

MORBILIDAD POR INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL,
MPOX, HEPATITIS B Y C

AÑO 2023

COMUNIDAD DE MADRID



**Comunidad
de Madrid**

MORBILIDAD POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MPOX, HEPATITIS B Y C. AÑO 2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. METODOLOGÍA	3
3. RESULTADOS.....	4
3.1. Infección gonocócica	4
3.2. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	13
3.3. Linfogranuloma venéreo	20
3.4. Sífilis.....	27
3.5. Sífilis congénita.....	37
3.6. Mpox.....	38
3.7. Hepatitis B	45
3.8. Hepatitis C	48
4. DISCUSIÓN	51
5. CONCLUSIONES	53
6. ÍNDICE DE GRÁFICOS	54
7. ÍNDICE DE TABLAS	56
8. BIBLIOGRAFÍA	56

1. INTRODUCCIÓN

Como parte del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) e integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, la vigilancia de infecciones de transmisión sexual (ITS) se lleva a cabo específicamente desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid¹, estableció la lista de enfermedades, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Dentro de estas, infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita se establecen como enfermedades de notificación semanal con datos epidemiológicos básicos.

Posteriormente, la Orden Ministerial SSI/445/2015 de 9 de marzo², amplía la lista de enfermedades a declarar, incorporando la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo (LGV) a las ya existentes.

Los cambios estructurales y la adaptación a nuevas realidades sanitarias y sociales generaron la necesidad, desde la Dirección General de Salud Pública (DGSP), de crear un programa específico de vigilancia de ITS en 2022. Fruto de esta circunstancia surge el compromiso de plasmar en un informe anual los resultados de dicha vigilancia, contribuyendo a mejorar el conocimiento sobre las características y el comportamiento epidemiológicos de estas enfermedades.

Se incluyen en este informe sendos apartados dedicados a hepatitis B y C. Aunque sus mecanismos de transmisión no residen exclusivamente en la vía sexual, esta tiene un protagonismo cada vez mayor en su incidencia.

Además, desde 2022, debido a la activación de la alerta por el brote internacional de mpox³, dicha patología forma parte de la lista de enfermedades sometidas a monitorización por este programa. Desde el comienzo del brote, el perfil de contagio en nuestro entorno continúa estando vinculado muy estrechamente con el contacto íntimo y sexual, por lo que el análisis de la información resultado de su vigilancia se incorpora a este informe.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo el análisis de los datos correspondientes al año epidemiológico 2023, que comienza con la semana 1 el lunes 2 de enero de 2023, y finaliza con la semana 52 el domingo 31 de diciembre de 2023.

Se describen las características de las ITS registradas durante el año 2023 correspondientes a pacientes con residencia en la Comunidad de Madrid o en los que el período de incubación indicara que se hubieran contagiado en esta comunidad. Para cada enfermedad se presenta la distribución espacial y temporal de los casos y se analizan las variables clínicas y epidemiológicas básicas y algunas variables específicas de cada protocolo. Para la descripción espacial de los casos se ha utilizado la zonificación de la Comunidad de Madrid basada en los antiguos distritos sanitarios. Los datos de la Comunidad de Madrid se comparan con los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de 2023 que están disponibles cuando se realiza el informe, proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología. Para describir la evolución temporal se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la Comunidad de Madrid como del nivel nacional desde el momento en el que se incorpora cada enfermedad a vigilancia o desde que esta presenta datos consolidados.

La información analizada procede de las notificaciones realizadas por los centros de atención primaria y hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), centros monográficos de ITS y por otras instituciones sanitarias públicas o privadas. Un número importante de estas declaraciones aportan exclusivamente los datos de identificación del caso y los resultados microbiológicos. Es por ello que, en la mayoría de las notificaciones, es preciso complementar la información mediante una búsqueda activa de información a través de la consulta de la historia clínica de cada caso. Igualmente, se lleva a cabo una exhaustiva revisión del CMBD que permite completar y mejorar la calidad de los datos del registro.

El registro se completa con la información facilitada por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre las personas que reciben tratamiento para el virus de la hepatitis C (VHC) en la Comunidad de Madrid.

Se realiza una descripción genérica de la procedencia de las notificaciones para cada enfermedad. Debido a limitaciones en el aplicativo, sólo se consideran las primeras declaraciones recibidas cuando para un mismo caso se remiten dos o más. Se recogen las variables que constan en los respectivos protocolos de vigilancia, permitiendo analizar las características de notificador, tiempo, lugar, persona y enfermedad.

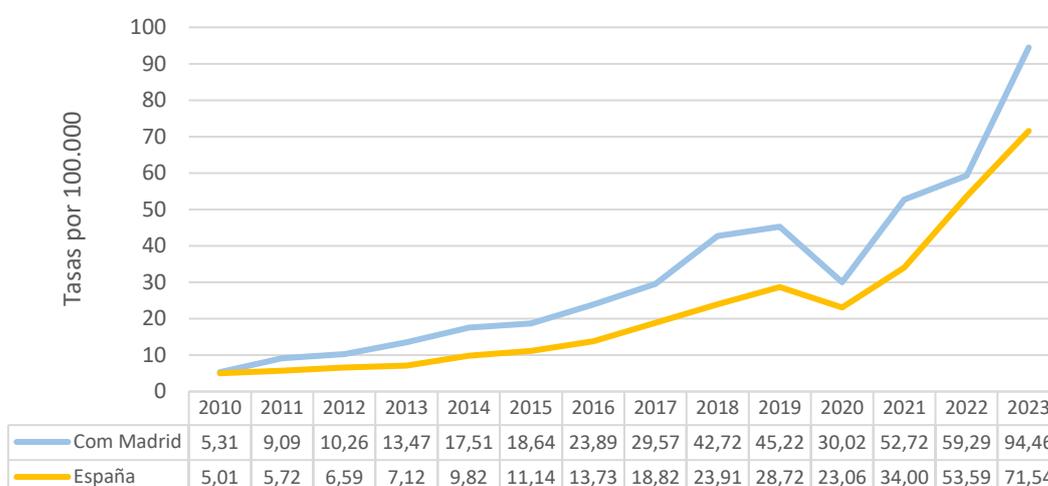
Como fuente de datos demográficos para la obtención de cifras de incidencia global y por sexo se ha dispuesto del censo de población de 2023 extraído de la Estadística Continua de la Población del Instituto Nacional de Estadística. Esta, sin embargo, no proporciona las cifras poblacionales desagregadas por distritos sanitarios del año 2023, por lo que, para estos cálculos, se ha utilizado como base poblacional el padrón continuo de 2022.

3. RESULTADOS

3.1. Infección gonocócica

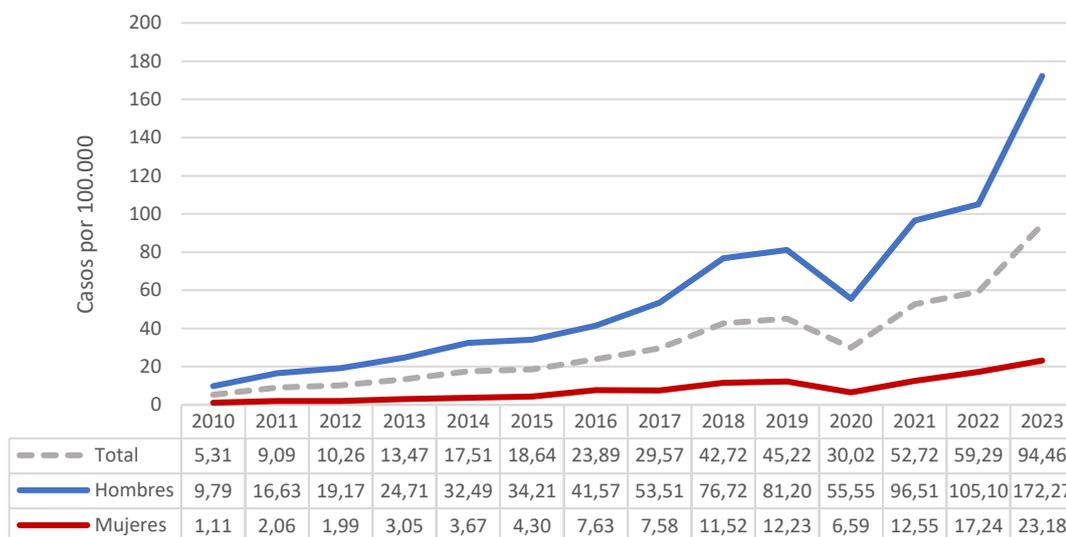
Durante el año 2023 se registraron en la Comunidad de Madrid 6480 casos de infección gonocócica, 2478 casos más que en 2022, que se traducen en un incremento del 59,3% en la tasa de incidencia acumulada, alcanzando 94,46 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 3.1.1). Esta cifra la sitúa casi 23 puntos por encima de los datos nacionales.

Gráfico 3.1.1 Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023.



Se observa un incremento progresivo de la incidencia a lo largo de toda la serie, exceptuando los datos generados en el año inicial de pandemia por SARS-CoV-2, y acumula en 2021 el incremento porcentual más alto, un 75,6%. Desglosando por sexo, en 2023 se produce un aumento mayor en hombres, alcanzando el 63,9% respecto al año anterior, alcanzando una tasa de 172,27 casos por 100.000 habitantes. La evolución en mujeres, aunque ascendente presenta cifras más contenidas, siendo la incidencia en 2023 de 23,18 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 3.1.2)

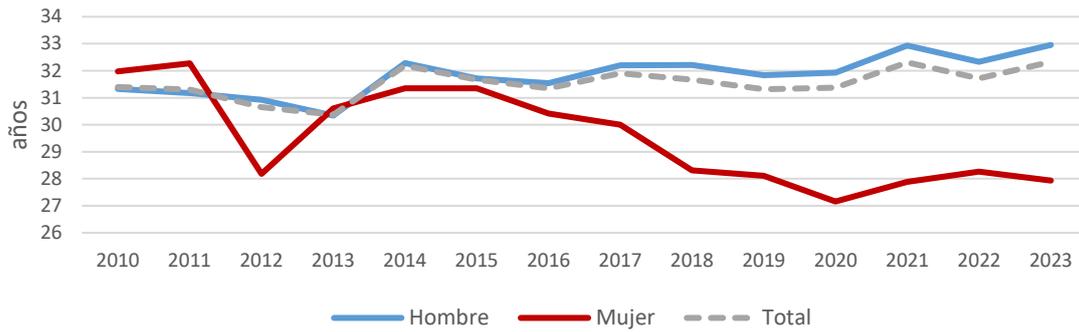
Gráfico 3.1.2 Tasas de incidencia por sexo y año de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Años 2011-2023.



En cuanto a la distribución por sexo, se mantiene relativamente constante en los últimos años presentándose mayoritariamente en hombres. Desde 2015 el porcentaje de mujeres no baja del 12% llegando a casi el 17% en 2016 y situándose en el 12,8% en 2023. (Gráfico 3.1.3). En este mismo año, la edad media fue de 32,3 años, con un rango entre los 0 y los 85 años. En hombres se observa una leve tendencia al aumento pasando de 31,3 en 2010 a 33 años en 2023. En mujeres, sin embargo, se aprecia un descenso progresivo en la última década que sitúa su media de edad en 28 años, por debajo de la masculina en 2023 (Gráfico 3.1.4).

Gráfico 3.1.3 Distribución por sexo de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. 2010-2023.



Gráfico 3.1.4 Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023.

Por grupos de edad, el 73,5% de los casos se concentra entre los 20 y 39 años (Gráfico 3.1.5), aunque existen algunas diferencias entre sexos. En hombres, el grupo mayoritario en toda la serie ha sido el de 20-29 años hasta 2022, pasando en 2023 a serlo el de 30-39 años. Esta circunstancia, junto con el leve repunte que muestra el grupo de 40-49 años, condiciona el incremento de la media de edad en varones (Gráfico 3.1.6). En mujeres, sin embargo, prácticamente la mitad de los casos tienen entre 20 y 29 años y este grupo etario se mantiene muy por encima del resto en toda la serie. Además, entre los 15 y 19 años se acumula el 14,2% de las gonococias en mujeres, e incluso superó el 20% en el año 2019 (Gráfico 3.1.7).

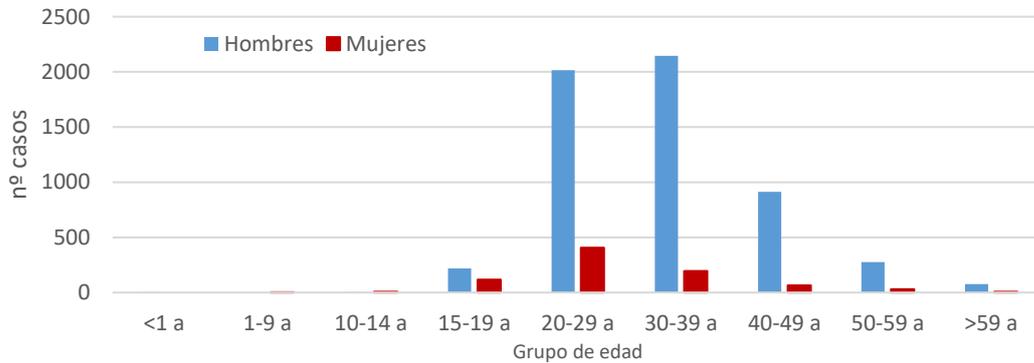
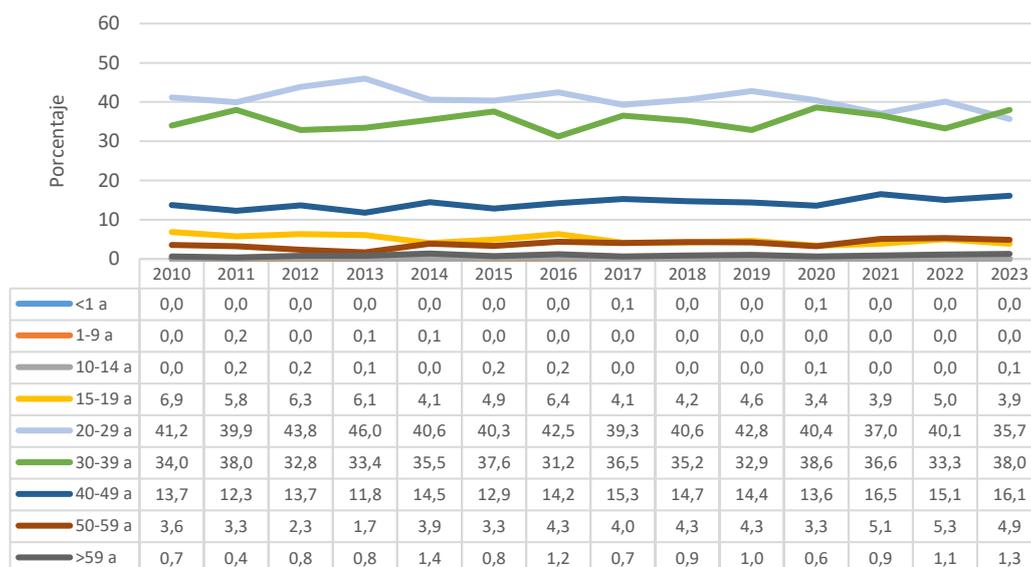
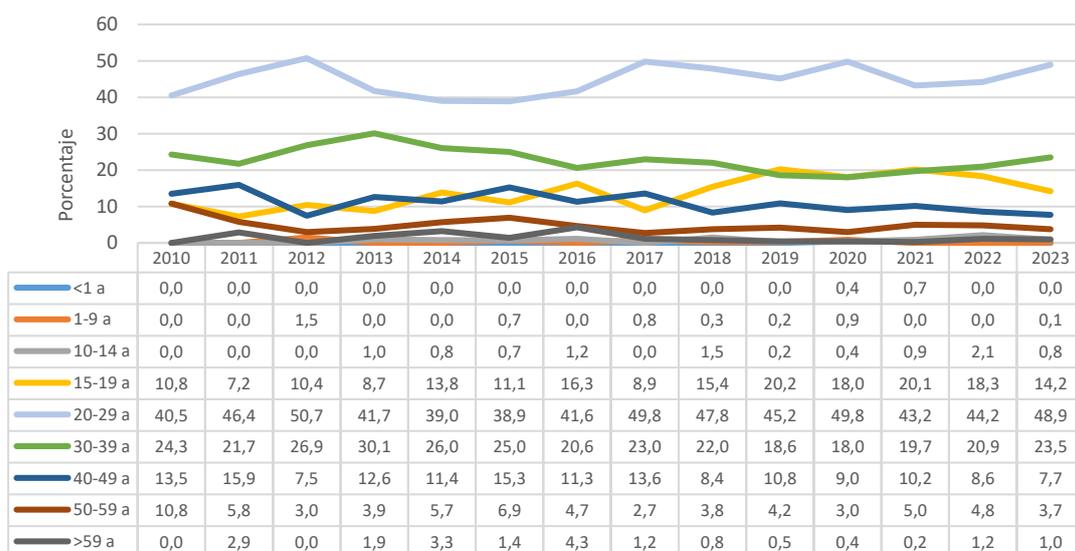
Gráfico 3.1.5 Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

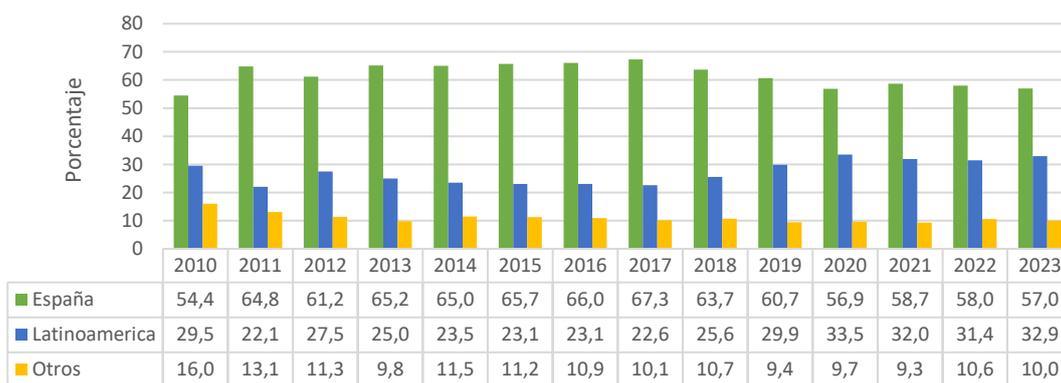
Gráfico 3.1.6 Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

Gráfico 3.1.7 Infección gonocócica en mujeres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.


En cuanto a la orientación sexual, la información está recogida en el 62,7% de los casos, de los cuales el 82% corresponde a hombres que tienen relaciones homosexuales (HXM), bisexuales o gays, es decir, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y el 11,2% corresponde a mujeres heterosexuales (Gráfico 3.1.1). La variable “uso de preservativo” esta cumplimentada en el 57,2% de los casos notificados. De estos, el 97,2% no había hecho uso del preservativo.

Tabla 3.1.1 Orientación sexual de los casos de infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

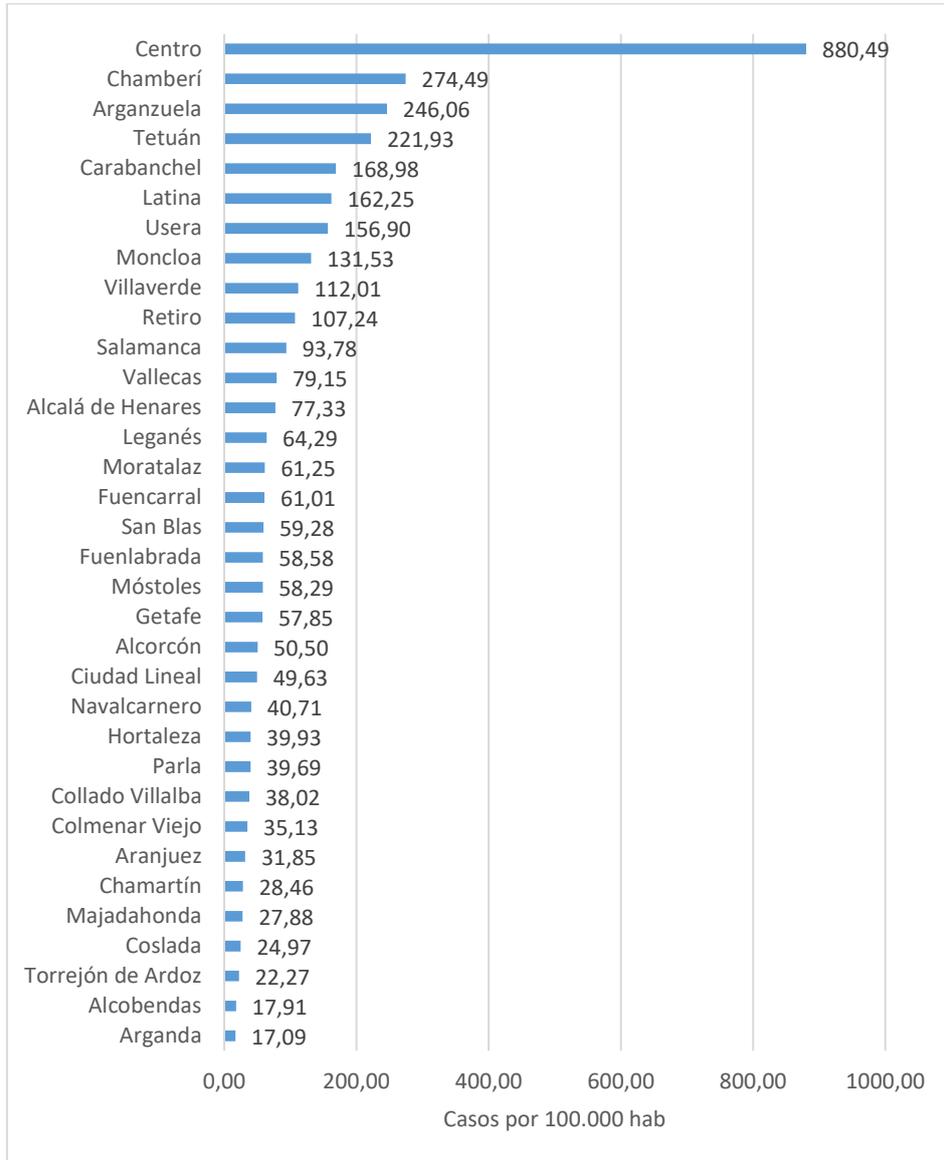
Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
HXM/bisexual	82,0	0,6
Heterosexual	6,2	11,2
Total	88,2	11,8

El país de origen está cumplimentado en el 97,4% de los registros de 2023. De estos el 57% corresponde a personas nacidas en España. El resto aglutina hasta 98 países diferentes de los 5 continentes con predominio de países latinoamericanos, que en los últimos años tienen una representación cada vez mayor, frente a una disminución de los casos nacidos en España. En 2011, el 22% de las notificaciones correspondían a personas procedentes de Latinoamérica. En 2023 representan el 33% (10% de Venezuela, 6,4% de Colombia y 3,0% de Perú como más destacados) (Gráfico 3.1.8).

