

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semana 17

Del 23/04 al 29/04 de 2012
2012 Vol. 20 n.º 7 / 63-72

ISSN: 2173-9277
ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010	63
---	----

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

Asunción Díaz (1), Mercedes Díez (1), Rosa Cano (2)

(1) Área de Vigilancia del VIH y Conductas de Riesgo. Centro Nacional de Epidemiología.

(2) Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Resumen

Se presenta la situación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el año 2010 y su evolución durante el periodo 1995-2010, según la información proporcionada por los sistemas de vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y Sistema de Información Microbiológica (SIM).

Introducción

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

La información epidemiológica sobre las ITS a nivel poblacional se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)¹. Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica son la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita, todas ellas de declaración numérica semanal. Este sistema, de cobertura nacional, recoge el número de casos nuevos ante su simple sospecha. En el caso de la sífilis y gonococia, hasta la fecha, no se notifica ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación. La sífilis congénita está incluida entre las enfermedades con declaración por sistemas especiales y de cada caso se recoge información epidemiológica relevante.

Otra fuente de información complementaria e independiente es el Sistema de Información Microbiológica (SIM), que en el momento actual recopila a nivel estatal información de una red de laboratorios situados en 12 comunidades autónomas. La vigilancia epidemiológica de *Neisseria gonorrhoeae* también se lleva a cabo por este sistema, junto con la vigilancia de *Chlamydia trachomatis* y herpes simple, estas últimas no incluidas como EDO. En 2009, el *Treponema pallidum* dejó de vigilarse a través de este sistema.

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

Enfermedades de Declaración Obligatoria

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

Al analizar los datos en el periodo 1995-2010 se observa un marcado descenso en la incidencia de infección gonocócica, cuyas tasas decrecieron desde el 11,69 por 100.000 habitantes en 1995 al 4,27 en el 2010. Sin embargo, esta tendencia no es homogénea, ya que tras el descenso inicial observado entre 1995-2001 se advierte un incremento continuado en la incidencia a partir de 2002 (Tabla 1, Figura 1). Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2002 (desde 2,57 por 100.000 habitantes hasta 1,86 por 100.000 habitantes), observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 6,39 por 100.000 habitantes en 2010. Desde el año 2004 las tasas de sífilis superan a las de infección gonocócica (Tabla 2, Figura 1). Durante este periodo no se han producido cambios en este sistema de vigilancia que justifiquen la tendencia observada en ambas enfermedades.

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

Años	N.º de casos	Tasa por 100.000 habitantes
1995	4.599	11,69
1996	3.951	10,02
1997	2.352	5,98
1998	2.169	5,51
1999	1.469	3,73
2000	1.045	2,65
2001	805	2,04
2002	833	2,11
2003	1.069	2,70
2004	980	2,47
2005	1.155	2,91
2006	1.423	3,25
2007	1.698	3,84
2008	1.897	4,25
2009	1.954	4,33
2010	1.944	4,27

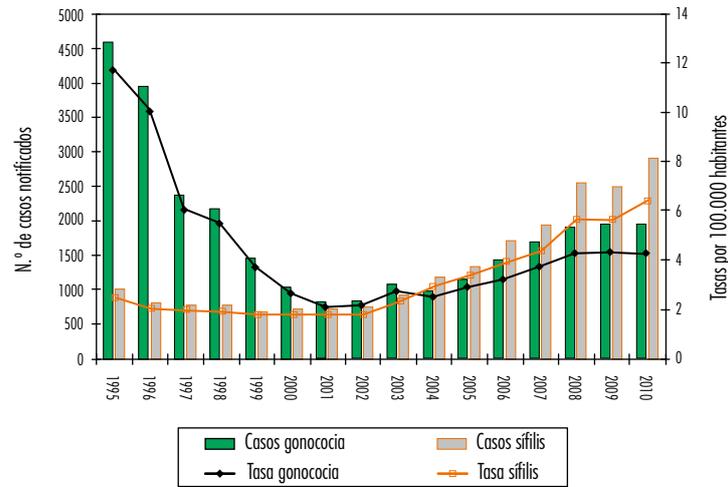
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria.
 Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
 Centro Nacional de Epidemiología

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

Años	N.º de casos	Tasa por 100.000 habitantes
1995	1.010	2,57
1996	825	2,09
1997	763	1,94
1998	772	1,96
1999	682	1,73
2000	700	1,77
2001	700	1,77
2002	734	1,86
2003	917	2,32
2004	1.156	2,92
2005	1.344	3,39
2006	1.711	3,91
2007	1.936	4,38
2008	2.545	5,70
2009	2.496	5,33
2010	2.909	6,39

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

Figura 1. Incidencia de infecciones de transmisión sexual. N.º de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2010



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

Respecto a la sífilis congénita, en el año 2010 se notificaron 5 casos confirmados de sífilis congénita precoz (en menores de dos años de edad). De ellos, un caso correspondió a un niño y 4 casos a niñas; todos se diagnosticaron antes de la semana de vida. Durante el periodo 2000-2010 las tasas de incidencia de casos confirmados oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos sin que se aprecie una tendencia clara (Tabla 3).

