% (2009).

Las principales características epidemiológicas se recogen en la siguiente tabla:

Frecuencia de aislamientos	Número de aislamientos	Edad media (Rango)	Origen	Nacionalidad	Reinfecciones	Porcentaje de estudio de otras ITS	Coinfecciones por otras ITS
3.4%	7.2/Año	31.8 (19-51)	Capital: 19 (52.8%) Provincia: 17 (47.2%)	Española: 27 (75%) Extranjera: 9 (25%)	1 (2.7%)	44.4%	2 (5.55%)

Conclusiones

Se observó un porcentaje de aislamientos de *N. gonorrhoeae* estable durante los años estudiados excepto en el año 2007. En más del 50% de los casos no se estudiaron otros agentes causantes de ITS. Es posible que las coinfecciones asociadas a las uretritis gonocócicas puedan estar infradiagnosticadas.

SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE *Neisseria gonorrhoeae* EN EL ÁREA DE GUADALAJARA.

Tena Gómez, D; Arias Temprano, M; González Praetorius, A; Solís del Baño, S; Gimeno Fernández, C; Rodríguez Zurita, ME; Bisquert Santiago, J.

Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Introducción

Neisseria gonorrhoeae es la causa más frecuente de uretritis y cervicitis. En los últimos años se ha descrito un incremento de las resistencias a distintos antibióticos.

Objetivos

Conocer el patrón de sensibilidad antibiótica de *N. gonorrhoeae* en el área de Guadalajara.

Material y Métodos

Se estudió el patrón de sensibilidad antibiótica de 33 cepas de *N. gonorrhoeae* aisladas en exudados uretrales desde Enero de 2005 hasta Diciembre de 2009. El estudio de sensibilidad se realizó en Muller-Hinton sangre con tiras de E-Test[®] tras incubación en atmósfera de CO₂ durante 24-48 horas.

Resultados

Los resultados de sensibilidad se muestran en la siguiente tabla:

	SENSIBLE (%)	INTERMEDIO (%)	RESISTENTE (%)	Nº DE CEPAS
Penicilina	57.5	15.1	27.2	33
Cefoxitina	85.7	14.2	-	14
Ceftriaxona	100	-	-	33
Ciprofloxacino	42.8	7.1	50	28
Tetraciclina	28.5	21.4	50	14
Espectinomicina	100	-	-	14

Conclusiones

El porcentaje de resistencia a penicilina es similar al descrito en otros estudios nacionales. Los porcentajes de resistencias a ciprofloxacino y tetraciclina son muy elevados por lo que se desaconseja su uso de forma empírica. Ceftriaxona y espectinomicina constituyen las mejores opciones para el tratamiento empírico.

UTILIDAD DE INNOLIA-SYPHILIS COMO TECNICA SEROLOGICA CONFIRMATORIA

González Praetorius, A; Tena Gómez, D; Rodríguez Zurita, ME; Caballero López, B; Guerrero García, T; Arias Temprano, M; Solís del Baño, S; Gimeno Fernández, C; Bisquert Santiago, J. Sección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción

El diagnóstico de la infección por *Treponema pallidum* suele realizarse mediante procedimientos serológicos. La posibilidad de falsos positivos, así como la existencia de fases latentes de la enfermedad hace en ocasiones difícil la interpretación de los resultados.

Objetivos

Analizar la utilidad de una técnica de inmunoanálisis lineal como técnica serológica de confirmación.

Material y Métodos

Se seleccionaron 65 sueros de pacientes con resultado positivo mediante la técnica de MTPHA (Innogenetics): 47 sueros con resultado de 1/80 y 18 con resultado de 1/160.

Todos ellos se analizaron mediante inmunoanálisis lineal (INNOLIA-SYPH, Innogenetics) siguiendo las instrucciones del fabricante y con lectura manual.

Resultados

Globalmente, el 83% de los sueros fueron catalogados como positivos o negativos, siendo el 17% restante indeterminados por la presencia de una banda a nivel de la proteína recombinante TpN17. Los resultados detallados se reflejan en los siguientes gráficos:

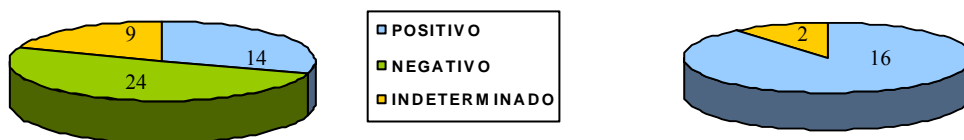


GRÁFICO 1
TPHA: 1/80

GRÁFICO 2
TPHA: 1/160

Conclusiones

INNOLIA-SYPH es una técnica serológica de confirmación útil clasificando los resultados como positivos o negativos en un elevado porcentaje. En nuestro estudio solamente el 17% de los sueros fue indeterminado siendo conveniente la solicitud de una nueva muestra para la repetición del análisis.