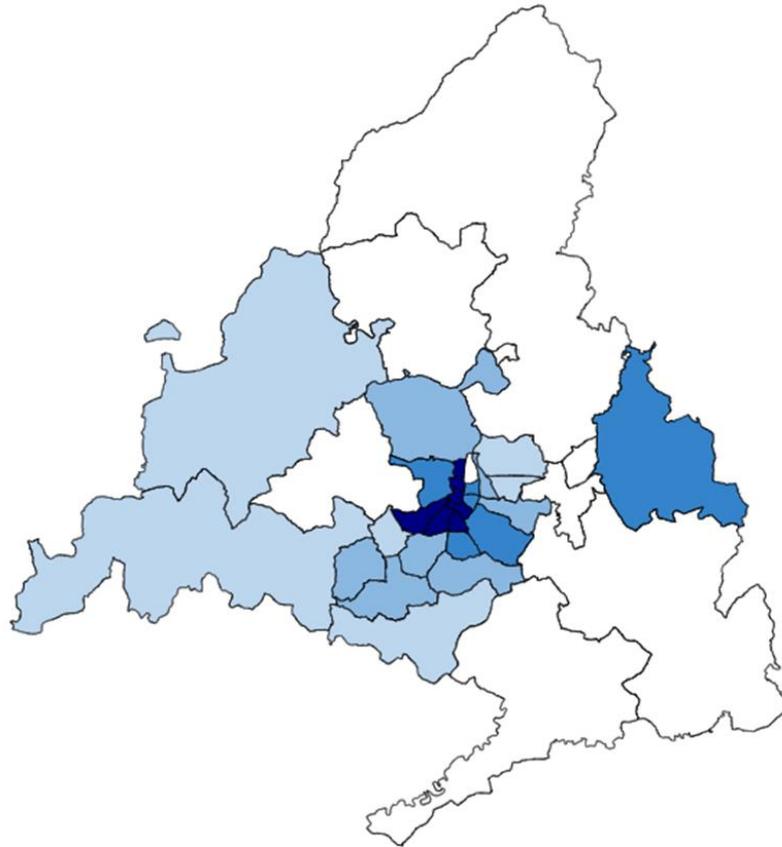
Gráfico 3.1.8 Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2010-2023.

La distribución geográfica de los casos, en función de su domicilio, concentró mayores tasas de incidencia en los distritos más céntricos del municipio de Madrid, especialmente Centro, con 880 casos por 100.000 habitantes, seguido por Chamberí, Arganzuela y Tetuán. Fuera del ámbito municipal de la capital destacan Alcalá de Henares, Leganés y Fuenlabrada, aunque muy por debajo de las cifras de los anteriores (Gráfico 3.1.9) (Mapa 3.1.1).

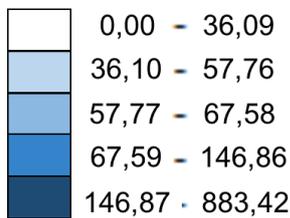
Gráfico 3.1.9 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Mapa 3.1.1 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

El 44% de los casos carece de información sobre la presentación clínica de la enfermedad. Muchos de estos casos corresponden a cuadros asintomáticos que se diagnostican en el contexto de cribados sistemáticos, como aquellos que se llevan a cabo en personas que toman profilaxis preexposición para el VIH (PrPE) o que mantienen prácticas sexuales de riesgo de manera repetida. Entre el 56% restante, el cuadro más frecuente en hombres fue la uretritis, que se da en el 74,2% de los registros. Entre las mujeres el predominio diagnóstico fue cervicitis y enfermedad inflamatoria pélvica, alcanzando entre las dos presentaciones casi dos tercios de los diagnósticos (Tabla 3.1.2). Además, se registró un caso de *oftalmía neonatorum*.

Tabla 3.1.2 Presentación clínica por sexo. Infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Hombre	%	Mujer	%
Uretritis	74,2	Cervicitis	29,8
Proctitis	18,1	Enfermedad inflamatoria pélvica	27,5
Faringitis	4,1	Uretritis	13,0
Artritis	0,5	Faringitis	4,1
Epididimitis	0,4	Salpingitis	1,4

Si bien no se identificó ninguna defunción por enfermedad gonocócica, sí se produjo hospitalización en el 2% de los casos (n=132), con un rango de edad de 14 a 62 años. Entre las 98 mujeres hospitalizadas, 80 lo fueron por un cuadro clínico de enfermedad inflamatoria pélvica. El rango de edad osciló entre los 14 y los 54 años, y 9 casos no habían cumplido aún la mayoría de edad. Entre los 34 hombres que requirieron hospitalización, el rango de edad fue de 17 a 62 años y los diagnósticos más frecuentes fueron artritis y proctitis (Tabla 3.1.3).

Tabla 3.1.3 Principales causas de hospitalización en infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Hombres	Mujeres
Artritis	Enfermedad inflamatoria pélvica
Proctitis	Cervicitis
Faringitis	Salpingitis
Epididimitis	Artritis
Otros	Otros

En un 23,5% de los casos se identificaron una o más coinfecciones por otras ITS, alcanzando en mujeres hasta el 26%. La *Chlamydia trachomatis* fue, con diferencia, la más frecuente, encontrándose en el 19,3% de los registros y siendo 6 puntos porcentuales más frecuente en mujeres que en hombres. El hallazgo de sífilis, sin embargo, es mucho más frecuente en hombres, afectando prácticamente al 6% de los casos. Estos resultados y el de otras ITS menos frecuentes se reflejan en la Tabla 3.1.4.

Tabla 3.1.4 Casos de infección gonocócica con infecciones por otras ITS, por sexo. Comunidad de Madrid. 2023.

	Hombres (n)	%	Mujeres (n)	%	Total	%
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	1045	18,5	205	24,7	1250	19,3
Sífilis	331	5,9	8	1,0	339	5,2
Herpes genital	21	0,4	9	1,1	30	0,5
Condiloma acuminado	25	0,4	1	0,1	26	0,4
<i>Molluscum contagiosum</i>	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Pediculosis	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Escabiosis	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Sífilis y <i>clamidia</i>	103	1,8	1	0,1	104	1,6
Cualquier coinfección	1304	23,1	217	26,1	1521	23,5

De manera global, el 21,5% de los casos de gonococia presentó coinfección por otra ITS, en casi el 2% se diagnosticaron 2 ITS y solamente en 1 caso se llegaron a contabilizar 3 coinfecciones (Tabla 3.1.5).

Tabla 3.1.5 Casos de infección gonocócica según número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Nº de coinfecciones	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
1	1184	21,0	211	25,4	1395	21,5
2	119	2,1	6	0,7	125	1,9
3	1	0,02	0		1	0,02

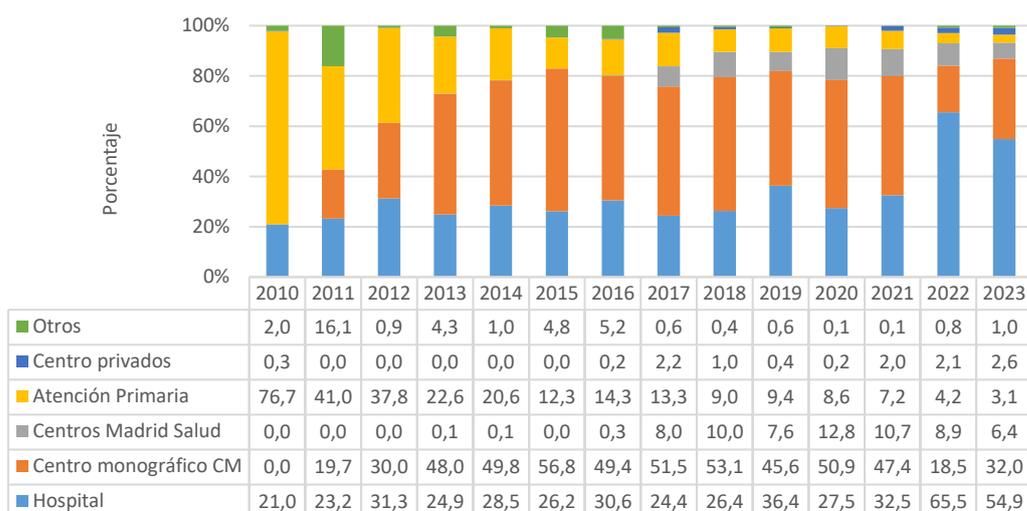
Se han recogido también datos sobre infección por VIH, VHB y VHC en el momento del diagnóstico de la enfermedad gonocócica. Los resultados se muestran en la Tabla 3.1.6, destacando la positividad para VIH en el 17,2% de los hombres y el 2% de las mujeres, y elevándose en estos las coinfecciones por otras ITS al 35,5%.

Tabla 3.1.6 Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Diagnóstico	Hombre %	Mujer %
VIH	17,3	2,0
VHC	0,7	0,1
VHB	0,3	0,1

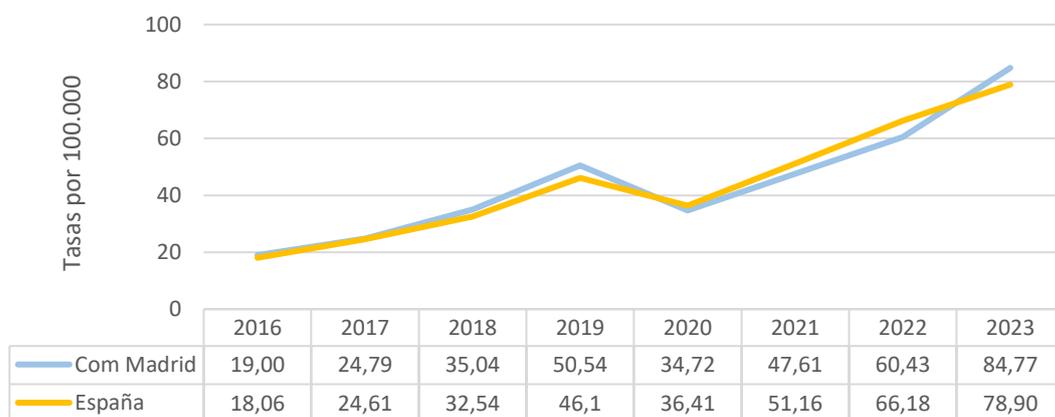
El 99,9% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico. Se consideraron como probables 6 casos con clínica compatible y vínculo epidemiológico con caso confirmado. Las técnicas diagnósticas más utilizadas fueron la detección de ácido nucleico en el 93,6% de los casos confirmados y el aislamiento de gonococo en el 35,6%. En el 28,2% ambas pruebas fueron positivas.

En cuanto a la notificación de la infección gonocócica, se observa en el Gráfico 3.1.10 como la declaración desde el ámbito hospitalario ha mejorado en los últimos años, alcanzando casi el 55% en 2023. El 32% corresponde al centro monográfico de infecciones de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid, el 6,4% centros municipales de salud del ayuntamiento de Madrid y el 3,1% a atención primaria.

Gráfico 3.1.10 Notificación de infección gonocócica, según origen, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

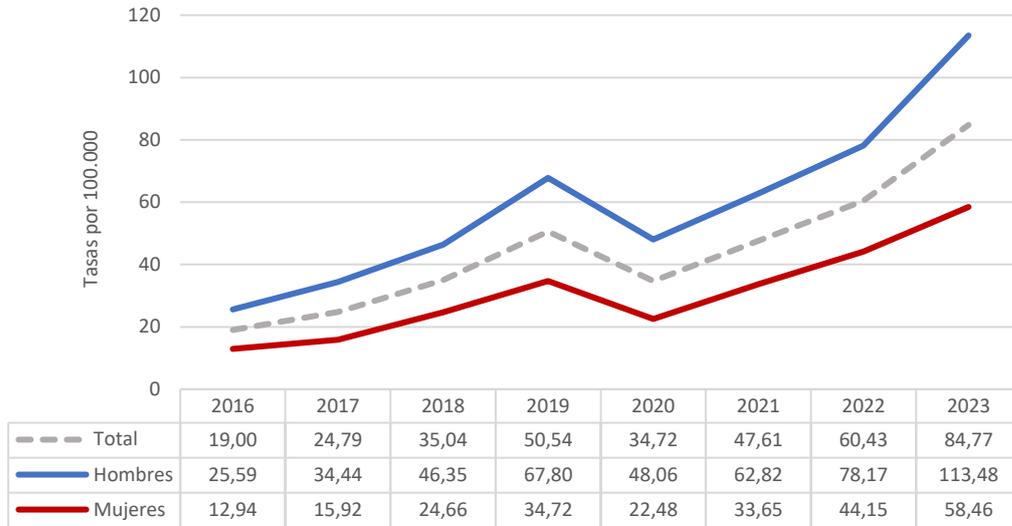
3.2. Infección por *Chlamydia trachomatis*

En 2023 se registraron en la Comunidad de Madrid 5.815 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), 1.736 casos más que el año anterior, con una incidencia de 84,77 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual presenta un gran paralelismo con las cifras nacionales a lo largo de la serie, aunque en 2023 es casi 6 puntos superior en la Comunidad de Madrid (Gráfico 3.2.1).

Gráfico 3.2.1 Tasas de infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2023.

Desde que se recogen datos de *Chlamydia trachomatis*, y a excepción del año de inicio de pandemia por SARS-CoV-2, la tasa de incidencia se ha incrementado cada año en cifras que oscilan entre el 30% y el 44%. En 2023, el aumento respecto al año anterior es del 40%. En hombres la tasa de incidencia alcanza los 113,48 casos por 100.000 habitantes, casi el doble que los 58,46 casos por 100.000 habitantes que se cuantifica en mujeres (Gráfico 3.2.2).

Gráfico 3.2.2 Tasa de incidencia anual de infección por *Chlamydia trachomatis*, por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



El 64% de los casos observados en 2023 fue en hombres (Gráfico 3.2.3), porcentaje que apenas se ha modificado a lo largo de la serie. La media de edad fue de 31 años (33,2 años en hombres y 27 en mujeres), situándose el rango de edad entre 0 y 86 años. La diferencia de edad por sexo se ha ido ampliando con los años, pasando de 3,7 en 2016 a 6,2 años en 2023 (Gráfico 3.2.4).

Gráfico 3.2.3 Distribución por sexo de infección *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. 2016-2023.

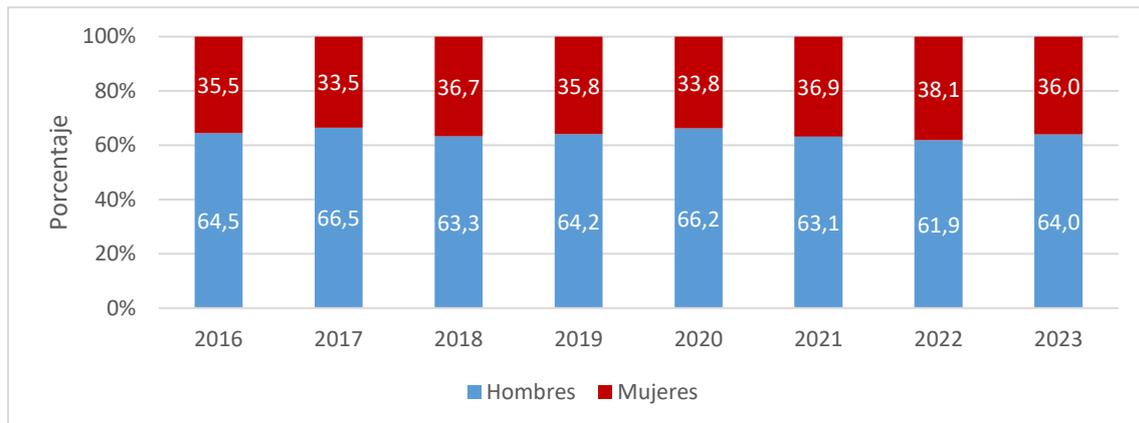
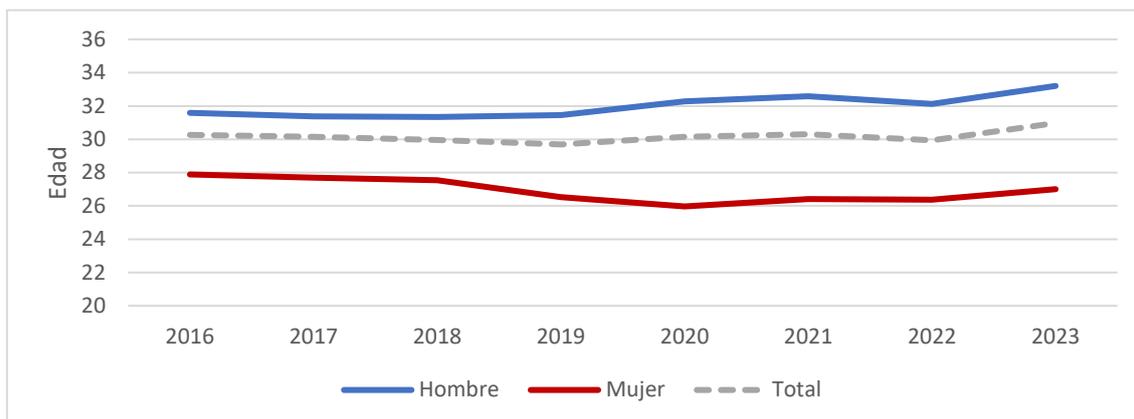


Gráfico 3.2.4 Evolución de la media de edad por sexo en la infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



La desagregación por grupos de edad permite comprobar que, en hombres, la mayor parte se concentra entre los 20 y los 39 años (Gráfico 3.2.5), correspondiendo al 72,3% de casos. Si bien en años previos el grupo de 20-29 años fue el más frecuente, en 2023 es el grupo de 30-39 años el que predomina (Gráfico 3.2.6). En mujeres, sin embargo, más de la mitad de los casos tienen entre 20 y 29 años, lo que justifica su menor media de edad. A esto también contribuye el porcentaje de casos entre los 15 y 19 años, que en 2023 corresponde al 16% del total de mujeres. Hay además casi un 1% que afecta a niñas de 10 a 14 años (Gráfico 3.2.7).

En menores de 1 año se registraron 11 casos, de ambos sexos, con afectación conjuntival por transmisión intraparto.

Gráfico 3.2.5 N.º de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.

