



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2018

Madrid, mayo 2020

Redacción y elaboración del informe:

Este informe ha sido elaborado por Marta Ruiz-Alguero¹, Victoria Hernando¹, Asunción Diaz¹ y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

1. Vigilancia del VIH, ITS y hepatitis, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Citación sugerida:

Unidad de vigilancia del VIH, hepatitis y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2020

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGIA.....	2
RESULTADOS	3
1. Infección gonocócica.	3
2. Sífilis	8
3. Sífilis congénita	13
4. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	14
5. Linfogranuloma venéreo (infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L3)	17
CONCLUSIONES	21
AGRADECIMIENTOS	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXO I: FUENTES DE DATOS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. Año 2018	23

INTRODUCCIÓN

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

La información epidemiológica poblacional sobre las ITS en España se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM) incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). En el Real Decreto de creación de la RENAVE quedaban establecidas como enfermedades de declaración obligatoria (EDO) sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita. La notificación de todas ellas era de forma numérica semanal y recogía el número de casos nuevos ante su simple sospecha. En el caso de la sífilis y gonococia, la declaración no recogía ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación. La sífilis congénita estaba incluida entre las enfermedades con declaración por sistemas especiales y de cada caso se recogía información epidemiológica relevante. La vigilancia de la sífilis congénita comienza en 1997, aunque el sistema no se consolidó hasta el año 2000. La información sobre la infección por *Chlamydia trachomatis* se obtenía a través del SIM, aunque esta infección no estaba incluida como una enfermedad a vigilar obligatoriamente¹.

Tras la aprobación y publicación de los nuevos protocolos de la RENAVE en 2013² y de la Orden Ministerial que modifica el listado de enfermedades a vigilar en 2015³, el número de ITS se ha ampliado de tres a cinco al sumarse la infección por *Chlamydia trachomatis* (serovares D-K) y el linfogranuloma venéreo (LGV) (infección producida por *Chlamydia trachomatis*, serovares L1, L2 y L3) a las ya existentes (sífilis, sífilis congénita e infección gonocócica). Respecto al modo de vigilancia, todas las ITS han pasado a ser de declaración individualizada².

A continuación se presenta la situación de estas ITS en el año 2018 y se analiza la evolución de la sífilis e infección gonocócica entre 1995 y 2018, de la sífilis congénita desde el año 2000 y de la infección por *Chlamydia trachomatis* y linfogranuloma venéreo desde 2016.

METODOLOGIA

Durante el periodo de estudio que abarca este informe, las Comunidades Autónomas (CCAA) están en proceso de implantación de los nuevos protocolos, por lo que no todas ellas notifican casos de forma individualizada. En aquellas CCAA con varias fuentes de datos se ha priorizado la notificación individualizada por el sistema de EDO. Cuando esta no existía, se han analizado los casos notificados a través del SIM y, en caso de no existir ninguna de las fuentes previas, se ha considerado la notificación agregada. Con respecto a 2017, Baleares ha iniciado en 2018 la notificación individualizada de la sífilis e infección gonocócica. En el anexo I, se detallan las fuentes utilizadas para el análisis de datos del año 2018 en cada CCAA según ITS.

Se han analizado los datos correspondientes al año natural 2018, que abarca desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

El cálculo de las tasas globales de sífilis y gonococia se ha realizado a nivel nacional. Las tasas de sífilis congénita se han calculado en base a los recién nacidos vivos en todo el territorio. Para el análisis de tendencias de estas ITS en el periodo de estudio se ha utilizado el programa Jointpoint Regression Program versión 4.5.01.

Para obtener las tasas por edad y sexo solo se tuvieron en cuenta aquellas CCAA que notificaron casos de forma individualizada, bien a través del sistema EDO o bien a través del SIM. Como denominador se ha utilizado la población de dichas CCAA.

En el cálculo de las tasas de infección por *C. trachomatis* y linfogranuloma venéreo se ha utilizado como denominador la población de las CCAA que disponen de vigilancia de estas enfermedades (ver anexo I).

RESULTADOS

1. Infección gonocócica.

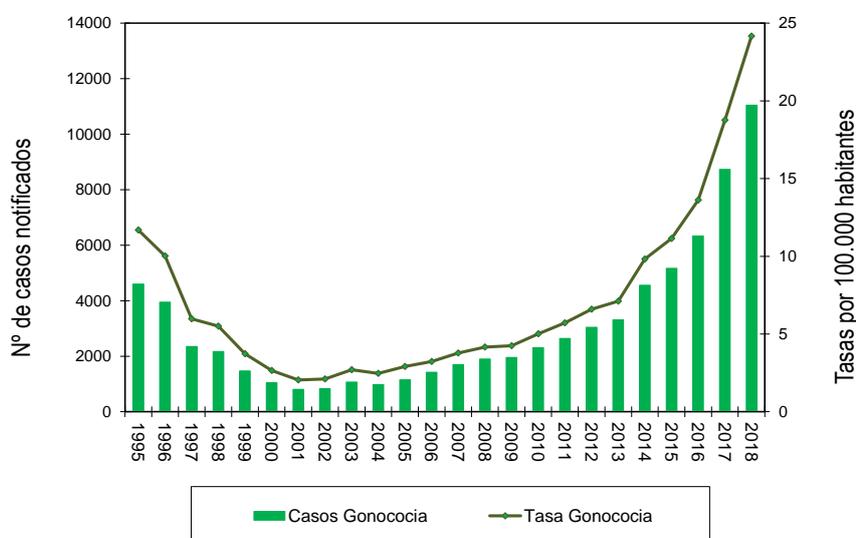
En el año 2018 se notificaron 11.044 casos de infección gonocócica (tasa: 24,2 por 100.000 habitantes). Al analizar los datos en el periodo 1995-2018, se observa un marcado descenso en las tasas hasta el año 2001 (desde 11,69 en 1995 hasta 2,04 en el 2001) seguido de un incremento continuado de la incidencia a partir de esa fecha (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. España, 1995-2018