TRANSMISIÓN DEL VIH POR VIA SEXUAL EN LA PROVINCIA DE GUADALAJARA

González Praetorius, A; *Cobos López, J; Tena Gómez, D; Rodríguez Zurita ME; Solís del Baño, S; Arias Temprano, M; Gimeno Fernández, C; Bisquert Santiago J. Secciones de Microbiología y *Medicina Preventiva. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción

Guadalajara es la provincia de Castilla La Mancha que presenta una mayor incidencia de infección por el VIH. Es importante conocer las características de los pacientes y de las vías de transmisión de la enfermedad de cara a establecer programas de prevención.

Objetivo

Conocer las vías de transmisión de la infección por el VIH en la provincia de Guadalajara.

Material y Métodos

Se revisaron la base de datos de los enfermos infectados por el VIH que contiene información desde 1985 y las historias clínicas de todos los pacientes infectados por el VIH en la provincia de Guadalajara entre 2005 y 2009.

Resultados

En el periodo de estudio se diagnosticaron 222 pacientes por vez primera en Guadalajara de los cuales en 62 casos corresponde a su primer diagnóstico y el resto estaban diagnosticados previamente en otras zonas geográficas. La incidencia anual (incluyendo exclusivamente el primer diagnóstico de la infección) se sitúa en torno a los 5 casos/100.000 habitantes/año. De los 222 pacientes, 155 son de origen español (70%) y 67 inmigrantes (30%). En estos dos grupos se observan diferencias en la vía de adquisición de la infección (gráfico 1) aunque si sólo se contabilizan los primeros diagnósticos los resultados son similares (gráfico 2) debido al aumento de la transmisión heterosexual en el grupo de origen español.

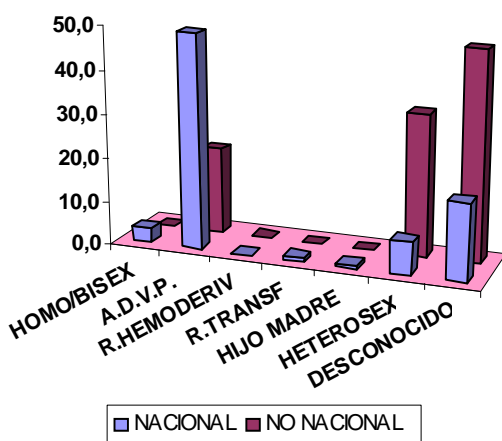


GRÁFICO 1

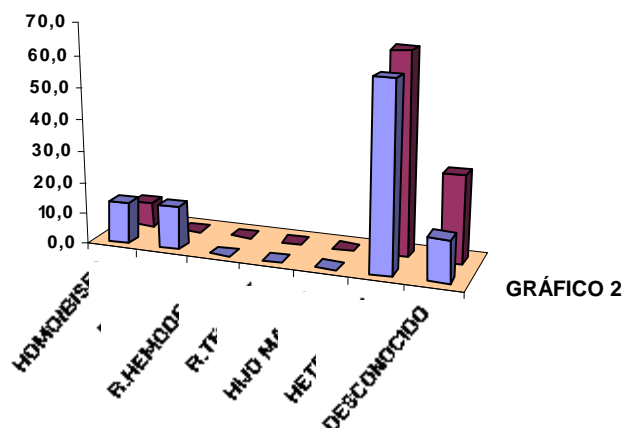


GRÁFICO 2

Conclusiones

La vía de transmisión heterosexual de la infección por el VIH es la predominante en los últimos años en la provincia de Guadalajara, tanto en población nacional como en inmigrantes.