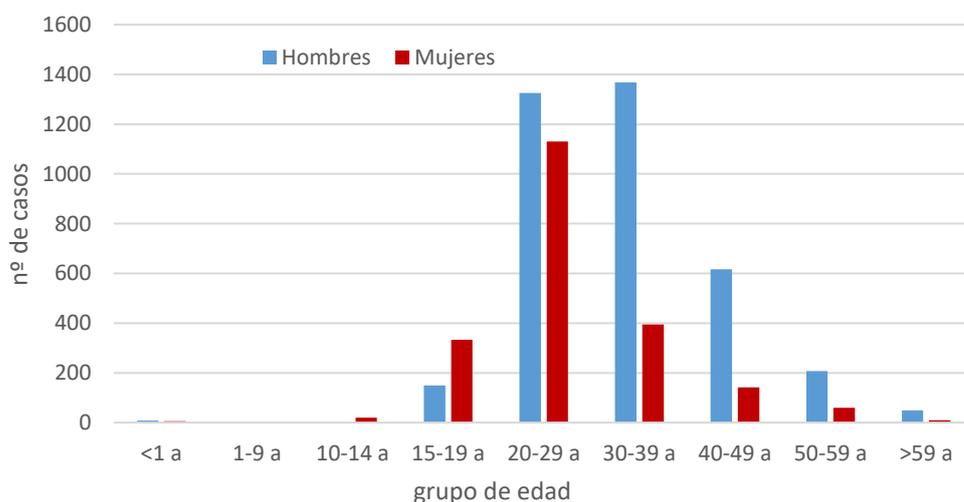
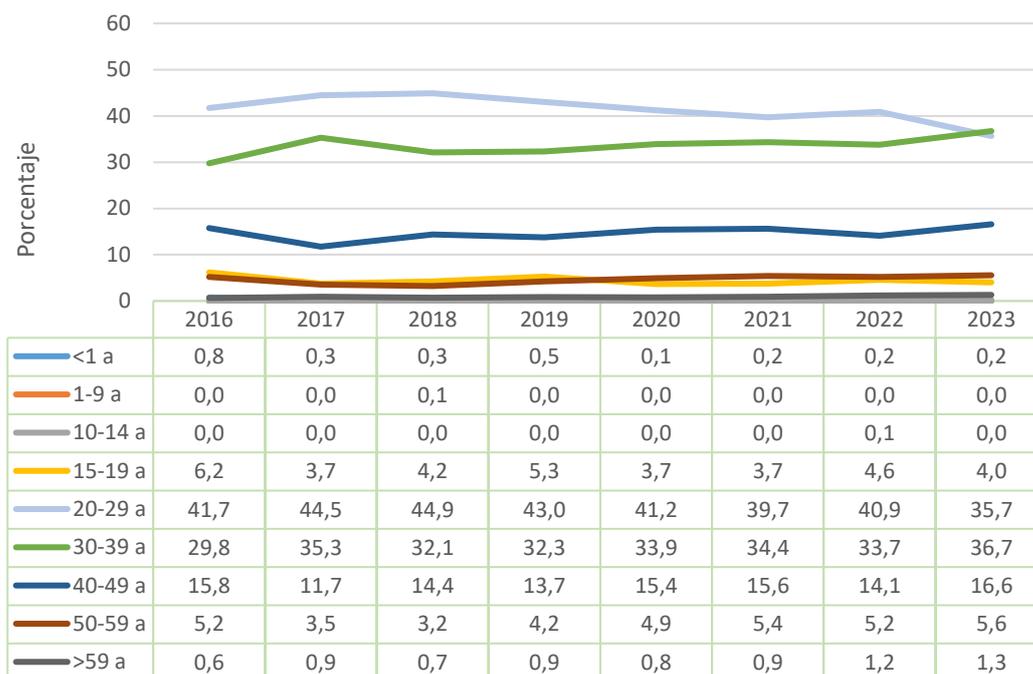
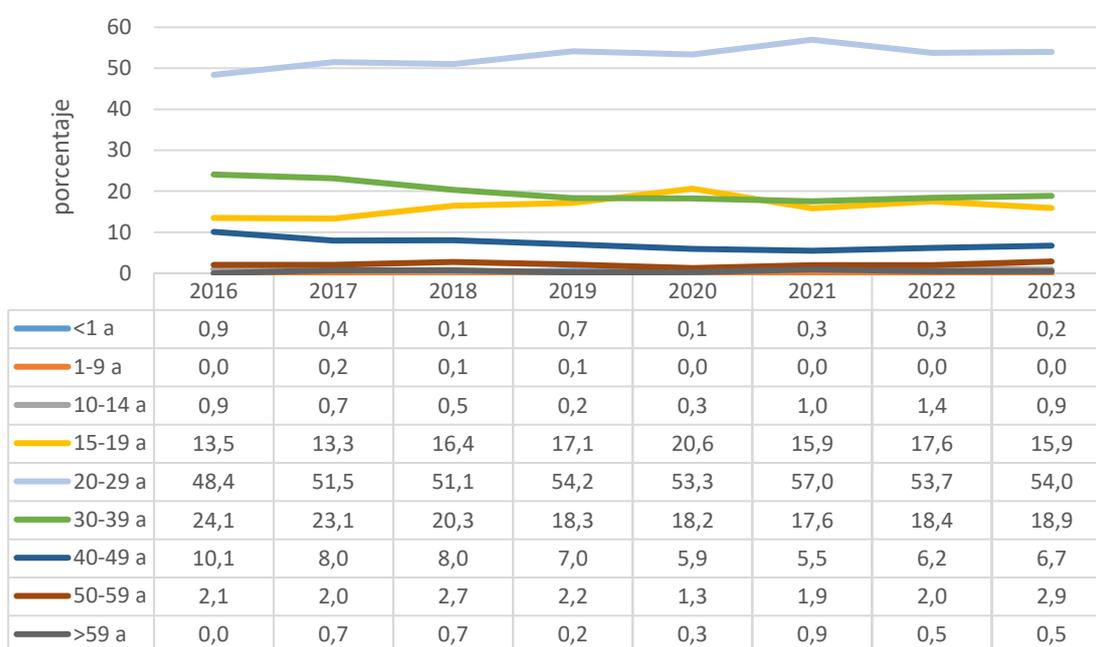
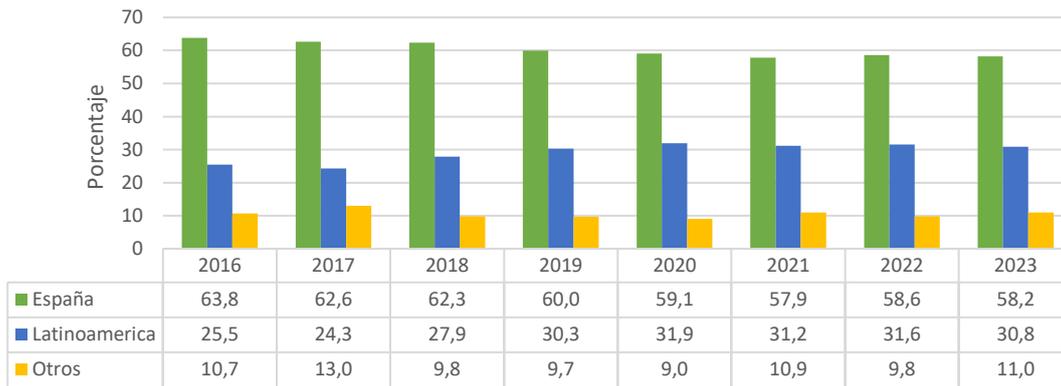


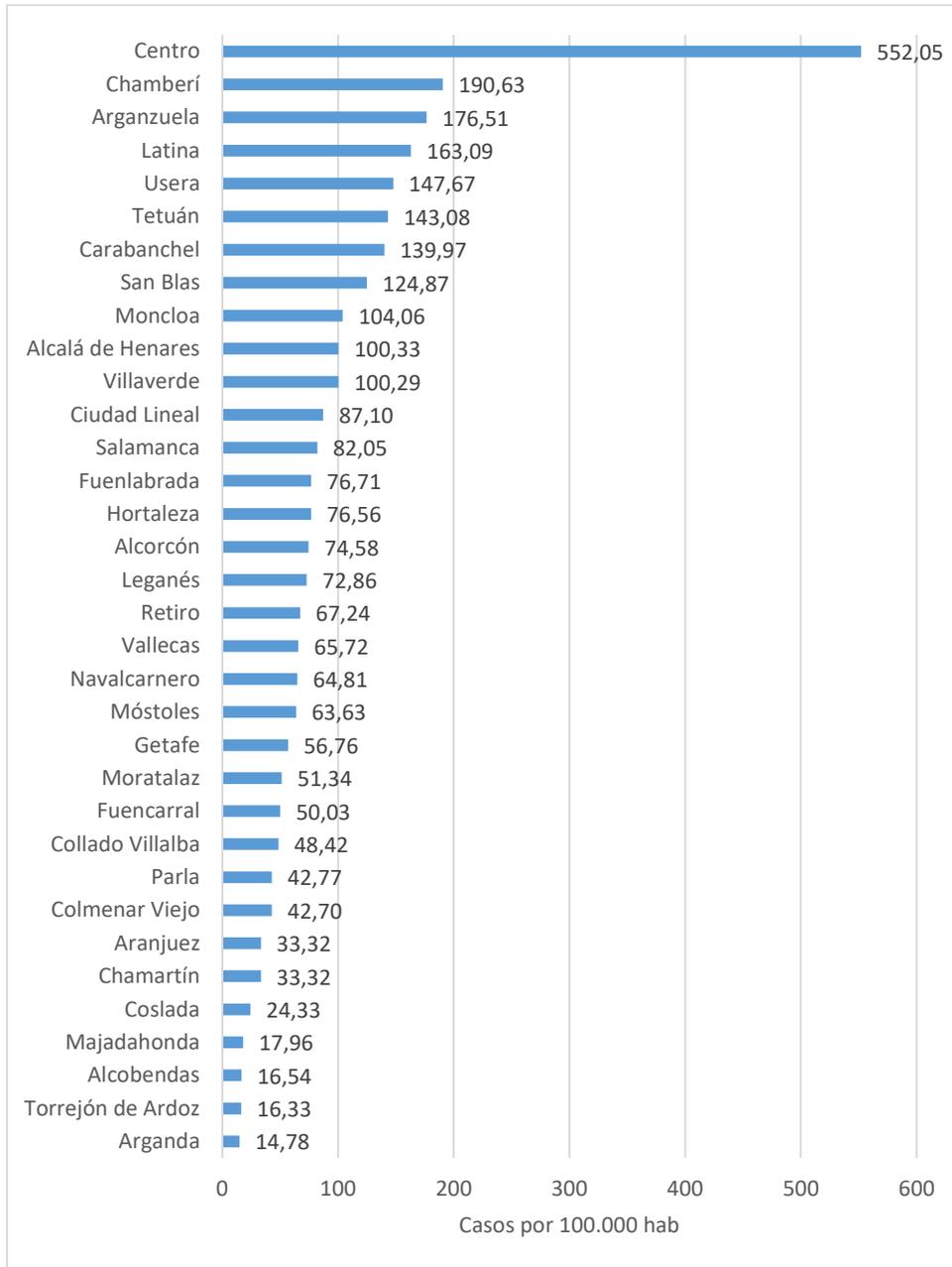
Gráfico 3.2.6 Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.**Gráfico 3.2.7** Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.

Se conoce el país de origen del 97,3% de los registros. El 58,2% (n=3294) fueron españoles; el resto se reparten entre 103 nacionalidades, con predominio de países latinoamericanos (Gráfico 3.2.8). Venezuela con 378, Colombia con 341, Perú con 207 y Ecuador con 175 casos, fueron los más frecuentes. A lo largo de la serie, el porcentaje de casos de origen español ha ido disminuyendo levemente, en favor de una mayor representación de registros de origen latinoamericano, siendo en 2016 el 25,5% del total, y llegando en 2023 prácticamente al 31%.

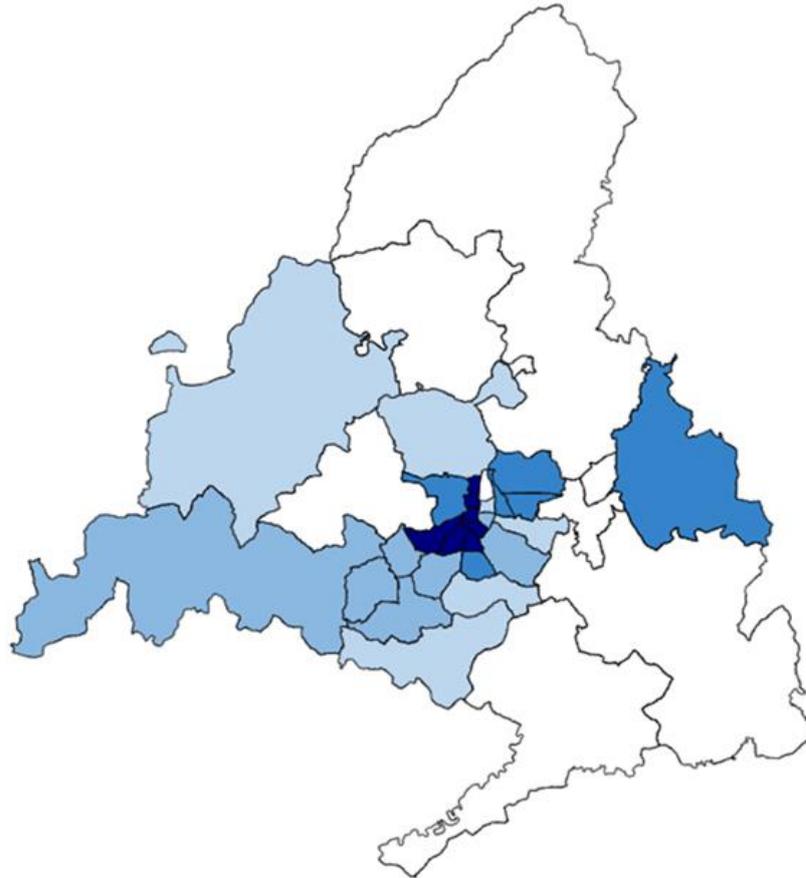
Gráfico 3.2.8 Distribución según lugar de origen. *Chlamydia trachomatis*, Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.

De manera similar a lo que ocurre en la infección gonocócica, los distritos donde se concentra mayor cantidad de casos corresponden al centro de la ciudad de Madrid. Destaca el distrito Centro con 552,05 casos por 100.000 habitantes. Chamberí, Arganzuela, Latina y Usera le siguen con cifras sensiblemente menores. (Gráfico 3.2.9) (Mapa 3.2.1)

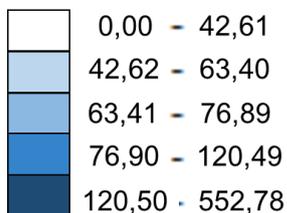
Gráfico 3.2.9 Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Mapa 3.2.1 Tasas de incidencia de infección *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

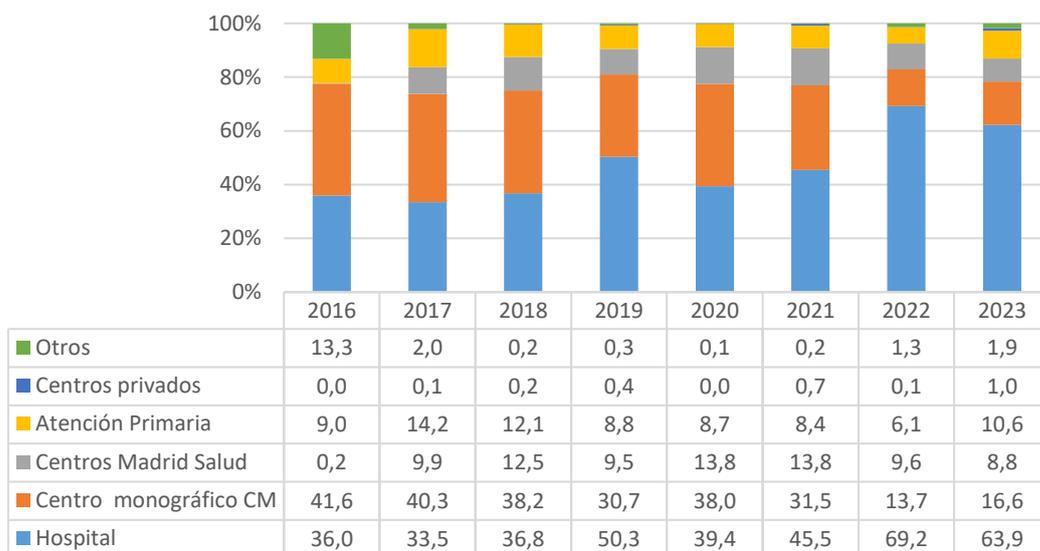
En el 1,6% (n=91) de los casos se registró ingreso hospitalario, siendo la mayor parte, el 80%, mujeres.

Todas las notificaciones se confirmaron microbiológicamente. En el 100% de los casos (n=5815) se registró una PCR positiva como técnica diagnóstica. En hombres, el origen de las muestras fue exudado rectal en el 42,5%, exudado uretral en el 35,4% y orina en el 14,5%. En mujeres la mayor parte de las muestras positivas provenían de exudado cervical (68,7%) o vaginal (12,7%) (Tabla 3.2.1). Los 11 casos en neonatos fueron todos exudados conjuntivales.

Tabla 3.2.1 Origen de la muestras diagnósticas por sexo. *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Año 2023.

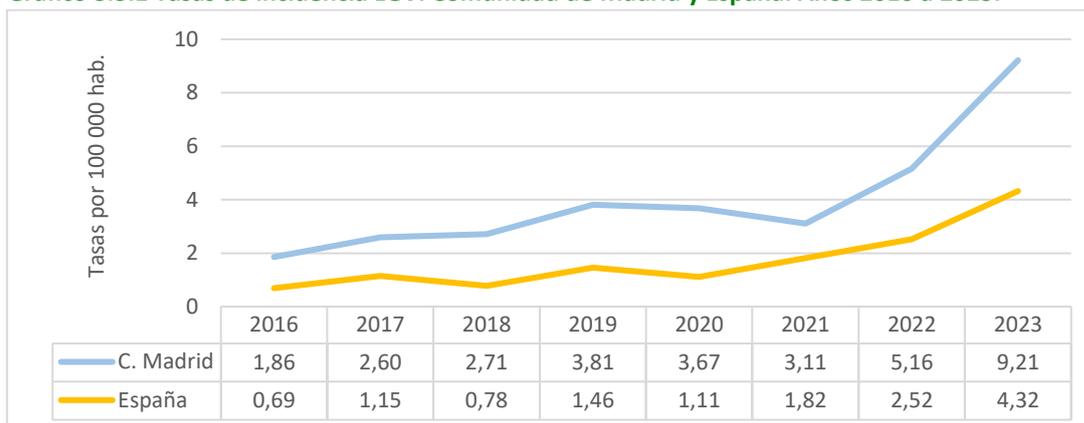
Hombres		Mujeres	
Muestra	%	Muestra	%
Exudado rectal	42,5	Exudado cervical	68,7
Exudado uretral	35,4	Exudado vaginal	12,7
Orina	14,5	Orina	9,5
Exudado faríngeo	2,5	Exudado rectal	3,0
Exudado nasofaríngeo	2,0	Exudado faríngeo	1,9
Úlcera genital	0,8	Exudado uretral	1,2

En cuanto a la fuente de notificación, el papel de atención hospitalaria se ha ido incrementando con los años, suponiendo en 2023 el 63,9% del total de las declaraciones. El centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid alcanza el 16,6%, atención primaria el 10,6% y los centros municipales de salud del Ayuntamiento de Madrid el 8,8% (Gráfico 3.2.10).

Gráfico 3.2.10 Notificación de la infección por *Chlamydia trachomatis*, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.

3.3. Linfogranuloma venéreo

Acorde con incremento progresivo que viene experimentando el linfogranuloma venéreo (LGV) desde que se inició su vigilancia, en el año 2023 se registraron en la Comunidad de Madrid 632 casos, siendo la tasa de incidencia acumulada de 9,21 casos por 100 000 habitantes, más del doble de la observada a nivel nacional. Se aprecia un aumento del 78,5% respecto a la tasa del año 2022, en el que se registraron 348 casos (Gráfico 3.3.1).

Gráfico 3.3.1 Tasas de incidencia LGV. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2023.


En cuanto a la distribución por sexo se mantiene el predominio de los casos en varones que representan el 98,9% del total. Tan solo 7 casos se han registrado en mujeres. Esta situación de casi total predominio masculino se da a lo largo de toda la serie, habiendo años, 2018 y 2022, en los que no se han producido registros femeninos (Gráfico 3.3.2). Desde 2016 la edad media de los casos ha subido dos puntos llegando en 2023 a 36,5 años, con un rango entre los 16 y los 74 años (Gráfico 3.3.3). Por grupos de edad, los casos se concentran en el de 30-39 años, circunstancia que no se ha modificado desde que se vigila la enfermedad, y que en 2023 acumula el 47,9% de los casos. Las siete mujeres afectadas tienen edades comprendidas entre los 16 y los 49 años, con una mediana de edad de 34 años (Gráfico 3.3.4). No se han identificado casos en menores de 15 años en toda la serie, sin embargo, en el grupo de 15-19 años hay un total de 6 notificaciones en 2023, de los cuales la mitad corresponden a menores de edad, 2 de ellas mujeres. (Gráfico 3.3.5).

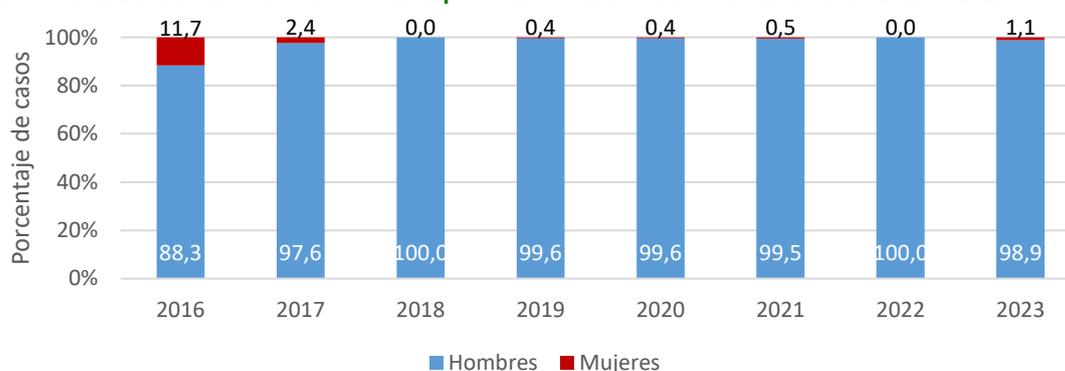
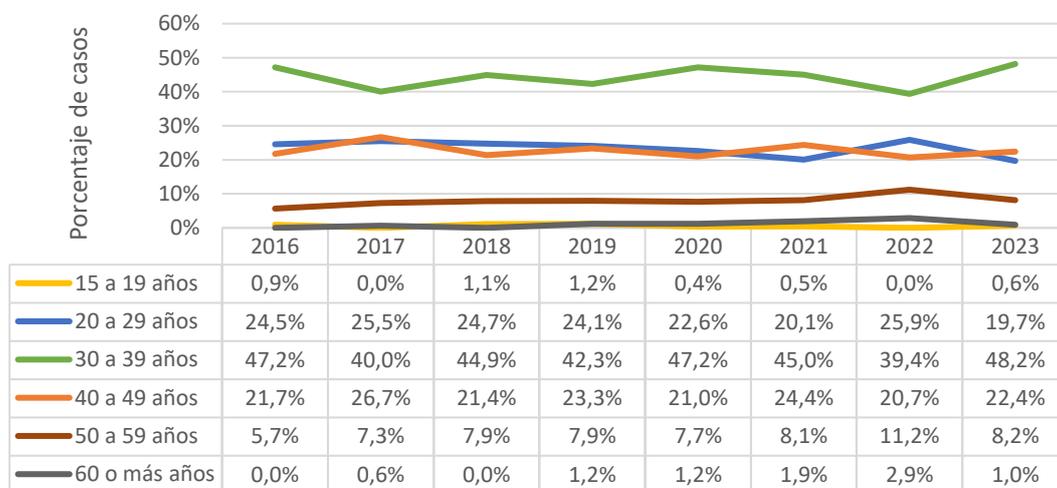
Gráfico 3.3.2 Distribución de casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.

Gráfico 3.3.3 Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.


Gráfico 3.3.4 Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Gráfico 3.3.5 Distribución de casos de LGV por grupos de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.


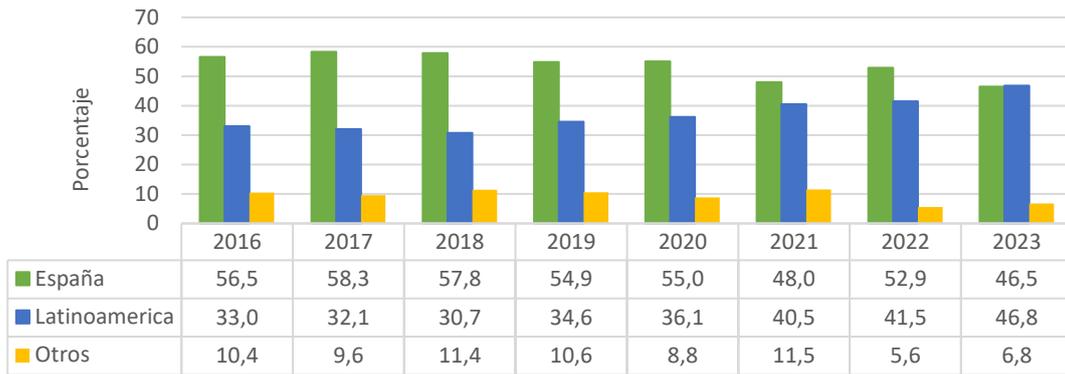
En el 70,6% de los casos consta información sobre su orientación sexual. Entre estos, prácticamente el 97% corresponde a HSH (Tabla 3.3.1).