Año	Casos	Tasa por 100.000
1995	4.599	11,69
1996	3.951	10,02
1997	2.352	5,98
1998	2.169	5,51
1999	1.469	3,73
2000	1.045	2,65
2001	805	2,04
2002	833	2,11
2003	1.069	2,70
2004	980	2,47
2005	1.155	2,91
2006	1.423	3,23
2007	1.698	3,78
2008	1.897	4,16
2009	1.954	4,25
2010	2.306	5,01
2011	2.640	5,72
2012	3.044	6,59
2013	3.315	7,12
2014	4.562	9,82
2015	5.170	11,14
2016	6.331	13,62
2017	8.732	18,76
2018	11.044	24,16

El análisis de tendencias de las tasas de gonococia en este periodo identificó dos puntos de cambio, uno en 2001 y otro en 2013. En el primer periodo (1995-2001), la tendencia fue descendente con porcentaje anual de cambio de -26,9% (IC95%: -29,8; -23,9). A partir de ese año, la tendencia es creciente: en el segundo periodo (2001-2013), el porcentaje anual de cambio fue de 11,6% (IC95%: 9,5; 13,8) y entre 2013 y 2018 del 27,3% (IC95%: 23,5; 31,2). Los cambios en esos periodos fueron estadísticamente significativos (Figura 1).

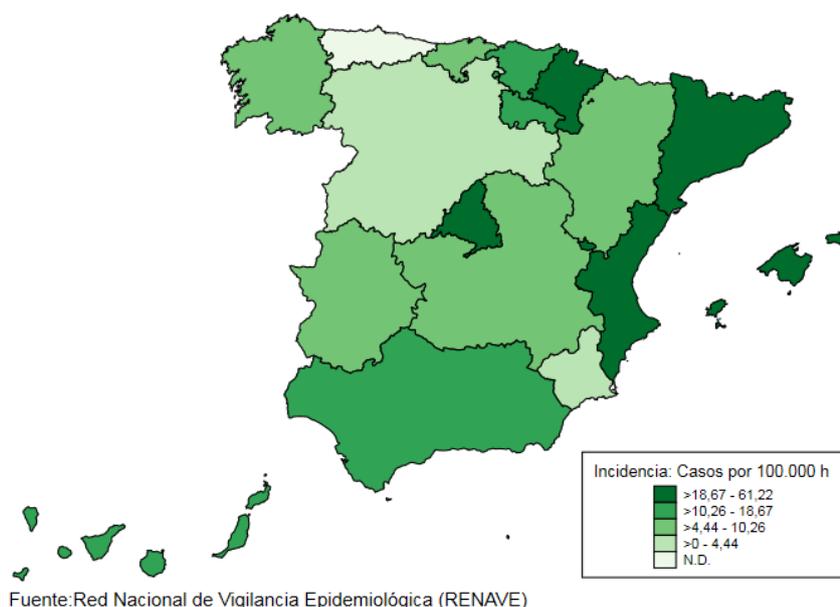
**Figura 1. Incidencia de infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2018**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La incidencia de infección gonocócica por CCAA en 2018 presenta un rango muy amplio, entre 2,36 y 61,21 casos por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se registraron en Cataluña (61,21), Baleares (40,96) y la comunidad de Madrid (39,73). Las tasas más bajas se notificaron en Melilla (2,36), Ceuta (3,53), Murcia (3,99), Castilla y León (4,44) y Extremadura (5,62). Asturias no notificó casos en 2018 (Figura 2).

Figura 2. Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2018
Tasas por 100.000 habitantes



Características de los casos

Se dispuso de información individualizada sobre edad y sexo en 11.037 de los 11.044 casos declarados (99,9%) procedente de todas las CCAA a excepción de Asturias, que no notificó casos en este año. Baleares inicia la notificación individualizada de la infección gonocócica en 2018.

El 82,7% (9.135 casos) fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 4,8. La mediana de edad al diagnóstico fue de 30 años (rango intercuartílico (RIC): 24-38), siendo las mujeres más jóvenes que los hombres (27 años (RIC: 21-36) frente a 30 años (RIC: 25-38), respectivamente). La distribución de los casos por edad y sexo se muestra en la tabla 2.

