BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid

Nº 12.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2024

INFORMES:

- **Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen Estudio EPINE. Comunidad de Madrid, 2023.**
- **Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, 2023.**
- **Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2023.**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico

Coordina:
Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública
c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta
28002 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Diciembre 2024
ISSN: 1695 – 7059
Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 12.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2024

ÍNDICE

	Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen Estudio EPINE. Comunidad de Madrid, 2023	*4*
	Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, año 2023	*15*
	Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2023	*67*

INFORME:

Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen Estudio EPINE. Comunidad de Madrid, 2023.

ÍNDICE

RESUMEN....5
1. INTRODUCCIÓN....6
2. METODOLOGÍA....6
3. RESULTADOS....7
3.1 Descripción datos del hospital....7
3.2 Descripción datos del paciente....7
3.3 Descripción datos de infección....9
3.4 Descripción datos de microorganismos....10
3.5 Descripción datos de antimicrobianos....10
3.6. Seguimiento....12
4. CONCLUSIONES....13
5. REFERENCIAS....14

RESUMEN

Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que los pacientes adquieren como consecuencia de la atención o los procedimientos recibidos en un centro asistencial. Estas infecciones son especialmente frecuentes en el ámbito hospitalario y representan un problema significativo de salud pública debido a su elevada morbilidad y mortalidad. Diversos estudios han demostrado la eficacia de los programas de vigilancia y control en la reducción de las IRAS en los hospitales. Los estudios de prevalencia proporcionan información sobre los pacientes, las situaciones clínicas y epidemiológicas, y la necesidad de adoptar medidas de prevención y control de las infecciones en asistencia sanitaria.

Objetivos

El objetivo del presente informe es describir la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid (CM) durante el año 2023.

Metodología

Los datos provienen del Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs) del Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos son recogidos por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o, en su defecto, por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de los hospitales. Posteriormente, se proporcionan a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE).

Resultados

El número de hospitales de la Comunidad de Madrid participantes en el estudio es de 54. El total de camas estudiadas es de 13.118. El número de pacientes revisados es de 10.433. En el día de realización de la encuesta, 5.023 pacientes (48,1%) están recibiendo algún antimicrobiano. Se identifican 818 pacientes (7,8%) con alguna IRAS en el día de la encuesta.

Conclusiones

Los estudios de prevalencia aportan importante información para la vigilancia de las IRAS y para la planificación de la prevención y control de las mismas.

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que los pacientes adquieren como consecuencia de la atención o procedimientos recibidos en un centro asistencial. Estas infecciones son especialmente frecuentes en el ámbito hospitalario y representan un problema significativo de salud pública debido a su elevada morbilidad y mortalidad, además del considerable impacto económico que generan.

El *Estudio Nacional de Eventos Adversos* (ENEAS) identificó que el 25,3% de los efectos adversos relacionados con la hospitalización están vinculados a las IRAS, y que el 56,6% de estos eventos son potencialmente evitables. Por su parte, el *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), en el estudio de prevalencia de IRAS y uso de antimicrobianos (*ECDC-PPS 2022-2023*) realizado en 28 países europeos, incluido España, reveló que el 8,0% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una IRAS durante su estancia.

Desde el inicio del *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control* (SENIC) a principios de los años 70, diversos estudios han demostrado la eficacia de los programas de vigilancia y control en la reducción de las IRAS en los hospitales. Estos programas resultan fundamentales para implementar estrategias efectivas de prevención y control.

En España, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene promueve anualmente desde 1990 el Estudio de Prevalencia de las IRAS (EPINE). Los estudios de prevalencia aportan información de los pacientes, de situaciones clínicas y epidemiológicas, y de la necesidad de adoptar medidas de Prevención y Control de las Infecciones en Asistencia Sanitaria.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS, integrado en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), ha incorporado un módulo específico que permite el análisis de la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos, facilitando la toma de decisiones basadas en la evidencia.

El objetivo del presente informe es analizar la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid durante el año 2023.

2. METODOLOGÍA

Los datos proceden del Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs) del Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos son recogidos por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del hospital y se les proporciona a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) para su análisis, elaboración de informe y distribución a las diferentes Comunidades Autónomas a través de SiViEs.

Población de estudio: pacientes ingresados en los hospitales durante el periodo de realización del estudio.

3. RESULTADOS

El número de hospitales de la Comunidad de Madrid participantes en el estudio es de 54 (52 de agudos y 2 de larga estancia). El total de camas estudiadas es de 13.118. El número de pacientes revisados es 10.433. Se han identificado 2.791 pacientes con infección, de ellos 818 (7,8% del total de pacientes estudiados) son pacientes con una infección relacionada con la asistencia sanitaria. Entre ellos 709 (6,8%) son pacientes con una IRAS adquirida en hospitales de agudos y 111 (1,1%) pacientes con una IRAS adquirida en hospitales de larga estancia. En total, 639 pacientes adquirieron una IRAS en el mismo hospital donde se ha realizado el estudio (6,1%), 51 (0,5%) la adquirieron en otro hospital distinto y 19 (0,2%) tienen origen desconocido.

3.1 Descripción datos del hospital

En el estudio, han participado 54 hospitales (52 hospitales de agudos y 2 de larga estancia). De los 52 hospitales de agudos que participan en el estudio, 5 (9,6%) son hospitales primarios[1], 18 (34,6%) son secundarios, 23 (44,2%) son terciarios , 3 (5,8%) son especializados y en 3 (5,8%) no se tiene información de la clasificación. En la tabla 1 se puede observar la media de camas de los hospitales, la media del número de camas de agudos y la media del número de camas de cuidados intensivos.

Tabla 1. Media y desviación estándar del número total de camas, número de camas de agudos y número de camas de cuidados intensivos de los hospitales participantes.

	Media (DE)
Número total de camas	296,9 (291,9)
Número de camas de agudos	260,7 (275,9)
Número de camas de cuidados intensivos	22,2 (28,8)

3.2 Descripción datos del paciente

Se han estudiado 10.433 pacientes, de ellos, 5.304 (50,8%) son mujeres y 5.129 (49,2%) son hombres. La edad media es de 61,2 años (DE: 25,5).

Especialidad de la planta o unidad

En la siguiente tabla (tabla 2), figura la planta o unidad donde se ubica físicamente el paciente.

[1] Según Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria de abril 2019:
https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-PrevIRAS_Nov2017_rev_Abril2019.pdf

Hospital Primario: a menudo referido como "de primer nivel", tiene pocas especialidades (medicina interna, obstetricia-ginecología, pediatría, cirugía general, o sólo medicina general), limitados servicios de laboratorio; los servicios son accesibles para un diagnóstico general y no para estudios especializados (p.ej., de anatomía patológica).
Hospital Secundario: a menudo referido como "hospital provincial", es un hospital con un elevado grado de diferenciación en cuanto a funciones; puede tener de cinco a diez especialidades clínicas, como hematología, oncología, nefrología, UCI. Recibe pacientes referidos desde otros hospitales (primarios).
Hospital Terciario: a menudo referido como hospital "central", "regional" o "de tercer nivel"**,** cuenta con personal y equipos técnicos muy especializados, como hematología, trasplantes, cirugía cardio-torácica, neurocirugía. Los servicios clínicos son altamente diferenciados en cuanto a funciones, cuenta con equipos especializados de imagen, proporciona servicios regionales y de forma regular recibe pacientes referidos desde otros hospitales (primarios y secundarios).
Hospital Especializado: con una especialidad clínica definida y posibles subespecialidades, cuenta con personal y equipo técnico especializado.

Tabla 2. Especialidad donde se ubica el paciente.

Especialidad	n	%
Especialidades médicas	3.285	31.5
Mixta	3.106	29,8
Especialidad quirúrgica	1.693	16,2
UCI	538	5,1
Obstetricia/Ginecología	513	4,9
Psiquiatría	416	4,0
Pediatría	295	2,8
Geriatría	286	2,7
Neonatología	214	2,1
Rehabilitación	55	0,5
Crónicos	27	0,3
Otras	5	0,1
Total	**10.433**	**100**

Factores de riesgo intrínsecos

Dentro de los factores de riesgo intrínsecos de los pacientes, se valora si presentan insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, neoplasias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), inmunodeficiencia, cirrosis hepática y/o úlceras por presión. La descripción de estos factores está recogida en el Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia. El 52,1% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo intrínseco. La tabla 3 recoge la descripción detallada de los factores de riesgo intrínsecos en los pacientes estudiados.

Tabla 3. Factores de riesgo intrínsecos de los pacientes.

	n	%
Insuficiencia renal crónica	1.498	14,4
Diabetes	2.205	21,2
Neoplasia	2.156	20,8
EPOC	1.674	16,2
Inmunodeficiencia	715	6,9
Cirrosis	223	2,2
Ulcera por presión	649	6,3

Nota: Los pacientes pueden tener más de un factor de riesgo intrínseco.

Puntuación de McCabe

Se analizó la puntuación de McCabe, que clasifica la gravedad de la situación médica basal del paciente, determinando si se trata de una enfermedad no fatal, una enfermedad tardíamente fatal o una enfermedad rápidamente fatal. En la tabla 4 se muestra un resumen de la puntuación de McCabe en los pacientes.

Tabla 4. Puntuación de McCabe de los pacientes.

	n	%
Enfermedad no fatal	7.773	74,5
Enfermedad tardíamente fatal	1.991	19,1
Enfermedad rápidamente fatal	661	6,3
Desconocido	8	0,1
Total	**10.433**	**100**

Factores de riesgo extrínseco

Los factores de riesgo extrínsecos valorados en los pacientes son la realización de un procedimiento quirúrgico, la presencia de un catéter vascular (central y periférico), ser portador de una sonda urinaria y/o estar intubado. El 83,3% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo extrínseco. En la tabla 5 se describen estos datos.

Tabla 5. Factores de riesgo extrínsecos de los pacientes.

	n	%
Cirugía previa	1.987	19,2
Catéter vascular central	1.346	13,1
Catéter vascular periférico	7.731	74,6
Catéter urinario	1.902	18,4
Intubación	289	2,8

Nota: Los pacientes pueden tener más de un factor de riesgo extrínseco.

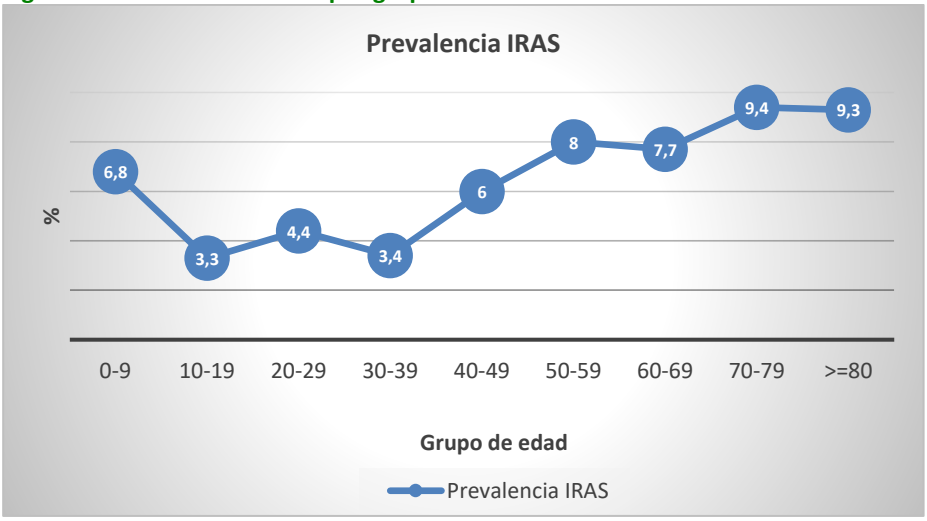
Antimicrobiano:

El día de realización de la encuesta 5.023 (48,1%) pacientes estaban recibiendo algún antimicrobiano.

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Se identificaron 818 pacientes (7,8%) con alguna IRAS el día de la realización de la encuesta. De ellos, 462 eran hombres (56,5%) y 356 mujeres (43,5%). El 9,0% de los hombres presentaron una IRAS y el 6,7% de las mujeres. Por grupos de edad, 530 pacientes tenían más de 64 años (64,8%), 230 (28,1%) tenían entre 16 y 64 años, y 58 (7,1%) tenían menos de 16 años. En la figura 1 se muestra la prevalencia de pacientes con alguna IRAS por grupo de edad.

Figura 1. Prevalencia de IRAS por grupo de edad.



Respecto a la estancia hospitalaria, 427 pacientes (52,2%) tuvieron una estancia superior a 14 días. Un total de 551 pacientes (67,3%) presentaban al menos un factor de riesgo intrínseco, siendo los más frecuentes la presencia de neoplasia, diabetes e insuficiencia renal crónica. Además, 773 pacientes (94,5%) presentaban al menos un factor de riesgo extrínseco, siendo los más comunes la presencia de catéter vascular periférico y catéter urinario.

3.3 Descripción datos de infección

Se detectaron 3.021 infecciones el día de la encuesta. De ellas, 900 (29,8% del total de infecciones) corresponden a IRAS (un paciente puede tener más de una infección). Entre estas, 777 (86,3% de las IRAS) son adquiridas en hospitales de agudos, 698 (77,6% de las IRAS) son adquiridas en el propio centro que realiza la encuesta, 56 (6,2% de las IRAS) son adquiridas en otro hospital y 23 (2,6% de las IRAS) tienen otro origen o su origen es desconocido. Se identificaron un total de 123 IRAS (13,7%) adquiridas en hospitales de larga estancia.

Las IRAS detectadas son de origen: quirúrgico, con 187 casos (20,8%); urinario, con 178 casos (19,8%); respiratorio y COVID-19, con 161 casos (17,9%) y 50 casos (5,6%) respectivamente; bacteriemias e infecciones asociadas a catéter, con 139 casos (15,4%); y en otras localizaciones, con 185 casos (20,6%).

Se observa un aumento en la prevalencia de IRAS conforme aumentan los factores de riesgo intrínsecos (del 5,3% si no tienen ningún factor de riesgo al 15,5% si tienen 3 o más factores de riesgo) y extrínsecos (del 2,6% si no tienen ninguno al 19,3% si tienen 3 o más factores).

3.4 Descripción datos de microorganismos

Cuando se analizan los microorganismos que participan en las IRAS, en 114 infecciones (12,7%) no se ha tomado ninguna muestra ni realizado ninguna prueba microbiológica, en 68 infecciones (7,6%) los resultados de las pruebas aún no estaban disponibles en el momento de la realización del estudio, en 47 infecciones (5,2%) el resultado de la prueba microbiológica realizada fue negativo y en 31 infecciones (3,4%) existe evidencia de que se realizaron pruebas microbiológicas, pero no se pudo identificar correctamente el microorganismo. En la tabla 6 se describen los microorganismos aislados más frecuentes en aquellas infecciones en las que se ha podido identificar el microorganismo.

Tabla 6. Microorganismos aislados más frecuentes en las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

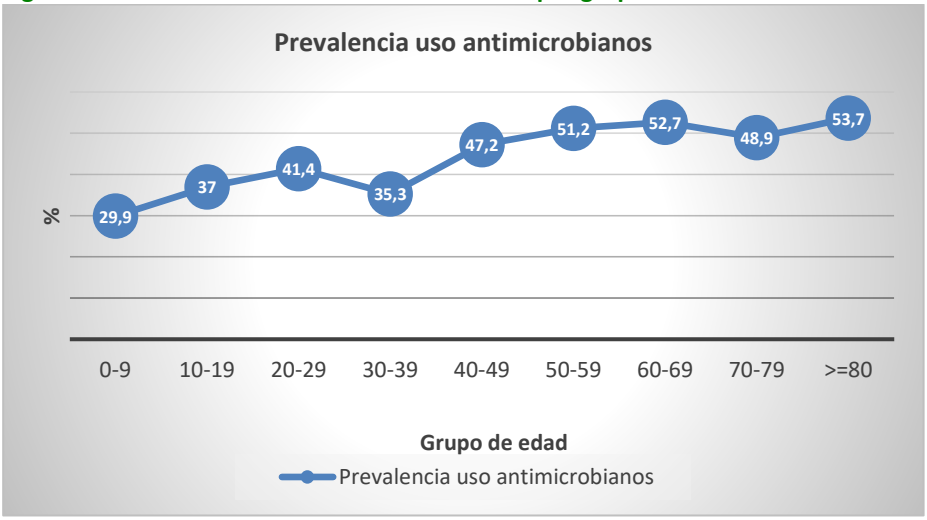
Microorganismos	n	%
Escherichia coli	113	14,8
Staphylococcus aureus	67	8,7
Klebsiella pneumoniae	55	7,2
Pseudomonas aeruginosa	52	6,8
Enterococcus faecalis	51	6,7
SARS-CoV-2	49	6,5
Enterococcus faecium	42	5,5
Clostridioides difficile	39	5,1
Staphylococcus epidermidis	37	4,8
Candida albicans	33	4,3
Enterobacter cloacae	24	3,1
Serratia marcescens	16	2,1
Otros estafilococos coagulasa negativos	15	1,9
Streptococcus spp., otros	15	1,9
Proteus spp.	14	1,8
Citrobacter spp.	9	1,2
Stenotrophomonas maltophilia	9	1,2
Candida parapsilosis	8	1,1
Otros	117	15,3
Total	**765**	**100**

3.5 Descripción datos de antimicrobianos

El 48,1% de los pacientes (n = 5023) estaban tomando antimicrobianos en el momento de la encuesta. Desagregando por sexo, el 50,5% de los hombres estaban tomando antimicrobianos y el 48,5% de las mujeres.

En la figura 2 se muestra como la prevalencia del consumo de antibióticos aumenta con la edad.

Figura 2. Prevalencia de uso de antimicrobianos por grupo de edad.



Ese aumento se observa de manera más clara si se estratifica la edad en tres grupos: la prevalencia de uso de antimicrobianos en menores de 16 años es del 31,1%, en el grupo de 16 a 64 años es del 46,3% y en el grupo de 65 años o más, es del 52,1%.

Asimismo, se observa un aumento en la prevalencia del consumo de antimicrobianos con el incremento de los factores de riesgo intrínsecos (del 41,2% si no tienen ningún factor de riesgo al 60,2% si tienen 3 o más factores de riesgo) y extrínsecos (del 12,6% si no tienen ninguno al 67,7% si tienen 3 o más factores).

Se recopilan datos de 6.844 antimicrobianos prescritos; en la tabla 7 se presentan los 15 más frecuentemente prescritos.

Tabla 7. Antimicrobianos más frecuentemente prescritos.

Antimicrobiano	n	%
Cefriaxona	838	12,2
Amoxicilina e inhidores de la betalactamasa	815	11,9
Cefazolina	610	8,9
Meropenem	581	8,5
Piperacilina e inhibidores betalactamasa	553	8,1
Levofloxacino	374	5,5
Linezolid	236	3,5
Ciprofloxacino	222	3,2
Sulfametoxazol y trimetoprim	201	2,9
Vancomicina (parenteral)	149	2,2
Azitromicina	139	2,0
Metronidazol (parenteral)	131	1,9
Daptomicina	117	1,7
Fluconazol	115	1,7
Clindamicina	112	1,6

Se registran 4 vías de administración del agente antimicrobiano: parenteral, oral, rectal e inhalatoria. La tabla 8 recoge la frecuencia de uso de cada una de las vías.

Tabla 8. Vías de administración de los antimicrobianos.

Vía de administración	n	%
Parenteral	5.359	78,3
Oral	1.425	20,8
Inhalatoria	42	0,6
Rectal	1	0,01
Desconocido	17	0,3
Total	**6.844**	**100**

En la tabla 9 se recogen datos sobre la indicación para la que el paciente recibe antimicrobianos sistémicos (un mismo paciente puede recibir varios antimicrobianos de categorías iguales o diferentes).

Tabla 9. Indicación de la administración de antimicrobianos.

Indicación	n	%
Infección adquirida en la comunidad	3.320	48,5
Infección adquirida en un hospital de agudos o nosocomial	1.216	17,8
Infección adquirida en un centro de larga estancia	234	3,4
Profilaxis médica	992	14,5
Profilaxis quirúrgica: dosis única	436	6,4
Profilaxis quirúrgica un día	240	3,5
Profilaxis quirúrgica más de un día	285	4,1
Otra indicación	52	0,8
Indicación desconocida (confirmada)	12	0,2
Desconocido	57	0,8
Total	**6.844**	**100**

Respecto al uso de antimicrobianos también se analiza la localización anatómica para la que se indican, la tabla 10 describe el diagnóstico de localización.

Tabla 10. Localización anatómica según el diagnóstico de infección.

Localización	n	%
Infección de vías respiratorias	1.576	33,0
Infección de vías urinarias	691	14,5
Infección sistémica	606	12,7
Infección Sistema Cardiovascular	80	1,7
Aparato Gastrointestinal	753	15,8
Infecciones piel, partes blandas, huesos y articulaciones	779	16,3
Infecciones Sistema Nervioso Central	71	1,5
Infecciones ojos nariz, garganta o boca	136	2,9
Aparato Genitourinario	63	1,3
Desconocido	15	0,3
Total de infecciones	**4.770**	**100**

3.6. Seguimiento

Se realizó un seguimiento de los pacientes a 30 días. En la tabla 11 se muestran los resultados del seguimiento:

Tabla 11. Seguimiento (30 días) de los pacientes incluidos en el estudio.

	Pacientes		Pacientes con alguna IRAS adquirida en hospital de agudos		Pacientes sin IRAS adquirida en hospitales de agudos	
	n	%	n	%	n	%
Ingresado	844	8,1	179	25,3	665	6,8
Alta	8.510	81,5	425	59,9	8.085	83,1
Exitus	518	5,4	73	10,3	445	4,6
Desconocido	561	5,0	32	4,5	529	5,5
Total	10.433	100	709	100	9.724	100

En el caso del desenlace exitus, al comparar la razón de odds entre el grupo de pacientes con alguna IRAS adquirida en un hospital de agudos y los pacientes sin IRAS adquirida en hospitales de agudos, se obtiene una OR de 2,38 ($IC_{95\%}$: 1,83-3,08). Al estratificar los resultados por grupo de edad (<16 años, 16-64 años y ≥ 65 años), se observa que en los tres grupos el intervalo de confianza para la razón de odds es estadísticamente significativo, y el valor absoluto disminuye conforme aumenta la edad (9,3 en el grupo de <16 años; 3,6 en el grupo de 16 a 64 años y 1,9 en el grupo de 65 o más años).

En los 73 casos de exitus en pacientes que tenían alguna IRAS adquirida en el hospital, se mostró que 9 de las infecciones fueron clasificadas como infecciones causales (12,3%), 33 como infecciones contribuyentes (45,2%), 25 como infecciones no relacionadas (34,3%) y 6 infecciones no fueron clasificadas en ninguna de las tres categorías anteriores (8,2%).

Dentro de las infecciones que tuvieron alguna relación (causal o contribuyente) con el fallecimiento del paciente, las más frecuentes fueron las neumonías, con 16 casos (38,1%), seguidas de las infecciones quirúrgicas, con 7 casos (16,7%), y de las bacteriemias, con 6 casos (14,3%).

4. CONCLUSIONES

Durante el estudio se detectaron 3.021 infecciones, de las cuales 900 (29,8%) fueron infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Globalmente, el 7,8% de los pacientes presentaron una IRAS el día de la encuesta. Por localización, las IRAS más frecuentes fueron las infecciones quirúrgicas, con 187 infecciones (20,8%), seguidas de las infecciones urinarias, con 178 (19,8%).

En cuanto a los antimicrobianos, se prescribieron 6.844 (en 5.023 pacientes, lo que representa el 48,1%), siendo los más frecuentes la ceftriaxona con 838 prescripciones (12,2%), seguida por la amoxicilina y los inhibidores de betalactamasa, con 815 prescripciones (11,9%).

Tras la realización del seguimiento y el análisis univariante, los pacientes que presentaban una IRAS adquirida en hospitales de agudos mostraron una OR de 2,39 (IC 95%: 1,83-3,08) en comparación con aquellos que no presentaban una IRAS, respecto al desenlace "exitus".

Los estudios de prevalencia permiten obtener una visión puntual de la situación, en este caso, de las IRAS presentes en un hospital. La importancia de la información obtenida con este tipo de estudios radica en que permite conocer datos clínicos y epidemiológicos que facilitan la planificación de sistemas de vigilancia más complejos y la creación de actividades de prevención y control de las IRAS en nuestros hospitales.

La recogida homogénea de los datos permite su comparabilidad entre los distintos hospitales, lo que aporta mayor fiabilidad a los resultados obtenidos. La realización periódica de este tipo de estudios permite estimar los efectos de las medidas de prevención y control a lo largo del tiempo.

Agradecimientos: A los profesionales de los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de los hospitales de la Comunidad de Madrid por las tareas de prevención, control y vigilancia epidemiológica. A la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria por la elaboración del estudio, análisis y difusión de los resultados.

Informe elaborado por: Marcos Alonso García y Margarita Mosquera González. Programa de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Área de Vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE. Comunidad de Madrid 2023. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2024.

5. REFERENCIAS

1. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022-2023. Stockholm: ECDC; 2024.
3. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol. 1985;121:182-205
4. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España 2024 (EPINE-EPPS 2023). Protocolo versión1.0. Madrid: EPINE; 2023.
5. Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria de abril 2019: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-PrevIRAS_Nov2017_rev_Abril2019.pdf
6. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Ortega A, Sillero-Arenas M, Martínez-Gallego G, Medina-Cuadros M, Llorca J. Efficacy of surveillance in nosocomial infection control in a surgical service. Am J Infect Control. 2001;29:289-94.
7. Gastmeier P, Geffers C, Brandt C, Zuschneid I, Sohr D, Schwab F, Behnke M, Daschner F, Rüden H. Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. J Hosp Infect. 2006;64:16-22.
8. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L et al.; for the systematic review and evidence-based guidance on organization of hospital infection control programmes (SIGHT) study group. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis. 2015;15:212-24.
9. Trilla A, Vaqué J, Roselló J, et al. Prevention and control of nosocomial infections in Spain: current problems and future trends. Infect Control Hosp Epidemiol 1996;17:617-22.

INFORME:

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

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN....16
2. METODOLOGÍA....16
3. RESULTADOS....17
   - 3.1. Infección gonocócica....17
   - 3.2. Infección por *Chlamydia trachomatis*....25
   - 3.3. Linfogranuloma venéreo....31
   - 3.4. Sífilis....38
   - 3.5. Sífilis congénita....47
   - 3.6. Mpox....48
   - 3.7. Hepatitis B....55
   - 3.8. Hepatitis C....58
4. DISCUSIÓN....61
5. CONCLUSIONES....63
6. ÍNDICE DE GRÁFICOS....64
7. ÍNDICE DE TABLAS....65
8. BIBLIOGRAFÍA....66

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 trasmisión 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[1], 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[2], amplía la lista de enfermedades a declarar, incorporando la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo (LGV) a las ya existentes.

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

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

Además, desde 2022, debido a la activación de la alerta por el brote internacional de mpox[3], dicha patología forma parte de la lista de enfermedades sometidas a monitorización por este programa. Desde el comienzo del brote, el perfil de contagio en nuestro entorno continúa estando vinculado muy estrechamente con el contacto íntimo y sexual, por lo que el análisis de la información resultado de su vigilancia se incorpora a este informe.

2. METODOLOGÍA

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

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

La información analizada procede de las notificaciones realizadas por los centros de atención primaria y hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), centros monográficos de ITS y por otras instituciones sanitarias públicas o privadas. Un número importante de estas declaraciones aportan

exclusivamente los datos de identificación del caso y los resultados microbiológicos. Es por ello que, en la mayoría de las notificaciones, es preciso complementar la información mediante una búsqueda activa de información a través de la consulta de la historia clínica de cada caso. Igualmente, se lleva a cabo una exhaustiva revisión del CMBD que permite completar y mejorar la calidad de los datos del registro.

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

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

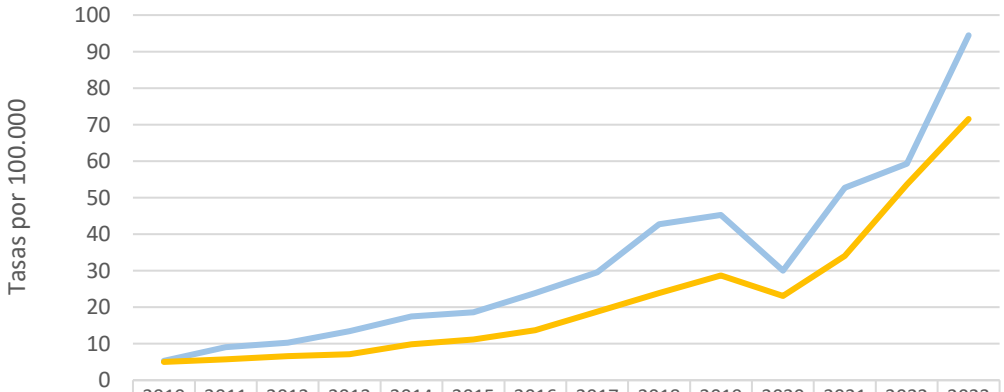
Como fuente de datos demográficos para la obtención de cifras de incidencia global y por sexo se ha dispuesto del censo de población de 2023 extraído de la Estadística Continua de la Población del Instituto Nacional de Estadística. Esta, sin embargo, no proporciona las cifras poblacionales desagregadas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

3. RESULTADOS

3.1. Infección gonocócica

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

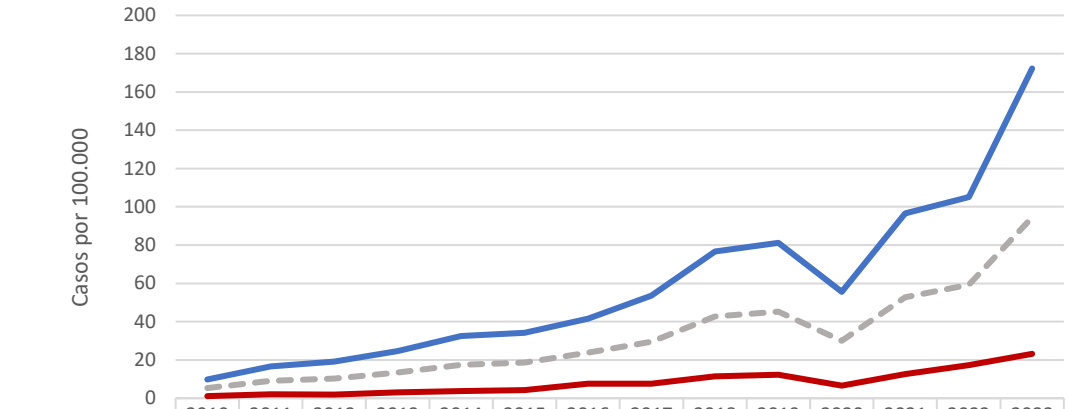
Gráfico 3.1.1 Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Com Madrid	5,31	9,09	10,26	13,47	17,51	18,64	23,89	29,57	42,72	45,22	30,02	52,72	59,29	94,46
España	5,01	5,72	6,59	7,12	9,82	11,14	13,73	18,82	23,91	28,72	23,06	34,00	53,59	71,54

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

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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	5,31	9,09	10,26	13,47	17,51	18,64	23,89	29,57	42,72	45,22	30,02	52,72	59,29	94,46
Hombres	9,79	16,63	19,17	24,71	32,49	34,21	41,57	53,51	76,72	81,20	55,55	96,51	105,10	172,27
Mujeres	1,11	2,06	1,99	3,05	3,67	4,30	7,63	7,58	11,52	12,23	6,59	12,55	17,24	23,18

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

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

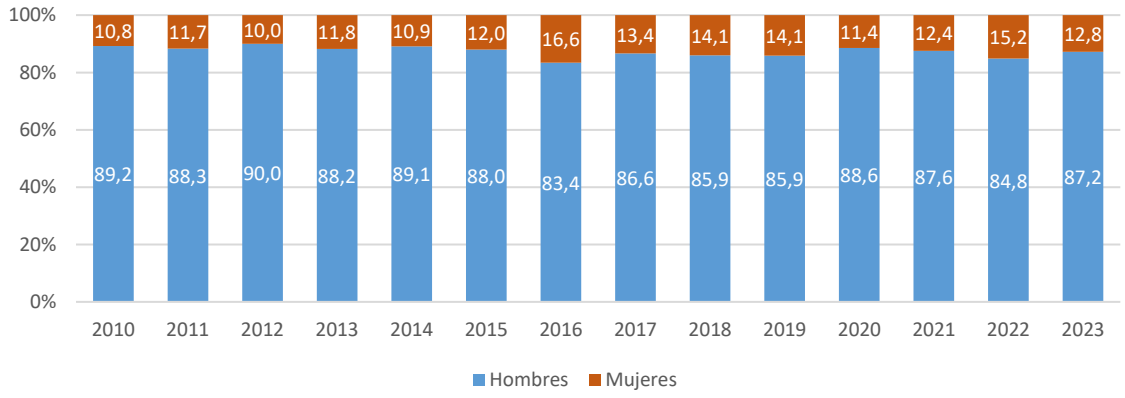
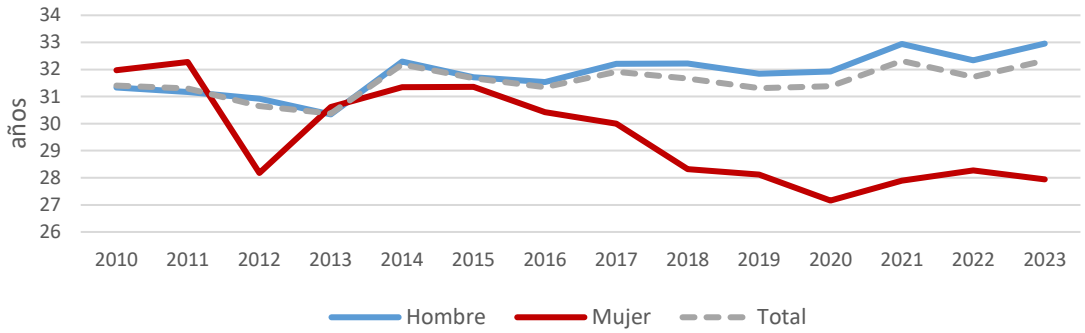


Gráfico 3.1.4 Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023.



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

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

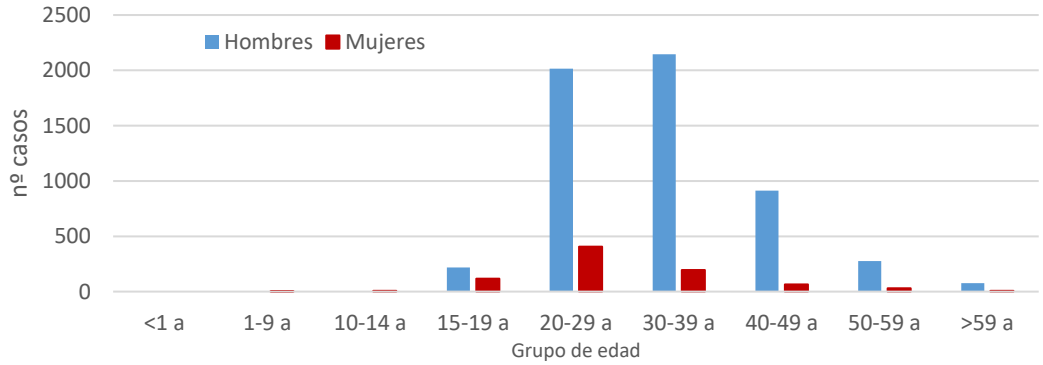
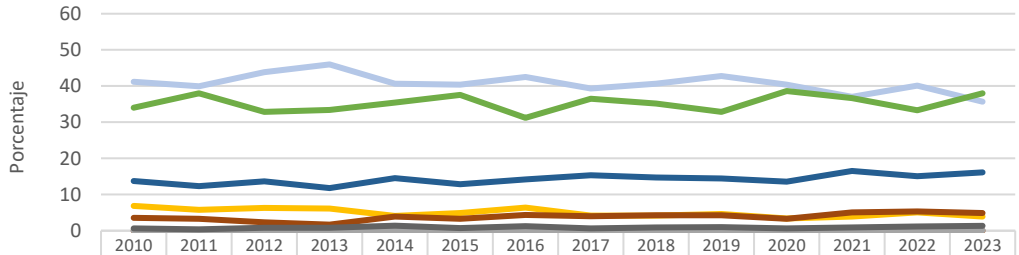
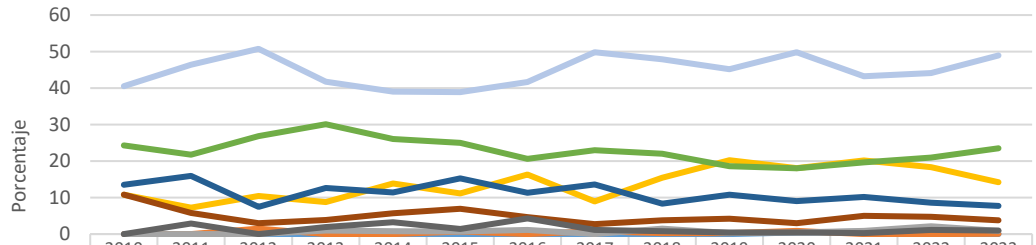


Gráfico 3.1.6 Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<1 a	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
1-9 a	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14 a	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
15-19 a	6,9	5,8	6,3	6,1	4,1	4,9	6,4	4,1	4,2	4,6	3,4	3,9	5,0	3,9
20-29 a	41,2	39,9	43,8	46,0	40,6	40,3	42,5	39,3	40,6	42,8	40,4	37,0	40,1	35,7
30-39 a	34,0	38,0	32,8	33,4	35,5	37,6	31,2	36,5	35,2	32,9	38,6	36,6	33,3	38,0
40-49 a	13,7	12,3	13,7	11,8	14,5	12,9	14,2	15,3	14,7	14,4	13,6	16,5	15,1	16,1
50-59 a	3,6	3,3	2,3	1,7	3,9	3,3	4,3	4,0	4,3	4,3	3,3	5,1	5,3	4,9
>59 a	0,7	0,4	0,8	0,8	1,4	0,8	1,2	0,7	0,9	1,0	0,6	0,9	1,1	1,3

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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<1 a	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,7	0,0	0,0
1-9 a	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,7	0,0	0,8	0,3	0,2	0,9	0,0	0,0	0,1
10-14 a	0,0	0,0	0,0	1,0	0,8	0,7	1,2	0,0	1,5	0,2	0,4	0,9	2,1	0,8
15-19 a	10,8	7,2	10,4	8,7	13,8	11,1	16,3	8,9	15,4	20,2	18,0	20,1	18,3	14,2
20-29 a	40,5	46,4	50,7	41,7	39,0	38,9	41,6	49,8	47,8	45,2	49,8	43,2	44,2	48,9
30-39 a	24,3	21,7	26,9	30,1	26,0	25,0	20,6	23,0	22,0	18,6	18,0	19,7	20,9	23,5
40-49 a	13,5	15,9	7,5	12,6	11,4	15,3	11,3	13,6	8,4	10,8	9,0	10,2	8,6	7,7
50-59 a	10,8	5,8	3,0	3,9	5,7	6,9	4,7	2,7	3,8	4,2	3,0	5,0	4,8	3,7
>59 a	0,0	2,9	0,0	1,9	3,3	1,4	4,3	1,2	0,8	0,5	0,4	0,2	1,2	1,0

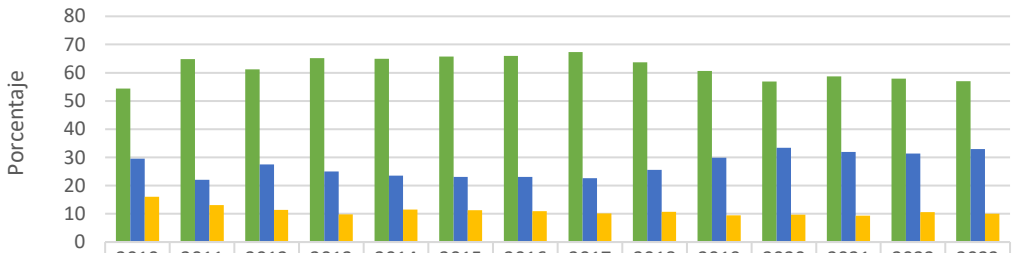
En cuanto a la orientación sexual, la información está recogida en el 62,7% de los casos, de los cuales el 82% corresponde a hombres que tienen relaciones homosexuales (HXM), bisexuales o gays, es decir, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y el 11,2% corresponde a mujeres heterosexuales (Tabla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

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

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

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

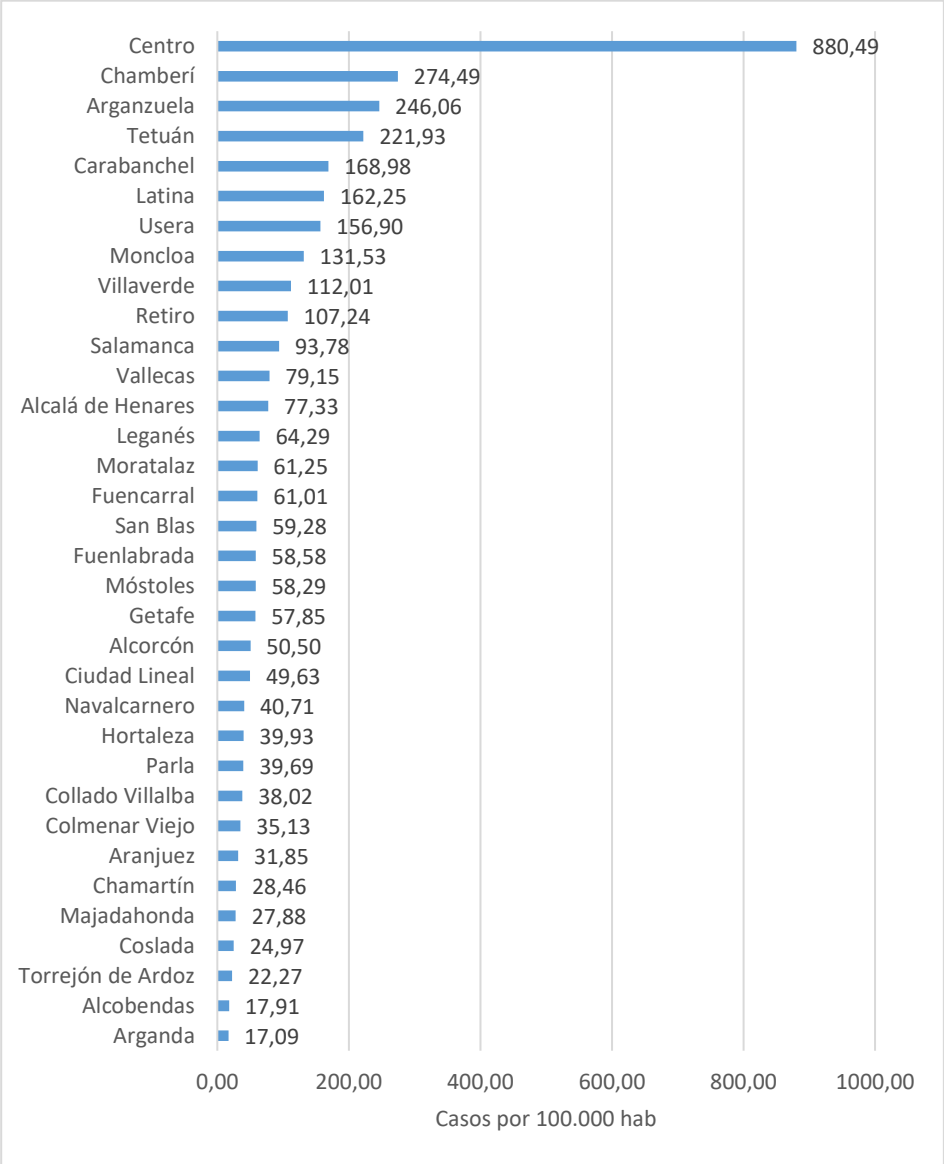
Gráfico 3.1.8 Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2010-2023.