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

Años	N.º de casos	Tasa por 100.000 nacidos vivos
2000	3	0,75
2001	1	0,25
2002	3	0,72
2003	0	—
2004	5	1,10
2005	10	2,14
2006	9	1,86
2007	11	2,23
2008	10	1,92
2009	10	2,02
2010	5	1,03

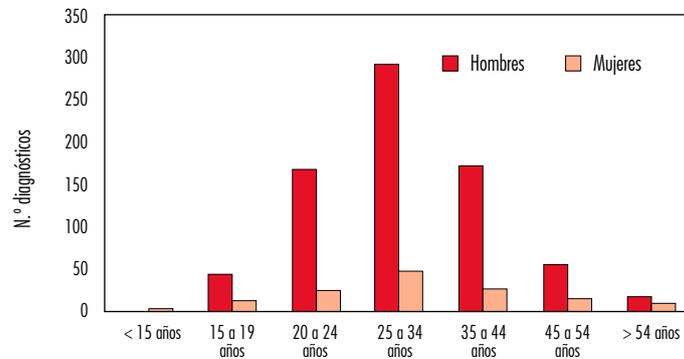
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria.
 Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
 Centro Nacional de Epidemiología

Sistema de Información Microbiológica

En el año 2010, el SIM recogió 920 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae*, 948 de *Chlamydia trachomatis* y 333 de *Herpes simple* (tipo 1, tipo 2 y no tipado). El 83,4% de los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* se produjeron en hombres, mientras que los diagnósticos de *Chlamydia*

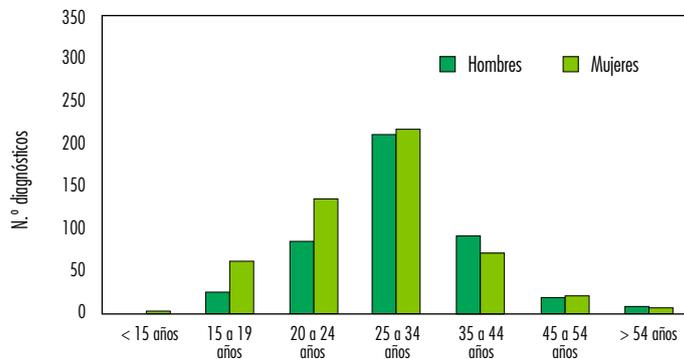
trachomatis y herpes simple fueron más frecuentes en mujeres (54,5% y 72,4%, respectivamente). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años (38,5% de los diagnósticos de *N. gonorrhoeae*, 44,8% de *C. trachomatis* y 37,9% de herpes simple) (Figuras 2-4).

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



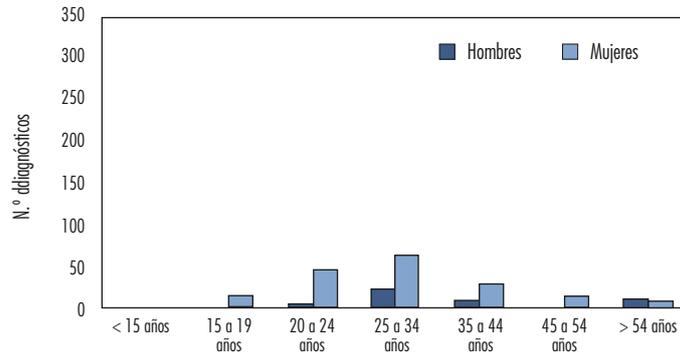
Fuente: Sistema de Información Microbiológica.
 Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
 Centro Nacional de Epidemiología