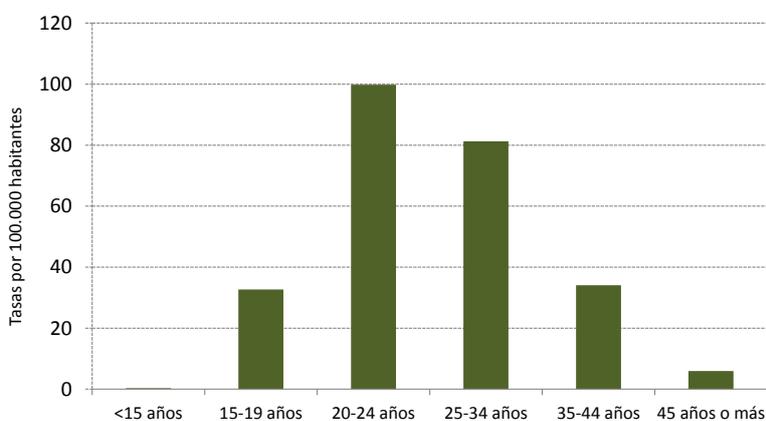
Tabla 2. Número y porcentaje de casos de infección gonocócica por edad y sexo, 2018

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	5 (0,1)	16 (0,8)	21 (0,2)
15-19 años	456 (5,0)	282 (14,8)	738 (6,7)
20-24 años	1.739 (19,0)	487 (25,5)	2.226 (20,2)
25-34 años	3.672 (40,2)	583 (30,6)	4.255 (38,6)
35-44 años	2.177 (23,8)	318 (16,7)	2.495 (22,6)
45 o más años	1.080 (11,8)	222 (11,6)	1.302 (11,8)
TOTAL	9.129 (100)	1.908 (100)	11.037 (100)

*No incluidos 1 caso sin información sobre sexo y 6 casos en los que la edad era desconocida

Las tasas en hombres fueron superiores a las de mujeres (40,74 y 8,19 por 100.000, respectivamente). Según edad, las tasas más elevadas se produjeron en el grupo de 20 a 24 años (99,82) seguidas del grupo de 25 a 34 años (81,23) (Figura 3).

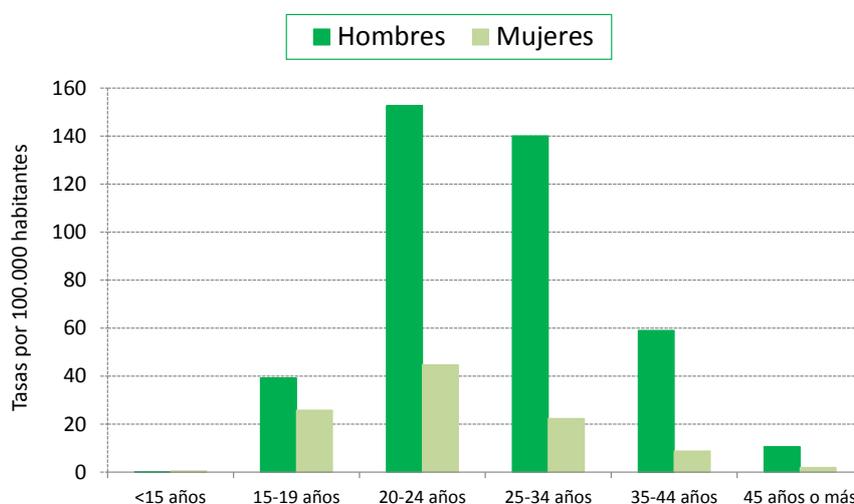
**Figura 3. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2018**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por edad y sexo, las tasas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grupos de edad. Las más elevadas en ambos sexos se observaron entre los 20 y 24 años (152,66 casos por 100.000 en hombres y de 44,61 por 100.000 en mujeres), seguidas del grupo de 25-34 años en hombres (140,03 casos por 100.000) y del de 15 a 19 en mujeres (25,80 casos por 100.000) (Figura 4).

Figura 4. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2018



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Del total de casos notificados, el 16,8% (1.851 casos) tenían información sobre la transmisión. De ellos, el 35,9% correspondieron a hombres homosexuales, 26,4% a mujeres heterosexuales, 18,9% a hombres heterosexuales y el 18,9% a hombres con transmisión sexual no especificada.

Respecto a la situación frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el 2,5% (272) de los casos fueron positivos, el 11,9% (1.319) negativos, en el 1,3%(141) no se había realizado la prueba y en el 84,3% (9.312) no constaba información.

2. Sífilis

En 2018 se notificaron 5.079 casos de sífilis (tasa: 10,87 por 100.000 habitantes). En el periodo 1995-2018, las tasas más bajas se observaron en los años 2000 y 2001 (1,77 por 100.000 habitantes) y las más elevadas en 2018 (Tabla 3).

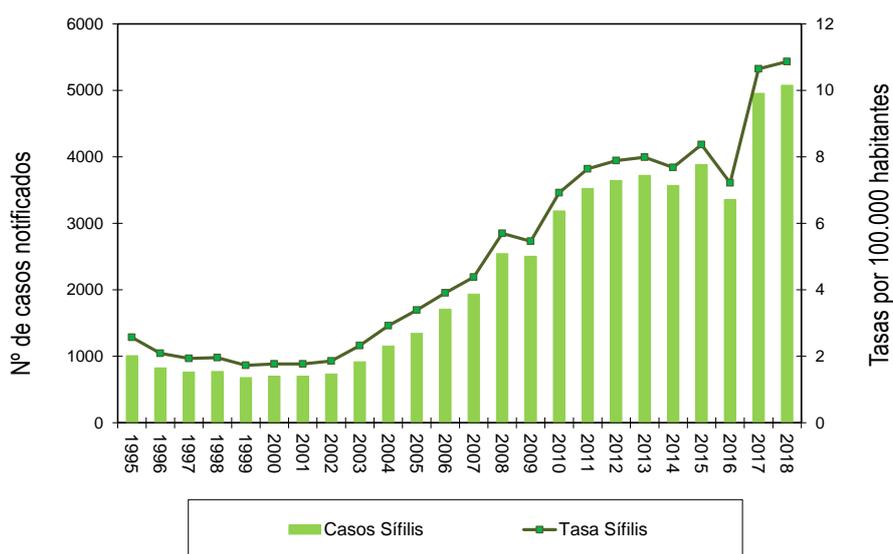
Tabla 3. Sífilis
Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. España, 1995-2018