Tabla 3.3.1 Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
HXM/Bisexual	96,8	0
Heterosexual	2,3	0,9

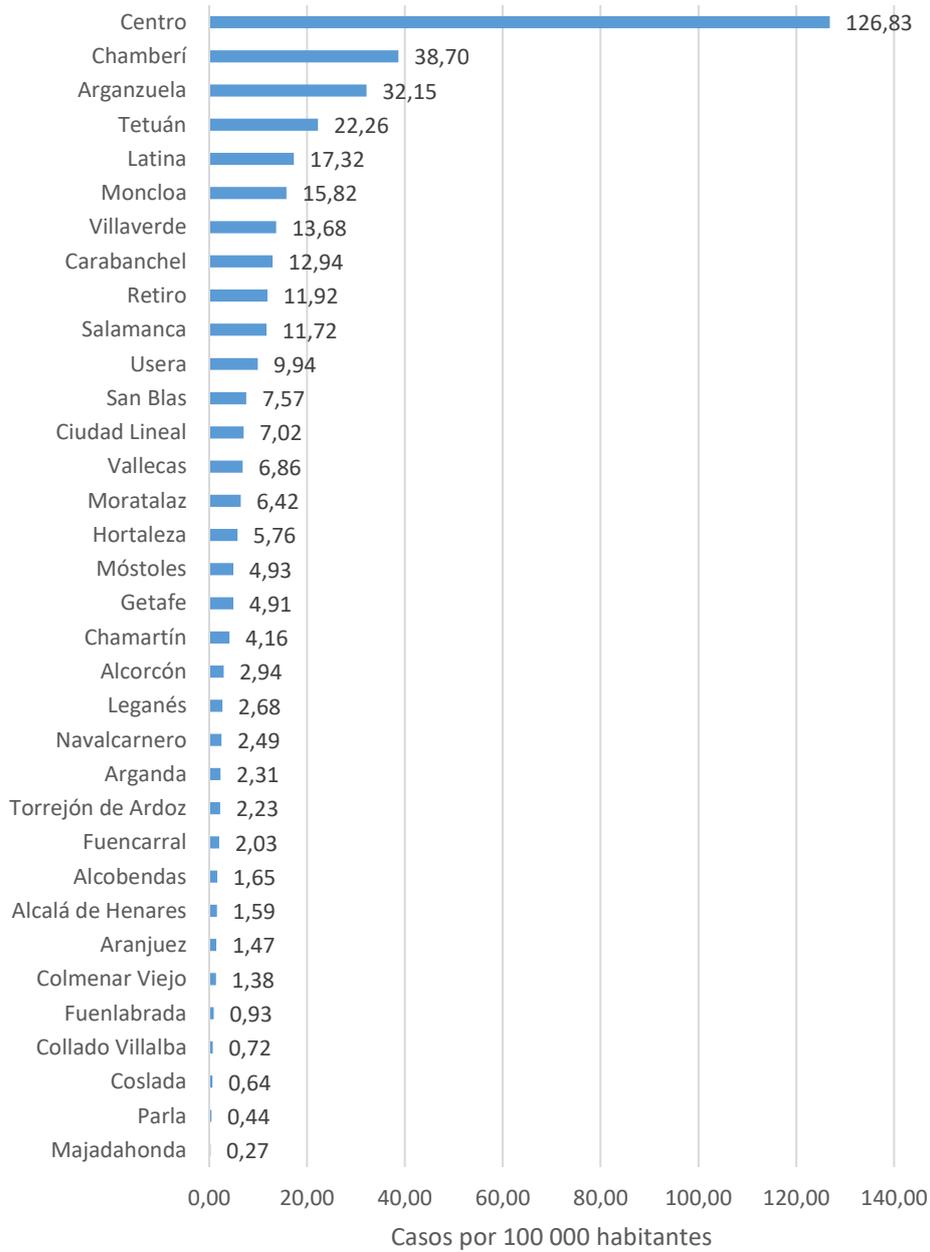
La variable “uso de preservativo” esta cumplimentada en el 44,5% de los casos notificados. De estos, el 97,2% no había hecho uso del método barrera.

En el 98,4% de los registros estaba cumplimentado el país de origen. Menos de la mitad, el 46,5%, nació en España. El resto aglutinó hasta 42 países diferentes de los 5 continentes, aunque la gran mayoría, el 46,8% del total, procedía de países latinoamericanos entre los cuales destacan Venezuela con un 16,7%, Colombia con el 10% y Perú con el 3,9%. El origen latinoamericano de los casos se ha ido incrementando con los años, pasando del 33% en 2016 a casi el 47% en 2023 (Gráfico 3.3.6).

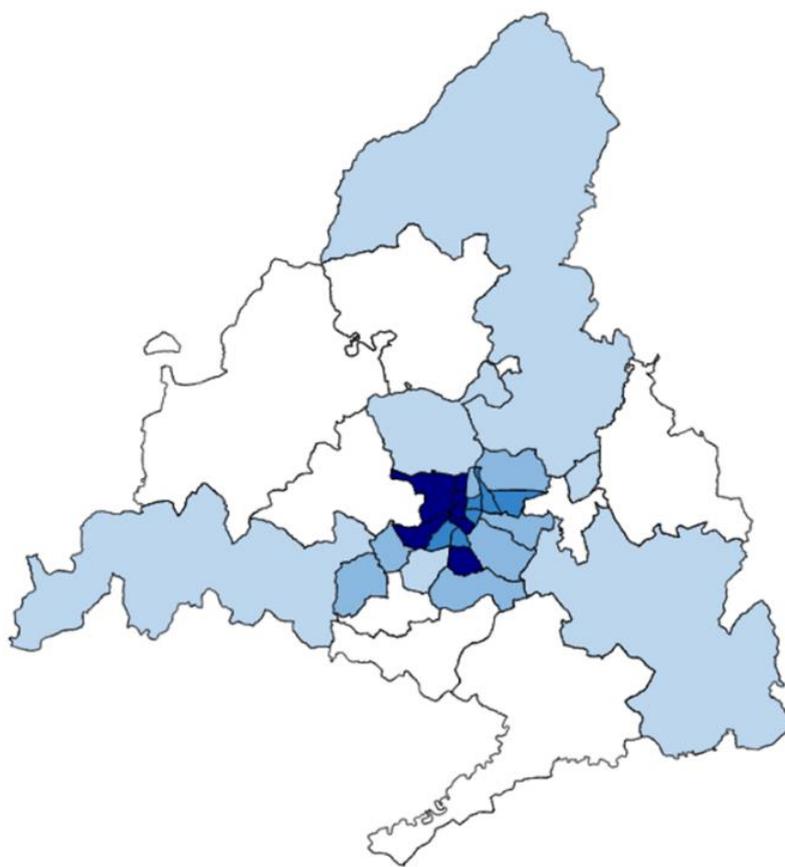
Gráfico 3.3.6 Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.

Los distritos con mayor incidencia de LGV, según domicilio del caso, corresponden a aquellos ubicados en el centro del municipio de Madrid, tal y como ocurre en otras ITS. Destacan el distrito Centro con 126,83 casos por 100.000 habitantes, Chamberí con menos de un tercio del anterior y Arganzuela (32,15 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 3.3.7 y Mapa 3.3.1).

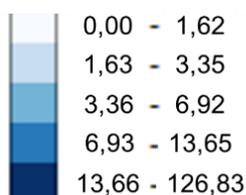
Gráfico 3.3.7 Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Mapa 3.3.1 Mapa de tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

El 100% de los casos ha sido confirmado por la detección de ácido nucleico. Respecto a la presentación clínica del LGV, se dispone de información en el 87,3% de los casos. De estos, alrededor del 20% se encontraba sin sintomatología en el momento del diagnóstico. En hombres, el cuadro clínico más habitual fue proctitis, seguido de úlcera genital y linfadenopatía inguinal (Tabla 3.3.2). Entre las mujeres, 3 fueron asintomáticos y en 2 se recogieron síntomas como linfadenopatía inguinal, úlcera genital y uretritis. En 7 casos se registraron complicaciones como absceso o fisura anal. La hospitalización fue necesaria en el 1,7% de los casos, no produciéndose ningún fallecimiento por LGV.

Tabla 3.3.2 Presentación clínica de LGV en hombres. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Presentación clínica	%
Asintomático	22,5%
Proctitis	57,4%
Úlcera genital	11,2%
Linfadenopatía inguinal	6,6%
Uretritis	5,7%

En un porcentaje importante, el 41,6%, se detectaron coinfecciones por otras ITS. En la mayoría de los casos se identificó una sola enfermedad, aunque en el 5,4% coincidían dos o más (Tabla 3.3.3).

Tabla 3.3.3 Número de coinfecciones por caso de LGV. Comunidad de Madrid. 2023.

Nº coinfecciones	%
1	36,2
2	5,2
3	0,2

La coinfección más frecuente fue la gonocócica, en casi un tercio de los casos, seguida de la sífilis. Coinciden ambas hasta en el 4% de los registros de LGV (Tabla 3.3.4).

Tabla 3.3.4 Causas de coinfección en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Coinfección	N	%
Gonococia	190	30,1%
Sífilis	81	12,8%
Sífilis y gonococia	25	4,0%
Condiloma	16	2,5%
Herpes genital	9	1,4%

Igualmente se identificaron casos con registros positivos de infección por VIH, VHC y VHB. De VIH se contabilizaron un total de 238, que representan casi el 40% de las notificaciones de LGV. Mucho menos frecuentes fueron los casos de VHC, con 9, y los de VHB, con 3 (Tabla 3.3.5).

Tabla 3.3.5 Porcentaje de casos de LGV con infección VIH, VHB, VHC. Comunidad de Madrid. Año 2023.

	Total %
VIH	37,7
VHC	1,4
VHB	0,5

En el 96,5% de los registros consta el tipo de servicio clínico inicial que atendió al caso. La mayoría fue vista inicialmente en un centro de ITS (Centro Monográfico de ITS de la Comunidad de Madrid, Centro de Diagnóstico Montesa de Madrid Salud), el 20,4% en consulta hospitalaria y el 14% en urgencias (Tabla 3.3.6) .

Tabla 3.3.6 Tipo de servicio clínico inicial en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Tipo de servicio	%
Centro de ITS	57,1
Consulta hospitalaria	20,4
Urgencias	13,9
Consulta de Atención Primaria	4,4
Otros	4,1

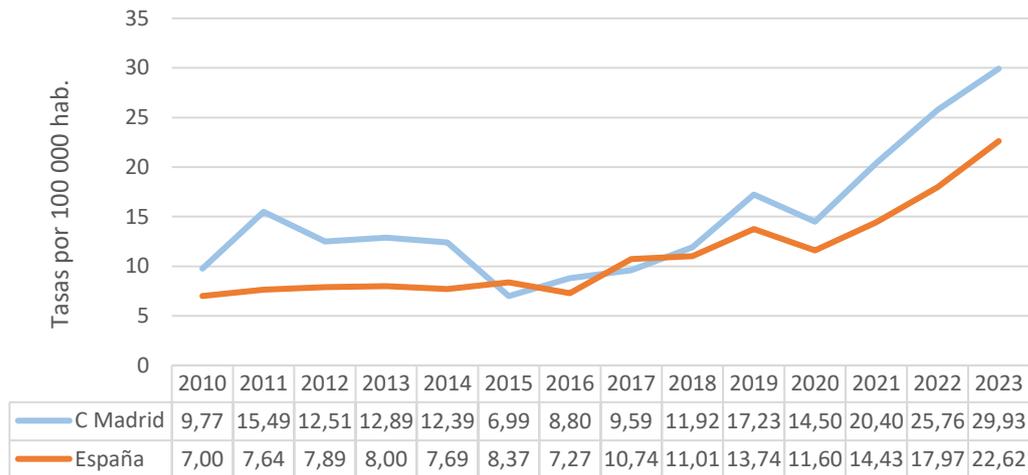
En cuanto a la notificación de los casos LGV desde los centros sanitarios, procede en un porcentaje importante del centro monográfico de ITS. No obstante, la incorporación progresiva de muchos centros sanitarios al diagnóstico específico de la enfermedad ha permitido que la notificación hospitalaria de LGV alcance en 2023 casi el 40% de los casos. El resto de notificadores se detallan en el Gráfico 3.3.8.

Gráfico 3.3.8 Porcentaje de casos de LGV por tipo de notificador. CM. Año 2016 a 2023.

3.4. Sífilis

En el año 2023 se registraron en la Comunidad de Madrid 2053 casos de sífilis (de tipo primaria, secundaria y latente precoz), 314 casos más que en 2022, con una tasa de incidencia acumulada de 29,93 casos por 100.000 habitantes. Se mantiene, por tanto, la tendencia ascendente de los últimos años, siendo la tasa superior a la de España a lo largo de la serie, salvo en 2015 y 2017 (Gráfico 3.4.1).

Gráfico 3.4.1 Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2010-2023.



Este aumento sustancial de casos se ha producido especialmente a expensas de la incidencia en hombres, que alcanza su máximo en 2023 con casi 60 casos por 10⁵ habitantes. Representan el 94,2% de los registros aunque, desde 2021, el porcentaje de mujeres se ha duplicado llegando al 5,8% (Gráfico 3.4.2, Gráfico 3.4.3).

Gráfico 3.4.2 Tasas de incidencia de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

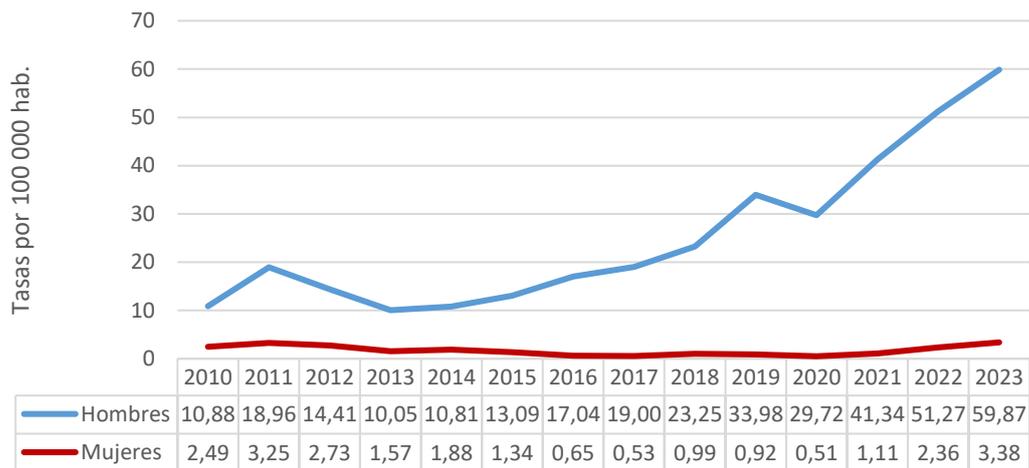
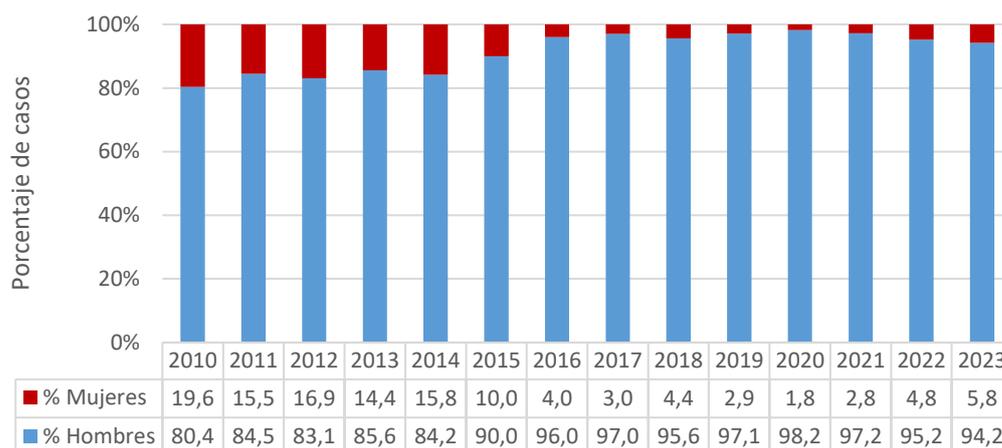
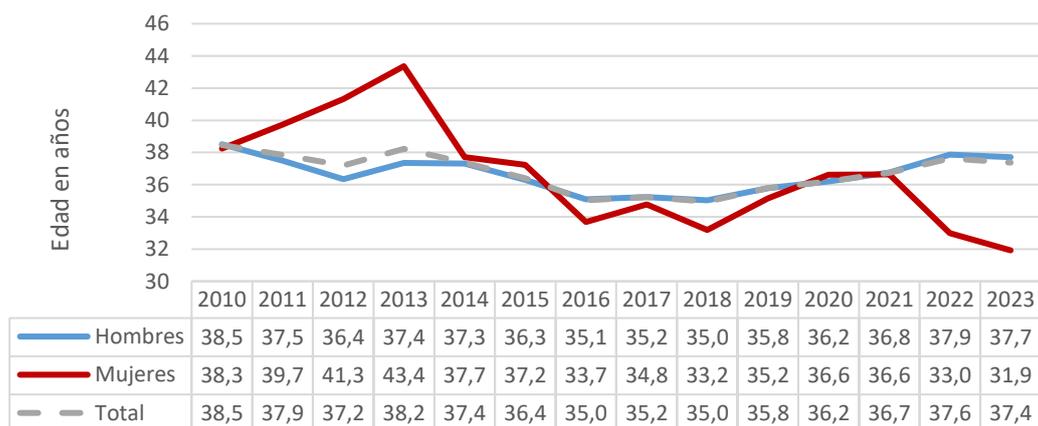


Gráfico 3.4.3 Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

La media de edad en 2023 fue de 37,7 años en los hombres y 31,9 en las mujeres. Se aprecia un descenso progresivo en la edad de las mujeres a lo largo de toda la serie, que alcanza el mínimo en 2023. En hombres cambia la tendencia descendente en 2019, elevándose a casi 38 años de media en 2023 (Gráfico 3.4.4).

Gráfico 3.4.4 Edad media de los casos de sífilis por sexo. CM. Años 2010 a 2023.

Por grupos de edad, el mayoritario en hombres en 2023, y a lo largo de toda la serie, fue el grupo de 30 a 39 años, que concentra el 38,5% del total de casos. El segundo grupo etario más frecuente ha sido tradicionalmente el de 20-29 años, sin embargo, desde 2022 ha sido desplazado por el de 40-49 años, circunstancia que acompaña los incrementos recientes en la media de edad. En mujeres, son las de 20 a 29 años las más numerosas con el 38,7%, seguidas por las de la década posterior con el 23,5%. En 2023 no hay casos en menores de 15 años y desde el año 2010 solo se han registrado cuatro casos en ese rango de edad. Se notificaron, sin embargo, un total de 41 casos con edades entre los 15 y 19 años. En cifras absolutas fueron predominantemente hombres (n=25), pero el porcentaje de mujeres respecto al total de estas fue del 13,5%, una de las cifras más altas de toda la serie (Gráfico 3.4.5, Gráfico 3.4.6 y Gráfico 3.4.7).

Gráfico 3.4.5 Número de casos de sífilis por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.

