



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD

isc
Instituto
de Salud
Carlos III

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 1995-2010

Abril 2012

Citación sugerida:

Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 1995-2010

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

La información epidemiológica sobre las ITS en nuestro país se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica son la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita, todas ellas de declaración numérica semanal. Este sistema, de cobertura nacional, recoge el número de casos nuevos ante su simple sospecha. En el caso de la sífilis y gonococia, hasta la fecha, no se notifica ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación. La sífilis congénita está incluida entre las enfermedades con declaración por sistemas especiales y de cada caso se recoge información epidemiológica relevante. Otra fuente de información complementaria e independiente es el Sistema de Información Microbiológica (SIM), que en el momento actual recopila a nivel estatal información de una red de laboratorios situados en 12 comunidades autónomas, con una cobertura aproximada del 25% de la población. La vigilancia epidemiológica de *Neisseria gonorrhoeae* también se lleva a cabo por este sistema, junto con la vigilancia de *Chlamydia trachomatis* y herpes simple, estas últimas no incluidas como EDO. En 2009, el *Treponema pallidum* dejó de vigilarse a través de este sistema.

A continuación se presenta la situación de estas ITS en el año 2010 y su evolución durante el periodo 1995-2010 según la información proporcionada por ambos sistemas de vigilancia.

Enfermedades de Declaración Obligatoria

- Infección gonocócica y sífilis

En el año 2010 se notificaron al sistema EDO 1.944 casos de infección gonocócica y 2.909 de sífilis (tasas por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española de 4,27 para la gonococia y 6,39 para la sífilis).

Al analizar los datos en el periodo 1995-2010 se observa un marcado descenso en la incidencia de infección gonocócica, cuyas tasas decrecieron desde el 11,69 por 100.000 habitantes en 1995 al 4,27 en el 2010. Sin embargo, esta tendencia no es homogénea, ya que tras el descenso inicial observado entre 1995-2001 se advierte un incremento continuado en la incidencia a partir de 2002 (Tabla 1, Figura 1).

Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2002 (desde 2,57 por 100.000 habitantes hasta 1,86 por 100.000 habitantes), observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 6,39 por 100.000 habitantes en 2010. Desde el año 2004 las tasas de sífilis superan a las de infección gonocócica (Tabla 2, Figura 1).

Durante este periodo no se han producido cambios en este sistema de vigilancia que justifiquen la tendencia observada en ambas enfermedades.

**Tabla 1. Infección gonocócica
Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
España. 1995-2010**

Años	Nº de casos	Tasa por 100.000
1995	4.599	11,69
1996	3.951	10,02
1997	2.352	5,98
1998	2.169	5,51
1999	1.469	3,73
2000	1.045	2,65
2001	805	2,04
2002	833	2,11
2003	1.069	2,70
2004	980	2,47
2005	1.155	2,91
2006	1.423	3,25
2007	1.698	3,84
2008	1.897	4,25
2009	1.954	4,33
2010	1.944	4,27

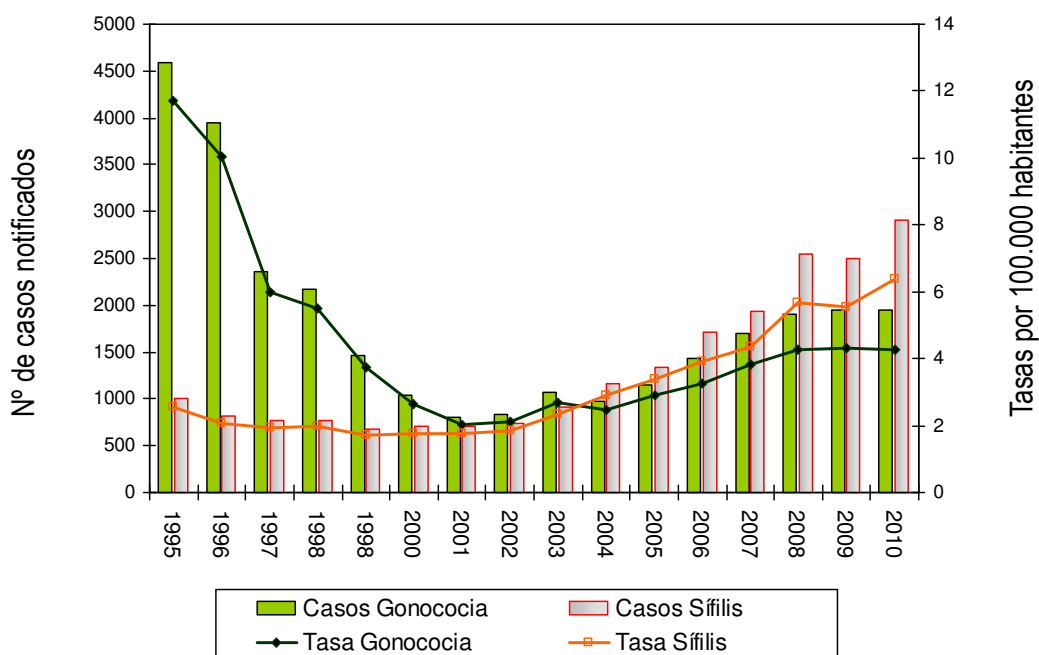
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Tabla 2. Sífilis
Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
España.1995-2010