Año	Casos	Tasa por 100.000
1995	1.010	2,57
1996	825	2,09
1997	763	1,94
1998	772	1,96
1999	682	1,73
2000	700	1,77
2001	700	1,77
2002	734	1,86
2003	917	2,32
2004	1.156	2,92
2005	1.344	3,39
2006	1.711	3,91
2007	1.936	4,38
2008	2.545	5,70
2009	2.506	5,56
2010	3.187	7,00
2011	3.522	7,64
2012	3.641	7,89
2013	3.723	8,00
2014	3.568	7,69
2015	3.886	8,37
2016	3.357	7,22
2017	4.958	10,65
2018	5.079	10,87

El análisis de tendencias identificó tres puntos de cambio significativos en las tasas de sífilis, en 2001, 2011 y 2016. En el primer periodo (1995-2001) se observa una tendencia descendente significativa (porcentaje anual de cambio: -5,4% (IC95%: -9,6; -1,1)). En el segundo periodo, de 2001

a 2011, la tendencia es ascendente (porcentaje anual de cambio: 17,0% (IC95%: 14,9; 19,0)); entre 2011 y 2016 se observa una estabilización (porcentaje anual de cambio de 0% (IC95%: -3,8; 4,0)) y finalmente entre 2016 y 2018 la tendencia vuelve a ser ascendente (porcentaje anual de cambio: 19,8 (IC95%: 7,7; 33,2) (Figura 5).

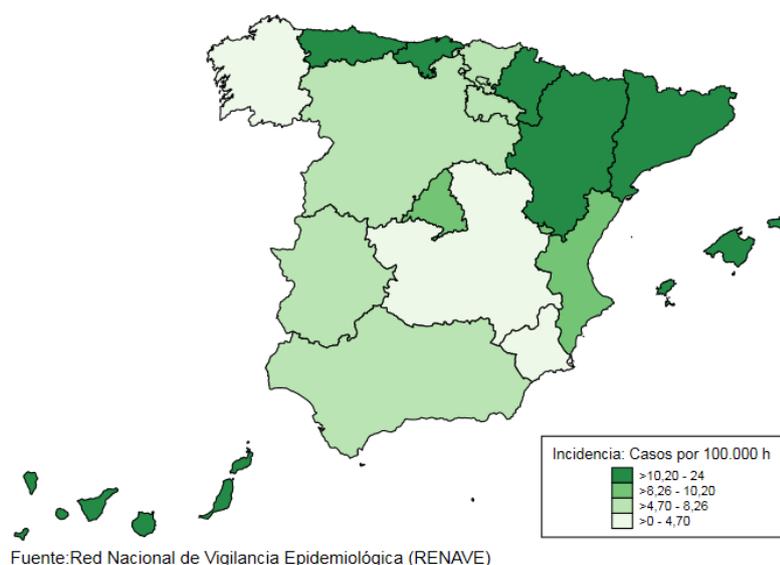
Figura 5. Incidencia de sífilis
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2018



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Las CCAA que notificaron tasas más altas en 2018 fueron Baleares (23,20), Cataluña (22,56), Canarias (14,99), Navarra (12,38) y Cantabria (11,19). Las de menor incidencia fueron Murcia (4,39), Galicia (4,45), Castilla La Mancha (4,58), Castilla y León (5,14) y Extremadura (5,34). Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (Figura 6).

Figura 6. Incidencia de sífilis por Comunidad Autónoma, 2018
Tasas por 100.000 habitantes



Características de los casos

De los 5.079 casos declarados en 2018, se dispuso de información individualizada de 4.684 casos (92,2%), procedente de catorce comunidades (Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja).

Respecto al estadio clínico, un 9,9% fueron sífilis primarias, 9,1% secundarias, 27,3% latentes precoces y en un 53,7% no constaba información.

El 89,9% (4.213) fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 9,0. La mediana de edad fue de 36 años (RIC: 29-45), sin diferencias por sexo. El 60,1% de los casos tenía entre 25 y 44 años (Tabla 4).