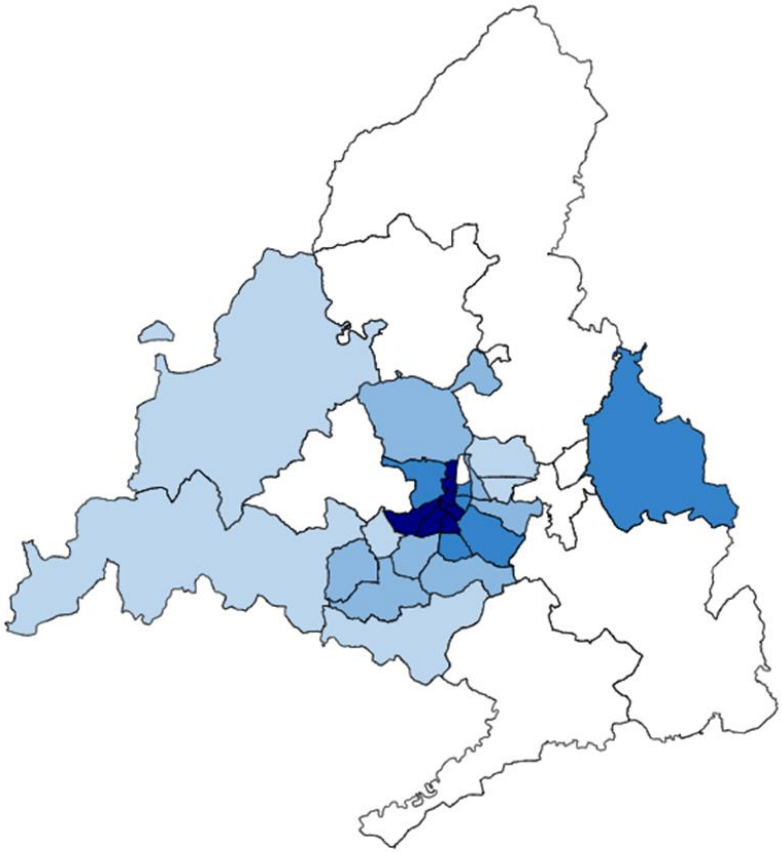
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	54,4	64,8	61,2	65,2	65,0	65,7	66,0	67,3	63,7	60,7	56,9	58,7	58,0	57,0
Latinoamerica	29,5	22,1	27,5	25,0	23,5	23,1	23,1	22,6	25,6	29,9	33,5	32,0	31,4	32,9
Otros	16,0	13,1	11,3	9,8	11,5	11,2	10,9	10,1	10,7	9,4	9,7	9,3	10,6	10,0

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

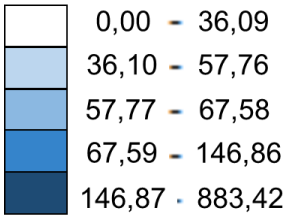
Gráfico 3.1.9 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



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



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

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

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

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

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

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

Hombres			Mujeres	
Artritis	14		Enfermedad inflamatoria pélvica	80
Proctitis	7		Cervicitis	8
Faringitis	3		Salpingitis	6
Epididimitis	2		Artritis	3
Otros	8		Otros	1

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

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

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

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

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

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

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

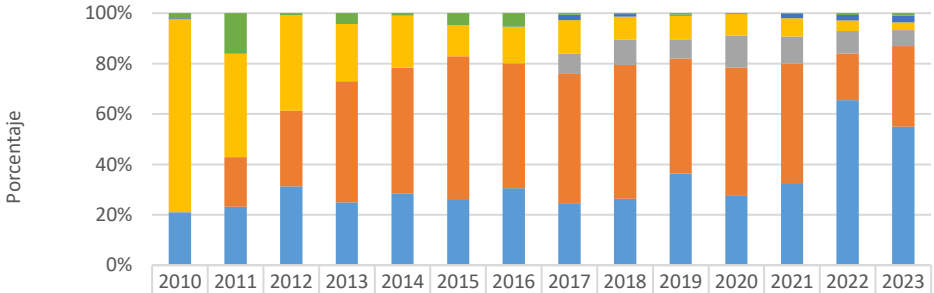
Tabla 3.1.6 Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

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

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

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

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

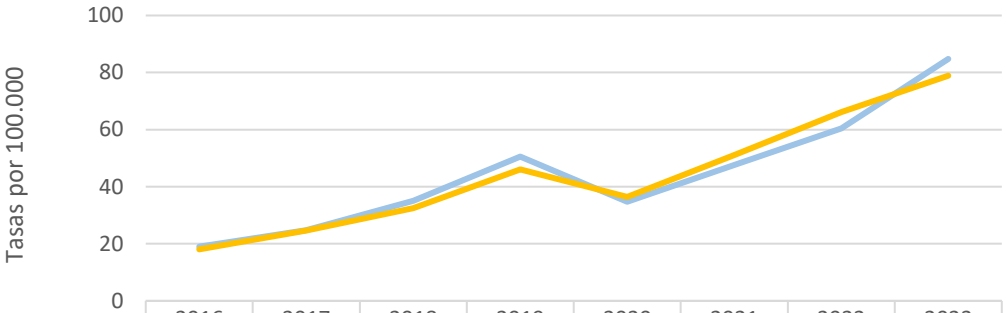


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otros	2,0	16,1	0,9	4,3	1,0	4,8	5,2	0,6	0,4	0,6	0,1	0,1	0,8	1,0
Centro privados	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	2,2	1,0	0,4	0,2	2,0	2,1	2,6
Atención Primaria	76,7	41,0	37,8	22,6	20,6	12,3	14,3	13,3	9,0	9,4	8,6	7,2	4,2	3,1
Centros Madrid Salud	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	8,0	10,0	7,6	12,8	10,7	8,9	6,4
Centro monográfico CM	0,0	19,7	30,0	48,0	49,8	56,8	49,4	51,5	53,1	45,6	50,9	47,4	18,5	32,0
Hospital	21,0	23,2	31,3	24,9	28,5	26,2	30,6	24,4	26,4	36,4	27,5	32,5	65,5	54,9

3.2. Infección por Chlamydia trachomatis

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

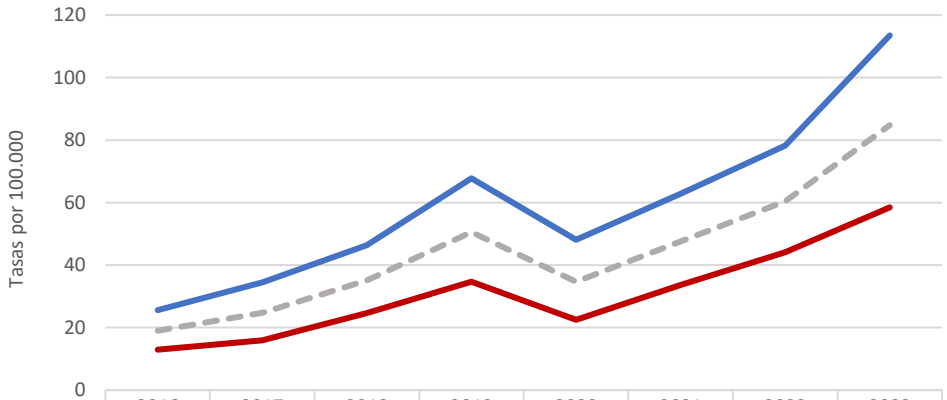
Gráfico 3.2.1 Tasas de infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2023.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Com Madrid	19,00	24,79	35,04	50,54	34,72	47,61	60,43	84,77
España	18,06	24,61	32,54	46,1	36,41	51,16	66,18	78,90

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

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



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	19,00	24,79	35,04	50,54	34,72	47,61	60,43	84,77
Hombres	25,59	34,44	46,35	67,80	48,06	62,82	78,17	113,48
Mujeres	12,94	15,92	24,66	34,72	22,48	33,65	44,15	58,46

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

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

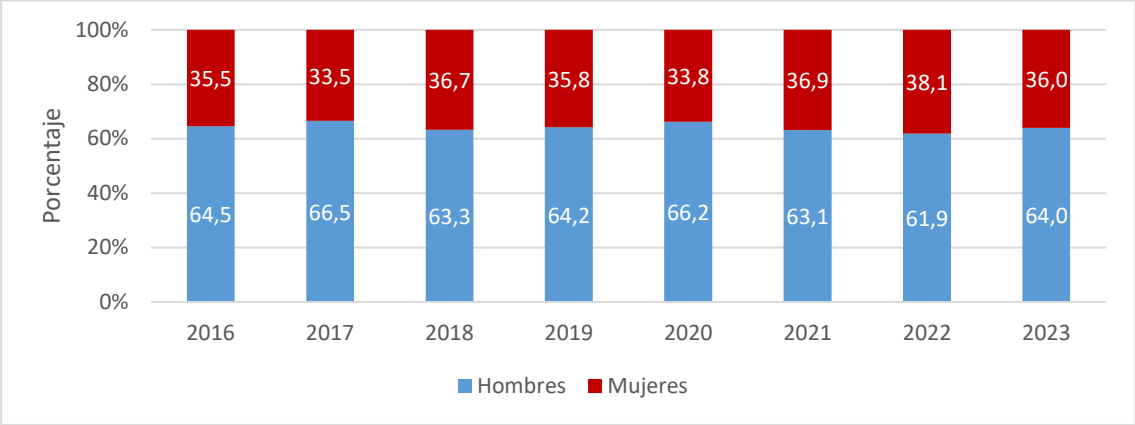
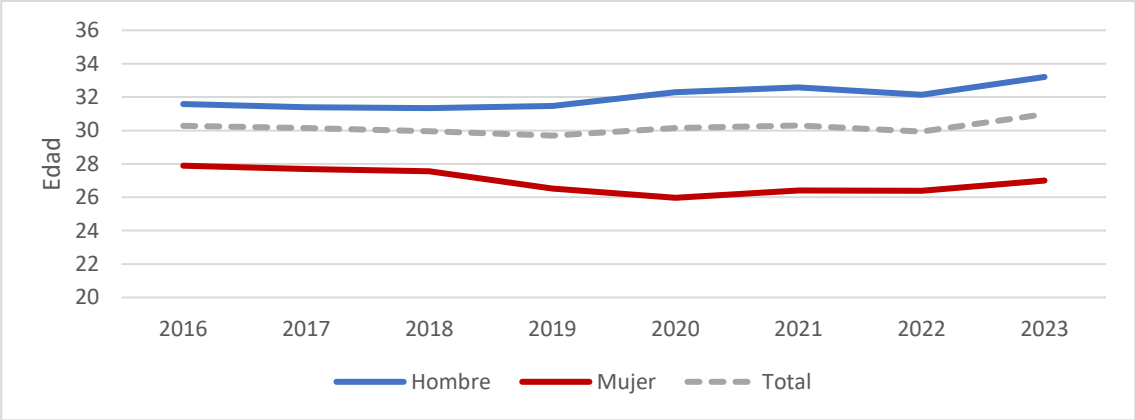


Gráfico 3.2.4 Evolución de la media de edad por sexo en la infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



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

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

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

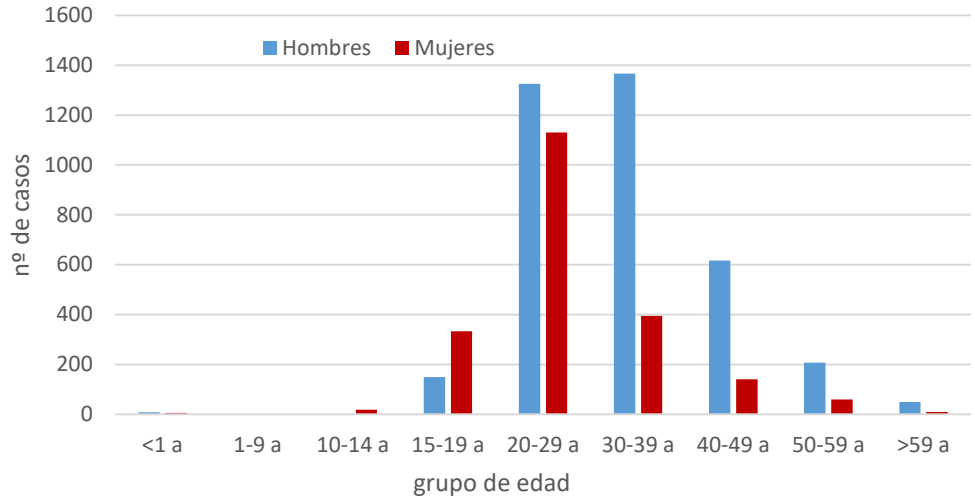
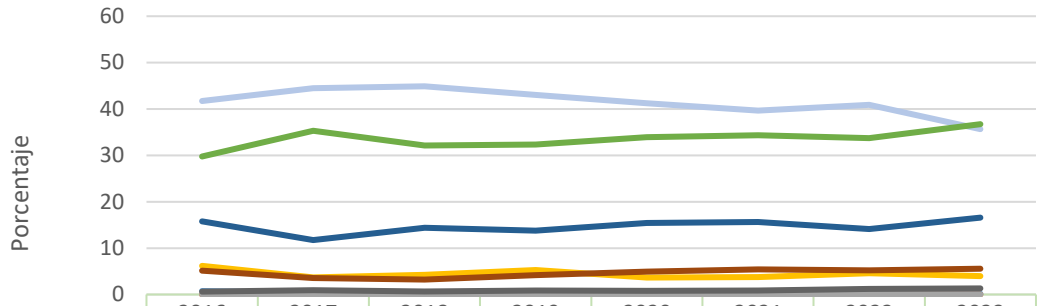
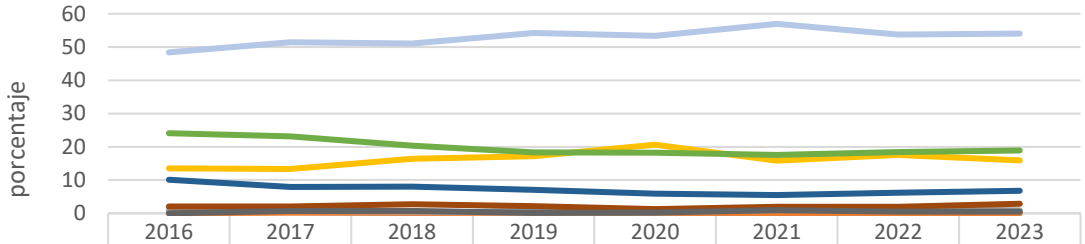


Gráfico 3.2.6 Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<1 a	0,8	0,3	0,3	0,5	0,1	0,2	0,2	0,2
1-9 a	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14 a	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
15-19 a	6,2	3,7	4,2	5,3	3,7	3,7	4,6	4,0
20-29 a	41,7	44,5	44,9	43,0	41,2	39,7	40,9	35,7
30-39 a	29,8	35,3	32,1	32,3	33,9	34,4	33,7	36,7
40-49 a	15,8	11,7	14,4	13,7	15,4	15,6	14,1	16,6
50-59 a	5,2	3,5	3,2	4,2	4,9	5,4	5,2	5,6
>59 a	0,6	0,9	0,7	0,9	0,8	0,9	1,2	1,3

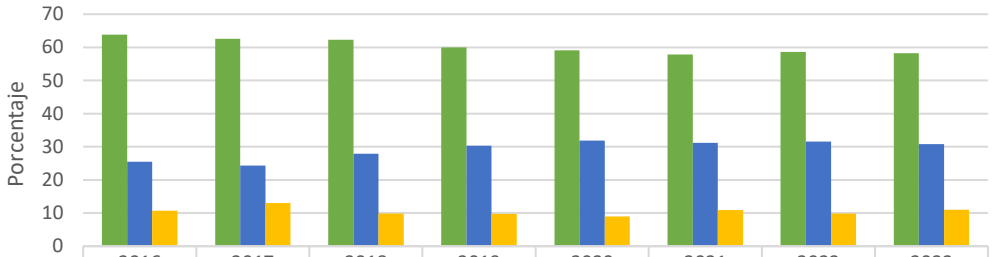
Gráfico 3.2.7 Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<1 a	0,9	0,4	0,1	0,7	0,1	0,3	0,3	0,2
1-9 a	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14 a	0,9	0,7	0,5	0,2	0,3	1,0	1,4	0,9
15-19 a	13,5	13,3	16,4	17,1	20,6	15,9	17,6	15,9
20-29 a	48,4	51,5	51,1	54,2	53,3	57,0	53,7	54,0
30-39 a	24,1	23,1	20,3	18,3	18,2	17,6	18,4	18,9
40-49 a	10,1	8,0	8,0	7,0	5,9	5,5	6,2	6,7
50-59 a	2,1	2,0	2,7	2,2	1,3	1,9	2,0	2,9
>59 a	0,0	0,7	0,7	0,2	0,3	0,9	0,5	0,5

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

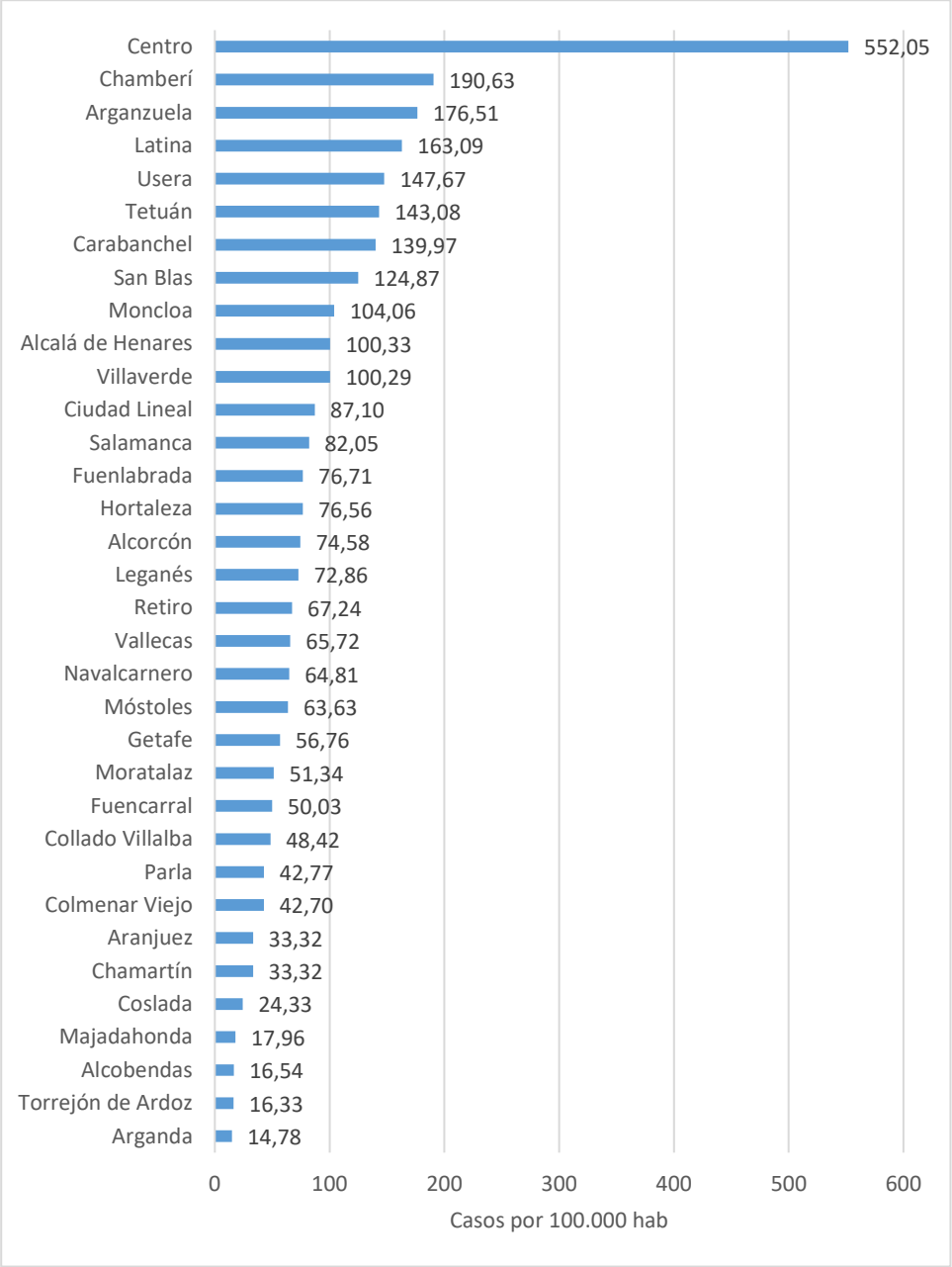
Gráfico 3.2.8 Distribución según lugar de origen. *Chlamydia trachomatis*, Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



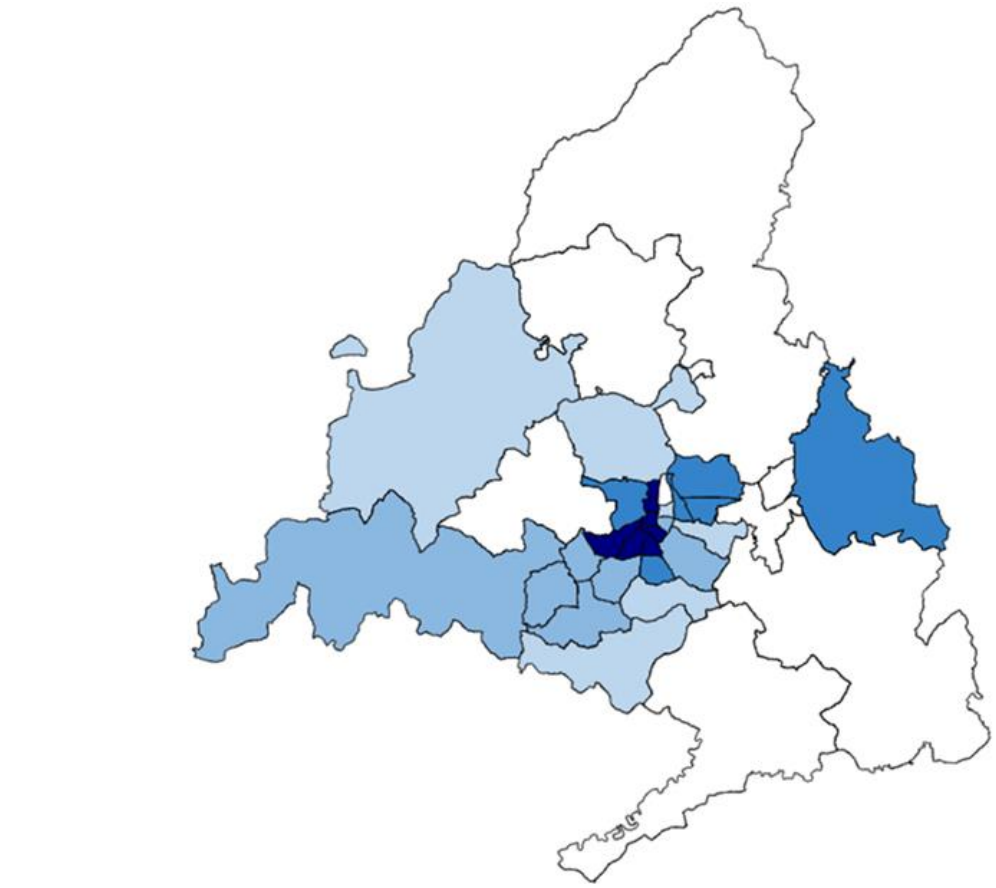
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	63,8	62,6	62,3	60,0	59,1	57,9	58,6	58,2
Latinoamerica	25,5	24,3	27,9	30,3	31,9	31,2	31,6	30,8
Otros	10,7	13,0	9,8	9,7	9,0	10,9	9,8	11,0

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

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



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



Casos por 100.000 habitantes

0,00 -	42,61
42,62 -	63,40
63,41 -	76,89
76,90 -	120,49
120,50 -	552,78

Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

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

Todas las notificaciones se confirmaron microbiológicamente. En el 100% de los casos (n=5815) se registró una PCR positiva como técnica diagnóstica. En hombres, el origen de las muestras fue exudado rectal en el 42,5%, exudado uretral en el 35,4% y orina en el 14,5%. En mujeres la mayor parte de las muestras positivas provenían de exudado cervical (68,7%) o vaginal (12,7%) (Tabla 3.2.). Los 11 casos en neonatos fueron todos exudados conjuntivales.

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

Hombres

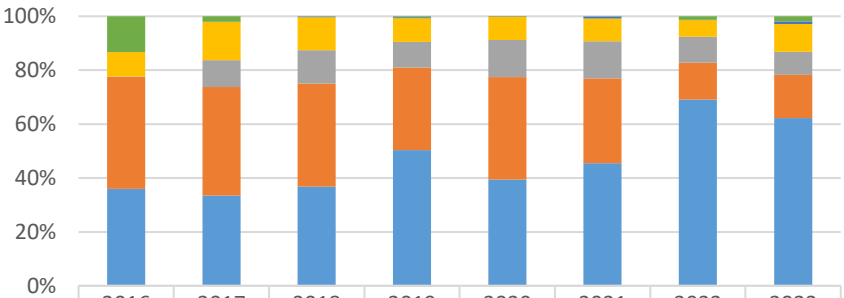
Muestra	%
Exudado rectal	42,5
Exudado uretral	35,4
Orina	14,5
Exudado faríngeo	2,5
Exudado nasofaríngeo	2,0
Úlcera genital	0,8

Mujeres

Muestra	%
Exudado cervical	68,7
Exudado vaginal	12,7
Orina	9,5
Exudado rectal	3,0
Exudado faríngeo	1,9
Exudado uretral	1,2

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

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

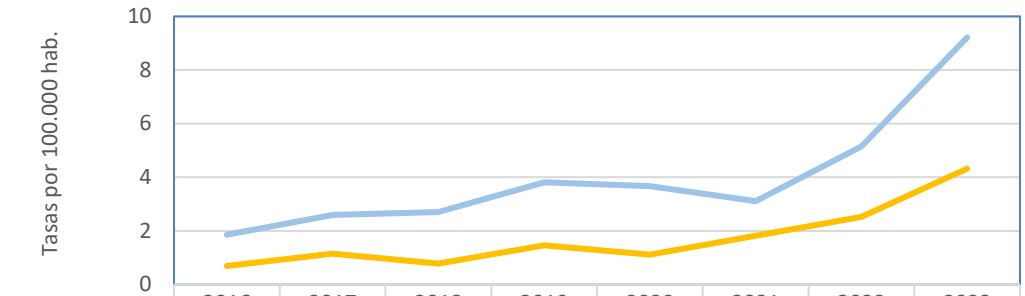


	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otros	13,3	2,0	0,2	0,3	0,1	0,2	1,3	1,9
Centros privados	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0	0,7	0,1	1,0
Atención Primaria	9,0	14,2	12,1	8,8	8,7	8,4	6,1	10,6
Centros Madrid Salud	0,2	9,9	12,5	9,5	13,8	13,8	9,6	8,8
Centro monográfico CM	41,6	40,3	38,2	30,7	38,0	31,5	13,7	16,6
Hospital	36,0	33,5	36,8	50,3	39,4	45,5	69,2	63,9

3.3. Linfogranuloma venéreo

Acorde con incremento progresivo que viene experimentando el linfogranuloma venéreo (LGV) desde que se inició su vigilancia, en el año 2023 se registraron en la Comunidad de Madrid 632 casos, siendo la tasa de incidencia acumulada de 9,21 casos por 100.000 habitantes, más del doble de la observada a nivel nacional. Se aprecia un aumento del 78,5% respecto a la tasa del año 2022, en el que se registraron 348 casos (Gráfico 3.3.1).

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



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
C. Madrid	1,86	2,60	2,71	3,81	3,67	3,11	5,16	9,21
España	0,69	1,15	0,78	1,46	1,11	1,82	2,52	4,32

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

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

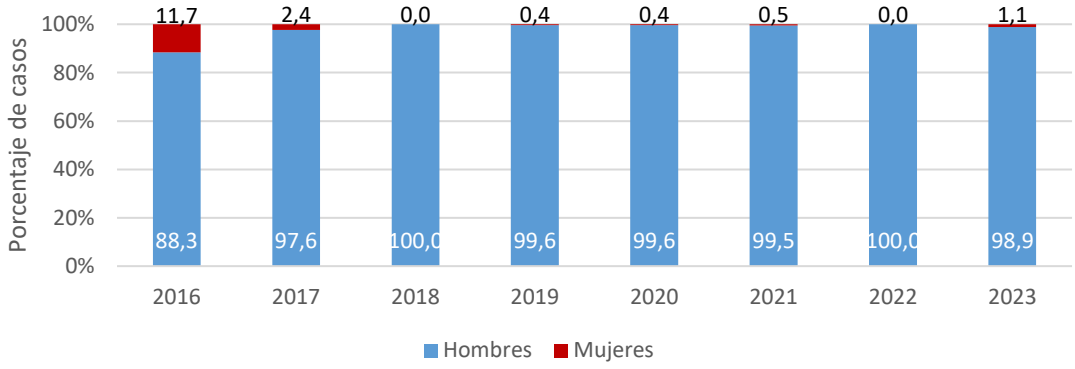
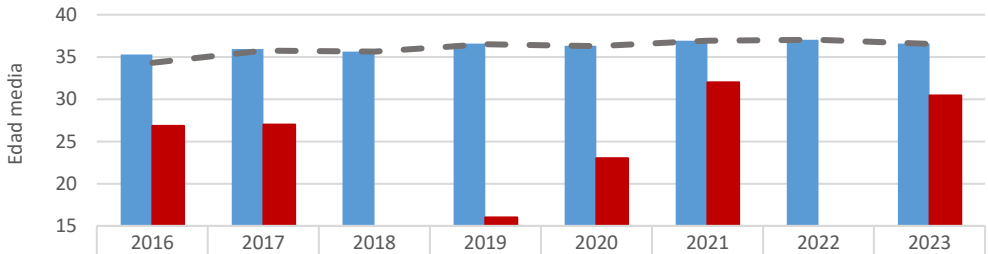
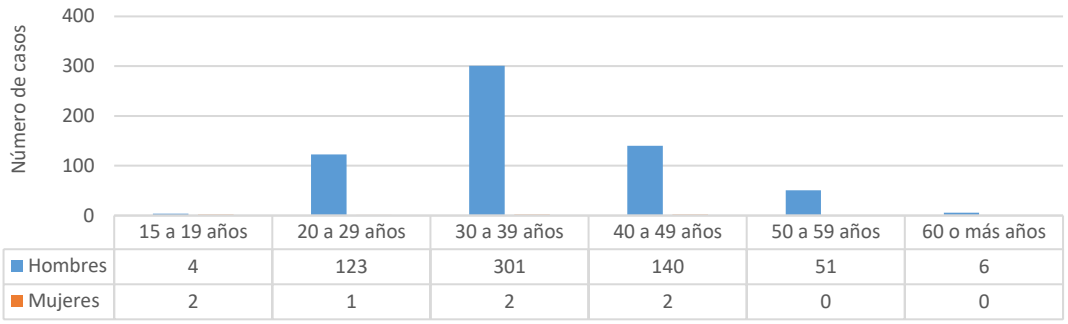


Gráfico 3.3.3 Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023.



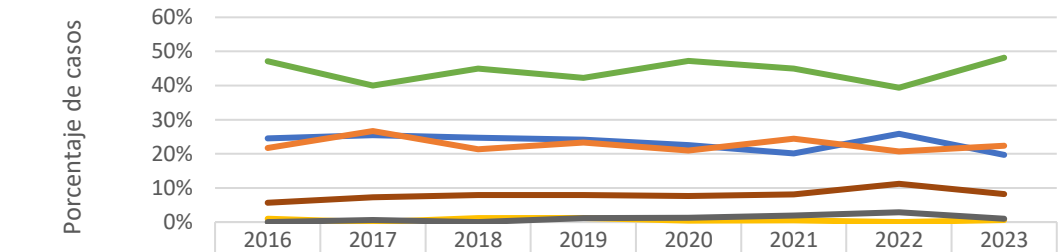
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	35,3	36,0	35,6	36,6	36,3	36,9	37,0	36,6
Mujeres	26,9	27,0		16,0	23,0	32,0		30,4
Total	34,3	35,7	35,6	36,5	36,3	36,9	37,0	36,5

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



	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 o más años
Hombres	4	123	301	140	51	6
Mujeres	2	1	2	2	0	0

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



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15 a 19 años	0,9%	0,0%	1,1%	1,2%	0,4%	0,5%	0,0%	0,6%
20 a 29 años	24,5%	25,5%	24,7%	24,1%	22,6%	20,1%	25,9%	19,7%
30 a 39 años	47,2%	40,0%	44,9%	42,3%	47,2%	45,0%	39,4%	48,2%
40 a 49 años	21,7%	26,7%	21,4%	23,3%	21,0%	24,4%	20,7%	22,4%
50 a 59 años	5,7%	7,3%	7,9%	7,9%	7,7%	8,1%	11,2%	8,2%
60 o más años	0,0%	0,6%	0,0%	1,2%	1,2%	1,9%	2,9%	1,0%

En el 70,6% de los casos consta información sobre su orientación sexual. Entre estos, prácticamente el 97% corresponde a HSH (Tabla 3.3.).

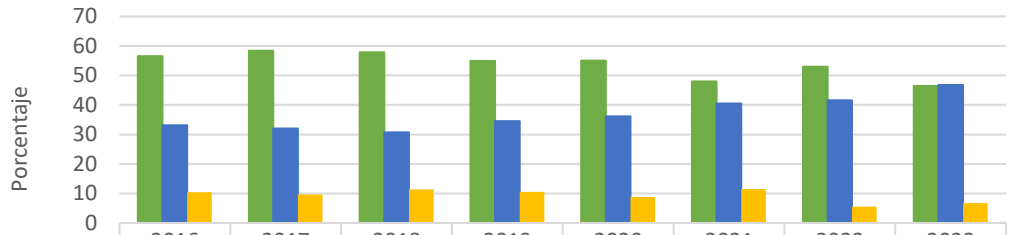
Tabla 3.3.1 Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023.

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

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

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

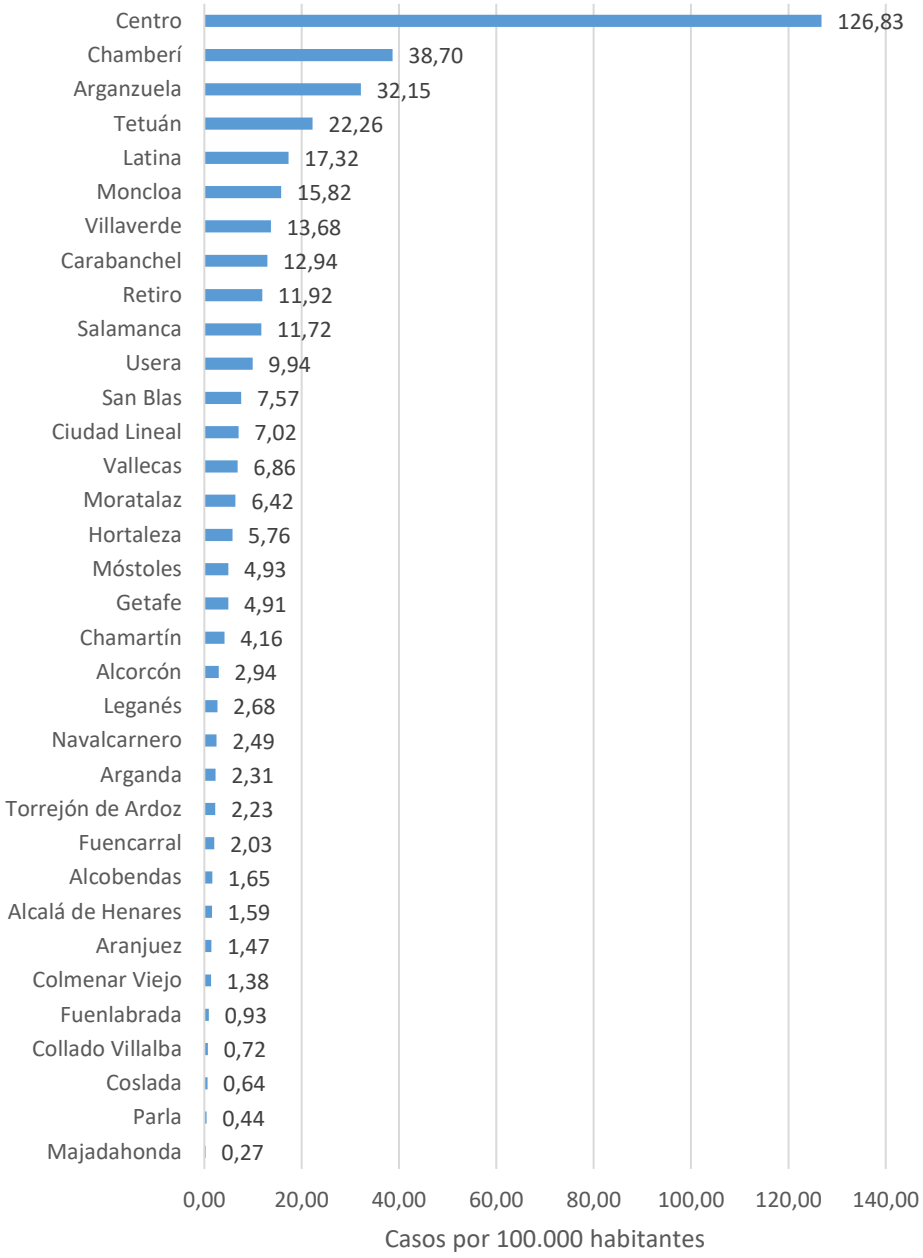
Gráfico 3.3.6 Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



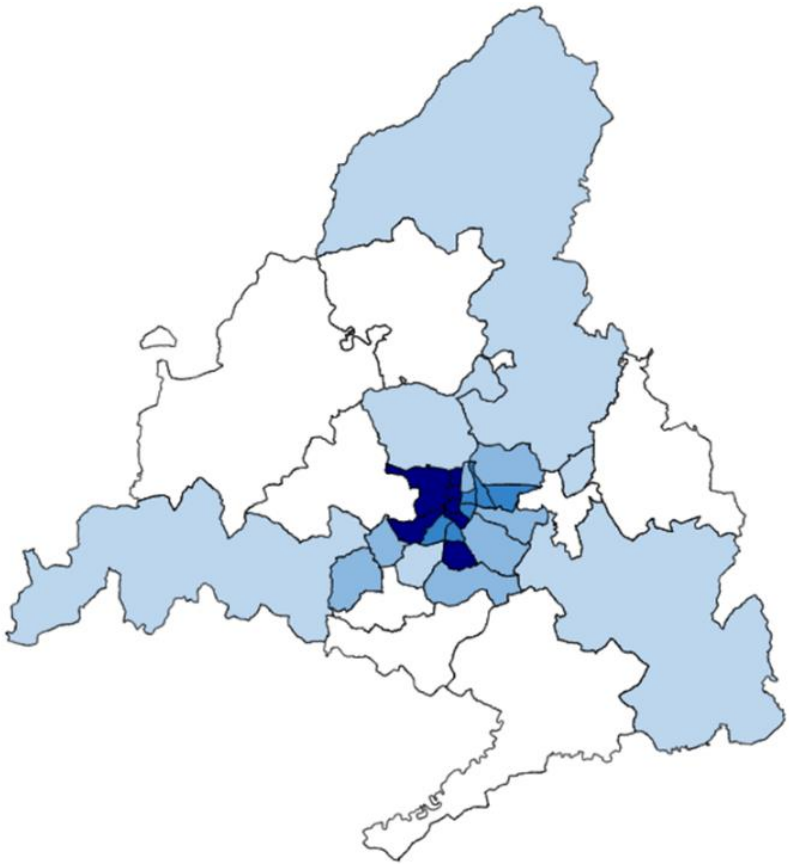
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	56,5	58,3	57,8	54,9	55,0	48,0	52,9	46,5
Latinoamerica	33,0	32,1	30,7	34,6	36,1	40,5	41,5	46,8
Otros	10,4	9,6	11,4	10,6	8,8	11,5	5,6	6,8

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

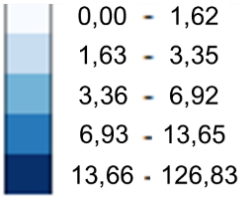
Gráfico 3.3.7 Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



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



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

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

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

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

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

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

Nº coinfecciones	%
1	36,2
2	5,2
3	0,2

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

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

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

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

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

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

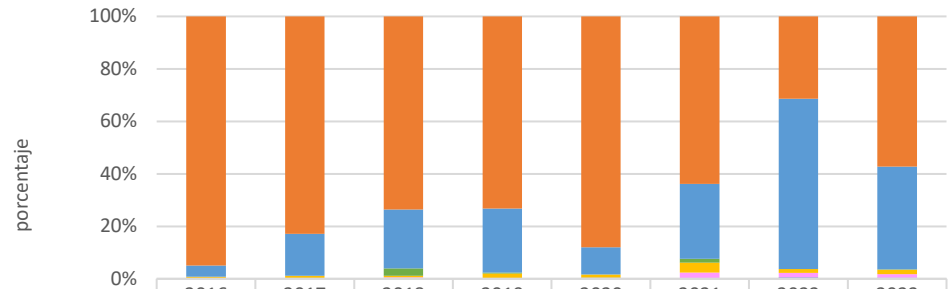
En el 96,5% de los registros consta el tipo de servicio clínico inicial que atendió al caso. La mayoría fue vista inicialmente en un centro de ITS (Centro Monográfico de ITS de la Comunidad de Madrid, Centro de Diagnóstico Montesa de Madrid Salud), el 20,4% en consulta hospitalaria y el 14% en urgencias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

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

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

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

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

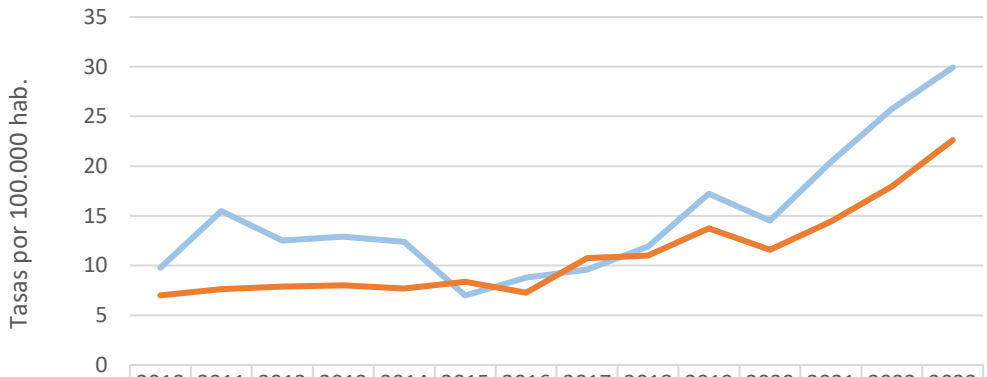


	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Monográfico CM	95,0	82,8	73,6	73,2	88,0	63,8	31,3	57,3
Hospitales públicos	4,2	16,0	22,5	24,4	10,4	28,6	64,9	39,1
Centros Madrid Salud	0,0	0,0	2,8	0,4	0,0	1,4	0,0	0,2
Atención Primaria	0,8	1,2	0,6	2,0	1,2	3,8	1,4	1,7
Centros privados	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	2,4	1,7	1,3
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	0,5