Años	Nº de casos	Tasa por 100.000
1995	1.010	2,57
1996	825	2,09
1997	763	1,94
1998	772	1,96
1999	682	1,73
2000	700	1,77
2001	700	1,77
2002	734	1,86
2003	917	2,32
2004	1.156	2,92
2005	1.344	3,39
2006	1.711	3,91
2007	1.936	4,38
2008	2.545	5,70
2009	2.496	5,33
2010	2.909	6,39

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria
 Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Figura 1. Incidencia de infecciones de transmisión sexual
Nº de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2010



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
 Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología

- Sífilis congénita

En el año 2010 se notificaron 5 casos confirmados de sífilis congénita precoz (en menores de dos años de edad). Las tasas de incidencia de casos confirmados oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos durante el periodo 2000-2010 sin que se aprecie una tendencia clara (Tabla 3).

**Tabla 3. Sífilis congénita precoz
Casos confirmados y tasas por 100.000 nacidos vivos.
España. 2000-2010**

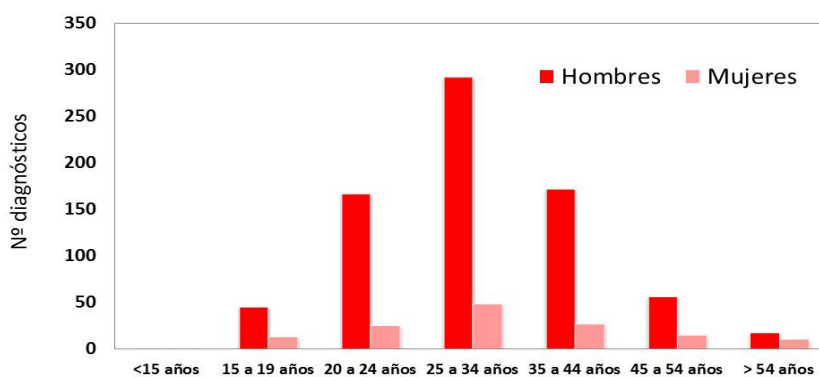
Años	Nº de casos	Tasa por 100.000 nacidos vivos
2000	3	0,75
2001	1	0,25
2002	3	0,72
2003	0	-
2004	5	1,10
2005	10	2,14
2006	9	1,86
2007	11	2,23
2008	10	1,92
2009	10	2,02
2010	5	1,03

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Sistema de Información Microbiológica

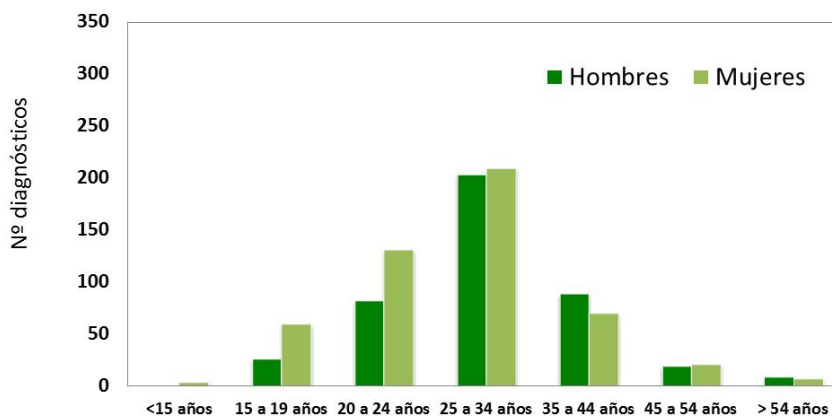
En el año 2010, el SIM recogió 920 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae*, 948 de *Chlamydia trachomatis* y 333 de Herpes simple (tipo 1, tipo 2 y no tipado). El 83,4% de los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* se produjeron en hombres mientras que los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis* y herpes simple fueron más frecuentes en mujeres (54,5% y 72,4%, respectivamente). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años (38,5% de los diagnósticos de *N. gonorrhoeae*, 44,8% de *C. trachomatis* y 37,9% de herpes simple) (Figuras 2-4).

