

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

**AÑO 2024**

COMUNIDAD DE MADRID

# MORBILIDAD POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MPOX, HEPATITIS B Y C. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2024

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. METODOLOGÍA .....	3
3. RESULTADOS.....	4
3.1. Infección gonocócica .....	4
3.2. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> .....	12
3.3. Linfogranuloma venéreo .....	18
3.4. Sífilis .....	24
3.5. Sífilis congénita .....	33
3.6. Mpox .....	33
3.7. Hepatitis B .....	39
3.8. Hepatitis C .....	42
4. DISCUSIÓN .....	49
5. CONCLUSIONES .....	51
6. ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	52
7. ÍNDICE DE TABLAS .....	54
8. BIBLIOGRAFÍA .....	55

## 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 Madrid<sup>1</sup>, 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 marzo<sup>2</sup>, amplía la lista de enfermedades a declarar, incorporando la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo (LGV) a las ya existentes.

Los resultados de la vigilancia se publican en un informe de carácter anual, 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 mpox, 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 2024, que comienza con la semana 1, el lunes 1 de enero de 2024, y finaliza con la semana 52, el domingo 29 de diciembre de 2024.

Se describen las características de las ITS registradas durante el año 2024 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. Los datos de la Comunidad de Madrid se comparan con los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica que están disponibles cuando se realiza el informe. Para describir la evolución temporal se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la Comunidad de Madrid como del nivel nacional de los últimos 10 años, o desde el momento en el que se incorpora cada enfermedad a vigilancia. En el caso de la Hepatitis B, debido a un cambio en el sistema de registro, se presentan los casos desde el año 2017.

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) así como de aquellas adheridas al programa de profilaxis pre-exposición (PrEP) para la prevención de la infección por VIH en la Comunidad de Madrid<sup>3</sup>.

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.

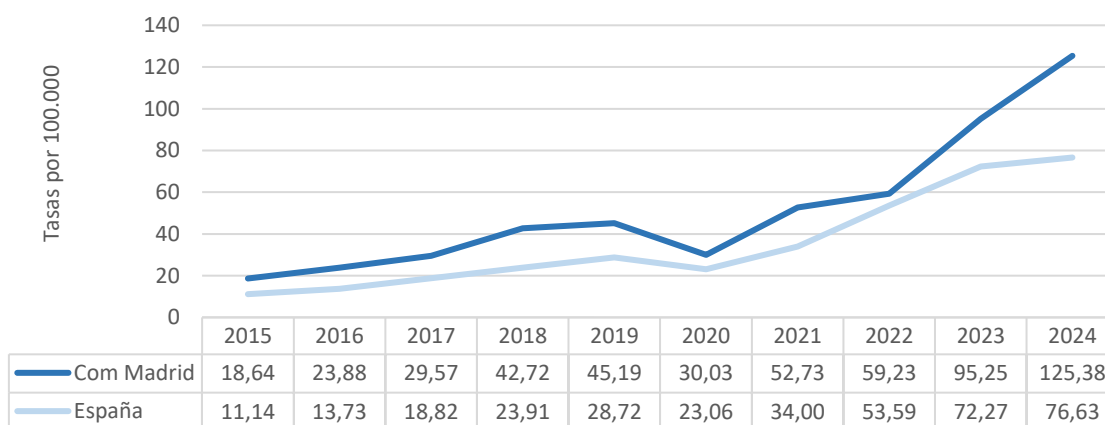
Como fuente de datos demográficos para la obtención de cifras de incidencia global y por sexo se ha dispuesto del censo de población de 2024 extraído de la Estadística Continua de la Población del Instituto Nacional de Estadística.

### 3. RESULTADOS

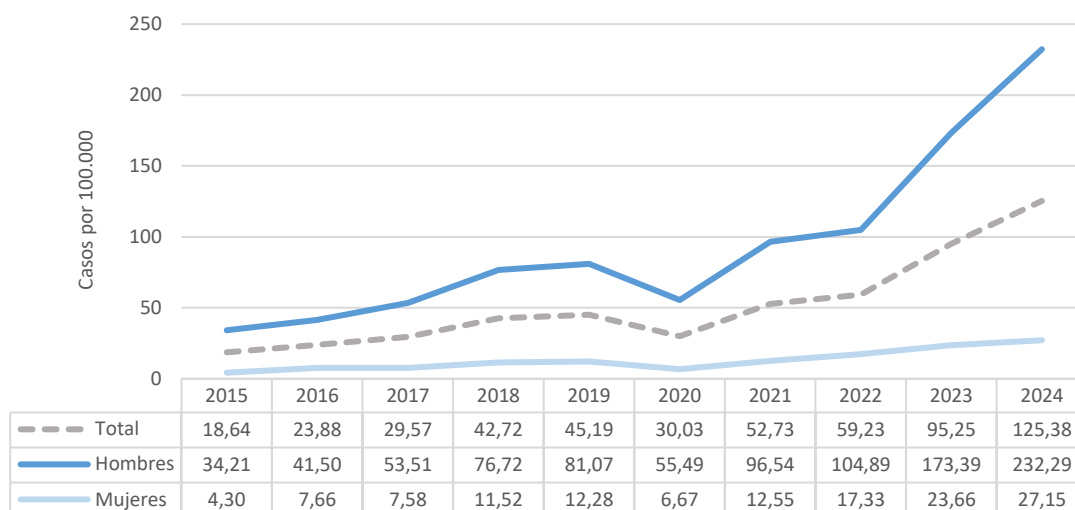
#### 3.1. Infección gonocócica

Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid un total de 8.788 episodios de infección gonocócica, alcanzando los 125,38 casos por 100.000 habitantes, casi 49 puntos por encima de los datos nacionales. Se evidencia, por tanto, un incremento del 31,6% respecto a la incidencia de 2023 y del 111,7% respecto a la de 2022 (Gráfico 3.1.1).

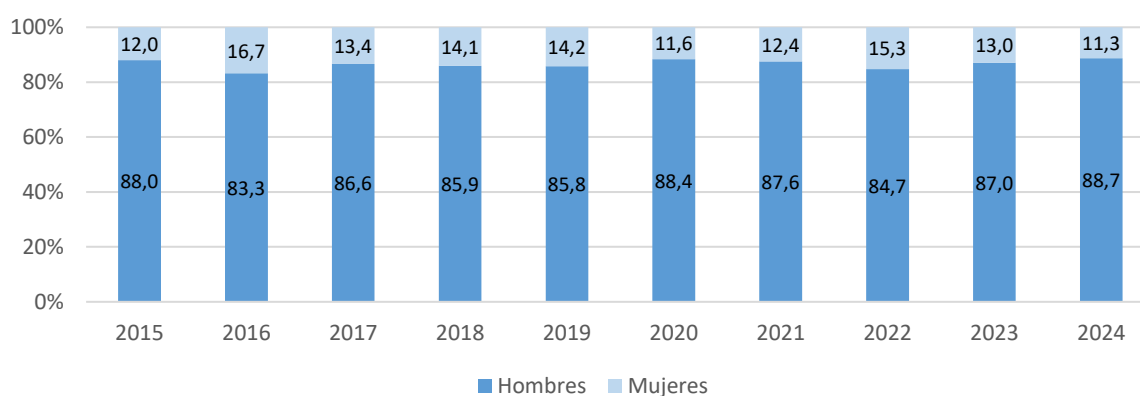
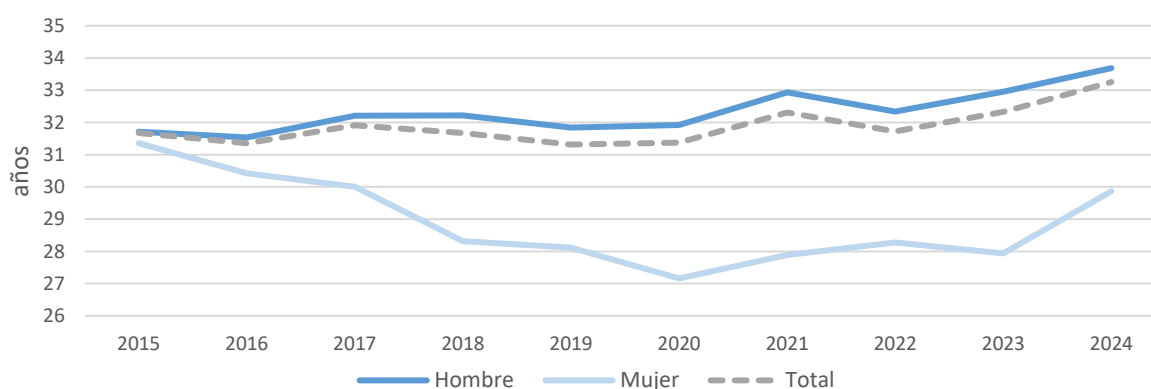
**Gráfico 3.1.1 Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2015-2024.**



Se reafirma la tendencia creciente de la incidencia a lo largo de la serie, a excepción de la observada en 2020 debido a la pandemia por SARS-CoV-2. Como se aprecia en el Gráfico 3.1.2, el incremento se produce fundamentalmente a expensas de las cifras observadas en hombres, en los que la incidencia alcanza los 232,29 casos por 100.000 habitantes, un 34% más respecto a 2023, equivalente a un aumento de 59 puntos en valor absoluto. En mujeres la incidencia crece un 14,8%, unos 3,5 puntos sobre la cifra del año anterior.

**Gráfico 3.1.2 Tasas de incidencia por sexo y año de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.**

Tradicionalmente, el porcentaje de hombres siempre ha sido mayoritario, alcanzando en 2024 la cifra más alta con un 88,7% (Gráfico 3.1.3). La edad media de presentación se incrementó 7 décimas en hombres y hasta dos puntos en mujeres, situándose en 33,7 y 29,9 años respectivamente (Gráfico 3.1.4). La mediana fue de 32 años, situándose el rango de edad entre los 0 y los 79 años.

**Gráfico 3.1.3 Distribución porcentual por sexo de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. 2015-2024.****Gráfico 3.1.4 Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2015-2024.**

Por grupos de edad, el 89,2% de los casos se concentra entre los 20 y 49 años (Gráfico 3.1.5). En hombres, el grupo de edad de 30-39 años se mantiene como mayoritario, aunque aumentan los

porcentajes entre los 40 y los 59 años. Por el contrario, disminuye el peso entre los menores de 30 años (Gráfico 3.1.6). En mujeres, el grupo de edad más representado sigue siendo el de 20-29 años y aumentan los porcentajes en mujeres entre los 40 y los 59 años. En el grupo de 15-19 años, si bien se produce un leve descenso porcentual, hasta el 13,4% de las infecciones gonocócicas en mujeres, en cifra absolutas continúa incrementándose el número de casos, registrándose 133 en 2024 (15 más que en 2023) (Gráfico 3.1.7). En menores de 1 año se han identificado 3 casos, todos ellos relacionados con transmisión intraparto.

Gráfico 3.1.5 Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

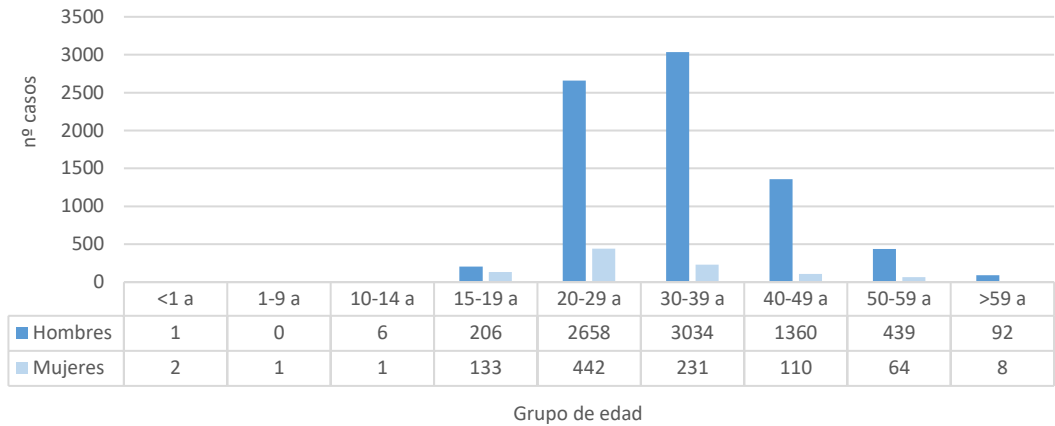
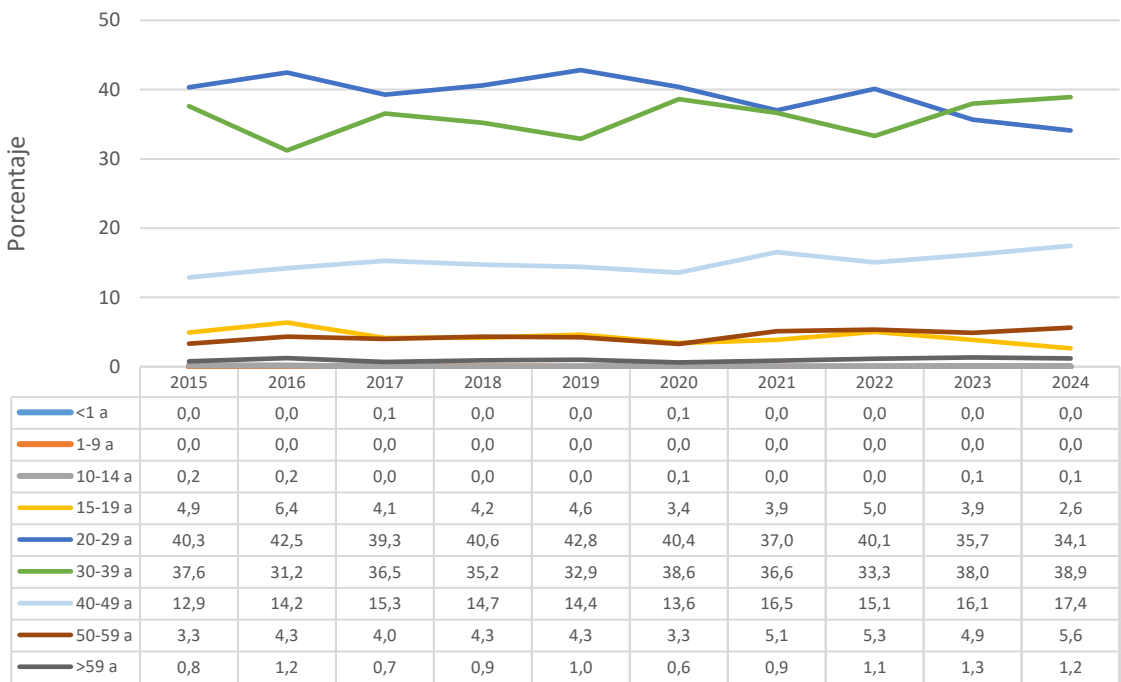
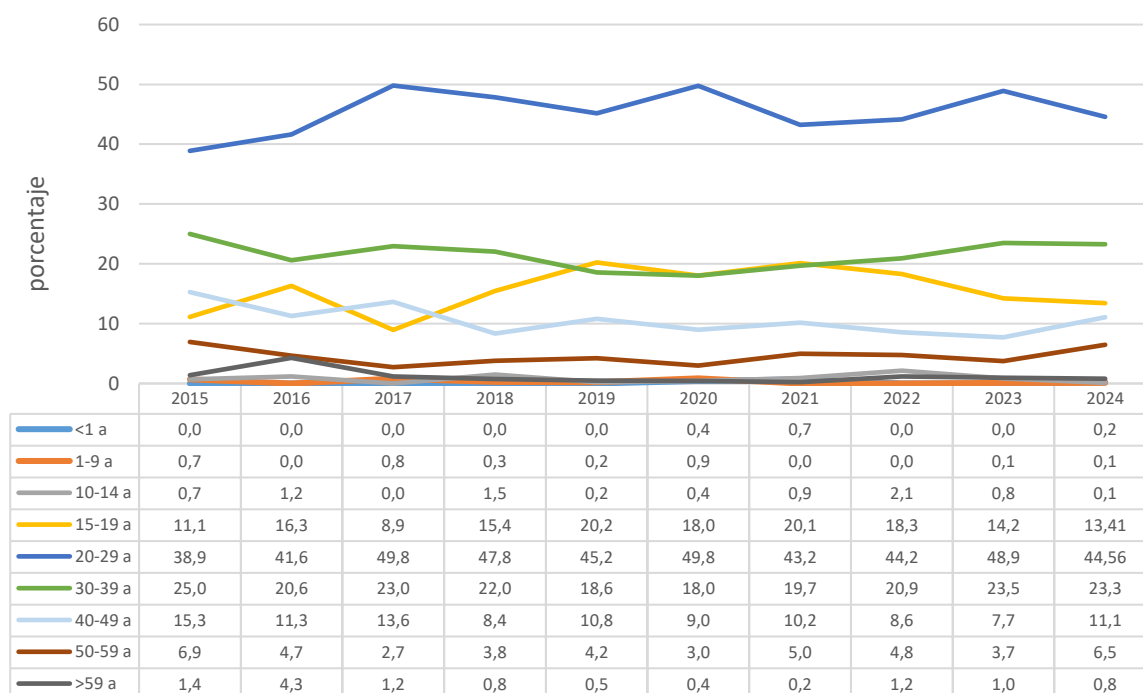


Gráfico 3.1.6 Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.



**Gráfico 3.1.7 Infección gonocócica en mujeres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.**

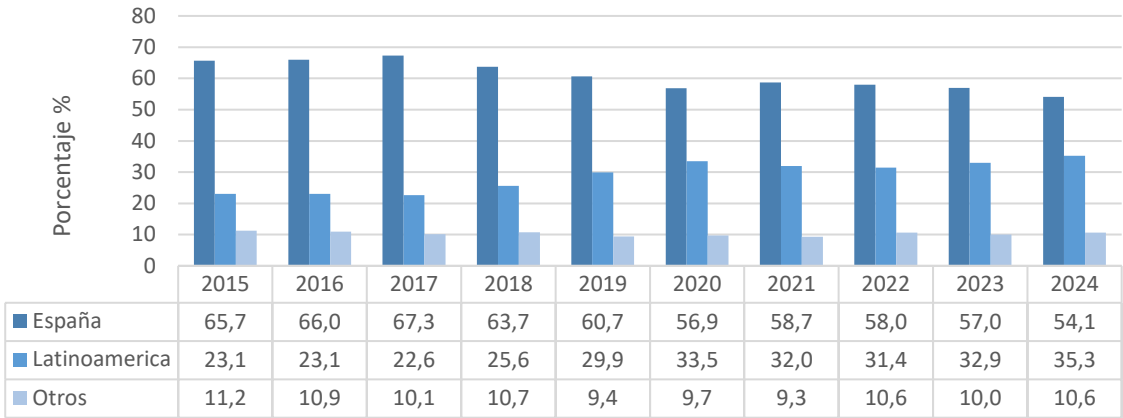
En cuanto a la orientación sexual, la información está recogida en el 66,9% del total de casos. En hombres el resultado se desconoce en el 31,8%, siendo el 64,1% hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (corresponden al 85% entre en los que la información se ha registrado) (Gráfico 3.1.1). La variable “uso de preservativo” está cumplimentada en el 42,1% de los casos notificados, de los cuales, el 96,2% no había hecho uso del preservativo.

**Tabla 3.1.1 Orientación sexual de los casos de infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
Homosexual/bisexual	64,1	4,4
Heterosexual	4,1	51,8
Desconocido	31,8	43,8

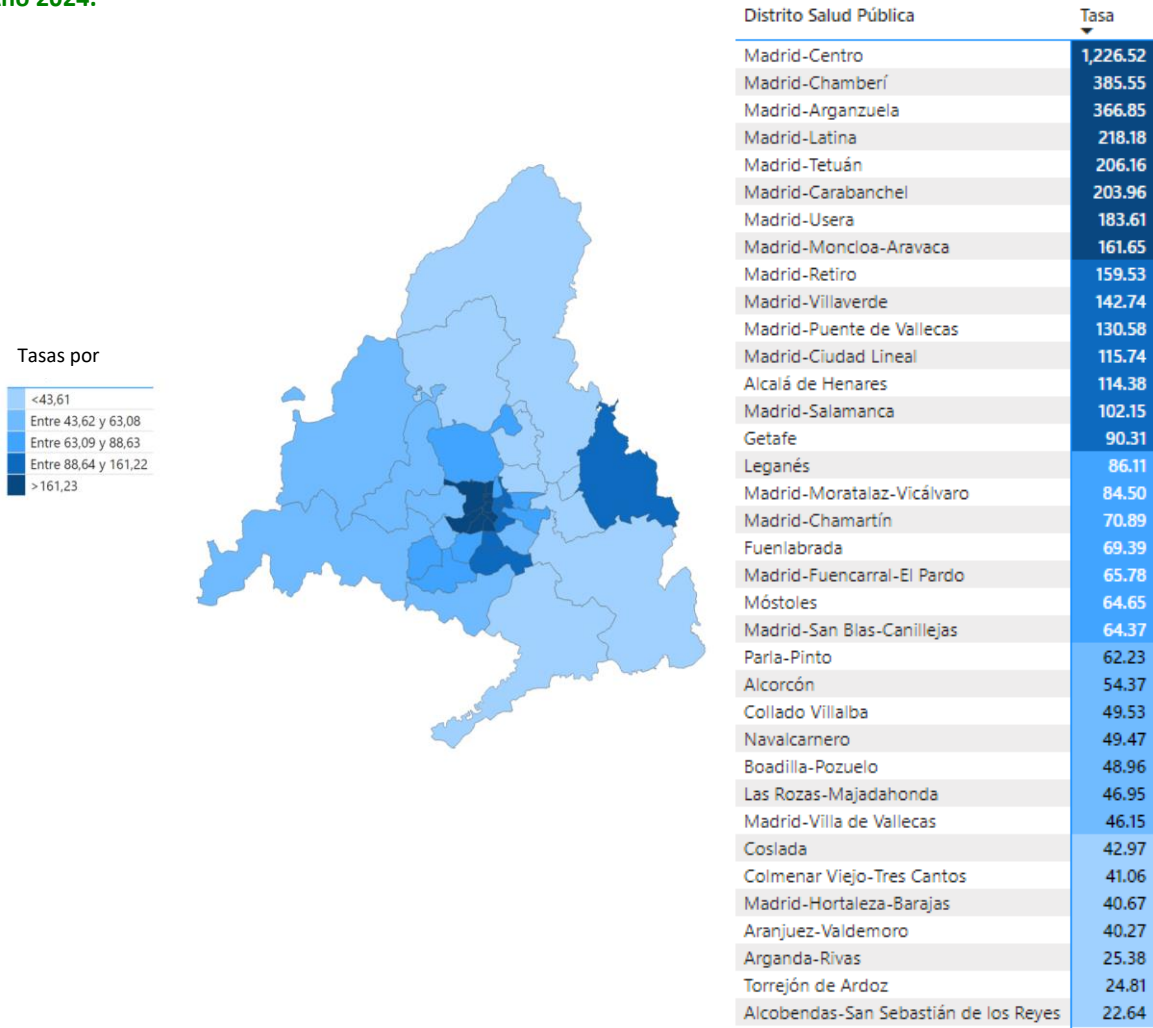
El país de origen consta en el 98,6% de los registros. De estos el 54,1% corresponde a personas nacidas en España, casi 3 puntos por debajo de 2023. El resto aglutina hasta 108 países diferentes de los 5 continentes y, como viene objetivándose en años anteriores, con predominio de países latinoamericanos. En 2024 estos alcanzan el 35,3% de las notificaciones, siendo Venezuela con el 10,4%, Colombia con el 7,3% y Perú con el 3,4% los que aportan más casos (Gráfico 3.1.8).

Gráfico 3.1.8 Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2015-2024.



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 en Centro, con 1226,52 casos por 100.000 habitantes, seguido por Chamberí, Arganzuela y Latina. Fuera del ámbito municipal de la capital destacan Alcalá de Henares, Getafe y Leganés, aunque muy por debajo de las cifras de los anteriores (Gráfico 3.1.9).

Gráfico 3.1.9 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.





En cuanto a la presentación clínica, el 50,3% de los casos carece de información al respecto. El protocolo no recoge el concepto “asintomático” por los que muchos de estos casos pueden corresponder a episodios sin clínica asociada que se diagnostican en el contexto de cribados sistemáticos a personas con prácticas sexuales de riesgo. Entre el 49,7% que cuenta con información clínica, el cuadro más frecuente en hombres fue uretritis, que consta en el 71,6% de los registros, seguido de proctitis, en el 21%. En mujeres, se diagnosticó cervicitis en el 51,2%, enfermedad inflamatoria pélvica en el 24,3% y uretritis en el 14% (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 2024.**

Hombre	%	Mujer	%
Uretritis	71,6	Cervicitis	51,2
Proctitis	21,1	Enfermedad inflamatoria pélvica	24,3
Faringitis	5,4	Uretritis	14,0
Epididimitis	1,2	Faringitis	6,6
Artritis	0,2	Proctitis	1,5

No se identificó ninguna defunción entre los casos de enfermedad gonocócica, pero sí un total de 100 episodios de hospitalización, correspondiendo 78 a mujeres. Entre estas, el diagnóstico más frecuente fue la enfermedad inflamatoria pélvica, sumando 70 casos con un rango de edad entre los 15 y los 52 años. Entre los 22 hombres que precisaron ingreso hospitalario, los diagnósticos más frecuentes fueron proctitis, uretritis y artritis (Tabla 3.1.3).