3.4. Sífilis

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

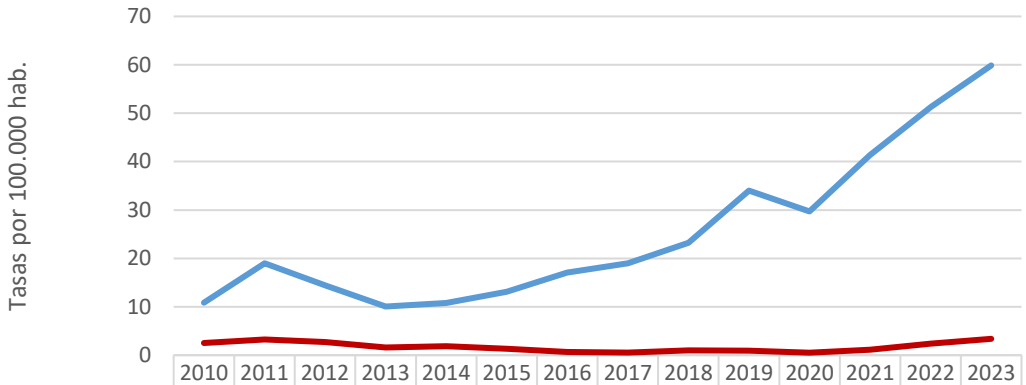
Gráfico 3.4.1 Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
C Madrid	9,77	15,49	12,51	12,89	12,39	6,99	8,80	9,59	11,92	17,23	14,50	20,40	25,76	29,93
España	7,00	7,64	7,89	8,00	7,69	8,37	7,27	10,74	11,01	13,74	11,60	14,43	17,97	22,62

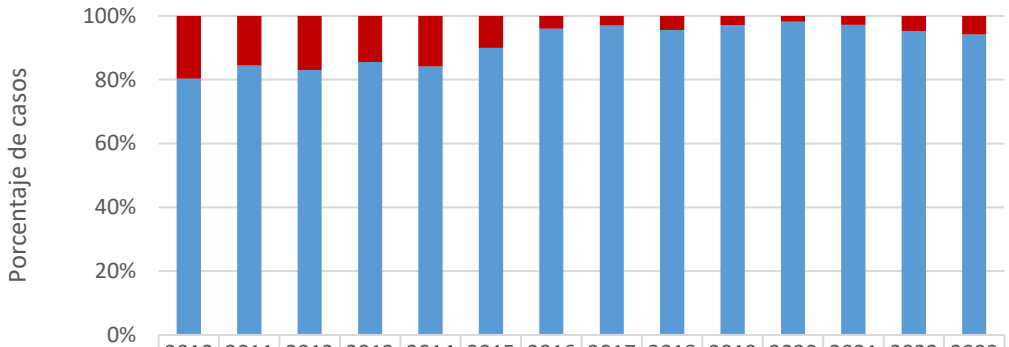
Este aumento sustancial de casos se ha producido especialmente a expensas de la incidencia en hombres, que alcanza su máximo en 2023 con casi 60 casos por 105 habitantes. Representan el 94,2% de los registros aunque, desde 2021, el porcentaje de mujeres se ha duplicado llegando al 5,8% (Gráfico 3.4.2,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

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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	10,88	18,96	14,41	10,05	10,81	13,09	17,04	19,00	23,25	33,98	29,72	41,34	51,27	59,87
Mujeres	2,49	3,25	2,73	1,57	1,88	1,34	0,65	0,53	0,99	0,92	0,51	1,11	2,36	3,38

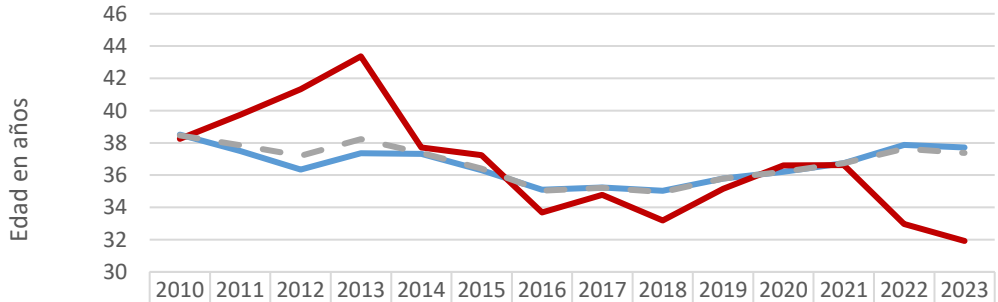
Gráfico 3.4.3 Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Mujeres	19,6	15,5	16,9	14,4	15,8	10,0	4,0	3,0	4,4	2,9	1,8	2,8	4,8	5,8
% Hombres	80,4	84,5	83,1	85,6	84,2	90,0	96,0	97,0	95,6	97,1	98,2	97,2	95,2	94,2

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

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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	38,5	37,5	36,4	37,4	37,3	36,3	35,1	35,2	35,0	35,8	36,2	36,8	37,9	37,7
Mujeres	38,3	39,7	41,3	43,4	37,7	37,2	33,7	34,8	33,2	35,2	36,6	36,6	33,0	31,9
Total	38,5	37,9	37,2	38,2	37,4	36,4	35,0	35,2	35,0	35,8	36,2	36,7	37,6	37,4

Por grupos de edad, el mayoritario en hombres en 2023, y a lo largo de toda la serie, fue el grupo de 30 a 39 años, que concentra el 38,5% del total de casos. El segundo grupo etario más frecuente ha sido tradicionalmente el de 20-29 años, sin embargo, desde 2022 ha sido desplazado por el de 40-49 años,

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

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

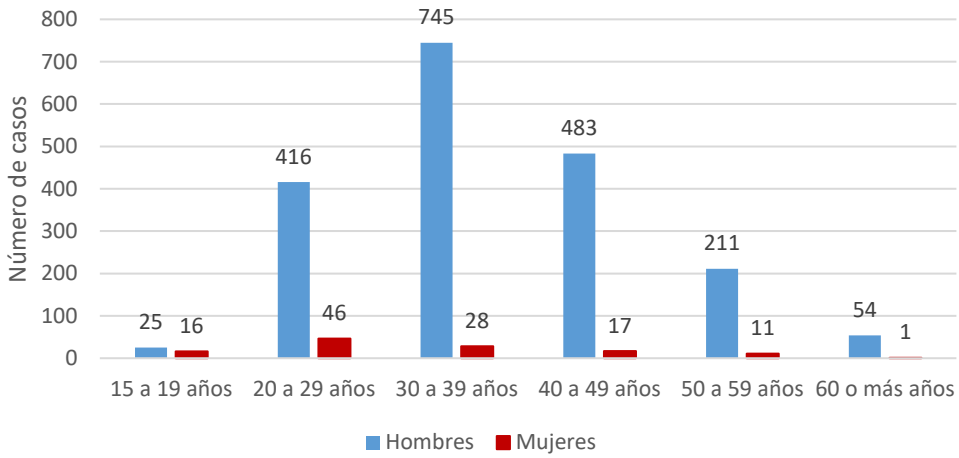
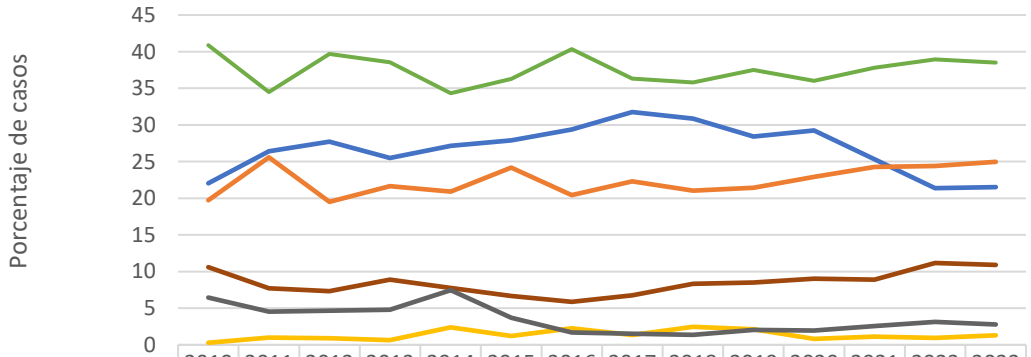
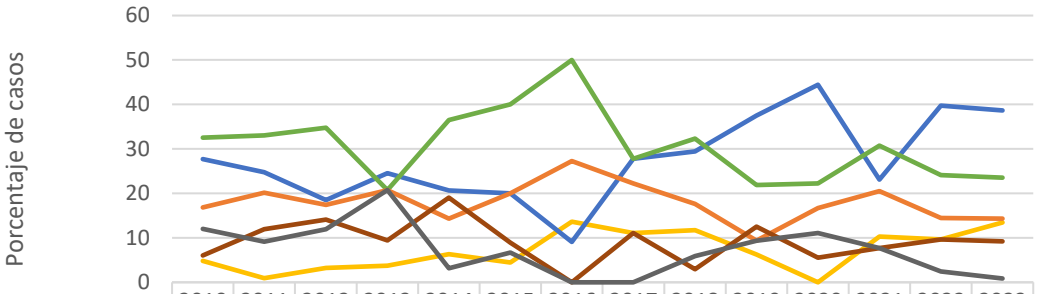


Gráfico 3.4.6 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15 a 19 años	0,3	1,0	0,9	0,6	2,4	1,2	2,3	1,4	2,5	2,1	0,8	1,1	1,0	1,3
20 a 29 años	22,1	26,4	27,7	25,5	27,2	27,9	29,4	31,8	30,9	28,4	29,3	25,3	21,4	21,5
30 a 39 años	40,9	34,5	39,7	38,5	34,3	36,3	40,3	36,3	35,8	37,5	36,0	37,8	39,0	38,5
40 a 49 años	19,7	25,6	19,5	21,7	20,9	24,2	20,5	22,3	21,0	21,4	22,9	24,3	24,4	25,0
50 a 59 años	10,6	7,7	7,3	8,9	7,8	6,7	5,9	6,8	8,3	8,5	9,0	8,9	11,2	10,9
60 o más años	6,5	4,6	4,7	4,8	7,5	3,7	1,7	1,5	1,4	2,0	2,0	2,6	3,1	2,8

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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15 a 19 años	4,8	0,9	3,3	3,8	6,4	4,4	13,6	11,1	11,8	6,3	0,0	10,3	9,6	13,5
20 a 29 años	27,7	24,8	18,5	24,5	20,6	20,0	9,1	27,8	29,4	37,5	44,4	23,1	39,8	38,7
30 a 39 años	32,5	33,0	34,8	20,8	36,5	40,0	50,0	27,8	32,4	21,9	22,2	30,8	24,1	23,5
40 a 49 años	16,9	20,2	17,4	20,8	14,3	20,0	27,3	22,2	17,7	9,4	16,7	20,5	14,5	14,3
50 a 59 años	6,0	11,9	14,1	9,4	19,1	8,9	0,0	11,1	2,9	12,5	5,6	7,7	9,6	9,2
60 o más años	12,1	9,2	12,0	20,8	3,2	6,7	0,0	0,0	5,9	9,4	11,1	7,7	2,4	0,8

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

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

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

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

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

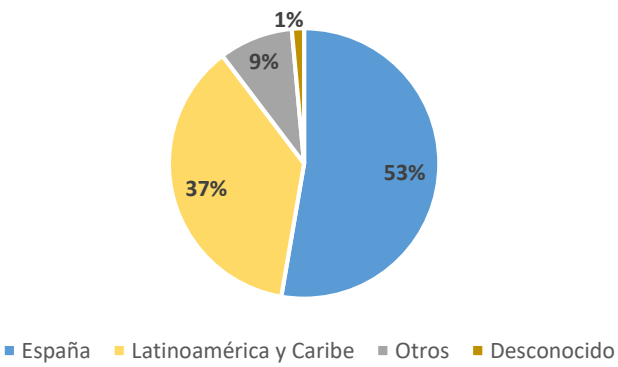
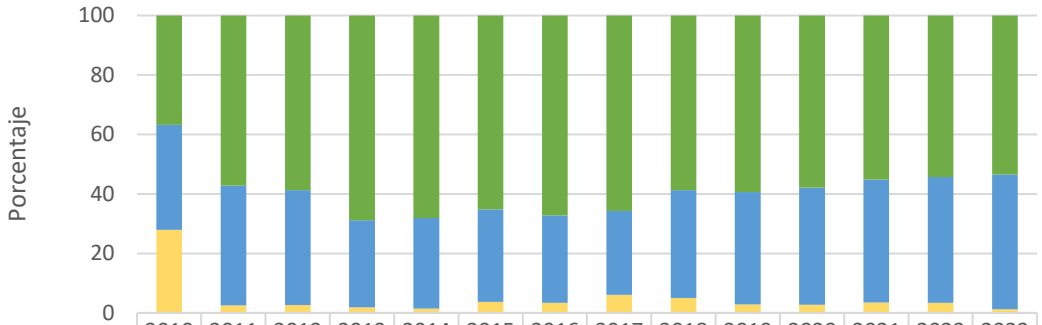
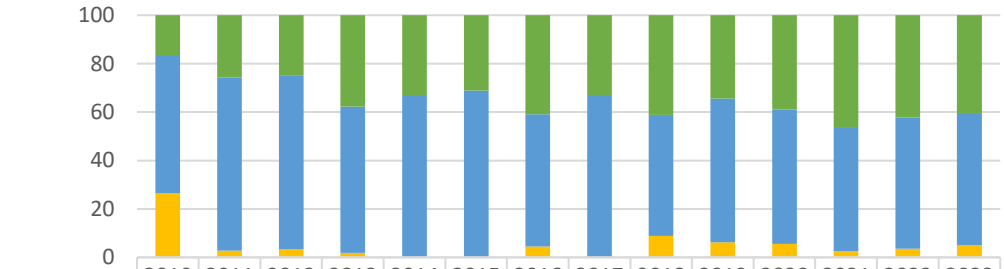


Gráfico 3.4.9 Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	36,8	57,2	58,8	68,8	68,1	65,2	67,2	65,7	58,7	59,4	57,9	55,1	54,3	53,5
Extranjero	35,3	40,2	38,6	29,3	30,4	31,1	29,4	28,2	36,2	37,8	39,3	41,3	42,3	45,3
Desconocido	27,9	2,5	2,7	1,9	1,5	3,7	3,4	6,1	5,1	2,9	2,8	3,5	3,4	1,2

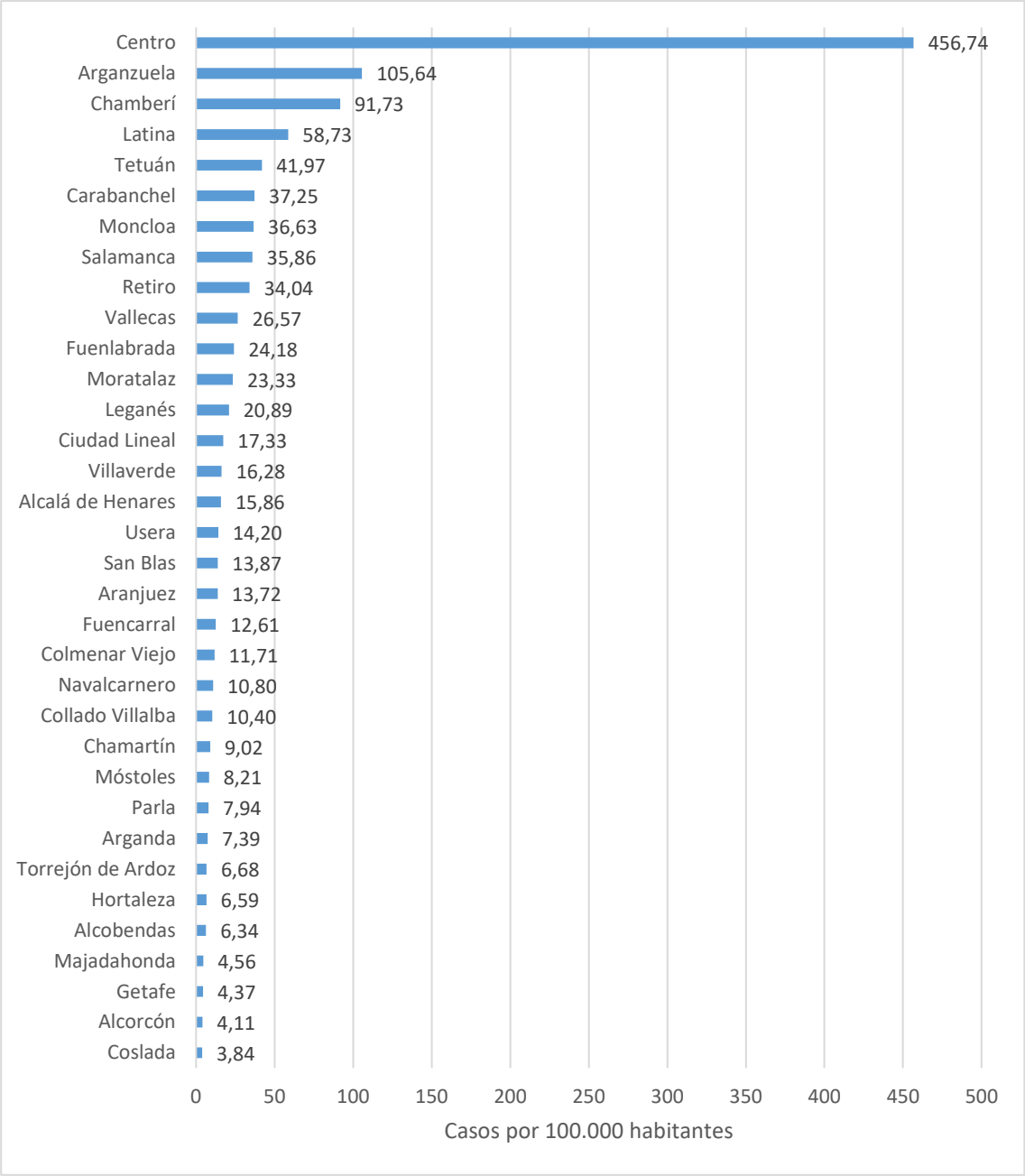
Gráfico 3.4.10 Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023.



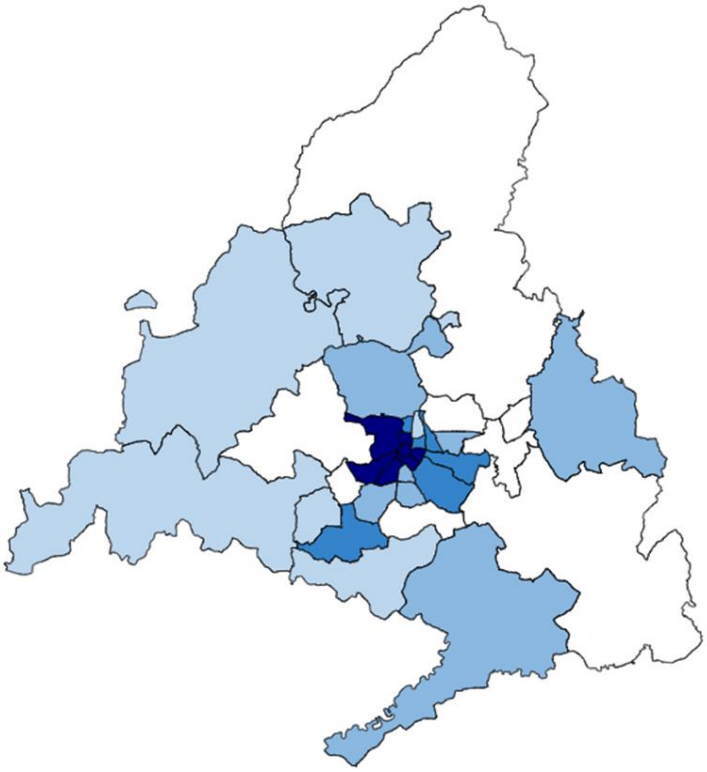
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	16,9	25,7	25,0	37,7	33,3	31,1	40,9	33,3	41,2	34,4	38,9	46,2	42,2	40,3
Extranjero	56,6	71,6	71,7	60,4	66,7	68,9	54,5	66,7	50,0	59,4	55,6	51,3	54,2	54,6
Desconocido	26,5	2,8	3,3	1,9	0,0	0,0	4,5	0,0	8,8	6,3	5,6	2,6	3,6	5,0

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

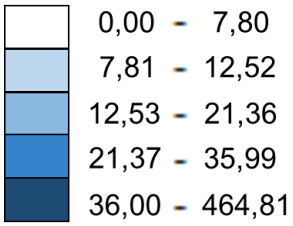
Gráfico 3.4.11 Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



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



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

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

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

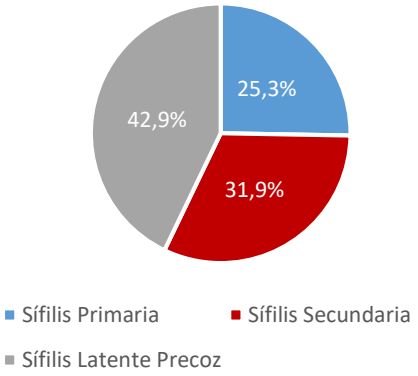
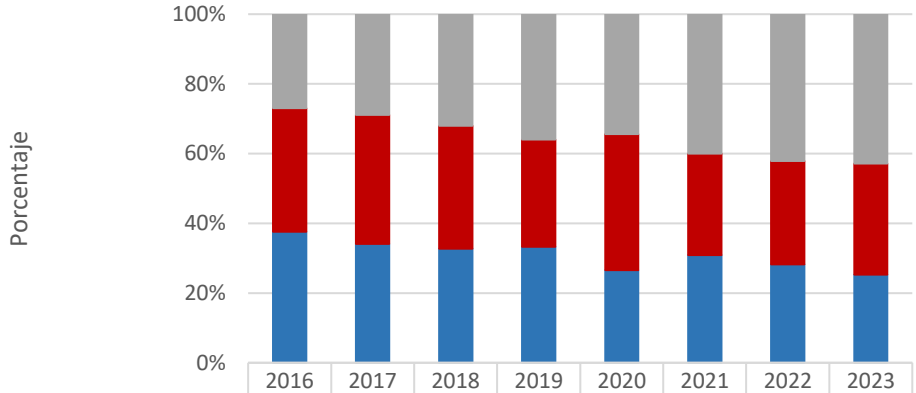


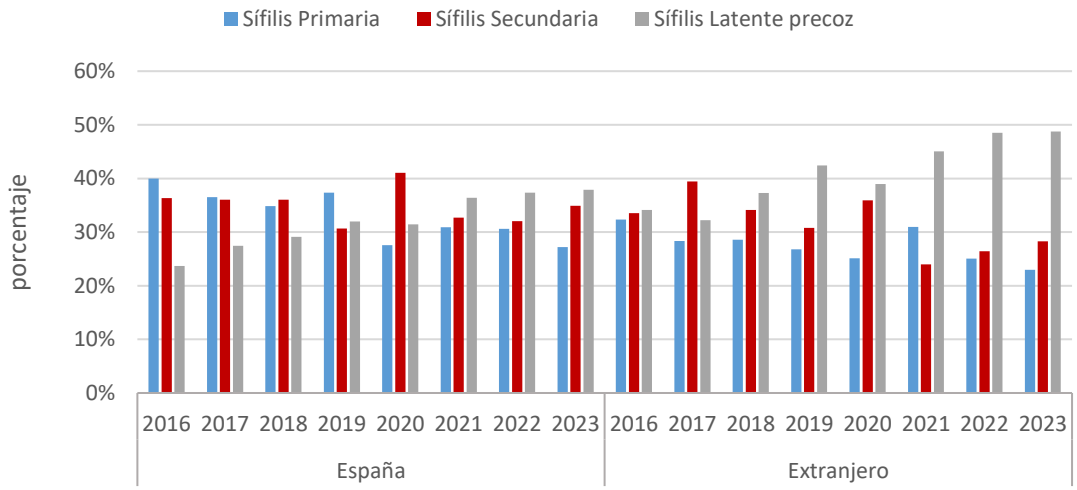
Gráfico 3.4.13 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sífilis Latente Precoz	26,9	28,9	32,0	36,0	34,4	40,0	42,2	42,9
Sífilis Secundaria	35,5	37,0	35,2	30,8	39,0	29,0	29,6	31,9
Sífilis Primaria	37,6	34,1	32,8	33,3	26,6	30,9	28,2	25,3

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

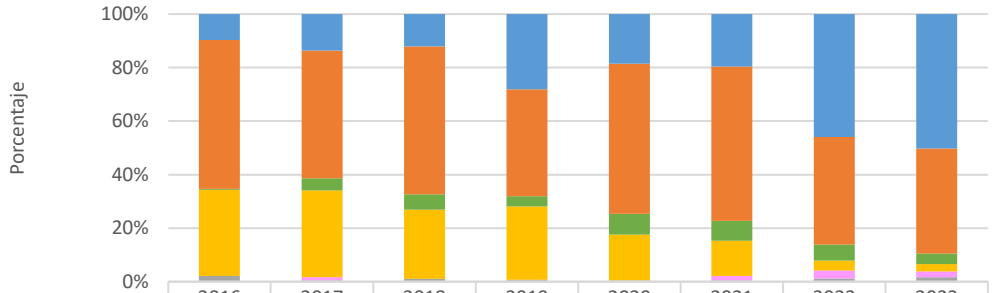
El 99,9% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico y solo 2 casos se consideraron probables por clínica compatible y vínculo epidemiológico. Las serologías con anticuerpos treponémicos y no treponémicos diagnósticos fueron positivas en el 94,5% y la PCR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

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

Al igual que con el resto de las ITS, en la notificación de sífilis han ganado protagonismo en los dos últimos años los hospitales públicos. Estos remitieron el 50,2% de las primeras notificaciones en 2023. En segundo

lugar consta el centro monográfico de ITS de la CM con un 39,3%, seguido de Centros Madrid Salud con un 3,9% (Gráfico 3.4.15).

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



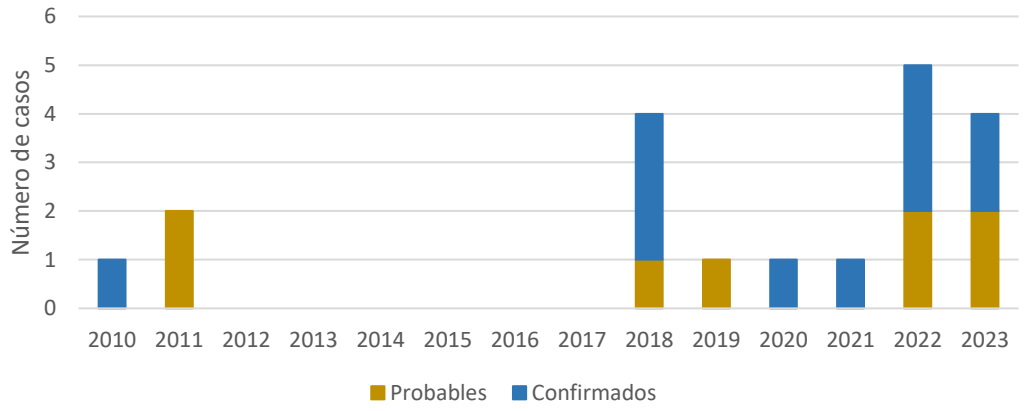
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hospitales públicos	9,6	13,6	12,1	28,2	18,5	19,6	45,9	50,2
Centro monográfico CM	55,6	47,7	55,2	39,9	56,1	57,7	40,3	39,3
Centros Madrid Salud	0,4	4,6	5,7	3,8	7,7	7,4	5,9	3,9
Atención Primaria	32,2	32,5	25,8	27,4	17,2	13,2	3,8	2,7
Centros privados	0,0	1,1	0,0	0,2	0,0	1,6	3,0	2,2
Otros	2,2	0,5	1,0	0,5	0,4	0,5	1,2	1,7

3.5. Sífilis congénita

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

En el año 2023 se registraron cuatro casos de sífilis congénita en la CM, dos niñas y dos niños. De ellos dos cumplían criterios de casos confirmados y dos de probables. Estos casos suponen una tasa de 0,06 casos por 100.000 habitantes. En laGráfico 3.5.1 se observan los casos que cumplen criterios de caso probable y confirmado según el protocolo vigente de vigilancia de sífilis congénita.

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



De los casos confirmados, uno de ellos fue asintomático, diagnosticándose por serología al nacimiento. En este, los controles en el primer trimestre de embarazo fueron negativos. El otro caso confirmado fue diagnosticado por clínica grave al nacimiento prematuro, falleciendo ocho días después. En este caso los

controles en el primer trimestre dieron resultados negativos y no llegaron a realizarse en el tercer trimestre por prematuridad.

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

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

3.6. Mpox

Desde que se activó la alerta con el inicio del brote de mpox el 17 de mayo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2023, se notificaron en la Comunidad de Madrid 2615 casos confirmados de mpox, 4 probables y 20 sospechosos. El brote alcanzó su punto más alto a principios de julio de 2022 disminuyendo desde entonces a pocos casos semanales durante el primer semestre de 2023 y mostrando cierto incremento en el segundo (Gráfico 3.6., Gráfico 3.6.2). Durante 2023 se solicitaron 645 muestras para mpox, y de ellas se confirmaron 115 casos y se clasificó otro caso como probable al no disponer de muestra, lo que supone una tasa en la población general de 1,69 casos por 100.000 habitantes.

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

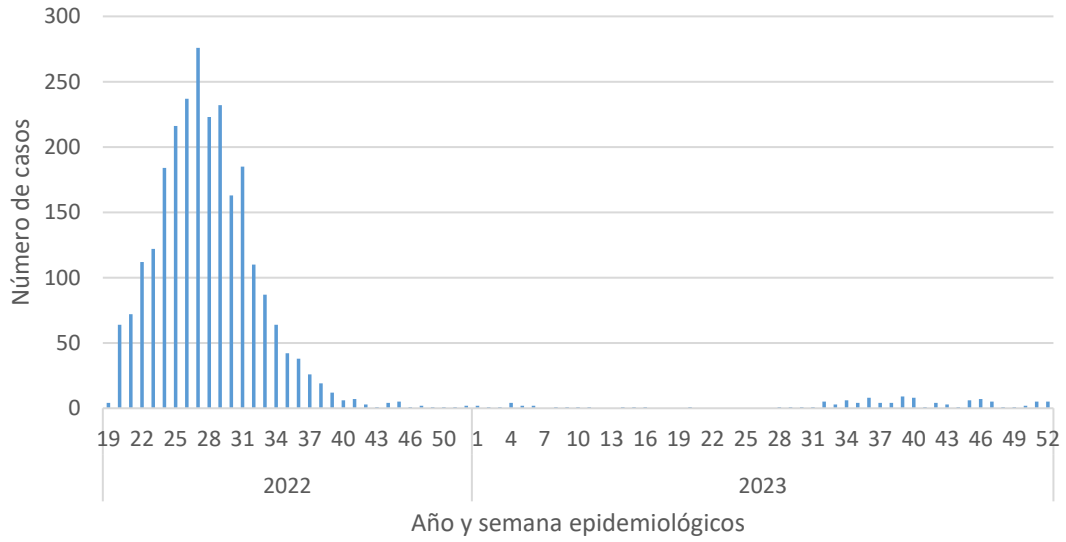
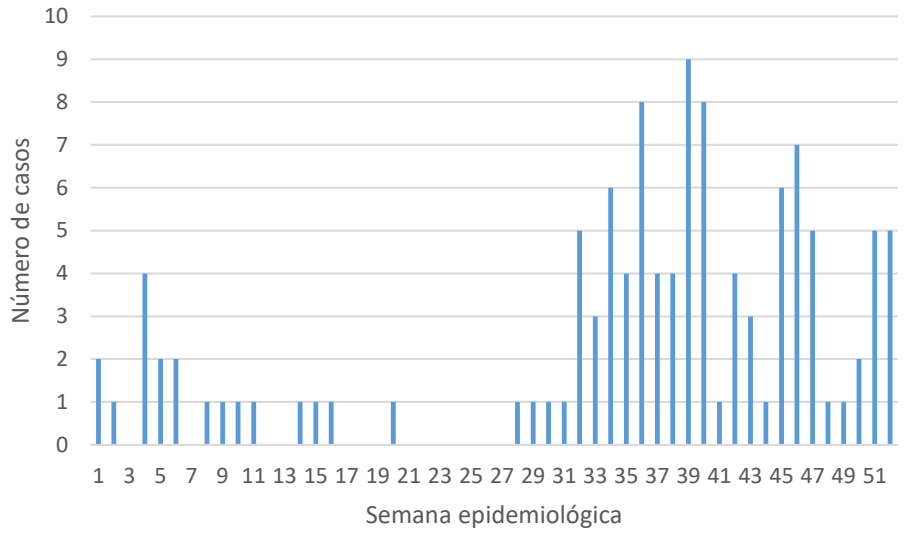
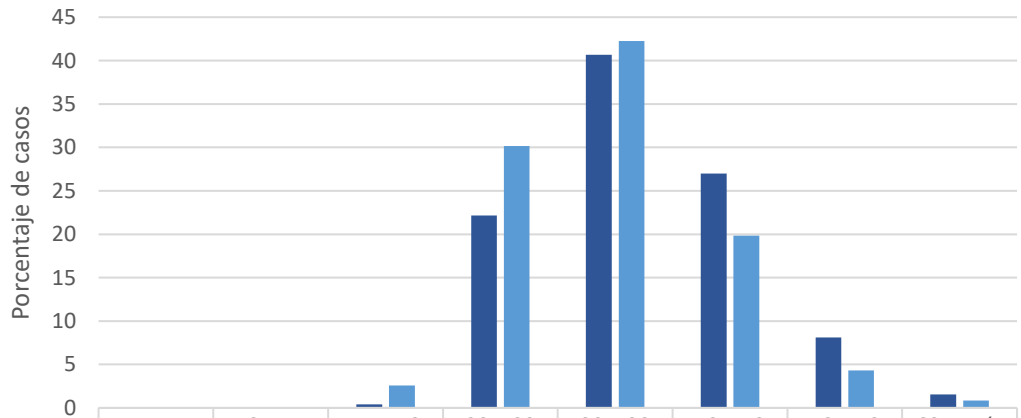


Gráfico 3.6.2 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2023.



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

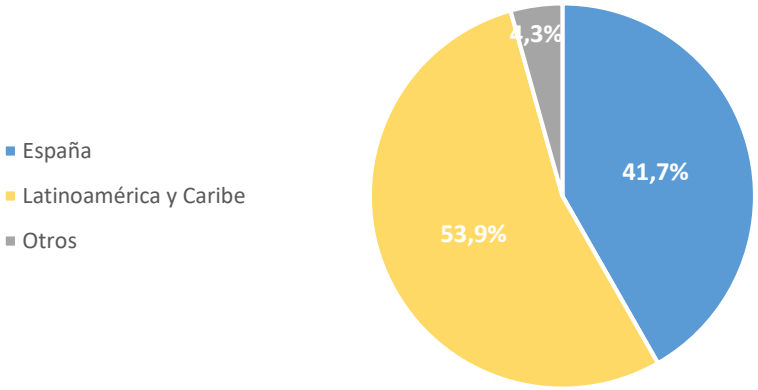
Gráfico 3.6.3 Distribución de casos de mpox por grupo etario. Comunidad de Madrid. Año 2022 y 2023.



	1 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 o más años
2022	0,0	0,0	0,4	22,2	40,7	27,0	8,1	1,5
2023	0,0	0,0	2,6	30,2	42,2	19,8	4,3	0,9

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

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

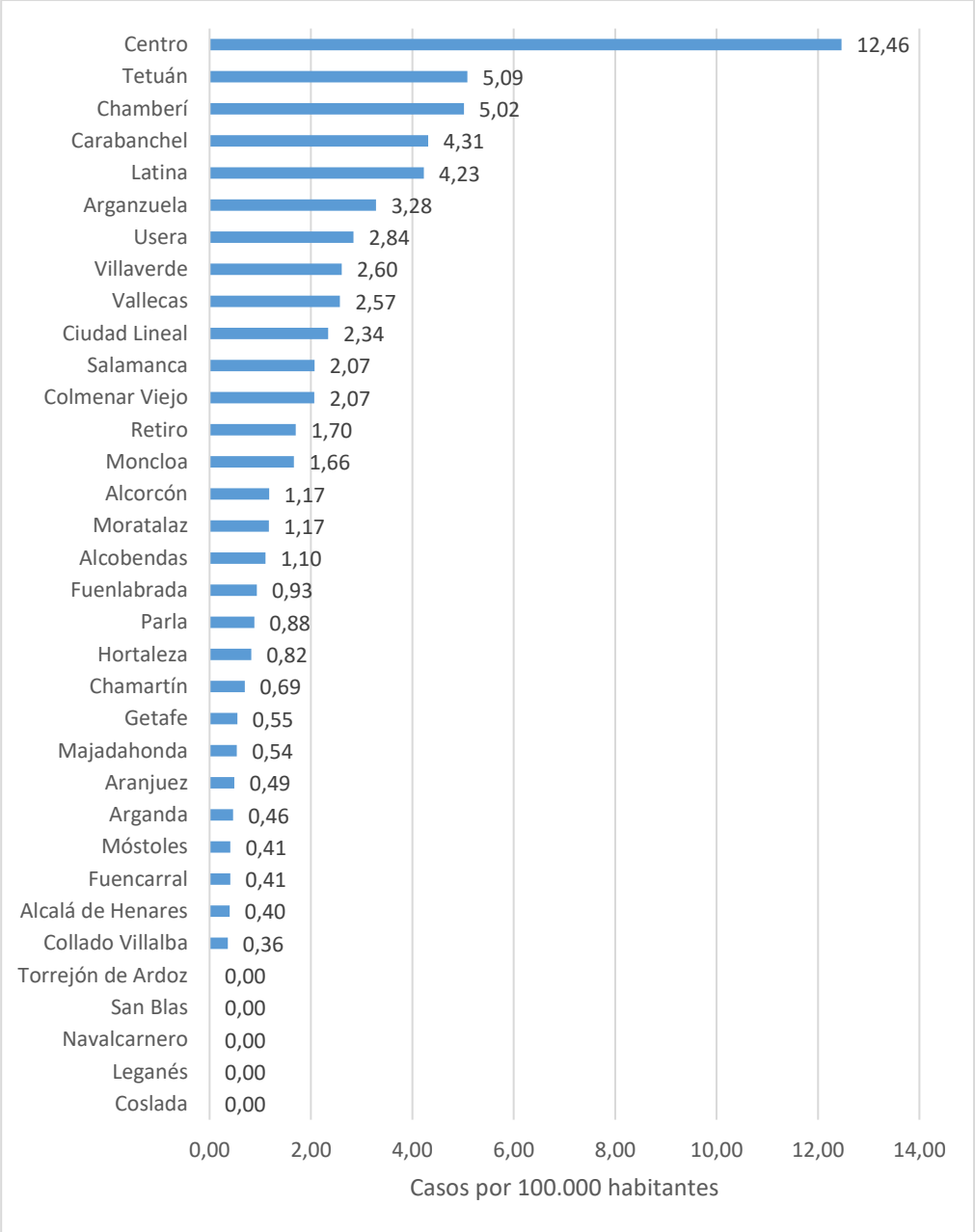


Se conoce el lugar de residencia del 98,3% de los casos y los distritos que acumularon los mayores porcentajes de casos este año fueron: Centro con 17 casos (14,6%), Carabanchel con 11 (9,5%) y Latina con 10 (8,6%). En la Tabla 3.6. se presentan aquellos distritos con cinco casos o más en 2023. Teniendo en cuenta la población de cada distrito, las mayores tasas de incidencia se concentraron en el distrito Centro con 12,46 casos, Tetuán con 5,09 y Chamberí con 5,02 casos por 100. 000 habitantes (Gráfico 3.6.5 y Mapa 3.6.1).

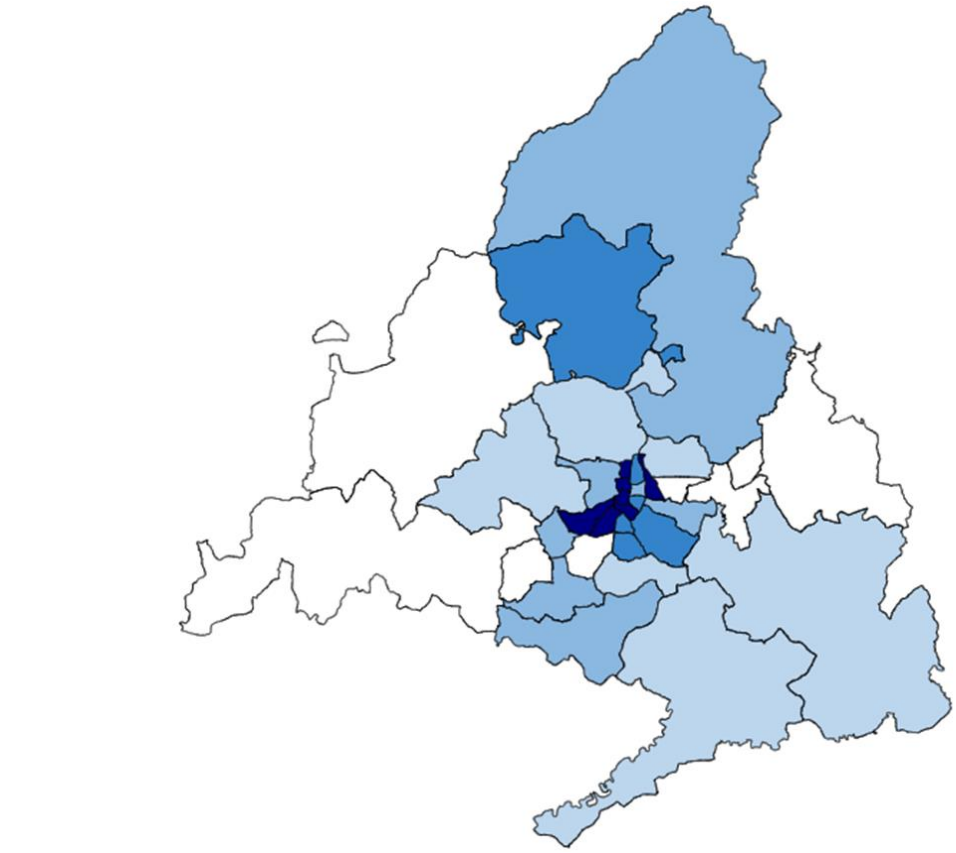
Tabla 3.6.1 Casos de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.

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

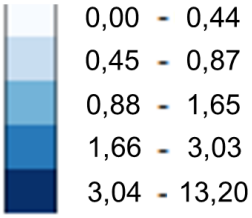
Gráfico 3.6.5 Tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023.



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



Casos por 100.000 habitantes



Población: Padrón continuo año 2022 por distritos.

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

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

En relación a las exposiciones de riesgo, en 9 casos (7,8%) se identificó contacto estrecho con un caso confirmado de mpox en los 21 días previos al inicio de síntomas. La transmisión en el contexto de una relación sexual se identificó en 108 casos (93,1%) y la mayoría de ellas, 103 casos (88,8%), pudieron clasificarse como relaciones de riesgo. Respecto a viajes realizados durante el periodo de incubación que tuvieran la posibilidad de haber sido el lugar de transmisión de la infección, 18 casos (15,5%) reseñaron

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

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

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

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

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

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

La evolución clínica cursó sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, siete de ellos (6,0%) presentaron sobreinfecciones bacterianas, úlceras bucales, infección de córnea y/o celulitis en el momento de la encuesta epidemiológica. Además, en 5 casos (4,3%) fue preciso ingreso hospitalario

siendo la mediana de días de ingreso de 6 (RIC: 1 día). No se registraron ingresos en UCI ni fallecidos por mpox.

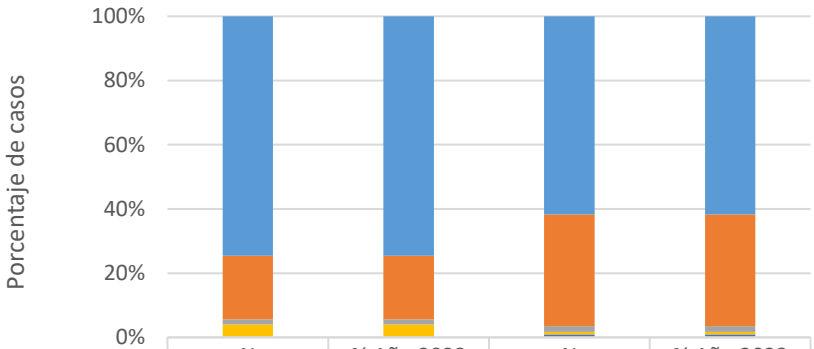
El tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la toma de la muestra para el diagnóstico alcanzó 7 días de mediana (RIC: 6), ascendiendo a 31 días el mayor retraso diagnóstico.