INFECCIONES CAUSADAS POR *Neisseria gonorrhoeae* Y *Trichomonas vaginalis* EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA (2004-2009)

Sánchez-Maroto Lozano, A; Illescas Fernández-Bermejo, S.
Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real)

Objetivos

Revisar los casos de las infecciones de transmisión sexual causadas por *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y *Trichomonas vaginalis* (TV) y estudiar la sensibilidad antimicrobiana de las cepas de NG en el Hospital Virgen de Altagracia.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de todos los casos de infección causados por NG y TV durante el periodo comprendido entre enero de 2004 a diciembre de 2009. El diagnóstico microbiológico de la infección gonocócica se realizó mediante tinción de gram, test de la oxidasa y sistema comercial APY NH (BioMerieux). La detección de TV se realizó mediante examen en fresco. Para el estudio de sensibilidad se utilizó el procedimiento disco-placa. Los antibióticos testados fueron cefotaxima, cefuroxima, ciprofloxacino, cloranfenicol, eritromicina, penicilina, tetraciclina, cefepime y cefixima.

Resultados

Se diagnosticaron un total de 21 casos de infección gonocócica y 17 de infección por TV. La distribución de los casos por años se muestra en la siguiente tabla:

Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	3	3	4	3	6	2
<i>Trichomonas vaginalis</i>	7	2	1	1	4	2

En cuanto a los casos de infección por gonococo, 20 correspondían a varones y 1 a una niña. Las edades estaban comprendidas entre 5 y 72 años (mediana 30). 6 casos se diagnosticaron por tinción de Gram de muestras uretrales, no consiguiendo recuperar NG. El origen de las cepas de NG fue de muestras uretrales, menos un vaginal y una orina.

La sensibilidad de las cepas de NG fue del 21,43% a penicilina, 57,14% a ciprofloxacino, 21,43% a tetraciclina y del 100% a cefotaxima.

En cuanto a los casos de infección por TV, todos correspondían a mujeres, 5 de ellas eran extranjeras. Las edades estaban comprendidas entre 23 y 81 años (mediana 35,5). El origen de todos los casos fue de muestras vaginales.

Conclusiones

El número de casos diagnosticados de infección gonocócica y de infección por *Trichomonas vaginalis* alcanzados en el 2008 es el más elevado en el periodo de estudio. La mayoría de los nuevos diagnósticos de infección gonocócica se produjeron en hombres y la localización más frecuente fue la uretral, si bien hay que destacar el bajo número de muestras endocervicales recibidas para estudio de gonococo. Se observa un alto porcentaje de resistencia a ciprofloxacino por lo que no debería utilizarse como tratamiento empírico.

INFECCIÓN ENDOCERVICAL POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA (2006-2009)

Illescas Fernández-Bermejo, S; Sánchez-Maroto Lozano, A; Quiles Melero, I.
Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real).

Objetivo

Conocer la prevalencia del virus del papiloma humano (HPV) en el área sanitaria del Hospital Virgen de Altagracia.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de todas las peticiones de HPV en muestras endocervicales recibidas desde enero de 2006 a diciembre del 2009 en nuestro laboratorio. Se recogieron los siguientes datos: país de procedencia, edad y motivo por el que se solicitó determinación de HPV. Las muestras fueron enviadas al Centro Nacional de Microbiología y analizadas por Captura de Híbridos (Hybrid capture II[®], Digene), sólo ante sospecha de infección por HPV de bajo riesgo se solicitó tipado de VPH.

Resultados

Se revisó el resultado de 1026 muestras endocervicales procedentes de 988 mujeres (96,26% españolas y 2,73% sudamericanas).

La edad de las pacientes estaba comprendida entre los 15 y 76 años (mediana 45 años).

En 268 casos lo que motivó la solicitud de HPV fue una citología previa: 97 ASCUS, 117 L-SIL/CIN 1, 19 H-SIL/CIN 2, 35 otras alteraciones. El resto de muestras, 758, correspondían a mujeres mayores de 35 años incluidas en el programa de detección de HPV de la consulta de ginecología, todas ellas en 2009.

	2006	2007	2008	2009
Nº MUESTRAS ESTUDIADAS	10	39	122	855
POSITIVO (%)	5 (50 %)	9 (23,08 %)	20 (16,39%)	68 (7,95%)

El porcentaje global de pacientes con alguna muestra positiva fue de 9,82% (9,46 en las españolas y 18,52% en las sudamericanas).

Se detectó HPV-AR en el 19,17% de las muestras con citologías con diagnóstico de ASCUS, en el 27,35% con L-SIL/CIN 1, en el 57,89% H-SIL/CIN 2 y en el 3,97% de las mujeres mayores de 35 años incluidas en el programa de detección de HPV.

EL 28,43% de las muestras con resultado positivo procedían de mujeres incluidas en el programa de detección de VPH.

En 2008, se detectó VPH84 (bajo riesgo) en una muestra de una mujer colombiana de 20 años con un hijo intervenido de papilomatosis laríngea.