**Tabla 3.1.3 Principales diagnósticos en hospitalización\* debida a infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Hombres		Mujeres	
Proctitis	8	Enfermedad inflamatoria pélvica	70
Uretritis	7	Cervicitis	14
Artritis	5	Salpingitis	4
Faringitis	2	Uretritis	3
Epididimitis	1	Artritis	2

\*Puede haber más de un diagnóstico por hospitalización

En un 22,2% de los casos se identificaron una o más coinfecciones por otras ITS. La más frecuente fue por *Chlamydia trachomatis*, encontrándose en el 17,6% de los registros y siendo 4 puntos porcentuales más frecuente en mujeres que en hombres. La sífilis se presentó en el 5% de los casos, mayormente en hombres. 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 coinfecciones por otras ITS, por sexo. Comunidad de Madrid. 2024.**

	Hombres (n)	%	Mujeres (n)	%	Total	%
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	1334	17,1	211	21,3	1545	17,6
Sífilis	429	5,5	14	1,4	443	5,0
Herpes genital	74	0,9	20	2,0	94	1,1
Condiloma acuminado	43	0,6	3	0,3	46	0,5
Molluscum contagiosum	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Pediculosis	3	0,0	0	0,0	3	0,0
Escabiosis	5	0,1	0	0,0	5	0,1
Sífilis y <i>Chlamydia</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cualquier coinfección	1722	22,1	233	23,5	1955	22,2

Por número de coinfecciones diagnosticadas en cada episodio de infección gonocócica, en el 20,3% se encontró 1 ITS, en el 1,9% se hallaron 2 ITS y en el 0,1% hasta 3 ITS. Solamente en un caso se identificaron hasta 4 infecciones distintas, además del gonococo (Tabla 3.1.5).

**Tabla 3.1.5 Casos de infección gonocócica según número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Nº de coinfecciones	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
1	1563	20,0	220	22,2	1783	20,3
2	152	1,9	11	1,1	163	1,9
3	6	0,1	2	0,2	8	0,1
4	1	0,01	0	0,0	1	0,01

Se han recogido también datos sobre infección por VIH, VHB y VHC en el momento del diagnóstico de la enfermedad gonocócica. El 14,2% de los registros eran positivos para VIH, el 0,3% para VHC y el 0,1 para VHB (Tabla 3.1.6).

**Tabla 3.1.6 Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Diagnóstico	Hombre %	Mujer %	Total %
VIH	15,7	2,4	14,2
VHC	0,7	0,1	0,3
VHB	0,3	0,1	0,1

El 8,5% de los episodios registrados corresponde a reinfecciones padecidas en el mismo año, el 9,4% en hombres y el 1% en mujeres. La mayoría, el 7,9%, se identifica como primera reinfección, el 0,5% como segunda y solo dos episodios como tercera reinfección (Tabla 3.1.7).

**Tabla 3.1.7 Reinfecciones de infección gonocócica según sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Reinfecciones total	733	9,4	10	1,0	743	8,5
1ª reinfección	684	8,8	10	1,0	694	7,9
2ª reinfección	47	0,6	0	0	47	0,5
3ª reinfección	2	0,03	0	0	2	0,02

El 29,3% de los casos de gonococia corresponde a usuarios de PrEP para la prevención de la infección por VIH, siendo en hombres el 32,6% y en mujeres el 3,4% (Tabla 3.1.8). Entre estos, los episodios con coinfecciones, son 1,2 puntos porcentuales superiores en el grupo no usuario de PrEP (Tabla 3.1.9). En el caso de las reinfecciones, estas se detectan con mayor frecuencia entre los usuarios de PrEP, ascendiendo entre estos hasta el 17,1% frente al 4,9% entre los que no lo son. Tanto las primeras como las segunda y terceras reinfecciones se presentan con más frecuencia entre los que utilizan la PrEP como prevención de la infección por VIH (Tabla 3.1.10).

**Tabla 3.1.8 Uso de PrEP por sexo entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
<b>Total</b>	6213	70,7	2575	29,3	8788
<b>Hombre</b>	5255	67,4	2541	32,6	2575
<b>Mujer</b>	958	96,6	34	3,4	992

**Tabla 3.1.9 Coinfecciones por ITS en función del uso de PrEP entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total	%
<b>Coinfecciones</b>	1403	22,6	552	21,4	1955	22,2
<b>Coinfección 1 ITS</b>	1277	20,6	506	19,7	1783	20,3
<b>Coinfección 2 ITS</b>	119	1,9	44	1,7	163	1,9
<b>Coinfección 3 ITS</b>	7	0,1	1	0,04	8	0,1
<b>Coinfección 4 ITS</b>	0	0	1	0,04	1	0,01

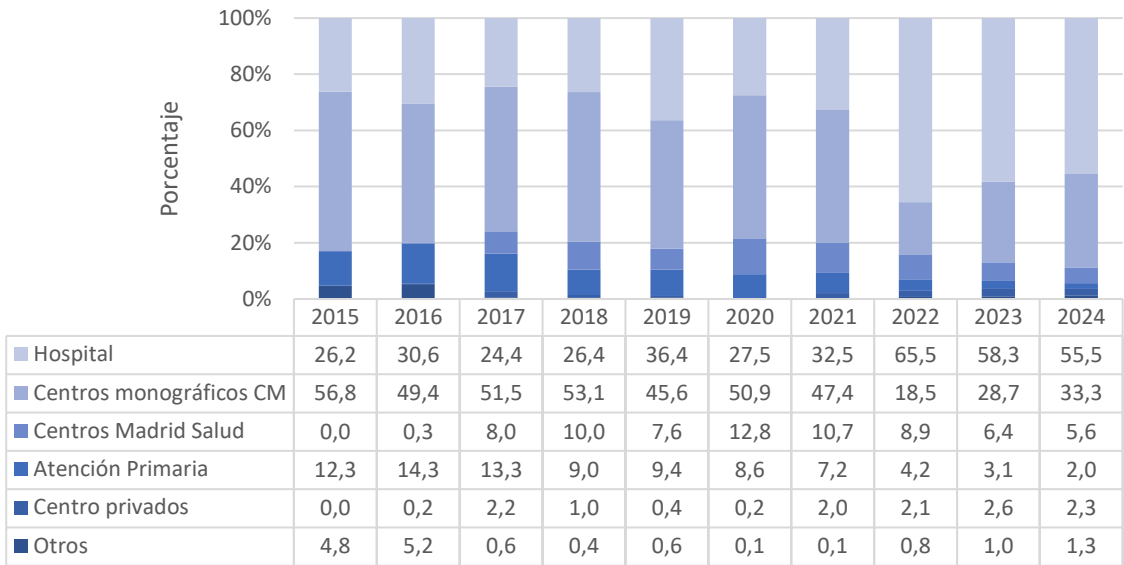
**Tabla 3.1.10 Re infecciones en función del uso de PrEP entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total	%
<b>Re infecciones total</b>	302	4,9	441	17,1	743	8,5
<b>1ª reinfección</b>	290	4,7	404	15,7	694	7,9
<b>2ª reinfección</b>	12	0,2	35	1,4	47	0,5
<b>3ª reinfección</b>	0	0	2	0,1	2	0,02

El 100% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico. Las técnicas diagnósticas más utilizadas fueron la detección de ácido nucleico en el 95% y el aislamiento de gonococo en el 26,3%. En el 21,4% ambas pruebas fueron positivas.

En cuanto a la declaración de la infección gonocócica, el 55,5% corresponde a notificaciones realizadas desde los centros hospitalario públicos de la Comunidad de Madrid, el 33,3% desde los centros monográficos de ITS, el 5,6% desde centros municipales de salud del ayuntamiento de Madrid y el 2% desde atención primaria (Gráfico 3.1.10).

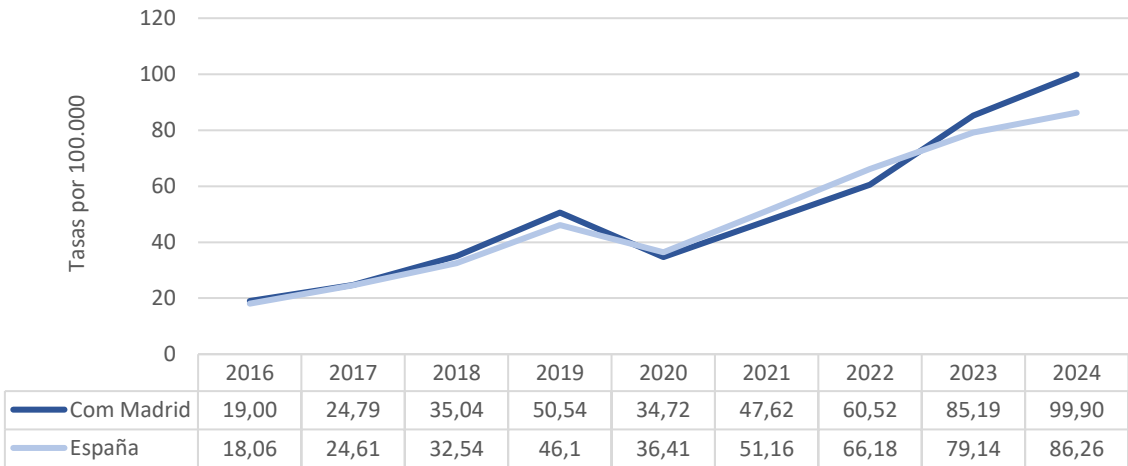
Gráfico 3.1.10 Notificación de infección gonocócica, según origen, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.

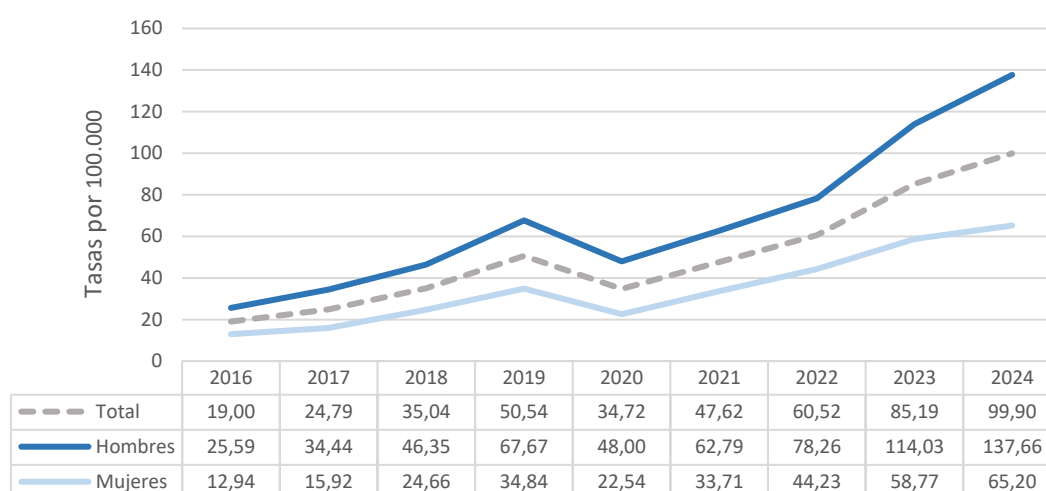


3.2. Infección por *Chlamydia trachomatis*

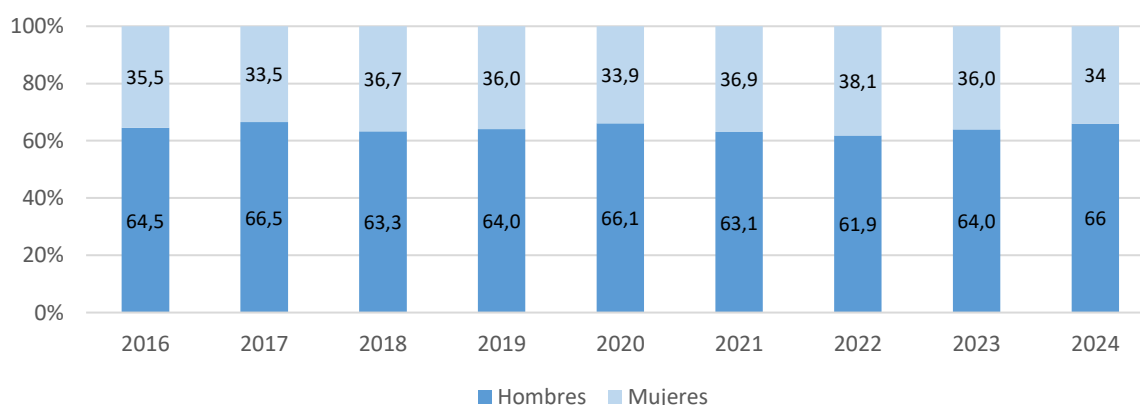
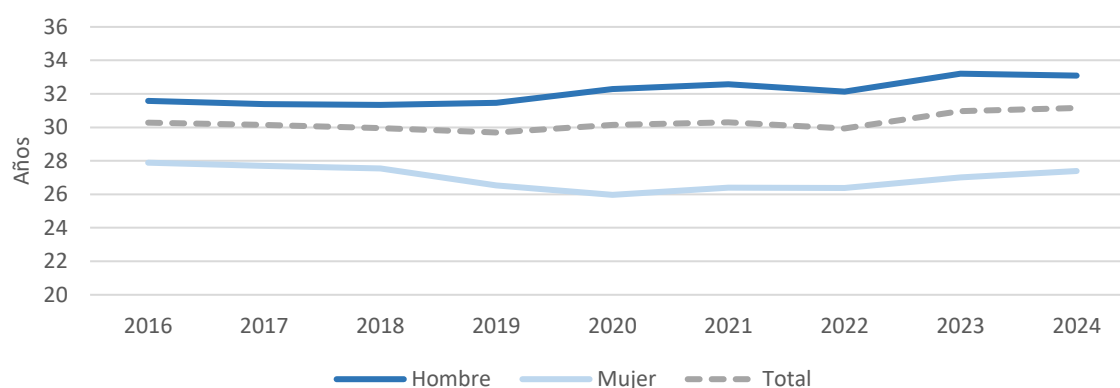
En 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 7.002 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), lo que supone un aumento del 19,8% en el número casos respecto al año anterior. Ello se traduce en un aumento de la incidencia de 14,71 puntos (17,3%), alcanzando los 99,90 casos por 100.000 habitantes, frente a los 86,26 del total nacional. El incremento de la tasa de incidencia desde el año 2016 hasta 2024 es de un 425,8% (Gráfico 3.2.1). En hombres, la tasa de incidencia fue de 137,66 casos por 100.000, más del doble de la observada en mujeres, con 65,20 (Gráfico 3.2.2).

Gráfico 3.2.1 Tasas de infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2024.



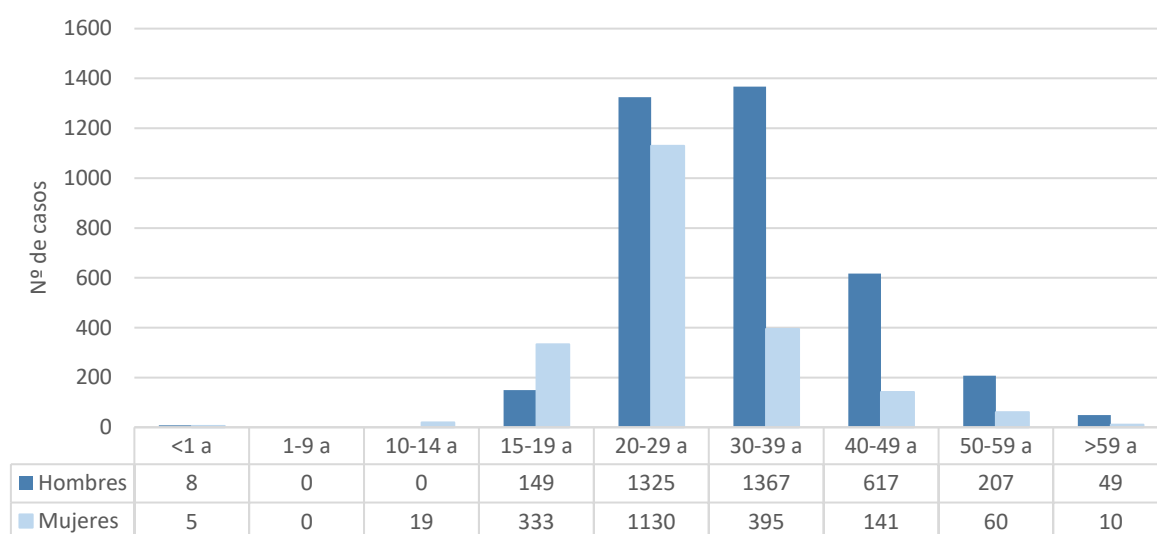
**Gráfico 3.2.2 Tasa de incidencia anual de infección por *Chlamydia trachomatis*, por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

Según la distribución porcentual por sexo, el 66% de los casos se presentó en hombres, cifra ligeramente mayor que la observada en años previos (Gráfico 3.2.3). La mediana de edad se sitúa en los 29 años y la media en los 31 años, siendo en hombres de 33,1 (rango de 0-90 años) y 27,4 en mujeres (rango de 0-81 años), habiendo aumentado la diferencia de 3,7 a 5,7 años desde 2016 hasta 2024 (Gráfico 3.2.4).

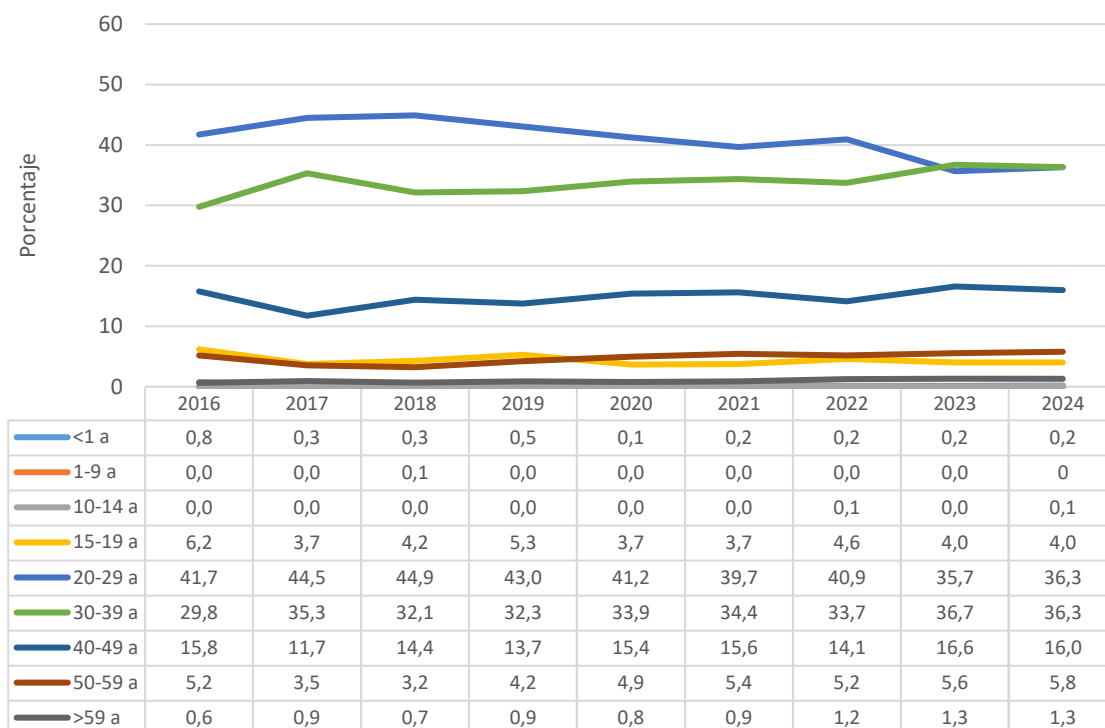
**Gráfico 3.2.3 Distribución por sexo de infección *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. 2016-2024.****Gráfico 3.2.4 Evolución de la media de edad por sexo en la infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se concentró entre los 20 y los 39 años, que recoge el 72,7% de los casos en hombres y el 71,4% en mujeres. Si ampliamos el rango de 20-49 años, los porcentajes se incrementan a 88,7% y 79,4%, respectivamente (Gráfico 3.2.5). En hombres, aunque desde el inicio de la serie el grupo de edad predominante ha sido el de 20-29 años, el aumento progresivo de casos de 30-39 años, ha dado lugar a que sus porcentajes se igualen en 2024 (Gráfico 3.2.6). El incremento de la media de edad observado en mujeres, se produce a expensas fundamentalmente del mayor porcentaje de casos en mayores de 40 años. Como en años anteriores, llama la atención el número de casos de *Chlamydia trachomatis* en mujeres adolescentes, en las que el grupo de 15 a 19 años concentró el 16,2% de los diagnósticos. Hay además un 0,4% (9 casos) que afecta a niñas de 10 a 14 años, porcentaje que ha disminuido comparado con años anteriores (Gráfico 3.2.7). Se han registrado 17 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en menores de un año, cuyo mecanismo de contagio en su totalidad ha sido la transmisión intraparto.

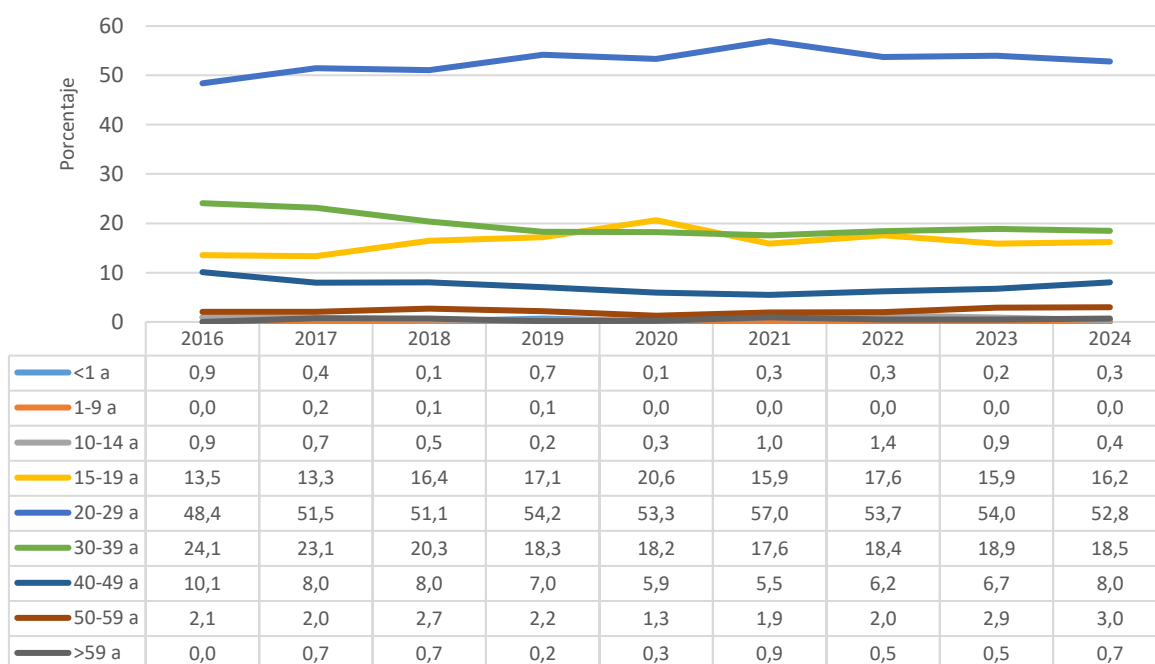
**Gráfico 3.2.5 N.º de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.**



**Gráfico 3.2.6 Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

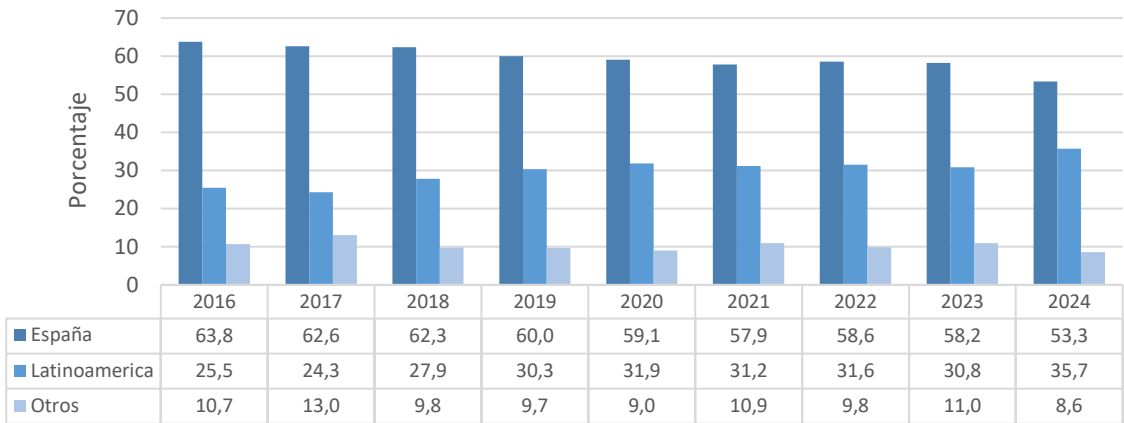


**Gráfico 3.2.7 Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



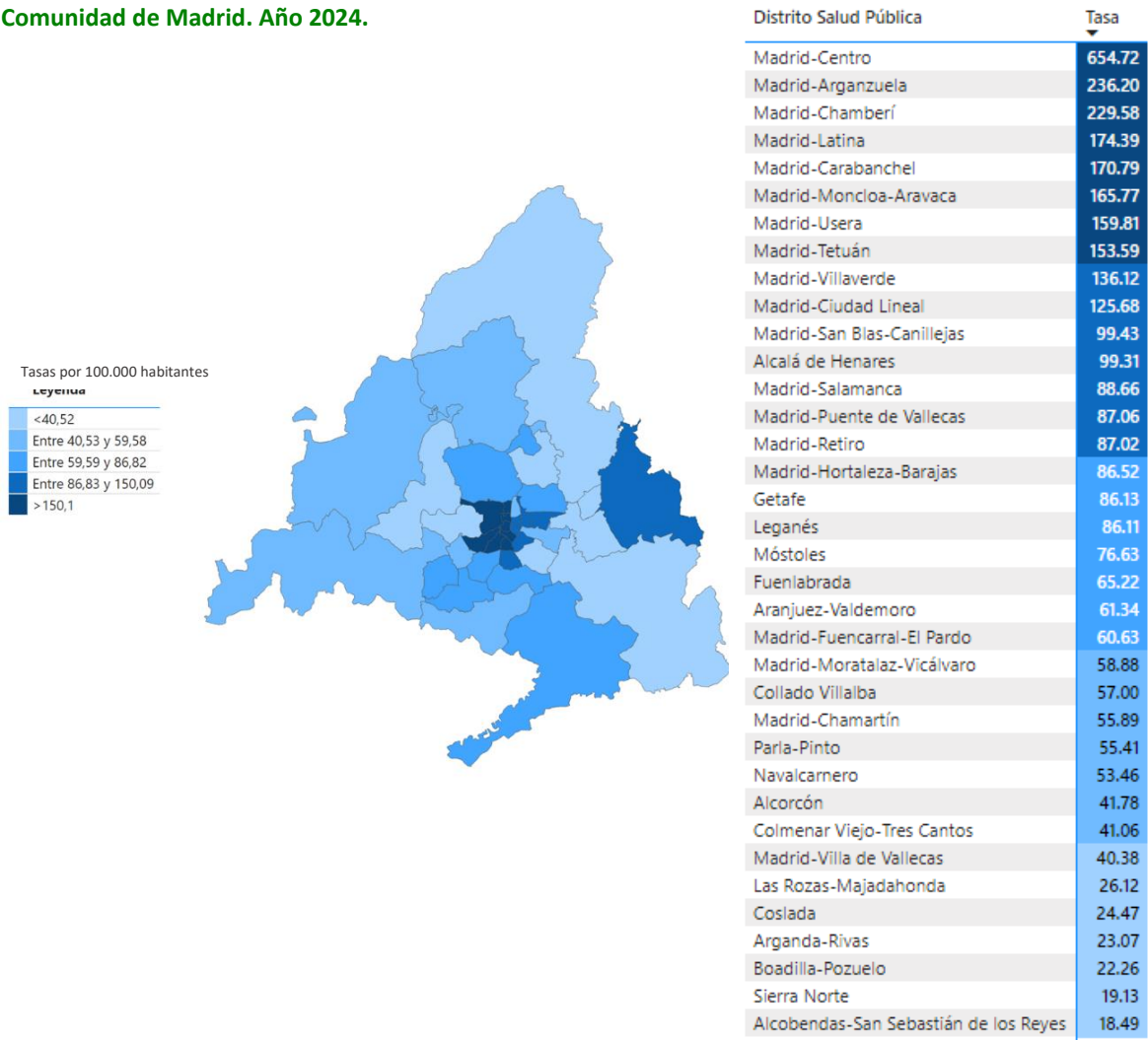
En el 97,7% de los casos se registró el país de origen, cuantificando un total de 97 nacionalidades. A lo largo de la serie, el porcentaje de casos de origen español ha ido disminuyendo hasta el 53,3% en 2024. Por el contrario, continúa la tendencia ascendente de casos provenientes de Latinoamérica, alcanzando el 35,7%. Entre estos últimos, los países de los que más casos se registraron fueron Venezuela con 583 casos, Colombia con 471 y Perú con 305 (Gráfico 3.2.8).