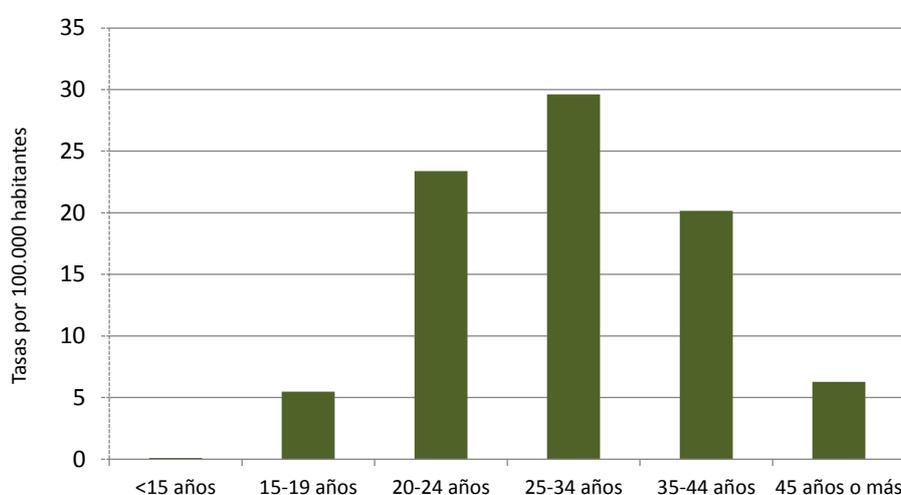
Tabla 4. Número de casos y porcentaje de casos de sífilis por edad y sexo, 2018

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	4 (0,1)	2 (0,4)	6 (0,1)
15-19 años	82 (1,9)	33 (7,0)	115 (2,5)
20-24 años	427 (10,1)	59 (12,6)	486 (10,4)
25-34 años	1.314 (31,2)	134 (28,5)	1.448 (30,9)
35-44 años	1.265 (30,0)	104 (22,1)	1.369 (29,2)
45 o más años	1.119 (26,6)	138 (29,4)	1.257 (26,8)
TOTAL	4.211 (100)	470 (100)	4.681 (100)

*No incluidos 2 casos sin información sobre la edad y 1 sobre la variable sexo

Al igual que en la infección gonocócica, las tasas fueron más elevadas en hombres (20,33) que en mujeres (2,19), pero a diferencia de esta enfermedad el grupo de edad con las tasas más altas fue el de 25 a 34 años (29,62 por 100.000) (Figura 7).

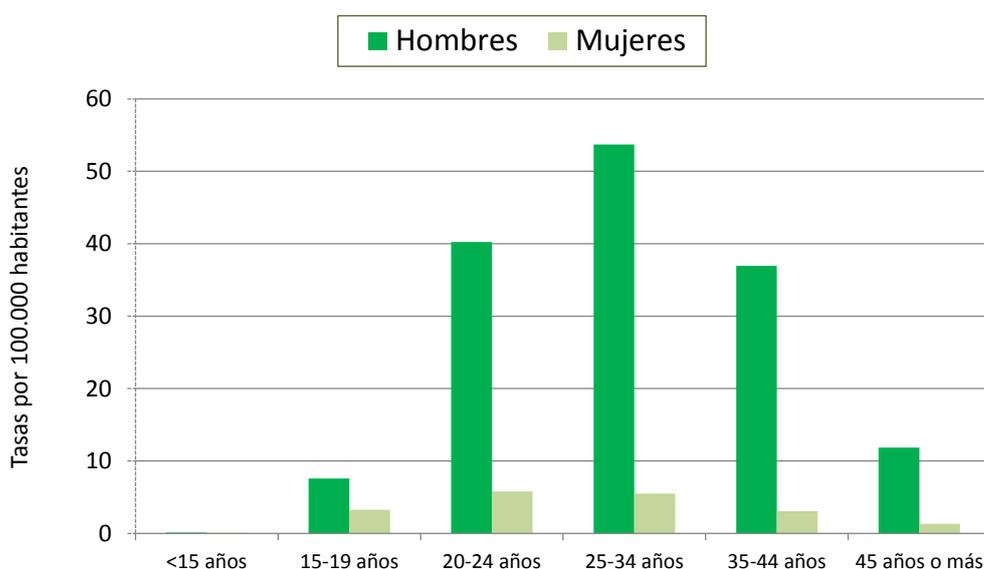
**Figura 7. Sífilis.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2018**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por edad y sexo, las mayores tasas se produjeron entre los 25 y 34 años en hombres (53,69 casos por 100.000) y de 20 a 24 en mujeres (5,80 por 100.000). El segundo grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años en los hombres (40,23 casos por 100.000) y el de 25 a 34 años en mujeres (5,49 casos por 100.000) (Figura 8).

Figura 8. Sífilis.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2018



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Del total de casos notificados, el 22,1% (1.036 casos) tenían información sobre la transmisión. De ellos, el 63,8% correspondieron a hombres homosexuales, 9,0% a mujeres heterosexuales, 9,0% a hombres heterosexuales y el 18,2% a hombres con transmisión sexual no especificada.

Respecto a la situación frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el 8,1% de los casos fueron positivos, el 14,7% negativos, en el 0,4% no se había realizado la prueba y en el 76,8% no constaba esta información.

3. Sífilis congénita

En el año 2018 se notificaron 5 casos confirmados de sífilis congénita precoz (en menores de dos años de edad). Los casos correspondieron a tres niños y dos niñas que se diagnosticaron antes del primer mes de vida. Las tasas de incidencia de casos confirmados durante el periodo 2000-2018 oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos (Tabla 5).