Conclusiones

La prevalencia de HPV-AR fue significativamente superior en las mujeres sudamericanas que en las españolas en consonancia con otros estudios.

El porcentaje de positividad para el HPV-AR obtenido en los casos con H-SIL y L-SIL fue menor que el encontrado en los estudios que comparan resultado de citología y detección de HPV en muestras recogidas en la misma fecha. Esto concuerda con que una fracción considerable de infecciones por HPV es autolimitada, particularmente las que se asocian a CIN 1 y CIN 2.

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA (2004-2009)

Sánchez-Maroto Lozano, A; Illescas Fernández-Bermejo, S.
Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real).

Objetivo

Conocer la incidencia de sífilis en el área sanitaria del Hospital Virgen de Altagracia.

Material y métodos

Revisamos las solicitudes de estudio de serología de sífilis con resultado positivo para RPR o EIA, de las muestras recibidas entre enero de 2004 y diciembre de 2009 en nuestro hospital. Para el diagnóstico de sífilis se realizó RPR (Biokit) como prueba de screening y como prueba confirmatoria TPHA (BioMerieux) o TP (Inverness medical) hasta septiembre de 2009. A partir de esta fecha, se realiza una prueba de EIA (Abbott) y en las muestras positivas se realiza RPR sin diluir el suero. Desde noviembre de 2009, todas las muestras con prueba treponémica positiva se diluyen al menos hasta 1/16. Los resultados se catalogaron como: falso positivo de RPR, cuando las pruebas treponémicas fueron negativas; caso previamente diagnosticado, cuando se disponía de serología positiva previa al 2004; probable título residual, cuando no se disponía de información previa y los títulos de RPR eran bajos y mantenidos en el tiempo; y nuevo caso cuando se disponía de información previa negativa y los títulos junto con la clínica así lo sugerían.

Resultados

Revisamos los resultados de muestras de 36 pacientes, 13 varones y 23 mujeres, con edades de 22 a 83 años (mediana de 42). 10 casos (4 de ellos eran embarazadas) fueron falsos positivos de RPR (títulos de suero puro a 1/2), 4 casos habían sido previamente diagnosticados (títulos de suero puro a 1/2), 16 casos (6 embarazadas y 6 de C Neurología) podrían tratarse de títulos residuales (títulos de 1/2 a 1/8 y que se mantuvieron constantes en el tiempo), y en 6 pacientes se diagnosticó sífilis (títulos que oscilaron entre suero puro y 1/32).

En dos pacientes con RPR positivo a suero puro y pruebas treponémicas negativas, se observó serofuerzo y seroconversión de las pruebas treponémicas. En un paciente con título de RPR de 1/32 se observó efecto prozona.

Considerando los nuevos casos, la incidencia de sífilis en nuestra zona ha evolucionado de la siguiente manera:

Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de casos	1	2	0	0	2	1
Casos por 100.000 habitantes	1,57	3,13	0,00	0,00	3,94	1,97

Conclusiones

La incidencia de sífilis en el área sanitaria del Hospital Virgen de Altagracia oscila sin cambios significativos durante el periodo de estudio. Se observa un porcentaje elevado de falsos positivos de RPR en embarazadas como indican otros estudios. En los estadios primarios de la sífilis, el uso únicamente de pruebas treponémicas, puede conducir a falsos negativos, de ahí la importancia de una correcta información. Cuando las muestras son muy reactivas, las pruebas no treponémicas pueden presentar fenómenos de prozona, falsos negativos, por lo que es importante titularlas siempre.

ESTUDIO DE ITS DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO DESDE 2007 A 2010

Jiménez Álvarez, SM; García Fernández, MP; *Maure Rico, M; **Vázquez Fernández del Pozo, S; Malo Casero, Q; Frau Socías, C.

Hospital Santa Bárbara. Servicio de Análisis Clínicos. Laboratorio de Microbiología. Puertollano. Ciudad Real. *MFC responsable de IDF, **M. Preventiva y Salud Pública.

Introducción

El resurgimiento en las últimas décadas de las infecciones de transmisión sexual hace necesario el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar las complicaciones y secuelas asociadas a estas infecciones.

Objetivos

Descripción de ITS de declaración obligatoria (sífilis e infección gonocócica) en el área de salud de Puertollano desde enero de 2007 a marzo 2010.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: 99 muestras uretrales para análisis de gonococo y 6111 sueros para sífilis.