Gráfico 3.2.8 Distribución según lugar de origen. *Chlamydia trachomatis*, Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Los distritos donde se concentra mayor cantidad de casos corresponden al municipio de Madrid, situación similar a lo que encontramos en otras ITS. Destaca el distrito Madrid-Centro con 654,72 casos por 100.000 habitantes, 102,67 puntos más que el año anterior, Madrid-Arganzuela, Madrid-Chamberí y Madrid-Latina le siguen con cifras sensiblemente menores (Gráfico 3.2.9).

Gráfico 3.2.9 Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Se requirió ingreso hospitalario en el 1,2% de los casos (n=82), de los cuales el 86,6%, fueron mujeres.



Todos los casos se confirmaron microbiológicamente mediante PCR. La muestra más frecuente en hombres fue el exudado rectal con el 41,3%, siendo en mujeres el exudado cervical con el 75% (Tabla 3.2.1). Los 17 casos menores de 1 año se diagnosticaron a través de exudado conjuntival positivo en 14 de ellos y exudado faríngeo positivo en los otros 3, 1 de ellos con neumonía congénita por *Chlamydia trachomatis*.

**Tabla 3.2.1 Origen de la muestras diagnósticas por sexo. *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Hombres	%	Mujeres	%
Exudado rectal	41,3	Exudado cervical	75,0
Exudado uretral	26,3	Exudado vaginal	10,3
Orina	23,6	Orina	6,0
Exudado faríngeo	3,4	Exudado rectal	2,1
Exudado nasofaríngeo	2,7	Exudado faríngeo	1,3
Úlcera genital	0,5	Exudado uretral	0,7

El 3,3% de los episodios registrados corresponden a reinfecciones, 4,4% en hombres y 1,2% en mujeres. Se han notificado 7 episodios como segunda reinfección de los cuales 6 corresponden a hombres (Tabla 3.2.2).

**Tabla 3.2.2 Reinfecciones de infección por *Chlamydia trachomatis* según sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Reinfecciones total	201	4,4	29	1,2	230	3,3
1ª reinfección	138	3,0	85	3,6	223	7,9
2ª reinfección	6	0,1	1	0,04	7	0,1

De todos los casos de infección por *Chlamydia trachomatis* notificados, el 23% eran usuarios de PrEP frente a la infección por VIH. En hombres ascendía al 34,3%, siendo tan solo el 1% en las mujeres (Tabla 3.2.3). El porcentaje de reinfecciones fue sensiblemente mayor entre los usuarios de PrEP (8%) frente a los no usuarios (1,9%). Todas las segundas reinfecciones se dieron en usuarios de PrEP (Tabla 3.2.4).

**Tabla 3.2.3 Uso de PrEP por sexo entre los casos de infección por *Chlamydia Trachomatis*. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

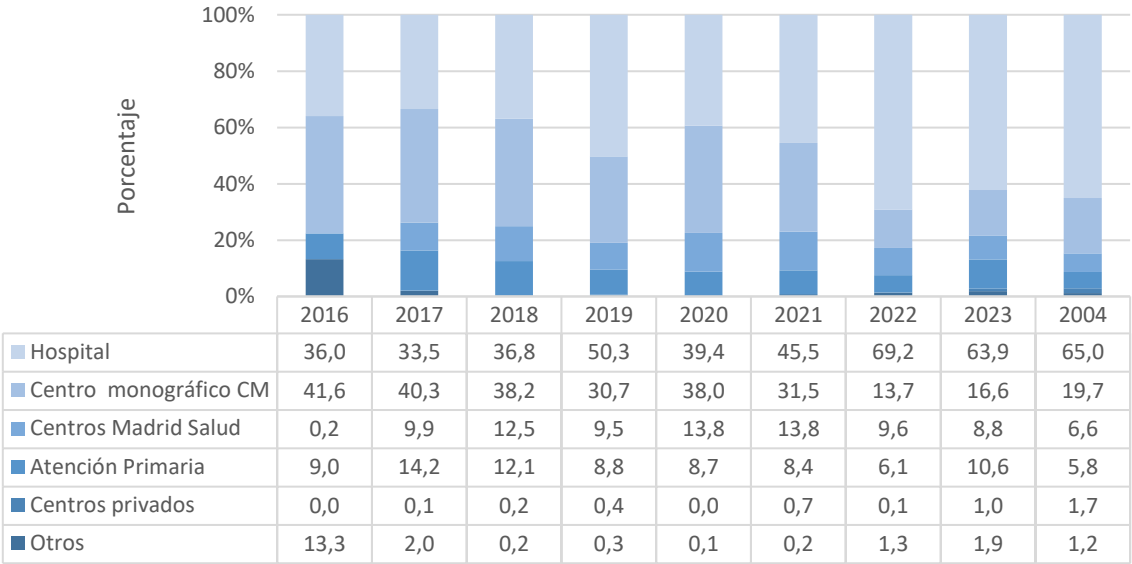
	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Total	5395	77,0	1607	23,0	7002
Hombres	3037	65,7	1583	34,3	4620
Mujeres	2358	99,0	24	1,0	2382

**Tabla 3.2.4 Número de reinfecciones por *Chlamydia trachomatis* según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total	%
Reinfecciones	102	1,9	128	8,0	230	3,3
1ª reinfección	102	1,9	121	7,5	223	3,2
2ª reinfección	0	0	7	0,4	7	0,1

Respecto a la fuente de notificación, la participación de la atención hospitalaria ha aumentado progresivamente a lo largo de los años, hasta situarse en los últimos tres años en el rango del 60-70% del total de declaraciones, siendo del 65% en 2024. El 19,7% de las notificaciones corresponde a los centros monográficos de enfermedades de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid, que ha aumentado 3,1 puntos porcentuales respecto al año anterior. Los centros municipales de Madrid Salud suman el 6,6% y atención primaria el 5,8% (Gráfico 3.2.10).

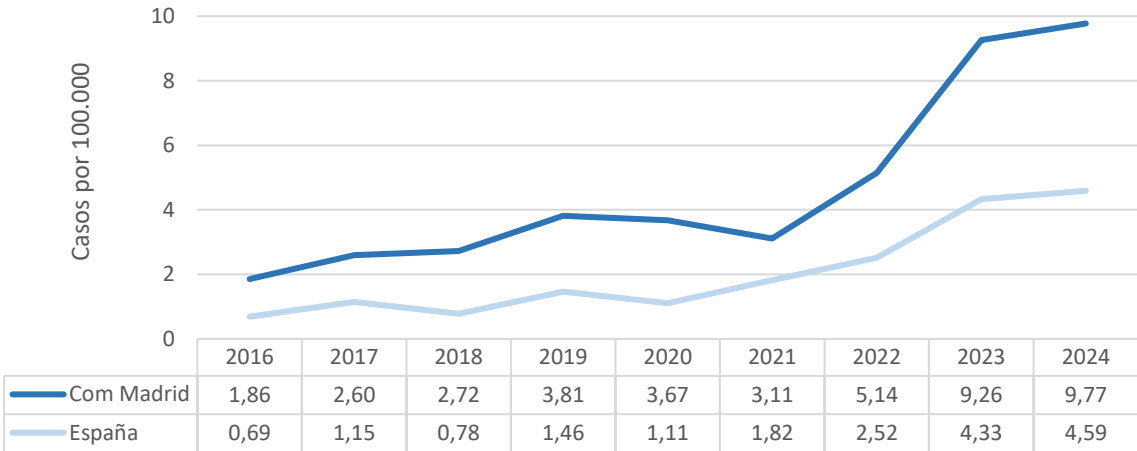
Gráfico 3.2.10 Notificación de la infección por *Chlamydia trachomatis*, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



3.3. Linfogranuloma venéreo

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 685 casos de linfogranuloma venéreo (LGV), siendo la tasa de incidencia acumulada de 9,77 casos por 100 000 habitantes, el doble de la observada a nivel nacional. Supone un aumento del 5,6% respecto a la tasa del año previo, lejos del 78,5% de incremento que se observó en 2023 respecto 2022 (Gráfico 3.3.1).

Gráfico 3.3.1 Tasas de incidencia LGV. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2024.



En cuanto a la distribución por sexo, continúa el predominio de los casos en varones que se observa desde el principio de la serie, el 98% en 2024. Se han contabilizado 14 mujeres, siendo esta la cifra más alta en números absolutos desde 2017 (Gráfico 3.3.2).

La media de edad se mantiene en cifras similares a años previos, con 36,3 años, siendo la mediana de 35 y un rango que oscila entre los 16 y los 72 años (Gráfico 3.3.3). Por grupos de edad, el mayor porcentaje se concentra entre los 30-39 años seguido de los 20-29 años. No se han identificado menores de edad. Entre las 14 mujeres notificadas, no se identifican menores de 20 años ni mayores de 60, siendo la media de edad de 33,2 años (Gráfico 3.3.4) (Gráfico 3.3.5).

Gráfico 3.3.2 Distribución de casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.

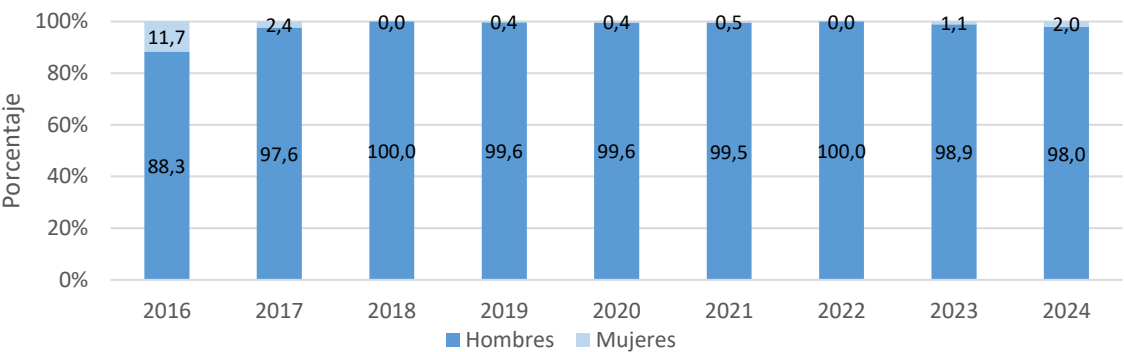


Gráfico 3.3.3 Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.

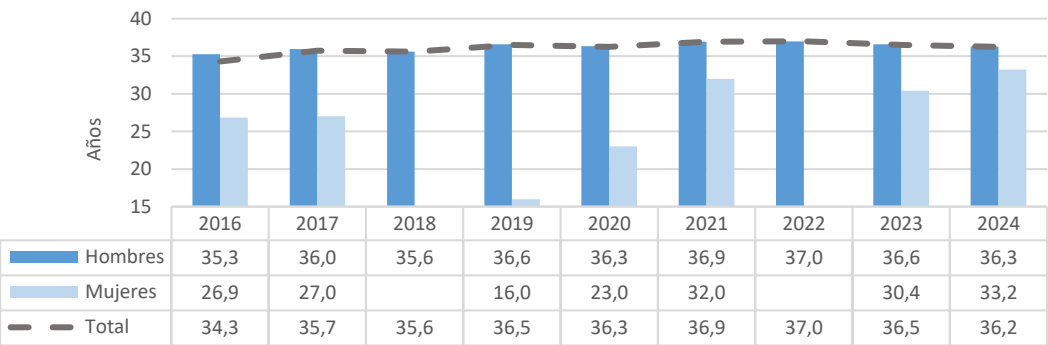


Gráfico 3.3.4 Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.

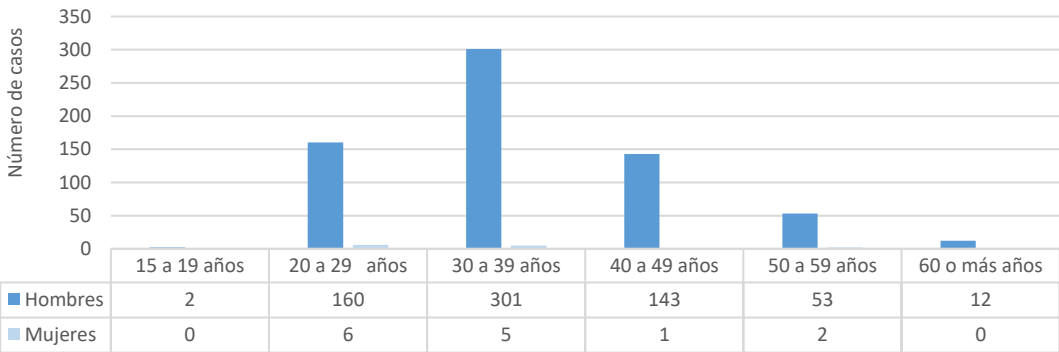
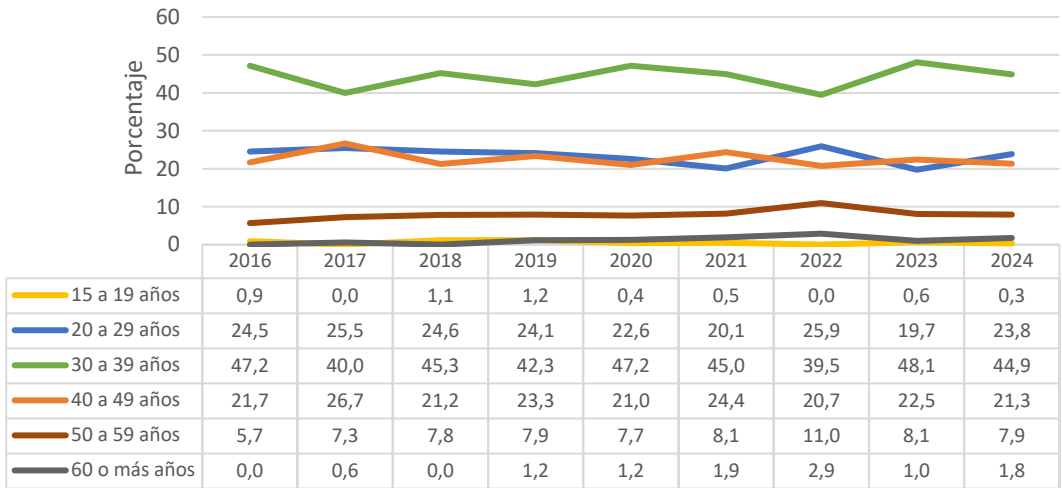


Gráfico 3.3.5 Distribución por porcentaje de casos de LGV por grupos de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.



Se ha recogido información sobre la orientación sexual en el 91,2% de los casos. Del total de hombres, el 91,5% son corresponden a HSH, siendo el 8% desconocido (Tabla 3.3.1).

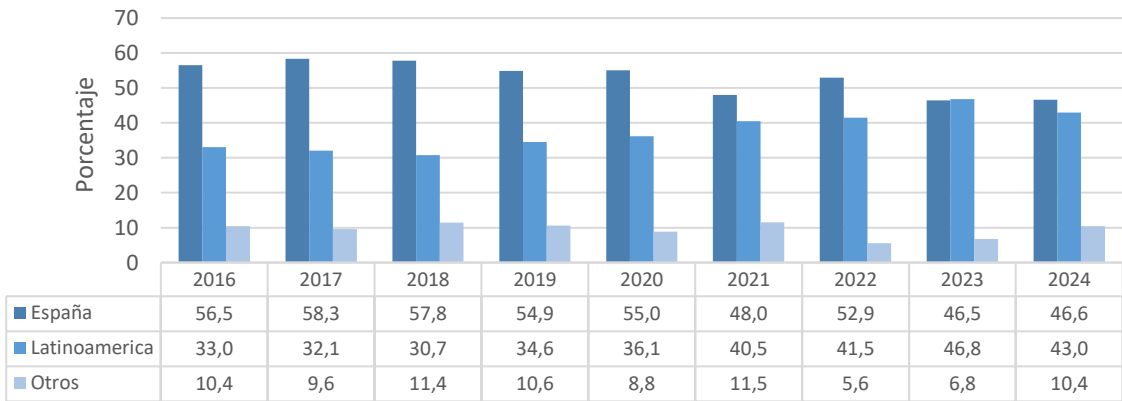
Tabla 3.3.1 Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
Homosexual/Bisexual	91,5	0,0
Heterosexual	0,4	57,1
Desconocido	8,0	42,9

La variable “uso de preservativo” está cumplimentada en 36,5% de los casos notificados. Entre estos, el 96,4% no había hecho uso del método barrera.

En el 99,6% de los registros estaba cumplimentado el país de origen. Si bien el porcentaje de casos con origen en Latinoamérica se ha ido incrementando con los años, llegando en 2023 a superar a los de origen español, en 2024 estos últimos vuelven a ser los más frecuentes, con el 46,6% de los casos. El resto aglutinó procedencias de 40 países diferentes. De estos, la mayoría procedía de países latinoamericanos, el 43%, entre los cuales destacan Venezuela con un 15%, Colombia con el 8,9% y Perú con el 4,1% (Gráfico 3.3.6).

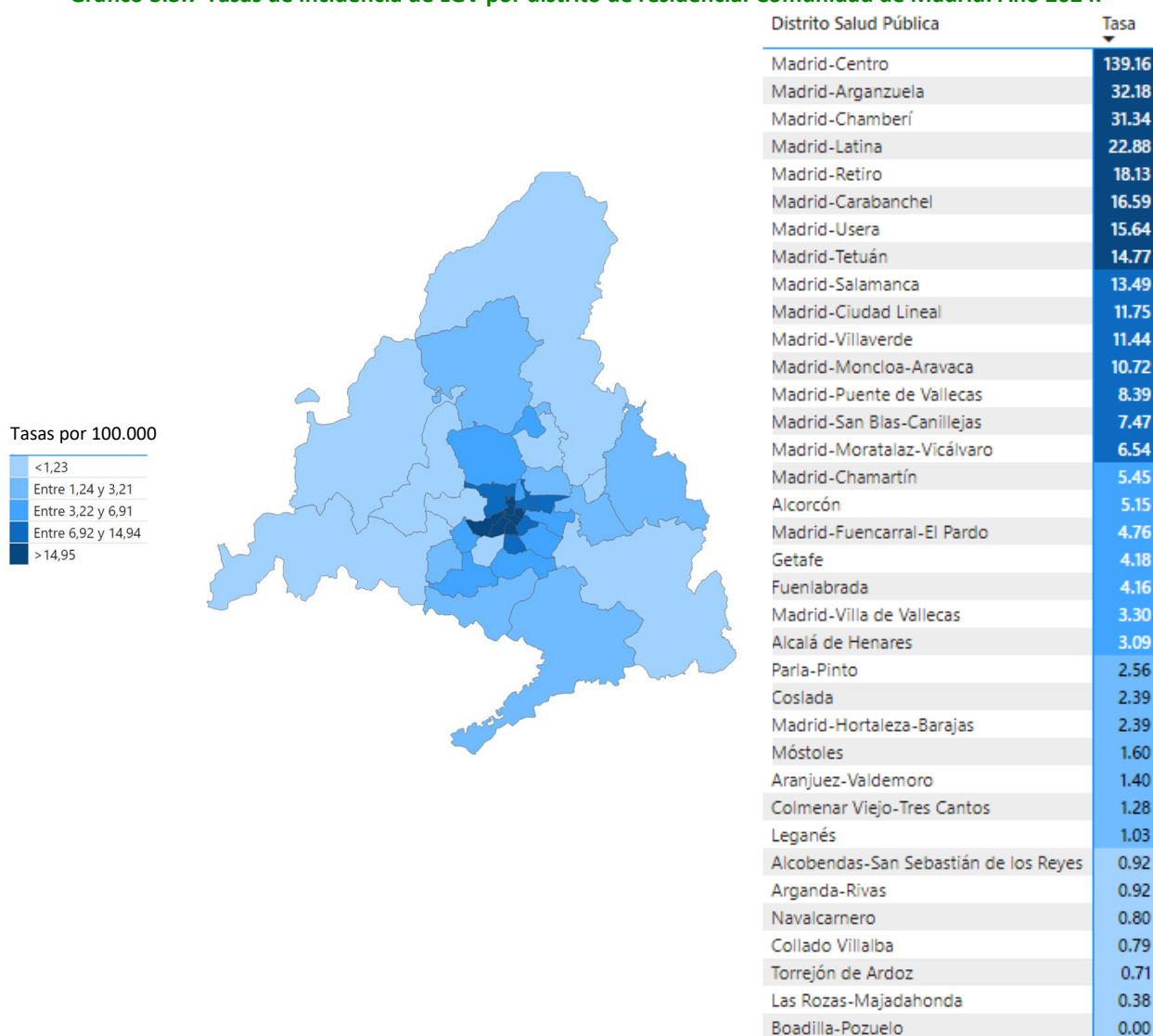
Gráfico 3.3.6 Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Según la georreferenciación por domicilio de los casos, los distritos con mayor incidencia de LGV corresponden a aquellos ubicados en el municipio de Madrid, tal y como ocurre en otras ITS.

Destacan el distrito Madrid-Centro con una tasa de 139,16 casos por 100.000 habitantes, Madrid-Arganzuela con 32,18 y Madrid-Chamberí con 31,34 (Gráfico 3.3.7).

**Gráfico 3.3.7 Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.**



El 100% de los casos ha sido confirmado por detección de ácido nucleico. Respecto a la presentación clínica del LGV, se dispone de información en el 86,7% de los casos. El 24,2% no presentaba sintomatología en el momento del diagnóstico. En hombres, el cuadro clínico más habitual fue proctitis, en prácticamente la mitad de los casos, seguida de úlcera genital y uretritis. En las mujeres la presentación más frecuente fue cervicitis, seguida de úlcera genital y linfadenopatía inguinal (Tabla 3.3.2).

En 6 casos se registraron complicaciones como absceso o fisura anal. La hospitalización fue necesaria en el 1,3% de los casos, no produciéndose ningún fallecimiento por LGV.

**Tabla 3.3.2 Presentación clínica de LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Presentación clínica	%
Asintomático	24,2%
Proctitis	48,6%
Úlcera genital	11,8%
Linfadenopatía inguinal	5,3%
Uretritis	5,4%

El 44,8% de los registros presentaba coinfección por otras ITS en el momento del diagnóstico de LGV, 45,2% en hombres y 28,6% en mujeres. En el 37,4% se identificó una sola enfermedad, en el 7,4% coincidían dos o más (Tabla 3.3.3).

**Tabla 3.3.3 Porcentaje de casos de LGV según el número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. 2024.**

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
<b>Coinfección cualquier n</b>	303	45,2	4	28,6	307	44,8
<b>Coinfección 1 ITS</b>	253	37,7	3	21,4	256	37,4
<b>Coinfección 2 ITS</b>	50	7,5	1	7,1	51	7,4

La coinfección más frecuente fue la gonocócica, que se observó en el 37,1% de los registros, seguida de la sífilis con un 10,9%. La coexistencia de ambas se identificó en el 5,7% de los casos y el condiloma en el 2,3% (Tabla 3.3.4).