Tabla 5. Sífilis congénita precoz
Número de casos y tasas por 100.000 nacidos vivos. España. 2000-2018

Año	Casos	Tasa por 100.000 nacidos vivos
2000	3	0,75
2001	1	0,25
2002	3	0,72
2003	0	0,00
2004	5	1,10
2005	10	2,14
2006	9	1,86
2007	11	2,23
2008	10	1,92
2009	10	2,02
2010	5	1,03
2011	5	1,06
2012	1	0,22
2013	3	0,70
2014	6	1,40
2015	1	0,24
2016	4	0,97
2017	2	0,51
2018	5	1,34

4. Infección por *Chlamydia trachomatis*

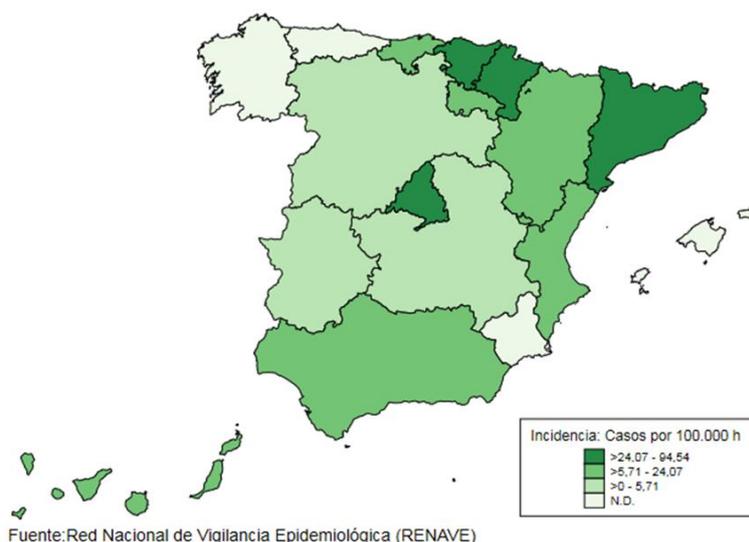
En el año 2018 se notificaron 13.109 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en el conjunto de las quince Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia para esta enfermedad (tasa: 32,49 casos por 100.000 habitantes). Las tasas en estas mismas comunidades se han incrementado en el periodo 2016-2018 (Tabla 6).

**Tabla 6. Infección por *Chlamydia trachomatis*
Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. España, 2016-2018**

Año	Casos	Tasa por 100.000
2016	7.237	18,05
2017	9.875	24,58
2018	13.109	32,49

En 2018, las tasas más altas se notificaron en Cataluña (94,54), Navarra (55,40), la Comunidad de Madrid (34,91) y País Vasco (33,92). Aquellas con menores tasas fueron Castilla y León (3,24), Castilla La Mancha (3,84), Extremadura (5,53) y Canarias (5,71). Ceuta y Melilla no notificaron casos (Figura 9).

**Figura 9. Incidencia de infección por *C. trachomatis* por Comunidad Autónoma, 2018
Tasas por 100.000 habitantes**



Características de los casos

De los 13.067 casos con información disponible sobre sexo, el 54,4% (7.113 casos) fueron mujeres. La razón hombre: mujer fue de 0,8. La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años (RIC: 22-35), siendo las mujeres más jóvenes que los hombres (24,5 años (RIC: 21-31) y 30 años (RIC: 24-37), respectivamente).

La mayoría de los casos se produjeron entre los 25-34 años (36,1%) y 20-24 años (27,6%). El porcentaje de casos entre 15 y 19 años fue del 10,8%, correspondiendo al 16,2% del total de casos en mujeres y el 4,4% en hombres (Tabla 7).

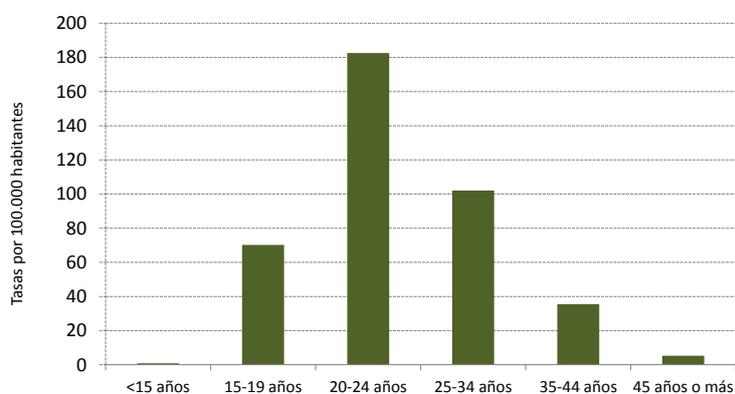
Tabla 7. Número de casos y porcentaje de infección por *Chlamydia trachomatis* por edad y sexo, 2018

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	10 (0,2)	26 (0,4)	36 (0,3)
15-19 años	259 (4,4)	1.149 (16,2)	1.408 (10,8)
20-24 años	1.230 (20,7)	2.379 (33,5)	3.609 (27,6)
25-34 años	2.488 (41,8)	2.226 (31,3)	4.714 (36,1)
35-44 años	1.343 (22,6)	943 (13,3)	2.286 (17,5)
45 o más años	620(10,4)	385 (5,4)	1.005 (7,7)
TOTAL	5.950 (100)	7.108 (100)	13.058 (100)

*No incluidos 51 casos sin información sobre edad y/o sexo.

Las tasas fueron más elevadas en mujeres (34,59) que en hombres (30,08). Por grupo de edad, las tasas más altas se produjeron entre 20 y 24 años (182,62 casos por 100.000) y de 25-34 años (102,06 casos por 100.000) (Figura 10).