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

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

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

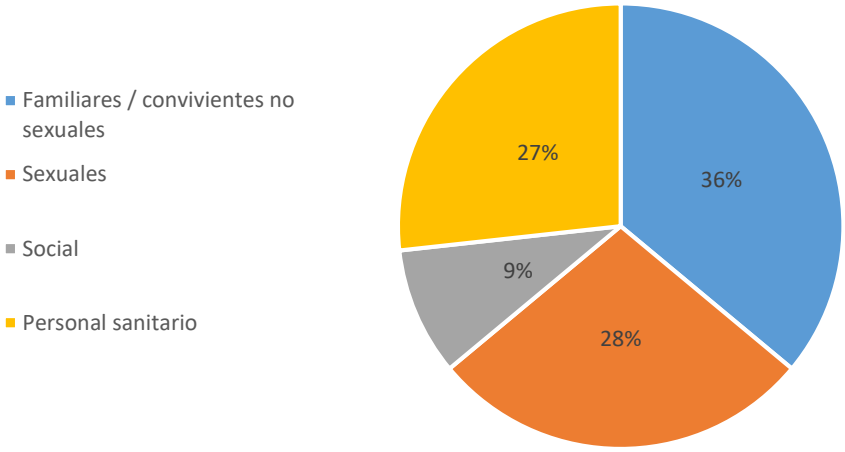
Gráfico 3.6.6 Porcentaje de casos mpox por centro peticionario. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.



	N	% Año 2022	N	% Año 2023
Hospital	1876	74,5	71	61,7
Centro monográfico CM	499	19,8	40	34,8
Centros Madrid Salud	42	1,7	2	1,7
Privado	99	3,9	1	0,9
Otros	1	0,0	1	0,9

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

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

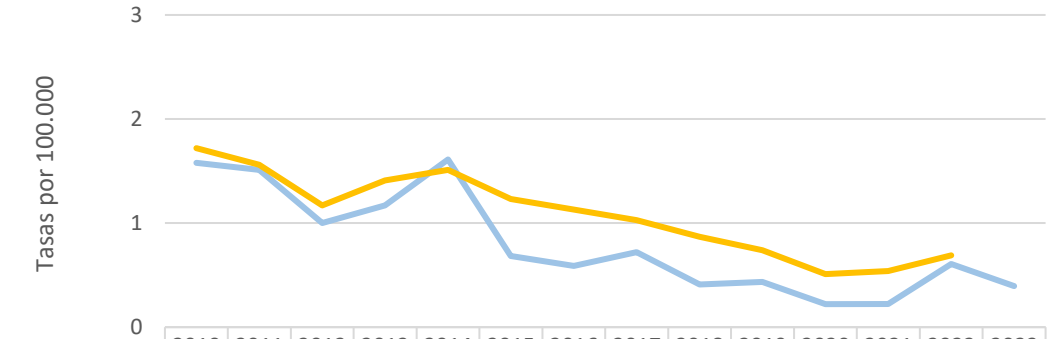


3.7. Hepatitis B

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

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

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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
C Madrid	1,58	1,51	1,00	1,17	1,61	0,68	0,59	0,72	0,41	0,44	0,22	0,22	0,61	0,39
España*	1,72	1,56	1,17	1,41	1,51	1,23	1,13	1,03	0,87	0,74	0,51	0,54	0,69	

**No hay datos nacionales disponibles de 2023*

El 89% de los casos se presentó en hombres, el porcentaje más alto de toda la serie, en la que siempre ha predominado el sexo masculino (Gráfico 3.7.2). La edad media fue de 48,2 años y presenta una tendencia creciente desde 2010. No obstante, al desagregar por sexo se evidencia una disminución de la media de edad en mujeres en los últimos 3 años que la sitúa en 37,7 en 2023 (Gráfico 3.7.3). No se registraron casos en menores de edad, abarcando el rango etario de los 23 a los 90 años. Hasta un tercio de los casos en hombres se concentran en mayores de 59 años (Gráfico 3.7.4).

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

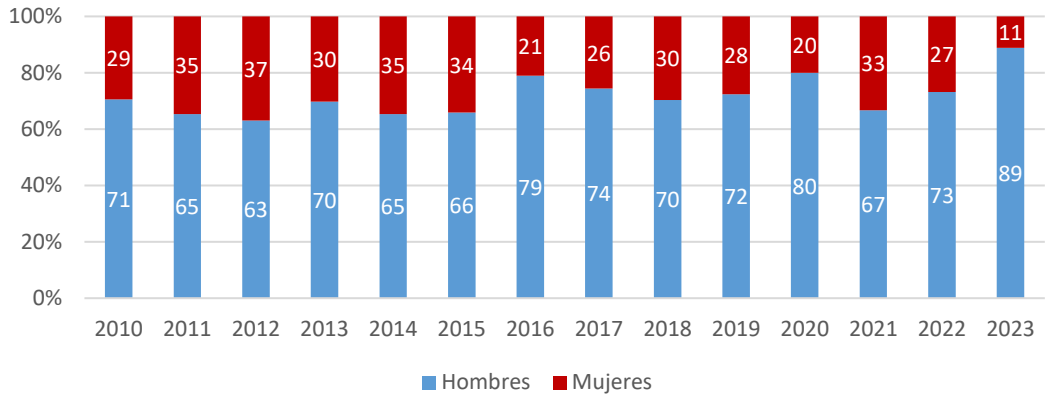


Gráfico 3.7.3 Edad de media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2010-2023.

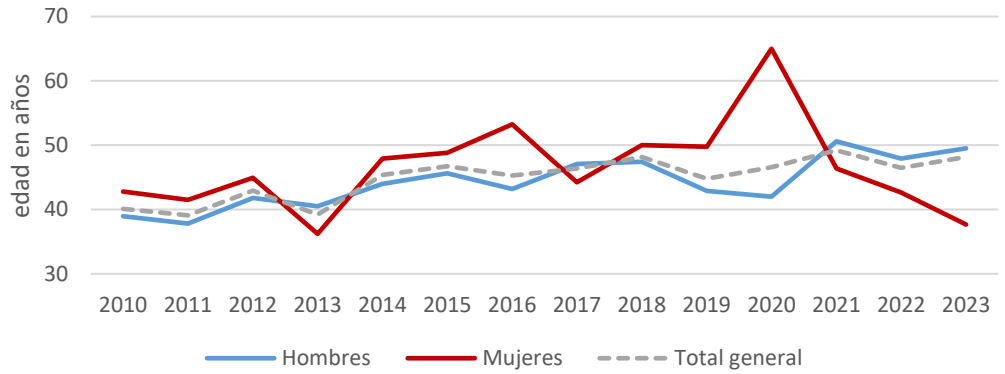
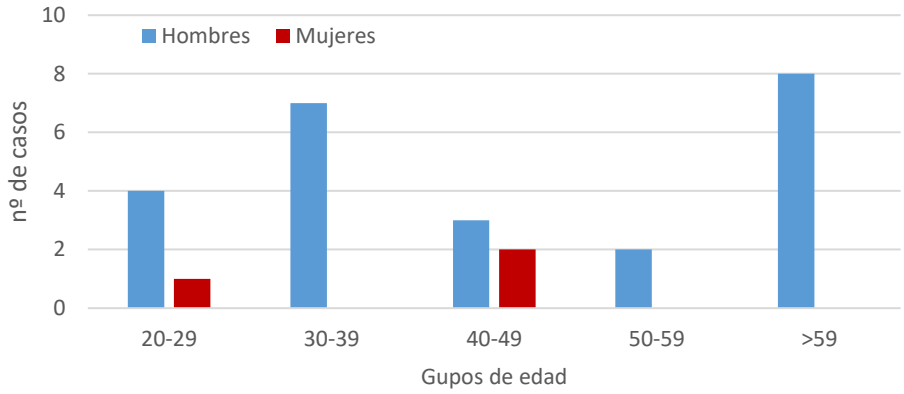
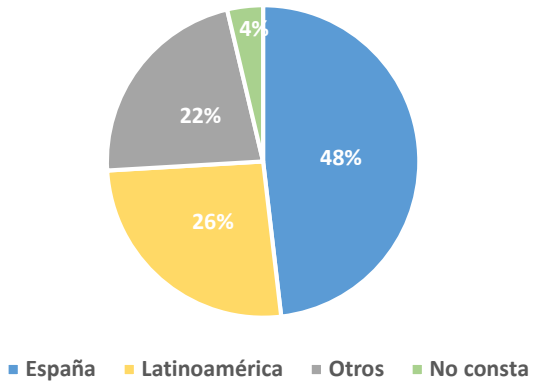


Gráfico 3.7.4 Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023.



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

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

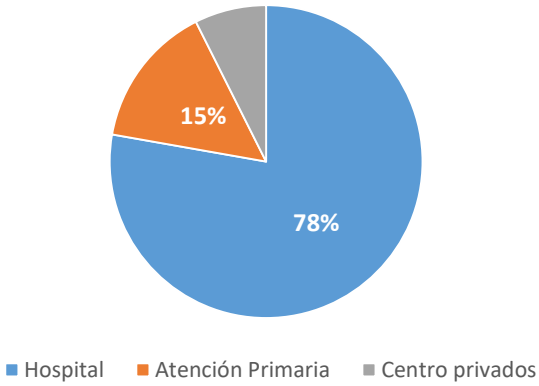


Todos los casos fueron confirmados, siendo el 74 % mediante detección de anticuerpos IgM.
En cuanto a la coinfección por VIH, el 22,2 % de los casos fueron positivos (n=6), el 66,7 % fueron negativos (n= 18) y no consta la prueba en el 11,1% (n=3) de ellos.
Se registró hospitalización en 14 de los casos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

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

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

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

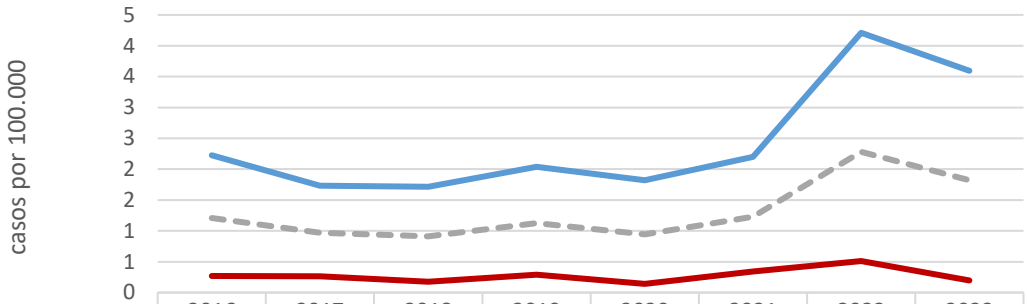


3.8. Hepatitis C

Hepatitis C aguda

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

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



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	2,23	1,73	1,72	2,04	1,82	2,20	4,21	3,60
Mujeres	0,27	0,27	0,17	0,29	0,14	0,34	0,51	0,20
Total	1,21	0,97	0,91	1,13	0,94	1,23	2,28	1,82

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

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

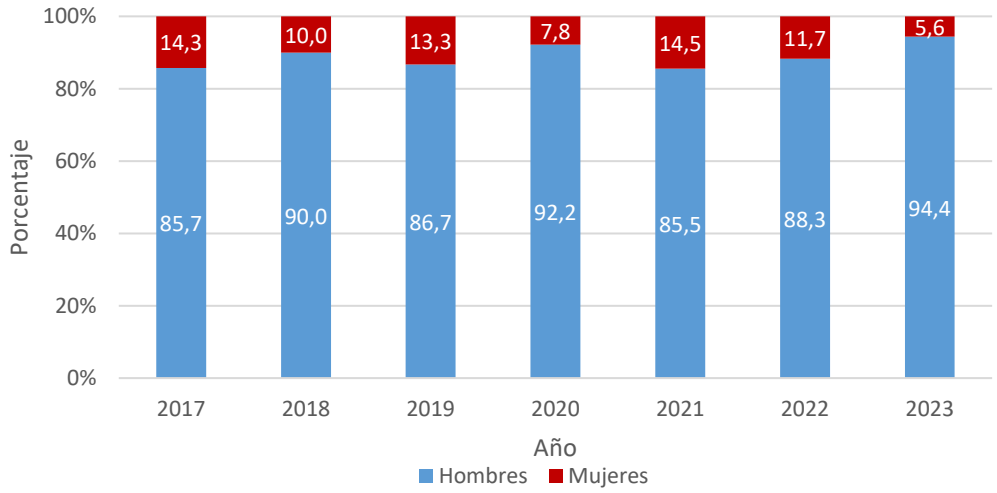
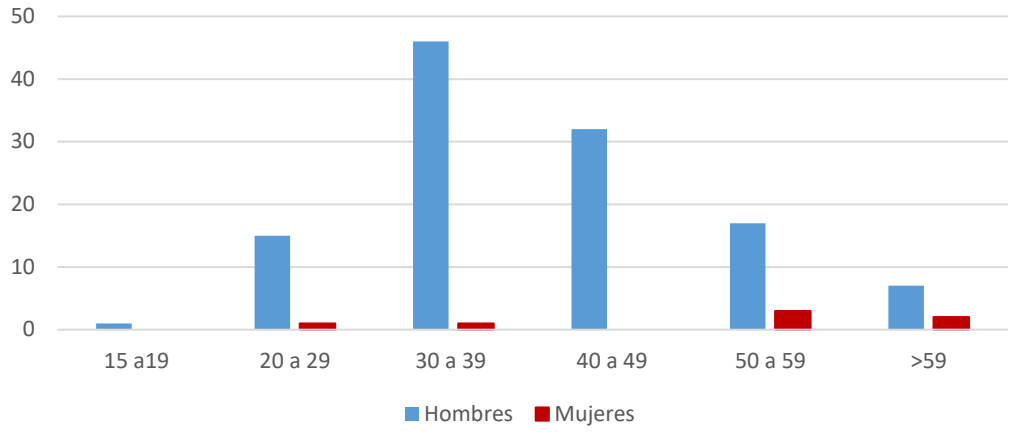
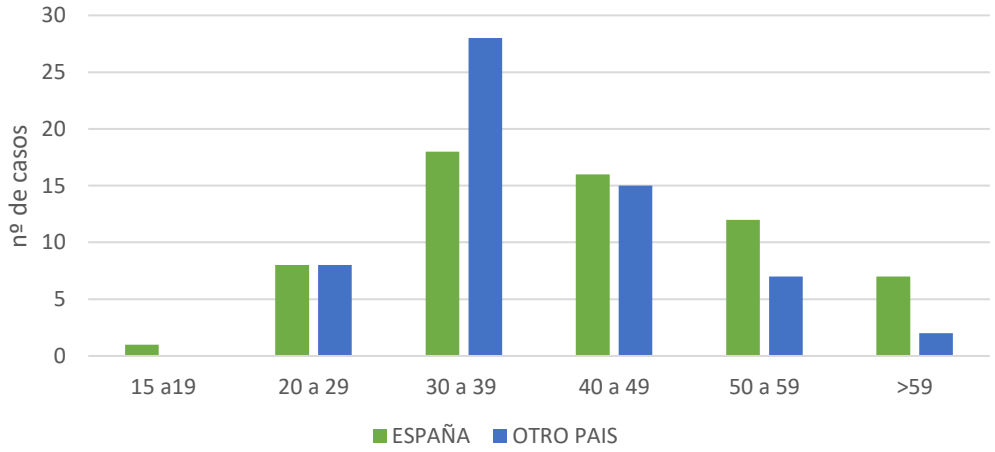


Gráfico 3.8.3 Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023.



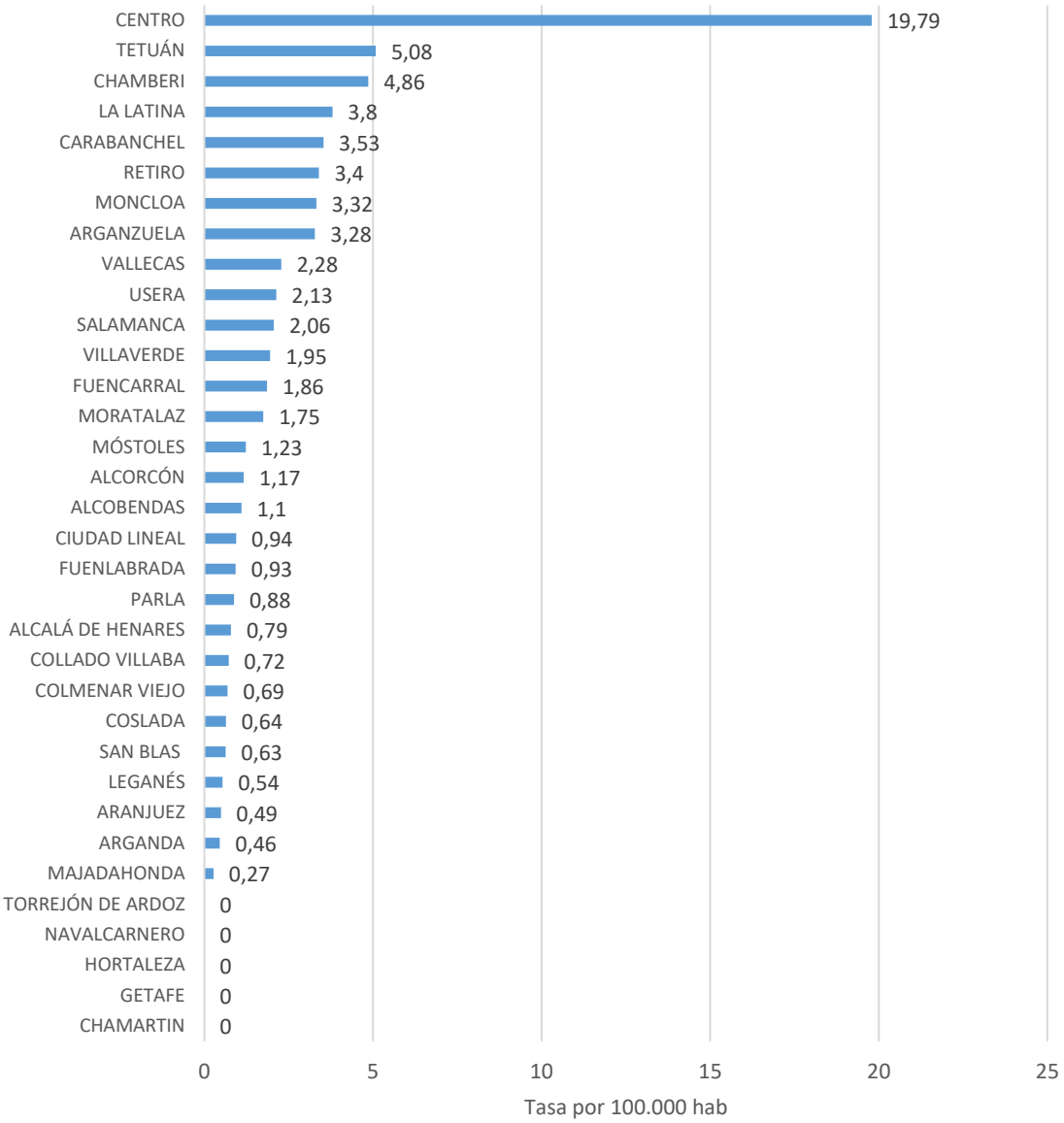
En cuanto al país de origen, la mitad de los casos fueron personas nacidas en España. Entre los extranjeros predominan fundamentalmente países latinoamericanos, siendo los más frecuentes Colombia con el 12% de los casos y Venezuela con el 10,4%. En el grupo de edad de 30-39 años fue donde se acumuló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

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



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

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



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

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

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

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

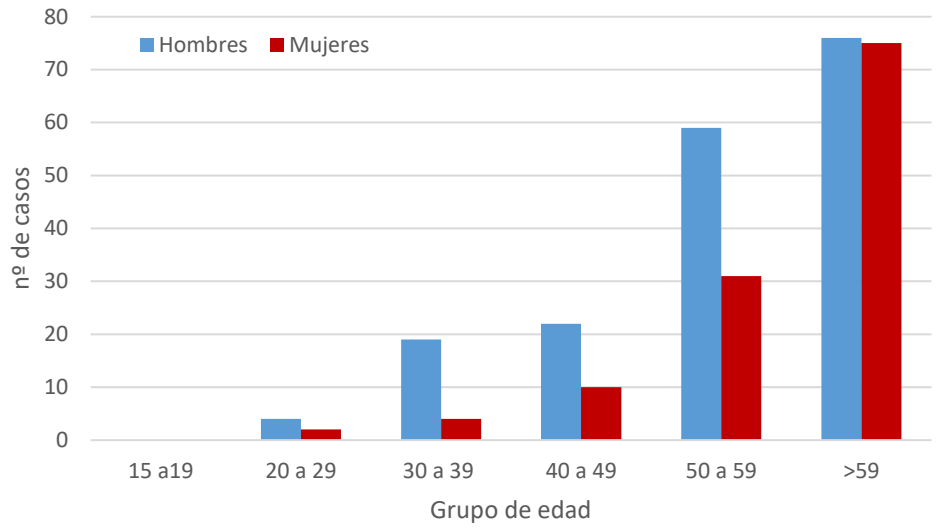
Durante el año 2023, no se notificó ningún brote de hepatitis C.

Hepatitis C crónica

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

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

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



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

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

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

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

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

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

4. DISCUSIÓN

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

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

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

Es patente la presencia cada vez mayor de personas procedentes de otros países, en especial de Latinoamérica. Aunque esto se hace especialmente evidente en el LGV, en el que representan prácticamente la mitad de los casos, o en la sífilis que alcanzan el 45%, no es muy diferente en el resto de

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

Aunque los casos graves de enfermedad entre las ITS no son frecuentes, podemos encontrar situaciones que precisan de hospitalización. La mayoría se dan en mujeres con cuadros de enfermedad inflamatoria pélvica, que, en algunos casos, pueden desembocar en trastornos crónicos con afectación de la fertilidad. En el caso de la infección gonocócica, alrededor del 12% de los casos en mujeres precisó de hospitalización durante el año 2023 y de estas, casi el 10% eran menores de 18 años. La precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y una insuficiente percepción de riesgo que desincentiva el uso de métodos de barrera son, seguramente, circunstancias contribuyentes[4-5].

La presencia de coinfecciones por distintas ITS es un hallazgo que se confirma con frecuencia. Además de ser una complicación en sí misma, la presencia de otras ITS puede generar sinergias que incrementen las posibilidades de transmisión. Prácticamente 1 de cada 4 casos de gonococia presenta coinfección por otra ITS, en la mayoría de los casos por *Chamydia Trachomatis*. En el caso del LGV, el porcentaje de coinfecciones supera el 40%, fundamentalmente por gonococo y sífilis. Se registran también porcentajes considerables de casos positivos para VIH, y en menor medida para VHC y VHB. Es, por tanto, de gran importancia, tanto en el proceso diagnóstico como en el estudio de contactos, descartar la presencia de otras infecciones que pueden coincidir en un mismo individuo. Ante una relación sexual de riesgo es preciso tener en cuenta los distintos periodos de incubación que presentan estas enfermedades y completar un adecuado despistaje y seguimiento en el tiempo[6].

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

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

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

El repunte observado en la evolución de la hepatitis C aguda en los dos últimos años obedece posiblemente a las mejoras implementadas en el sistema de notificación y registro, que han permitido dotar de mayor sensibilidad y precisión al sistema de declaración. A pesar de la dificultad para recabar información sobre factores de exposición, se ha podido constatar que, en el caso de las presentaciones agudas, el perfil actual en la hepatitis C es similar al de las ITS analizadas anteriormente: hombre joven

que tiene sexo con otros hombres y procedencia de Latinoamérica en un porcentaje importante. No obstante, es preciso reflejar que en casi un 20% se han identificado antecedentes de uso de drogas inyectadas.

5. CONCLUSIONES

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

Es necesario resaltar la importancia de orientar los recursos preventivos hacia aquellos perfiles en los que se detecta una mayor incidencia de este grupo de enfermedades. En nuestra comunidad corresponde mayoritariamente a hombres jóvenes que tienen sexo con otros hombres, muchos de los cuales proceden de países latinoamericanos. Distintos comportamientos y circunstancias contribuyen a la expansión de las ITS en determinados colectivos: la práctica de relaciones sexuales de riesgo, con distintas parejas, desconocidos, sin uso de métodos barrera, uso de redes sociales y locales de ocio que facilita la interacción múltiple y accesible con otras personas, etc. Entre las mujeres predominan las relaciones heterosexuales y cada vez se presentan en edades más tempranas. La forma de socialización y desarrollo personal de la adolescencia, marcada actualmente por las redes sociales, junto con la falta de percepción de riesgo propia de las etapas jóvenes contribuyen a un inicio más precoz de relaciones sexuales no seguras[7].

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

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

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

Registro y seguimiento: Programa de vigilancia de ITS.

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

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

6. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1.1 Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023. 17
Gráfico 3.1.2 Tasas de incidencia por sexo y año de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Años 2011-2023. 18
Gráfico 3.1.3 Distribución por sexo de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. 2010-2023. 18
Gráfico 3.1.4 Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023. 19
Gráfico 3.1.5 Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023. 19
Gráfico 3.1.6 Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 19
Gráfico 3.1.7 Infección gonocócica en mujeres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 20
Gráfico 3.1.8 Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2010-2023. 20
Gráfico 3.1.9 Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 21
Gráfico 3.1.10 Notificación de infección gonocócica, según origen, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 24
Gráfico 3.2.1 Tasas de infección por Chlamydia trachomatis. Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2023. 25
Gráfico 3.2.2 Tasa de incidencia anual de infección por Chlamydia trachomatis, por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 25
Gráfico 3.2.3 Distribución por sexo de infección Chlamydia trachomatis. Comunidad de Madrid. 2016-2023. 26
Gráfico 3.2.4 Evolución de la media de edad por sexo en la infección por Chlamydia trachomatis. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 26
Gráfico 3.2.5 N.º de casos de infección por Chlamydia trachomatis por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023. 27
Gráfico 3.2.6 Porcentaje de casos de infección por Chlamydia trachomatis en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 27
Gráfico 3.2.7 Porcentaje de casos de infección por Chlamydia trachomatis en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 28
Gráfico 3.2.8 Distribución según lugar de origen. Chlamydia trachomatis, Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 28
Gráfico 3.2.9 Tasas de incidencia de infección por Chlamydia trachomatis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 29
Gráfico 3.2.10 Notificación de la infección por Chlamydia trachomatis, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 31
Gráfico 3.3.1 Tasas de incidencia LGV. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2023. 32
Gráfico 3.3.2 Distribución de casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023. 32
Gráfico 3.3.3 Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023. 32
Gráfico 3.3.4 Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023. 33
Gráfico 3.3.5 Distribución de casos de LGV por grupos de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2023. 33
Gráfico 3.3.6 Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 34
Gráfico 3.3.7 Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 35
Gráfico 3.3.8 Porcentaje de casos de LGV por tipo de notificador. CM. Año 2016 a 2023. 38
Gráfico 3.4.1 Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2010-2023. 38
Gráfico 3.4.2 Tasas de incidencia de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 39
Gráfico 3.4.3 Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 39
Gráfico 3.4.4 Edad media de los casos de sífilis por sexo. CM. Años 2010 a 2023. 39
Gráfico 3.4.5 Número de casos de sífilis por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023. 40
Gráfico 3.4.6 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 40
Gráfico 3.4.7 Distribución de casos de sífilis por grupo de edad en mujeres. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 41
Gráfico 3.4.8 Distribución de casos de sífilis según lugar de origen. CM. Año 2023. 41
Gráfico 3.4.9 Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 42

Gráfico 3.4.10 Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 42
Gráfico 3.4.11 Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 43
Gráfico 3.4.12 Distribución de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Año 2023. 45
Gráfico 3.4.13 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. .. 45
Gráfico 3.4.14 Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 45
Gráfico 3.4.15 Notificación de casos de sífilis por según origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 47
Gráfico 3.5.1 Casos de sífilis congénita. Comunidad de Madrid. Años 2010-2023. 47
Gráfico 3.6.1 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023. 48
Gráfico 3.6.2 Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2023. 49
Gráfico 3.6.3 Distribución de casos de mpox por grupo etario. Comunidad de Madrid. Año 2022 y 2023. 49
Gráfico 3.6.4 Distribución de casos de mpox por país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2023. 50
Gráfico 3.6.5 Tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 51
Gráfico 3.6.6 Porcentaje de casos mpox por centro peticionario. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023. 54
Gráfico 3.6.7 Contactos estrechos identificados de casos mpox confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2023. 55
Gráfico 3.7.1 Tasas de incidencia de hepatitis B. Comunidad de Madrid-España. Años 2010-2023. 55
Gráfico 3.7.2 Porcentaje de casos de hepatitis B aguda, por sexo. Comunidad de Madrid. 2010-2023..... 56
Gráfico 3.7.3 Edad de media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2010-2023. 56
Gráfico 3.7.4 Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023. 56
Gráfico 3.7.5 Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2023. 57
Gráfico 3.7.6 Distribución porcentual de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. Comunidad de Madrid. 2023. 57
Gráfico 3.8.1 Tasas de hepatitis C aguda total y por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2023. 58
Gráfico 3.8.2 Distribución de casos de hepatitis C aguda por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2017-2023. 58
Gráfico 3.8.3 Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023. 59
Gráfico 3.8.4 Casos de hepatitis C aguda según lugar de origen y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2023. 59
Gráfico 3.8.5 Tasas de hepatitis C aguda, por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 60
Gráfico 3.8.6 Casos de hepatitis C crónica por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2023. 61

7. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1.1 Orientación sexual de los casos de infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023. . 20
Tabla 3.1.2 Presentación clínica por sexo. Infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2023. 23
Tabla 3.1.3 Principales causas de hospitalización en infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023. 23
Tabla 3.1.4 Casos de infección gonocócica con confecciones por otras ITS, por sexo. Comunidad de Madrid. 2023. 23
Tabla 3.1.5 Casos de infección gonocócica según número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023. 24
Tabla 3.1.6 Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023. 24
Tabla 3.2.1 Origen de la muestras diagnósticas por sexo. Chlamydia trachomatis. Comunidad de Madrid. Año 2023. 31
Tabla 3.3.1 Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2023. 33
Tabla 3.3.2 Presentación clínica de LGV en hombres. Comunidad de Madrid. Año 2023. 36
Tabla 3.3.3 Número de coinfecciones por caso de LGV. Comunidad de Madrid. 2023. 37
Tabla 3.3.4 Causas de coinfección en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2023. 37
Tabla 3.3.5 Porcentaje de casos de LGV con infección VIH, VHB, VHC. Comunidad de Madrid. Año 2023. 37
Tabla 3.3.6 Tipo de servicio clínico inicial en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2023. 37
Tabla 3.4.1 Orientación sexual por sexo de casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2023. 41
Tabla 3.4.2 Nº de coinfecciones en casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2023. 46
Tabla 3.4.3 Casos de sífilis con diagnóstico de coinfeccción por ITS. Comunidad de Madrid. Año 2023. 46
Tabla 3.4.4 Casos de sífilis con diagnóstico de VIH, VHC y VHB. Comunidad de Madrid. Año 2023. 46
Tabla 3.6.1 Casos de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2023. 50
Tabla 3.6.2 Exposiciones de riesgo en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2023. 53

Tabla 3.6.3 Presentación clínica de los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2023. 53

8. BIBLIOGRAFÍA

1.- Comunidad de Madrid. Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Disponible en: https://gestiona.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. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf

3.- World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox. External Situation Report 2, published 25 July 2022. Disponible en: 20220725_Monkeypox_external_sitrep_2_final.pdf

4.- Royuela Ruiz P., Rodríguez Molinero L., Marugán de Miguelsanz J. M., Carbajosa Rodríguez V.. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria; 17(66): 127-136. Disponible en. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300004&lng=es

5.- Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: HBSC2018_ConductaSexual.pdf (sanidad.gob.es)

6.- Ministerio de Sanidad. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 21]. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf

7.- Garcia-Iglesias J, Albarrán Gutiérrez Á, Corma Gómez A, Membrillo de Novales FJ, Villaamil Pérez F. Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España. *Edimburgo: Universidad de Edimburgo (Edinburgh Diamond).; 2024.* Disponible en: *https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/ESP_Perspectivas_informe-final.pdf*

INFORME:

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES POR EL VIH Y LOS CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. SITUACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 68

2. METODOLOGÍA 68

3. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2023 69

3.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2023 69

3.2 Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2023 71

4. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2009-2023 72

4.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas de 2009 a 2023 72

4.2. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2009-2023 88

5. CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 96

6. CONCLUSIONES 102

RESUMEN

En el año 2023 se han diagnosticado 689 infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid (CM), 89,4% son hombres. La media de edad al diagnóstico es de 35,7 años (DE:10,8). El 36,9% había nacido en España. Más del 70% de las infecciones en hombres presentan como modo de transmisión relaciones sexuales con hombres (HSH). En mujeres, más del 70% adquirieron la infección por relaciones heterosexuales (HTX). El 21,2% de las infecciones se diagnosticaron con menos de 200 CD4/µl ó presentación con enfermedad avanzada (PEA) y el 44,0% con menos de 350 CD4/µl ó diagnóstico tardío (DT).

En el periodo 2009-2023 se han diagnosticado 15.188 infecciones por el VIH en personas residentes en la CM. La incidencia ha ido disminuyendo a lo largo de estos años, de 21,1 por 100.000 h. en 2009 a 10,0 por 100.000 h. en 2023. El porcentaje de hombres se ha ido incrementando, alcanzando el 89,4% en 2023. La edad media al diagnóstico es de 35,4 años (DE: 10,8), siendo mayor en mujeres que en hombres. Los grupos de edad más frecuentes son 30-39 años y 20-29 años. El porcentaje de nacidos fuera de España se ha incrementado desde el 38,8% en 2014 hasta el 63,1% en 2023, a expensas fundamentalmente de casos en hombres. El principal modo de transmisión son las relaciones sexuales sin protección. En hombres más del 70% son HSH y en mujeres, más del 85% adquirieron la infección por relaciones heterosexuales. El 22,1% de los diagnósticos tenía PEA y un 40,8% DT. Tanto los porcentajes de PEA como de DT aumentan con la edad de diagnóstico de VIH y es mayor en HTX y PID (personas que se inyectan drogas) respecto a HSH. También es mayor en personas nacidas fuera de España respecto a las nacidas en España.

Desde 1982 hasta 2023 se han diagnosticado 22.733 casos de sida en residentes en la CM, 79,8% son hombres. La aparición de una terapia antirretroviral (TAR) eficaz a mediados de la década de los noventa se asoció a un descenso del número de casos de sida diagnosticados. A partir del año 1997 se produce un descenso del número de diagnósticos de casos de sida, tendencia que continua estos últimos años con 66 diagnósticos en 2023.

1. INTRODUCCIÓN

La vigilancia de la infección por el VIH/sida, integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, se lleva a cabo específicamente desde la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Viene regulada por el Decreto 184/1996 de 19 de diciembre por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (BOCM de 3 de enero de 1997); y por la Orden 372/2010 de 15 de julio por la que se modifica el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria por infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (BOCM de 5 de agosto de 2010). Más recientemente por la Orden 445/2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por la que se modifican los anexos del Real Decreto 2210/1995 relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria y modalidades de declaración. La notificación de la infección por el VIH y los casos de sida tiene periodicidad semanal con datos epidemiológicos básicos.

El análisis de la situación epidemiológica de la infección por el VIH en la CM se realiza a partir de la información obtenida de las personas atendidas en los centros sanitarios públicos y privados de la CM.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo el análisis de los datos correspondiente al periodo comprendido entre los años 2009 y 2023, con un estudio específico para el año 2023.

Se describen las características de las personas residentes en la Comunidad de Madrid diagnosticadas de infección por VIH durante 2009-2023 y casos de sida desde 1982 hasta 2023. Se ha calculado la incidencia total de la CM y la de los municipios de más de 40.000 habitantes en los años 2009-2023. Se ha analizado la distribución temporal de las variables clínicas y epidemiológicas incluidas en el protocolo de vigilancia.

La información analizada procede de las notificaciones realizadas a la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública por los centros de atención primaria y hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), centros monográficos de infecciones de transmisión sexual 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. La notificación se completa con la información de las personas que reciben tratamiento antirretroviral para la infección por VIH en el SERMAS, facilitada por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Como fuente de datos demográficos para la obtención de cifras de incidencia global y por sexo se ha dispuesto del Padrón Continuo del Instituto de Estadística de la CM para los años 2009-2022 y la población de 2023 empadronada por sexo para cada municipio, en aplicación de la Ley de Bases de Régimen Local (Art. 17).

3. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2023

3.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2023

Durante el año 2023 se diagnosticaron 689 nuevas infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid, 15 diagnósticos más que en 2022 lo que supone un incremento del 2,2%. La incidencia fue de 10,0 diagnósticos por 100.000 habitantes. Los municipios que presentaron mayor incidencia fueron Parla con 14,3 por 100.000 h., Madrid con 14,2 por 100.000 h. y Getafe con 11,3 por 100.000h. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres (18,7 vs 2,0) y en nacidos fuera de España que en nacidos en España (28,3 vs 4,8). Destaca la incidencia en hombres nacidos fuera de España con 54,5 diagnósticos por 100.000 h.

El 89,4% de las personas diagnosticadas son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,7 años (DE:11,0) con un rango entre los 17 y los 78 años. El 69,2% tenían entre 20 y 39 años de edad en el momento del diagnóstico. Las mujeres presentan mayor media de edad al diagnóstico, siendo de 45,2 años en mujeres españolas, y de 40 años en extranjeras. En hombres la edad al diagnóstico es menor en nacidos fuera de España donde el 76,7% tenían entre 20 y 39 años.

El 52,7% había nacido en países de América Latina y Caribe, un 36,9% en España y un 3,9% en África Subsahariana. El porcentaje de personas nacidas fuera de España es mayor en mujeres que en hombres (72,6 vs 62,0).

El 77,9% de las infecciones por el VIH se adquirieron mediante relaciones sexuales sin protección. En hombres el 70,1% son HSH (mayor porcentaje en nacidos fuera de España) y en mujeres el 71,2% de las infecciones fueron por relaciones heterosexuales. El uso de drogas inyectadas supuso el 1,0% en hombres y el 2,7% en mujeres.

Las características por sexo y lugar de nacimiento de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2023 se incluyen en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Infecciones por el VIH. CM. Año 2023. Características según sexo.

		Hombres	Mujeres	Total
Número de casos y porcentaje		616 89,4%	73 10,6%	689 100%
Incidencia por 100.000 h.		18,7	2,0	10,0
Edad media al diagnóstico (años)		35,1	41,4	35,7
Grupos de edad al diagnóstico (%)	<1	0,0	0,0	0,0
	1-9	0,0	0,0	0,0
	10-14	0,0	0,0	0,0
	15-19	0,8	0,0	0,7
	20-29	33,4	16,4	31,6
	30-39	37,8	35,6	37,6
	40-49	16,6	23,3	17,3
	50-59	8,8	12,3	9,1
	>59	2,6	12,3	3,6
Lugar de nacimiento (%)	España	38,0	27,4	36,9
	América Latina	52,6	53,4	52,7
	África Subsahariana	2,9	12,3	3,9
	Europa del Este	1,9	2,7	2,0
	Europa Occidental	1,6	0,0	1,5
	Norte de África-Oriente Medio	1,3	4,1	1,6
	América del Norte	0,6	0,0	0,6
	Asia / Oceanía	1,0	0,0	0,9
Modo de Transmisión (%)	HSH	70,1		62,7
	HTX	8,6	71,2	15,2
	PID	1,0	2,7	1,2
	Vertical	0,0	0,0	0,0
	Hemoderivados/ Transfusión	0,0	0,0	0,0
	Otros	0,5	0,0	0,4
	Desconocido/ No consta	19,8	26,0	20,5

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Tabla 2. Infecciones por el VIH. CM. Año 2023. Características según sexo y lugar de nacimiento.

		Hombres España	Hombres otro país	Mujeres España	Mujeres otro país
Número de casos y porcentaje		234 38,0%	382 62,0%	20 27,4%	53 72,6%
Incidencia por 100.000 h.		9,0	54,5	0,7	6,3
Edad media al diagnóstico (años)		37,5	33,6	45,2	40,0
Grupos de edad al diagnóstico (%)	<1	0,0	0,0	0,0	0,0
	1-9	0,0	0,0	0,0	0,0
	10-14	0,0	0,0	0,0	0,0
	15-19	0,9	0,8	0,0	0,0
	20-29	24,4	39,0	20,0	15,1
	30-39	38,0	37,7	15,0	43,4
	40-49	19,7	14,7	30,0	20,8
	50-59	13,2	6,0	15,0	11,3
	>59	3,8	1,8	20,0	9,4
Modo de Transmisión (%)	HSH	64,5	73,6		
	HTX	10,3	7,6	85,0	66,0
	PID	2,1	0,3	5,0	1,9
	Vertical	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hemoderivados/ Transfusión	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros	1,3	0,0	0,0	0,0
	Desconocido/ No consta	21,8	18,6	10,0	32,1

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

3.2 Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2023

El 8,0% de las infecciones por VIH diagnosticadas en 2023 también fueron diagnosticadas de una enfermedad definitoria de sida. Entre estos se registraron dos fallecimientos, que corresponden al 0,3% del total de diagnósticos.

Se dispone de la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico en el 84,0% (579) de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2023. La mediana fue de 378 células/µl (RI: 220-570). El 21,2% se diagnosticaron con menos de 200 CD4/µl ò presentación con enfermedad avanzada (PEA), el 44,0% tenía menos de 350 CD4/µl ó diagnóstico tardío (DT) y el 65,5% tenía menos de 500 CD4/µl.

El 20,0% de los hombres y el 31,3% de las mujeres se diagnosticaron con PEA y el 42,3% de los hombres y el 57,8% de las mujeres presentaron DT.

El 11,7% de los hombres diagnosticados con 20-29 años de edad presentaban enfermedad avanzada, este porcentaje sube al 40,7% en hombres diagnosticados con 50 años ó más.

El retraso del diagnóstico se presentó con mayor frecuencia en HTX, mujeres, y extranjeros (Tabla 3).

Tabla 3. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH. CM. Año 2023. Porcentajes según sexo, edad al diagnóstico, modo de transmisión y lugar de nacimiento.

		% PEA (<200 células/µl)		% DT (<350 células/µl)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total		20,0	31,3	42,3	57,8
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años	0,0		50,0	
	20-29	11,7	20,0	36,1	20,0
	30-39	18,3	25,0	39,2	66,7
	40-49	27,9	43,8	53,5	62,5
	50-59	40,0	20,0	51,1	80,0
	> 59	42,9	44,4	64,3	55,6
Modo de transmisión	PID	0,0	0,0	33,3	50,0
	HTX	25,0	34,0	52,1	48,9
	HSH	15,8		37,3	
País de origen	España	17,9	22,2	35,3	44,4
	Otros	21,2	34,8	46,5	63,0

* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

4. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2009-2023

4.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas de 2009 a 2023

Desde el año 2009 hasta el 31 de diciembre de 2023 se han diagnosticado 15.188 infecciones por VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid (CM). El número de casos diagnosticados ha ido descendiendo durante estos años, pasando de 1.348 infecciones por el VIH en 2009 a menos de 1.000 infecciones en 2018 (968) y menos de 700 casos diagnosticados en 2020 (693). En el periodo 2020-2023 desaparece esta tendencia descendente. Durante estos últimos cuatro años se han diagnosticado menos de 700 infecciones anuales por VIH, con ligeras fluctuaciones en la cifra de casos, 693 infecciones en 2020 y 689 en 2023. (Tabla 4).