**Tabla 3.3.4 Causas de coinfección en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Coinfección	N	%
<b>Gonococo</b>	254	37,1
<b>Sífilis</b>	75	10,9
<b>Sífilis y gonococo</b>	39	5,7
<b>Condiloma</b>	16	2,3
<b>Herpes genital</b>	11	1,6
<b>Molluscum Contagiosum</b>	1	0,1
<b>Pediculosis</b>	1	0,1
<b>Escabiosis</b>	1	0,1

Igualmente se identificaron casos con registros positivos de infección por VIH, VHC y VHB. De VIH se contabilizaron un total de 250, que representan el 36,5% de las notificaciones de LGV. Mucho menos frecuentes fueron los casos de VHC, con 9, y los de VHB, con 1. Hasta 4 casos presentaban coinfección por VIH y VHC (Tabla 3.3.5).

**Tabla 3.3.5 Porcentaje de casos de LGV con infección por VIH, VHB, VHC. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Total %
<b>VIH</b>	36,5
<b>VHC</b>	1,3
<b>VHB</b>	0,1
<b>VIH Y VHC</b>	0,6

Del total de registros, 17 corresponden a reinfecciones por LGV, lo que representa el 2,5%. Todas se dieron en hombres (Tabla 3.3.6).

**Tabla 3.3.6 Reinfecciones en LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
<b>Caso primario</b>	654	97,5	14	100	668	97,5
<b>Reinfección</b>	17	2,5	0	0	17	2,5

El 43,2% de los casos de LGV hizo uso de la PrEP para la prevención de la infección por VIH en 2024, el 100% fueron hombres (Tabla 3.3.7). Apenas se aprecian diferencias entre el porcentaje de casos con coinfecciones por otras ITS en función del uso de PrEP, siendo nueve décimas inferior entre los

usuarios de la misma. No obstante, cuando se desglosa por número de coinfecciones, la presencia de una sola es más frecuente entre usuarios de PrEP (38,5% frente a 36,5%), mientras que la presencia de 2 coinfecciones es mayor en el resto (8,7% frente a 5,7%). Asimismo, entre los usuarios de PrEP es ligeramente superior la coinfección por gonococo, mientras que la coinfección por sífilis se sitúa 2,6 puntos por debajo. En cuanto a las reinfecciones las diferencias son mínimas, 2 décimas inferiores entre los usuarios de PrEP (Tabla 3.3.8).

**Tabla 3.3.7 Uso de PrEP entre los casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
<b>Total</b>	389	56,8	296	43,2	685
<b>Hombre</b>	375	55,9	296	44,1	671
<b>Mujer</b>	14	100	0	0	14

**Tabla 3.3.8 Reinfecciones y coinfecciones por otras ITS entre los casos de LGV, según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

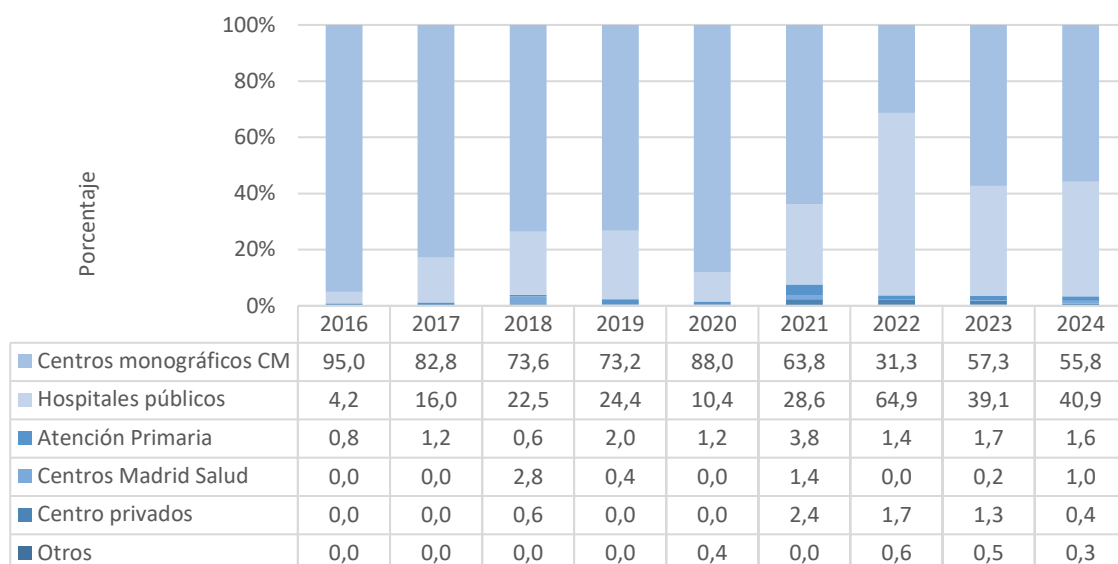
	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
<b>Coinfecciones total</b>	176	45,2	131	44,3	256
<b>Coinfección 1 ITS</b>	142	36,5	114	38,5	307
<b>Coinfección 2 ITS</b>	34	8,7	17	5,7	743
<b>Coinfección gonococo</b>	140	36	114	38,5	254
<b>Coinfección sífilis</b>	47	12,1	28	9,5	75
<b>Reinfecciones</b>	10	2,6	7	2,4	2,5

En el 57,5% de los registros, el servicio clínico inicial que atendió al caso fue un centro específico de ITS, en el 21,3% fue una consulta hospitalaria y en el 14% un servicio urgencias (Tabla 3.3.9).

**Tabla 3.3.9 Tipo de servicio clínico inicial en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

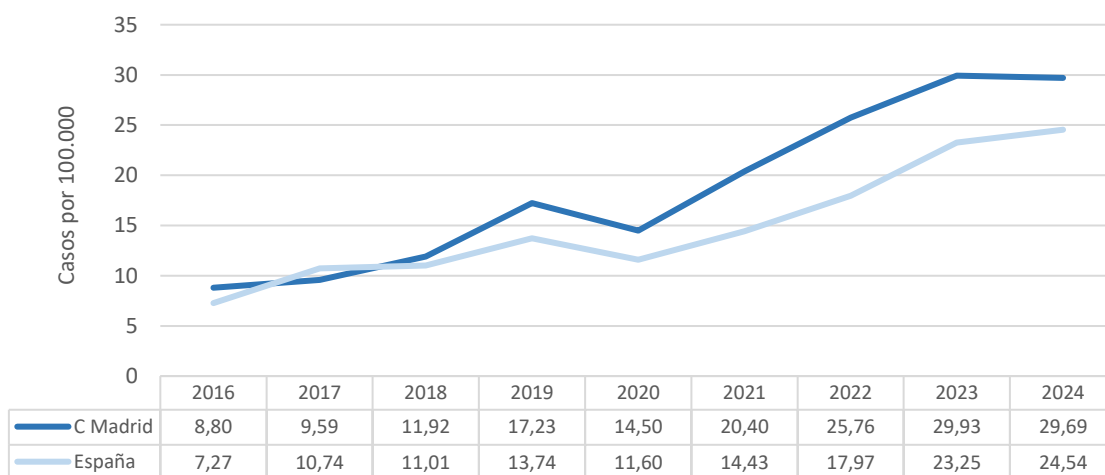
Tipo de servicio	%
Centro de ITS	57,5
Consulta hospitalaria	21,3
Urgencias hospitalarias	13,1
Consulta de Atención Primaria	4,1
Otros	4,0

En cuanto a la declaración de los casos de LGV desde los centros sanitarios, los principales notificadores son los centros monográficos de ITS de la Comunidad de Madrid, con el 55,8% de los casos. La notificación desde los centros hospitalarios públicos de LGV alcanzó casi el 40,9% de los casos (Gráfico 3.3.8.).

**Gráfico 3.3.8 Porcentaje de casos de LGV por tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Año 2016 a 2024.**

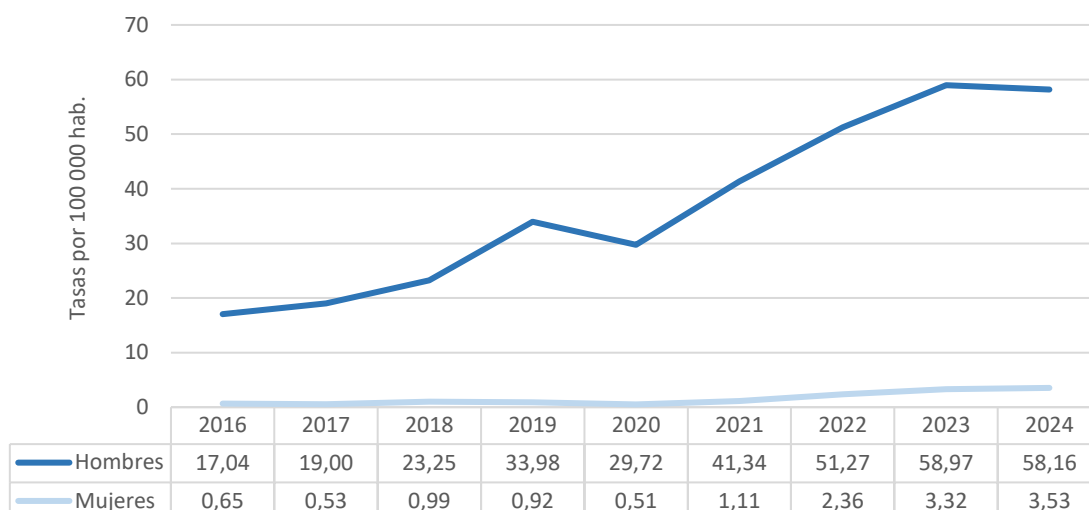
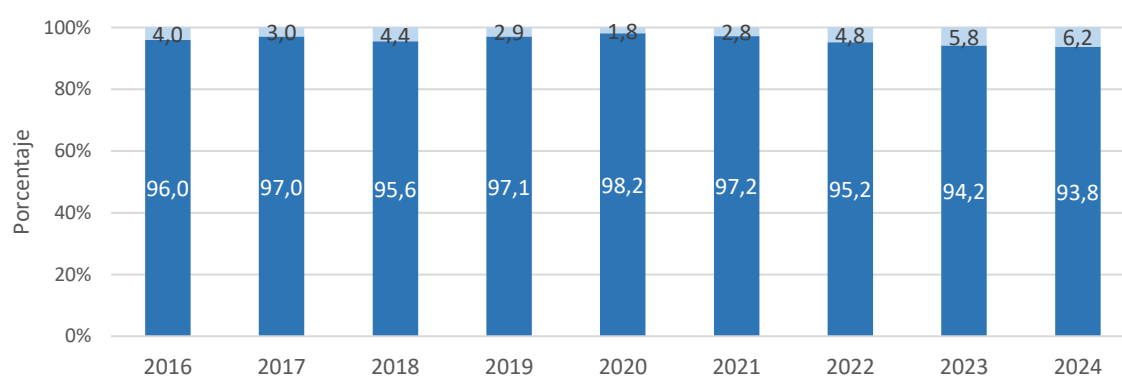
### 3.4. Sífilis

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.081 casos de sífilis (de tipo primaria, secundaria y latente precoz), 28 casos más que en 2023. Esto supuso una tasa de incidencia acumulada de 29,69 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la alcanzada en 2023 y 5 puntos por encima de la registrada a nivel nacional (Gráfico 3.4.1).

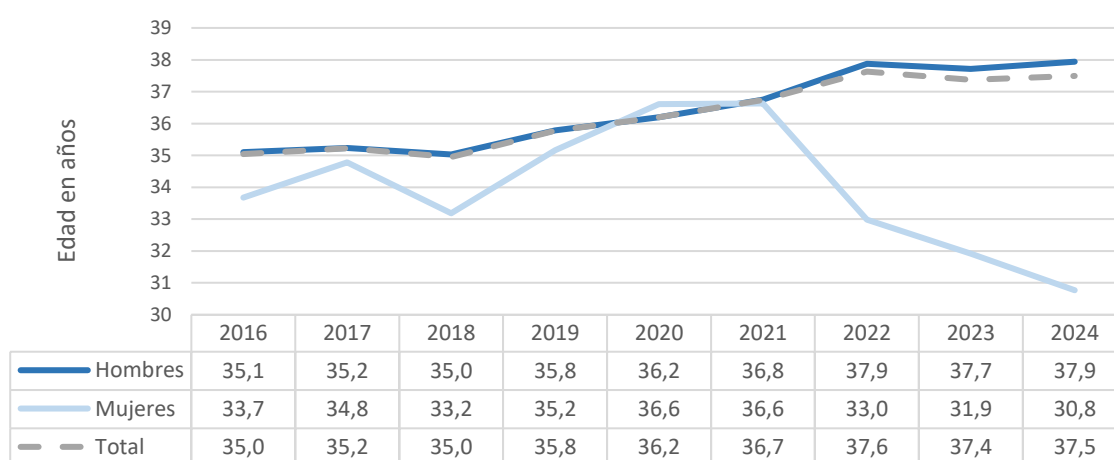
**Gráfico 3.4.1 Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024.**

Al igual que en años previos, la gran mayoría de los casos se presentó en hombres, un 93,8% (n= 1952) del total, que corresponde a una tasa de 58,16 casos por 100.000 habitantes. En mujeres la incidencia asciende a 3,53 casos por 100.000 habitantes, la más alta de la serie, reflejándose también en la distribución por sexo de los casos, con un aumento de 0,4 puntos respecto al 2023 (Gráfico 3.4.2, Gráfico 3.4.3).



**Gráfico 3.4.2 Tasas de incidencia de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.****Gráfico 3.4.3 Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

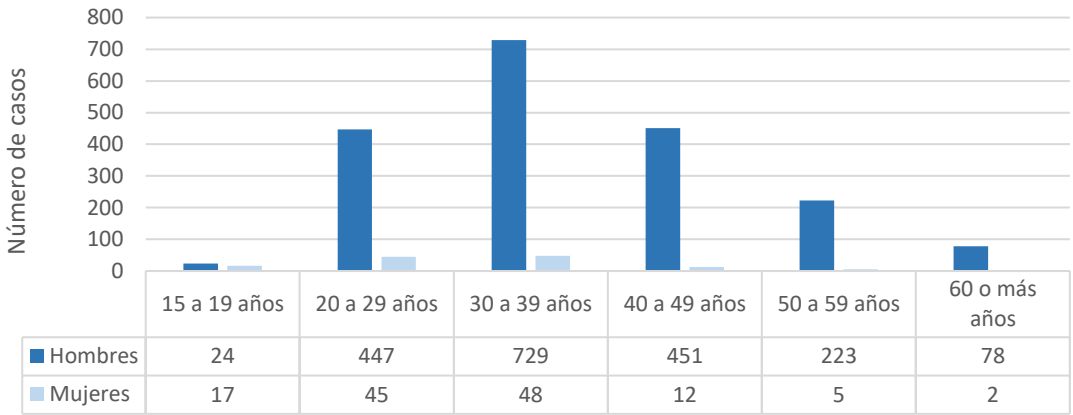
La media de edad global en 2024 se mantiene en cifras similares a la de las 2 temporadas anteriores con 37,5 años, muy similar a la que se observa en hombres, con 37,9 años de media y 36 de mediana. Por el contrario, en mujeres persiste el descenso, alcanzando en 2024 la cifra más baja de la serie con 30,8 años de media y 30 de mediana (Gráfico 3.4.4).

**Gráfico 3.4.4 Edad media de los casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.**

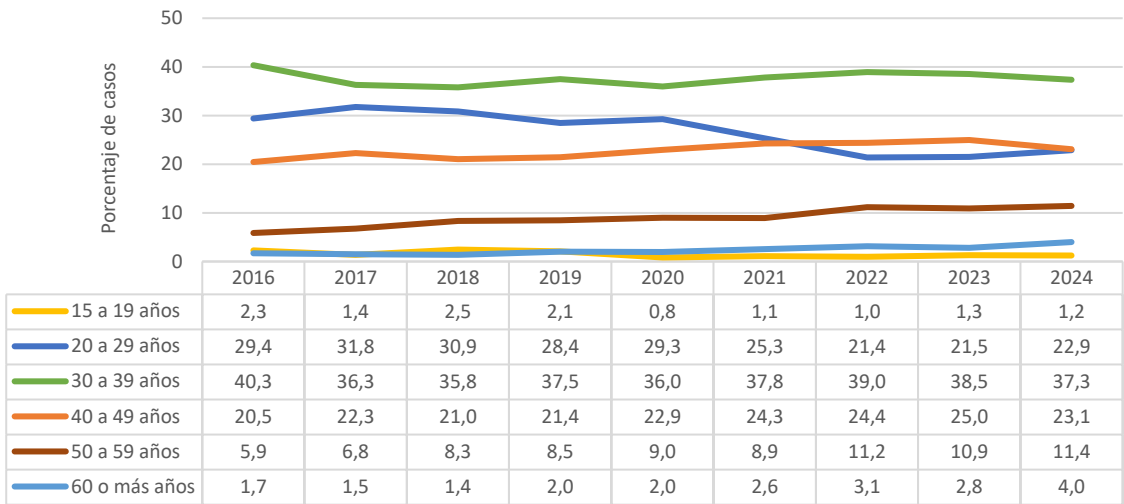
En hombres, el grupo de edad que abarcó el mayor porcentaje de casos, tanto en 2024 como en el resto de la serie, fue el de 30 a 39 años, con un 37,3%. Las siguientes franjas en frecuencia fueron la de 20 a 29 años y la de 40 a 49 años, con cerca del 23% cada una. En mujeres, el grupo de edad con

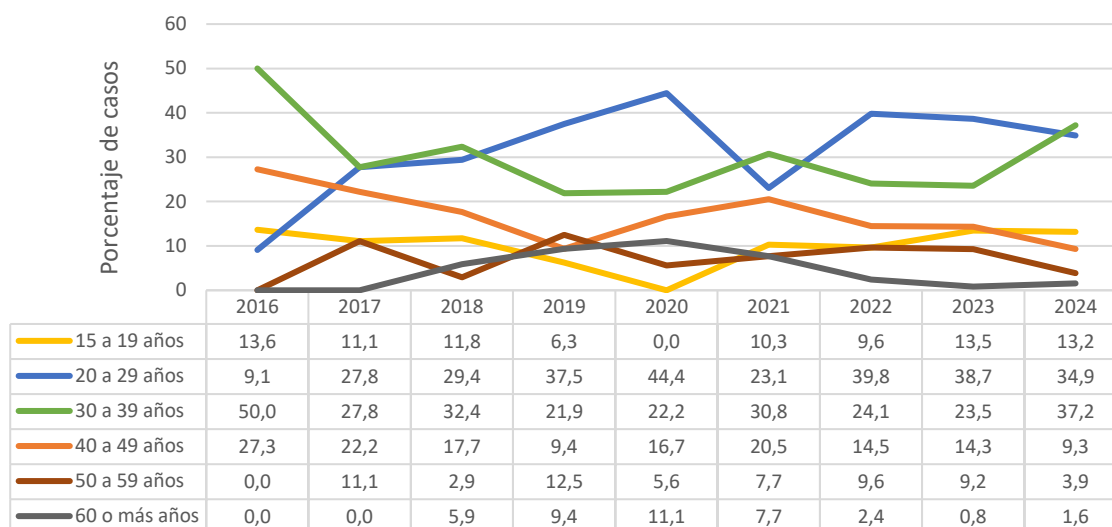
mayor número de casos también fue el de 30 y 39 años con el 37,2%, seguido del de 20 a 29 años con el 34,9% de los casos. Al igual que en resto de la serie, en 2024 no se registraron casos en menores de 15 años, pero sí entre los 15 y los 19 años, un total de 41 casos. Estos corresponden al 13,2% del total de casos en mujeres, siendo un rango etario cuyo porcentaje tiende a incrementarse en los últimos años (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 2024.**



**Gráfico 3.4.6 Distribución en porcentaje de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



**Gráfico 3.4.7 Distribución en porcentaje de casos de sífilis por grupo de edad en mujeres. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

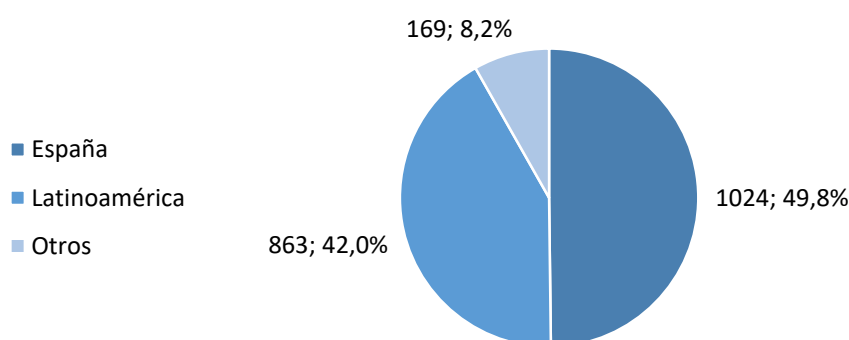
Entre los casos en hombres, el 71,6% tenían recogida la orientación sexual, siendo el 69,7% HSH (el 97,4% de los casos con información). Entre las mujeres estaba completada esta información en el 62,0% de los casos, correspondiendo todas ellas a relaciones heterosexuales (Tabla 3.4.1).

La variable “uso de preservativo” se cumplimentó en el 20,8% de los casos notificados, de los cuales, el 89,0% no había hecho uso del mismo.

**Tabla 3.4.1 Orientación sexual por sexo de casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
Homosexual/bisexual	69,7	0
HTX	1,9	62,0
Desconocido	28,4	38,0

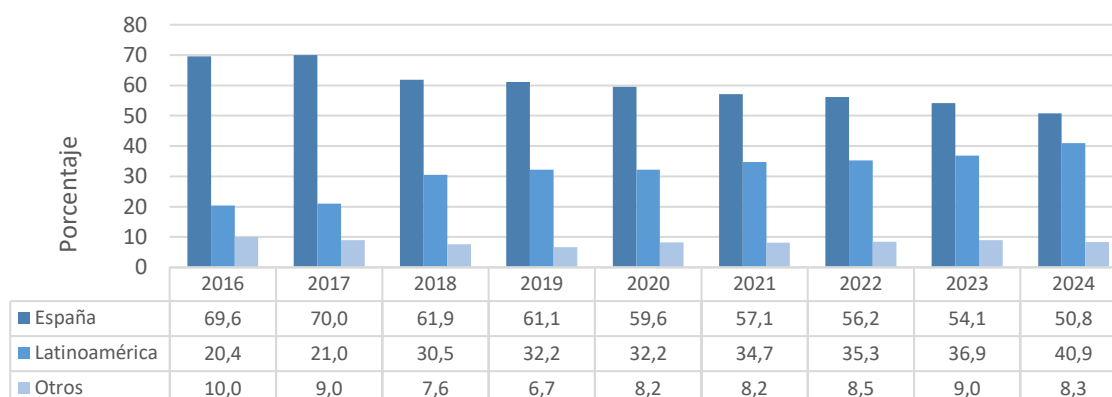
La información sobre el país de origen consta en el 98,8% de los casos, de los cuales, el 49,8% (n=1.024) era nacido en España. El resto de los casos se reparte entre 62 países distintos, con predominio de países latinoamericanos, que suponen el 42% del total y el 83,6% entre los extranjeros. Destacan Venezuela (250 casos), Colombia (180 casos) y Perú (62 casos) (Gráfico 3.4.8).

**Gráfico 3.4.8 Distribución de casos de sífilis según lugar de origen, en número de casos y porcentaje. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

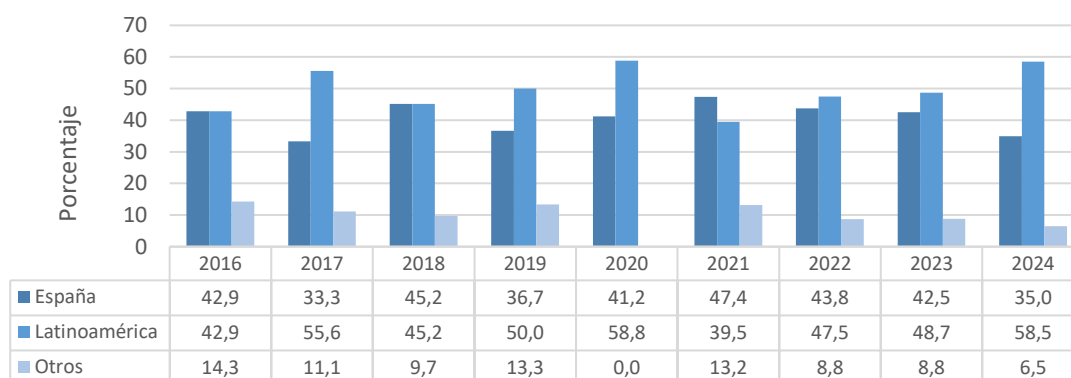
Tanto en el total de registros como en hombres, el incremento progresivo del porcentaje de casos de origen latinoamericano ha alcanzado en 2024 la cifra más alta de la serie, siendo del 40,9% en estos

últimos. En mujeres este porcentaje suele ser mayor, superando habitualmente el número de casos de origen español, llegando al 58.5% en 2024 (Gráfico 3.4.9) (Gráfico 3.4.10).