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



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

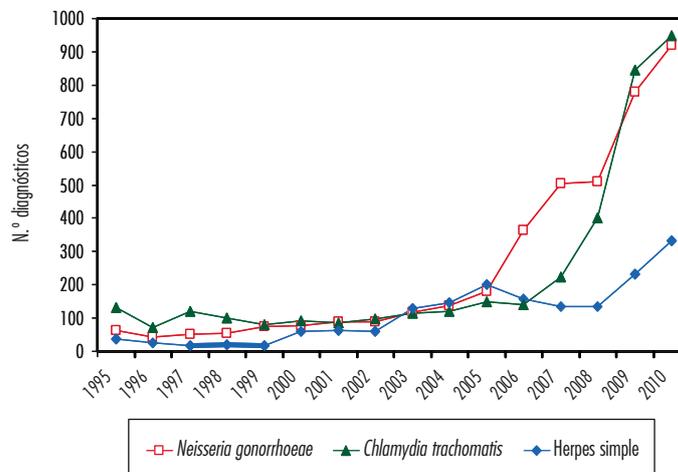
Figura 4. Distribución de los diagnósticos de Herpes simple según edad y sexo. Año 2010



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

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

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



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

Linfogranuloma venéreo: enfermedad emergente

Antecedentes

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una ITS producida por los serovares L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis*. Esta enfermedad es propia de países tropicales y subtropicales, pero a partir del 2003 comenzaron a detectarse casos en Europa fundamentalmente en hombres que tenían

relaciones sexuales con hombres (HSH), muchos de los cuales estaban además infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{2,3}. En España el primer caso se identificó en Barcelona en el año 2005⁴ y desde entonces se conoce la existencia de un brote en Cataluña^{2,5} y 5 casos en Bilbao².

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

Situación actual

A finales del 2011 la comunidad autónoma de Cataluña notificó al Centro Nacional de Epidemiología la existencia de un brote de LGV. Entre mayo de 2011 y marzo de 2012 se han producido un total de 74 casos, la mayoría de los cuales residían en Barcelona. Todos ellos eran hombres, la edad mediana fue de 35 años y el 42% habían nacido fuera de España. El 85% de los pacientes presentaron síntomas, siendo el más frecuente la proctitis con o sin diarrea sanguinolenta y/o pus; la mediana entre la fecha de inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 25 días. El 99% de los casos eran HSH y el 84% estaban coinfectados con el VIH. Respecto a las situaciones de riesgo para contraer el LGV, el 54% de los casos manifestó no haber usado el preservativo en la última relación sexual y la mayor parte de los casos refirió contactos sexuales anónimos. Una descripción detallada de los casos de LGV pertenecientes a este brote que residían en Barcelona ha sido publicada recientemente⁶.

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

En Madrid, de acuerdo a la información remitida, entre 2009 y 2011, se han identificado 115 casos. Los 94 casos de los que se dispone de información fueron diagnosticados en 2009 (10 casos), 2010 (30 casos) y 2011 (54 casos); la mayoría eran HSH (91%), con una edad media de 34 años y el 45% procedía de otros países; una elevada proporción (74%) estaban coinfectados con el VIH⁷.

Conclusiones

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

Bibliografía

1. Real Decreto 2210/1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
2. Savage EJ, Van de Laar MJ, Galloway A, Van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, Hoffmann S, Diez M, Borrego MJ, Lowndes CM, Ison C, on behalf of the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) network. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. Euro Surveill. 2009;14(48):pii=19428. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19428>
3. Dougan S, Evans BG, Elford J. Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV-positive men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2007; 34(10):783-90.
4. Vall Mayans M, Sanz Colomo B, Ossewaarde JM. First case of LGV confirmed in Barcelona. Euro Surveill. 2005;10(5):pii=2634. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2634>
5. Vall Mayans M, Caballero E, García de Olalla P, Armengol P, Codina M, Barberà M, Sanz B, Andreu A, Caylà J. Outbreak of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Barcelona 2007/08 – an opportunity to debate sexual health at the EuroGames 2008. Euro Surveill. 2008;13(25):pii=18908. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18908>

6. Vargas-Leguas H, García de Olalla P, Arando M, Armengol P, Barbera M, Vall M, Vives A, Martín-Ezquerria G, Alsina M, Blanco J, Muñoz C, Caballero E, Andreu A, Ros M, Gorrindo P, Domínguez A, Cayla J. Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problem, Barcelona, 2011. Euro Surveill. 2012 Jan 12;17(2). pii: 20057. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20057>
7. Puerta López T, Rodríguez Domínguez MJ, Menéndez Prieto B, Rodríguez Martín C, Ballesteros Martín J, Clavo escribano P, Vera García M, Galán Montemayor JC, Romero Guerrero J. Brote de linfogranuloma venéreo en la Comunidad de Madrid. Congreso Nacional de GESIDA. Noviembre 2010. Madrid.

Agradecimientos

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