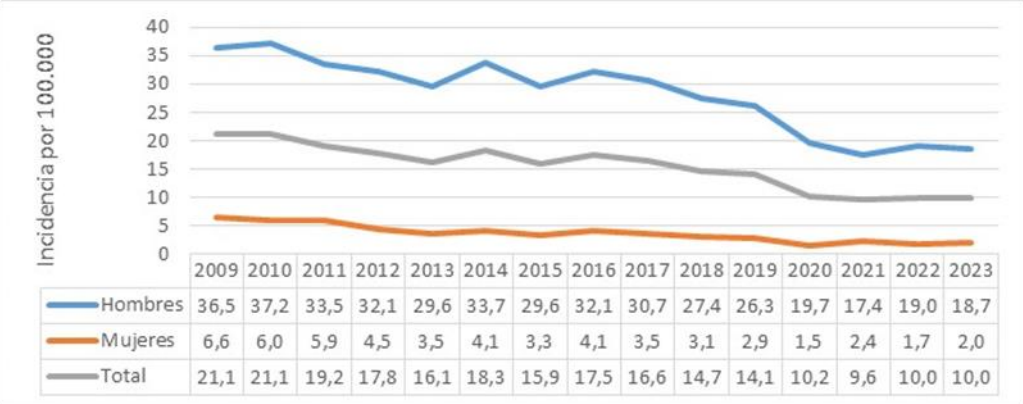
La mayoría de las personas diagnosticadas son hombres, circunstancia que se ha ido consolidando con el tiempo. En 2009 el 83,9% de los diagnósticos eran hombres, ascendiendo este porcentaje al 89,4% en 2023.

Tabla 4. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Distribución por año de diagnóstico y sexo.

	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	N	%	n
2009	1.131	83,9	217	16,1	1.348
2010	1.162	85,3	200	14,7	1.362
2011	1.048	84,1	198	15,9	1.246
2012	1.006	86,8	153	13,2	1.159
2013	924	88,6	119	11,4	1.043
2014	1.044	88,3	139	11,7	1.183
2015	913	89,1	112	10,9	1.025
2016	995	87,9	137	12,1	1.132
2017	958	88,9	120	11,1	1.078
2018	861	88,9	107	11,1	968
2019	837	89,1	102	10,9	939
2020	639	92,2	54	7,8	693
2021	563	86,7	86	13,3	649
2022	613	90,9	61	9,1	674
2023	616	89,4	73	10,6	689
Total	13.310	87,6	1.878	12,4	15.188

La **incidencia** de nuevos diagnósticos de infección por VIH también desciende a lo largo de estos años. En 2009 la incidencia fue de 21,1 diagnósticos por 100.000 h., disminuyendo a 18,3 en 2014, 14,1 en 2019 y 10,0 por 100.000 h. en 2023 (Gráfico 1).

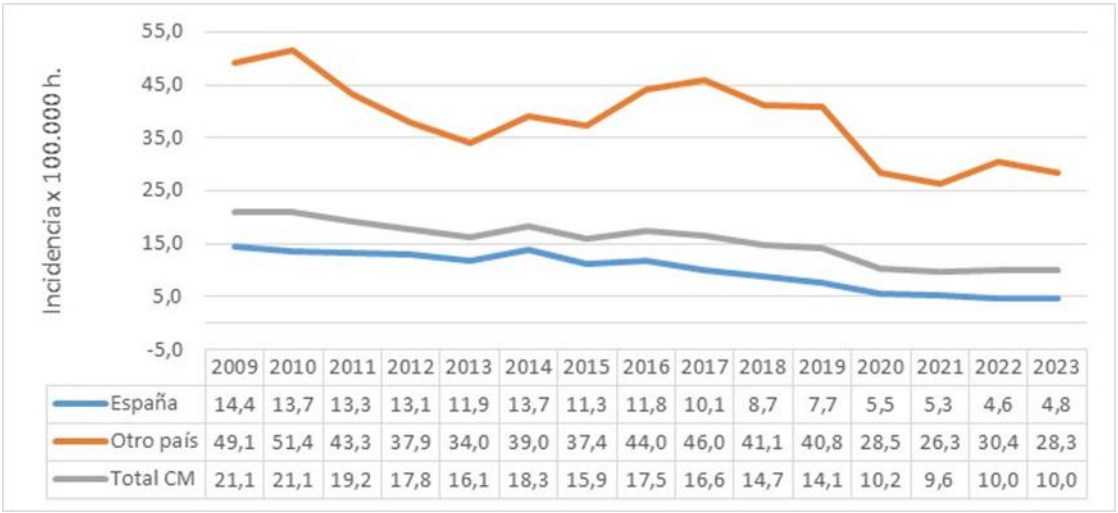
Gráfico 1. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	36,5	37,2	33,5	32,1	29,6	33,7	29,6	32,1	30,7	27,4	26,3	19,7	17,4	19,0	18,7
Mujeres	6,6	6,0	5,9	4,5	3,5	4,1	3,3	4,1	3,5	3,1	2,9	1,5	2,4	1,7	2,0
Total	21,1	21,1	19,2	17,8	16,1	18,3	15,9	17,5	16,6	14,7	14,1	10,2	9,6	10,0	10,0

La incidencia es mayor en personas nacidas fuera de España que en nacidas en España. En ambos grupos la incidencia en el año 2023 es menor a la observada hace 15 años, si bien hay diferencias en la progresión durante estos años. En españoles, el descenso ha sido continuo, observándose una disminución importante en el periodo 2017-2020. En personas nacidas fuera de España que residían en la CM en el momento del diagnóstico se observa un aumento de la incidencia en el periodo 2014-2017, para luego continuar con el descenso hasta 2023 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

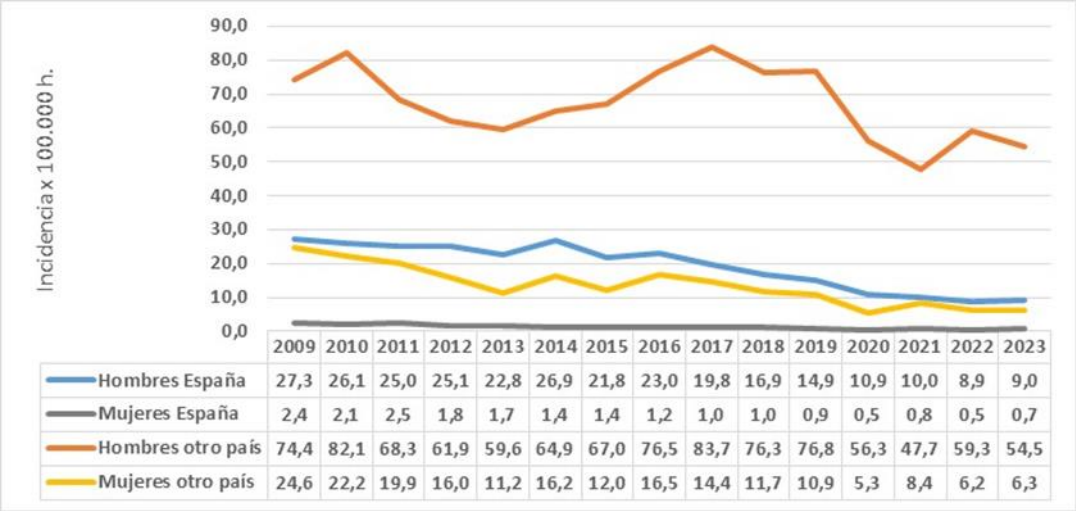


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	14,4	13,7	13,3	13,1	11,9	13,7	11,3	11,8	10,1	8,7	7,7	5,5	5,3	4,6	4,8
Otro país	49,1	51,4	43,3	37,9	34,0	39,0	37,4	44,0	46,0	41,1	40,8	28,5	26,3	30,4	28,3
Total CM	21,1	21,1	19,2	17,8	16,1	18,3	15,9	17,5	16,6	14,7	14,1	10,2	9,6	10,0	10,0

En cuanto a la incidencia por sexo y país de nacimiento, la de hombres extranjeros en 2023 (54,5 casos por 100.000 h) continúa siendo considerablemente más alta que la del resto de los grupos, observándose que después de un descenso importante en los años 2020 y 2021 la incidencia aumentó 12 puntos al año siguiente para luego descender en 2023.

En hombres españoles y en mujeres de cualquier origen se aprecia un descenso progresivo de la incidencia desde 2009. Las tasas en mujeres españolas, con tendencia a la estabilidad en los últimos 4 años, son las más bajas, con una cifra de 0,7 casos por 100.000 h. en 2023 (Gráfico 3).

Gráfico 3. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Incidencia por 100.000 h. según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres España	27,3	26,1	25,0	25,1	22,8	26,9	21,8	23,0	19,8	16,9	14,9	10,9	10,0	8,9	9,0
Mujeres España	2,4	2,1	2,5	1,8	1,7	1,4	1,4	1,2	1,0	1,0	0,9	0,5	0,8	0,5	0,7
Hombres otro país	74,4	82,1	68,3	61,9	59,6	64,9	67,0	76,5	83,7	76,3	76,8	56,3	47,7	59,3	54,5
Mujeres otro país	24,6	22,2	19,9	16,0	11,2	16,2	12,0	16,5	14,4	11,7	10,9	5,3	8,4	6,2	6,3

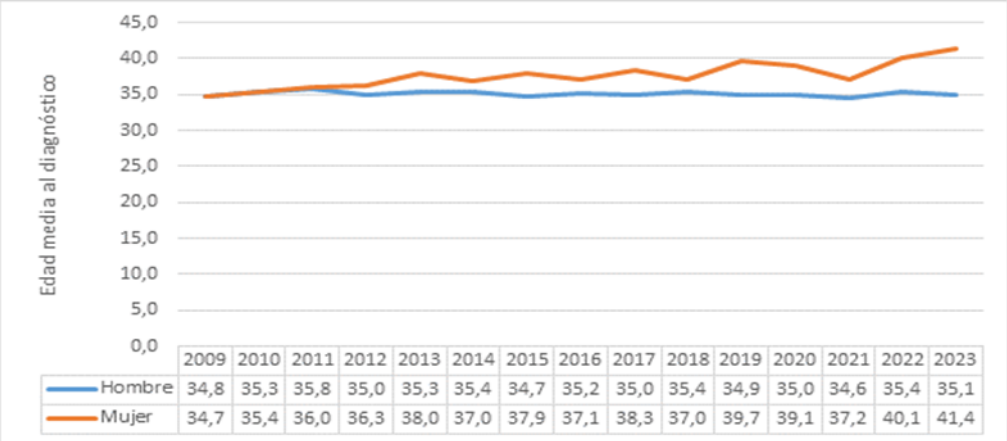
El municipio de Madrid presenta la mayor incidencia de diagnósticos de infección por VIH durante toda la serie salvo en 2023, en el que Parla es el municipio con mayor incidencia (Tabla 5).

Tabla 5. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Incidencia por 100.000 h. en municipios de más de 40.000 h. según año de diagnóstico.

	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Alcalá de Henares	11,2	12,2	14,7	13,2	7,3	13,9	10,6	7,7	11,8	3,1	8,2	6,1	8,7	6,1	6,5
Alcobendas	15,6	11,8	6,4	12,6	12,5	12,5	8,8	11,5	11,3	8,6	6,0	5,1	6,0	7,7	7,5
Alcorcón	11,3	9,5	16,6	14,2	7,1	12,3	10,8	8,4	12,5	6,5	8,2	5,8	5,9	8,2	5,8
Aranjuez	7,4	12,7	7,2	10,5	12,1	3,5	10,3	12,1	3,4	3,4	3,4	5,0	3,3	5,0	6,6
Arganda del rey	13,6	11,3	12,9	10,8	5,4	16,3	7,3	3,7	3,7	7,3	3,6	3,5	10,6	3,5	10,2
Boadilla del Monte	6,9	8,9	15,2	4,3	2,1	4,2	2,1	6,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Collado Villalba	14,5	5,0	9,8	8,1	16,0	8,0	8,1	8,1	14,5	19,0	18,8	6,2	11,0	3,1	6,1
Colmenar Viejo	6,9	13,5	4,4	2,2	8,5	0,0	6,3	4,2	2,1	4,0	5,9	3,9	1,9	5,6	3,6
Coslada	14,4	6,6	12,0	5,4	6,6	14,6	8,1	10,6	6,0	11,0	4,9	6,1	3,7	6,2	2,5
Fuenlabrada	8,1	11,1	11,6	12,1	11,1	11,7	9,7	11,3	7,2	6,7	11,9	3,1	4,7	6,3	9,0
Getafe	9,6	11,2	10,6	11,1	9,9	9,2	11,4	14,7	10,7	12,7	13,1	7,6	5,5	7,6	11,3
Leganés	11,3	14,4	13,4	10,2	6,4	7,0	7,0	9,6	9,6	6,9	6,3	5,2	3,7	5,4	4,7
Madrid	29,0	29,6	26,6	24,7	22,5	25,5	22,6	24,8	23,7	21,1	20,5	15,7	14,2	14,5	14,2
Majadahonda	14,7	14,4	7,1	4,3	9,9	9,9	1,4	5,7	4,2	8,4	4,2	8,3	2,8	4,2	4,1
Móstoles	15,0	9,7	9,8	8,3	7,3	6,8	9,2	15,1	16,9	12,1	6,2	5,7	5,2	10,5	5,7
Parla	11,2	15,8	18,0	9,7	19,1	16,0	7,2	12,0	11,9	8,6	10,0	3,7	6,1	10,7	14,3
Pinto	9,2	15,7	11,0	12,8	6,4	12,6	10,3	6,1	0,0	7,8	3,8	1,9	1,9	7,4	5,4
Pozuelo de Alarcón	8,5	9,7	4,8	3,6	4,7	5,9	8,3	9,4	5,8	7,0	6,9	9,2	2,3	6,8	3,4
Rivas-Vaciamadrid	2,9	5,6	6,9	4,0	3,8	6,2	4,9	10,9	0,0	4,7	10,2	3,3	6,5	2,1	5,0
Rozas de Madrid (Las)	8,1	5,7	6,7	5,5	3,3	4,3	1,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,0	4,2	2,1	2,0
San Fernando de Henares	7,3	16,9	2,4	9,7	7,3	12,3	7,5	7,5	2,5	2,5	5,1	10,1	2,5	5,1	5,1
San Sebastián de los Reyes	11,9	12,8	6,3	11,0	9,7	15,6	1,2	4,6	6,9	11,4	7,8	2,2	1,1	5,5	3,2
Torrejón de Ardoz	10,2	17,7	13,9	19,1	17,0	17,3	11,8	19,7	11,7	9,3	7,6	6,0	6,8	5,2	5,1
Tres Cantos	12,2	9,7	4,9	7,3	7,2	4,7	2,3	8,9	0,0	8,6	4,2	4,1	4,1	2,0	3,9
Valdemoro	4,8	9,1	8,8	15,6	2,8	9,7	13,7	2,7	8,1	9,4	5,3	5,2	6,4	2,5	4,9
Total Comunidad Madrid	21,1	21,1	19,2	17,8	16,1	18,3	15,9	17,5	16,6	14,7	14,1	10,2	9,6	10,0	10,0

La **edad** media **al diagnóstico** en el periodo 2009-2023 fue de 35,4 años (DE: 10,8). En mujeres es mayor que en hombres, observándose un aumento de la misma a lo largo de estos años. En hombres la edad media se ha mantenido estable durante estos años entre los 34 y 35 años (Gráfico 4).

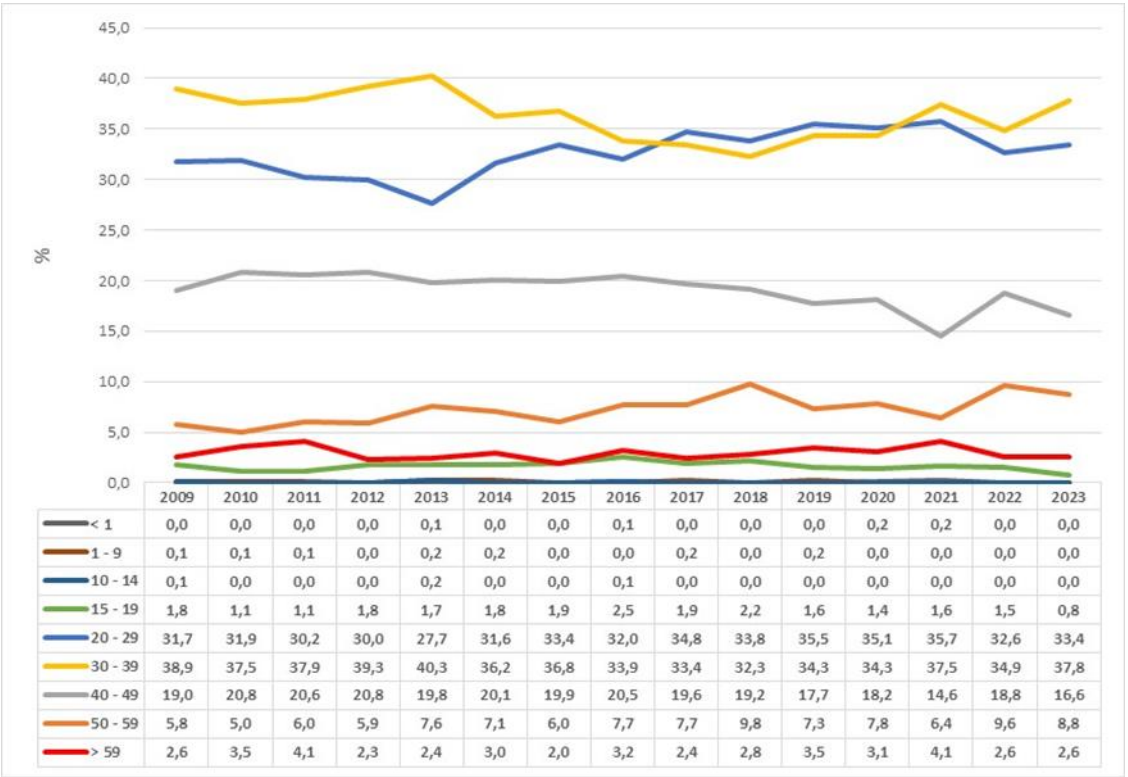
Gráfico 4. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Edad media al diagnóstico según sexo y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombre	34,8	35,3	35,8	35,0	35,3	35,4	34,7	35,2	35,0	35,4	34,9	35,0	34,6	35,4	35,1
Mujer	34,7	35,4	36,0	36,3	38,0	37,0	37,9	37,1	38,3	37,0	39,7	39,1	37,2	40,1	41,4

En hombres, los grupos de edad más frecuentes al diagnóstico desde el año 2009 han sido el de 30-39 años y el de 20-29 años (más del 65% de las infecciones por el VIH se diagnosticaron entre estos grupos). Desde el año 2009 hasta 2016 y entre los años 2021 y 2023 los diagnósticos fueron más frecuentes en hombres de 30-39 años de edad, en el periodo 2017-2020 fueron más frecuentes en el grupo de 20-29 años. Durante el periodo 2009-2023 se han diagnosticado 4 niños menores de 1 año, 11 niños con edad entre 1 y 9 años y 4 niños entre 10 y 14 años. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico en hombres según año de diagnóstico.

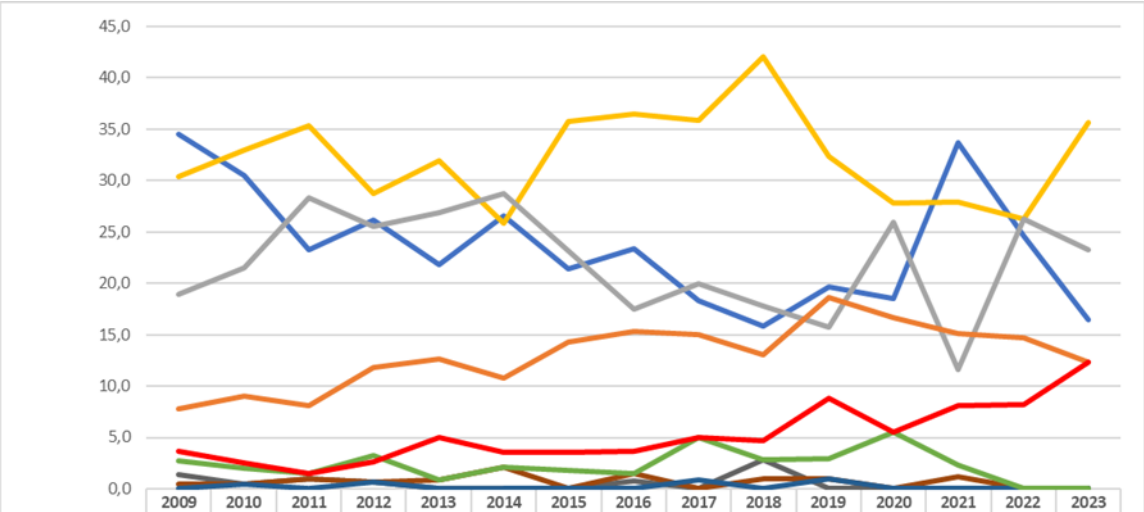


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
1 - 9	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
10 - 14	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 19	1,8	1,1	1,1	1,8	1,7	1,8	1,9	2,5	1,9	2,2	1,6	1,4	1,6	1,5	0,8
20 - 29	31,7	31,9	30,2	30,0	27,7	31,6	33,4	32,0	34,8	33,8	35,5	35,1	35,7	32,6	33,4
30 - 39	38,9	37,5	37,9	39,3	40,3	36,2	36,8	33,9	33,4	32,3	34,3	34,3	37,5	34,9	37,8
40 - 49	19,0	20,8	20,6	20,8	19,8	20,1	19,9	20,5	19,6	19,2	17,7	18,2	14,6	18,8	16,6
50 - 59	5,8	5,0	6,0	5,9	7,6	7,1	6,0	7,7	7,7	9,8	7,3	7,8	6,4	9,6	8,8
> 59	2,6	3,5	4,1	2,3	2,4	3,0	2,0	3,2	2,4	2,8	3,5	3,1	4,1	2,6	2,6

En mujeres, el grupo de 30-39 años de edad fue el más frecuente en la mayoría de los años. En años puntuales los grupos de edad más frecuente han sido el de 20-29 años y el de 40-49 años El porcentaje de casos diagnosticados en mujeres mayores de 49 años ha ido aumentando progresivamente, en mujeres de 50-59 años hasta 2019 y en mayores de 59 años durante todo el periodo. Entre los años 2009 y 2023

se han diagnosticado 11 niñas menores de 1 año, 14 niñas con edad entre 1 y 9 años y 4 niñas entre 10 y 14 años (Gráfico 6).

Gráfico 6. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico en mujeres según año de diagnóstico.

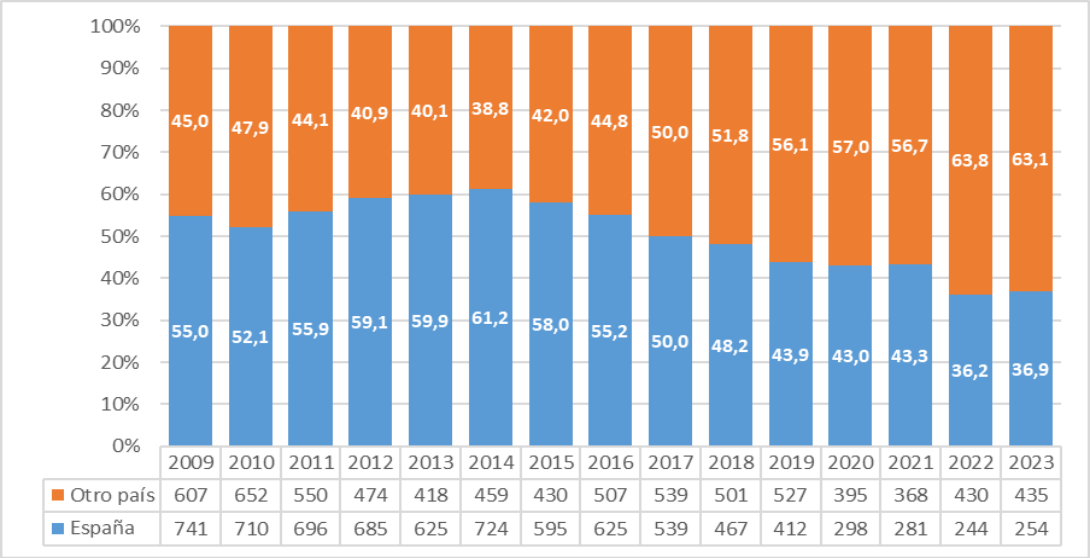


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
< 1	1,4	0,5	1,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 9	0,5	0,5	1,0	0,7	0,8	2,2	0,0	1,5	0,0	0,9	1,0	0,0	1,2	0,0	0,0
10 - 14	0,0	0,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 19	2,8	2,0	1,5	3,3	0,8	2,2	1,8	1,5	5,0	2,8	2,9	5,6	2,3	0,0	0,0
20 - 29	34,6	30,5	23,2	26,1	21,8	26,6	21,4	23,4	18,3	15,9	19,6	18,5	33,7	24,6	16,4
30 - 39	30,4	33,0	35,4	28,8	31,9	25,9	35,7	36,5	35,8	42,1	32,4	27,8	27,9	26,2	35,6
40 - 49	18,9	21,5	28,3	25,5	26,9	28,8	23,2	17,5	20,0	17,8	15,7	25,9	11,6	26,2	23,3
50 - 59	7,8	9,0	8,1	11,8	12,6	10,8	14,3	15,3	15,0	13,1	18,6	16,7	15,1	14,8	12,3
> 59	3,7	2,5	1,5	2,6	5,0	3,6	3,6	3,6	5,0	4,7	8,8	5,6	8,1	8,2	12,3

La mayoría de los niños y niñas menores de 1 año habían nacido en España (13 de 15 casos). En el grupo de 1-9 años habían nacido principalmente fuera de España (20 casos de 25). En ambos la transmisión vertical del VIH fue el principal modo de adquisición de la infección. En el grupo de 10-14 años, 7 de los 8 casos habían nacido fuera de España. En este grupo la transmisión vertical es también la mayoritaria.

Respecto al **lugar de nacimiento**, se produjo un descenso del porcentaje de personas nacidas fuera de España diagnosticadas de VIH entre los años 2010 y 2014. A partir de ese año se observa un aumento progresivo de este porcentaje, siendo superior al 50% a partir del año 2017 y alcanzando el 63% en 2022 y 2023 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes y número de casos según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

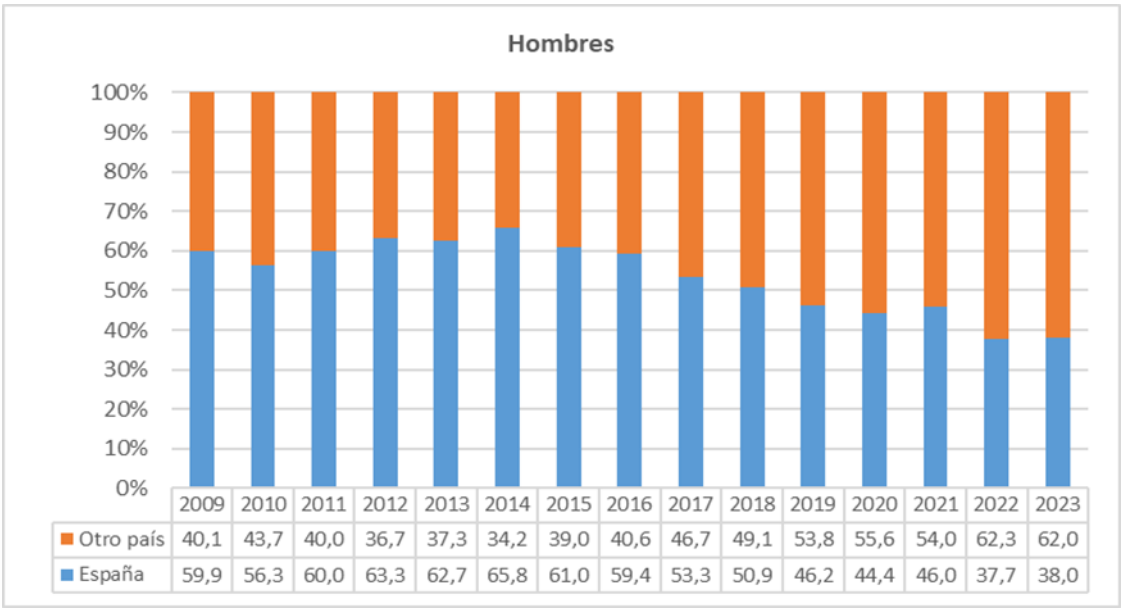


Por sexo, el porcentaje de diagnósticos de VIH en hombres nacidos en España presenta un descenso progresivo desde el año 2015, alcanzando una cifra inferior al 40% de todos los hombres diagnosticados en los años 2022 y 2023. En mujeres, se observa que en los últimos ocho años el porcentaje de mujeres españolas con respecto al total de mujeres diagnosticadas de VIH fluctúa alrededor del 25%. En ambos sexos, el incremento de los diagnósticos en extranjeros ha sido mayoritariamente a expensas de personas procedentes de Latinoamérica (Tabla 6 y Gráficos 8 y 9).

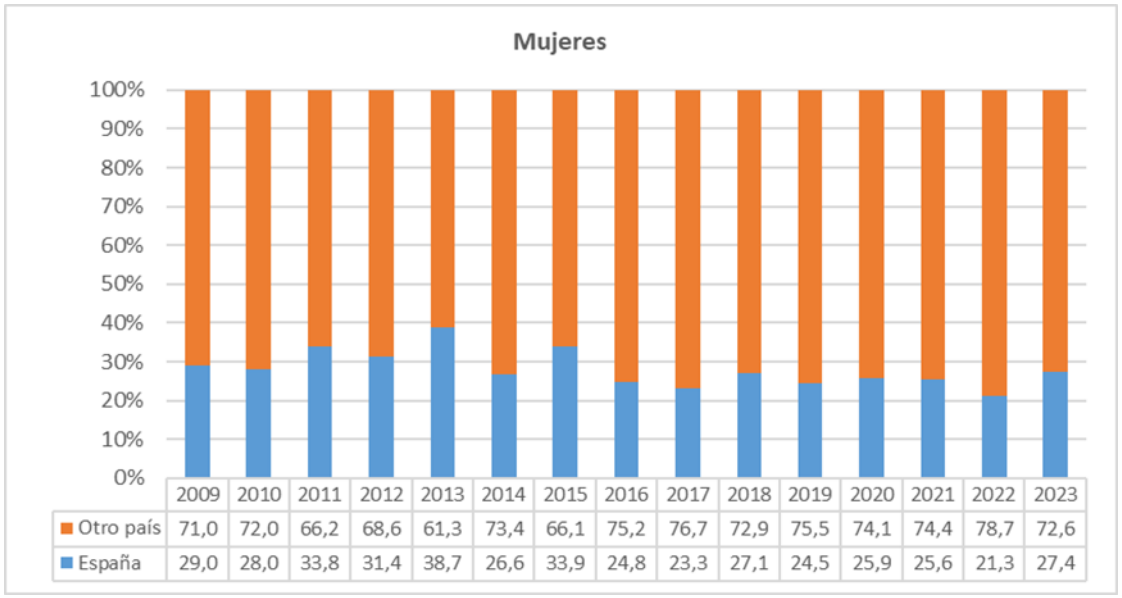
Tabla 6. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Distribución por año de diagnóstico, sexo y lugar de nacimiento.

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro país		España		Otro país	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2009	678	59,9	456	40,1	63	29,0	154	71,0
2010	654	56,3	508	43,7	56	28,0	144	72,0
2011	629	60,0	419	40,0	67	33,8	131	66,2
2012	637	63,3	369	36,7	48	31,4	105	68,6
2013	579	62,7	345	37,3	46	38,7	73	61,3
2014	687	65,8	357	34,2	37	26,6	102	73,4
2015	557	61,0	356	39,0	38	33,9	74	66,1
2016	591	59,4	404	40,6	34	24,8	103	75,2
2017	511	53,3	447	46,7	28	23,3	92	76,7
2018	438	50,9	423	49,1	29	27,1	78	72,9
2019	387	46,2	450	53,8	25	24,5	77	75,5
2020	284	44,4	355	55,6	14	25,9	40	74,1
2021	259	46,0	304	54,0	22	25,6	64	74,4
2022	231	37,7	382	62,3	13	21,3	48	78,7
2023	234	38,0	382	62,0	20	27,4	53	72,6
Total	7.356	55,3	5.954	44,7	540	28,8	1.338	71,2

Gráfico 8. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otro país	40,1	43,7	40,0	36,7	37,3	34,2	39,0	40,6	46,7	49,1	53,8	55,6	54,0	62,3	62,0
España	59,9	56,3	60,0	63,3	62,7	65,8	61,0	59,4	53,3	50,9	46,2	44,4	46,0	37,7	38,0

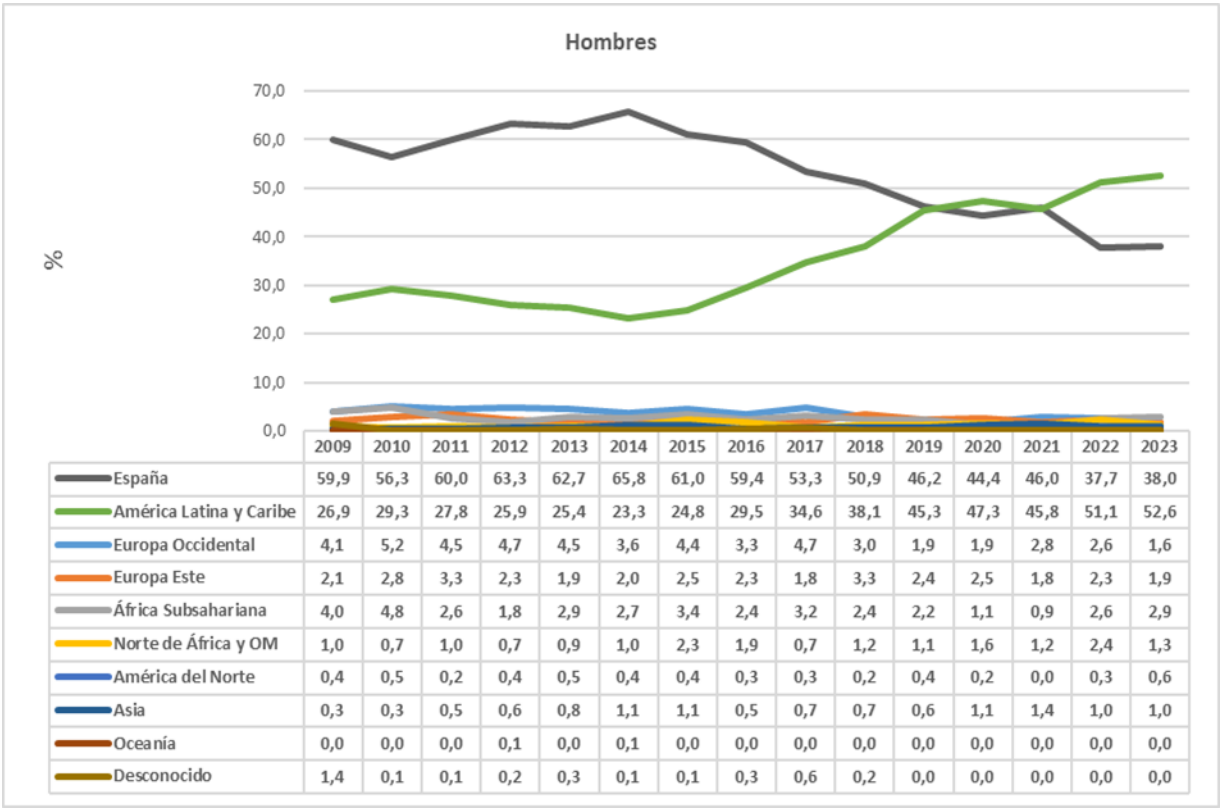


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otro país	71,0	72,0	66,2	68,6	61,3	73,4	66,1	75,2	76,7	72,9	75,5	74,1	74,4	78,7	72,6
España	29,0	28,0	33,8	31,4	38,7	26,6	33,9	24,8	23,3	27,1	24,5	25,9	25,6	21,3	27,4

Más del 85% de los hombres diagnosticados de infección por el VIH a lo largo de la serie habían nacido en España y en países de América Latina. Hasta el año 2016 el porcentaje de diagnósticos en hombres españoles era mayor del 60%, mientras que el porcentaje en hombres de América Latina era inferior al 30%. En los años siguientes estos porcentajes se han ido acercando y a partir del año 2020 es mayor el porcentaje de diagnósticos en hombres latinoamericanos.

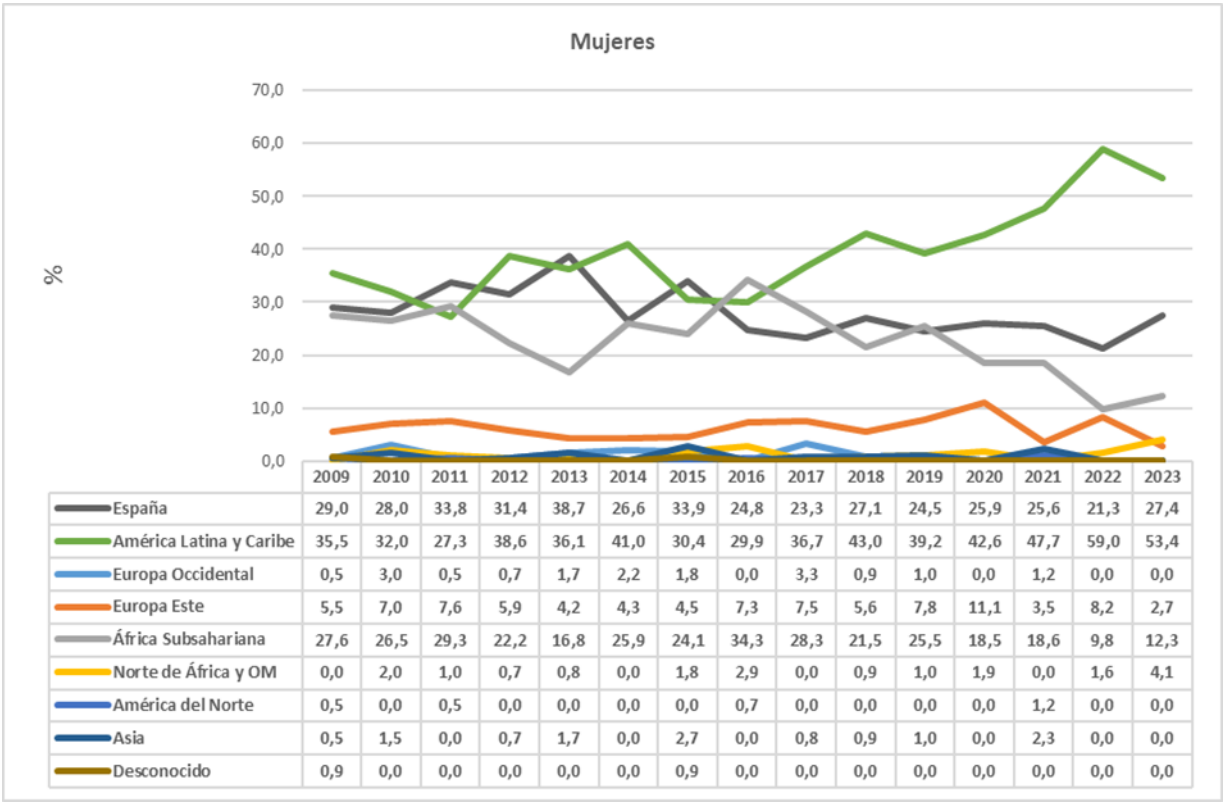
En mujeres diagnosticadas de infección por el VIH la mayoría habían nacido en España, América Latina y África Subsahariana. A partir del año 2017 se produce un aumento importante en el porcentaje de diagnósticos en mujeres latinoamericanas, manteniéndose el porcentaje en españolas y disminuyendo en mujeres de África Subsahariana, sobre todo en los años 2020-2023 (Gráfico 9).

Gráfico 9. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes según sexo, área geográfica de nacimiento y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	59,9	56,3	60,0	63,3	62,7	65,8	61,0	59,4	53,3	50,9	46,2	44,4	46,0	37,7	38,0
América Latina y Caribe	26,9	29,3	27,8	25,9	25,4	23,3	24,8	29,5	34,6	38,1	45,3	47,3	45,8	51,1	52,6
Europa Occidental	4,1	5,2	4,5	4,7	4,5	3,6	4,4	3,3	4,7	3,0	1,9	1,9	2,8	2,6	1,6
Europa Este	2,1	2,8	3,3	2,3	1,9	2,0	2,5	2,3	1,8	3,3	2,4	2,5	1,8	2,3	1,9
África Subsahariana	4,0	4,8	2,6	1,8	2,9	2,7	3,4	2,4	3,2	2,4	2,2	1,1	0,9	2,6	2,9
Norte de África y OM	1,0	0,7	1,0	0,7	0,9	1,0	2,3	1,9	0,7	1,2	1,1	1,6	1,2	2,4	1,3
América del Norte	0,4	0,5	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,0	0,3	0,6
Asia	0,3	0,3	0,5	0,6	0,8	1,1	1,1	0,5	0,7	0,7	0,6	1,1	1,4	1,0	1,0
Oceanía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desconocido	1,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* OM: Oriente Medio

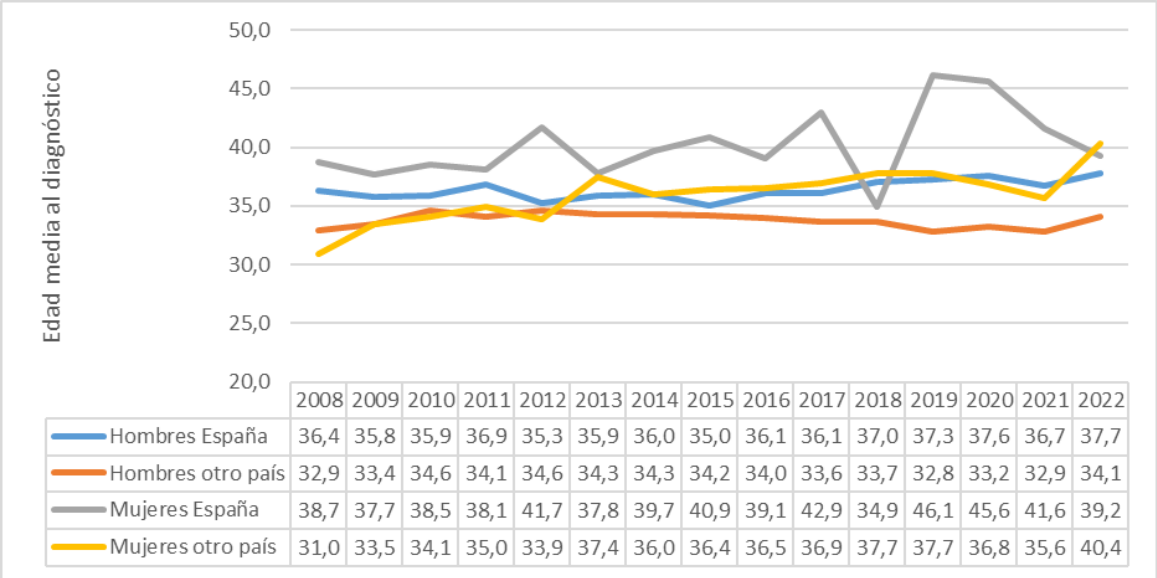


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	29,0	28,0	33,8	31,4	38,7	26,6	33,9	24,8	23,3	27,1	24,5	25,9	25,6	21,3	27,4
América Latina y Caribe	35,5	32,0	27,3	38,6	36,1	41,0	30,4	29,9	36,7	43,0	39,2	42,6	47,7	59,0	53,4
Europa Occidental	0,5	3,0	0,5	0,7	1,7	2,2	1,8	0,0	3,3	0,9	1,0	0,0	1,2	0,0	0,0
Europa Este	5,5	7,0	7,6	5,9	4,2	4,3	4,5	7,3	7,5	5,6	7,8	11,1	3,5	8,2	2,7
África Subsahariana	27,6	26,5	29,3	22,2	16,8	25,9	24,1	34,3	28,3	21,5	25,5	18,5	18,6	9,8	12,3
Norte de África y OM	0,0	2,0	1,0	0,7	0,8	0,0	1,8	2,9	0,0	0,9	1,0	1,9	0,0	1,6	4,1
América del Norte	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0
Asia	0,5	1,5	0,0	0,7	1,7	0,0	2,7	0,0	0,8	0,9	1,0	0,0	2,3	0,0	0,0
Desconocido	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* OM: Oriente Medio

La media de edad al diagnóstico es mayor en mujeres que en hombres y en personas nacidas en España (Gráfico 10).