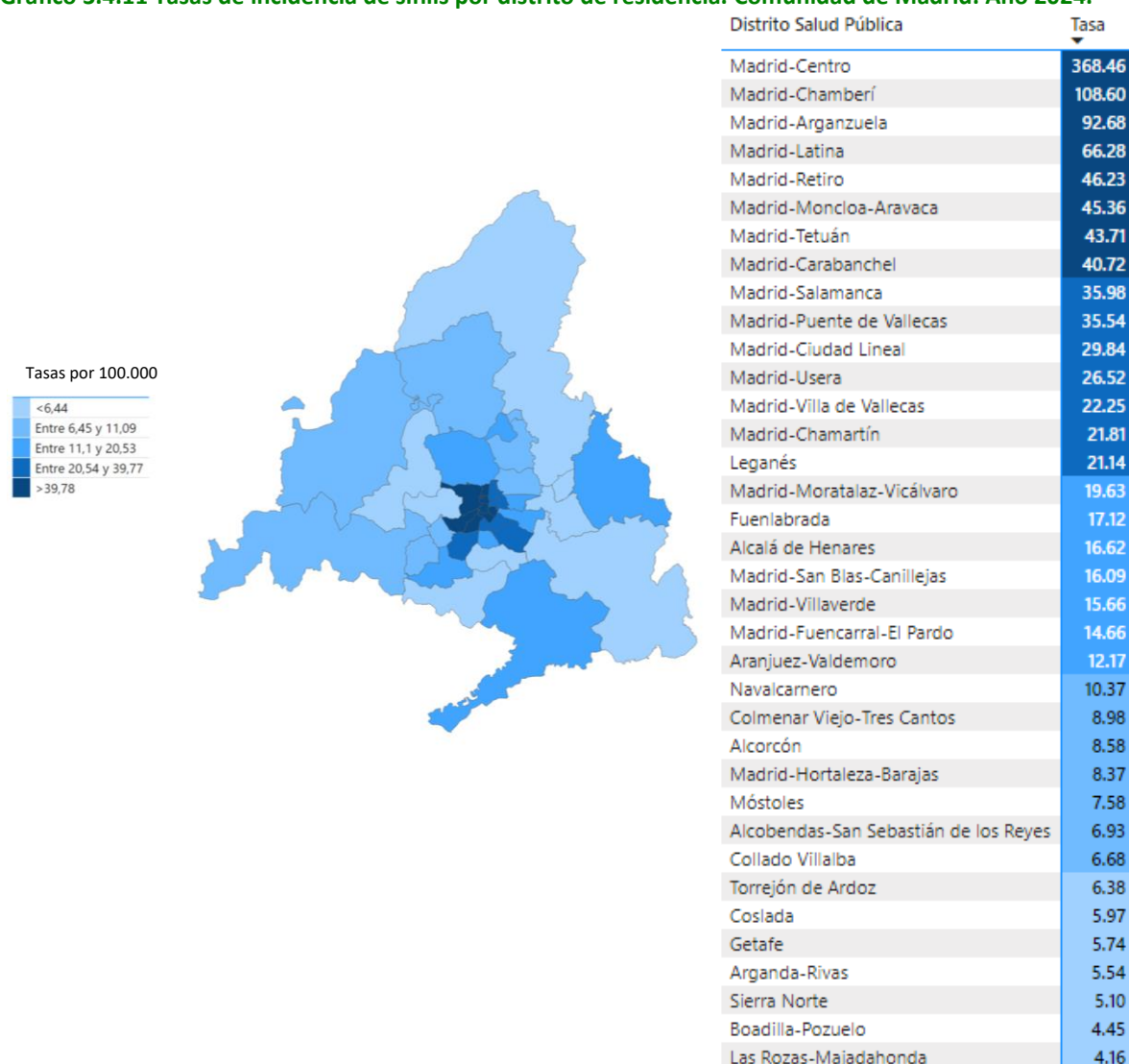
**Gráfico 3.4.9 Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



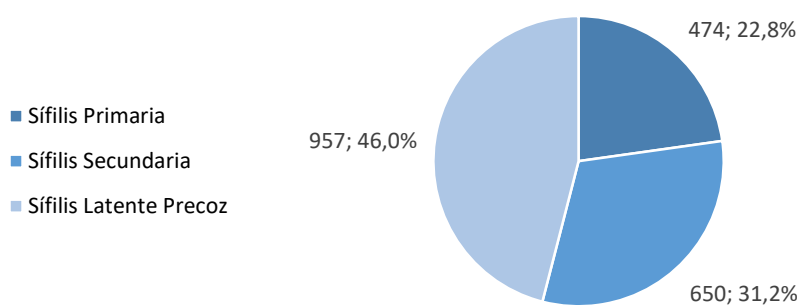
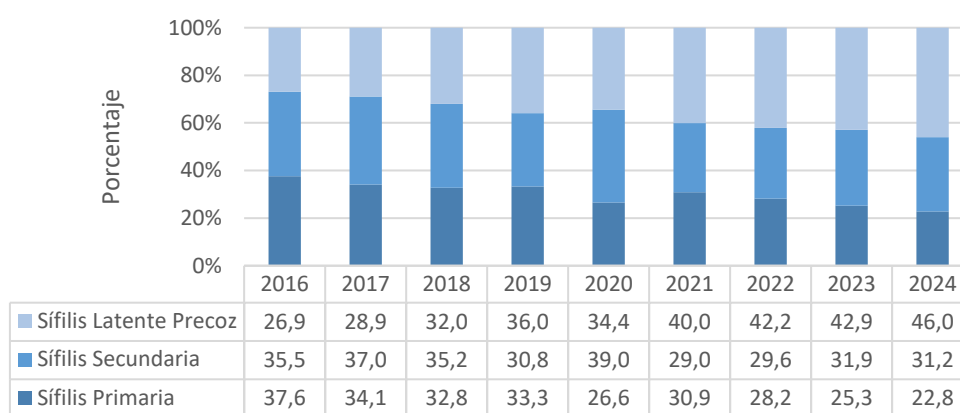
**Gráfico 3.4.10 Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



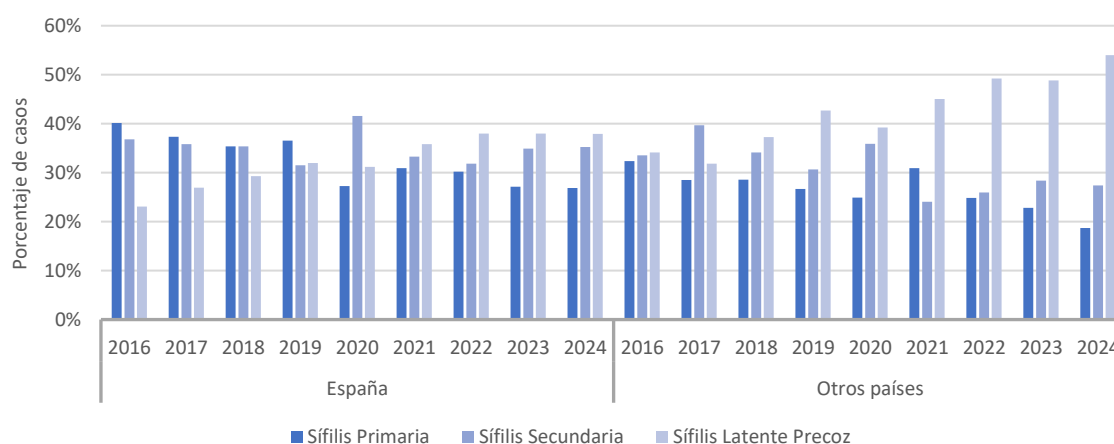
La distribución geográfica según distrito de residencia de los casos de sífilis fue similar a la de otras ITS. Las mayores tasas de incidencia se dieron el distrito Madrid-Centro con 368,46 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Chamberí y Madrid-Arganzuela (Gráfico 3.4.11).

**Gráfico 3.4.11 Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

En relación al estadio en el que se diagnostica la sífilis, año tras año se va incrementando el porcentaje de casos que son diagnosticados en la fase de sífilis latente precoz, tanto en hombres como en mujeres. En 2024 se eleva al 46,0% del total de casos, con una disminución de 0,7 puntos de los diagnósticos de sífilis secundaria y de 2,5 puntos en el caso de la sífilis primaria respecto al año anterior (Gráfico 3.4.12). Desde 2016, el porcentaje de casos de sífilis primaria ha caído 14,8 puntos y el de sífilis latente precoz se ha incrementado en 19,1 puntos (Gráfico 3.4.13).

**Gráfico 3.4.12 Distribución de casos en número y porcentaje por categoría diagnóstica de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024.****Gráfico 3.4.13 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

Al desglosar la categoría diagnóstica en función del lugar de origen de los casos, esta evolución se hace mucho menos evidente entre los casos de origen español, correspondiendo fundamentalmente a los casos procedentes de otros países, los mayores incrementos en la proporción de sífilis latente precoz, llegando al 54% en 2024 (Gráfico 3.4.14).

**Gráfico 3.4.14 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el chancro que caracteriza a la sífilis primaria (n=474), se presentó en zona genital en el 78,5% de ellas, 14,3% en zona anorrectal y 3,4% en zona faríngea. Un total de 22 personas (1,1%) necesitaron ser hospitalizadas por motivos relacionados con la sífilis. No se registró ningún fallecimiento.

Del total de registros, 20 corresponden a reinfecciones por sífilis, lo que representa el 1%. Todas se dieron en hombres (Tabla 3.4.2).

**Tabla 3.4.2 Reinfecciones en sífilis, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
<b>Caso primario</b>	1932	99	129	100	2061	99
<b>Reinfección</b>	20	1	0	0	20	1

La presencia de coinfección por otra ITS se identificó en el 19,5% de los casos notificados, la mayoría, el 15%, con una sola infección concurrente, 2 en el 4,4% y 4 en el 0,1% (Tabla 3.4.3). La coinfección por gonococo es la que se presentó en mayor medida, 271 casos, seguida de la infección por *Chlamydia trachomatis* con 179 casos. La infección por herpes genital, *Molluscum contagiosum* o presencia de condiloma acuminado fue mucho menos frecuente (Tabla 3.4.4).

**Tabla 3.4.3 Nº de coinfecciones en casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

nº coinfecciones	n	%
<b>1</b>	313	15,0
<b>2</b>	91	4,4
<b>4</b>	1	0,1

**Tabla 3.4.4 Casos de sífilis con diagnóstico de coinfección por otra ITS. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

ITS	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Gonococia</b>	266	13,6	5	3,9	271	13,0
<b>Chlamydia</b>	171	8,8	8	6,2	179	8,6
<b>Herpes genital</b>	32	1,6	2	1,6	34	1,6
<b>Molluscum contagiosum</b>	2	0,1	2	1,6	4	0,2
<b>Condiloma acuminado</b>	8	0,4	1	0,8	9	0,4

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 34,2% de los casos en hombres y en el 7% en mujeres. Mucho menos frecuentes fueron los casos de hepatitis B o C con el 2,5% y el 1,2% respectivamente (Tabla 3.4.5).

**Tabla 3.4.5 Casos de sífilis con diagnóstico de VIH, VHC y VHB. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>VIH</b>	668	34,2	9	7,0	677	32,5
<b>VHC</b>	51	2,6	0	0,0	51	2,5
<b>VHB</b>	26	1,3	0	0,0	26	1,2

El 28,5% (n=593) de los casos de sífilis se identificó como usuario de PrEP para la prevención de la infección por VIH en 2024, el 98,9% fueron hombres (Tabla 3.4.6). La frecuencia de coinfecciones por otras ITS es sensiblemente mayor entre los usuarios de PrEP, independientemente del número o del

tipo de infección. En cuanto a los episodios de reinfección, entre los usuarios de PrEP suponen el 1,3% frente al 0,7% entre los no usuarios (Tabla 3.4.7).

**Tabla 3.4.6 Uso de PrEP entre los casos de sífilis, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
<b>Total</b>	1488	100	593	100	2081
<b>Hombre</b>	1366	91,8	586	98,8	1952
<b>Mujer</b>	122	8,9	7	1,2	129

**Tabla 3.4.7 Reinfecciones y coinfecciones por otras ITS entre los casos de sífilis, según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

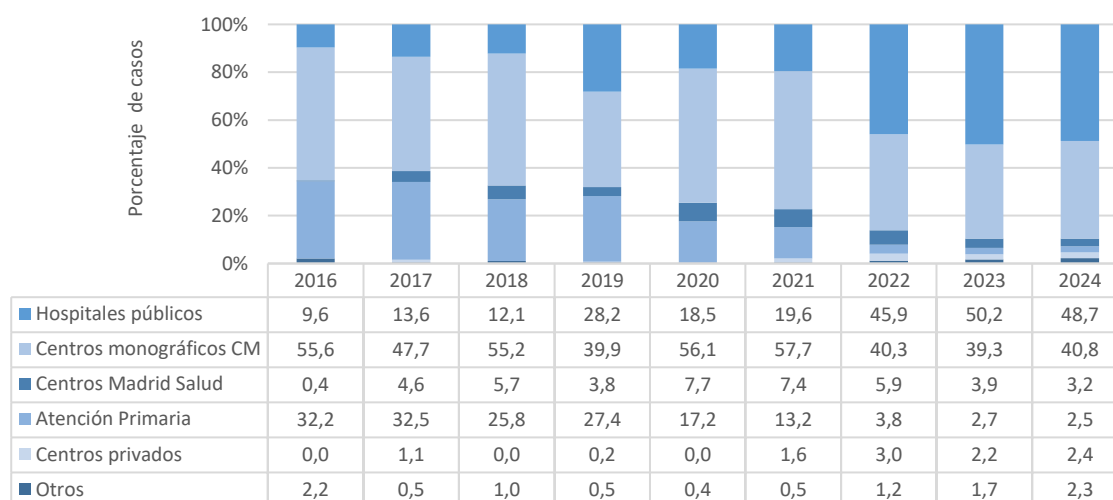
	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
<b>Coinfecciones total</b>	256	17,2	149	25,1	405
<b>Coinfección 1 ITS</b>	201	13,5	112	18,9	313
<b>Coinfección 2 ITS</b>	54	3,6	37	6,2	91
<b>Coinfección gonococo</b>	164	11,0	107	18,0	271
<b>Coinfección <i>C. trachomatis</i></b>	108	7,3	71	12,0	179
<b>Reinfecciones</b>	11	0,7	9	1,3	20

En 2024 todos los casos se clasificaron como confirmados. El criterio de diagnóstico serológico con anticuerpos treponémicos y no treponémicos se observó en el 94% de los casos. El uso de PCR fue identificado en el 16,6% de los diagnósticos y otras técnicas como la visualización directa o la detección de anticuerpo IgM solo fueron empleados en el 2,1% de los casos.

El tipo de servicio clínico que proporcionó la asistencia sanitaria en un primer lugar fueron, en mayor medida, las consultas extrahospitalarias específicas de ITS, a las que acudió el 43,5% de los casos notificados. En un 38,7% fue un hospital público de la CM, bien a través del servicio de urgencias o bien a través de consultas. Los centros de atención primaria fueron el primer punto de contacto de los casos con sífilis con el sistema sanitario en el 12,0% de los casos.

En cuanto a la notificación, la recibida desde los hospitales públicos sigue siendo la mayoritaria con el 48,7%, seguida de la proporcionada por los centros monográficos de la Comunidad de Madrid, con el 40,8% de las declaraciones (Gráfico 3.4.15).

**Gráfico 3.4.15 Porcentaje de casos de sífilis por tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



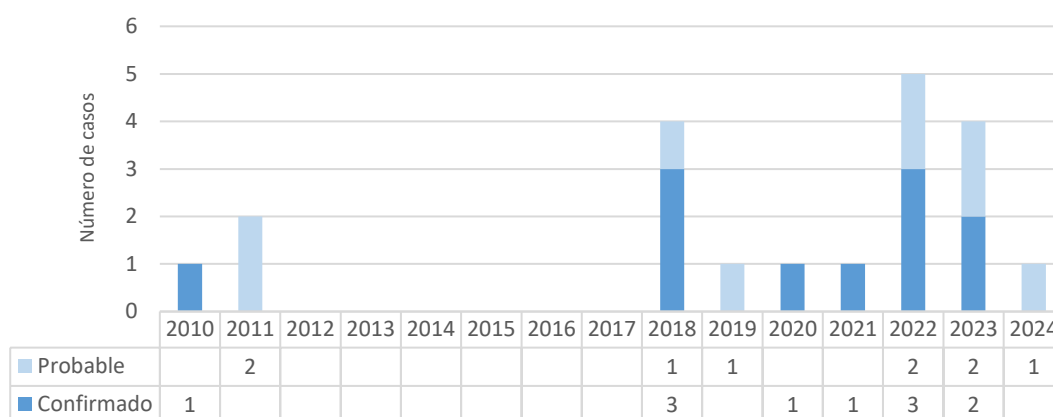


### 3.5. Sífilis congénita

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 un caso 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 del protocolo epidemiológico vigente. Este seguimiento puede ser necesario realizarlo durante los dos primeros años de vida, razón por la cual los datos presentados pueden no estar consolidados.

En el año 2024 en la Comunidad de Madrid se registró un solo caso de sífilis congénita, categorizado como probable según los criterios clínicos y de laboratorio del protocolo vigente. Este único caso supone una tasa de 0,01 casos por 100.000 habitantes. En el Gráfico 3.5.1 se observan los que cumplen criterios de caso probable y confirmado de los últimos años.

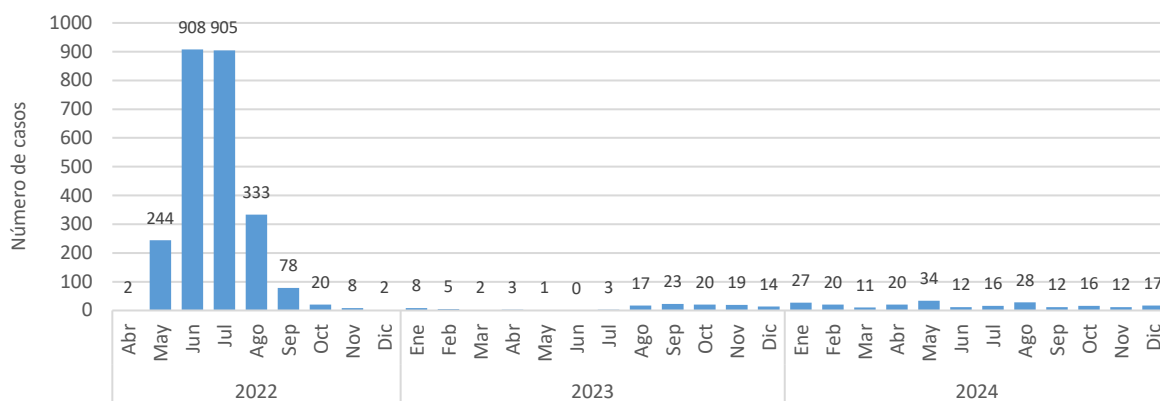
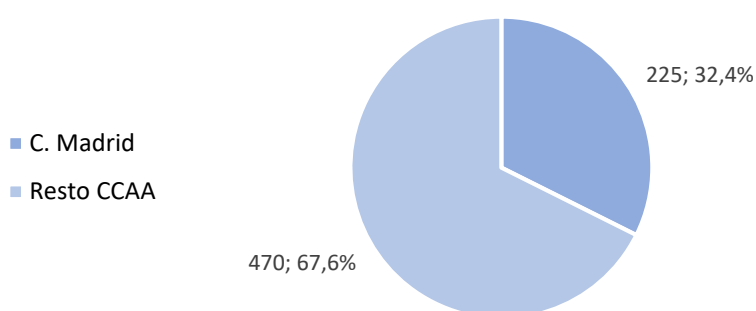
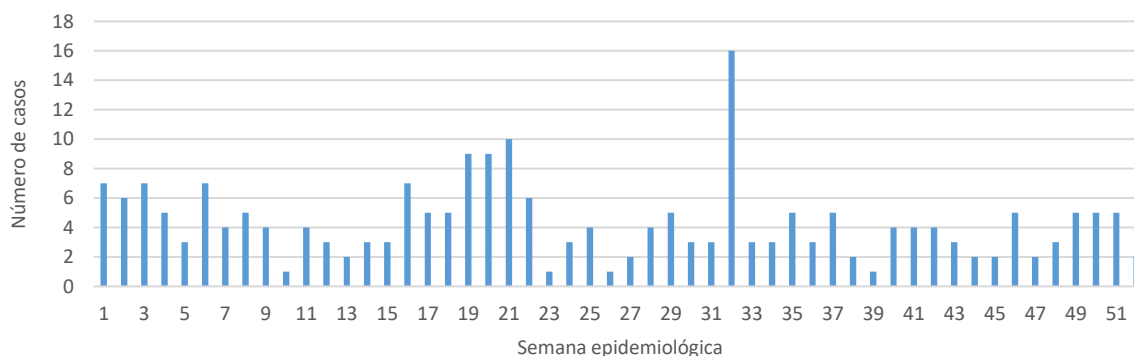
**Gráfico 3.5.1 Casos de sífilis congénita. Comunidad de Madrid. Años 2010-2024.**



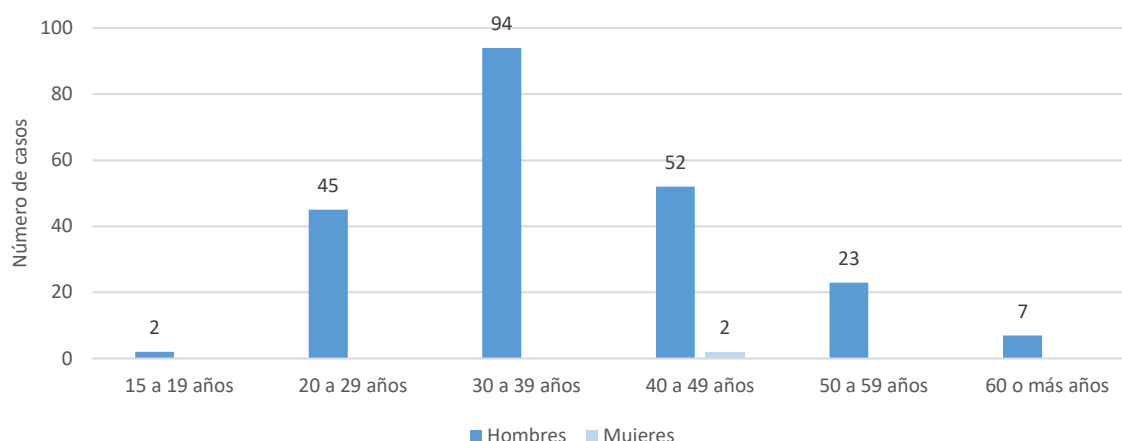
### 3.6. Mpox

El brote internacional de mpox se inició el 17 de mayo de 2022<sup>4</sup> y, en la Comunidad de Madrid, alcanzó el máximo de casos entre junio y julio de ese mismo año. A lo largo de 2023 y 2024 ha continuado la notificación de casos, aunque de manera mucho más contenida. En este último año se han registrado 230 casos, siendo 225 confirmados, 3 probables y 2 sospechosos. Los datos presentados en el presente informe corresponden exclusivamente a casos confirmados. En 2024, estos han alcanzado una tasa de 3,21 casos por 100 000 habitantes, casi el doble de los 1,68 casos de 2023 (Gráfico 3.6.1), y representan el 32,4% del total de casos notificados en España (Gráfico 3.6.2).

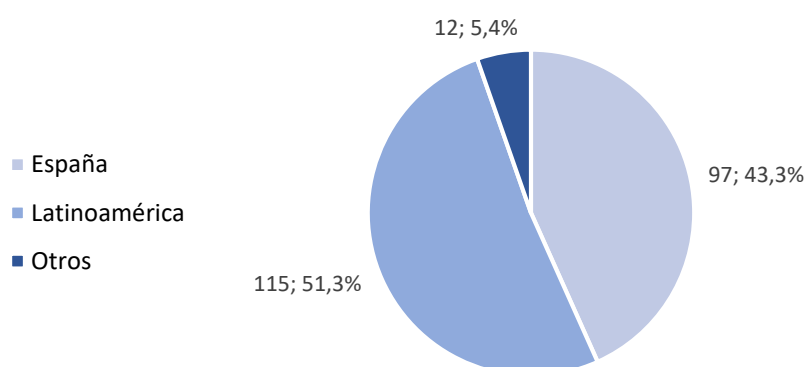
Hasta la semana 32, en la que se registró un máximo de 16 casos, la media de casos semanales fue de 5. Durante la semana 33, el 14 de agosto, la OMS llevó a cabo la declaración del mpox como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)<sup>5</sup> debido al aumento de casos por mpox clado I en la República Democrática del Congo. A partir de esa fecha, la media de casos semanales en la Comunidad de Madrid desciende a 3,5 (Gráfico 3.6.3).