Los aislados de *N. gonorrhoeae* procedentes de exudados uretrales se identificaron con sistema MicroScan WalkAway (Siemens). Para el diagnóstico de sífilis precoz por *T. pallidum* se realizó RPR-carbón (A. Menarini diagnostics) y TPHA (hemaglutinación pasiva, BioKit) sobre muestra de suero.

Resultados

Durante el periodo de estudio se procesaron 99 exudados uretrales de varones. El 9.1% de los pacientes era de origen no español. La media de edad 41,49 (SD=17,613). El 16,2% de los exudados uretrales fueron positivos para *N. gonorrhoeae*. El 44,4% de los no españoles presentan un resultado positivo frente al 13,3% en la población española. ($p= 0,036$). El 75% de los exudados positivos se dan en pacientes entre 31 y 50 años.

De *Treponema pallidum* se procesaron 6111 muestras. El 21,1% procedían de varones y el 78,9% de mujeres. El 4,9% de los pacientes eran de origen no español. La media de edad 40, 35 (SD=17,737). El 0,5% de las muestras fueron positivas para RPR Y TPHA, de las cuales el 75.9% pertenecen a población española y el 24.1% a no española. El 2,3% de los no españoles presentan un resultado positivo, frente al 0,4% de la población española. ($p < 0,05$). El 75,9% de los positivos se dan en pacientes entre 31 y 50 años.

Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre nacionalidad no española y ambas ITS, siendo el riesgo de infección 3,3 veces mayor para *N. gonorrhoeae* IC (1,35- 8,20) y de 6.2 para *T. pallidum* (IC 2,66- 14,36). La edad de mayor riesgo de ITS es para el grupo de 31 - 50 años con una estimación del riesgo de 1.8 veces para *N. gonorrhoeae* y de 2.8 veces para *T. pallidum* frente al grupo de < 31 años.

Conclusiones

Existe asociación al comparar las ITS de estudio (gonococia y sífilis) con la nacionalidad y los grupos de edad, siendo los grupos de mayor riesgo, la población no española y el grupo de edad entre 30 y 51 años.

DETECCIÓN DE ADN Y GENOTIPADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MATERIAL CITOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL CON RESULTADO DE ASC-US (Atypical Scamous Cells of Uncertain Significance)

Gómez Hernando, C; Carabias López, C; Zamarrón Fuertes, P; Rodríguez Polo, JA; Brea Zubigaray, S; Pérez Bautista G.

Servicios de Microbiología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Introducción. Una de las indicaciones reconocidas del estudio de VPH es clasificar el riesgo de evolución de las pacientes con resultado de ASC-US en citología cérvico-vaginal.

Objetivo. 1. Conocer la prevalencia de infección por VPH, 2. Determinar el genotipo del virus implicado en los casos positivos y 3. Estudiar la evolución de las pacientes con resultado de ASC-US (Atypical Scamous Cells of Uncertain Significance) en citologías cérvico-vaginales.

Material y Métodos. Se revisaron los resultados de la determinación de ADN y genotipado del VPH mediante la técnica Clart-HPV2 (Genómica) en material citológico cérvico vaginal con resultado de ASCUS obtenidos en medio líquido mediante sistema ThinPrep (Hologic) procedentes de mujeres mayores de 25 años del área de salud de Toledo entre el 1 de Enero de 2008 y el 30 de Junio de 2009. Así mismo se analizó la evolución posterior de la patología cérvico-vaginal de dichas pacientes.

Resultados. Durante el periodo estudiado se detectaron 515 citologías con resultado de ASC-US en mujeres comprendidas entre los 25 y los 80 años, mediana 37 años. Cuatrocientas treinta y dos de origen español, 28 de otros países europeos, 47 de América Central y del Sur y ocho de África. En 180 (34,9 %) se detectó la presencia de ADN de VPH. De ellos en 154 se detectó al menos un genotipo de alto riesgo (AR) y en 26 se detecto solo algún genotipo de bajo riesgo (BR). El resto de citologías fueron negativas para HPV. En 61 casos se detectó la presencia de coinfección por dos o más genotipos. Los genotipos de AR detectados con más frecuencia fueron 16 (8,3% muestras), 51 (4,8%), 53 (4%), 58 (3,8%) y 52 (2,9%). VPH 18 se encontró en 11 (2,1%). En 358 pacientes se dispuso de datos de seguimiento de al menos 6 meses tras la citología con ASC-US. De 217 pacientes con HPV negativo 203 (93.5%) presentaron citologías normales durante el seguimiento y en sólo 14 (6.4%) se detecto la presencia de citologías alteradas (ASC-US o más). Por el contrario en las 124 en que se detectó algún tipo de alto riesgo, se detectó en el seguimiento patología cervical en 62 casos (50%). Este dato es todavía mayor si se analiza solo el grupo de pacientes positivas para genotipos 16 y 18 en el que el porcentaje de patología cervical se elevó al 69 % (29 de 42 mujeres).