Figura 2. Distribución de los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* según edad y sexo. Año 2010



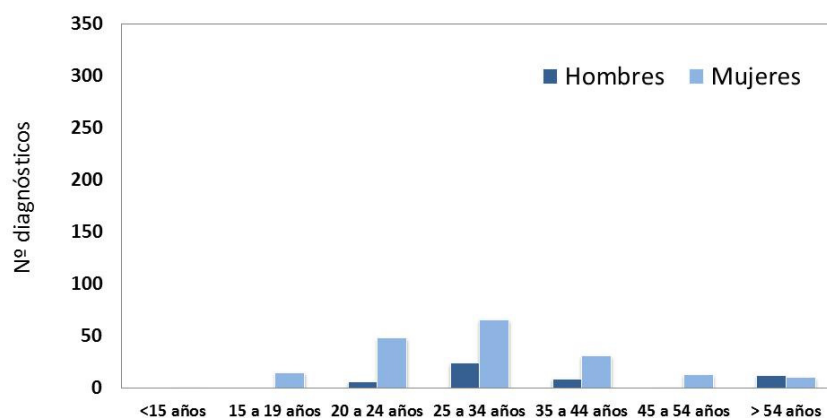
Fuente: Sistema de Información Microbiológica.
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Figura 3. Distribución de los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis* según edad y sexo. Año 2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica.
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

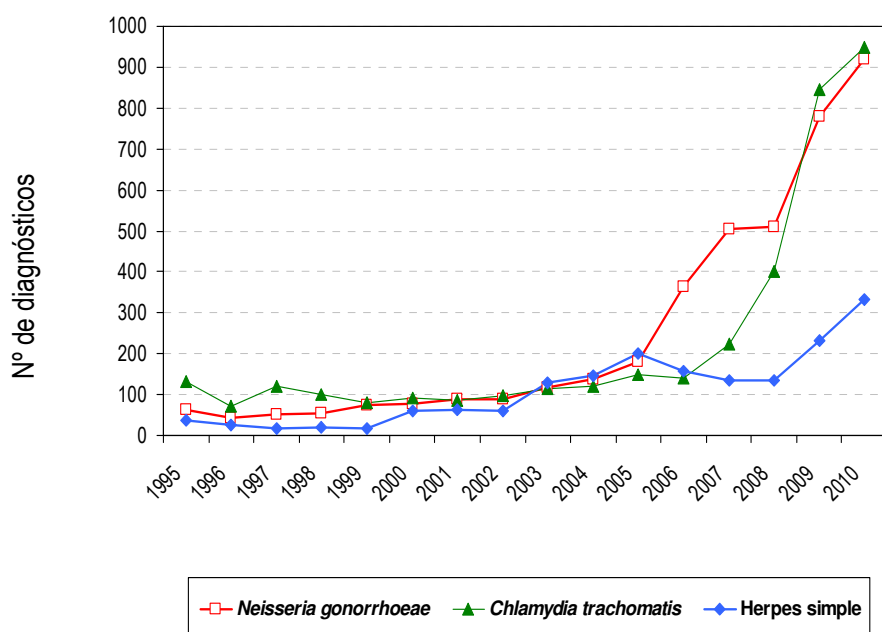
Figura 4. Distribución de los diagnósticos de Herpes simple según edad y sexo. Año 2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica.
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Los datos aportados por el SIM coinciden con el sistema EDO en describir un aumento de diagnósticos microbiológicos a partir del año 2002 para el gonococo, la clamidia y herpes (Figura 5). No obstante, el importante incremento de los diagnósticos de *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* observado a partir del año 2009 se atribuye, en parte, a la participación de nuevos laboratorios declarantes en este sistema de información.