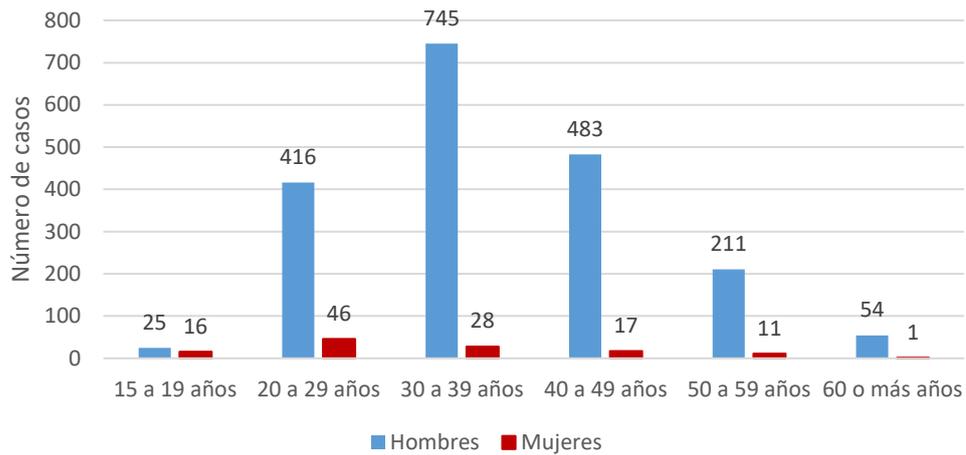


Gráfico 3.4.6 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

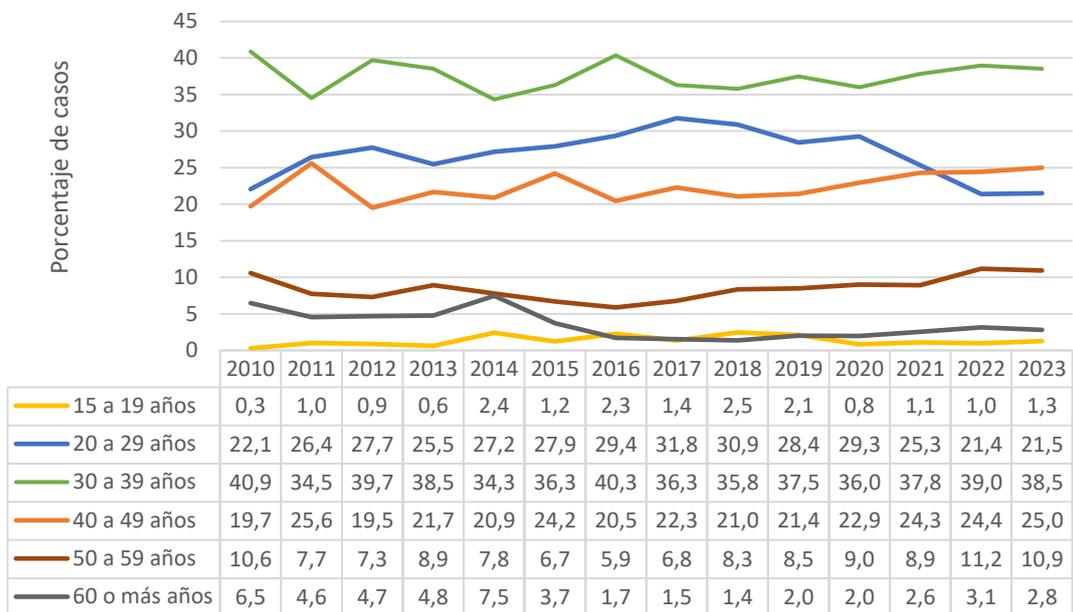
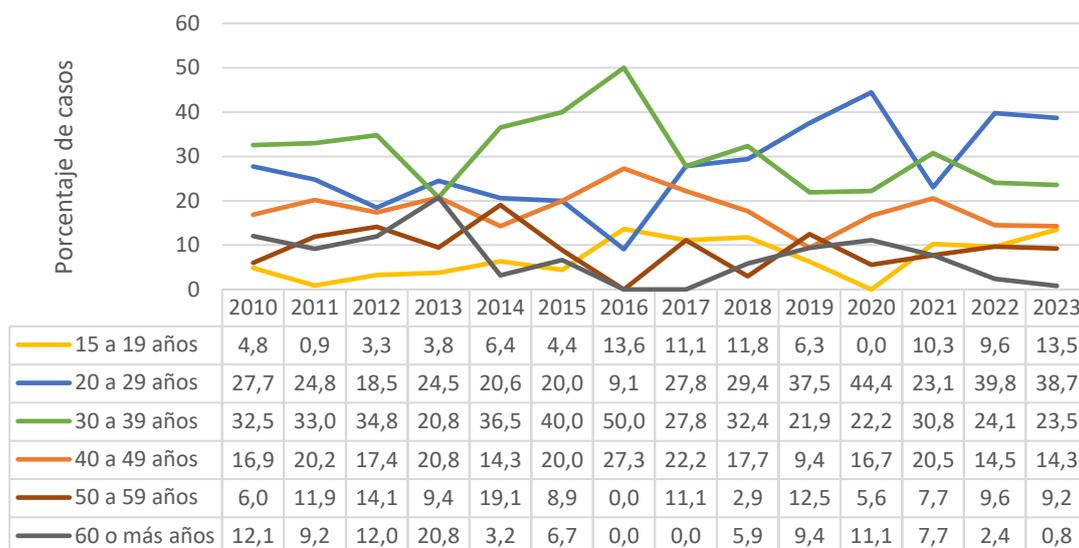


Gráfico 3.4.7 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en mujeres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

Entre los casos en hombres, el 63,3% tienen recogida la orientación sexual, de los cuales, el 97,5% corresponde a HSH. Entre las mujeres está completada esta información en el 61,3% de los casos, correspondiendo todas ellas a relaciones heterosexuales (Tabla 3.4.1).

Tabla 3.4.1 Orientación sexual por sexo de casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
HMX/bisexual	92%	0%
HTX	2%	6%

Ha mejorado la calidad del registro en 2023 en cuanto al lugar de origen del caso, disponiendo de esa información en el 98,5% de los registros. El 52,7% fue de origen español, el porcentaje más bajo desde 2013. El incremento progresivo de personas procedentes de otros países alcanzó en 2023 el 45,8%, cuyo origen se repartió entre 65 países, fundamentalmente de Latinoamérica. Concretamente, estos suponen el 37% del total de casos, siendo los países más representados Venezuela (208 casos), Colombia (148 casos) y Perú (60 casos) (Gráfico 3.4.8). Al desagregar por sexo se comprueba que la tendencia creciente en la proporción de extranjeros se da solamente en hombres, aumentando un 50% en los últimos 10 años (Gráfico 3.4.9). En mujeres, sin embargo, el porcentaje procedente de otros países ha ido decreciendo en la última década, a pesar de que siguen siendo la mayoría. En 2023, representan el 54,6% de los casos femeninos, frente al 40,3% de origen español (Gráfico 3.4.10).

Gráfico 3.4.8 Distribución de casos de sífilis según lugar de origen. CM. Año 2023.

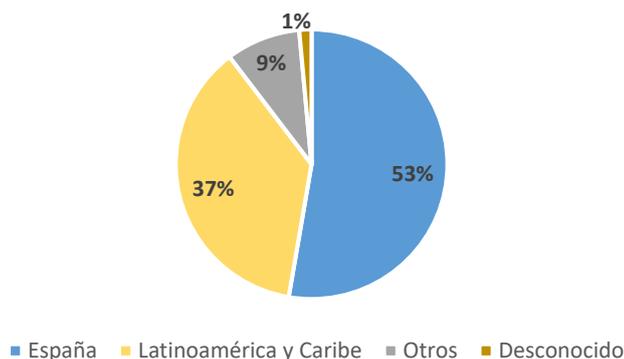
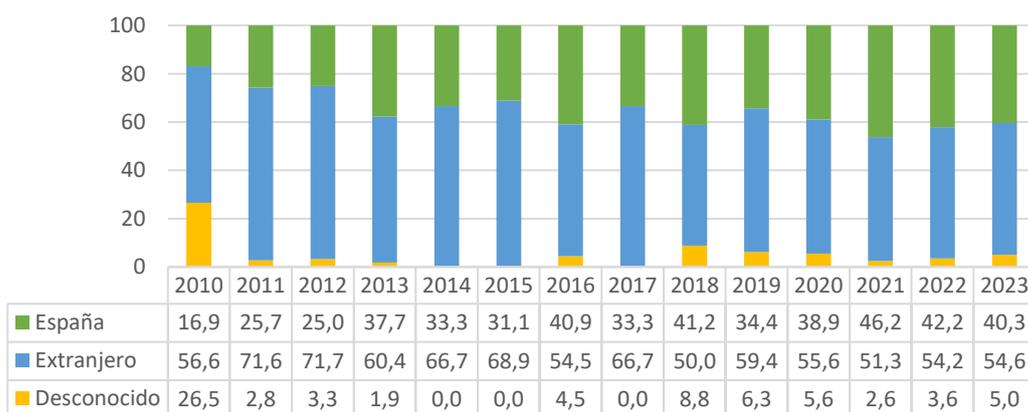


Gráfico 3.4.9 Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.

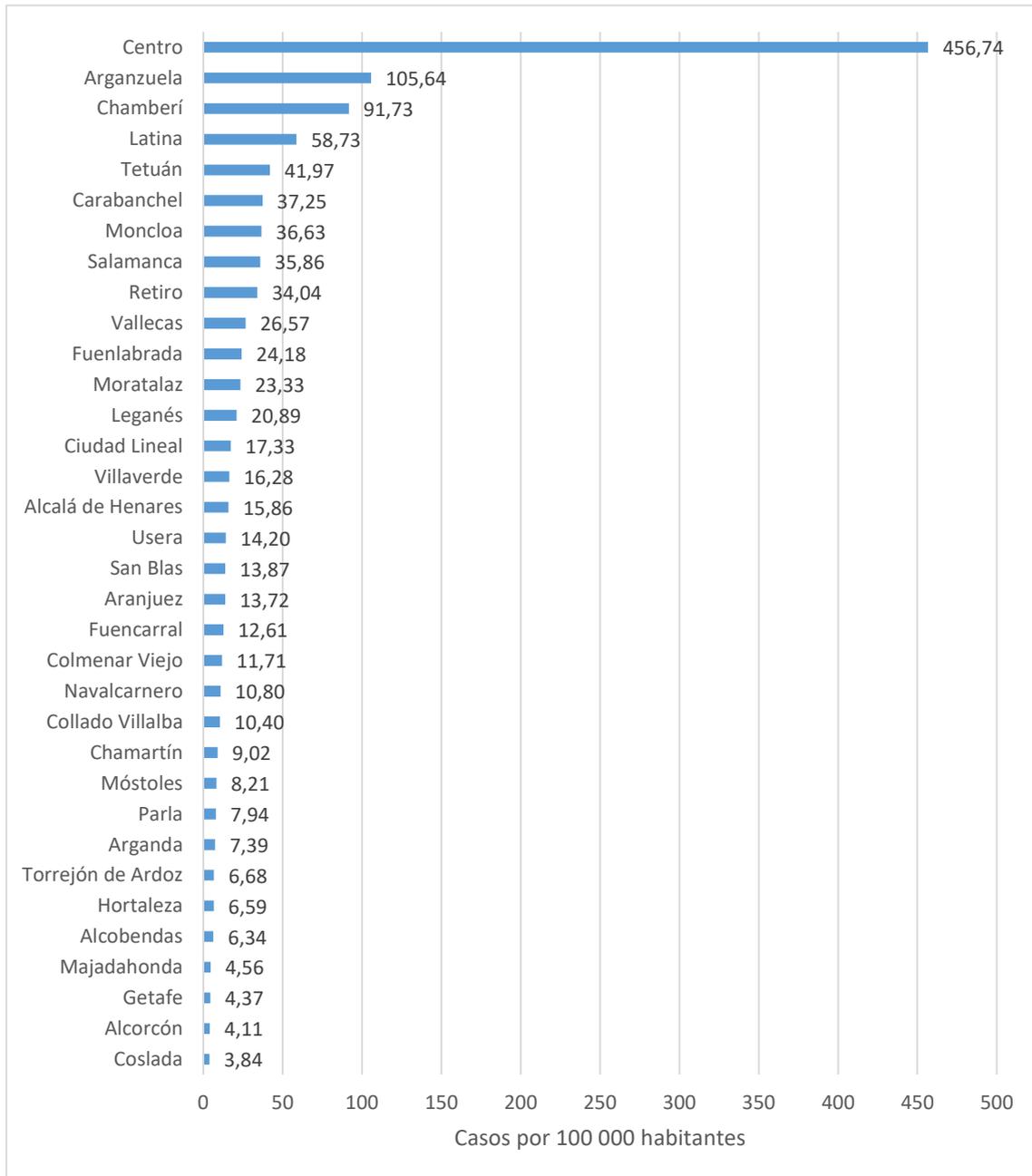


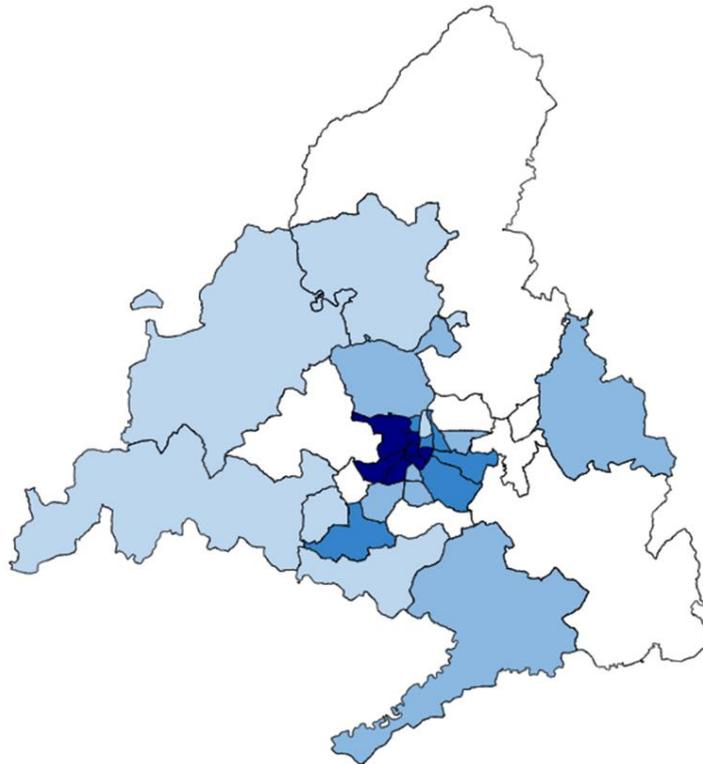
Gráfico 3.4.10 Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



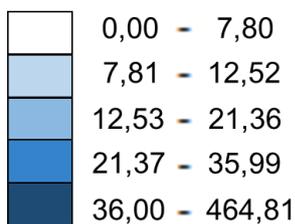
Al igual que ocurre con la gonococia o la *Chlamydia*, los domicilios de los casos se concentran en los distritos más céntricos de la comunidad. La tasa de incidencia más alta se dio en el distrito Centro con 456,74 casos por 100.000 habitantes, que supera en 150 puntos la suma de las incidencias de los 4 distritos siguientes: Arganzuela, Chamberí, Latina y Tetuán. (Gráfico 3.4.11; Mapa 3.4.1).

Gráfico 3.4.11 Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Mapa 3.4.1 Tasas de incidencia sifilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

El estadio en el que se diagnostica la enfermedad comienza a recogerse a partir de 2015, consolidando datos a partir de 2016. En 2023, la mayoría corresponde a la fase más avanzada de las que se recogen en vigilancia, sífilis latente precoz, con un 42,9% (Gráfico 3.4.12). Desde 2016 su presencia ha sido cada vez mayor, incrementándose 16 puntos porcentuales en los últimos 7 años. Este aumento se ha producido fundamentalmente a expensas de una menor proporción de diagnósticos de sífilis primaria y, en menor medida, de los de sífilis secundaria (Gráfico 3.4.13).

Gráfico 3.4.12 Distribución de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Año 2023.

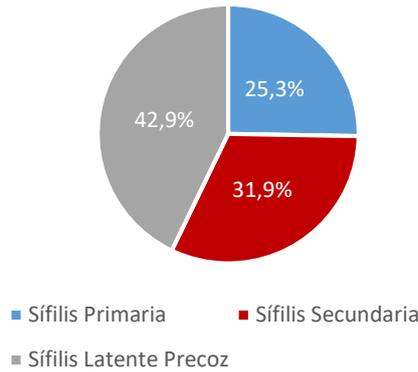
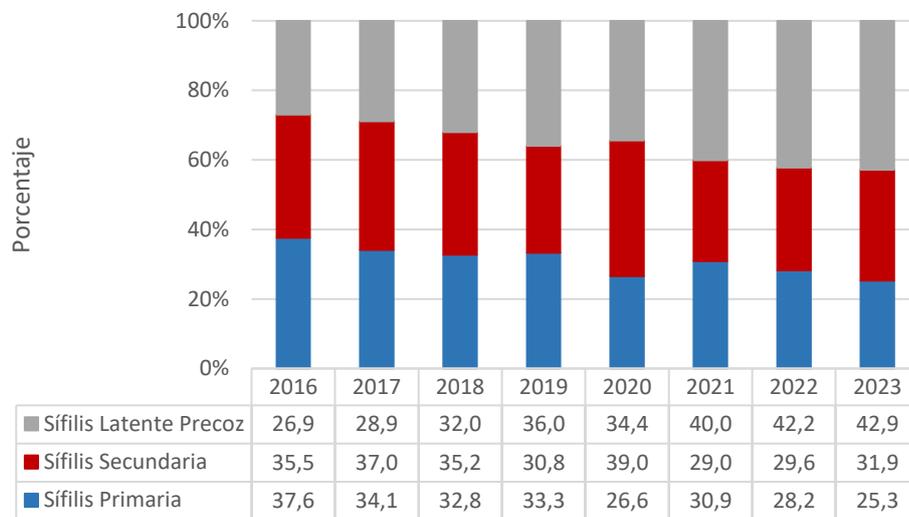
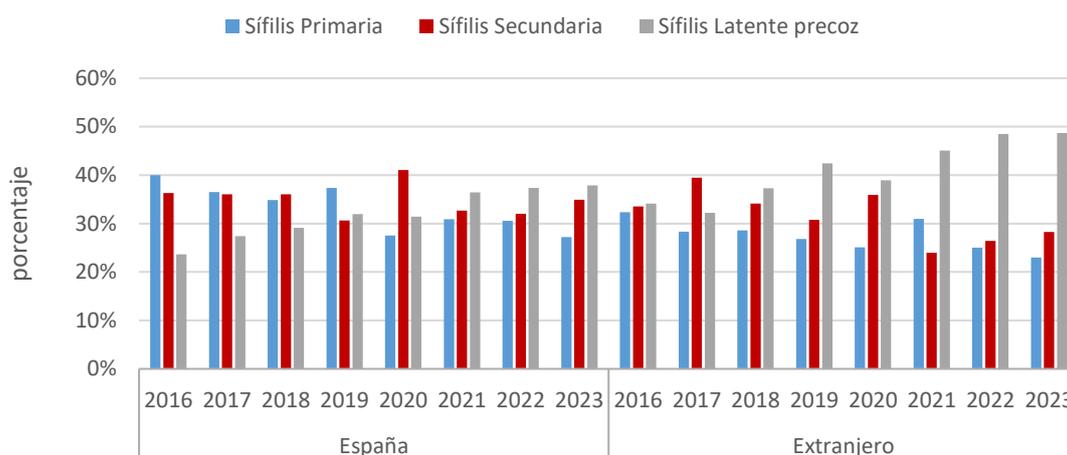


Gráfico 3.4.13 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



Al desglosar la categoría diagnóstica en función del lugar de origen de los casos, se objetiva como aquellos procedentes de otros países presentan una mayor proporción de registros de sífilis latente precoz, lo que sugiere que en estos casos el diagnóstico se produce en estadios más avanzados (Gráfico 3.4.14).

Gráfico 3.4.14 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, entre las 519 sífilis primarias notificadas, el 61,5% presentaban un chancro genital, el 13,5% anorrectal y 4,1% faríngeo. En 22 casos (1,1%) se recogió un episodio de hospitalización relacionado con la sífilis, no registrándose ningún fallecimiento por la enfermedad.

En el 18% de los casos de sífilis se han identificado otros diagnósticos de ITS concurrentes. En el 14,4% coincidió solo con otra infección, en el 3,6% con dos infecciones (Tabla 3.4.2). La mayoría corresponde a coinfecciones por gonococo y/o *Chlamydia trachomatis*, y en mucha menor medida herpes genital, *Molluscum contagiosum* o condiloma acuminado (Tabla 3.4.3).

Tabla 3.4.2 Nº de coinfecciones en casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2023.

nº coinfecciones	n	%
1	295	14,4
2	74	3,6
3	3	0,15

Tabla 3.4.3 Casos de sífilis con diagnóstico de coinfección por ITS. Comunidad de Madrid. Año 2023.

ITS	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Gonococia	200	10,3%	3	2,5%	203	9,9%
<i>Chlamydia</i>	186	9,6%	8	6,7%	194	9,4%
Herpes genital	31	1,6%	4	3,4%	35	1,7%
<i>Molluscum contagiosum</i>	23	1,2%	3	2,5%	26	1,3%
Condiloma acuminado	16	0,8%	1	0,8%	17	0,8%

Igualmente se ha confirmado la coexistencia con el diagnóstico de sífilis de positividad para VIH, VHC y VHB. La infección por VIH se identificó en el 37,3% de los casos en hombres y en el 8,4% en mujeres. Mucho menos frecuentes fueron los casos de hepatitis B o C (Tabla 3.4.4).

Tabla 3.4.4 Casos de sífilis con diagnóstico de VIH, VHC y VHB. Comunidad de Madrid. Año 2023.

ITS	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
VIH	721	37,3%	10	8,4%	731	35,6%
VHC	43	2,2%	2	1,7%	45	2,2%
VHB	15	0,8%	0	0,0%	15	0,7%

El 99,9% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico y solo 2 casos se consideraron probables por clínica compatible y vínculo epidemiológico. Las serologías con anticuerpos treponémicos y no treponémicos diagnósticos fueron positivas en el 94,5% y la PCR en el 15,1% de los casos. Otras técnicas diagnósticas como la visualización directa o la detección de anticuerpo IgM se realizaron en el 4,3% de los casos.

En cuanto al servicio clínico inicial que proporcionó asistencia, consta información en el 96,5% de los registros. En primer lugar, fueron las consultas extrahospitalarias, que recogen el 46,2% de los casos, en las que se incluyen el Centro Monográfico de ITS de la Comunidad de Madrid y en menor medida el Centro Diagnóstico de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. A continuación, los hospitales públicos de la CM, tanto urgencias como consultas, con un 39,5% de los casos. Un 12,2% acudió en primer lugar a su centro de salud.

Al igual que con el resto de las ITS, en la notificación de sífilis han ganado protagonismo en los dos últimos años los hospitales públicos. Estos remitieron el 50,2% de las primeras notificaciones en 2023. En segundo lugar consta el centro monográfico de ITS de la CM con un 39,3%, seguido de Centros Madrid Salud con un 3,9% (Gráfico 3.4.15).

Gráfico 3.4.15 Notificación de casos de sífilis por según origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



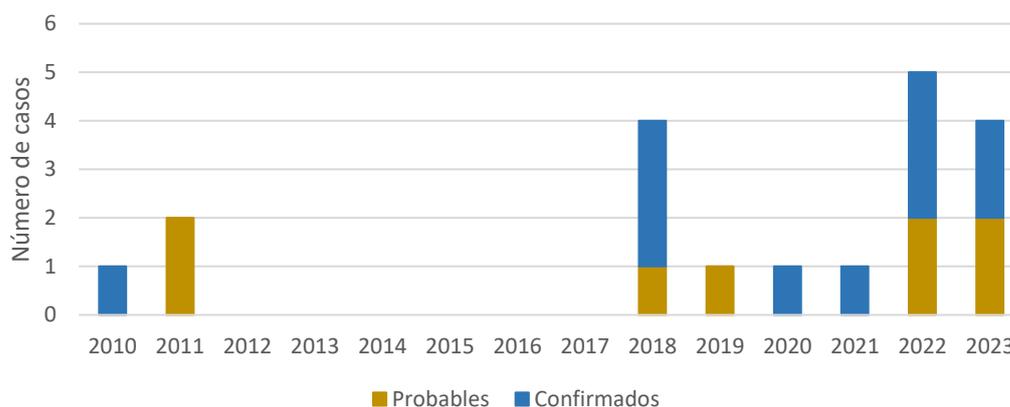
3.5. Sífilis congénita

La prevención de la sífilis congénita se basa en la detección precoz de la sífilis materna, mediante búsqueda activa sistemática en las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo. Si estas mantienen conductas de riesgo para las ITS, el *screening* deberá repetirse en el tercer trimestre. Ningún recién nacido, ni su madre, deben abandonar el hospital a menos que el estado serológico de la madre haya sido documentado. Ante la notificación de una sospecha de sífilis congénita en un recién nacido, se realiza un seguimiento del mismo hasta que el cuadro clínico y/o las pruebas diagnósticas permiten confirmar o descartar la enfermedad bajo los criterios epidemiológicos.