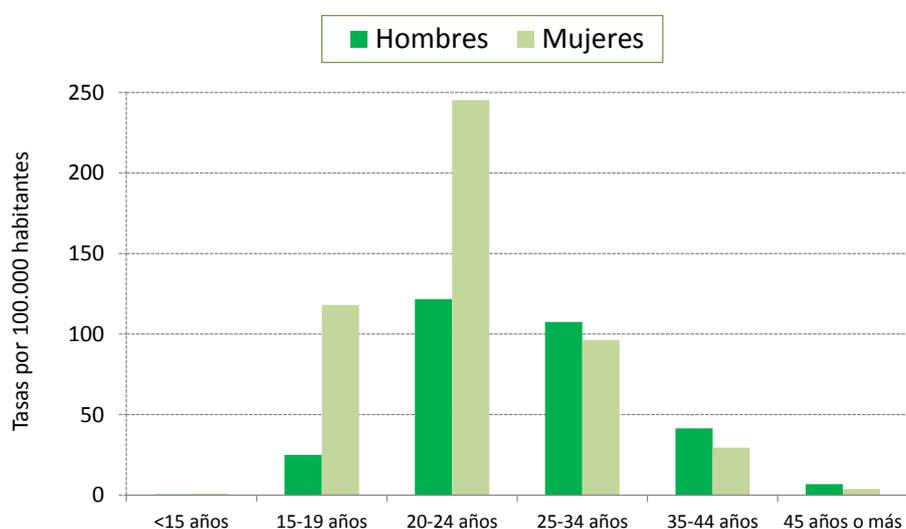
**Figura 10. Infección por *Chlamydia trachomatis*.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2018**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Las tasas de incidencia por grupos de edad y sexo se presentan en la Figura 11. En las mujeres, las tasas más elevadas se produjeron entre los 20 y 24 años (245,17) y entre los 15 y 19 (118,07). Para los hombres, las tasas más elevadas fueron entre los 20 y 24 años (121,61) y los 25 y 34 (107,52).

**Figura 11. Infección por *Chlamydia trachomatis*.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2018**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Se dispuso información sobre el tipo de muestra en 2.214 casos (16,9% del total de casos declarados). De éstos en el 92,9% fueron genitales, 4,3% anorrectal, 2,3% faríngeas y en un 0,5% otro tipo de muestra.

5. Linfogramuloma venéreo (infección por *Chlamydia trachomatis* L1-L3)

La vigilancia del LGV está implantada en doce CCAA (Anexo I). En 2018 se notificaron 282 casos en seis CCAA. La tasa de incidencia para el conjunto de CCAA que disponen de sistema de vigilancia fue de 0,78 casos por 100.000. Las tasas más elevadas se produjeron en Cataluña y en la Comunidad de Madrid. Las CCAA de Cantabria, Ceuta y Melilla no declararon ningún caso en el periodo 2016-2018 (Tabla 8).

Tabla 8. Incidencia de LGV por Comunidad Autónoma, 2016-2018
Tasas por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	Año 2016		Año 2017		Año 2018	
	Nº casos	Tasas	Nº casos	Tasas	Nº casos	Tasas
Andalucía	2	0,02	0	-	5	0,06
Canarias	0	-	2	0,09	0	-
Castilla La Mancha	0	-	0	-	1	0,05
Cataluña	122	1,65	225	3,02	220	2,93
Extremadura	0	-	1	0,09	0	-
Comunidad de Madrid	119	1,85	169	2,60	47	0,71
Navarra	4	0,63	4	0,62	3	0,46
Comunidad Valenciana	1	0,02	0		6	0,12
País Vasco	0	-	11	0,51	0	-
TOTAL*	248	0,73	412	1,14	282	0,78

*Las tasas totales están calculadas para el conjunto de CCAA que disponen de sistema de vigilancia para el LGV

Características de los casos

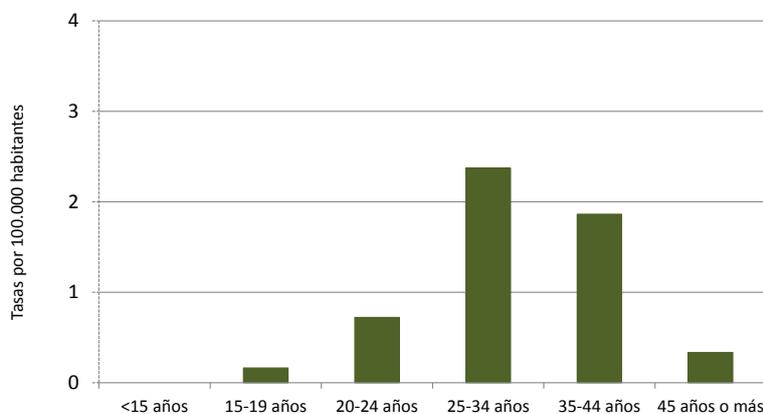
En 2018, el 100% fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 36,5 años (RIC: 30-43) y la mayor parte de los casos tenían entre 35 a 44 años (Tabla 9).