Gráfico 10. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Edad media al diagnóstico según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

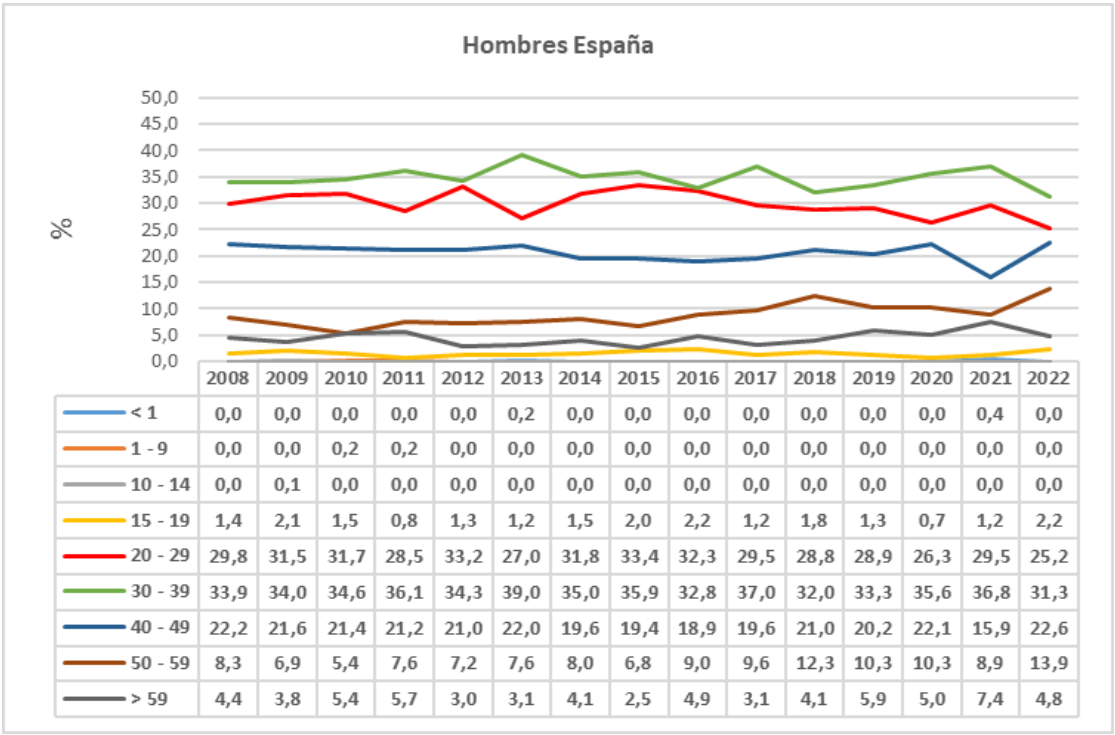


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hombres España	36,4	35,8	35,9	36,9	35,3	35,9	36,0	35,0	36,1	36,1	37,0	37,3	37,6	36,7	37,7
Hombres otro país	32,9	33,4	34,6	34,1	34,6	34,3	34,3	34,2	34,0	33,6	33,7	32,8	33,2	32,9	34,1
Mujeres España	38,7	37,7	38,5	38,1	41,7	37,8	39,7	40,9	39,1	42,9	34,9	46,1	45,6	41,6	39,2
Mujeres otro país	31,0	33,5	34,1	35,0	33,9	37,4	36,0	36,4	36,5	36,9	37,7	37,7	36,8	35,6	40,4

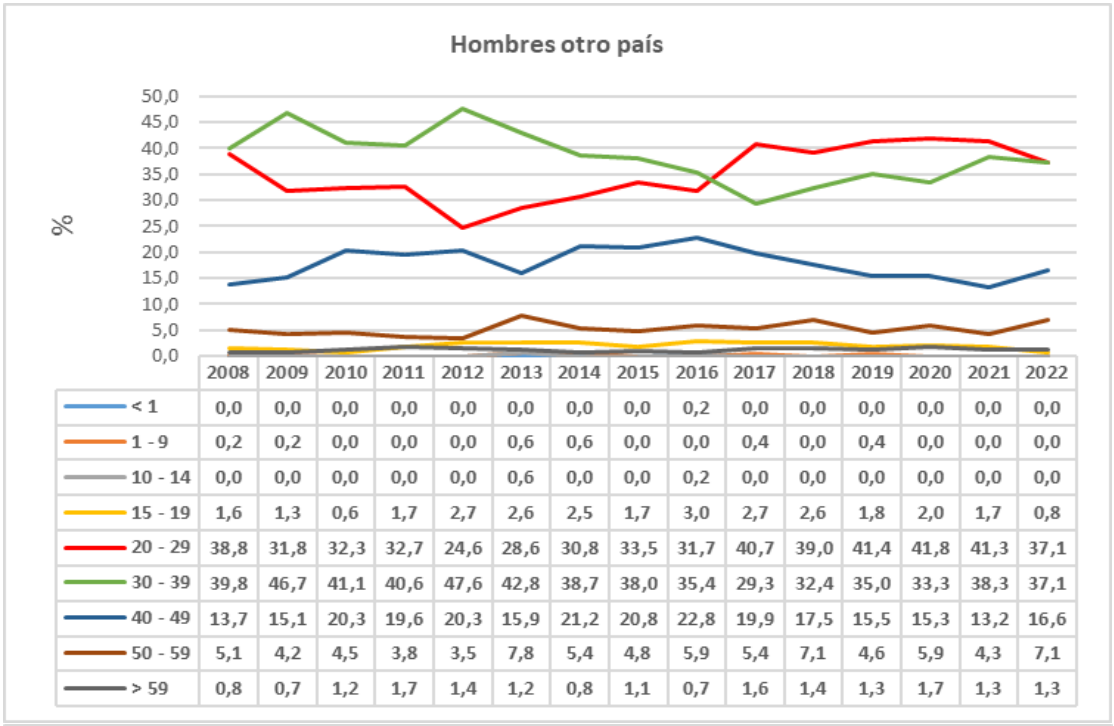
En hombres nacidos en España, el grupo de edad al diagnóstico más frecuente es el de 30-39 años seguido por el de 20-29 años. En hombres nacidos fuera de España desde 2017 es el grupo de 20-29 años el más frecuente, aunque en 2022 y 2023 se iguala en porcentaje con el de 30-39 años.

En mujeres españolas, en 2023, el grupo de 40-49 años es el predominante, aunque, debido al escaso número de diagnósticos, las tendencias de los distintos grupos de edad a lo largo del tiempo son inestables. En mujeres nacidas fuera de España, el grupo mayoritario ha sido habitualmente el de 30-39 años, sin embargo, en 2021 fue superado por el de 20-29 años y en 2022 por el de 40-49 años, aunque en 2023, el grupo de 30-39 años fue de nuevo el más frecuente. (Gráfico 11).

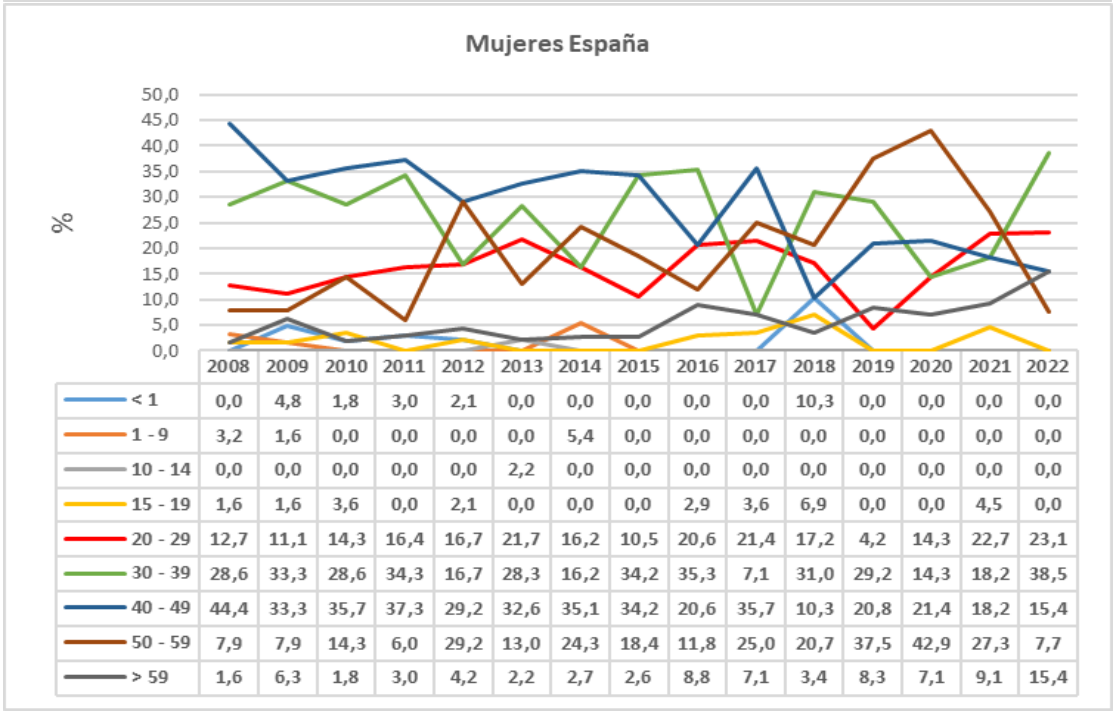
Gráfico 11. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



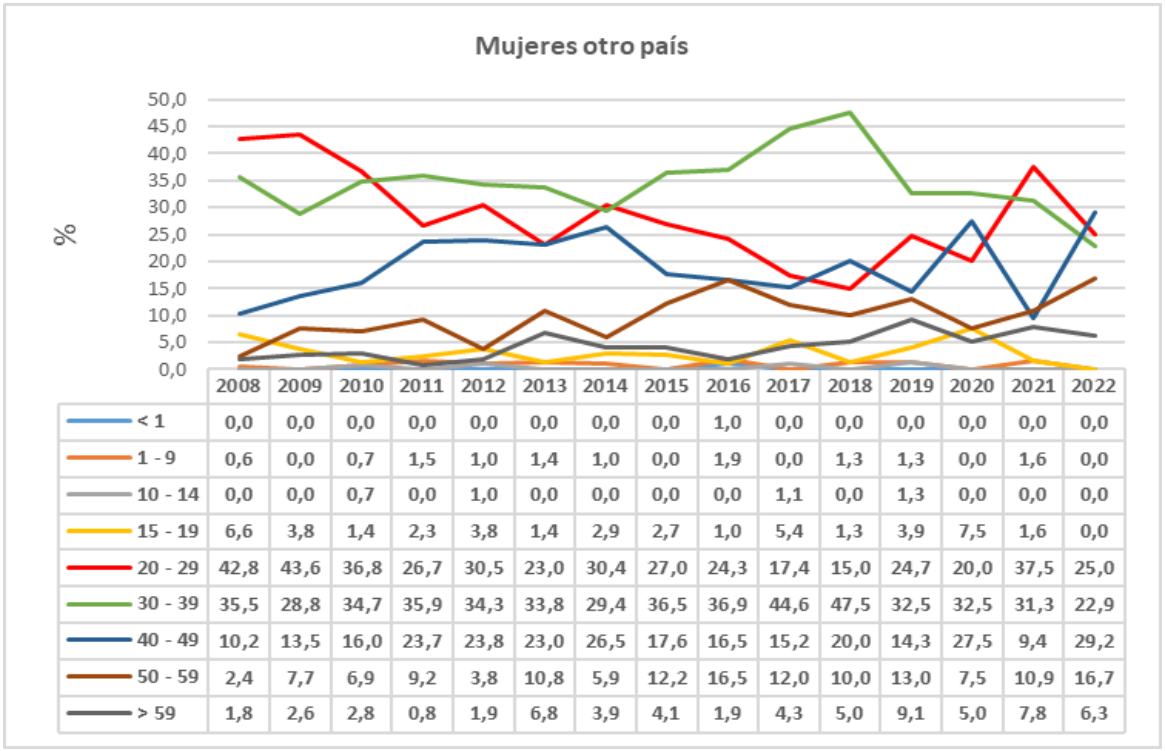
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
1 - 9	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 - 14	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 19	1,4	2,1	1,5	0,8	1,3	1,2	1,5	2,0	2,2	1,2	1,8	1,3	0,7	1,2	2,2
20 - 29	29,8	31,5	31,7	28,5	33,2	27,0	31,8	33,4	32,3	29,5	28,8	28,9	26,3	29,5	25,2
30 - 39	33,9	34,0	34,6	36,1	34,3	39,0	35,0	35,9	32,8	37,0	32,0	33,3	35,6	36,8	31,3
40 - 49	22,2	21,6	21,4	21,2	21,0	22,0	19,6	19,4	18,9	19,6	21,0	20,2	22,1	15,9	22,6
50 - 59	8,3	6,9	5,4	7,6	7,2	7,6	8,0	6,8	9,0	9,6	12,3	10,3	10,3	8,9	13,9
> 59	4,4	3,8	5,4	5,7	3,0	3,1	4,1	2,5	4,9	3,1	4,1	5,9	5,0	7,4	4,8



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 9	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
10 - 14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 19	1,6	1,3	0,6	1,7	2,7	2,6	2,5	1,7	3,0	2,7	2,6	1,8	2,0	1,7	0,8
20 - 29	38,8	31,8	32,3	32,7	24,6	28,6	30,8	33,5	31,7	40,7	39,0	41,4	41,8	41,3	37,1
30 - 39	39,8	46,7	41,1	40,6	47,6	42,8	38,7	38,0	35,4	29,3	32,4	35,0	33,3	38,3	37,1
40 - 49	13,7	15,1	20,3	19,6	20,3	15,9	21,2	20,8	22,8	19,9	17,5	15,5	15,3	13,2	16,6
50 - 59	5,1	4,2	4,5	3,8	3,5	7,8	5,4	4,8	5,9	5,4	7,1	4,6	5,9	4,3	7,1
> 59	0,8	0,7	1,2	1,7	1,4	1,2	0,8	1,1	0,7	1,6	1,4	1,3	1,7	1,3	1,3



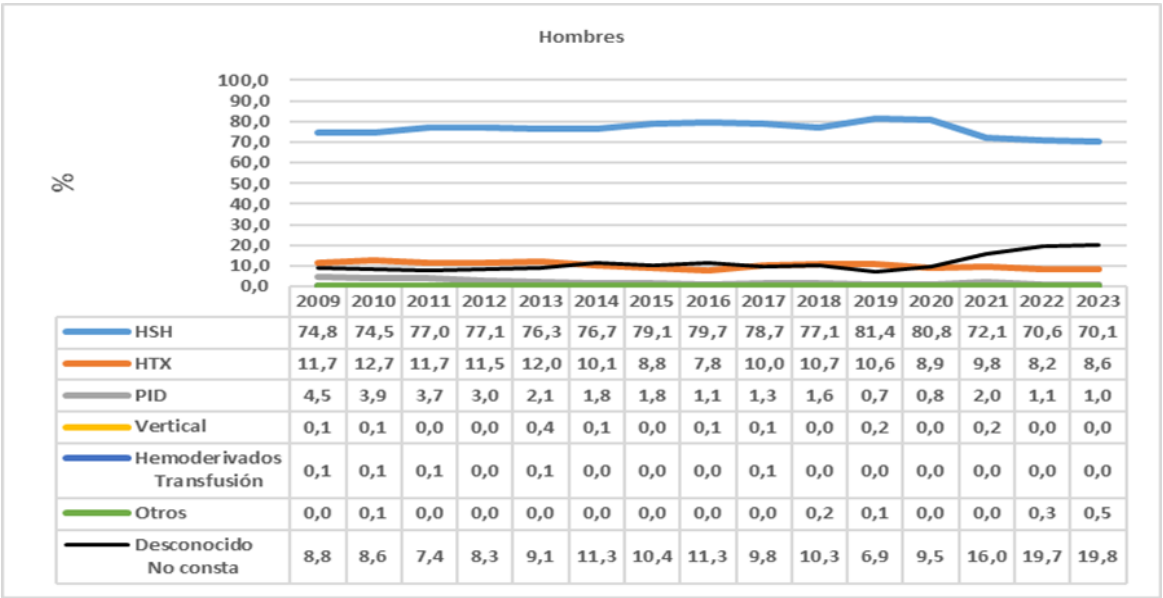
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
< 1	0,0	4,8	1,8	3,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 9	3,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 - 14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 19	1,6	1,6	3,6	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	2,9	3,6	6,9	0,0	0,0	4,5	0,0
20 - 29	12,7	11,1	14,3	16,4	16,7	21,7	16,2	10,5	20,6	21,4	17,2	4,2	14,3	22,7	23,1
30 - 39	28,6	33,3	28,6	34,3	16,7	28,3	16,2	34,2	35,3	7,1	31,0	29,2	14,3	18,2	38,5
40 - 49	44,4	33,3	35,7	37,3	29,2	32,6	35,1	34,2	20,6	35,7	10,3	20,8	21,4	18,2	15,4
50 - 59	7,9	7,9	14,3	6,0	29,2	13,0	24,3	18,4	11,8	25,0	20,7	37,5	42,9	27,3	7,7
> 59	1,6	6,3	1,8	3,0	4,2	2,2	2,7	2,6	8,8	7,1	3,4	8,3	7,1	9,1	15,4



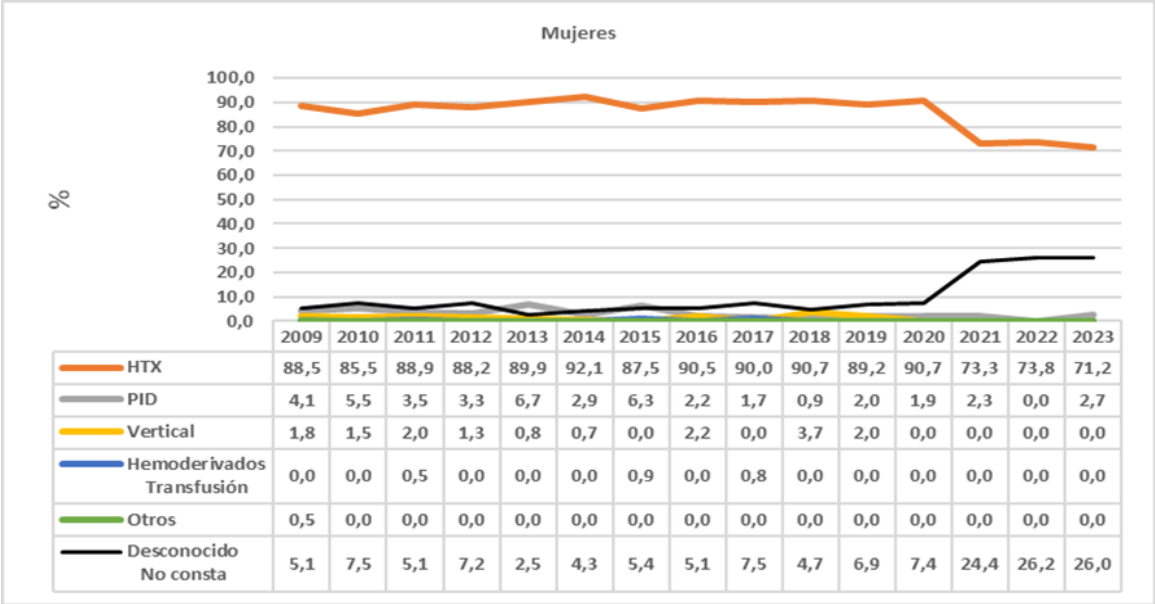
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 9	0,6	0,0	0,7	1,5	1,0	1,4	1,0	0,0	1,9	0,0	1,3	1,3	0,0	1,6	0,0
10 - 14	0,0	0,0	0,7	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
15 - 19	6,6	3,8	1,4	2,3	3,8	1,4	2,9	2,7	1,0	5,4	1,3	3,9	7,5	1,6	0,0
20 - 29	42,8	43,6	36,8	26,7	30,5	23,0	30,4	27,0	24,3	17,4	15,0	24,7	20,0	37,5	25,0
30 - 39	35,5	28,8	34,7	35,9	34,3	33,8	29,4	36,5	36,9	44,6	47,5	32,5	32,5	31,3	22,9
40 - 49	10,2	13,5	16,0	23,7	23,8	23,0	26,5	17,6	16,5	15,2	20,0	14,3	27,5	9,4	29,2
50 - 59	2,4	7,7	6,9	9,2	3,8	10,8	5,9	12,2	16,5	12,0	10,0	13,0	7,5	10,9	16,7
> 59	1,8	2,6	2,8	0,8	1,9	6,8	3,9	4,1	1,9	4,3	5,0	9,1	5,0	7,8	6,3

El principal **modo de transmisión** de la infección por el VIH en hombres y mujeres son las relaciones sexuales sin protección. En hombres, más del 70% son HSH (porcentaje en aumento desde 2008) y menos del 15% HTX. En mujeres, más del 85% adquirieron la infección a través de relaciones heterosexuales. El porcentaje de infecciones adquiridas por el uso de drogas inyectadas es inferior al 5%, observándose una disminución de este porcentaje a lo largo de toda la serie (Gráfico 12).

Gráfico 12. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por modo de transmisión según sexo y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HSH	74,8	74,5	77,0	77,1	76,3	76,7	79,1	79,7	78,7	77,1	81,4	80,8	72,1	70,6	70,1
HTX	11,7	12,7	11,7	11,5	12,0	10,1	8,8	7,8	10,0	10,7	10,6	8,9	9,8	8,2	8,6
PID	4,5	3,9	3,7	3,0	2,1	1,8	1,8	1,1	1,3	1,6	0,7	0,8	2,0	1,1	1,0
Vertical	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0
Hemoderivados Transfusión	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,3	0,5
Desconocido No consta	8,8	8,6	7,4	8,3	9,1	11,3	10,4	11,3	9,8	10,3	6,9	9,5	16,0	19,7	19,8



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HTX	88,5	85,5	88,9	88,2	89,9	92,1	87,5	90,5	90,0	90,7	89,2	90,7	73,3	73,8	71,2
PID	4,1	5,5	3,5	3,3	6,7	2,9	6,3	2,2	1,7	0,9	2,0	1,9	2,3	0,0	2,7
Vertical	1,8	1,5	2,0	1,3	0,8	0,7	0,0	2,2	0,0	3,7	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados Transfusión	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desconocido No consta	5,1	7,5	5,1	7,2	2,5	4,3	5,4	5,1	7,5	4,7	6,9	7,4	24,4	26,2	26,0

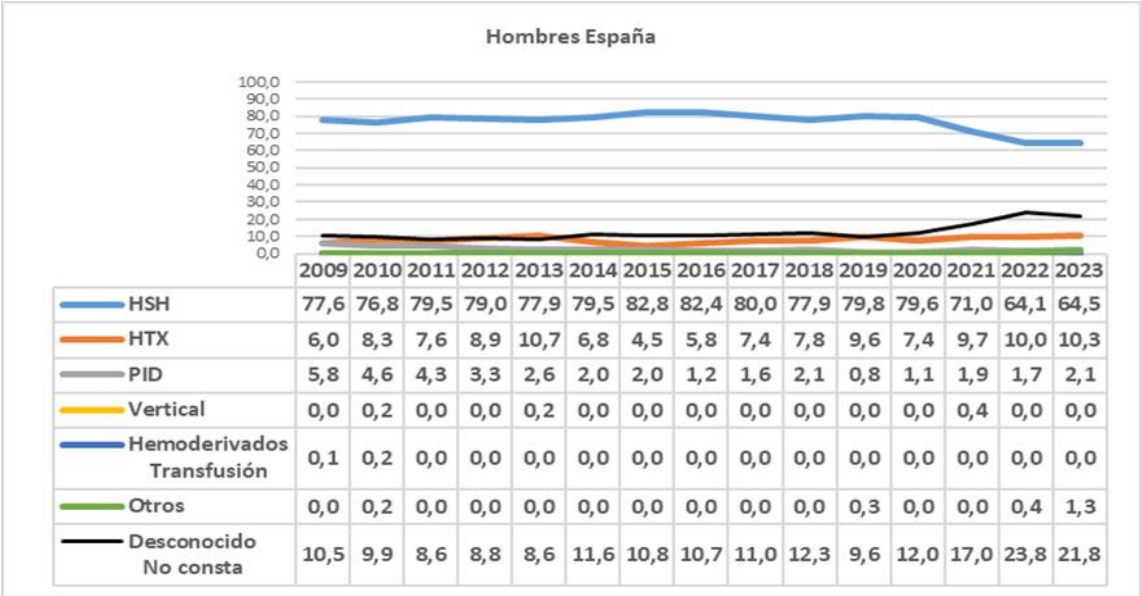
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

En hombres tanto nacidos en España como en otro país, la mayoría de los diagnósticos de infección por el VIH son HSH.

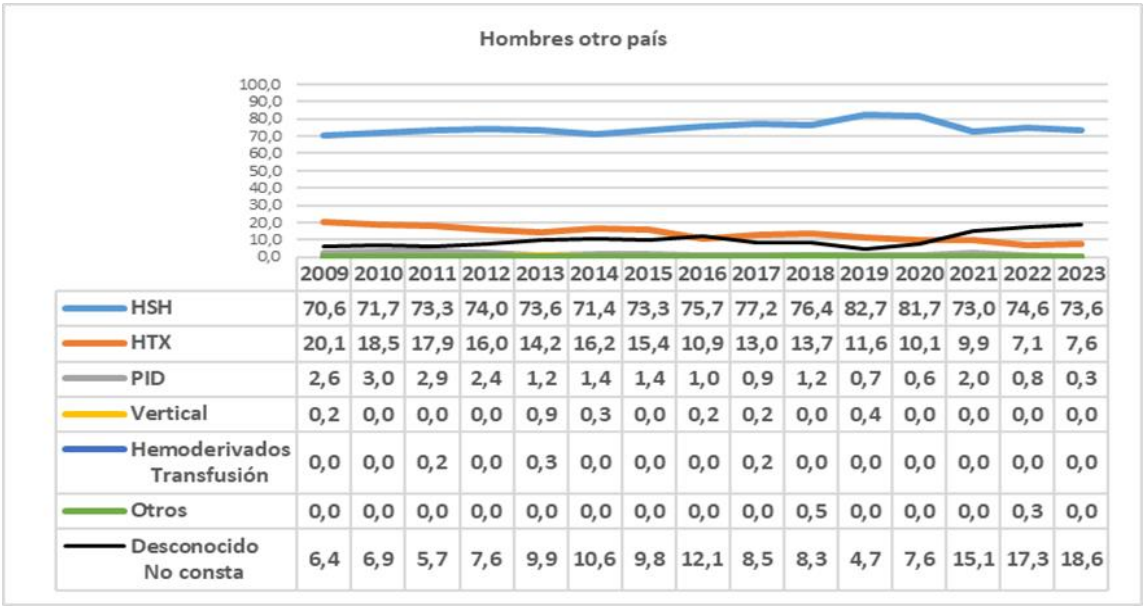
En mujeres, independientemente del origen, la transmisión por vía HTX supone la gran mayoría de los diagnósticos, sin embargo, en mujeres españolas este porcentaje es menor. (Gráfico 13).

Desde el año 2021 se aprecia un aumento del porcentaje de casos con modo de transmisión desconocido ó no consta en la revisión de las historias clínicas de los casos notificados.

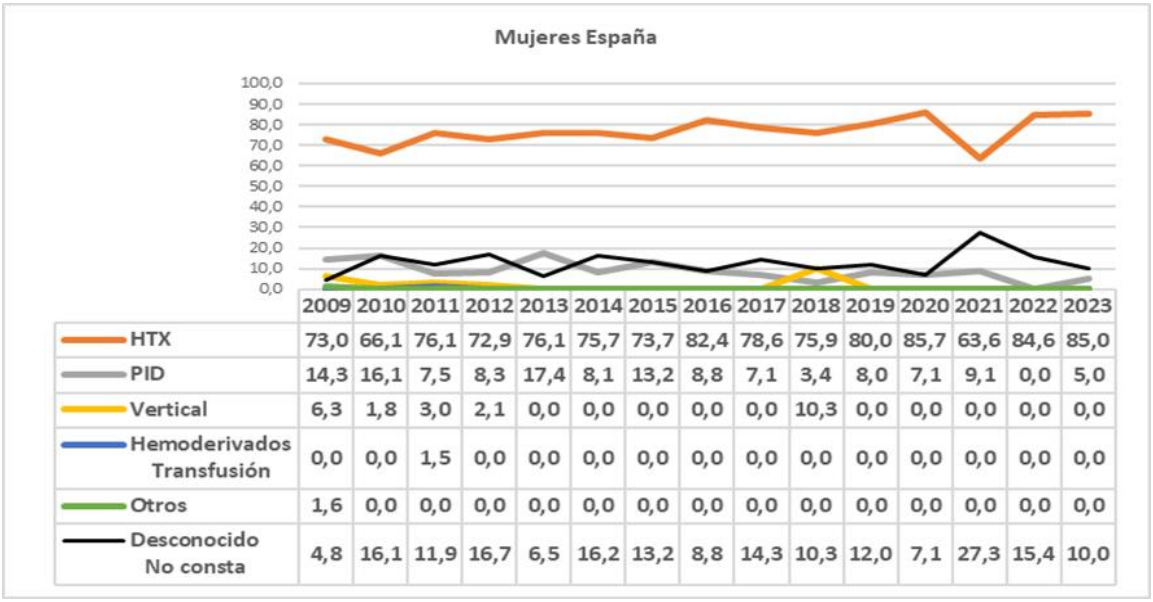
Gráfico 13. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por modo de transmisión según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



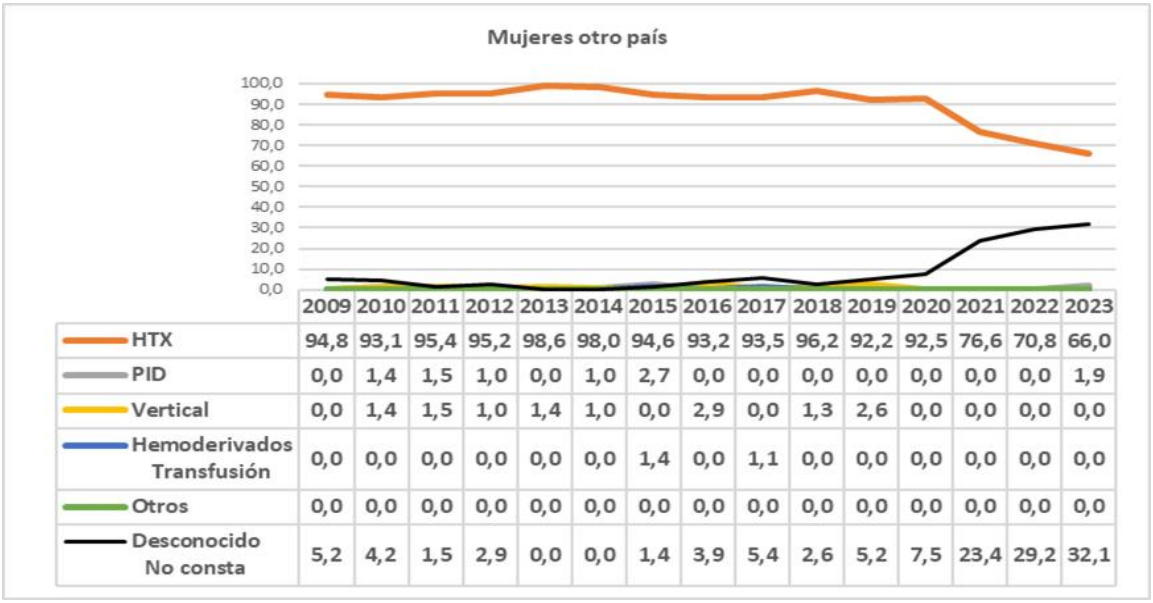
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HSH	77,6	76,8	79,5	79,0	77,9	79,5	82,8	82,4	80,0	77,9	79,8	79,6	71,0	64,1	64,5
HTX	6,0	8,3	7,6	8,9	10,7	6,8	4,5	5,8	7,4	7,8	9,6	7,4	9,7	10,0	10,3
PID	5,8	4,6	4,3	3,3	2,6	2,0	2,0	1,2	1,6	2,1	0,8	1,1	1,9	1,7	2,1
Vertical	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Hemoderivados Transfusión	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,3
Desconocido No consta	10,5	9,9	8,6	8,8	8,6	11,6	10,8	10,7	11,0	12,3	9,6	12,0	17,0	23,8	21,8



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HSH	70,6	71,7	73,3	74,0	73,6	71,4	73,3	75,7	77,2	76,4	82,7	81,7	73,0	74,6	73,6
HTX	20,1	18,5	17,9	16,0	14,2	16,2	15,4	10,9	13,0	13,7	11,6	10,1	9,9	7,1	7,6
PID	2,6	3,0	2,9	2,4	1,2	1,4	1,4	1,0	0,9	1,2	0,7	0,6	2,0	0,8	0,3
Vertical	0,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,3	0,0	0,2	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados Transfusión	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Desconocido No consta	6,4	6,9	5,7	7,6	9,9	10,6	9,8	12,1	8,5	8,3	4,7	7,6	15,1	17,3	18,6



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HTX	73,0	66,1	76,1	72,9	76,1	75,7	73,7	82,4	78,6	75,9	80,0	85,7	63,6	84,6	85,0
PID	14,3	16,1	7,5	8,3	17,4	8,1	13,2	8,8	7,1	3,4	8,0	7,1	9,1	0,0	5,0
Vertical	6,3	1,8	3,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados Transfusión	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desconocido No consta	4,8	16,1	11,9	16,7	6,5	16,2	13,2	8,8	14,3	10,3	12,0	7,1	27,3	15,4	10,0

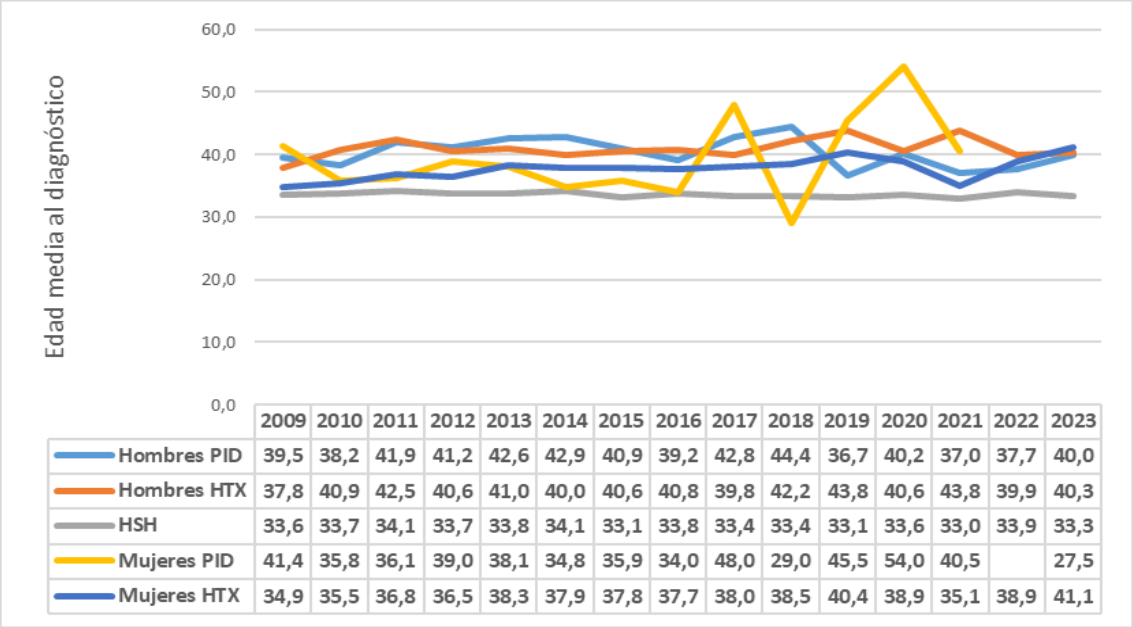


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HTX	94,8	93,1	95,4	95,2	98,6	98,0	94,6	93,2	93,5	96,2	92,2	92,5	76,6	70,8	66,0
PID	0,0	1,4	1,5	1,0	0,0	1,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Vertical	0,0	1,4	1,5	1,0	1,4	1,0	0,0	2,9	0,0	1,3	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados Transfusión	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desconocido No consta	5,2	4,2	1,5	2,9	0,0	0,0	1,4	3,9	5,4	2,6	5,2	7,5	23,4	29,2	32,1

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

La edad media al diagnóstico en HSH es menor que la de los otros modos de transmisión y se ha mantenido estable a lo largo de estos años entre los 33-34 años de edad. Cuando la transmisión es por vía HTX, la edad media es mayor en hombres, por encima de los 40 años en prácticamente toda la serie, que en mujeres donde la edad no supera los 40 años (Gráficos 14).

Gráfico 14. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Edad media al diagnóstico según sexo, modo de transmisión y año de diagnóstico.

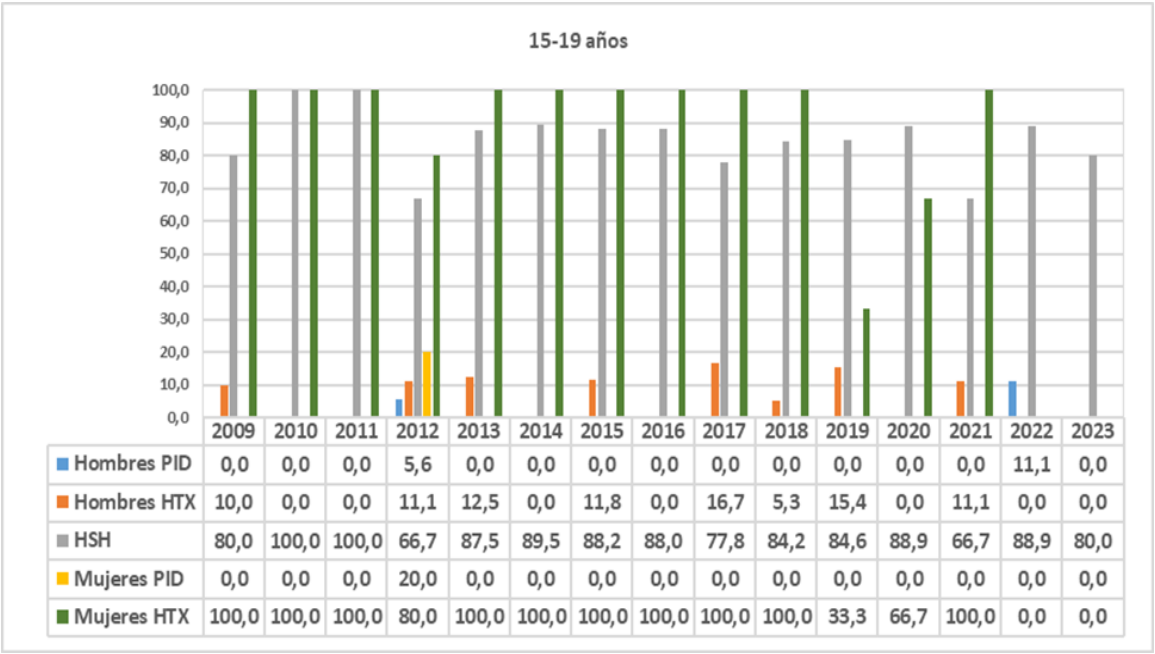


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	39,5	38,2	41,9	41,2	42,6	42,9	40,9	39,2	42,8	44,4	36,7	40,2	37,0	37,7	40,0
Hombres HTX	37,8	40,9	42,5	40,6	41,0	40,0	40,6	40,8	39,8	42,2	43,8	40,6	43,8	39,9	40,3
HSH	33,6	33,7	34,1	33,7	33,8	34,1	33,1	33,8	33,4	33,4	33,1	33,6	33,0	33,9	33,3
Mujeres PID	41,4	35,8	36,1	39,0	38,1	34,8	35,9	34,0	48,0	29,0	45,5	54,0	40,5		27,5
Mujeres HTX	34,9	35,5	36,8	36,5	38,3	37,9	37,8	37,7	38,0	38,5	40,4	38,9	35,1	38,9	41,1

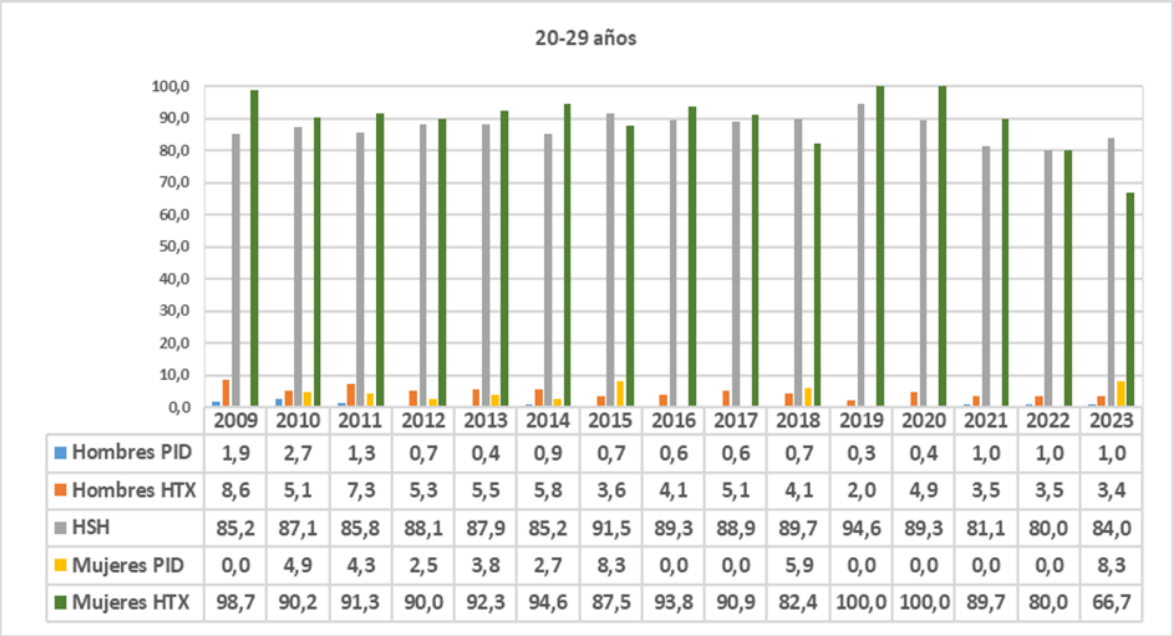
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Según aumentan los grupos de edad al diagnóstico, se observa un mayor porcentaje de hombres HTX acompañado por tanto de un menor porcentaje de HSH (Gráfico 15).