En el año 2023 se registraron cuatro casos de sífilis congénita en la CM, dos niñas y dos niños. De ellos dos cumplían criterios de casos confirmados y dos de probables. Estos casos suponen una tasa

de 0,06 casos por 100.000 habitantes. En la Gráfico 3.5.1 se observan los casos que cumplen criterios de caso probable y confirmado según el protocolo vigente de vigilancia de sífilis congénita.

Gráfico 3.5.1 Casos de sífilis congénita. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



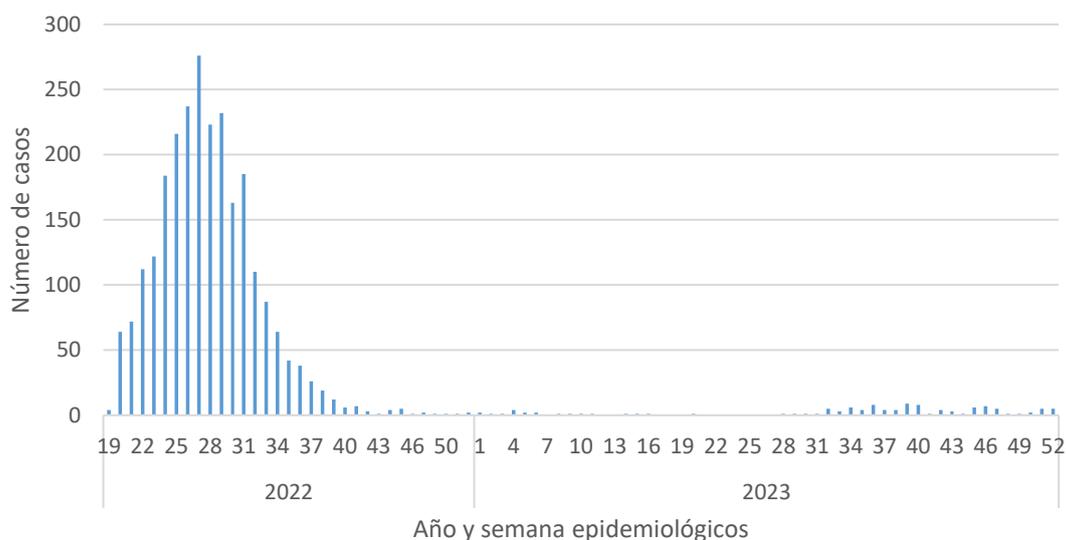
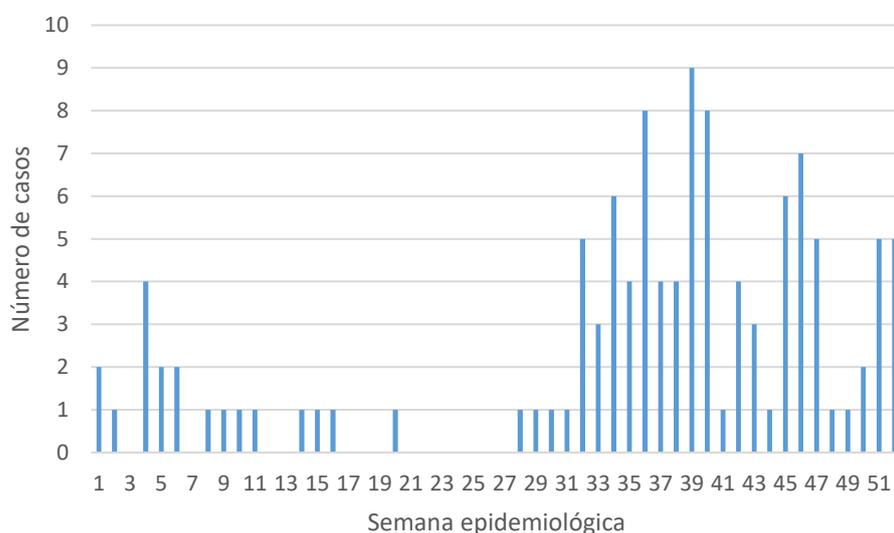
De los casos confirmados, uno de ellos fue asintomático, diagnosticándose por serología al nacimiento. En este, los controles en el primer trimestre de embarazo fueron negativos. El otro caso confirmado fue diagnosticado por clínica grave al nacimiento prematuro, falleciendo ocho días después. En este caso los controles en el primer trimestre dieron resultados negativos y no llegaron a realizarse en el tercer trimestre por prematuridad.

Los casos probables presentaron ictericia patológica y fueron diagnosticados con los criterios de laboratorio por serología positiva, uno de ellos sin seguimiento del embarazo hasta el tercer trimestre por problemática social y el otro siendo el *screening* del primer trimestre negativo.

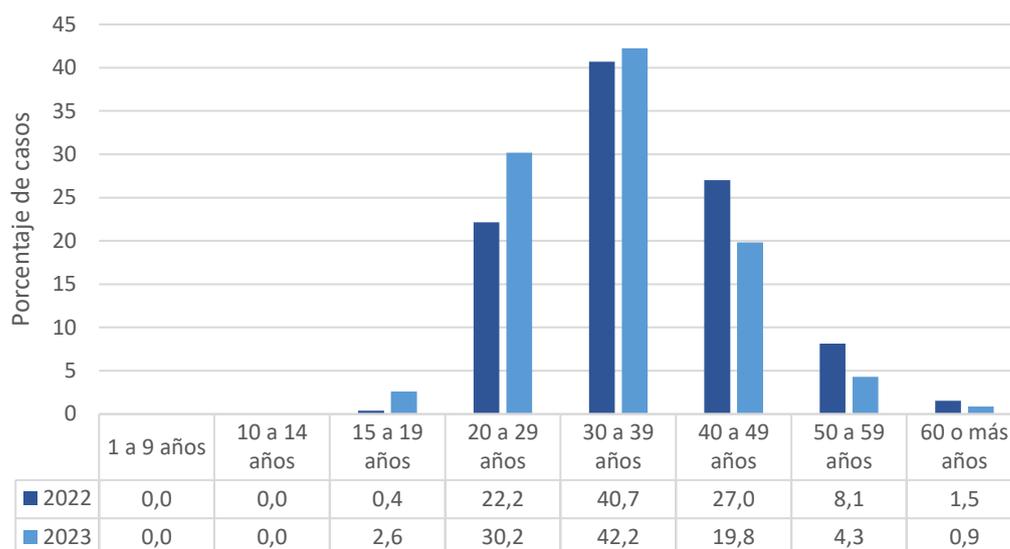
Las madres tenían entre 19 y 25 años, tres de ellas en circunstancias de migración reciente sin un control ni seguimiento del embarazo adecuado. La madre de origen español presentaba una situación social de riesgo. Ninguna tenía diagnóstico de VIH.

3.6. Mpox

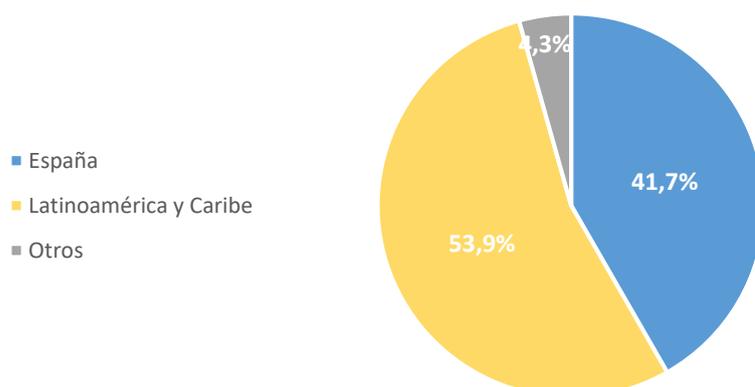
Desde que se activó la alerta con el inicio del brote de mpox el 17 de mayo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2023, se notificaron en la Comunidad de Madrid 2615 casos confirmados de mpox, 4 probables y 20 sospechosos. El brote alcanzó su punto más alto a principios de julio de 2022 disminuyendo desde entonces a pocos casos semanales durante el primer semestre de 2023 y mostrando cierto incremento en el segundo (Gráfico 3.6.1, Gráfico 3.6.2). Durante 2023 se solicitaron 645 muestras para mpox, y de ellas se confirmaron 115 casos y se clasificó otro caso como probable al no disponer de muestra, lo que supone una tasa en la población general de 1,69 casos por 100 000 habitantes.

Gráfico 3.6.1 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**Gráfico 3.6.2 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2023.**

Según el sexo, todos los casos de 2023 se dieron en hombres por lo que en el presente informe no se hace distinción en la presentación de los datos entre hombres y mujeres. No se han identificado personas trans afectadas, aunque la información sobre la identidad de género en la historia clínica, así como en la entrevista epidemiológica, es compleja de obtener. La mediana de edad fue de 34,5 años (rango intercuartílico: 11,7 años) casi dos años menor que los valores de 2022 (mediana de edad: 36,3 años, RIC: 12,6). El rango de edades abarcó entre los 15 y los 60 años. Por grupos de edad, el mayoritario sigue siendo el de 30 a 39 años, con 49 casos (42,6%) pero con respecto a 2022 aumentan los porcentajes de los grupos de edad más jóvenes (Gráfico 3.6.3). Se diagnosticaron 3 casos en menores de 20 años, todos ellos jóvenes sexualmente activos y mayores de 15 años.

Gráfico 3.6.3 Distribución de casos de mpox por grupo etario. Comunidad de Madrid. Año 2022 y 2023.

Respecto al país de origen, se dispone de información en 115 casos (99,1%), siendo 48 casos (41,7%) personas de origen español y 62 (53,9%) de origen latinoamericano, procediendo principalmente de Venezuela (25 casos) y Colombia (14 casos) (Gráfico 3.6.4).

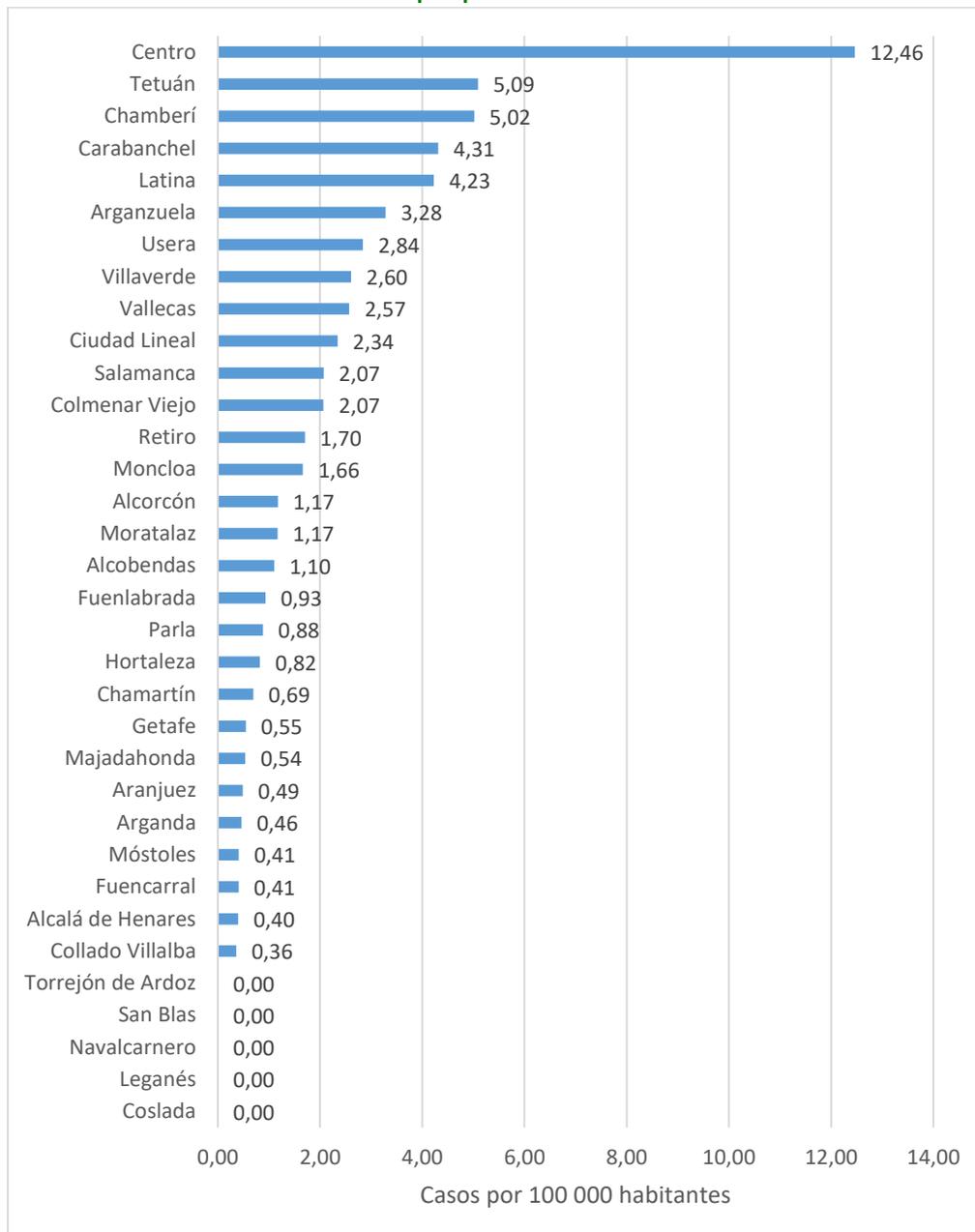
Gráfico 3.6.4 Distribución de casos de mpox por país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2023.

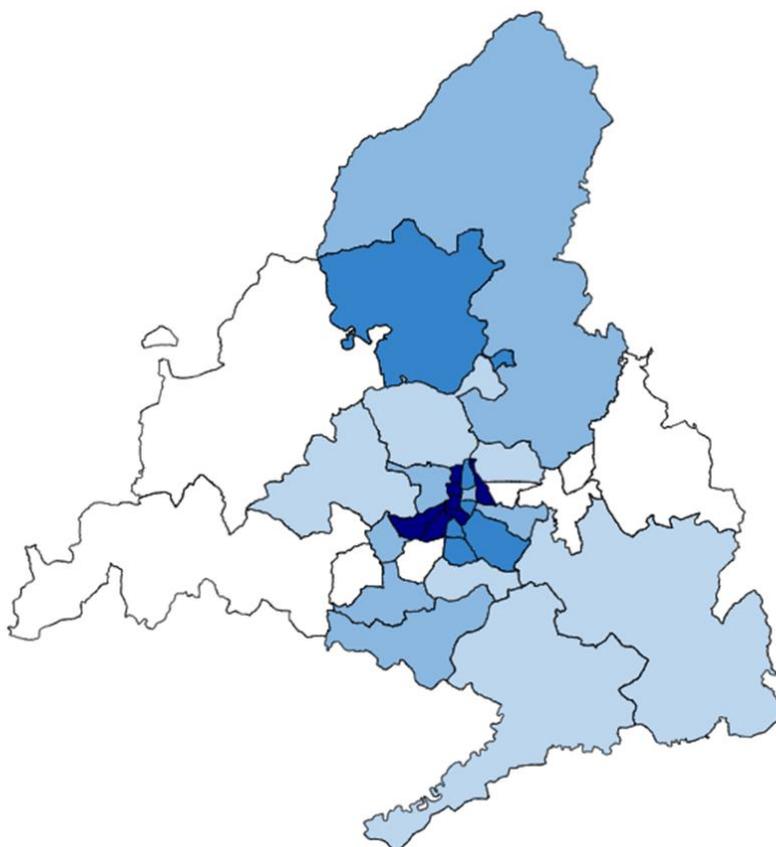
Se conoce el lugar de residencia del 98,3% de los casos y los distritos que acumularon los mayores porcentajes de casos este año fueron: Centro con 17 casos (14,6%), Carabanchel con 11 (9,5%) y Latina con 10 (8,6%). En la Tabla 3.6.1 se presentan aquellos distritos con cinco casos o más en 2023. Teniendo en cuenta la población de cada distrito, las mayores tasas de incidencia se concentraron en el distrito Centro con 12,46 casos, Tetuán con 5,09 y Chamberí con 5,02 casos por 100. 000 habitantes (Gráfico 3.6.5 y Mapa 3.6.1).

Tabla 3.6.1 Casos de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.

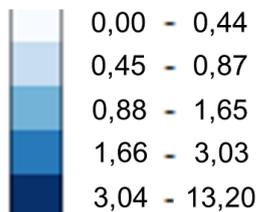
Distrito	Casos mpox (N=116)	
	n	%
Centro	17	14,7
Carabanchel	11	9,5
Latina	10	8,6
Vallecas	9	7,8
Tetuán	8	6,9
Chamberí	7	6,0
Arganzuela	5	4,3
Ciudad Lineal	5	4,3

Gráfico 3.6.5 Tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



Mapa 3.6.1 Tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

En relación a los antecedentes personales de interés, 49 casos (42,2%) tenían diagnóstico previo o concomitante de VIH y 18 (15,5%) referían estar tomando VIH-PrEP o tener prescrita la profilaxis en los tres meses anteriores al diagnóstico de mpox. Respecto a la vacunación de la viruela, se registraron 17 (14,7%) casos que habían recibido al menos una dosis de vacuna en la campaña iniciada en 2022. De estos 17 casos, en 15 había pasado más de un mes desde que se vacunó por primera vez hasta el inicio de síntomas y 4 casos tenían la pauta completa de dos dosis.

En 2023, este brote ha seguido afectando de forma mayoritaria a hombres que tienen sexo con hombres, siendo 104 casos (97,2% de los casos con información sobre su historia sexual reciente) y solo 3 mencionaron relaciones con mujeres.

En relación a las exposiciones de riesgo, en 9 casos (7,8%) se identificó contacto estrecho con un caso confirmado de mpox en los 21 días previos al inicio de síntomas. La transmisión en el contexto de una relación sexual se identificó en 108 casos (93,1%) y la mayoría de ellas, 103 casos (88,8%), pudieron clasificarse como relaciones de riesgo. Respecto a viajes realizados durante el periodo de incubación que tuvieran la posibilidad de haber sido el lugar de transmisión de la infección, 18 casos

(15,5%) reseñaron viajes fuera de la CM, considerándose como importado un solo caso. Los detalles sobre las exposiciones de riesgo se pueden ver en la Tabla 3.6.2.

Tabla 3.6.2 Exposiciones de riesgo en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Exposición de riesgo	Casos mpox (n=116)	
	n	%
Contacto con un caso confirmado mpox	9	7,8
- Contacto sexual	8	6,9
- Contacto social	1	0,0
<i>Mecanismo probable de transmisión</i>		
Transmisión sexual	108	93,1
Relaciones sexuales de riesgo	103	88,8
- Sin protección	98	84,5
- Con personas desconocidas	91	52,6
- Bajo consumo de drogas y/o chemsex	15	12,9
- Asistencia a saunas, locales de sexo o zonas de cruising	25	21,6
Persona a persona	3	2,6
Desconocido o no consta	5	4,3
<i>Viajes en el periodo de incubación con exposiciones de riesgo</i>		
Viaje fuera de la Comunidad de Madrid	18	15,5
Viaje internacional	4	3,45

En cuanto al cuadro clínico de presentación, describieron algún síntoma previo al exantema 87 casos (75,0%), siendo la fiebre el más frecuente (74,7%). La linfadenopatía se refirió en 72 pacientes (62,1%), apareciendo con mayor frecuencia de forma generalizada. El exantema se presentó en zona anogenital en el 79,3% y en zona oral en 11,2%. En la Tabla 3.6.3 se describen con detalle las características clínicas.

Tabla 3.6.3 Presentación clínica de los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Clínica	Casos mpox (N=116)	
	n	%
Presencia de síntomas generales	87	75,0
- Fiebre	65	56,0
- Odinofagia	23	19,8
- Cefalea	22	19,0
- Astenia	21	18,1
- Mialgias y/o artralgias	19	16,4
Proctitis y/o proctalgia	30	25,9
<i>Linfadenopatías</i>		
Presencia de linfadenopatías	72	62,1
- Localizadas	12	10,3
- Generalizadas	60	51,7
<i>Exantema</i>		
- Exantema anogenital	92	79,3
- Exantema oral	13	11,2
- Exantema en otras localizaciones	69	59,5

La evolución clínica cursó sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, siete de ellos (6,0%) presentaron sobreinfecciones bacterianas, úlceras bucales, infección de córnea y/o celulitis

en el momento de la encuesta epidemiológica. Además, en 5 casos (4,3%) fue preciso ingreso hospitalario siendo la mediana de días de ingreso de 6 (RIC: 1 día). No se registraron ingresos en UCI ni fallecidos por mpox.

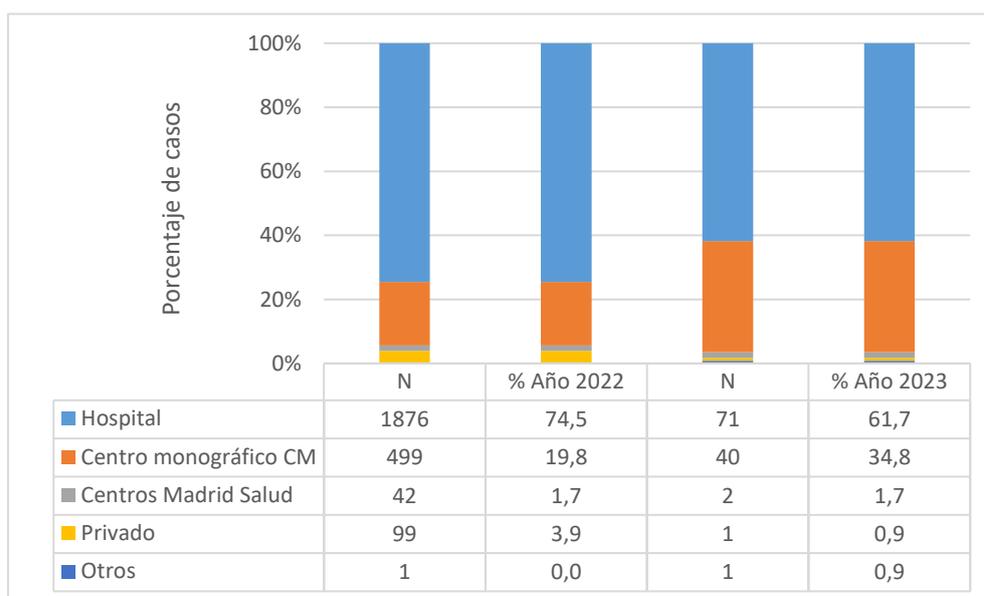
El tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la toma de la muestra para el diagnóstico alcanzó 7 días de mediana (RIC: 6), ascendiendo a 31 días el mayor retraso diagnóstico.