Conclusiones. 1. Se detecta infección por VPH es un porcentaje alto de mujeres con citología con resultado de ASC-US. 2. Existe una gran variedad de genotipos implicados tanto de alto como de bajo riesgo, destacando el alto número de coinfecciones detectadas. A pesar de esta diversidad el genotipo 16 es el detectado con más frecuencia en 43 pacientes. 3. Las mujeres con ASC-US e infección por VPH presentan en nuestra serie un mayor porcentaje de alteraciones del cérvix durante el seguimiento, lo que confirmaría un mayor riesgo de desarrollo de patología cervical en este grupo frente a las mujeres en las que no se detecta infección. Estas diferencias indican la necesidad de realizar estudio y seguimiento estrecho de las pacientes ASC-US y VPH positivas para detectar precozmente el desarrollo de patología cervical.

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO. 2006-2009

Gómez Hernando C, Heredero Gálvez E, Martino Castañar MV, Jiménez Barrena RM, Sepúlveda Berrocal MA. Servicios de Microbiología y Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Introducción

La infección por VIH continua siendo un problema de salud a nivel mundial y la transmisión del virus se mantiene alta a pesar de las medidas de prevención.

Objetivos

Describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de infección por VIH en el área de salud de Toledo en el periodo 2006-2009.

Material y Métodos

Se revisaron las historias clínicas correspondientes a los pacientes con serologías positivas para VIH no conocidas previamente y se seleccionaron los pacientes en que se detectó el virus por primera vez.

Resultados

Se diagnosticaron 70 casos de infección por VIH no conocida con anterioridad, todos ellos VIH 1. Dieciocho en 2006, 10 en 2007, 18 en 2008 y 24 en 2010.

El 75,7% fueron varones, comprendidos entre 20 y 70 años con una mediana de edad de 38 años. En cuanto al origen geográfico 42 pacientes (60%) eran españoles, 11 (15,7%) de América, 10 (14,2%) africanos y 6 (8,5%) de otros países de Europa.

En un 65,6% de los casos la vía de transmisión fue el contacto heterosexual, en el 26,5% el contacto homosexual/bisexual y solo un 7,8% se asoció al uso de drogas inyectables; en seis casos no se obtuvo este dato.

La mediana del \log_{10} de la primera carga viral disponible fue de 4.785 y la mediana de linfocitos CD4 fue de 289×10^6 /l.

En cuanto a la situación clínica de los pacientes en el momento del diagnóstico y en los casos en que este dato se pudo obtener, 39 (60,9%) se clasificaron en el estadio A, 11 (17,1%) en el B y 14 (21,8%) en el C de los CDC.

Conclusiones

El diagnóstico de casos nuevos de infección por VIH continua siendo un hecho frecuente en nuestra área.

La mayoría de los casos nuevos se detectan en hombres de origen español, aunque es de destacar que un 40% de los casos corresponden a población inmigrante.

La vía sexual es la implicada mayoritariamente en nuestro medio, destacando la transmisión por contacto heterosexual, lo cual hace necesario incidir en este grupo de población en el establecimiento de medidas de prevención.

Aproximadamente el 60% de pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico, si bien se constatan datos virológicos, inmunológicos y clínicos de enfermedad avanzada en un importante porcentaje de pacientes.

ESTUDIO DE PREVALENCIA Y SENSIBILIDAD DE MICROORGANISMOS AISLADOS EN MUESTRAS GENITALES EN PACIENTES DEL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO

Jiménez Barrena, R; Heredero Gálvez, E; Gomez Hernando, C; Zamarrón Fuertes, P; Rodríguez Polo, JA; Martino Castañar, V; Brea Zubigaray, S.
Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), han pasado por diferentes periodos a lo largo de la historia. La información sobre medidas de prevención, así como la modificación de algunos hábitos sexuales durante la epidemia de VIH tuvieron un papel clave en la reducción de las mismas; sin embargo en los últimos años la sensación de control de la epidemia del VIH han producido una cierta relajación en las medidas de prevención, por lo que es de esperar la reaparición y aumento de muchas ETS.