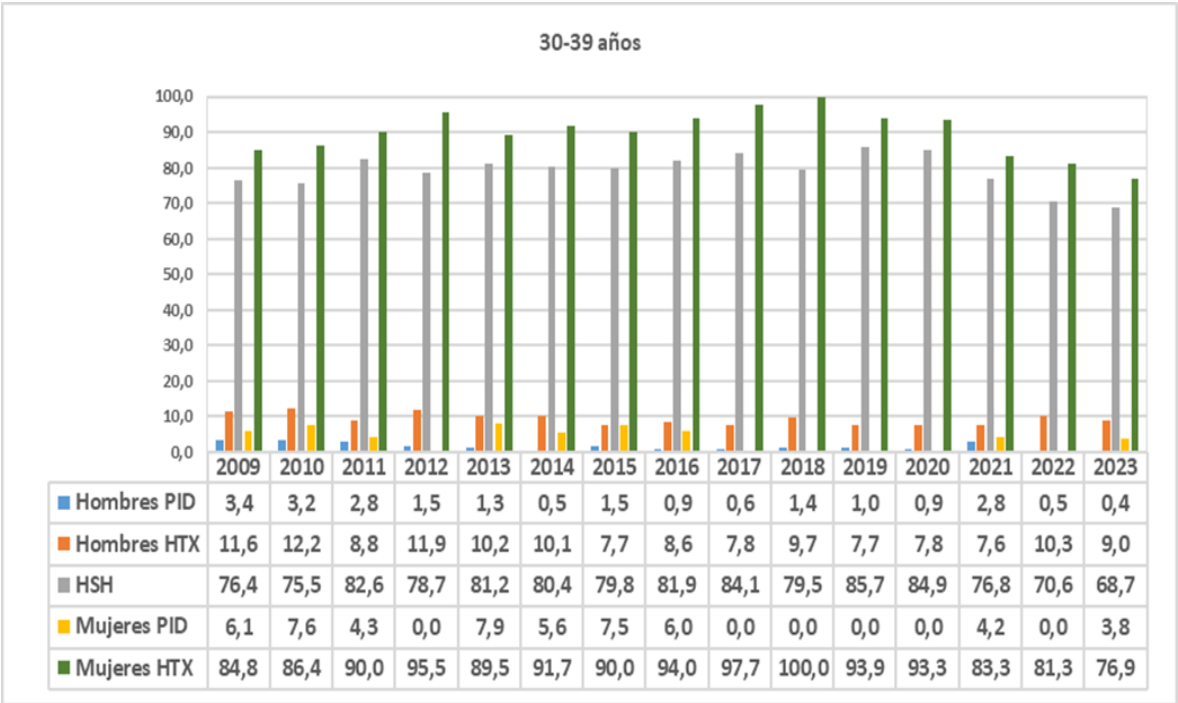
Gráfico 15. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por modo de transmisión según grupo de edad, sexo y año de diagnóstico.



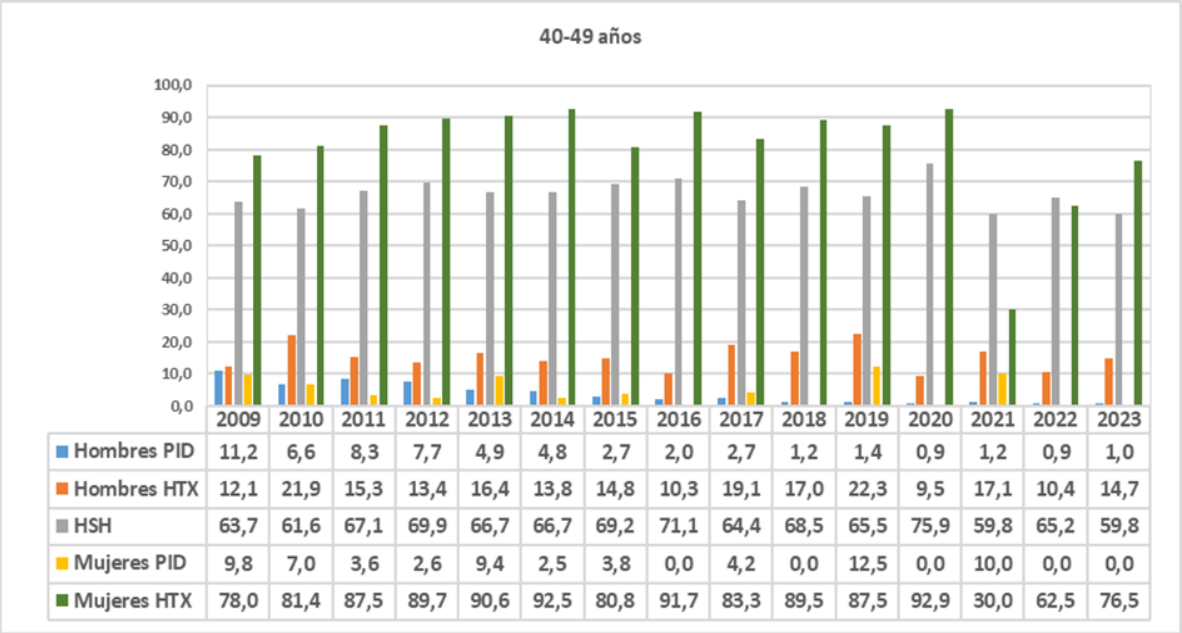
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0
Hombres HTX	10,0	0,0	0,0	11,1	12,5	0,0	11,8	0,0	16,7	5,3	15,4	0,0	11,1	0,0	0,0
HSH	80,0	100,0	100,0	66,7	87,5	89,5	88,2	88,0	77,8	84,2	84,6	88,9	66,7	88,9	80,0
Mujeres PID	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mujeres HTX	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	33,3	66,7	100,0	0,0	0,0



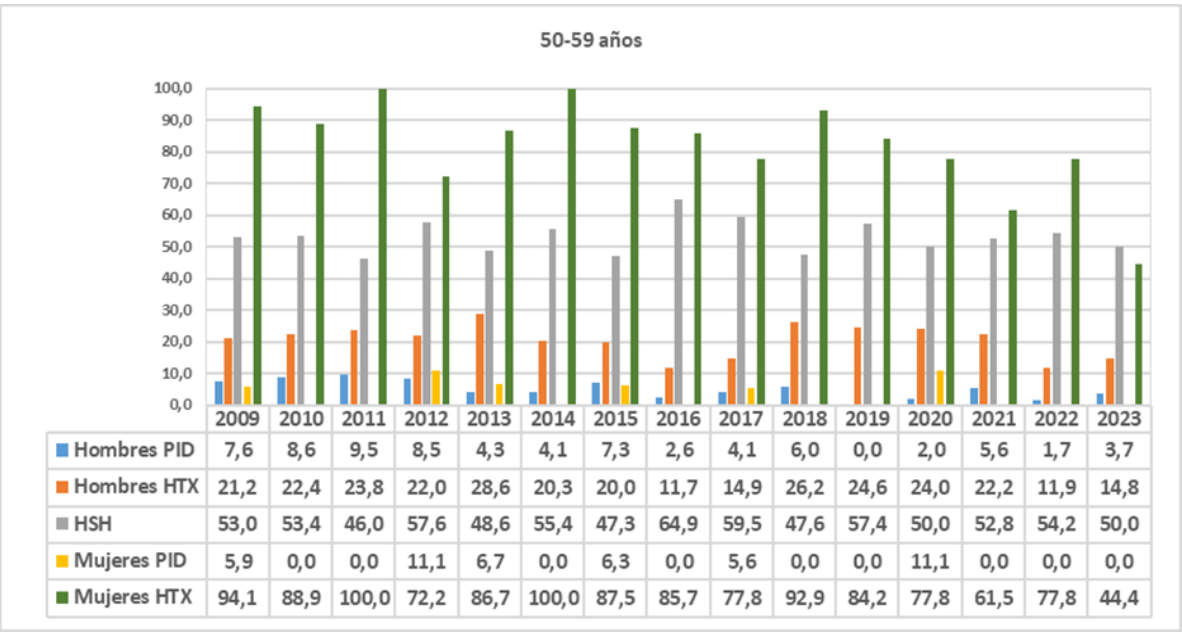
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	1,9	2,7	1,3	0,7	0,4	0,9	0,7	0,6	0,6	0,7	0,3	0,4	1,0	1,0	1,0
Hombres HTX	8,6	5,1	7,3	5,3	5,5	5,8	3,6	4,1	5,1	4,1	2,0	4,9	3,5	3,5	3,4
HSH	85,2	87,1	85,8	88,1	87,9	85,2	91,5	89,3	88,9	89,7	94,6	89,3	81,1	80,0	84,0
Mujeres PID	0,0	4,9	4,3	2,5	3,8	2,7	8,3	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3
Mujeres HTX	98,7	90,2	91,3	90,0	92,3	94,6	87,5	93,8	90,9	82,4	100,0	100,0	89,7	80,0	66,7



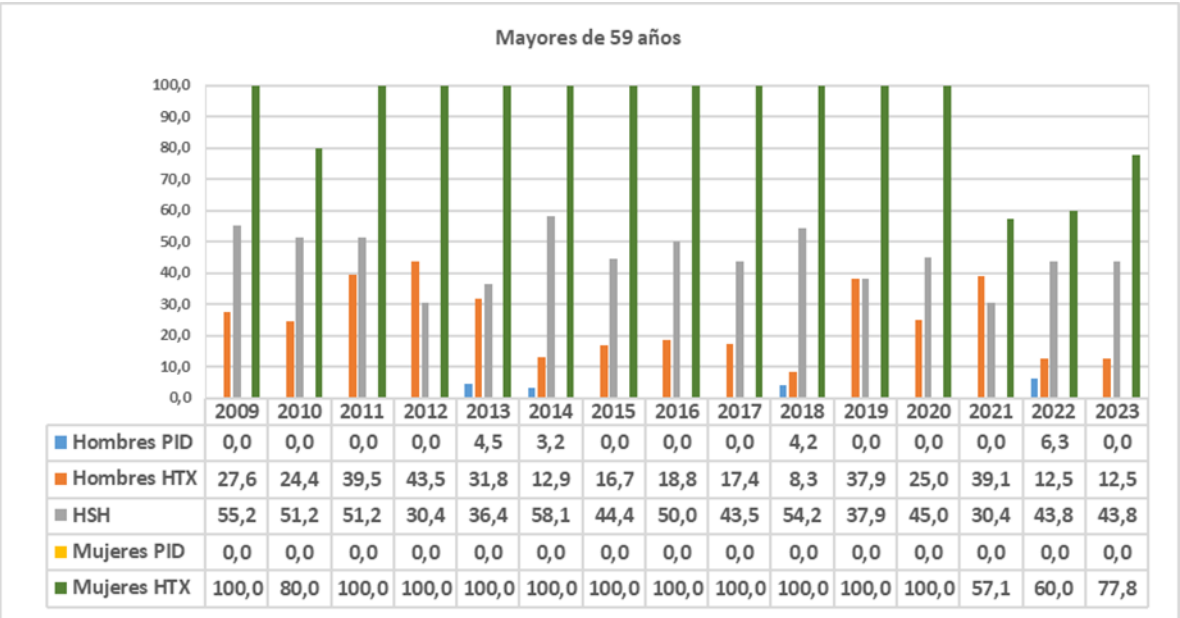
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	3,4	3,2	2,8	1,5	1,3	0,5	1,5	0,9	0,6	1,4	1,0	0,9	2,8	0,5	0,4
Hombres HTX	11,6	12,2	8,8	11,9	10,2	10,1	7,7	8,6	7,8	9,7	7,7	7,8	7,6	10,3	9,0
HSH	76,4	75,5	82,6	78,7	81,2	80,4	79,8	81,9	84,1	79,5	85,7	84,9	76,8	70,6	68,7
Mujeres PID	6,1	7,6	4,3	0,0	7,9	5,6	7,5	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	3,8
Mujeres HTX	84,8	86,4	90,0	95,5	89,5	91,7	90,0	94,0	97,7	100,0	93,9	93,3	83,3	81,3	76,9



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	11,2	6,6	8,3	7,7	4,9	4,8	2,7	2,0	2,7	1,2	1,4	0,9	1,2	0,9	1,0
Hombres HTX	12,1	21,9	15,3	13,4	16,4	13,8	14,8	10,3	19,1	17,0	22,3	9,5	17,1	10,4	14,7
HSH	63,7	61,6	67,1	69,9	66,7	66,7	69,2	71,1	64,4	68,5	65,5	75,9	59,8	65,2	59,8
Mujeres PID	9,8	7,0	3,6	2,6	9,4	2,5	3,8	0,0	4,2	0,0	12,5	0,0	10,0	0,0	0,0
Mujeres HTX	78,0	81,4	87,5	89,7	90,6	92,5	80,8	91,7	83,3	89,5	87,5	92,9	30,0	62,5	76,5



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	7,6	8,6	9,5	8,5	4,3	4,1	7,3	2,6	4,1	6,0	0,0	2,0	5,6	1,7	3,7
Hombres HTX	21,2	22,4	23,8	22,0	28,6	20,3	20,0	11,7	14,9	26,2	24,6	24,0	22,2	11,9	14,8
HSH	53,0	53,4	46,0	57,6	48,6	55,4	47,3	64,9	59,5	47,6	57,4	50,0	52,8	54,2	50,0
Mujeres PID	5,9	0,0	0,0	11,1	6,7	0,0	6,3	0,0	5,6	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0
Mujeres HTX	94,1	88,9	100,0	72,2	86,7	100,0	87,5	85,7	77,8	92,9	84,2	77,8	61,5	77,8	44,4



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres PID	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	3,2	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	6,3	0,0
Hombres HTX	27,6	24,4	39,5	43,5	31,8	12,9	16,7	18,8	17,4	8,3	37,9	25,0	39,1	12,5	12,5
HSH	55,2	51,2	51,2	30,4	36,4	58,1	44,4	50,0	43,5	54,2	37,9	45,0	30,4	43,8	43,8
Mujeres PID	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mujeres HTX	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	57,1	60,0	77,8

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

4.2. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2009-2023

Según los criterios publicados por el *"European Late Presenter Consensus Working Group"* y el *"UK Collaborative HIV Cohort Steering Committee"* en el retraso diagnóstico de la infección por el VIH se diferencian dos situaciones dependiendo de la cifra de linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico:

- "Diagnóstico tardío": CD4+ < 350 células/µl
- "Presentación con enfermedad avanzada": CD4+ < 200 células/µl

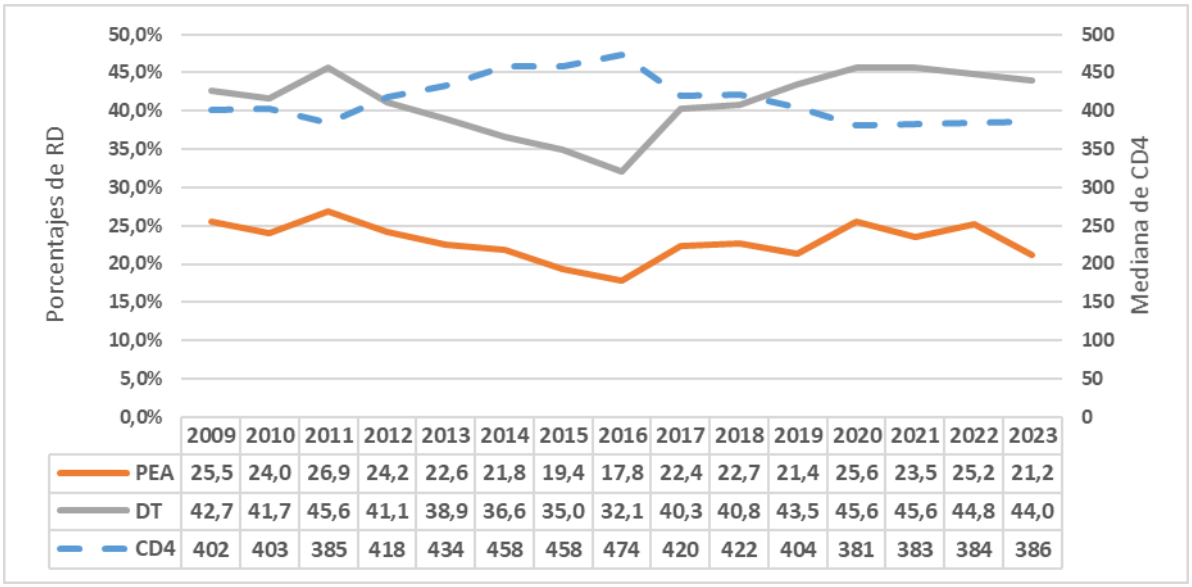
Se ha incluido también en el análisis el límite de 500 linfocitos CD4+.

La mediana de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico presenta un rango entre 381 y 474 en todo el periodo 2009-2023. El porcentaje de PEA se sitúa entre 17,8% y 26,9% y el de DT entre 32,1% y 45,6%. Los porcentajes de retraso diagnóstico descendieron en el periodo 2011-2016, a partir de 2017 hasta 2020 se produce un aumento de PEA y DT, y después del año 2020 estos porcentajes presentan cierta estabilidad con leve tendencia al descenso. (Tabla 7 y Gráfico 16).

Tabla 7. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por año de diagnóstico.

	N	Mediana linfocitos CD4	% PEA (<200 células/µl)	% DT (<350 células/µl)	<500 células/µl
2009	1.097	402	25,5	42,7	60,8
2010	1.097	403	24,0	41,7	60,8
2011	1.027	385	26,9	45,6	63,8
2012	949	418	24,2	41,1	60,5
2013	855	434	22,6	38,9	57,7
2014	1.001	458	21,8	36,6	55,5
2015	881	458	19,4	35,0	55,1
2016	983	474	17,8	32,1	52,6
2017	920	420	22,4	40,3	60,1
2018	836	422	22,7	40,8	59,3
2019	844	404	21,4	43,5	60,9
2020	625	381	25,6	45,6	64,2
2021	553	383	23,5	45,6	67,6
2022	500	384	25,2	44,8	68,6
2023	579	386	21,2	44,0	65,5
09-23	12.747	418	22,9	40,8	60,2

Gráfico 16. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por año de diagnóstico.

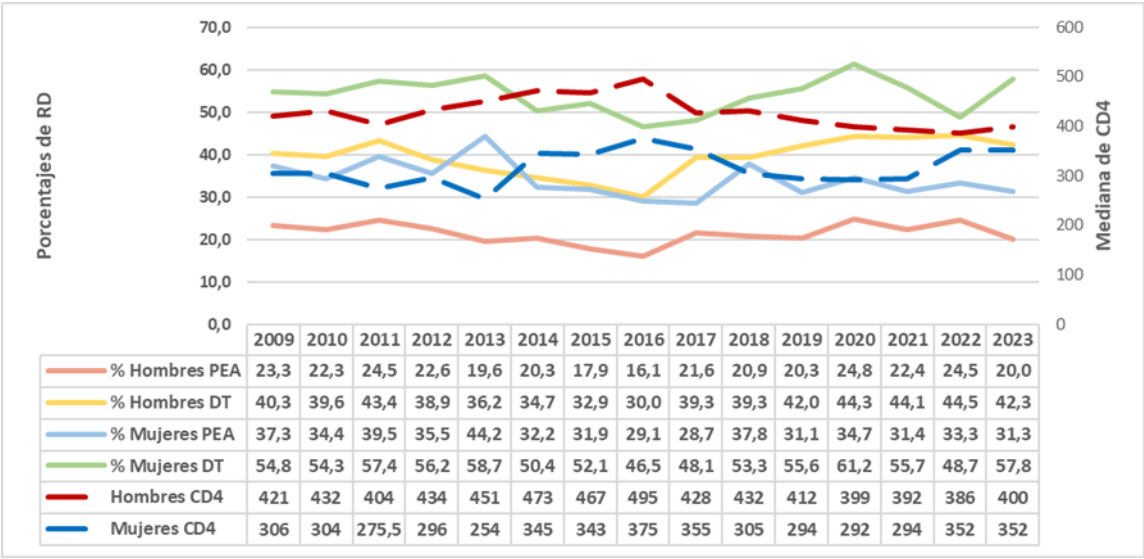


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PEA	25,5	24,0	26,9	24,2	22,6	21,8	19,4	17,8	22,4	22,7	21,4	25,6	23,5	25,2	21,2
DT	42,7	41,7	45,6	41,1	38,9	36,6	35,0	32,1	40,3	40,8	43,5	45,6	45,6	44,8	44,0
CD4	402	403	385	418	434	458	458	474	420	422	404	381	383	384	386

* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

Las mujeres presentan mayores porcentajes de PEA y DT que los hombres (Gráfico 17).

Gráfico 17. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por sexo y año de diagnóstico.

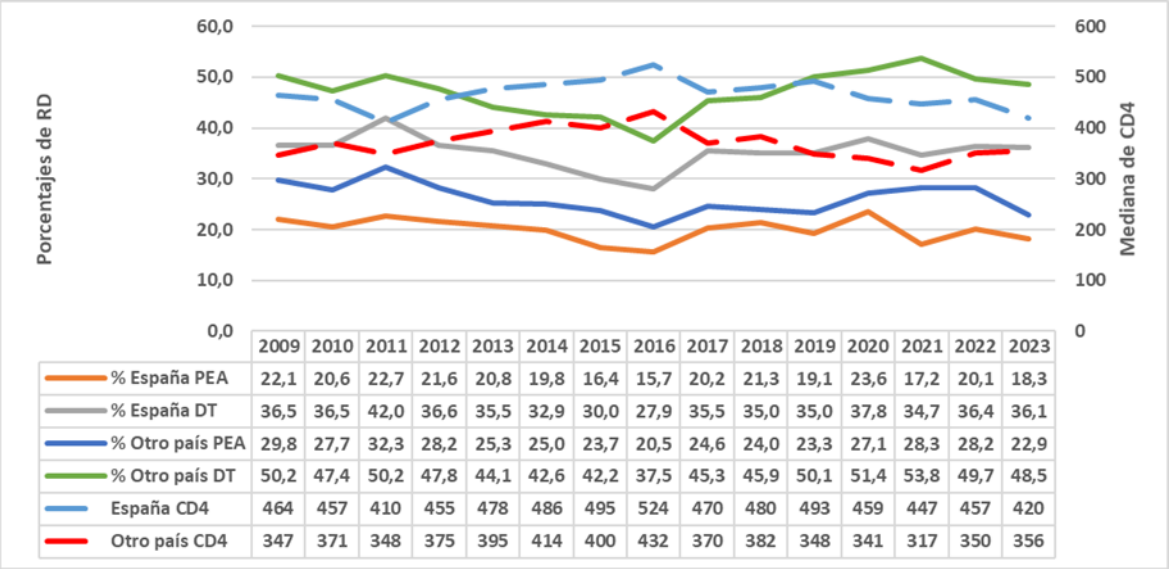


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Hombres PEA	23,3	22,3	24,5	22,6	19,6	20,3	17,9	16,1	21,6	20,9	20,3	24,8	22,4	24,5	20,0
% Hombres DT	40,3	39,6	43,4	38,9	36,2	34,7	32,9	30,0	39,3	39,3	42,0	44,3	44,1	44,5	42,3
% Mujeres PEA	37,3	34,4	39,5	35,5	44,2	32,2	31,9	29,1	28,7	37,8	31,1	34,7	31,4	33,3	31,3
% Mujeres DT	54,8	54,3	57,4	56,2	58,7	50,4	52,1	46,5	48,1	53,3	55,6	61,2	55,7	48,7	57,8
Hombres CD4	421	432	404	434	451	473	467	495	428	432	412	399	392	386	400
Mujeres CD4	306	304	275,5	296	254	345	343	375	355	305	294	292	294	352	352

* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

Las personas nacidas fuera de España presentan mayor retraso diagnóstico que las nacidas en España (Gráfico 18).

Gráfico 18. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

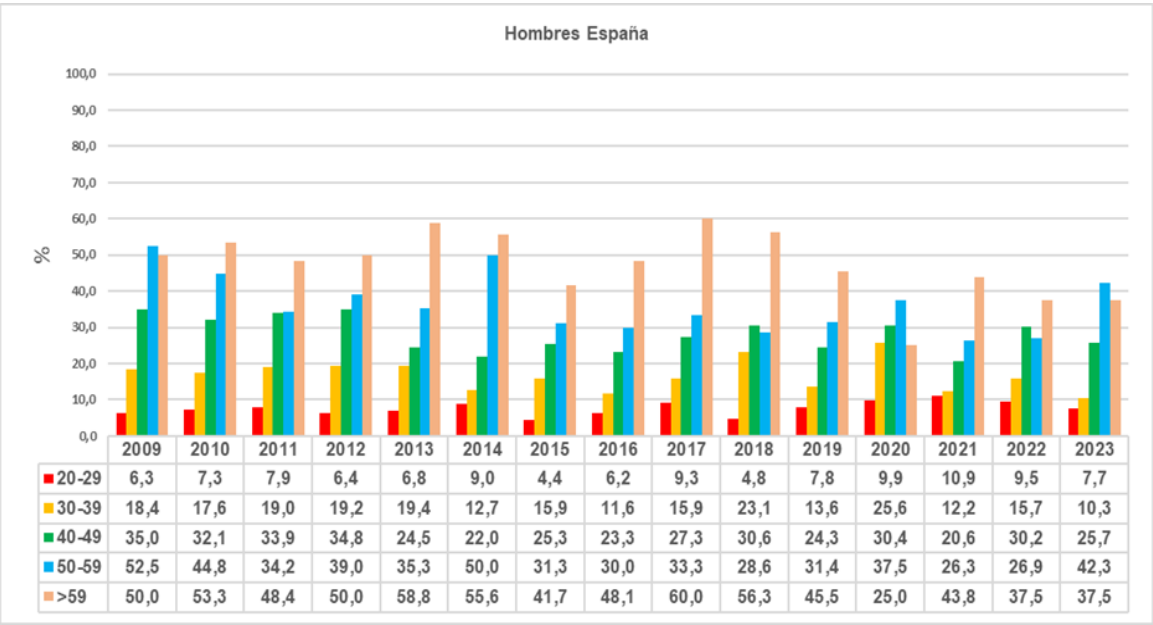


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% España PEA	22,1	20,6	22,7	21,6	20,8	19,8	16,4	15,7	20,2	21,3	19,1	23,6	17,2	20,1	18,3
% España DT	36,5	36,5	42,0	36,6	35,5	32,9	30,0	27,9	35,5	35,0	35,0	37,8	34,7	36,4	36,1
% Otro país PEA	29,8	27,7	32,3	28,2	25,3	25,0	23,7	20,5	24,6	24,0	23,3	27,1	28,3	28,2	22,9
% Otro país DT	50,2	47,4	50,2	47,8	44,1	42,6	42,2	37,5	45,3	45,9	50,1	51,4	53,8	49,7	48,5
España CD4	464	457	410	455	478	486	495	524	470	480	493	459	447	457	420
Otro país CD4	347	371	348	375	395	414	400	432	370	382	348	341	317	350	356

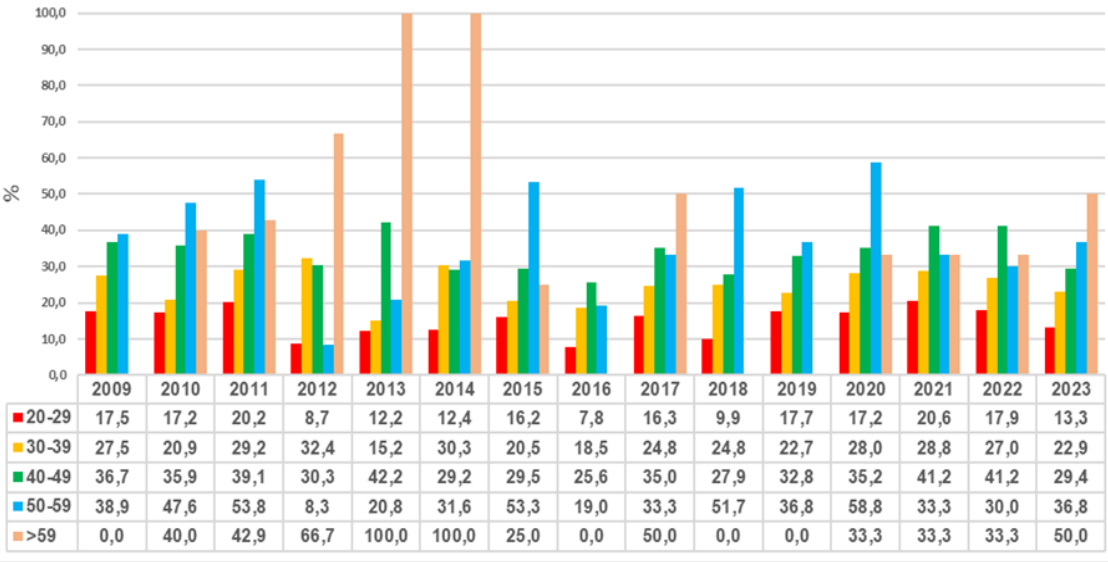
* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

En hombres españoles, en la práctica totalidad de la serie, tanto el porcentaje de PEA como de DT aumenta según es mayor la edad de diagnóstico. En hombres nacidos fuera de España este aumento del retraso diagnóstico a mayor edad se observa en menos años de la serie, incluso hay años en los que el porcentaje de PEA y DT cuando la edad es de 50-59 y mayores de 59 años son menores que en los grupos de edad más jóvenes. En mujeres no se observa esta tendencia creciente en la mayoría de los años (Gráficos 19 y 20).

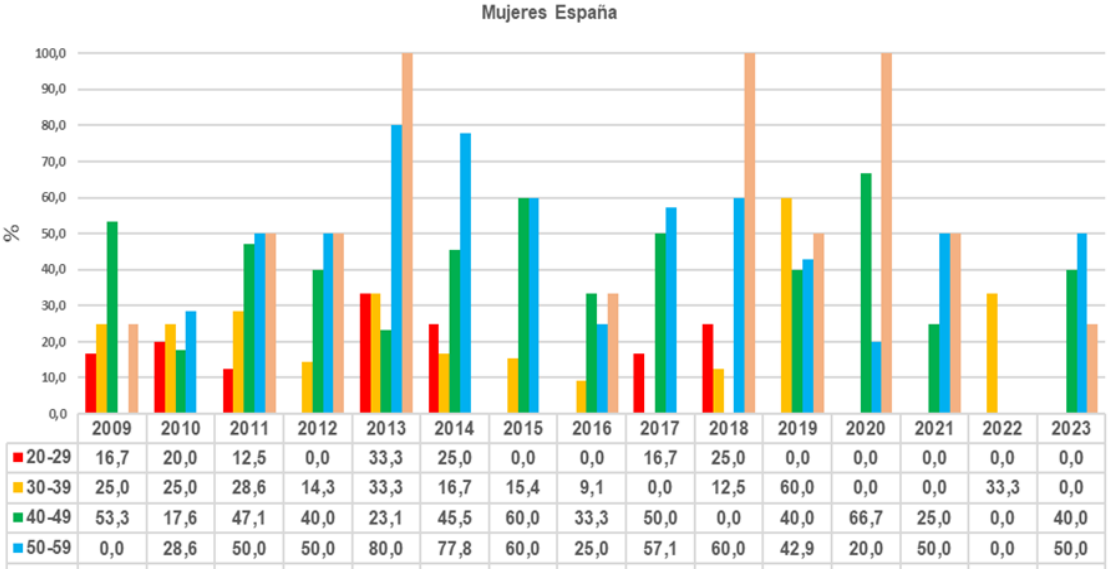
Gráfico 19. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por presentación con enfermedad avanzada (<200 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, grupos de edad y año de diagnóstico.



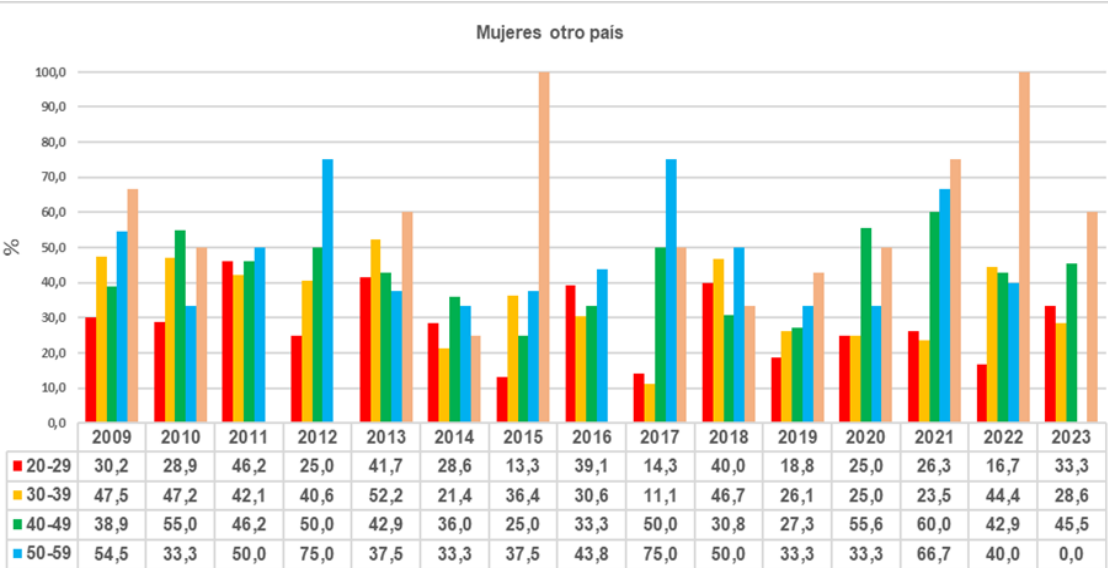
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	6,3	7,3	7,9	6,4	6,8	9,0	4,4	6,2	9,3	4,8	7,8	9,9	10,9	9,5	7,7
30-39	18,4	17,6	19,0	19,2	19,4	12,7	15,9	11,6	15,9	23,1	13,6	25,6	12,2	15,7	10,3
40-49	35,0	32,1	33,9	34,8	24,5	22,0	25,3	23,3	27,3	30,6	24,3	30,4	20,6	30,2	25,7
50-59	52,5	44,8	34,2	39,0	35,3	50,0	31,3	30,0	33,3	28,6	31,4	37,5	26,3	26,9	42,3
>59	50,0	53,3	48,4	50,0	58,8	55,6	41,7	48,1	60,0	56,3	45,5	25,0	43,8	37,5	37,5



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	17,5	17,2	20,2	8,7	12,2	12,4	16,2	7,8	16,3	9,9	17,7	17,2	20,6	17,9	13,3
30-39	27,5	20,9	29,2	32,4	15,2	30,3	20,5	18,5	24,8	24,8	22,7	28,0	28,8	27,0	22,9
40-49	36,7	35,9	39,1	30,3	42,2	29,2	29,5	25,6	35,0	27,9	32,8	35,2	41,2	41,2	29,4
50-59	38,9	47,6	53,8	8,3	20,8	31,6	53,3	19,0	33,3	51,7	36,8	58,8	33,3	30,0	36,8
>59	0,0	40,0	42,9	66,7	100,0	100,0	25,0	0,0	50,0	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	50,0

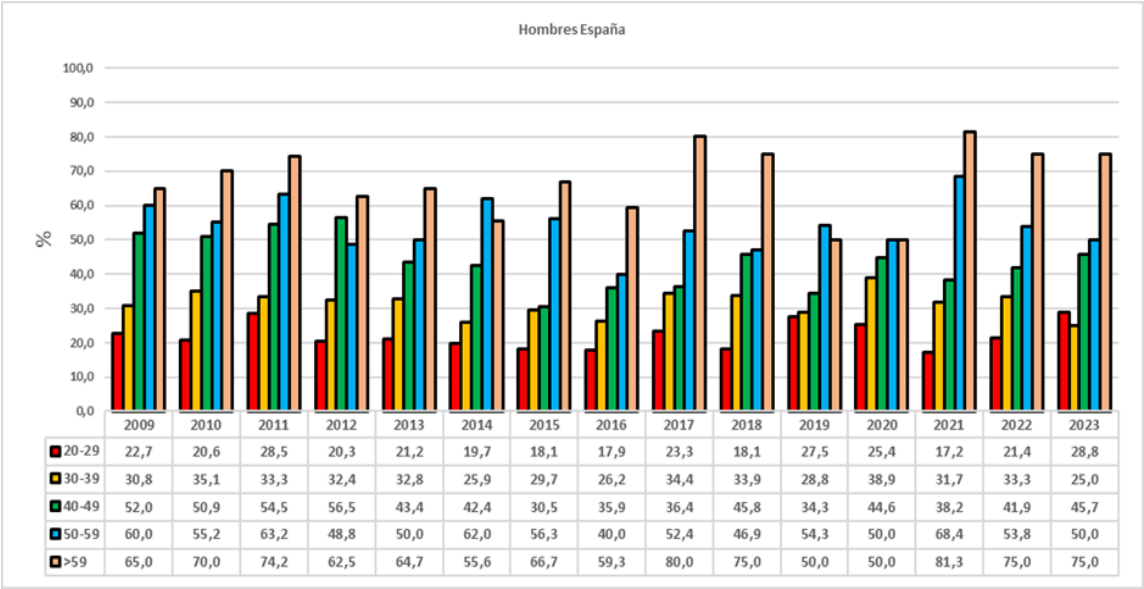


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	16,7	20,0	12,5	0,0	33,3	25,0	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30-39	25,0	25,0	28,6	14,3	33,3	16,7	15,4	9,1	0,0	12,5	60,0	0,0	0,0	33,3	0,0
40-49	53,3	17,6	47,1	40,0	23,1	45,5	60,0	33,3	50,0	0,0	40,0	66,7	25,0	0,0	40,0
50-59	0,0	28,6	50,0	50,0	80,0	77,8	60,0	25,0	57,1	60,0	42,9	20,0	50,0	0,0	50,0
>59	25,0		50,0	50,0	100,0	0,0	0,0	33,3	0,0	100,0	50,0	100,0	50,0	0,0	25,0

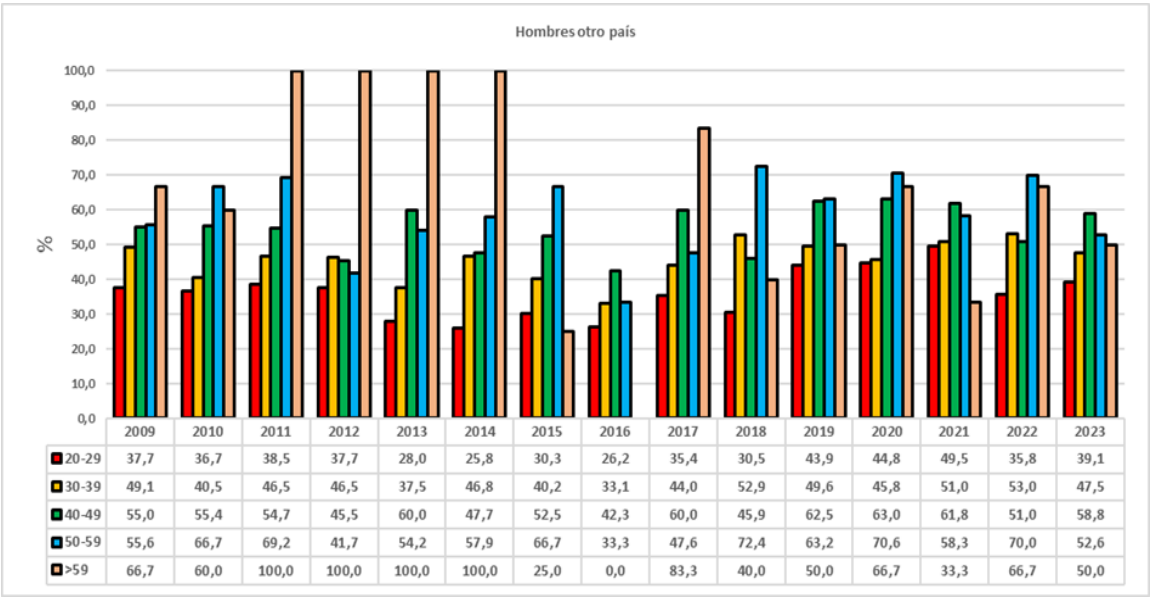


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	30,2	28,9	46,2	25,0	41,7	28,6	13,3	39,1	14,3	40,0	18,8	25,0	26,3	16,7	33,3
30-39	47,5	47,2	42,1	40,6	52,2	21,4	36,4	30,6	11,1	46,7	26,1	25,0	23,5	44,4	28,6
40-49	38,9	55,0	46,2	50,0	42,9	36,0	25,0	33,3	50,0	30,8	27,3	55,6	60,0	42,9	45,5
50-59	54,5	33,3	50,0	75,0	37,5	33,3	37,5	43,8	75,0	50,0	33,3	33,3	66,7	40,0	0,0
>59	66,7	50,0	0,0	0,0	60,0	25,0	100,0	0,0	50,0	33,3	42,9	50,0	75,0	100,0	60,0

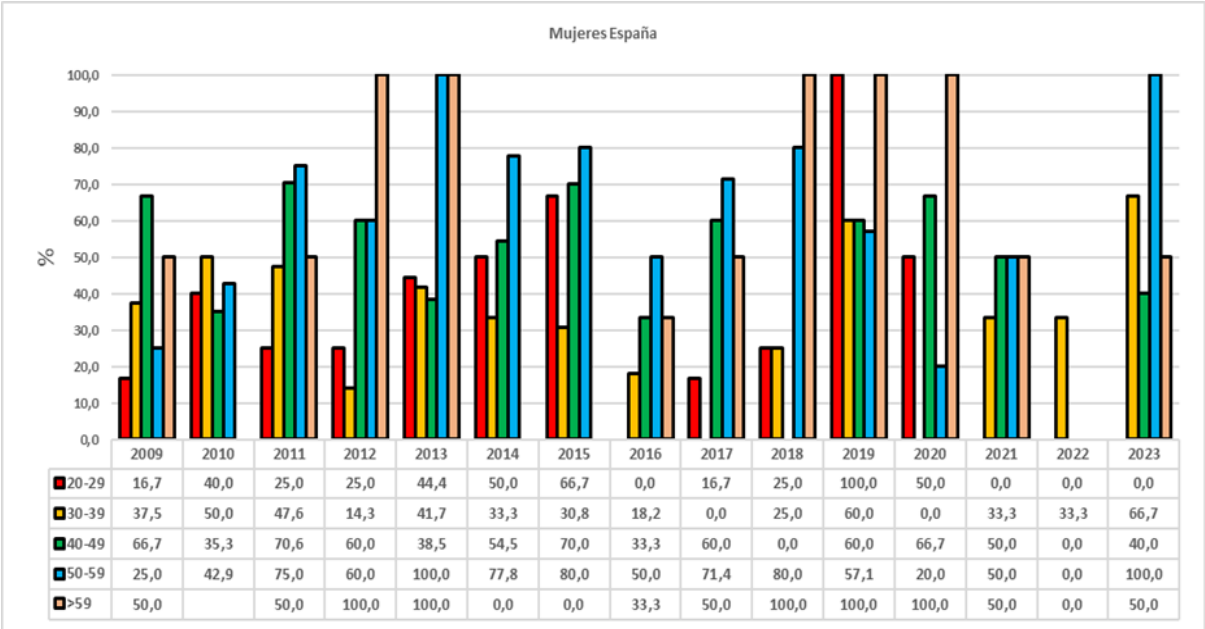
Gráfico 20. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por diagnóstico tardío (<350 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, grupos de edad y año de diagnóstico.