**Gráfico 3.6.1 Casos de mpox por mes y año. Comunidad de Madrid. Años 2022-2024.****Gráfico 3.6.2 Casos y porcentaje de mpox en Comunidad de Madrid y resto de España. Comunidad de Madrid. Año 2024.****Gráfico 3.6.3 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

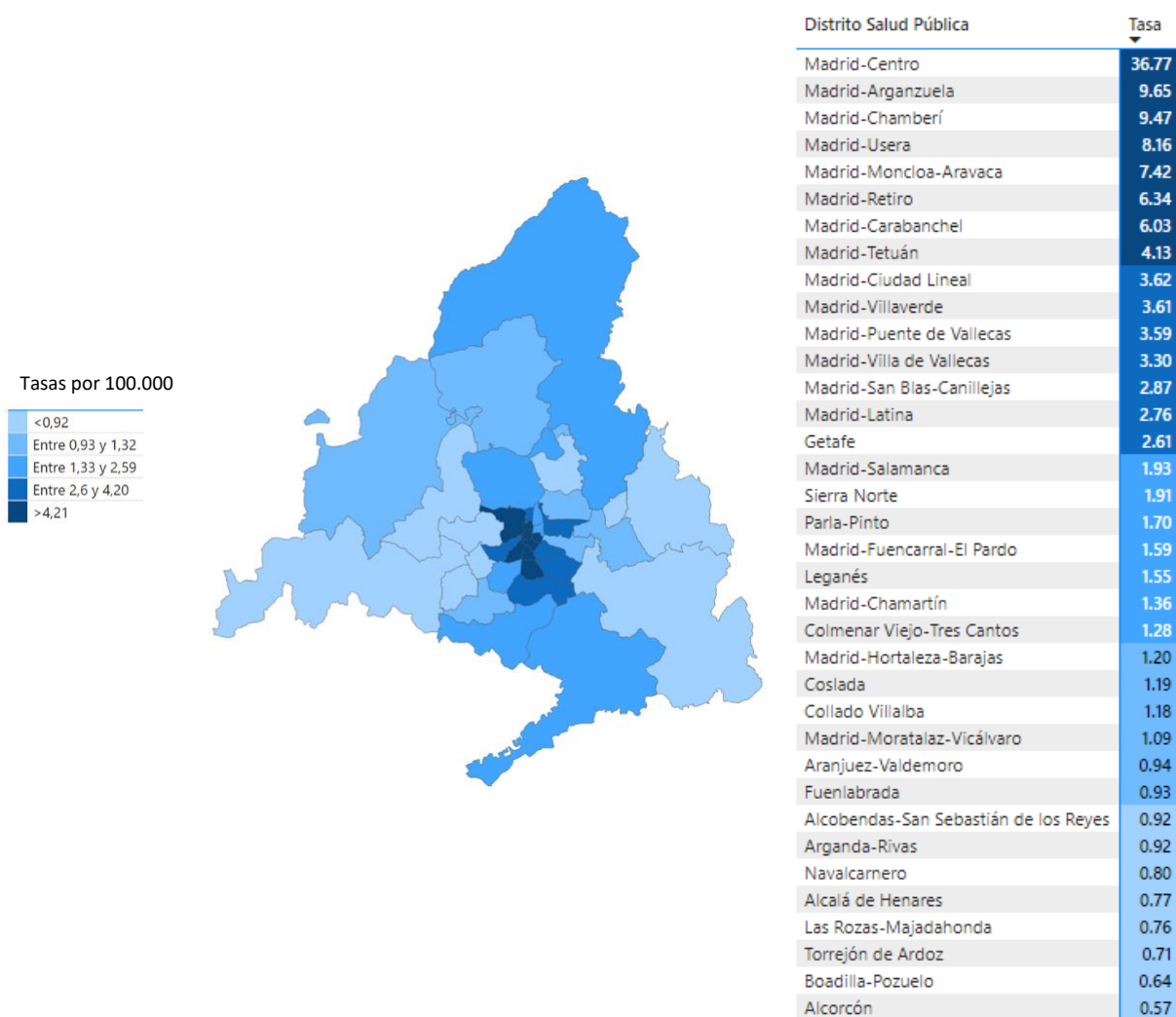
Al igual que en años previos, en 2024, casi el total de personas afectadas fueron hombres (99,1%) y solo 2 casos se dieron en mujeres, por lo que en el presente informe no se hace distinción en la presentación de los datos por sexo. La mediana de edad fue de 36 años (rango intercuartílico de 13) abarcando desde los 19 a los 63 años. Por grupos de edad, los hombres entre 30 y 39 años suponen el mayoritario con 94 casos (41,8%) no registrándose menores de 18 años (Gráfico 3.6.4).

**Gráfico 3.6.4 Distribución de casos de mpox por grupo etario y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

El país de origen se conoce en casi la totalidad de los casos (99,6%) siendo el 43,3% (n=97) de origen español y el 51,3% de procedencia latinoamericana. Entre estos últimos, los países de origen con mayor número de casos fueron: Venezuela con 35 y Colombia con 33 casos (Gráfico 3.6.5).

**Gráfico 3.6.5 Distribución de casos de mpox por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Los datos sobre el lugar de residencia de los casos se conocen en el 96,9% del total. Los distritos de la Comunidad de Madrid donde se concentra el mayor número de casos son aquellos ubicados en el centro del municipio de Madrid. Entre estos destaca el distrito Madrid-Centro 36,77 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Arganzuela con 9,65 y Madrid-Chamberí con 9,47 casos (Gráfico 3.6.6).

**Gráfico 3.6.6 Casos y tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

En cuanto a antecedentes personales, el 35,6% de los casos tenían un diagnóstico de VIH y el 23,1% refería estar tomando o tener prescrita la PrEP. El 7,6% (n=17) de los casos había recibido la pauta completa de dos dosis de vacuna de viruela y el 9,3% (n=21) solo una dosis. En dos de ellos, el tiempo entre la dosis de vacuna y el inicio de síntomas fue de menos de 28 días.

Al igual que en 2022 y 2023, este tercer año ha seguido afectando de forma mayoritaria a hombres que tienen sexo con hombres. La información sobre la historia sexual reciente fue recogida en el 95,1% de los casos y entre ellos, el 98,6% eran HSH.

En relación a las exposiciones de riesgo durante el periodo teórico de incubación, el 11,1% refería haber tenido un contacto estrecho con un caso confirmado de mpox. En el 93,3% de las encuestas se pudo identificar la relación sexual como posible mecanismo de transmisión, en la mayoría de los casos clasificada como de riesgo. Respecto a la posibilidad de asociarse a viajes, el 14,2% (n=32), reseñaron destinos fuera de la CM. Solo 7 casos tuvieron la consideración de importados al no tener exposiciones de riesgo en nuestro país (Tabla 3.6.1).

**Tabla 3.6.1 Exposiciones de riesgo en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Exposición de riesgo	Casos mpox (N=225)	
	n	%
<b>Contacto con un caso confirmado mpox</b>	25	11,1
- Contacto sexual	21	9,3
- Contacto no sexual (convivientes o social)	4	1,8
<b>Mecanismo probable de transmisión</b>		
Transmisión sexual	210	93,3
- Relaciones sexuales de riesgo	203	90,2
• Sin protección	196	87,1
• Con personas desconocidas	114	50,7
• Bajo consumo de drogas y/o chemsex	43	19,1
• Asistencia a saunas, locales de sexo o zonas de cruising	38	16,9
Persona a persona	8	3,6
Desconocido o no consta	7	3,1
<b>Viajes en el periodo de incubación con exposiciones de riesgo</b>		
Viaje fuera de la Comunidad de Madrid	32	14,2
- Viaje nacional	19	8,4
- Viaje internacional	13	5,8

Respecto a la clínica presentada, el 72,0% de las personas describieron algún síntoma general previo o coincidente con el inicio del exantema siendo la fiebre el más frecuente entre ellos. La aparición de linfadenopatías se presentó en el 56,9%. El exantema que caracteriza al mpox se observó con más frecuencia en zona oral, en el 88,9% de los casos, y en zona anogenital en el 82,7%. En la Tabla 3.6.2 se describen con detalle las características clínicas.

**Tabla 3.6.2 Presentación clínica de los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Clínica	Casos mpox (N=225)	
	n	%
<b>Presencia de síntomas generales</b>	162	72,0
- Fiebre	121	53,8
- Odinofagia	57	25,3
- Cefalea	48	21,3
- Astenia	72	32,0
- Mialgias y/o artralgias	48	21,3
<b>Proctitis y/o proctalgia</b>	65	28,9
<b>Presencia de linfadenopatías</b>	128	56,9
- Localizadas	115	51,1
- Generalizadas	13	5,8
<b>Exantema</b>		
- Exantema anogenital	186	82,7
- Exantema oral	200	88,9
- Exantema en otras localizaciones	143	63,6

La evolución clínica cursó sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, 27 (12,0%) si presentaron sobreinfecciones bacterianas, úlceras bucales, infecciones de córnea u otras complicaciones en el momento de la encuesta epidemiológica. El ingreso hospitalario por motivo del

mpox solo fue necesario en 6 casos, el 2,7%, teniendo una duración mediana de 7 días de hospitalización (RIC de 4 días). Una persona si requirió ingreso en UCI y no se registró ningún fallecimiento por mpox.

El tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la toma de la muestra para el diagnóstico alcanzó 6 días de mediana (RIC: 5), siendo de 40 días el mayor retraso diagnóstico.

Los casos fueron confirmados por PCR, pudiendo tener cada paciente una o más muestras positivas de distintas localizaciones. En total se procesaron 249 muestras siendo 238 de ellas positivas. Entre estas, las pruebas confirmatorias más frecuentes fueron las procedentes de lesiones cutáneas o el líquido vesicular, tomadas en el 91,1% de los casos, seguidas del exudado rectal, solicitado en el 5,8% (Tabla 3.6.3).

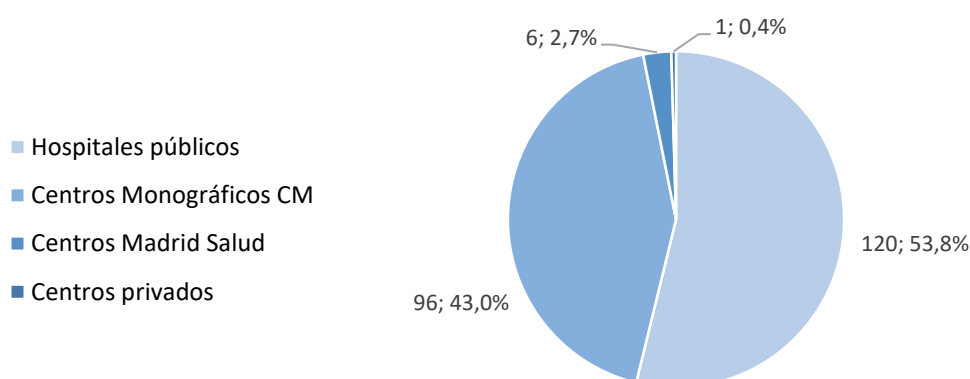
**Tabla 3.6.3 Muestras diagnósticas en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

Muestra	Solicitadas	Positivas (N=225)	
		n	%
Exudado de la lesión (cutáneo / vesicular)	213	205	91,1
Exudado rectal	13	13	5,8
Exudado faríngeo	9	7	3,1
Orina	2	2	0,9
Suero	1	1	0,4
Otros / no especificado	11	10	4,4

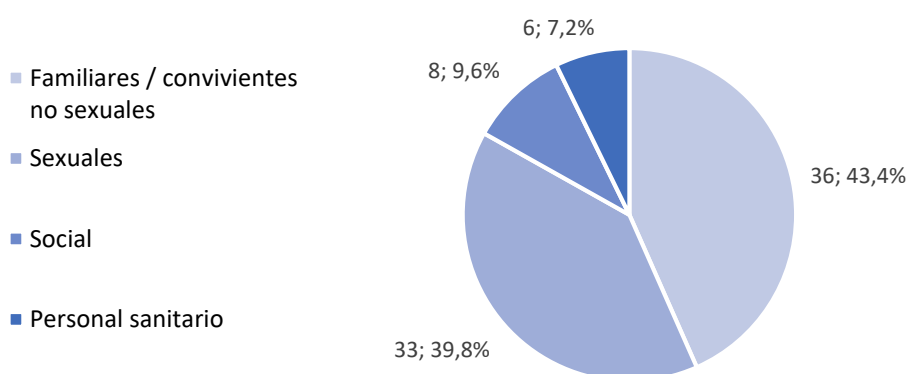
Desde el inicio del brote hasta 2023 se estudiaron seis casos como posibles reinfecciones, considerando finalmente como tal solo una de ellas, según los resultados microbiológicos obtenidos por secuenciación genómica.

Para el diagnóstico de mpox en la Comunidad de Madrid, existe un circuito establecido que permite que aquellos centros peticionarios que no cuenten con la posibilidad de procesar las muestras, las envíen a los centros de referencia. En función del centro peticionario, el 54% de las pruebas diagnósticas fueron recogidas en hospitales públicos y el 43% en centros monográficos de ITS de la Comunidad de Madrid (Gráfico 3.6.7).

**Gráfico 3.6.7 Porcentaje de casos mpox por centro peticionario. Comunidad de Madrid. Año 2024.**



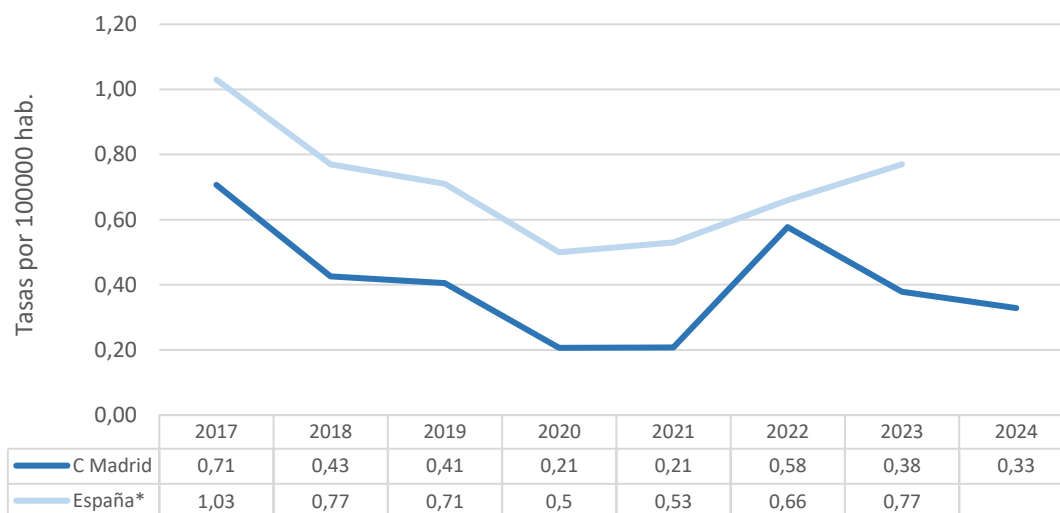
Las limitaciones que presenta el estudio de contactos ante un caso de mpox, hace que no siempre sea posible la identificación de los mismos. En 2024 se determinaron un total de 83 contactos estrechos, siendo la mayoría de ellos (43,4%) convivientes sin vínculo sexual (Gráfico 3.6.8). Aunque inicialmente aceptaron la vacunación 55 contactos, solamente acudieron a recibir la profilaxis 42 de ellos.

**Gráfico 3.6.8 Contactos estrechos identificados de casos mpox confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

### 3.7. Hepatitis B

En el análisis de la hepatitis B se han tenido en cuenta exclusivamente los casos con presentación aguda, clasificándose como casos probables aquellos que tienen criterios clínicos y una relación epidemiológica y, como casos confirmados, aquellos que tienen criterios de laboratorio.

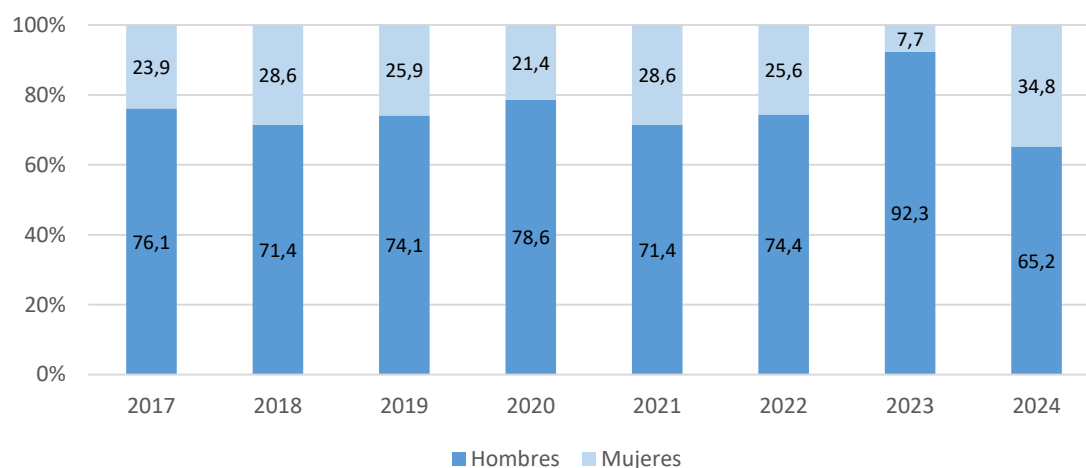
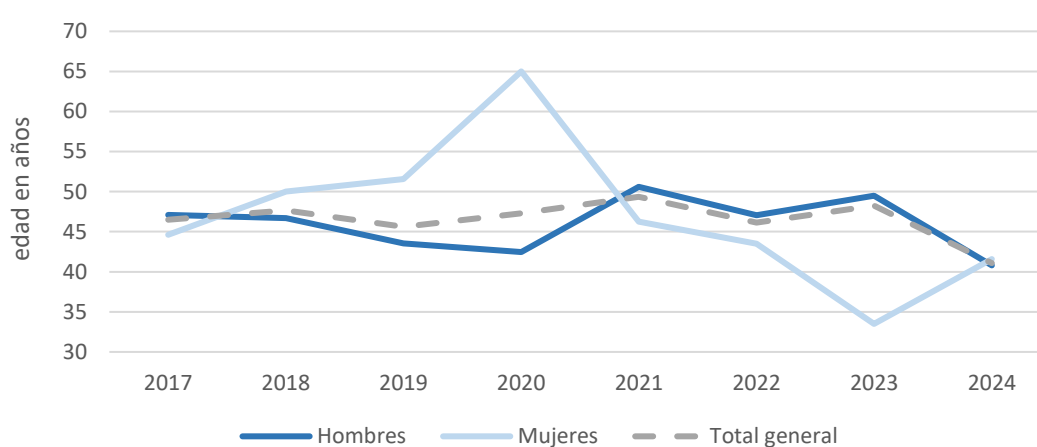
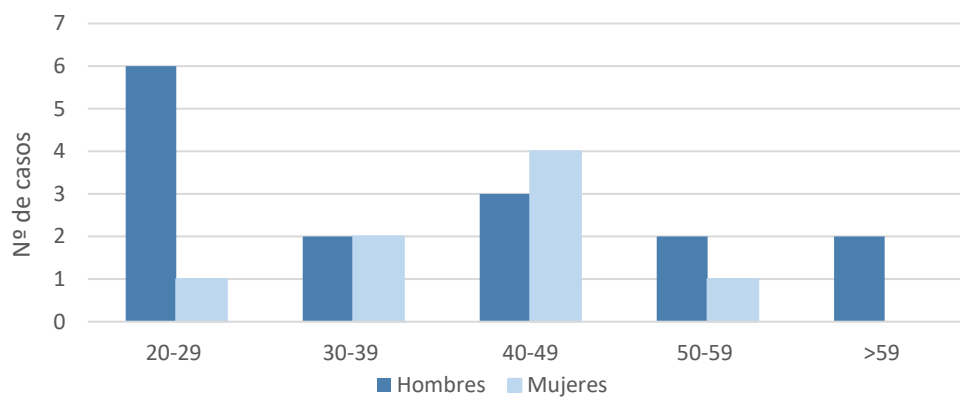
En 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 23 casos de hepatitis B aguda, alcanzando una tasa de incidencia de 0,33 casos por 100.000 habitantes. Se produce por lo tanto un descenso del 11,5% respecto a la tasa del año anterior que, con 26 casos, fue de 0,38 casos por 100.000 (Gráfico 3.7.1).

**Gráfico 3.7.1 Tasas de incidencia de hepatitis B. Comunidad de Madrid-España. Años 2017-2024.**

\*No hay datos nacionales disponibles de 2024

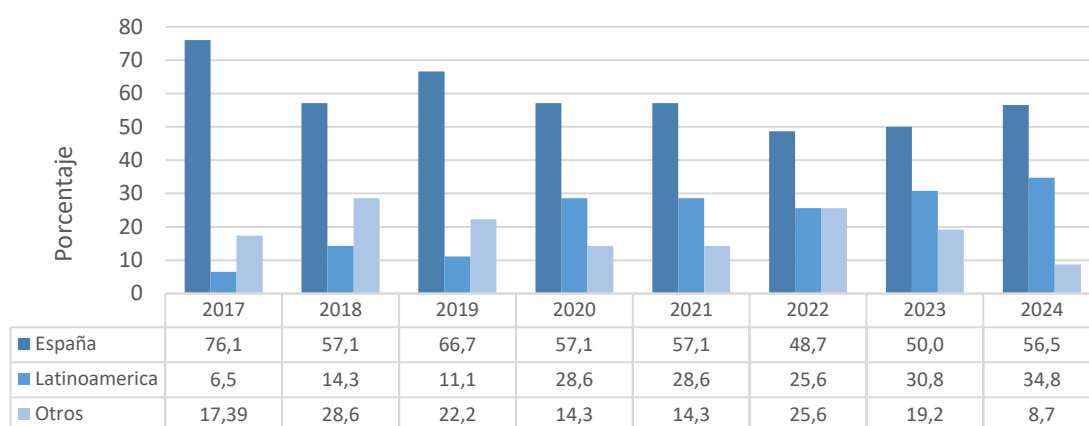
En cuanto a la distribución por sexo, el porcentaje de hombres es sensiblemente superior en toda la serie, aunque en 2024 presenta su cifra más baja con el 65,2% de los casos (Gráfico 3.7.2).

La media de edad se situó en 41,1 años, la más baja desde el inicio de la serie, siendo de 40,8 años en hombres y 41,6 en mujeres (Gráfico 3.7.3). No se registraron casos en menores de edad, situándose el rango etario entre los 21 y los 71 años. En hombres, el grupo de edad que acumuló más casos fue el de 20 a 29 años, en mujeres el de 40 a 49 años. (Gráfico 3.7.4).

**Gráfico 3.7.2 Distribución porcentual por sexo de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2017-2024.****Gráfico 3.7.3 Edad media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2017-2024.****Gráfico 3.7.4 Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

El país de origen está cumplimentado en el 100% de los casos. Aunque en 2024 el país de procedencia fue España en el 56,5%, desde 2017 se aprecia un incremento progresivo de casos procedentes de países latinoamericanos, alcanzando en 2024 su porcentaje máximo con el 34,8% (Gráfico 3.7.5).



**Gráfico 3.7.5 Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2017-2024.**

Todos los registros corresponden a casos confirmados, siendo el 65,2% mediante detección de anticuerpos IgM.

Respecto a antecedentes personales, la orientación sexual figura en 6 casos, de los cuales 5 (21,7% del total) corresponden a HSH. En cuanto al diagnóstico de VIH, el 91,3% (n=21) de los casos presentaba información al respecto, identificándose infección en el 8,7% casos (n=2) y siendo negativo en el 82,6% (n=19).

En el 43,5% (n=10) fue necesaria hospitalización. La evolución de la enfermedad derivó en curación en el 70% (n= 16) de los episodios, 1 caso en cronificación y otro en fallecimiento. En el 27,8% (n=5) no se registraron datos sobre su evolución.

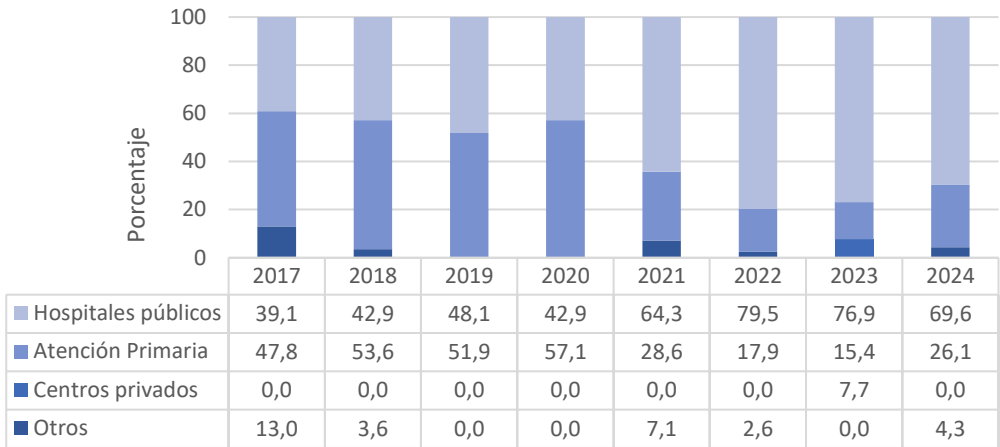
Durante 2024 no se ha notificado ningún brote provocado por la enfermedad.

La inmunización de hepatitis B en la Comunidad de Madrid, se incorporó en el calendario vacunal en 1996, tanto en recién nacidos como en adolescentes. De los casos de 2024, la situación vacunal solo estaba registrada en 10. De estos, 1 tenía documentadas dos dosis de vacuna y 9 no habían recibido ninguna (de estos últimos, 2 casos nacidos después de 1996).

La información recogida sobre factores de riesgo es muy escasa, encontrándose 1 caso con antecedente de transfusión y 3 con antecedente de tatuaje o piercing.

En cuanto a la distribución por tipo centro notificador, desde 2021 es mayoritaria la procedencia de hospitales públicos, siendo en 2024 del 69,6%. El 26,1% de los casos corresponde a atención primaria (Gráfico 3.7.6).

**Gráfico 3.7.6 Distribución porcentual de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. Comunidad de Madrid. 2017-2024.**

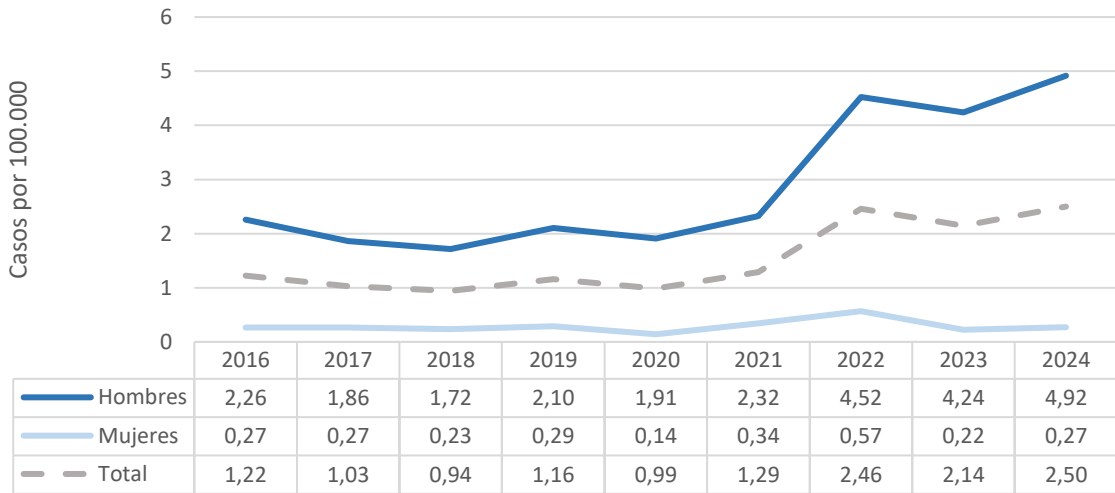


### 3.8. Hepatitis C

#### Hepatitis C aguda

En el año 2024 se registraron 175 casos de hepatitis C aguda en la Comunidad de Madrid, alcanzando una tasa de 2,50 casos por 100.000 habitantes, siendo en hombres de 4,92 y de 0,27 en mujeres. Se mantiene la tendencia incremental observada desde 2021, determinada en gran parte por la mejora en el proceso de notificación que ha experimentado la enfermedad (Gráfico 3.8.1).