Objetivos. Evaluar la prevalencia de *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*, así como el estudio de sensibilidad en los tres últimos microorganismos citados, en muestras genitales, en el periodo comprendido entre los años 2005 a 2009.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo de prevalencia y sensibilidad de aislamientos de *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*, en muestras genitales durante el periodo comprendido entre los años 2005 a 2009.

Resultados. Se estudiaron un total de 33.215 muestras genitales (Exudados vaginales: 32.258, Exudados uretrales: 953, Exudados endocervicales: 4), de las que fueron positivas 253 para *T. vaginalis* y 27 para *N. gonorrhoeae*. Para *M. hominis* y *U. urealyticum* se estudiaron un total de 957 muestras (Exudados uretrales: 953, Exudados endocervicales:4) de los cuales fueron positivos para *M. hominis* 10 y para *U. urealyticum* 47. La prevalencia por año y microorganismo fue la siguiente: *T. vaginalis* 7,14 (2005); 12,14 (2006); 15,23 (2007); 10 (2008); 15,71 (2009). Para *N. gonorrhoeae* 0,47 (2005); 2,38 (2006); 0,23 (2007); 1,42 (2008); 1,90 (2009). Para *M. hominis*: En los años 2005 y 2007, no hubo aislamientos y en 2006 fue de 0,23; 2008 de 1,19 y en 2009 de 0,95. Para *U. urealyticum*: En los años 2005 y 2007 no hubo aislamientos, siendo su prevalencia de 0,23 en en 2006; 2,61 en 2008 y 8,3 en 2009. La sensibilidad fue la siguiente: *N. gonorrhoeae*: de los 27 aislados sólo se obtuvo sensibilidad completa en 12 de ellos y es la siguiente, Amoxicilina 91,6% S; Amoxi-clavulánico 91,6% S; Cefuroxima 83,3% S; Cefotaxima 91,6% S; Ciprofloxacino 33,3 % S; Eritromicina 83,3% S, Gentamicina 83,3% S; Rifampicina 75% S. La de *M. hominis* fue: de los 10 aislados se obtuvo sensibilidad completa en 9, siendo la siguiente, Doxiciclina 100% S; Ofloxacino 100% S; Roxitromicina 100% R. Para *U. urealyticum*: de los 47 aislados se obtuvo sensibilidad completa en 44, siendo la siguiente, Doxiciclina 97,72% S.; Ofloxacino 79,54 % S; Roxitromizina 90,9 % S.

Conclusiones. En nuestro estudio hemos obtenido picos en la prevalencia de los años 2007 y 2009 para *T. vaginalis*; 2006, 2008 y 2009, para *N. gonorrhoeae* y en los años 2008 y 2009 para *M. hominis* y *U. urealyticum*. En cuanto a la sensibilidad de los microorganismos estudiados no hemos encontrado cambios significativos en el periodo de estudio.

PORCENTAJE DE AISLADOS DE MUESTRAS GENITALES EN EL HOSPITAL DE VALDEPEÑAS durante el período 2006-2009

Manrique González, E; Gómez Huertas, J; Jiménez Laguna, E; Marín Muela, M; Fuentes Fuentes, JC. Laboratorio de Microbiología. Hospital de Valdepeñas (Ciudad Real).

Introducción

Las muestras del área genital corresponden a una importante parte de las muestras recibidas en el laboratorio de microbiología. Es importante conocer cuales son los agentes etiológicos más frecuentes de las infecciones genitales.

Objetivos

Conocer el porcentaje de microorganismos aislados de muestras genitales (vaginal, cérvix uterino, uretral y semen), procesadas en nuestro hospital durante los años 2006 hasta 2009.

Material y métodos

Revisamos los datos de aislamientos a partir de muestras recibidas en nuestro laboratorio procedentes de vaginales, cérvix uterino, uretral y semen, recibidas durante el período de tiempo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2009. Excluyendo las muestras vágino-rectales y los aislamientos de *Streptococcus agalactiae* de los screening de embarazadas.