Tabla 9. Número de casos y porcentaje de casos de linfogranuloma venéreo por edad, 2018

Grupos de edad	Total N (%)
15-19 años	3 (1,1%)
20-24 años	13 (4,6%)
25-34 años	100 (35,5%)
35-44 años	109 (38,7%)
45 o más años	57 (20,2%)
TOTAL	282 (100%)

Para el total de la población, las tasas más elevadas se produjeron entre los 25-34 años (2,37 casos por 100.000) y los 35-44 años (1,86 casos por 100.000) (Figura 12).

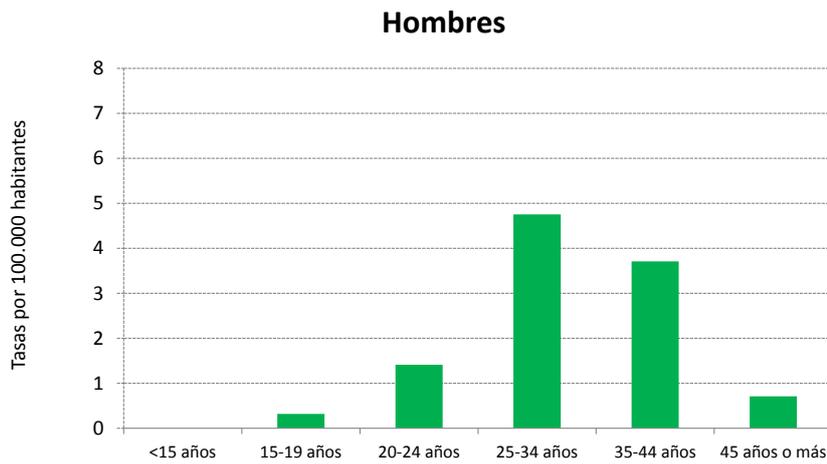
Figura 12. Linfogranuloma venéreo. Tasas de incidencia por grupos de edad, 2018



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La tasa de incidencia en hombres fue de 1,58 por 100.000. En los hombres, las mayores tasas se produjeron entre los 25 y 34 años (4,75 casos por 100.000) y entre los 35 y 44 (3,71 casos por 100.000) (Figura 13).

Figura 13. Linfogramuloma venéreo
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2018



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En la tabla 10 se resumen los indicadores epidemiológicos para las ITS declaradas en el año 2018 en España.

Tabla 10: Situación epidemiológica de la infección gonocócica, sífilis, infección por *C. trachomatis* y LGV. España, 2018

Indicadores	Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Nº de CCAA que notifican	18	19	15	12
Número casos notificados	11.044	5.079	13.109	282
Tasa por 100.000 habitantes*	24,16	10,87	32,49	0,78
Razón hombre: mujer	4,8	9,0	0,8	-
Porcentaje de hombres	82,7%	89,9%	45,6%	100%
Porcentaje de casos en menores de 25 años	27,1%	13,0%	38,8%	5,7%
Tasa entre 20-24 años por 100.000 habitantes*	99,82	23,38	182,62	0,72

*Calculada para el conjunto de Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia

CONCLUSIONES

- La tendencia creciente de la infección gonococia y de la sífilis, observada a partir del inicio de la década de 2000, se mantiene.
- La información procedente de la notificación individualizada muestra mayor afectación en hombres que en mujeres a excepción de la infección por *C. trachomatis*.
- La mayoría de los casos se produjeron en adultos jóvenes aunque se observan algunas diferencias según enfermedad. El porcentaje de casos notificados en menores de 25 años fue máximo en los casos infección por *C. trachomatis* y mínimo en los de LGV.
- La comparación de las tasas de incidencia de ITS por comunidades autónomas se ve limitada por las diferencias en los sistemas de vigilancia autonómicos.
- Para mejorar la información epidemiológica sobre las ITS, es imprescindible implantar la declaración individualizada en todas las comunidades autónomas, así como mejorar la cumplimentación de algunas variables.

AGRADECIMIENTOS

A los responsables de vigilancia de las ITS en las Comunidades Autónomas, así como a todos los profesionales que contribuyen de una forma u otra en la notificación y mejora de la calidad de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm. 21, 24/01/1996.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
3. 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

ANEXO I: FUENTES DE DATOS SEGÚN COMUNIDAD AUTONÓMA. Año 2018

CCAA	Infección gonocócica	Sífilis	Sífilis congénita	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Andalucía	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Aragón	SIM	EDO Agregada	EDO Individualizada	SIM	En implantación
Asturias	SIM	EDO Agregada	EDO Individualizada	En implantación	En implantación
Baleares	EDO individualizada	EDO individualizada	EDO Individualizada	En implantación	En implantación
Canarias	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Cantabria	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Castilla y León	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación
Castilla La Mancha	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Cataluña	EDO individualizada	EDO individualizada	EDO Individualizada	EDO individualizada	EDO Individualizada
C. Valenciana	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Extremadura	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Galicia	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación	En implantación
Madrid	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Murcia	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación	En implantación
Navarra	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
País Vasco	SIM	EDO Agregada	EDO Individualizada	SIM	SIM
Rioja (La)	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación
Ceuta	SIM	EDO Individualizada	EDO Individualizada	SIM	SIM
Melilla	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada

SIM: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación a través del Sistema de Información Microbiológica

EDO Agregada: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación agregada

EDO Individualizada: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación individualizada

En implantación: La vigilancia epidemiológica está en proceso de implantación.