Los casos fueron confirmados por PCR, pudiendo tener cada paciente una o más muestras positivas. El número total de muestras tomadas a los casos confirmados fue 131, siendo 125 de ellas positivas. Entre estas, las más frecuentes fueron las procedentes de lesiones cutáneas o el líquido vesicular, 104 (83,2% del total de muestras positivas).

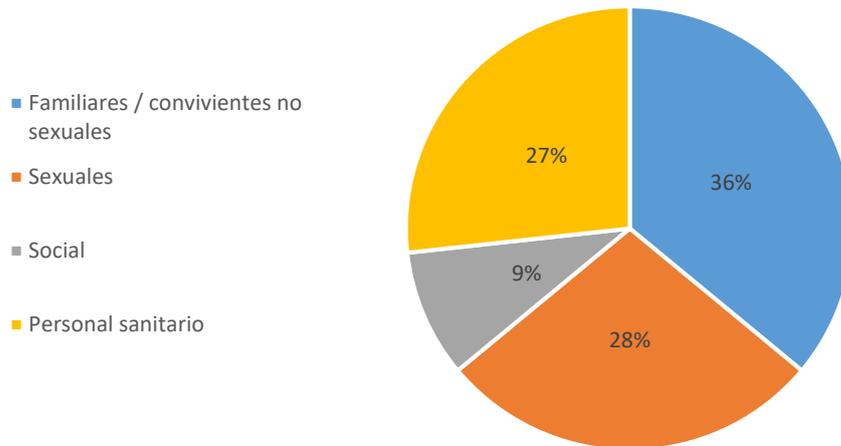
Desde el inicio del brote hasta 2023 se estudiaron seis casos como posibles reinfecciones, considerando finalmente como tal solo una de ellas, confirmando los resultados microbiológicos obtenidos por secuenciación genómica.

Según el circuito establecido en el contexto del brote desde 2022 para las pruebas diagnósticas de mpox, estas deben tomarse en las urgencias hospitalarias, en los centros específicos de ITS o en aquellos laboratorios privados que dispongan de los medios adecuados. En 2023, en 71 casos (61,7%), la toma de muestra diagnóstica se llevó a cabo en las urgencias hospitalarias de la red pública (Gráfico 3.6.6).

Gráfico 3.6.6 Porcentaje de casos mpox por centro peticionario. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.



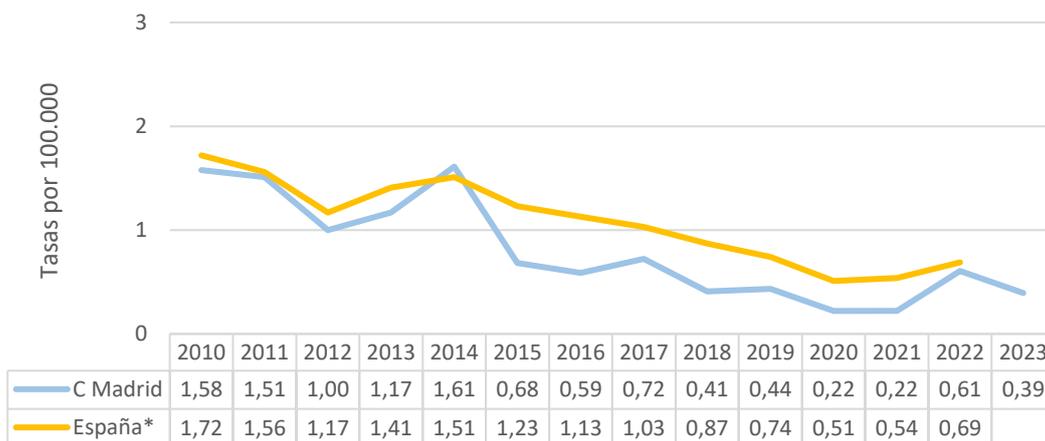
Existen importantes dificultades para llevar a cabo el estudio de contactos ante un caso de mpox, por lo que no es posible la identificación de parte de los mismos en muchas ocasiones. En 2023 se lograron identificar un total de 86 contactos estrechos, siendo el grupo mayoritario familiares o convivientes sin vínculo sexual con el 36,0% (Gráfico 3.6.7). Del total de contactos, 75 reunían criterios para su vacunación post-exposición. La oferta vacunal fue aceptada por el 78,7% (n=59). Finalmente se llevó a cabo la vacunación de 38 personas a través del circuito establecido, el 64,4% de las que habían aceptado. La cifra alcanza los 45 contactos estrechos vacunados, contabilizando aquellos que acudieron a vacunarse a través del sistema de autocita, destinado inicialmente a la vacunación pre-exposición.

Gráfico 3.6.7 Contactos estrechos identificados de casos mpox confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2023.

3.7. Hepatitis B

Para el análisis de la hepatitis B sólo se han tenido en cuenta los casos agudos, pudiendo ser clasificados como casos probables, aquellos que tienen criterios clínicos y una relación epidemiológica, y como casos confirmados, aquellos que tienen criterios clínicos y de laboratorio o con criterios de laboratorio si no hay constancia de antecedentes de enfermedad.

Durante el año 2023 se registraron en la Comunidad de Madrid 27 casos de hepatitis B aguda, 14 casos menos que en 2022, lo que se traduce en un descenso del 36,07% en la tasa de incidencia que pasa de 0,61 a 0,39 casos por 100.000 habitantes. Continúa, por tanto, la tendencia descendente que muestra la serie desde 2010 a pesar de los repuntes detectados en 2014, 2017 y 2022. (Gráfico 3.7.1).

Gráfico 3.7.1 Tasas de incidencia de hepatitis B. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023.

*No hay datos nacionales disponibles de 2023

El 89% de los casos se presentó en hombres, el porcentaje más alto de toda la serie, en la que siempre ha predominado el sexo masculino (Gráfico 3.7.2). La edad media fue de 48,2 años y presenta una tendencia creciente desde 2010. No obstante, al desagregar por sexo se evidencia una disminución de la media de edad en mujeres en los últimos 3 años que la sitúa en 37,7 en 2023 (Gráfico 3.7.3).

No se registraron casos en menores de edad, abarcando el rango etario de los 23 a los 90 años. Hasta un tercio de los casos en hombres se concentran en mayores de 59 años (Gráfico 3.7.4).

Gráfico 3.7.2 Porcentaje de casos de hepatitis B aguda, por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023.

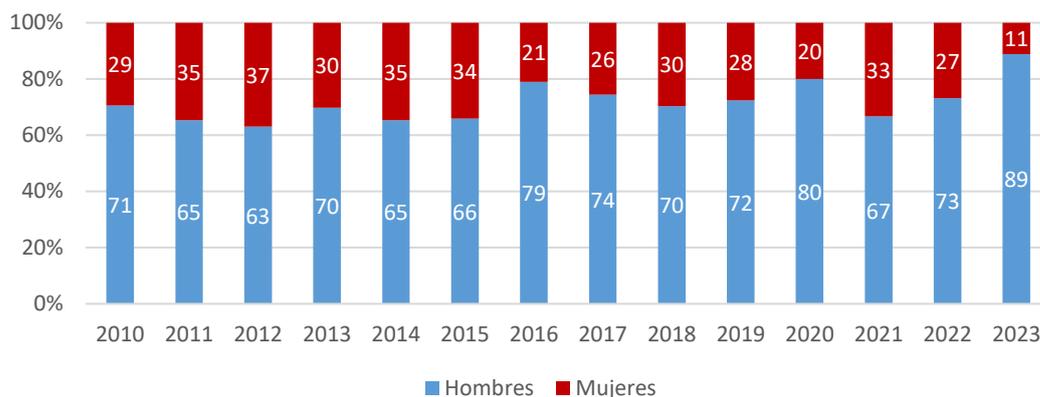


Gráfico 3.7.3 Edad de media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2010-2023.

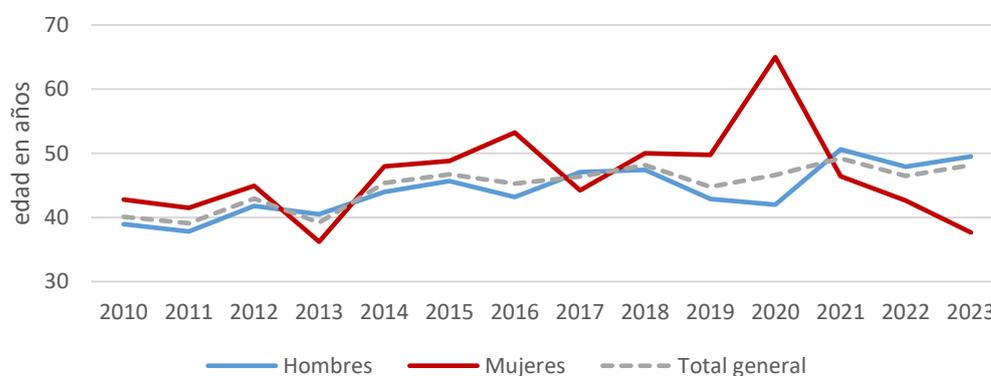
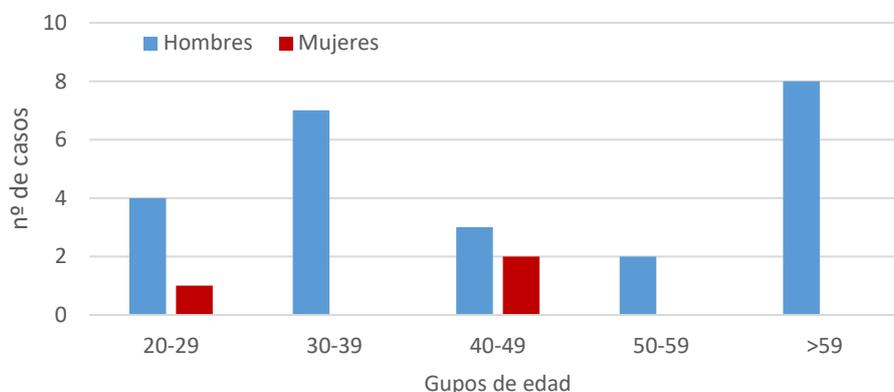
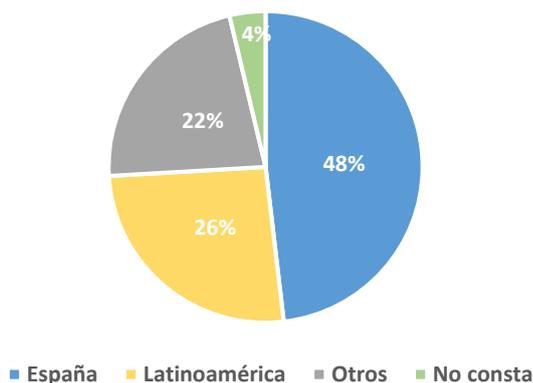


Gráfico 3.7.4 Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.



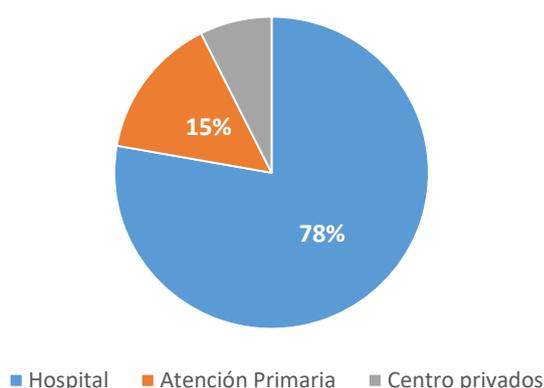
En relación con el país de origen, entre los casos en los que este dato consta, la mitad fueron nacidos en España. El 26% del total corresponde a personas procedentes de países latinoamericanos (Gráfico 3.7.5).

Gráfico 3.7.5 Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2023.

Todos los casos fueron confirmados, siendo el 74 % mediante detección de anticuerpos IgM. En cuanto a la coinfección por VIH, el 22,2 % de los casos fueron positivos (n=6), el 66,7 % fueron negativos (n= 18) y no consta la prueba en el 11,1% (n=3) de ellos. Se registró hospitalización en 14 de los casos (52%), y no se produjo ningún fallecimiento por hepatitis B. Durante el año 2023 no se ha notificado ningún brote de Hepatitis B.

En la Comunidad de Madrid, la inmunización de hepatitis B se incorporó en el calendario vacunal en 1996, tanto en recién nacidos como adolescentes. Entre los casos registrados, solo se encontró información sobre su inmunización en 9, de los cuales 1 contaba con antecedente de vacunación documentada y 8 no habían recibido inmunización. De estos últimos, 2 casos, según su edad y lugar de nacimiento, debieran de haber recibido vacunación por hepatitis B. En el resto, el 63% (n=17), se desconocía la situación vacunal.

En relación con el origen de las notificaciones, fueron mayoritariamente desde atención hospitalaria, alcanzando en 2023 el 78 % (Gráfico 3.7.6).

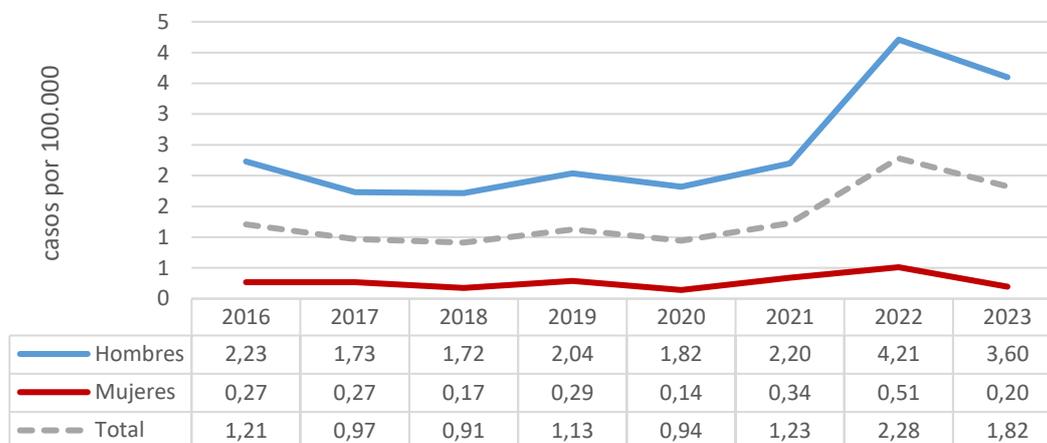
Gráfico 3.7.6 Distribución porcentual de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. Comunidad de Madrid. 2023.

3.8. Hepatitis C

Hepatitis C aguda

En el año 2023 se registraron 125 casos de hepatitis C aguda en la Comunidad de Madrid, siendo la tasa de 1,82 casos por 100.000 habitantes. Desde 2021 se aprecia un incremento en las cifras, posiblemente relacionado con una mejora en los sistemas de notificación (Gráfico 3.8.1).

Gráfico 3.8.1 Tasas de hepatitis C aguda total y por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



Como es habitual en la serie, la mayoría de los casos se registran en hombres, alcanzando en 2023 el máximo porcentaje, un 94,4% (Gráfico 3.8.2). La edad media fue de 40,84 años, con un rango que osciló entre 19 y 94 años. Por grupos de edad, el que acumula más casos es el de 30-39 años. El 63,2% de los casos tenían edades comprendidas entre 30 y 49 años. No se ha registrado ningún menor de 18 años. (Gráfico 3.8.3).

Gráfico 3.8.2 Distribución de casos de hepatitis C aguda por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2017-2023.

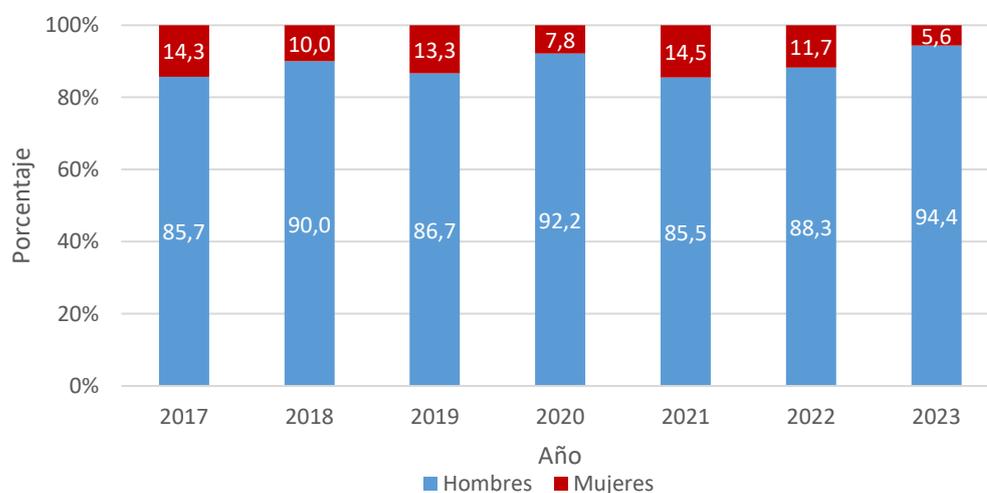
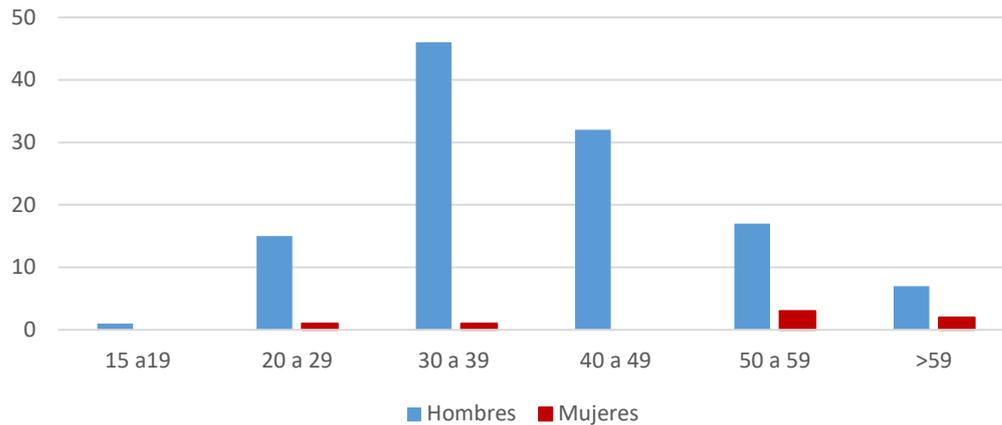
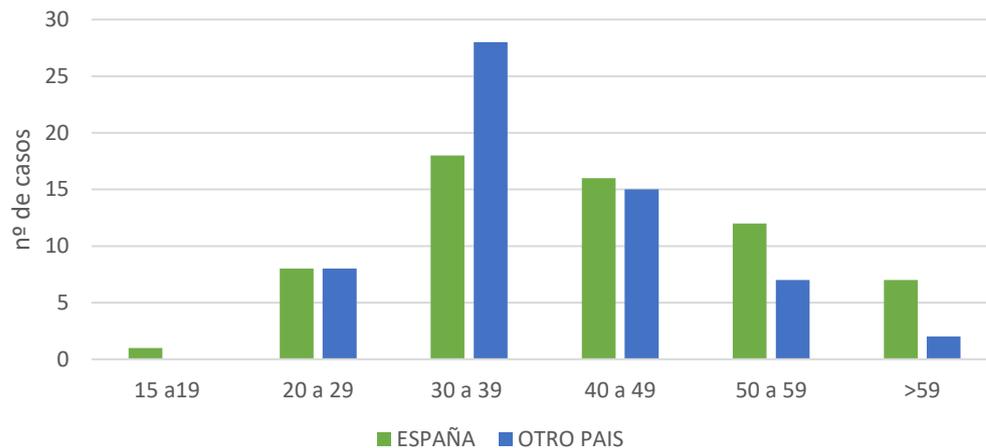
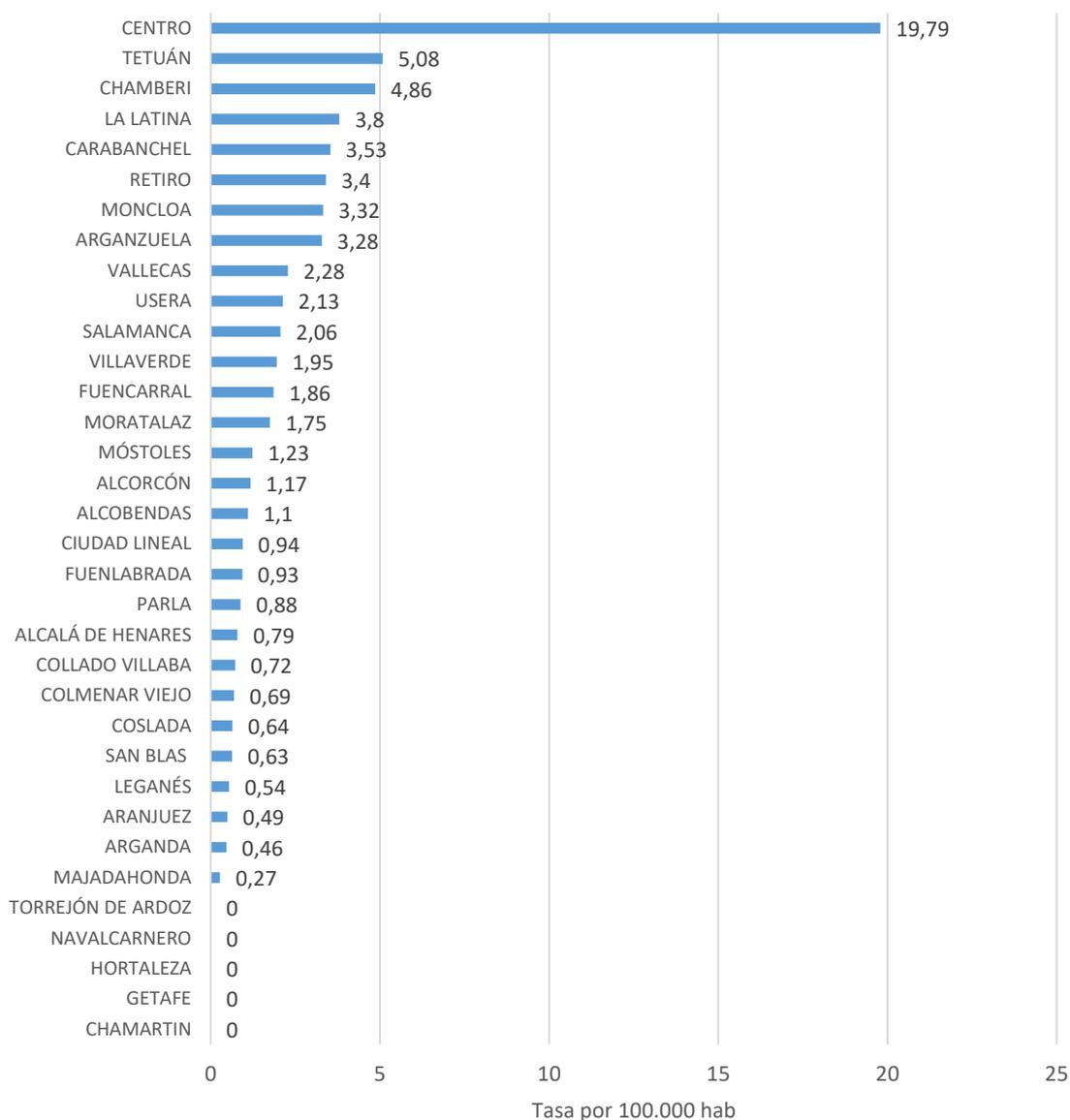


Gráfico 3.8.3 Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023.