Resultados

En 2287 muestras de vaginales sembradas entre 2006 y 2009, se ha aislado algún microorganismo en 916, con los siguientes porcentajes: *Candida sp* 84,1%, Enterobacterias 9,2%, *Trichomonas sp.* 1%, *Staphylococcus aureus* 0,9%, *Haemophilus sp* 0,4%, *Streptococcus pyogenes* 0,3%, *Listeria monocytogenes* 0,2%, *Neisseria gonorrhoeae* 0,1%, *Ureaplasma sp* 1%, otros 3,2%. En 20 muestras de 29 trabajadas de cérvix-uterino, se han obtenido los siguientes porcentajes: *Candida sp* 30%, *Ureaplasma spp* %, Enterobacterias 15%, Estreptococos betahemolíticos 15%, *Mycoplasma hominis* 10%, *Trichomonas* 5%, *S. aureus* 5%. De 108 uretrales, 43 han resultado positivos obteniendo los siguientes porcentajes. Enterobacterias 39,5%, *Ureaplasma spp*,5%, *Candida sp* 11,6%, *N. gonorrhoeae* 9,3%, *Pseudomonas aeruginosa* 9,3%, *Mycoplasma hominis* 2,3%, *S. aureus* 2,3%. De 322 muestras de semen, en 109 hemos obtenido aislamientos con los siguientes porcentajes: Enterobacterias 34,8%, Enterococos 7,3%, *Ureaplasma spp*,7%, Estreptococos betahemolíticos 6,4%, *Candida sp* 1,8%, *Mycoplasma hominis* 0,9%, *Corynebacterium sp* 0,9%

Conclusiones

- No tenemos ninguna muestra de masaje prostático, siendo la más adecuada para el estudio de prostatitis.
- El microorganismo más frecuente aislado de semen es *Ureaplasma urealyticum* 47,7% y un aislado frecuente en uretrales por detrás del grupo de enterobacterias y en muestras de cervix-uterino por detrás de *Candida sp*.
- En muestras de vaginales predominan los aislamientos de *Candida sp* con un 84%.

ESTUDIO DE INCIDENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD DE *UREAPLASMA SPP*, AISLADO DE MUESTRAS GENITALES, EN EL HOSPITAL DE VALDEPEÑAS DURANTE EL PERÍODO 2005-2009

Manrique González, E; Gómez Huertas, J; Jiménez Laguna, E; Marín Muela, M; Fuentes Fuentes, JC. Laboratorio de Microbiología. Hospital de Valdepeñas (Ciudad Real)

Introducción

Ureaplasma urealyticum es agente implicado en uretritis, epididimitis, corioamnionitis, e infección diseminada en recién nacido. Es uno de los agentes etiológicos de infección de transmisión sexual, más frecuentemente aislado en muestras del tracto genital como semen, exudado uretral y exudado de cérvix-uterino.

Objetivos

Conocer la incidencia de *Ureaplasma spp* aislado de exudado de cérvix uterino, exudado uretral y semen, procesadas en nuestro hospital durante los años 2005 hasta 2009 y la evolución de la susceptibilidad.

Material y métodos

Todas las muestras de cérvix-uterino, uretral y semen se siembran de manera rutinaria en la galería comercial Mycoplasma IST 2 (Biomerieux). La galería permite obtener la identificación de *Ureaplasma spp* (no distingue entre *U. parvum* y *U. urealyticum*), recuento indicativo $\geq 10^4$ ufc y susceptibilidad a doxiciclina, josamicina, ofloxacina, eritromicina, tetraciclina, ciprofloxacino, azitromicina, claritromicina y pristinamicina.

Resultados

Los resultados se exponen en la siguiente tabla.

AÑO	Nº AISLAM/Nº MUESTRAS	INCIDENCIA DE UREAPLASMA	% S AZITRO	% S CLARITRO	% S ERITRO	% S CIPROFL	% S OFLOXACINO
2005	17/162	10,5%	93,8%	93,8%	93,8%	31,0%	75%
2006	19/108	17,6%	100%	94,7	84,2	10,5%	47,4%
2007	16/113	14,1%	100%	100%	100%	37,5%	87,5%
2008	19/238	7,9%	94,7%	94,7%	94,7%	5,3%	87,5%
2009	15/117	12,8%	100%	100%	92,9%	21,4%	57,1%

La susceptibilidad a doxiciclina es del 100%.

Conclusiones

- *Ureaplasma* coloniza la mucosa uretral (20- 40%) de personas sanas sexualmente activas. Su aislamiento no significa necesariamente que sea responsable de la infección. Pero en nuestro laboratorio se ha aislado siempre como único patógeno y en recuento $> 10^4$ ufc
- No tenemos ninguna muestra de masaje prostático, siendo la más adecuada para el estudio de prostatitis. Por lo que es recomendable aconsejar la toma de masaje prostático
- El tratamiento de elección de *Ureaplasma* son los macrólidos. Debemos estar alerta frente a la disminución de sensibilidad de macrólidos y la resistencia a quinolonas utilizadas habitualmente en prostatitis y uretritis.