Figura 5. Diagnósticos microbiológicos de infecciones de transmisión sexual. España 1995-2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica.
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Linfogranuloma venéreo: enfermedad emergente

Antecedentes

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una ITS producida por los serovares L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis*. Esta enfermedad es propia de países tropicales y subtropicales, pero a partir del 2003 comenzaron a detectarse casos en Europa fundamentalmente en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH), muchos de los cuales estaban además infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{1,2}. En

España el primer caso se identificó en Barcelona en el año 2005³ y desde entonces se conoce la existencia de un brote en Cataluña^{1,4} y 5 casos en Bilbao¹.

Actualmente, el LGV es una enfermedad de declaración obligatoria en Cataluña desde 2007 y está en proceso de inclusión como EDO a nivel nacional, habiéndose aprobado ya el protocolo para su declaración.

Situación actual

A finales del 2011 la comunidad autónoma de Cataluña notificó al Centro Nacional de Epidemiología la existencia de un brote de LGV. Entre mayo de 2011 y marzo de 2012 se han producido un total de 74 casos, la mayoría de los cuales residían en Barcelona. Todos ellos eran hombres, la edad mediana fue de 35 años y el 42% habían nacido fuera de España. El 85% de los pacientes presentaron síntomas, siendo el más frecuente la proctitis con o sin diarrea sanguinolenta y/o pus; la mediana entre la fecha de inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 25 días. El 99% de los casos eran HSH y el 84% estaban coinfectados con el VIH. Respecto a las situaciones de riesgo para contraer el LGV, el 54% de los casos manifestó no haber usado el preservativo en la última relación sexual y la mayor parte de los casos refirió contactos sexuales anónimos. Una descripción detallada de los casos de LGV pertenecientes a este brote que residían en Barcelona ha sido publicada recientemente⁵.

Asimismo se han detectado casos en otras dos comunidades autónomas, Asturias y Madrid. En Asturias se identificaron dos casos en el año 2011 y un caso en 2012, correspondientes a dos hombres y una mujer de entre 25 y 40 años, sin relación epidemiológica entre ellos.

En Madrid, de acuerdo a la información remitida, entre 2009 y 2011, se han identificado 115 casos. Los 94 casos de los que se dispone de información fueron diagnosticados en 2009 (10 casos), 2010 (30 casos) y 2011 (54 casos); la mayoría eran HSH (91%), con una edad media de 34 años y el 45% procedía de otros países; una elevada proporción (74%) estaban coinfectados con el VIH⁶.

El CNE se ha elaborado un folleto de información sobre esta patología dirigido a los HSH (Ver Anexo) que actualmente son la población más afectada.

Conclusiones

- En el periodo 1995-2010 se observa un cambio de tendencia claro de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica, las cuales aumentan a partir del inicio de la década de 2000. Destaca en particular el importante incremento en la incidencia de sífilis, que a partir de 2004 supera las cifras del año 1995 así como también a los casos notificados de infección gonocócica.
- Es necesario mejorar la información epidemiológica sobre las ITS como base para el control de las mismas, para lo cual es imprescindible implantar la declaración individualizada en todas las comunidades autónomas.
- El LGV se configura como una enfermedad emergente en España, al igual que ha sucedido en otros países europeos. La aparición de brotes refuerza la necesidad de visibilizar esta patología entre los profesionales sanitarios y la población más afectada. Asimismo, se pone de manifiesto la importancia de implantar sistemas de vigilancia epidemiológica al objeto de monitorizar la evolución de esta patología y disponer de información adecuada para su control.

Bibliografía

1. Savage EJ, van de Laar MJ, Gallay A, van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, Hoffmann S, Diez M, Borrego MJ, Lowndes CM, Ison C, on behalf on the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) network. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. Euro Surveill. 2009;14(48):pii=19428. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19428>
2. Dougan S, Evans BG, Elford J. Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV-positive men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2007; 34(10):783-90.
3. Vall Mayans M, Sanz Colomo B, Ossewaarde JM. First case of LGV confirmed in Barcelona. Euro Surveill. 2005;10(5):pii=2634. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2634>
4. Vall Mayans M, Caballero E, Garcia de Olalla P, Armengol P, Codina M, Barberà M, Sanz B, Andreu A, Caylà J. Outbreak of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Barcelona 2007/08 – an opportunity to debate sexual health at the EuroGames 2008. Euro Surveill. 2008;13(25):pii=18908. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18908>
5. Vargas-Leguas H, García de Olalla P, Arando M, Armengol P, Barbera M, Vall M, Vives A, Martín-Ezquerro G, Alsina M, Blanco J, Muñoz C, Caballero E, Andreu A, Ros M, Gorrindo P, Domínguez A, Cayla J. Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problem, Barcelona, 2011. Euro Surveill. 2012 Jan 12;17(2). pii: 20057. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20057>
6. Puerta López T, Rodríguez Domínguez MJ, Menéndez Prieto B, Rodríguez Martín C, Ballesteros Martín J, Clavo escribano P, Vera García M, Galán Montemayor JC, Romero Guerrero J. Brote de linfogranuloma venéreo en la Comunidad de Madrid. Congreso Nacional de GESIDA. Noviembre 2010. Madrid