**Gráfico 3.8.1 Tasas de hepatitis C aguda total y por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



En cuanto a la distribución porcentual por sexo, como es habitual en la serie, la mayoría de los casos se registran en hombres, alcanzando en 2024 un 94,3% (Gráfico 3.8.2). La mediana de edad fue de 38 años y la media de 39,3 años, con un rango que osciló entre 13 y 65 años. Por grupos de edad, el de 30-39 años es el que presenta más casos con el 36,9%. El 85,4% de los casos tenían edades comprendidas entre 30 y 59 años. Se registró un caso menor de 18 años de probable transmisión sexual (Gráfico 3.8.3) y (Gráfico 3.8.4).

Gráfico 3.8.2 Distribución de casos de hepatitis C aguda por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

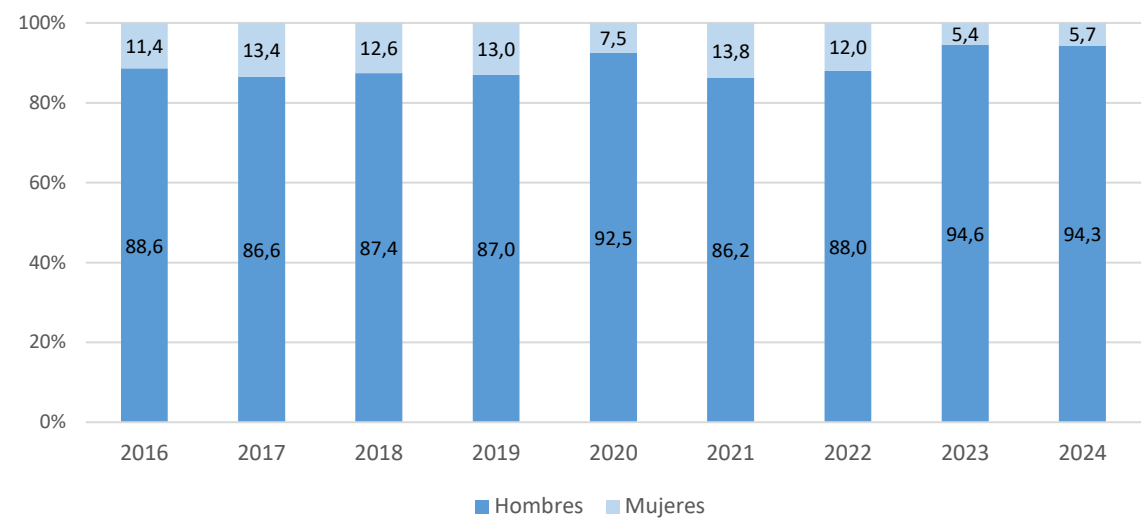


Gráfico 3.8.3 Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2024.

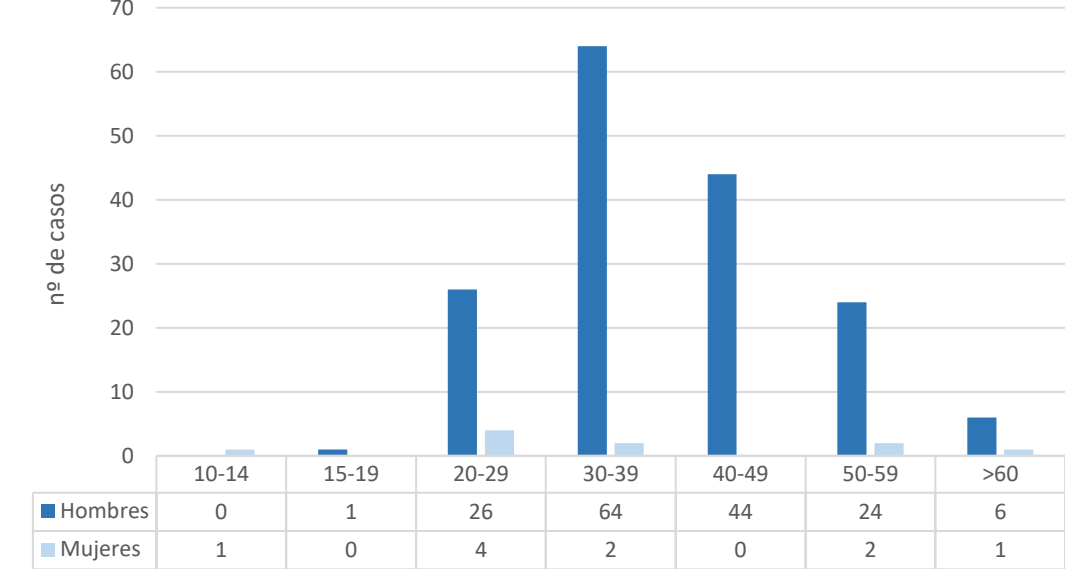
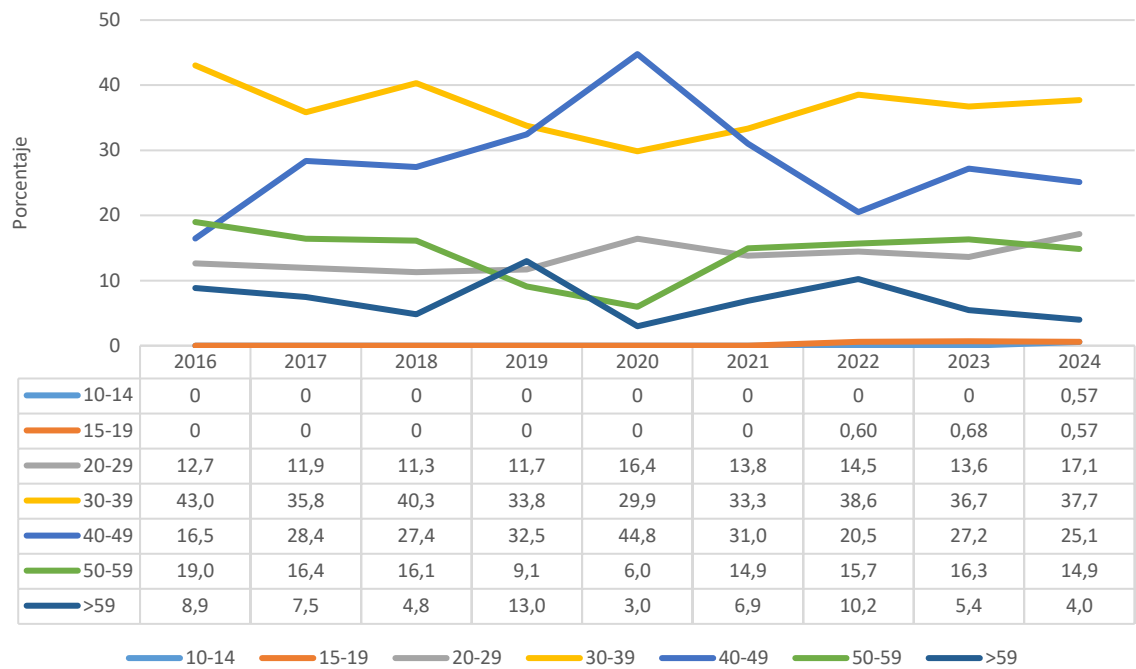
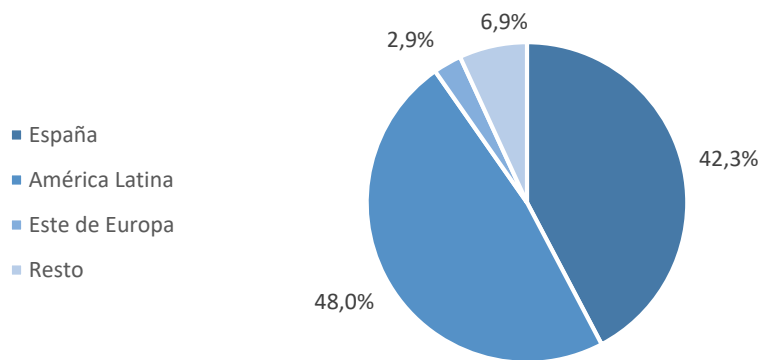


Gráfico 3.8.4 Porcentaje de casos de hepatitis C aguda por grupo de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid. 2016-2024.

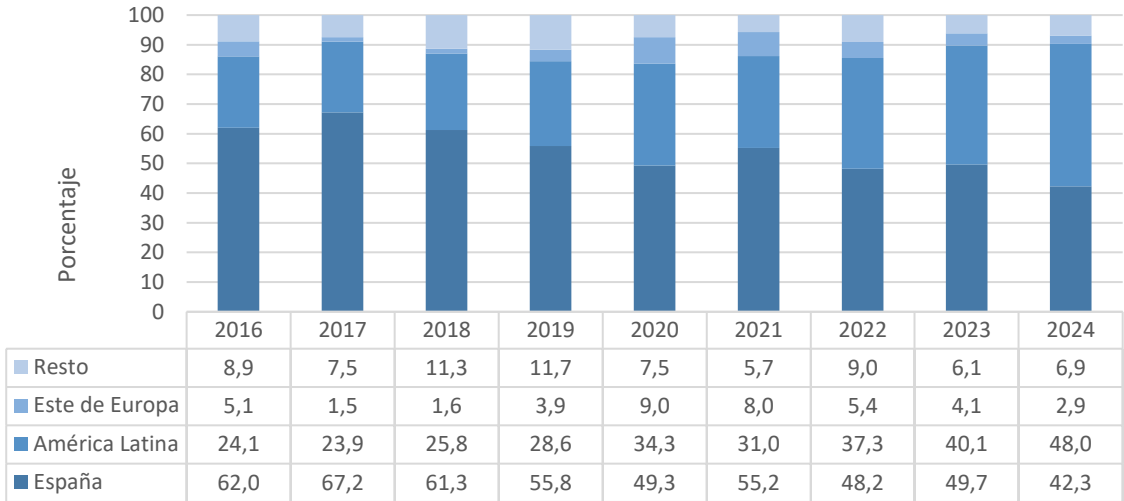


En referencia al lugar de origen, el 42,3% eran personas nacidas en España y el 48% procedente de Latinoamérica, fundamentalmente Venezuela con 24 casos y Colombia con 20. Un porcentaje mucho más discreto corresponde a países del este de Europa, mayoritariamente Rumanía y Ucrania. (Gráfico 3.8.5). Estos porcentajes se han ido modificando a lo largo de la serie, predominando inicialmente los casos de origen español, que en 2016 suponían el 62%, y que han disminuido de manera progresiva expensas del incremento de casos de origen latinoamericano (Gráfico 3.8.6).

Gráfico 3.8.5 Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2024.

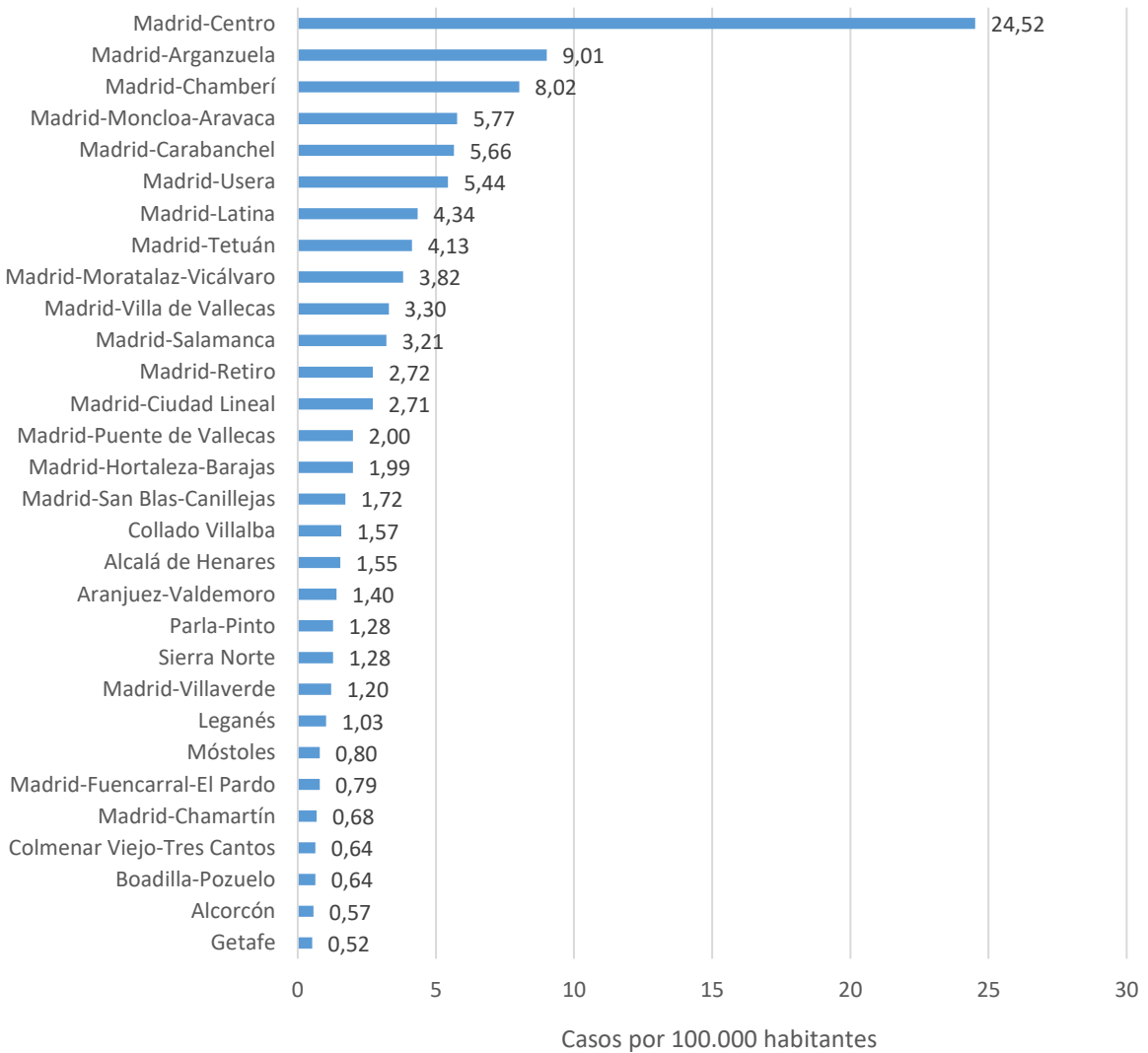


**Gráfico 3.8.6 Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



Según domicilio, el distrito Madrid-Centro es el que concentra las mayores tasas, con 24,52 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Arganzuela y Madrid-Chamberí (Gráfico 3.8.7).

**Gráfico 3.8.7 Tasas de hepatitis C aguda, por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.**



Consta hospitalización en el 4,6% de los casos (n=8) y no se registró ningún fallecimiento. El genotipo viral se identificó en el 45,1% de casos (n=79), perteneciendo el 27,4% (n=48) al genotipo 1a, el 9,6% al genotipo 4 y el 4% al 1b.

La orientación sexual consta en el 70,9% (n=124) de los registros. Entre los hombres, el 73,3% (n=121) corresponde a HSH, 1,2% (n=2) heterosexual y en el 25,5% (n=42) se desconoce. (Tabla 3.8.1).

**Tabla 3.8.1 Orientación sexual de los casos de hepatitis C aguda. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	n	Hombre	n	Mujer
Orientación sexual		%		%
Homosexual/Bisexual	121	73,3	0	0,0
Heterosexual	2	1,2	1	10
Desconocido	42	25,5	9	90

El 66,1% de los hombres y el 10% de las mujeres tenía diagnóstico de VIH y solamente en 2 casos, ambos en hombres, se identificó coinfección por VHB (Tabla 3.8.2). El 7,4% eran usuarios de PrEP (Tabla 3.8.3).

**Tabla 3.8.2 Número y porcentaje de casos de hepatitis C aguda con diagnóstico VIH y VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombre		Mujer	
Diagnóstico	n	%	n	%
VIH	109	66,1	1	10
VHB	2	1,2	0	0,0

**Tabla 3.8.3 Número y porcentaje de casos de hepatitis C aguda usuarios de Prep, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	Hombre		Mujer	
Diagnóstico	n	%	n	%
Usuarios de Prep	12	7,3	1	10

Entre los antecedentes de exposición a riesgos, se ha identificado uso de drogas por vía parenteral en el 18,9% (n=33). El resto, como transfusiones, hemodiálisis, otros cuidados sanitarios o tatuajes, se registran de manera minoritaria (Tabla 3.8.4).

**Tabla 3.8.4 Antecedentes de exposición a riesgos en casos de hepatitis C aguda. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	n	%
Uso de drogas inyectadas	33	18,9
Transplantes	0	0
Transfusiones	2	1,1
Hemodiálisis	1	0,6
Otros cuidados sanitarios	2	1,1
Ocupacional (sanitario)	0	0
Tatuajes	1	0,6

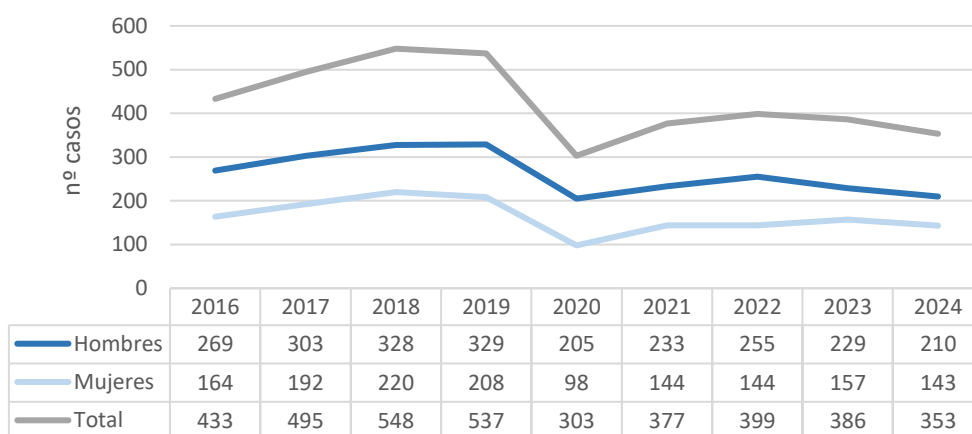
Respecto a las reinfecciones, se identificaron 18, de las cuales 2 corresponden a terceros episodios. Todas se han dado en hombres, con media de edad de 42 años, 15 eran HSH y 1 usuario de PrEP. El 83,3% de las reinfecciones tiene diagnóstico de VIH. De los datos de riesgo conocidos, los más frecuentes son: sexual (n=13), uso de drogas inyectadas (n=3) y ambos (n=2).

Durante el año 2024, no se notificó ningún brote de hepatitis C.

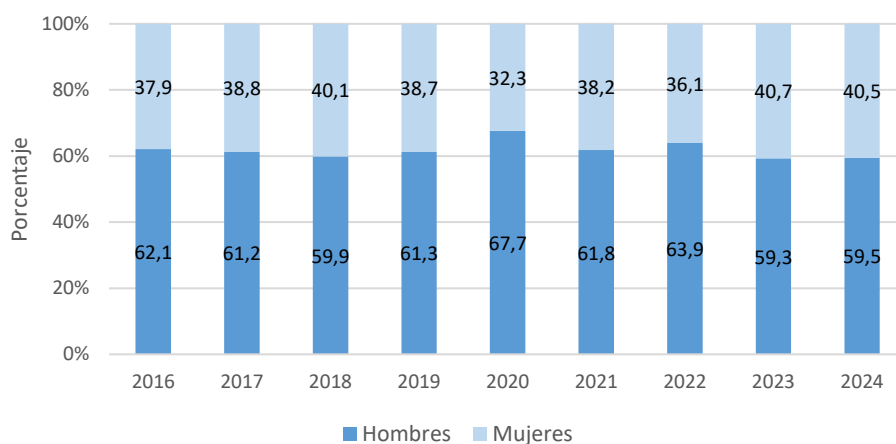
### Hepatitis C crónica

En el año 2024 se registraron 353 casos de hepatitis C crónica en la Comunidad de Madrid, la cifra más baja desde que comenzó la vigilancia de la enfermedad, a excepción del descenso generado por la pandemia en 2020. Se mantiene el predominio del sexo masculino en torno a una proporción 6:4 durante toda la serie (Gráfico 3.8.8) (Gráfico 3.8.9).

**Gráfico 3.8.8 Número de casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**



**Gráfico 3.8.9 Distribución porcentual de casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-24.**



La mediana de edad fue de 58 años y la media de 56,5, con un rango que osciló entre 14-94 años. El 59,5% se diagnosticó en hombres, siendo la edad media en estos de 53,3 años y de 61,2 en mujeres (Gráfico 3.8.10). Por grupos de edad, los mayores de 59 años representan el 45,6% y entre los mayores de 39 años se concentra el 84,7%. Por debajo de los 60 años, el predominio es masculino, sin embargo, en edades superiores las mujeres representan el 59,5% de los casos. Se identificaron 2 menores de edad, de 14 y 16 años; el primero sin antecedentes de riesgo conocidos, el segundo presentaba antecedentes maternos de enfermedad por VHB (Gráfico 3.8.11).

Gráfico 3.8.10 Media de edad de los casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. 2016-2024.

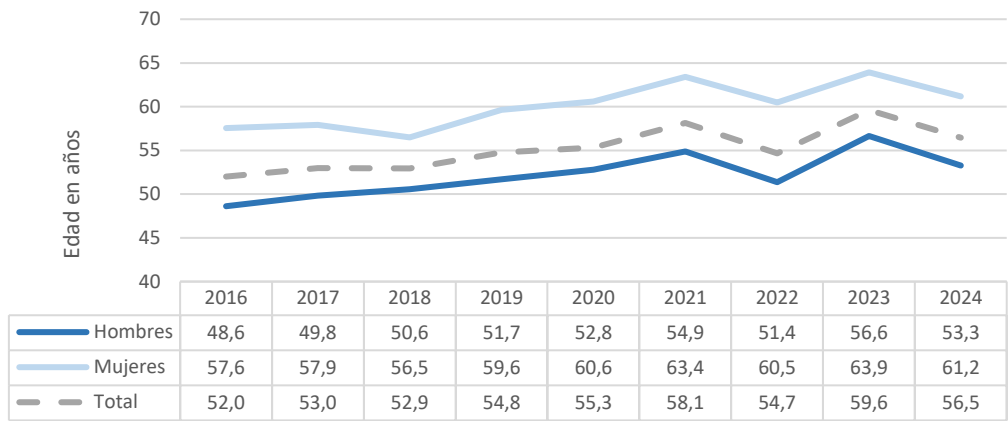
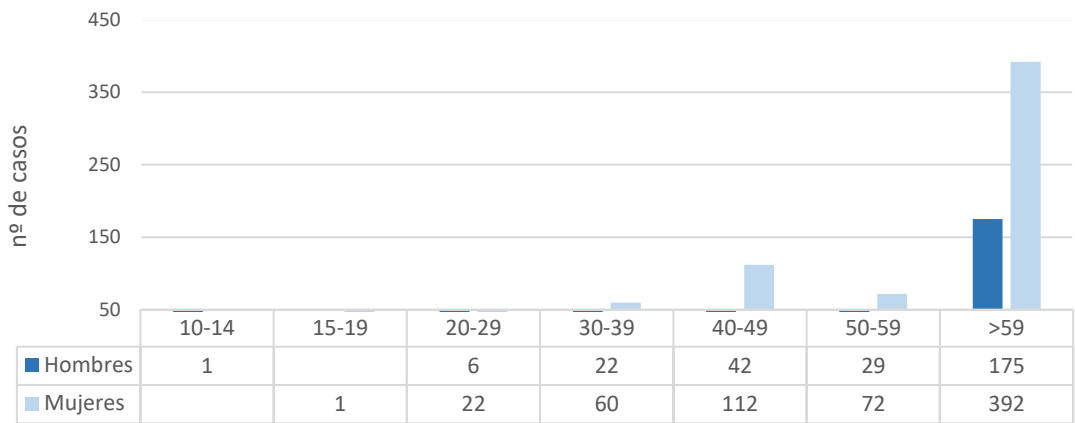
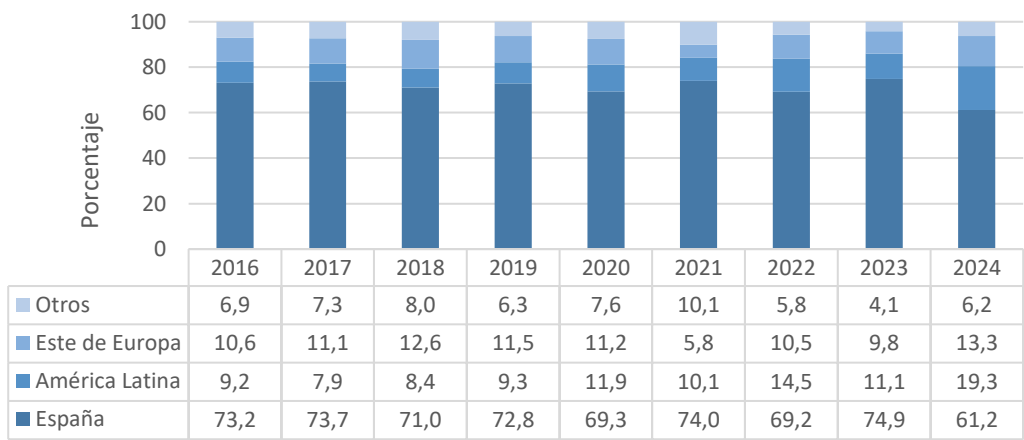


Gráfico 3.8.11 Casos de hepatitis C crónica por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2024.