En cuanto al país de origen, la mitad de los casos fueron personas nacidas en España. Entre los extranjeros predominan fundamentalmente países latinoamericanos, siendo los más frecuentes Colombia con el 12% de los casos y Venezuela con el 10,4%. En el grupo de edad de 30-39 años fue donde se acumuló la mayor parte de los casos provenientes de otros países (Gráfico 3.8.4).

Gráfico 3.8.4 Casos de hepatitis C aguda según lugar de origen y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.

El domicilio de la mayoría de los casos está ubicado en el distrito Centro de la capital, con 19,79 casos por 100.000 habitantes, seguido de Tetuán y Chamberí (Gráfico 3.8.5).

Gráfico 3.8.5 Tasas de hepatitis C aguda, por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.

En el 12% de los casos (n=15) consta hospitalización y en un caso se produjo fallecimiento. Se registró el genotipo del virus en el 42,4% de casos (n=53), entre los cuales predomina el genotipo 1a con el 58,49% de casos (n=31), seguido del genotipo 4 con el 22,64% y del genotipo 1b con el 9,43%. En el 59,8% de los casos figura coinfección por VIH.

Se ha registrado la orientación sexual en el 54,4% de los casos (n=68), siendo HSH en todos ellos.

Dentro de los datos de exposición, se ha identificado uso de drogas por vía parenteral en el 19,2% (n=24).

Respecto a las reinfecciones, se identificaron 19, de las cuales 2 corresponden a terceros episodios de infección. La mayoría, 18, fueron en varones y la edad media fue de 46,9 años. El genotipo predominante fue el 1a seguido del 4 y 1b. Entre los datos de riesgo conocidos, los hallazgos más frecuentes fueron: sexual (n=7), uso de drogas inyectadas (n=4) y ambos (n=4). El 63,2% contaba con diagnóstico de VIH.

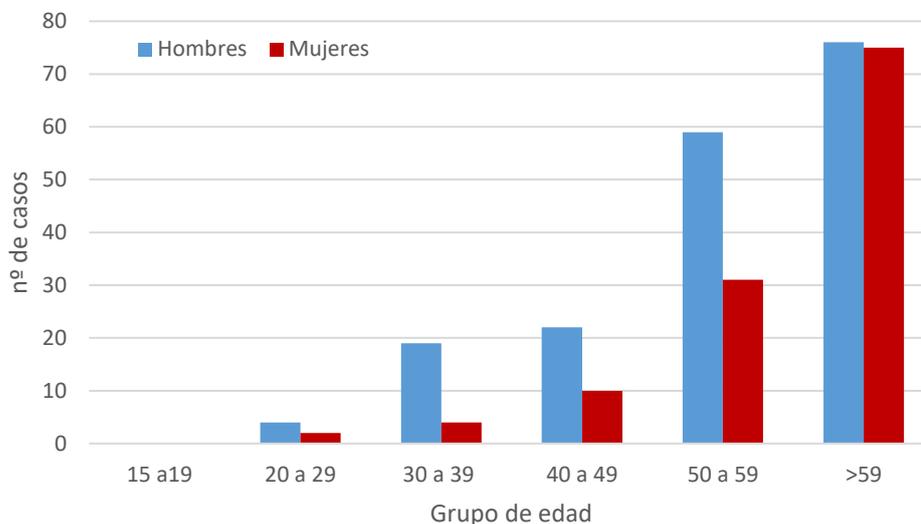
Durante el año 2023, no se notificó ningún brote de hepatitis C.

Hepatitis C crónica

En el año 2023 se registraron 302 casos de Hepatitis C crónica en la Comunidad de Madrid.

El 59,6% de los casos fueron hombres y la edad media fue de 59,6 años, con un rango que osciló entre 20 y 94 años. El 79,8% de los casos eran mayores de 49 años, representando el 50% del total los mayores de 59 años (Gráfico 3.8.6).

Gráfico 3.8.6 Casos de hepatitis C crónica por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023.



En cuanto al país de origen, el 74,2% eran personas nacidas en España (n=224). Entre el resto, las nacionalidades más frecuentes fueron Venezuela con 4,3% (n=13), Rumanía con el 4,3% (n=13), y Ucrania con el 3,6% (n=11).

El distrito de residencia que concentró más casos fue Centro, seguido de San Blas y Arganzuela.

En el 10,3% de casos constaba hospitalización (n=31) y en el 4,3% fallecimiento (n=13).

Se registró el genotipo de virus C en el 50% de casos (n=151). Entre estos fue predominante el genotipo 1b con el 43% de casos (n=65), seguido del genotipo 1a con el 23,8% y del genotipo 4 con el 11,9%.

En el 10,5% de los casos consta registro coinfección por VIH.

Dentro de los datos de exposición, se ha identificado uso de drogas por vía parenteral en el 13,6% (n=41).

4. DISCUSIÓN

En los últimos años se ha producido una mejora sustancial en la notificación y registro de las ITS en la Comunidad de Madrid, circunstancia que ha permitido visibilizar con mayor precisión el auge que este grupo de enfermedades viene experimentando desde hace dos décadas. Aunque esta mejora se ha observado en casi todos los ámbitos de declaración, ha sido el hospitalario en el que se ha objetivado más avance.

Los incrementos en la incidencia han sido considerables en algunas de estas enfermedades. En el caso de la infección gonocócica, el aumento respecto al año anterior es de casi el 60%, y del 40% en el caso de la *Chlamydia trachomatis*, subiendo hasta prácticamente el 80% en el LGV.

La gran mayoría de los diagnósticos ITS corresponde a hombres jóvenes que tienen sexo con otros hombres. Las mujeres presentan una edad media varios años menor, resultando especialmente llamativo el grupo de edad de 15-19 años que alcanza casi el 16% de los casos de enfermedad por *Chlamydia trachomatis* en mujeres y en torno al 14% en gonococia y sífilis.

Es patente la presencia cada vez mayor de personas procedentes de otros países, en especial de Latinoamérica. Aunque esto se hace especialmente evidente en el LGV, en el que representan prácticamente la mitad de los casos, o en la sífilis que alcanzan el 45%, no es muy diferente en el resto de ITS. Esta circunstancia puede ser un condicionante que afecte al abordaje de estas infecciones. Tal es el caso de la sífilis latente precoz, cuyo porcentaje va creciendo a expensas del mayor número de casos extranjeros que se notifican cada año y en los que, esta categoría mayoritaria, delata un retraso en el diagnóstico de la enfermedad. Esta demora, en parte, puede ser debida a una transmisión en origen de la enfermedad, cuya identificación no se lleva a cabo hasta su llegada a España. No obstante, hay que considerar que el hecho de proceder de otro país puede retardar el acceso al sistema sanitario con el consiguiente retraso diagnóstico, prolongando la posibilidad de contagio y el riesgo de complicaciones. Igualmente, la barrera idiomática, que está presente incluso cuando se comparte una lengua común al usar de códigos distintos, puede dificultar la interacción con el sistema sanitario, así como la recepción y asimilación de los posibles mensajes preventivos que se puedan recibir.

Aunque los casos graves de enfermedad entre las ITS no son frecuentes, podemos encontrar situaciones que precisan de hospitalización. La mayoría se dan en mujeres con cuadros de enfermedad inflamatoria pélvica, que, en algunos casos, pueden desembocar en trastornos crónicos con afectación de la fertilidad. En el caso de la infección gonocócica, alrededor del 12% de los casos en mujeres precisó de hospitalización durante el año 2023 y de estas, casi el 10% eran menores de 18 años. La precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y una insuficiente percepción de riesgo que desincentiva el uso de métodos de barrera son, seguramente, circunstancias contribuyentes⁴⁻⁵.

La presencia de coinfecciones por distintas ITS es un hallazgo que se confirma con frecuencia. Además de ser una complicación en sí misma, la presencia de otras ITS puede generar sinergias que incrementen las posibilidades de transmisión. Prácticamente 1 de cada 4 casos de gonococia presenta coinfección por otra ITS, en la mayoría de los casos por *Chlamydia Trachomatis*. En el caso del LGV, el porcentaje de coinfecciones supera el 40%, fundamentalmente por gonococo y sífilis. Se registran también porcentajes considerables de casos positivos para VIH, y en menor medida para VHC y VHB. Es, por tanto, de gran importancia, tanto en el proceso diagnóstico como en el estudio de contactos, descartar la presencia de otras infecciones que pueden coincidir en un mismo individuo. Ante una relación sexual de riesgo es preciso tener en cuenta los distintos periodos de incubación que presentan estas enfermedades y completar un adecuado despistaje y seguimiento en el tiempo⁶.

La sífilis congénita no es una patología frecuente pero su trascendencia en la salud y pronóstico del neonato es crucial. A pesar de que en nuestro entorno sanitario está plenamente protocolizado el cribado de sífilis durante el embarazo, eventualmente se diagnostican casos de sífilis congénita en recién nacidos. Los 4 casos registrados en 2023 fueron hijos de madres en una situación social de alta vulnerabilidad, y en tres de ellas, además, antecedente de migración reciente y cercana al parto.

En cuanto al mpox, una vez alcanzado el punto más alto del brote en julio de 2022, a lo largo de 2023 el diagnóstico de casos ha continuado, aunque de una manera más contenida. Durante el primer semestre del año la detección ha sido esporádica, contabilizando tan solo 19 casos. Ha sido en el 2º semestre donde se han concentrado la mayoría de los registros, hasta sumar los 116 casos. Aunque con cifras más moderadas, las características epidemiológicas de los casos apenas han variado respecto a 2022, manteniéndose un perfil similar al del brote y, por lo tanto, al de las ITS sujetas a

vigilancia: hombres jóvenes que tienen sexo con hombres y alta presencia de países de América Latina como lugar de origen.

La notificación de infecciones agudas por virus de hepatitis B continúan descendiendo progresivamente. La instauración de su profilaxis en calendario vacunal hace ya varias décadas ha sido, sin duda, uno de los mayores factores contribuyentes. La edad media de diagnóstico es cada vez mayor, resultando anecdótico encontrar casos en menores de 20 años en la última década.

El repunte observado en la evolución de la hepatitis C aguda en los dos últimos años obedece posiblemente a las mejoras implementadas en el sistema de notificación y registro, que han permitido dotar de mayor sensibilidad y precisión al sistema de declaración. A pesar de la dificultad para recabar información sobre factores de exposición, se ha podido constatar que, en el caso de las presentaciones agudas, el perfil actual en la hepatitis C es similar al de las ITS analizadas anteriormente: hombre joven que tiene sexo con otros hombres y procedencia de Latinoamérica en un porcentaje importante. No obstante, es preciso reflejar que en casi un 20% se han identificado antecedentes de uso de drogas inyectadas.

5. CONCLUSIONES

La mejora en los sistemas de notificación y registro en la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades ha permitido obtener una imagen más precisa de su realidad. Un año más se vuelven a evidenciar incrementos importantes en la incidencia de ITS en la Comunidad de Madrid, reafirmando su condición de problema de salud pública y precisando un abordaje riguroso de la situación. Se trata de una circunstancia que no solo se ciñe a nuestro ámbito territorial, sino también al nacional e internacional.

Es necesario resaltar la importancia de orientar los recursos preventivos hacia aquellos perfiles en los que se detecta una mayor incidencia de este grupo de enfermedades. En nuestra comunidad corresponde mayoritariamente a hombres jóvenes que tienen sexo con otros hombres, muchos de los cuales proceden de países latinoamericanos. Distintos comportamientos y circunstancias contribuyen a la expansión de las ITS en determinados colectivos: la práctica de relaciones sexuales de riesgo, con distintas parejas, desconocidos, sin uso de métodos barrera, uso de redes sociales y locales de ocio que facilita la interacción múltiple y accesible con otras personas, etc. Entre las mujeres predominan las relaciones heterosexuales y cada vez se presentan en edades más tempranas. La forma de socialización y desarrollo personal de la adolescencia, marcada actualmente por las redes sociales, junto con la falta de percepción de riesgo propia de las etapas jóvenes contribuyen a un inicio más precoz de relaciones sexuales no seguras⁷.

La alta frecuencia de coinfecciones reafirma la necesidad de implementar protocolos diagnósticos que incluyan cribados de otras ITS, independientemente del cuadro clínico que se presente, posibilitando un abordaje precoz de las patologías asociadas y un despistaje adecuado en los estudios de contacto.

Sigue siendo necesaria una estrategia multidisciplinar que contribuya a la mejora de este importante problema de salud pública: garantizar el acceso al sistema sanitario, facilitar el diagnóstico y el tratamiento precoz, valoración integral de la realidad asociada a cada individuo, insistir en la necesidad de aplicar medidas preventivas, intervención en grupos de población clave con personas especialmente vulnerables, promoción de salud sexual, educación sexual integral, etc. Además, resulta necesario mantener un adecuado sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria que permita, no solo la identificación del problema, sino también el seguimiento y la evaluación de resultados de las medidas que se implementen.

Informe elaborado por: Angel Miguel Benito, Laura Montero Morales, Antonio Nunziata, Carmen Sanz Ortiz. Programa de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Registro y seguimiento: Programa de vigilancia de ITS.

Agradecimientos: A todos los profesionales implicados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de ITS en la Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, año 2023. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2024.

6. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1.1 Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023.	4
Gráfico 3.1.2 Tasas de incidencia por sexo y año de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Años 2011-2023.	5
Gráfico 3.1.3 Distribución por sexo de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. 2010-2023.	5
Gráfico 3.1.4 Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023.	6
Gráfico 3.1.5 Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.	6
Gráfico 3.1.6 Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	7
Gráfico 3.1.7 Infección gonocócica en mujeres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	7
Gráfico 3.1.8 Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2010-2023.	8
Gráfico 3.1.9 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.	9
Gráfico 3.1.10 Notificación de infección gonocócica, según origen, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	13
Gráfico 3.2.1 Tasas de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> . Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2023.	13
Gráfico 3.2.2 Tasa de incidencia anual de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> , por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	14
Gráfico 3.2.3 Distribución por sexo de infección <i>Chlamydia trachomatis</i> . Comunidad de Madrid. 2016-2023.	14
Gráfico 3.2.4 Evolución de la media de edad por sexo en la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> . Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	15
Gráfico 3.2.5 N.º de casos de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.	15
Gráfico 3.2.6 Porcentaje de casos de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	16
Gráfico 3.2.7 Porcentaje de casos de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	16
Gráfico 3.2.8 Distribución según lugar de origen. <i>Chlamydia trachomatis</i> , Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	17
Gráfico 3.2.9 Tasas de incidencia de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.	18
Gráfico 3.2.10 Notificación de la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> , en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	20
Gráfico 3.3.1 Tasas de incidencia LGV. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2023.	21
Gráfico 3.3.2 Distribución de casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.	21
Gráfico 3.3.3 Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.	21

Gráfico 3.3.4 Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.	22
Gráfico 3.3.5 Distribución de casos de LGV por grupos de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.....	22
Gráfico 3.3.6 Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.....	23
Gráfico 3.3.7 Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.	24
Gráfico 3.3.8 Porcentaje de casos de LGV por tipo de notificador. CM. Año 2016 a 2023	27
Gráfico 3.4.1 Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2010-2023.....	28
Gráfico 3.4.2 Tasas de incidencia de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	28
Gráfico 3.4.3 Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	29
Gráfico 3.4.4 Edad media de los casos de sífilis por sexo. CM. Años 2010 a 2023.	29
Gráfico 3.4.5 Número de casos de sífilis por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.....	30
Gráfico 3.4.6 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.....	30
Gráfico 3.4.7 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en mujeres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.....	31
Gráfico 3.4.8 Distribución de casos de sífilis según lugar de origen. CM. Año 2023.	32
Gráfico 3.4.9 Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	32
Gráfico 3.4.10 Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.	32
Gráfico 3.4.11 Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.	33
Gráfico 3.4.12 Distribución de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Año 2023.	35
Gráfico 3.4.13 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.....	35
Gráfico 3.4.14 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.	36
Gráfico 3.4.15 Notificación de casos de sífilis por según origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.....	37
Gráfico 3.5.1 Casos de sífilis congénita. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.....	38
Gráfico 3.6.1 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023	39
Gráfico 3.6.2 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2023	39
Gráfico 3.6.3 Distribución de casos de mpox por grupo etario. Comunidad de Madrid. Año 2022 y 2023	40
Gráfico 3.6.4 Distribución de casos de mpox por país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2023	40
Gráfico 3.6.5 Tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.	41
Gráfico 3.6.6 Porcentaje de casos mpox por centro petionario. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023. ..	44
Gráfico 3.6.7 Contactos estrechos identificados de casos mpox confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2023.....	45
Gráfico 3.7.1 Tasas de incidencia de hepatitis B. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023.....	45
Gráfico 3.7.2 Porcentaje de casos de hepatitis B aguda, por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023.	46
Gráfico 3.7.3 Edad de media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2010-2023.....	46
Gráfico 3.7.4 Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023. .	46
Gráfico 3.7.5 Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2023.	47
Gráfico 3.7.6 Distribución porcentua de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. Comunidad de Madrid. 2023.....	47
Gráfico 3.8.1 Tasas de hepatitis C aguda total y por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.....	48
Gráfico 3.8.2 Distribución de casos de hepatitis C aguda por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2017-2023. .	48
Gráfico 3.8.3 Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023.....	49
Gráfico 3.8.4 Casos de hepatitis C aguda según lugar de origen y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.....	49
Gráfico 3.8.5 Tasas de hepatitis C aguda, por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.....	50
Gráfico 3.8.6 Casos de hepatitis C crónica por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023	51

7. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1.1 Orientación sexual de los casos de infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.	8
Tabla 3.1.2 Presentación clínica por sexo. Infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2023.	11
Tabla 3.1.3 Principales causas de hospitalización en infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.	11
Tabla 3.1.4 Casos de infección gonocócica con infecciones por otras ITS, por sexo. Comunidad de Madrid. 2023.	11
Tabla 3.1.5 Casos de infección gonocócica según número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.	12
Tabla 3.1.6 Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.	12
Tabla 3.2.1 Origen de las muestras diagnósticas por sexo. Chlamydia trachomatis. Comunidad de Madrid. Año 2023.	20
Tabla 3.3.1 Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.	22
Tabla 3.3.2 Presentación clínica de LGV en hombres. Comunidad de Madrid. Año 2023.	26
Tabla 3.3.3 Número de coinfecciones por caso de LGV. Comunidad de Madrid. 2023.	26
Tabla 3.3.4 Causas de coinfección en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2023.	26
Tabla 3.3.5 Porcentaje de casos de LGV con infección VIH, VHB, VHC. Comunidad de Madrid. Año 2023.	26
Tabla 3.3.6 Tipo de servicio clínico inicial en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2023.	27
Tabla 3.4.1 Orientación sexual por sexo de casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2023.	31
Tabla 3.4.2 Nº de coinfecciones en casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2023.	36
Tabla 3.4.3 Casos de sífilis con diagnóstico de coinfección por ITS. Comunidad de Madrid. Año 2023.	36
Tabla 3.4.4 Casos de sífilis con diagnóstico de VIH, VHC y VHB. Comunidad de Madrid. Año 2023.	36
Tabla 3.6.1 Casos de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.	41
Tabla 3.6.2 Exposiciones de riesgo en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2023.	43
Tabla 3.6.3 Presentación clínica de los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2023.	43

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Comunidad de Madrid. Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Disponible en: https://gestion.comunidad.madrid/wleq_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=1224&eli=true - no-back-button
- 2.- Ministerio de Sanidad SS e I. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf>
- 3.- World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox. External Situation Report 2, published 25 July 2022. Disponible en: [20220725 Monkeypox external sitrep 2 final.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/emergencies/sitrep-2-final.pdf)
- 4.- Royuela Ruiz P., Rodríguez Molinero L., Marugán de Miguelsanz J. M., Carbajosa Rodríguez V.. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria; 17(66): 127-136. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300004&lng=es
- 5.- Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: [HBSC2018 ConductaSexual.pdf \(sanidad.gob.es\)](https://www.mscbs.gob.es/hbsc2018/ConductaSexual.pdf)
- 6.- Ministerio de Sanidad. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 21]. Disponible en: <https://seimc.org/documentos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-qesida-gehep.pdf>
- 7.- García-Iglesias J, Albarrán Gutiérrez Á, Corma Gómez A, Membrillo de Novales FJ, Villaamil Pérez F. Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España. Edimburgo: Universidad de Edimburgo (Edinburgh Diamond); 2024. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/ESP_Perspectivas_informe-final.pdf