Análisis de datos y realización del informe

Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo: Asunción Díaz, Mercedes Diez

Servicio de vigilancia epidemiológica: Rosa Cano

Agradecimientos

Jose M^a Mayoral (Andalucía), Carmen Malo (Aragón), Mario Margolles (Asturias), Antonio Nicolau (Baleares), Petra Matute (Canarias), Luis Javier Vilorio (Cantabria), Gonzalo Gutiérrez (Castilla La Mancha), Socorro Fernández (Castilla y León), Jordi Casabona (Cataluña), Francisco Gonzalez (Comunidad Valenciana), Julián Mauro Ramos (Extremadura), Alberto Malvar (Galicia), Jenaro Astray (Madrid), Rocío García (Murcia), Jesús Castilla (Navarra), Miguel Ángel Calabuig (País Vasco), Marian González (La Rioja), Ana Rivas (Ceuta), Daniel Castrillejo (Melilla)

ANEXO:
Hoja de información sobre Linfogranuloma Venéreo

LINFOGRANULOMA VENÉREO

¿Qué es el linfogranuloma venéreo?

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual producida por los tipos L1, L2 y L3 de la bacteria *Chlamydia trachomatis*.

¿Es una enfermedad nueva?

No, el LGV es una enfermedad frecuente en países tropicales. Sin embargo, a partir del 2003 comenzaron a detectarse casos en Europa, incluyendo España, fundamentalmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), muchos de los cuales estaban también infectados con el VIH.

¿Cómo se contrae?

El LGV se contrae a través de relaciones sexuales anales, vaginales y orales sin protección. También se han descrito infecciones al compartir juguetes sexuales sin desinfectar. Los HSH que tienen múltiples parejas anónimas y que mantienen relaciones sexuales sin protección, tienen mayor riesgo de infección.

Una persona puede tener varios episodios de LGV, aún en el caso de haber recibido tratamiento adecuado en episodios previos, puesto que esta infección no deja inmunidad duradera.

¿Cómo se puede prevenir?

Para reducir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual es necesario tener en cuenta estas indicaciones:

- Utilizar siempre preservativos y lubricante para la penetración anal.
- Utilizar siempre preservativos para la penetración vaginal y el sexo oral.
- Utilizar un preservativo para cada persona si se comparten juguetes sexuales para la penetración.
- Utilizar guantes de látex y lubricante si se realiza "fisting".
- Disminuir el número de parejas sexuales.

¿Cuáles son sus síntomas?

Aunque en ocasiones el LGV no produce síntomas, por lo general, aparece una úlcera no dolorosa localizada en pene, recto o boca, entre los 3 y los 30 días posteriores al contagio. Esta lesión desaparece sin tratamiento, pero la enfermedad sigue su curso, y en un plazo que oscila entre las 2 y las 6 semanas siguientes se produce inflamación dolorosa de los ganglios próximos a la lesión inicial.

La afectación del pene puede producir, además, dolor al orinar y secreción de pus o sangre por la uretra. La afectación del recto puede dar lugar a diarrea, dolor abdominal, dificultad para defecar y heces con pus o sangre. Algunos pacientes pueden desarrollar afectación general con malestar, fiebre discreta, dolor muscular y de las articulaciones.

¿Tiene tratamiento?

- Sí, el LGV tiene un tratamiento muy eficaz con antibióticos, que deben ser prescritos por un médico.
- Es importante recibir tratamiento lo antes posible para evitar la aparición de complicaciones.

¿Qué hacer ante la aparición de síntomas de la infección?

- Acudir al médico. Nunca automedicarse.
- Evitar las relaciones sexuales hasta haber finalizado el tratamiento (tanto el paciente como su/s pareja/s).
- Informar a todos los contactos sexuales para que acudan a ser revisados por un médico (tanto la pareja actual como los contactos sexuales de los últimos tres meses).