En cuanto al país de origen, el 61,2% eran personas nacidas en España (n=216), el 19,3% procedentes de Latinoamérica y el 13,3% de países del este de Europa. Desde 2016 se observa un aumento progresivo de los casos procedentes de países latinoamericanos, fundamentalmente Venezuela y Colombia, que alcanza su máximo en 2024. La presencia de casos con origen en países del este de Europa se mantuvo más o menos constante a lo largo de toda la serie, mayoritariamente Rumanía y Ucrania, y se eleva al 13,3% en 2024 (Gráfico 3.8.12).

Gráfico 3.8.12 Distribución por lugar de origen de los casos de hepatitis C crónica. Comunidad de Madrid. Año 2016-2024.





El 4,8% precisó de hospitalización (n=17) y se reportaron 6 fallecimientos. Se registró el genotipo de virus C en el 34,3% de casos (n=121). El más frecuente fue el genotipo 1b con el 17% de casos (n=60), seguido del genotipo 1a con el 6,2% y del genotipo 3 con el 3,4%.

Los antecedentes personales en los registros de hepatitis C crónica no suelen estar adecuadamente recogidos. Así, la orientación sexual consta solo en el 10,2% de los registros, correspondiendo el 7,7% a HSH. En el 7,9% de los casos totales se identifica diagnóstico de VIH.

En cuanto a antecedentes de exposición a riesgos, destacan el uso de drogas inyectadas (9,6%) y transfusiones (7,9%). Estos últimos, mayoritariamente mayores de 60 años, probablemente con exposiciones previas a la sistematización del cribado de VHC en sangre y hemoderivados utilizados en la asistencia sanitaria (Tabla 3.8.5).

**Tabla 3.8.5 Antecedentes de exposición a riesgos en casos de hepatitis C crónica. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

	n	%
Uso de drogas inyectadas	34	9,6
Transplantes	0	0
Transfusiones	28	7,9
Hemodiálisis	0	0
Otros cuidados sanitarios	2	0,6
Ocupacional (sanitario)	0	0
Tatuajes	2	0,6

#### 4. DISCUSIÓN

En 2024 continúa la tendencia creciente de la mayoría de las ITS sometidas a vigilancia, sin embargo, los incrementos no presentan la magnitud alcanzada en las dos temporadas anteriores. La infección gonocócica crece un 31,6% en lugar del 60% de 2023. Circunstancia similar se da en la *Chlamydia trachomatis*, con un crecimiento del 17,3% frente al 40% del año anterior, y en el linfogranuloma venéreo, que aumenta un 5,6% cuando en 2023 el incremento fue del 78,5%. En la sífilis se produce una estabilización, sin apenas cambios en su incidencia.

El perfil de los casos sigue correspondiendo a hombres jóvenes que tienen sexo con hombres, con una baja representación femenina, que en general tiene una media de edad menor. En relación con esto último, resulta preocupante que entre las mujeres jóvenes de 15 a 19 años las cifras se sigan manteniendo en porcentajes que alcanzan el 13,2% en sífilis, 13,4% en gonococo y hasta el 16,2% en *Chlamydia trachomatis*. Es además muy frecuente encontrar procedencia latinoamericana entre los casos, desde un 35% en infección gonocócica hasta un 43% en LGV. En sífilis corresponde al 41%, pero se eleva al 54% cuando se tienen en cuenta solamente los diagnósticos de sífilis latente precoz. Aunque la extensión en el uso de cribados de ITS puede hacer aflorar sífilis asintomáticas, la detección más tardía de la enfermedad puede estar condicionada también por una menor utilización de la asistencia sanitaria, y por lo tanto menor acceso pruebas diagnósticas, desde determinados sectores de población.

Aunque los casos graves de enfermedad entre la mayoría de ITS no son frecuentes, podemos encontrar situaciones que precisan de hospitalización. Fundamentalmente se dan en mujeres con complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica. En el caso de la infección gonocócica, 78 de los 100 casos que precisaron hospitalización fueron mujeres, lo que representa el 10,1% de los casos femeninos. Por el contrario, entre los diagnósticos de LGV la necesidad de ingreso hospitalario afectó al 1,35% y todos fueron hombres.

Resulta frecuente el diagnóstico de coinfecciones por otras ITS: el 22,2% en infección gonocócica, el 20,6% en sífilis y hasta el 44,8% en LGV. Además, se registran también porcentajes considerables de casos positivos para VIH, hasta el 36,5% en el LGV, y en menor medida para VHC y VHB. Estos datos refuerzan la necesidad de estrategias diagnósticas activas y ampliadas que permitan descartar la presencia de otras infecciones coincidentes 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 tiempo.

Un porcentaje importante de los casos que han padecido alguna ITS fueron usuarios de PrEP durante 2024: desde el 23% en *Chlamydia trachomatis* hasta el 43,2% en el LGV. La aparición de reinfecciones en este grupo es, en general, más frecuente, aunque no es posible precisar si este incremento se debe solamente al incremento de cribados que implica estar acogido al programa de prevención o existe además un cambio en las conductas de riesgo. Si bien la PrEP ha demostrado ser eficaz contra la infección por VIH, su impacto indirecto en la dinámica de transmisión de ITS bacterianas exige, además del cribado frecuente, reforzar los mensajes de prevención conductual.

Aunque no es una patología frecuente, la sífilis congénita tiene una trascendencia vital en la salud y el pronóstico del neonato. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud diseñó una estrategia de acción global con el fin de eliminar la enfermedad, basada en el cribado prenatal, con el fin de reducir la transmisión materno-infantil a través de una detección y tratamiento precoces. A pesar de que dicho cribado se encuentra plenamente instaurado en nuestro entorno sanitario, eventualmente se producen casos de enfermedad como el registrado en 2024 en la Comunidad de Madrid.

La declaración de ESPII debida al aumento de casos por mpox clado I, indujo una disminución de casos semanales a partir de la semana 32, posiblemente asociada al temor por una posible mayor contagiosidad y virulencia de esta variante. A pesar de todo, el mpox, ha experimentado un incremento que duplica la cifra de casos contabilizados en 2023, no detectándose modificaciones en el perfil de los casos registrados.

La notificación de infecciones agudas por virus de hepatitis B continúan descendiendo progresivamente. El descenso observado coincide con estudios internacionales que documentan reducciones en hepatitis B aguda gracias a vacunación universal y cribado sistemático en embarazadas. No obstante, la presencia creciente de transmisión sexual como mecanismo de transmisión indica que aún existe margen para reforzar estrategias vacunales en personas con prácticas de riesgo.

El repunte observado en la evolución de la hepatitis C aguda en las tres últimas temporadas obedece posiblemente en gran parte a las mejoras implementadas en el sistema de notificación y registro, que han permitido dotar de mayor sensibilidad y precisión al sistema de declaración. Se constata que el perfil de los casos de infecciones aguda por hepatitis C va adquiriendo características similares al de ITS como la infección por gonococo o por *Chlamydia trachomatis*. No es desdeñable el casi 19% que presenta como antecedente uso de drogas inyectadas, una práctica cada vez más frecuente entre las personas con antecedentes de *chemsex*.

La hepatitis C crónica muestra un descenso progresivo reflejando el impacto de los antivirales de acción directa y de la estrategia de eliminación en la que se engloba. Aunque en el patrón de los diagnósticos persisten antecedentes clásicos como los riesgos asociados a cuidados sanitarios y al uso de drogas inyectadas, son cada vez más frecuentes los perfiles asociados a relaciones sexuales de riesgo, entre los que se incluye el uso de drogas inyectadas en el contexto de *chemsex*<sup>6</sup>.

En el análisis de los factores que contribuyen al incremento sostenido de las ITS confluyen factores conductuales, sociales y de percepción de riesgo que requieren intervenciones específicas y multifacéticas. Sin duda, el uso inconsistente o nulo del preservativo es uno de los factores más

relevantes. La Oficina Regional de la OMS para Europa ya alertó en 2024 sobre la disminución del uso del preservativo entre adolescentes sexualmente activos<sup>7</sup>. El uso inconsistente del preservativo es prevalente, especialmente entre jóvenes y en relaciones estables por falsas percepciones de seguridad<sup>8</sup>. Entre HSH, aunque el uso es mayor en encuentros esporádicos, se observa una disminución significativa de su uso en parejas sexuales estables seroconcordantes, incluso sin conocimiento del estado de salud respecto a otras ITS<sup>9,10</sup>. Además, la utilización de aplicaciones de contactos para encuentros sexuales facilita la inmediatez, el anonimato y la multiplicidad de parejas, circunstancias que definen las relaciones sexuales de riesgo. Igualmente, la práctica chemsex se vincula con una drástica reducción del uso de preservativo y el aumento además de prácticas sexuales alto riesgo<sup>11,12</sup>. En cuanto al uso de PrEP, si bien tiene un balance favorable dado su impacto en la reducción de la transmisión del VIH, también tiene su influencia en la conducta sexual y en la epidemiología de las ITS de los usuarios. Respecto a esto, la evidencia es heterogénea entre países y entre grupos; algunos estudios muestran aumento en diagnóstico de ITS sin confirmar cambio causal en comportamiento, sino efecto de mayor detección<sup>13</sup>. Otros documentan una reducción en el uso sistemático del preservativo como efecto de la compensación de riesgo que perciben estos usuarios, incluso en algunos casos un incremento en la frecuencia y el número de parejas sexuales. Estas circunstancias, junto con la monitorización intensiva que conlleva el seguimiento, explicarían el aumento de los diagnósticos de otras ITS, como infecciones por *chlamydia* o *gonococo*, especialmente durante los primeros meses de uso<sup>14, 15, 16, 17</sup>.

Otros procesos pueden contribuir a mantener la tendencia incremental de las ITS. La disminución de la percepción del riesgo de las ITS bacterianas, asumiendo que son "fácilmente curables con antibióticos", hace que se minimice su potencial gravedad y se ignoren sus posibles complicaciones o la amenaza de resistencias antimicrobianas. No hay que olvidar tampoco el problema de la estigmatización que arrastra el padecimiento de una ITS, generando miedo al juicio social o profesional y retrasando la búsqueda de atención sanitaria.

## 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. El año 2024 consolida el patrón observado desde hace más de una década: un aumento sostenido de la incidencia de las principales ITS en la Comunidad de Madrid que es reflejo de un fenómeno igualmente documentado a nivel nacional e internacional.

Se reafirma, por tanto, su condición como importante problema de salud pública. 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<sup>18</sup>. 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: práctica de relaciones sexuales de riesgo con distintas parejas, desconocidos y prescindiendo del uso del preservativo, aplicaciones de encuentros, chemsex, etc. Entre las mujeres predominan los contagios a través de relaciones heterosexuales y cada vez se presentan en edades más precoces. 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 tempranas contribuyen a un adelanto en el inicio de relaciones sexuales y a que estas se mantengan de forma no segura.

La alta frecuencia de coinfecciones reafirma la necesidad de insistir en protocolos de cribado ante una sospecha o confirmación de una ITS, posibilitando un abordaje precoz de las patologías asociadas y un despistaje adecuado en los estudios de contacto.

Se evidencia la presencia de un porcentaje significativo de reinfecciones que, unido a la frecuencia de cuadros asintomáticos, remarca la necesidad de reforzar mensajes de prevención conductual y cribado frecuente especialmente entre los usuarios de PrEP.

Es precisa una estrategia multidisciplinar que contribuya a abordar de la mejor manera este problema de salud pública, integrando objetivos como: mantener la accesibilidad al sistema sanitario, facilitar el diagnóstico y el tratamiento precoz, valorar de manera integral la realidad asociada a cada individuo, insistir en la necesidad de aplicar medidas preventivas, intervenir en grupos de población clave con personas especialmente vulnerables, promocionar la salud sexual y la 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, Carmen Sanz Ortiz, Antonio Nunziata, Temenuzhka Petrova Shopova. 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 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2025.

## 6. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1.1 Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2015-2024. ....	4
Gráfico 3.1.2 Tasas de incidencia por sexo y año de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024. ....	5
Gráfico 3.1.3 Distribución porcentual por sexo de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. 2015-2024. ...	5
Gráfico 3.1.4 Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2015-2024. ....	5
Gráfico 3.1.5 Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	6
Gráfico 3.1.6 Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024. ....	6
Gráfico 3.1.7 Infección gonocócica en mujeres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024. ....	7
Gráfico 3.1.8 Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2015-2024. ....	8
Gráfico 3.1.9 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	8
Gráfico 3.1.10 Notificación de infección gonocócica, según origen, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024. ....	12
Gráfico 3.2.1 Tasas de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> . Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2024. ....	12

Gráfico 3.2.2 Tasa de incidencia anual de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> , por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	13
Gráfico 3.2.3 Distribución por sexo de infección <i>Chlamydia trachomatis</i> . Comunidad de Madrid. 2016-2024. ....	13
Gráfico 3.2.4 Evolución de la media de edad por sexo en la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> . Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	13
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 2024. ....	14
Gráfico 3.2.6 Porcentaje de casos de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	15
Gráfico 3.2.7 Porcentaje de casos de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	15
Gráfico 3.2.8 Distribución según lugar de origen. <i>Chlamydia trachomatis</i> , Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	16
Gráfico 3.2.9 Tasas de incidencia de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	16
Gráfico 3.2.10 Notificación de la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> , en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	18
Gráfico 3.3.1 Tasas de incidencia LGV. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2024. ....	18
Gráfico 3.3.2 Distribución de casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024. ....	19
Gráfico 3.3.3 Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024. ....	19
Gráfico 3.3.4 Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	19
Gráfico 3.3.5 Distribución por porcentaje de casos de LGV por grupos de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024. ....	20
Gráfico 3.3.6 Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	20
Gráfico 3.3.7 Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	21
Gráfico 3.3.8 Porcentaje de casos de LGV por tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Año 2016 a 2024. ....	24
Gráfico 3.4.1 Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024. ....	24
Gráfico 3.4.2 Tasas de incidencia de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	25
Gráfico 3.4.3 Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	25
Gráfico 3.4.4 Edad media de los casos de sífilis por sexo. CM. Años 2016 a 2024. ....	25
Gráfico 3.4.5 Número de casos de sífilis por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	26
Gráfico 3.4.6 Distribución en porcentaje de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	26
Gráfico 3.4.7 Distribución en porcentaje de casos de sífilis por grupo de edad en mujeres. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	27
Gráfico 3.4.8 Distribución de casos de sífilis según lugar de origen, en número de casos y porcentaje. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	27
Gráfico 3.4.9 Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	28
Gráfico 3.4.10 Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	28
Gráfico 3.4.11 Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	29
Gráfico 3.4.12 Distribución de casos en número y porcentaje por categoría diagnóstica de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	30
Gráfico 3.4.13 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	30
Gráfico 3.4.14 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	30
Gráfico 3.4.15 Porcentaje de casos de sífilis por tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	32
Gráfico 3.5.1 Casos de sífilis congénita. Comunidad de Madrid. Años 2010-2024. ....	33
Gráfico 3.6.1 Casos de mpox por mes y año. Comunidad de Madrid. Años 2022-2024. ....	34
Gráfico 3.6.2 Casos y porcentaje de mpox en Comunidad de Madrid y resto de España. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	34
Gráfico 3.6.3 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	34
Gráfico 3.6.4 Distribución de casos de mpox por grupo etario y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	35

Gráfico 3.6.5 Distribución de casos de mpox por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	35
Gráfico 3.6.6 Casos y tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	36
Gráfico 3.6.7 Porcentaje de casos mpox por centro peticionario. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	38
Gráfico 3.6.8 Contactos estrechos identificados de casos mpox confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	39
Gráfico 3.7.1 Tasas de incidencia de hepatitis B. Comunidad de Madrid-España. Años 2017-2024. ....	39
Gráfico 3.7.2 Distribución porcentual por sexo de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2017-2024. ....	40
Gráfico 3.7.3 Edad media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2017-2024. ....	40
Gráfico 3.7.4 Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024. .	40
Gráfico 3.7.5 Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2017-2024. ....	41
Gráfico 3.7.6 Distribución porcentual de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. Comunidad de Madrid. 2017-2024. ....	42
Gráfico 3.8.1 Tasas de hepatitis C aguda total y por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	42
Gráfico 3.8.2 Distribución de casos de hepatitis C aguda por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. .	43
Gráfico 3.8.3 Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2024. ....	43
Gráfico 3.8.4 Porcentaje de casos de hepatitis C aguda por grupo de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid. 2016-2024. ....	44
Gráfico 3.8.5 Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	44
Gráfico 3.8.6 Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	45
Gráfico 3.8.7 Tasas de hepatitis C aguda, por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	45
Gráfico 3.8.8 Número de casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024. ....	47
Gráfico 3.8.9 Distribución porcentual de casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-24. ....	47
Gráfico 3.8.10 Media de edad de los casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. 2016-2024. ....	48
Gráfico 3.8.11 Casos de hepatitis C crónica por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2024. ....	48
Gráfico 3.8.12 Distribución por lugar de origen de los casos de hepatitis C crónica. Comunidad de Madrid. Año 2016-2024. ....	48

## 7. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1.1 Orientación sexual de los casos de infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	7
Tabla 3.1.2 Presentación clínica por sexo. Infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	9
Tabla 3.1.3 Principales diagnósticos en hospitalización* debida a infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	9
Tabla 3.1.4 Casos de infección gonocócica con coinfecciones por otras ITS, por sexo. Comunidad de Madrid. 2024. ....	9
Tabla 3.1.5 Casos de infección gonocócica según número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	10
Tabla 3.1.6 Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	10
Tabla 3.1.7 Reinfecciones de infección gonocócica según sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	10
Tabla 3.1.8 Uso de PrEP por sexo entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024. .	11
Tabla 3.1.9 Coinfecciones por ITS en función del uso de PrEP entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	11
Tabla 3.1.10 Reinfecciones en función del uso de PrEP entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	11
Tabla 3.2.1 Origen de la muestras diagnósticas por sexo. Chlamydia trachomatis. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	17



Tabla 3.2.2 Re infecciones de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> según sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	17
Tabla 3.2.3 Uso de PrEP por sexo entre los casos de infección por <i>Chlamydia Trachomatis</i> . Comunidad de Madrid. Año 2024.....	17
Tabla 3.2.4 Número de re infecciones por <i>Chlamydia trachomatis</i> según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024 .....	17
Tabla 3.3.1 Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	20
Tabla 3.3.2 Presentación clínica de LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	21
Tabla 3.3.3 Porcentaje de casos de LGV según el número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. 2024.....	22
Tabla 3.3.4 Causas de coinfección en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	22
Tabla 3.3.5 Porcentaje de casos de LGV con infección por VIH, VHB, VHC. Comunidad de Madrid. Año 2024..	22
Tabla 3.3.6 Re infecciones en LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	22
Tabla 3.3.7 Uso de PrEP entre los casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	23
Tabla 3.3.8 Re infecciones y coinfecciones por otras ITS entre los casos de LGV, según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	23
Tabla 3.3.9 Tipo de servicio clínico inicial en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	23
Tabla 3.4.1 Orientación sexual por sexo de casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	27
Tabla 3.4.2 Re infecciones en sífilis, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	31
Tabla 3.4.3 Nº de coinfecciones en casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	31
Tabla 3.4.4 Casos de sífilis con diagnóstico de coinfección por otra ITS. Comunidad de Madrid. Año 2024. ...	31
Tabla 3.4.5 Casos de sífilis con diagnóstico de VIH, VHC y VHB. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	31
Tabla 3.4.6 Uso de PrEP entre los casos de sífilis, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	32
Tabla 3.4.7 Re infecciones y coinfecciones por otras ITS entre los casos de sífilis, según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	32
Tabla 3.6.1 Exposiciones de riesgo en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	37
Tabla 3.6.2 Presentación clínica de los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	37
Tabla 3.6.3 Muestras diagnósticas en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	38
Tabla 3.8.1 Orientación sexual de los casos de hepatitis C aguda. Comunidad de Madrid. Año 2024. ....	46
Tabla 3.8.2 Número y porcentaje de casos de hepatitis C aguda con diagnóstico VIH y VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	46
Tabla 3.8.3 Número y porcentaje de casos de hepatitis C aguda usuarios de Prep , por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	46
Tabla 3.8.4 Antecedentes de exposición a riesgos en casos de hepatitis C aguda. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	46
Tabla 3.8.5 Antecedentes de exposición a riesgos en casos de hepatitis C crónica. Comunidad de Madrid. Año 2024.....	49

## 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.  
[https://gestion.comunidad.madrid/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=1224&eli=true - no-back-button](https://gestion.comunidad.madrid/wleg_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.:  
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf>
- 3.- Desarrollo de un programa de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en adultos y adolescentes para la Prevención de la Infección por VIH en la Comunidad de Madrid. 2022. Comunidad de Madrid.  
[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/sanidad/documento\\_definitivo\\_prep\\_cm\\_19\\_06\\_2023.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/sanidad/documento_definitivo_prep_cm_19_06_2023.pdf)
- 4.- 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

- 5.- WHO appeal: mpox public health emergency 2024. WHO Health Emergencies Programme (WHE). 27 August 2024 [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/who\\_appeal-mpox\\_2024.pdf?sfvrsn=9c2488f6\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/who_appeal-mpox_2024.pdf?sfvrsn=9c2488f6_3&download=true)
- 6.- Ryan P, Berenguer J, Ramos-Ruperto L, Vera M, Martín-Carbonero L, Pérez-Latorre L, De Los Santos I, Pinto A, Vivancos MJ, Orviz E, Álvarez B, Sanz J, Ruiz-Seco P, Torres R, Brazal B, De Miguel M, López-Centeno B, Jarrín I, Resino S, Bellón JM, González-García J. Epidemiology and Risk Factors for HCV Infection Among MSM With or at Risk of HIV in Madrid (2022-2024). *Open Forum Infect Dis*. 2025 Nov 6;12(12):ofaf678. doi: 10.1093/ofid/ofaf678. PMID: 41311917; PMCID: PMC12651544.
- 7.- Badura P, Eriksson C, García-Moya I, Löfstedt P, Melkumova M, Sotiroska K et al. Un enfoque en los contextos sociales de los adolescentes en Europa, Asia Central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 7. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024. <https://www.hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-sexual-health-in-europe-central-asia-and-canada/>
- 8.- Ballester-Arnal R et al. A Trend Analysis of Condom use in Spanish Young People over the Two Past Decades, 1999–2020. *July 2022; AIDS and Behavior* 26(1). DOI:10.1007/s10461-021-03573-6.
- 9.- The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. EMIS-2017 The European Men Who Have Sex With Men Survey - Key Findings from 50 Countries
- 10.- Morell-Mengual V, Gil-Llario MD, Fernández-García O, Ballester-Arnal R. Factors Associated with Condom Use in Anal Intercourse Among Spanish Men Who Have Sex with Men: Proposal for an Explanatory Model. *AIDS Behav*. 2021 Nov;25(11):3836-3845. doi: 10.1007/s10461-021-03282-0. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33914210.
- 11.- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex en la Comunidad de Madrid 2023-2026. Comunidad de Madrid. Madrid; 2024. <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051302.pdf>
- 12.- Coronado-Muñoz M, García-Cabrera E, Quintero-Flórez A, Román E, Vilches-Arenas Á. Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2024 Mar 21;13(6):1812. doi: 10.3390/jcm13061812. PMID: 38542036; PMCID: PMC10971601.
- 13.- Von Schreeb S, Pedersen SK, Christensen H, Jørgensen KM, Harritshøj LH, Hertz FB, Ahlström MG, Lebech AM, Lunding S, Nielsen LN, Gerstoft J, Kronborg G, Engsig FN. Questioning risk compensation: pre-exposure prophylaxis (PrEP) and sexually transmitted infections among men who have sex with men, capital region of Denmark, 2019 to 2022. *Euro Surveill*. 2024 Mar;29(13):2300451. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.13.2300451. PMID: 38551099; PMCID: PMC10979528.
- 14.- Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera García M, Arias Ramírez D, Gil García N, Puerta López T, Clavo Escribano P, Ballesteros Martín J, Lejarraga Cañas C, Fernandez Piñeiro N, Fuentes Ferrer ME, García Lotero M, Hurtado Gallegos E, Raposo Utrilla M, Estrada Pérez V, Del Romero Guerrero J, Rodríguez Martín C. Low use of condom and high STI incidence among men who have sex with men in PrEP programs. *PLoS One*. 2021 Feb 4;16(2):e0245925. doi: 10.1371/journal.pone.0245925. PMID: 33539363; PMCID: PMC7861516.
- 15.- Van den Elshout MAM, Wijstma ES, Boyd A, Jongen VW, Coyer L, Anderson PL, et al. (2024) Sexual behaviour and incidence of sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) using daily and event-driven preexposure prophylaxis (PrEP): Four-year follow-up of the Amsterdam PrEP (AMPrEP) demonstration project cohort. *PLoS Med* 21(5): e1004328. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004328>
- 16.- Vázquez-Gómez S., & Vázquez-Gómez L. (2024). Profilaxis pre-exposición de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y su influencia en otras enfermedades de transmisión sexual: una revisión bibliográfica. *Ciencia y Salud*, 8(2), 75-86. <https://doi.org/10.22206/cysa.2024.v8i2.2893>
- 17.- Nuria Fernández Piñeiro, Oskar Ayerdi Aguirrebengoa, Eva Orviz García, et al. Programa de profilaxis pre-exposición de la Comunidad de Madrid: 2 años de experiencia. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Volume 43, Issue 3, 2025, Pages 133-138, ISSN 0213-005X, <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.03.014>.
- 18.- Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/efaf3bab-4386-4104-8e69-1a8b8ee052cc/content>