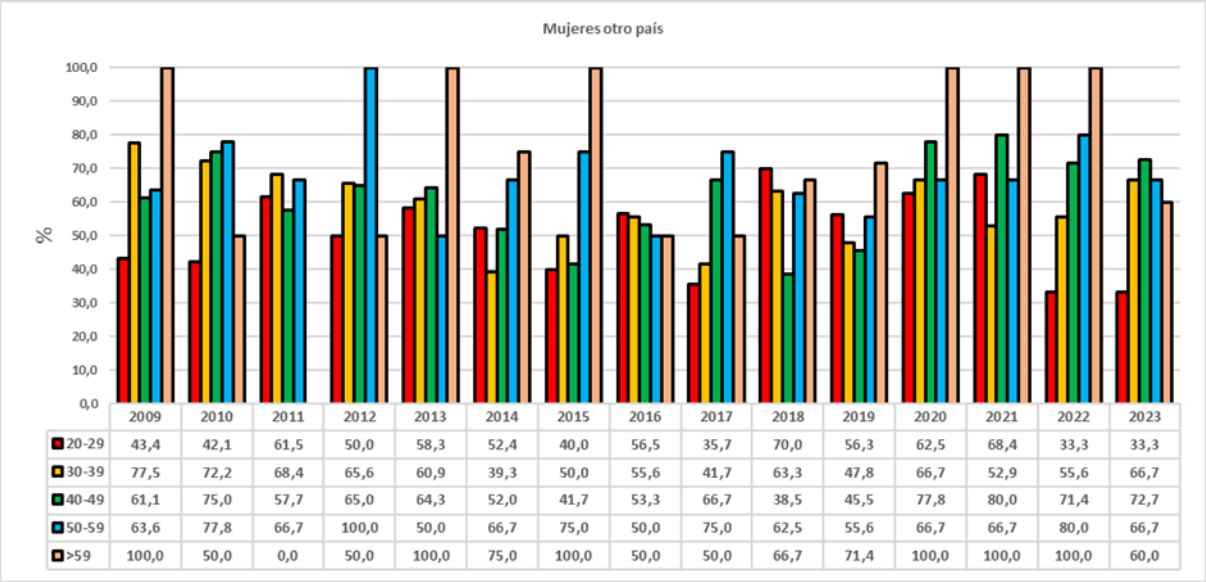
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	22,7	20,6	28,5	20,3	21,2	19,7	18,1	17,9	23,3	18,1	27,5	25,4	17,2	21,4	28,8
30-39	30,8	35,1	33,3	32,4	32,8	25,9	29,7	26,2	34,4	33,9	28,8	38,9	31,7	33,3	25,0
40-49	52,0	50,9	54,5	56,5	43,4	42,4	30,5	35,9	36,4	45,8	34,3	44,6	38,2	41,9	45,7
50-59	60,0	55,2	63,2	48,8	50,0	62,0	56,3	40,0	52,4	46,9	54,3	50,0	68,4	53,8	50,0
>59	65,0	70,0	74,2	62,5	64,7	55,6	66,7	59,3	80,0	75,0	50,0	50,0	81,3	75,0	75,0



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	37,7	36,7	38,5	37,7	28,0	25,8	30,3	26,2	35,4	30,5	43,9	44,8	49,5	35,8	39,1
30-39	49,1	40,5	46,5	46,5	37,5	46,8	40,2	33,1	44,0	52,9	49,6	45,8	51,0	53,0	47,5
40-49	55,0	55,4	54,7	45,5	60,0	47,7	52,5	42,3	60,0	45,9	62,5	63,0	61,8	51,0	58,8
50-59	55,6	66,7	69,2	41,7	54,2	57,9	66,7	33,3	47,6	72,4	63,2	70,6	58,3	70,0	52,6
>59	66,7	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	25,0	0,0	83,3	40,0	50,0	66,7	33,3	66,7	50,0



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	16,7	40,0	25,0	25,0	44,4	50,0	66,7	0,0	16,7	25,0	100,0	50,0	0,0	0,0	0,0
30-39	37,5	50,0	47,6	14,3	41,7	33,3	30,8	18,2	0,0	25,0	60,0	0,0	33,3	33,3	66,7
40-49	66,7	35,3	70,6	60,0	38,5	54,5	70,0	33,3	60,0	0,0	60,0	66,7	50,0	0,0	40,0
50-59	25,0	42,9	75,0	60,0	100,0	77,8	80,0	50,0	71,4	80,0	57,1	20,0	50,0	0,0	100,0
>59	50,0		50,0	100,0	100,0	0,0	0,0	33,3	50,0	100,0	100,0	100,0	50,0	0,0	50,0

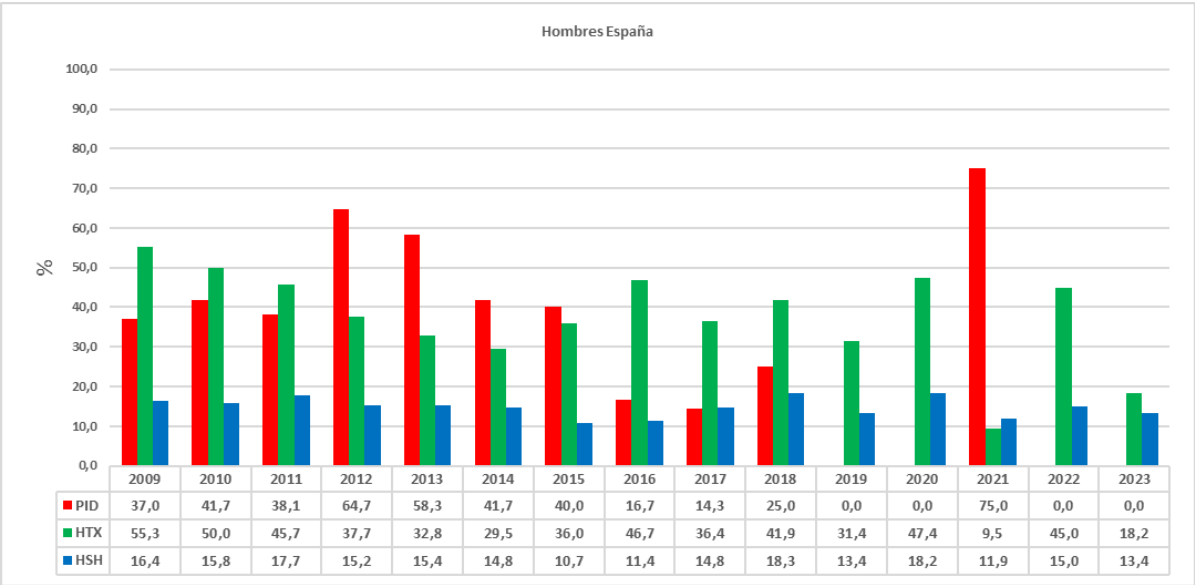


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
20-29	43,4	42,1	61,5	50,0	58,3	52,4	40,0	56,5	35,7	70,0	56,3	62,5	68,4	33,3	33,3
30-39	77,5	72,2	68,4	65,6	60,9	39,3	50,0	55,6	41,7	63,3	47,8	66,7	52,9	55,6	66,7
40-49	61,1	75,0	57,7	65,0	64,3	52,0	41,7	53,3	66,7	38,5	45,5	77,8	80,0	71,4	72,7
50-59	63,6	77,8	66,7	100,0	50,0	66,7	75,0	50,0	75,0	62,5	55,6	66,7	66,7	80,0	66,7
>59	100,0	50,0	0,0	50,0	100,0	75,0	100,0	50,0	50,0	66,7	71,4	100,0	100,0	100,0	60,0

El retraso en el diagnóstico es menor en HSH, con porcentajes de PEA menores al 20% en toda la serie en hombres españoles y ligeramente mayores al 20% en algunos años de la serie en hombres extranjeros. Se observa una tendencia descendente entre los años 2011 y 2016, aumenta en el año 2017, manteniéndose posteriormente las cifras de retraso diagnóstico en españoles en los siguientes años y apreciándose una tendencia ascendente entre los años 2018 y 2021 para extranjeros y luego descender en 2022 y 2023.

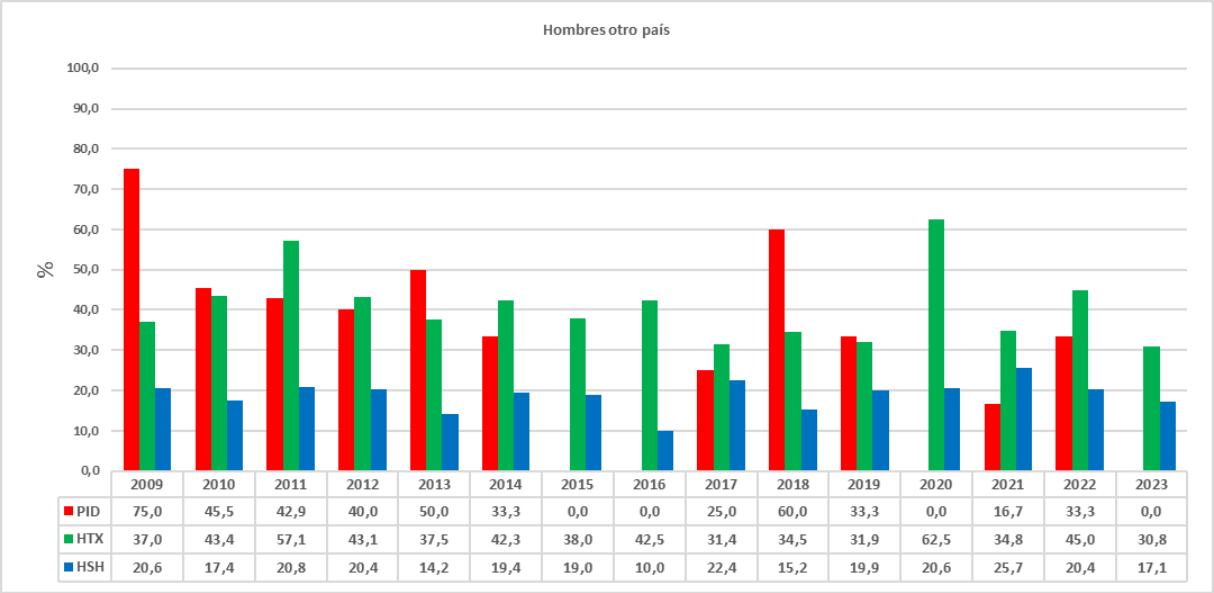
Cuando el modo de transmisión es HTX, los porcentajes de retraso diagnóstico son mayores en hombres que en mujeres. En mujeres HTX se aprecia mayor retraso en extranjeras que en españolas, en hombres HTX también ocurre igual salvo el periodo 2016-2018 donde hubo mayor retraso diagnóstico en españoles. En hombres HTX, se observa un descenso del porcentaje de PEA entre los años 2009 y 2014 en españoles y entre los años 2012 y 2017 en extranjeros. Los siguientes años se mantienen las cifras, con fluctuaciones en los últimos 4 años. Los porcentajes de DT se mantienen sin grandes cambios a lo largo de la serie (Gráficos 21 y 22).

Gráfico 21. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por presentación con enfermedad avanzada (<200 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, modo de transmisión y año de diagnóstico.



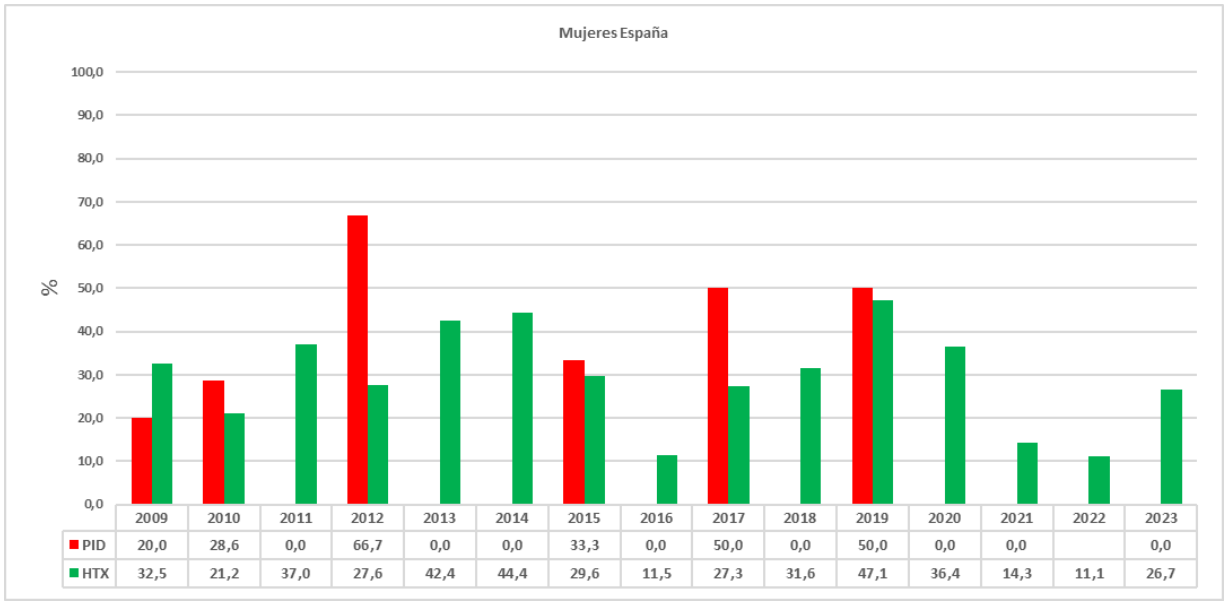
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID	37,0	41,7	38,1	64,7	58,3	41,7	40,0	16,7	14,3	25,0	0,0	0,0	75,0	0,0	0,0
HTX	55,3	50,0	45,7	37,7	32,8	29,5	36,0	46,7	36,4	41,9	31,4	47,4	9,5	45,0	18,2
HSH	16,4	15,8	17,7	15,2	15,4	14,8	10,7	11,4	14,8	18,3	13,4	18,2	11,9	15,0	13,4

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID	75,0	45,5	42,9	40,0	50,0	33,3	0,0	0,0	25,0	60,0	33,3	0,0	16,7	33,3	0,0
HTX	37,0	43,4	57,1	43,1	37,5	42,3	38,0	42,5	31,4	34,5	31,9	62,5	34,8	45,0	30,8
HSH	20,6	17,4	20,8	20,4	14,2	19,4	19,0	10,0	22,4	15,2	19,9	20,6	25,7	20,4	17,1

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



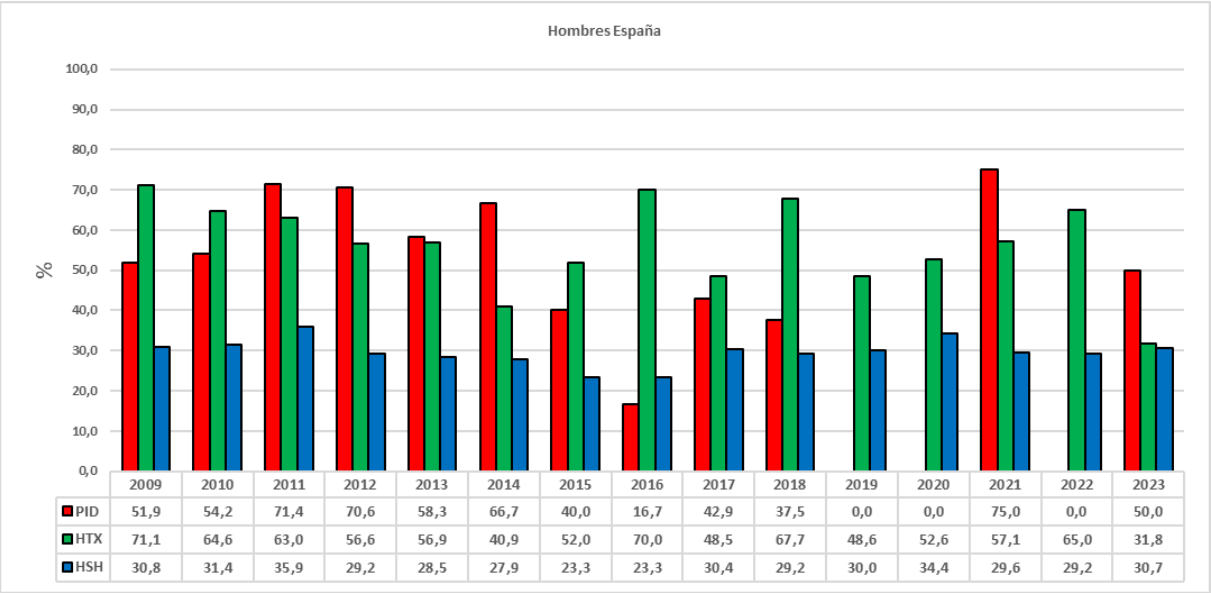
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID	20,0	28,6	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0		0,0
HTX	32,5	21,2	37,0	27,6	42,4	44,4	29,6	11,5	27,3	31,6	47,1	36,4	14,3	11,1	26,7

* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID		0,0	100,0			100,0	0,0								0,0
HTX	41,1	41,0	43,3	36,9	46,9	27,9	30,5	34,8	27,6	43,1	27,7	34,3	33,3	36,4	37,5

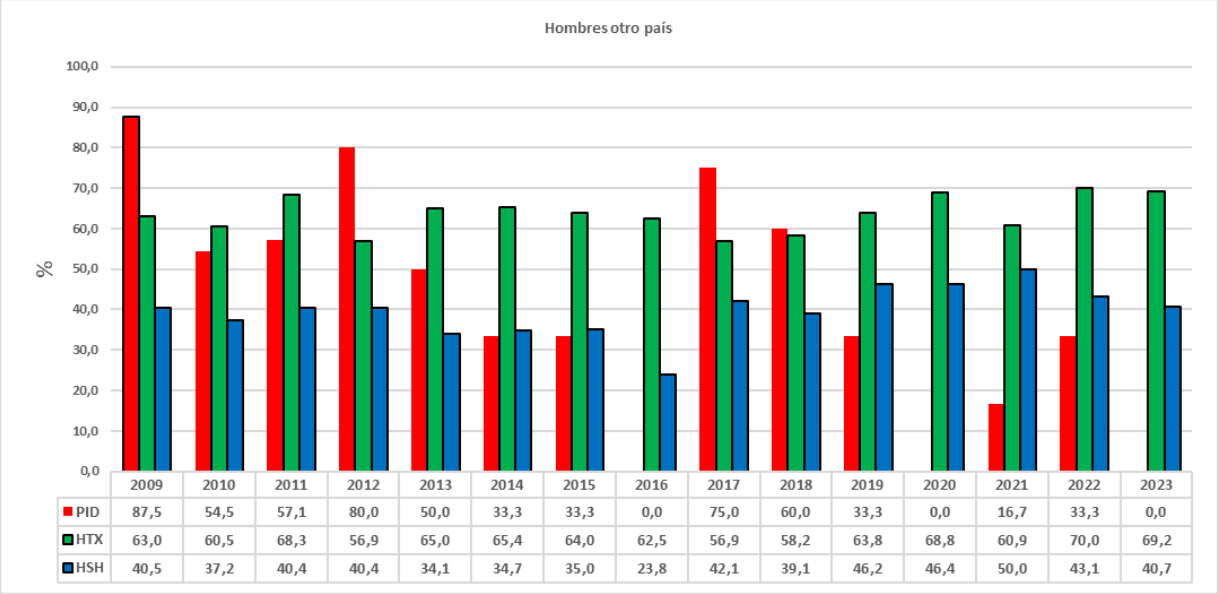
* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Gráfico 22. Infecciones por el VIH. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por diagnóstico tardío (<350 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, modo de transmisión y año de diagnóstico.



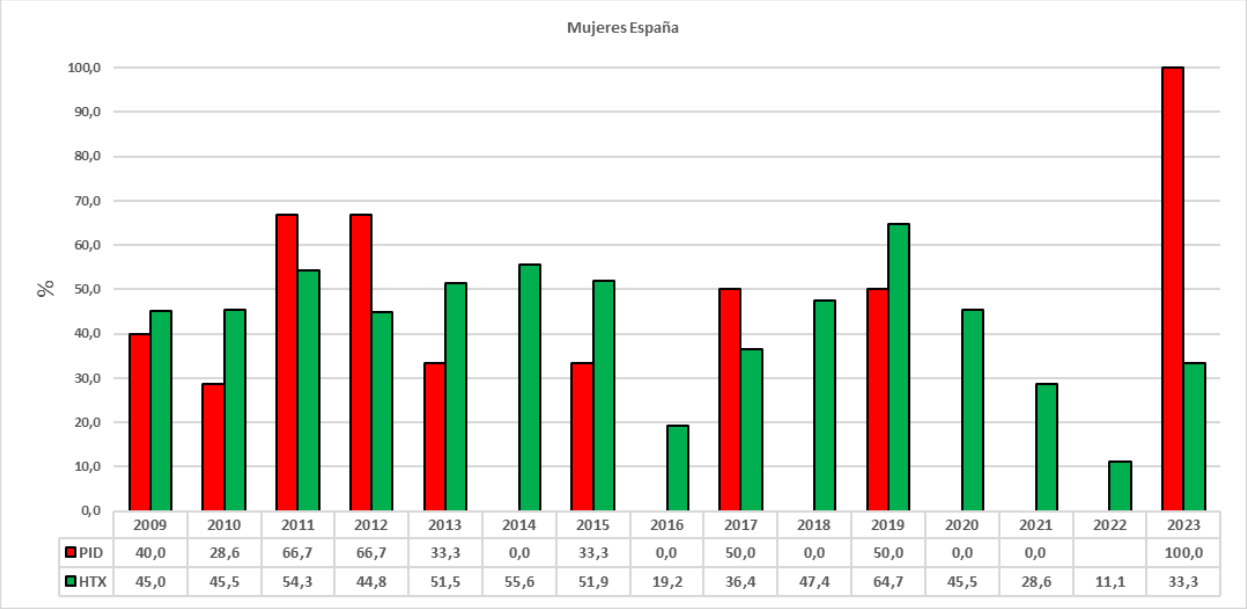
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID	51,9	54,2	71,4	70,6	58,3	66,7	40,0	16,7	42,9	37,5	0,0	0,0	75,0	0,0	50,0
HTX	71,1	64,6	63,0	56,6	56,9	40,9	52,0	70,0	48,5	67,7	48,6	52,6	57,1	65,0	31,8
HSH	30,8	31,4	35,9	29,2	28,5	27,9	23,3	23,3	30,4	29,2	30,0	34,4	29,6	29,2	30,7

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



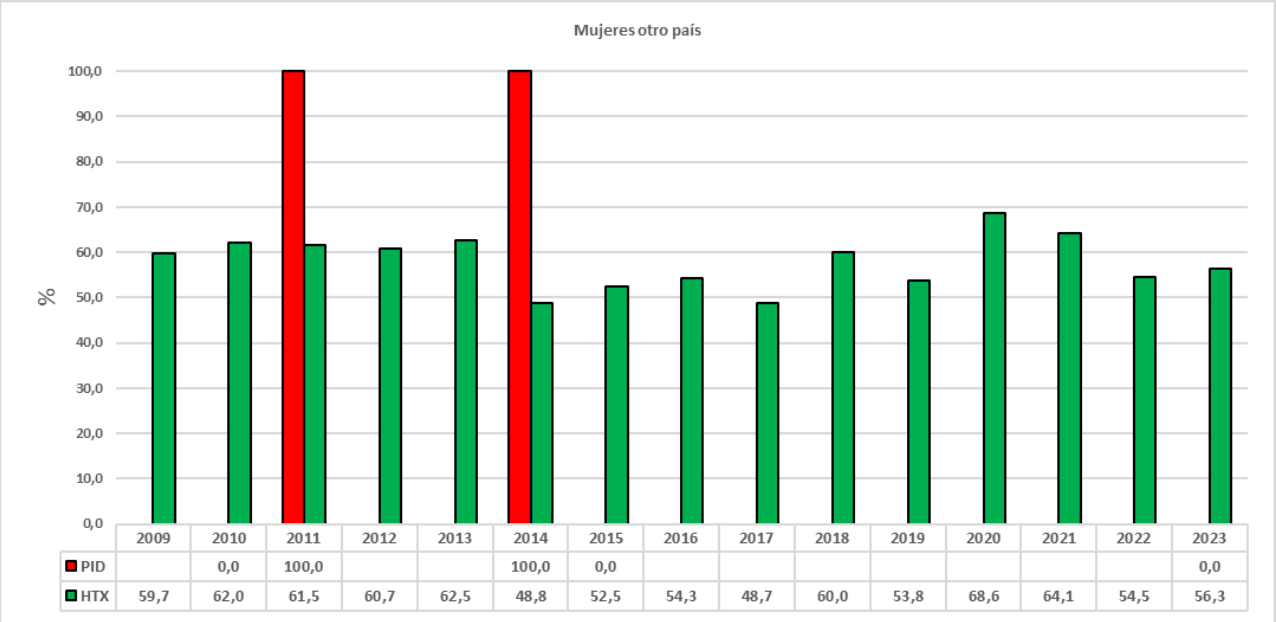
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID	87,5	54,5	57,1	80,0	50,0	33,3	33,3	0,0	75,0	60,0	33,3	0,0	16,7	33,3	0,0
HTX	63,0	60,5	68,3	56,9	65,0	65,4	64,0	62,5	56,9	58,2	63,8	68,8	60,9	70,0	69,2
HSH	40,5	37,2	40,4	40,4	34,1	34,7	35,0	23,8	42,1	39,1	46,2	46,4	50,0	43,1	40,7

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID	40,0	28,6	66,7	66,7	33,3	0,0	33,3	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0		100,0
HTX	45,0	45,5	54,3	44,8	51,5	55,6	51,9	19,2	36,4	47,4	64,7	45,5	28,6	11,1	33,3

* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PID		0,0	100,0			100,0	0,0								0,0
HTX	59,7	62,0	61,5	60,7	62,5	48,8	52,5	54,3	48,7	60,0	53,8	68,6	64,1	54,5	56,3

* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

5. CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023

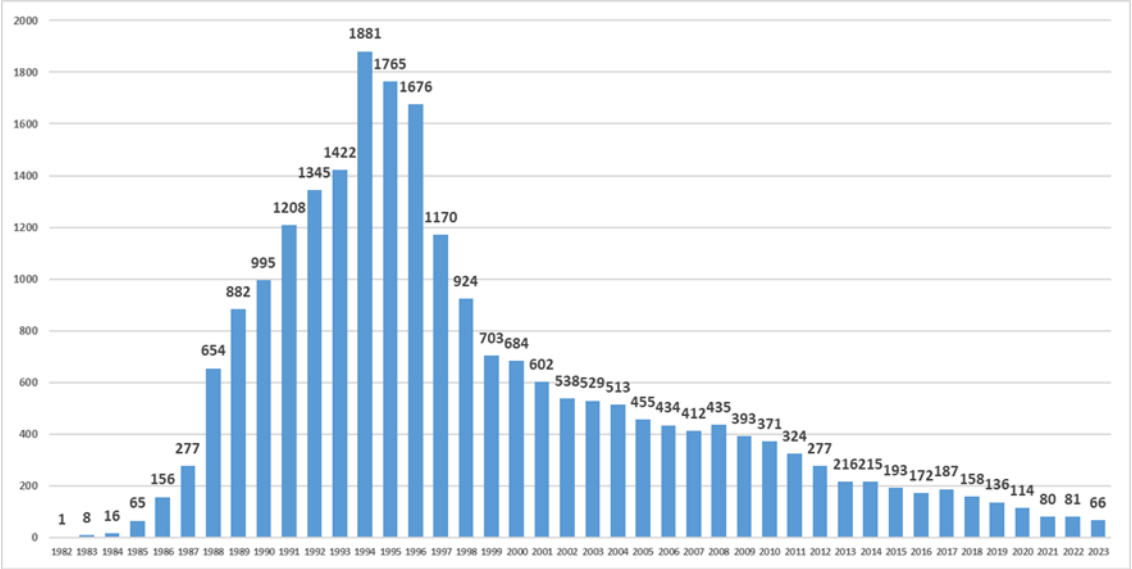
Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2023 se han notificado 22.733 casos de sida en personas residentes en la CM en el momento del diagnóstico. El 79,8% fueron hombres.

La incidencia de casos diagnosticados de sida se vio afectada por la ampliación de los criterios definitorios de sida (revisiones en 1985, 1987 y 1992) y la aparición de la terapia antirretroviral (TAR) en 1996-1997, responsable de un retraso en el desarrollo de la enfermedad además de mejorar la supervivencia en las personas infectadas, observando una disminución en la incidencia anual de sida. Desde entonces, los nuevos diagnósticos de casos de sida se producen, fundamentalmente, a expensas de diagnósticos tardíos de infección por el VIH, personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral ó en las que éste es ineficaz y pacientes de larga evolución. En el periodo 2009-2023 el número de casos de sida diagnosticados continúa disminuyendo, aunque de forma no tan marcada como al inicio de la terapia antirretroviral. (Tabla 8 y Gráfico 23).

Tabla 8. Casos de sida. CM. Años 1982-2023. Distribución por año de diagnóstico y sexo.

	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	n
1982	1	100,0	0	0,0	1
1983	7	87,5	1	12,5	8
1984	15	93,8	1	6,3	16
1985	57	87,7	8	12,3	65
1986	127	81,4	29	18,6	156
1987	236	85,2	41	14,8	277
1988	525	80,3	129	19,7	654
1989	734	83,2	148	16,8	882
1990	839	84,3	156	15,7	995
1991	995	82,4	213	17,6	1.208
1992	1.097	81,6	248	18,4	1.345
1993	1.140	80,2	282	19,8	1.422
1994	1.488	79,1	393	20,9	1.881
1995	1.429	81,0	336	19,0	1.765
1996	1.332	79,5	344	20,5	1.676
1997	890	76,1	280	23,9	1.170
1998	709	76,7	215	23,3	924
1999	543	77,2	160	22,8	703
2000	530	77,5	154	22,5	684
2001	488	81,1	114	18,9	602
2002	408	75,8	130	24,2	538
2003	421	79,6	108	20,4	529
2004	402	78,4	111	21,6	513
2005	361	79,3	94	20,7	455
2006	346	79,7	88	20,3	434
2007	317	76,9	95	23,1	412
2008	319	73,3	116	26,7	435
2009	303	77,1	90	22,9	393
2010	283	76,3	88	23,7	371
2011	260	80,2	64	19,8	324
2012	213	76,9	64	23,1	277
2013	171	79,2	45	20,8	216
2014	171	79,5	44	20,5	215
2015	160	82,9	33	17,1	193
2016	141	82,0	31	18,0	172
2017	151	80,7	36	19,3	187
2018	137	86,7	21	13,3	158
2019	110	80,9	26	19,1	136
2020	98	86,0	16	14,0	114
2021	58	72,5	22	27,5	80
2022	69	85,2	12	14,8	81
2023	53	80.3	13	19,7	66
Total	18.134	79,8	4.599	20,2	22.733

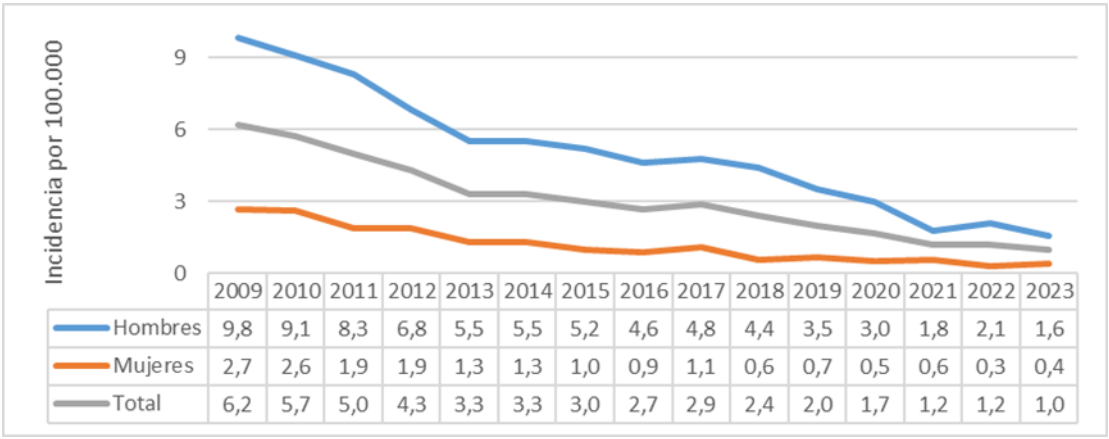
Gráfico 23. Casos de sida. CM. Años 1982-2023. Número de casos por año de diagnóstico.



En el año 2023 se han diagnosticado 66 casos de sida, 53 (80,3) son hombres. La edad media al diagnóstico fue de 42,8 años en hombres y de 44,3 años en mujeres. El 67,9% de los hombres y el 69,2% de las mujeres habían nacido fuera de España. El 35,8% de los hombres fueron HSH y el 61,5% de las mujeres adquirieron el VIH mediante relaciones heterosexuales.

En los últimos 15 años (2009-2023) ha ido descendiendo la incidencia de casos de sida progresivamente tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 24).

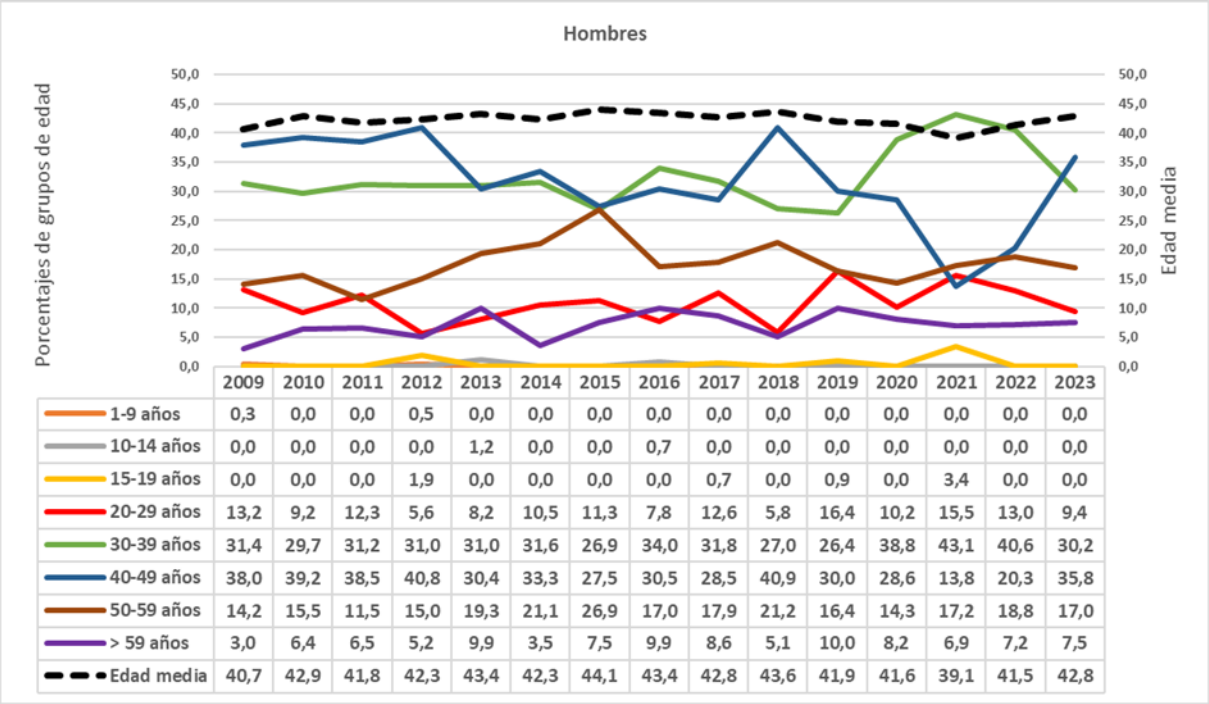
Gráfico 24. Casos de sida. CM. Años 2009-2023. Incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico.



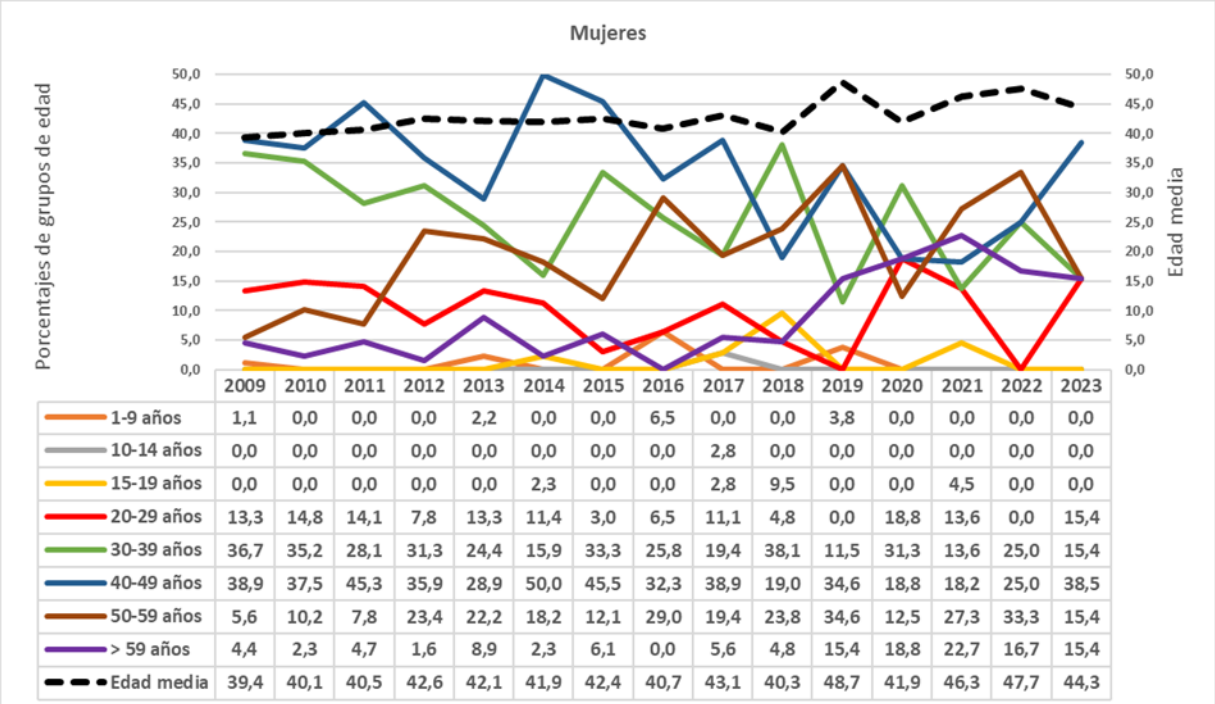
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	9,8	9,1	8,3	6,8	5,5	5,5	5,2	4,6	4,8	4,4	3,5	3,0	1,8	2,1	1,6
Mujeres	2,7	2,6	1,9	1,9	1,3	1,3	1,0	0,9	1,1	0,6	0,7	0,5	0,6	0,3	0,4
Total	6,2	5,7	5,0	4,3	3,3	3,3	3,0	2,7	2,9	2,4	2,0	1,7	1,2	1,2	1,0

La edad media en el periodo 2009-2023 en hombres se ha mantenido entre 39 y los 44 años de edad, con una subida entre 2021 y 2023 de 39 años a 42 años. En mujeres ha ido aumentando de 39 años en 2009 hasta los 47 años en 2022, aunque en 2023 ha descendido a los 44 años de edad. En hombres el grupo de edad más frecuente es el de 40-49 años, desde 2016 el grupo de edad 30-39 años alterna con el de 40-49 años como los más frecuentes. En mujeres, hasta el año 2017, el grupo de edad más frecuente era el de 40-49 años de edad. En los años siguientes también aparecen como más frecuentes el de 30-39 años y 50-59 años (Gráfico 25).

Gráfico 25. Casos de sida. CM. Años 2009-2023. Edad media y grupos de edad al diagnóstico según sexo y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1-9 años	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14 años	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19 años	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,9	0,0	3,4	0,0	0,0
20-29 años	13,2	9,2	12,3	5,6	8,2	10,5	11,3	7,8	12,6	5,8	16,4	10,2	15,5	13,0	9,4
30-39 años	31,4	29,7	31,2	31,0	31,0	31,6	26,9	34,0	31,8	27,0	26,4	38,8	43,1	40,6	30,2
40-49 años	38,0	39,2	38,5	40,8	30,4	33,3	27,5	30,5	28,5	40,9	30,0	28,6	13,8	20,3	35,8
50-59 años	14,2	15,5	11,5	15,0	19,3	21,1	26,9	17,0	17,9	21,2	16,4	14,3	17,2	18,8	17,0
> 59 años	3,0	6,4	6,5	5,2	9,9	3,5	7,5	9,9	8,6	5,1	10,0	8,2	6,9	7,2	7,5
Edad media	40,7	42,9	41,8	42,3	43,4	42,3	44,1	43,4	42,8	43,6	41,9	41,6	39,1	41,5	42,8

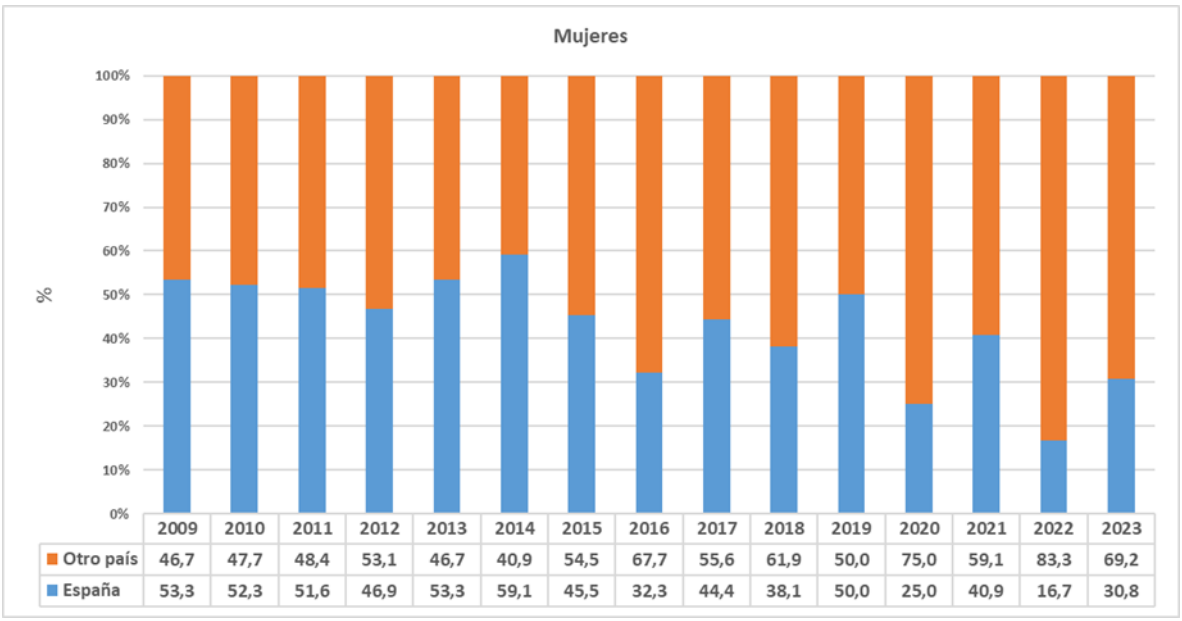


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1-9 años	1,1	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	2,8	9,5	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0
20-29 años	13,3	14,8	14,1	7,8	13,3	11,4	3,0	6,5	11,1	4,8	0,0	18,8	13,6	0,0	15,4
30-39 años	36,7	35,2	28,1	31,3	24,4	15,9	33,3	25,8	19,4	38,1	11,5	31,3	13,6	25,0	15,4
40-49 años	38,9	37,5	45,3	35,9	28,9	50,0	45,5	32,3	38,9	19,0	34,6	18,8	18,2	25,0	38,5
50-59 años	5,6	10,2	7,8	23,4	22,2	18,2	12,1	29,0	19,4	23,8	34,6	12,5	27,3	33,3	15,4
> 59 años	4,4	2,3	4,7	1,6	8,9	2,3	6,1	0,0	5,6	4,8	15,4	18,8	22,7	16,7	15,4
Edad media	39,4	40,1	40,5	42,6	42,1	41,9	42,4	40,7	43,1	40,3	48,7	41,9	46,3	47,7	44,3

El porcentaje de personas diagnosticadas de sida que habían nacido fuera de España en el año 2023 ha sido del 67,9% en hombres y de 69,2% en mujeres. Estos porcentajes han ido aumentando a lo largo de toda la serie (Gráfico 26).

Gráfico 26. Casos de sida. CM. Años 2009-2023. Porcentajes por lugar de nacimiento, sexo y año de diagnóstico.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otro país	34,7	34,3	33,5	33,3	29,2	32,2	40,6	46,1	39,7	49,6	52,7	51,0	56,9	59,4	67,9
España	65,3	65,7	66,5	66,7	70,8	67,8	59,4	53,9	60,3	50,4	47,3	49,0	43,1	40,6	32,1



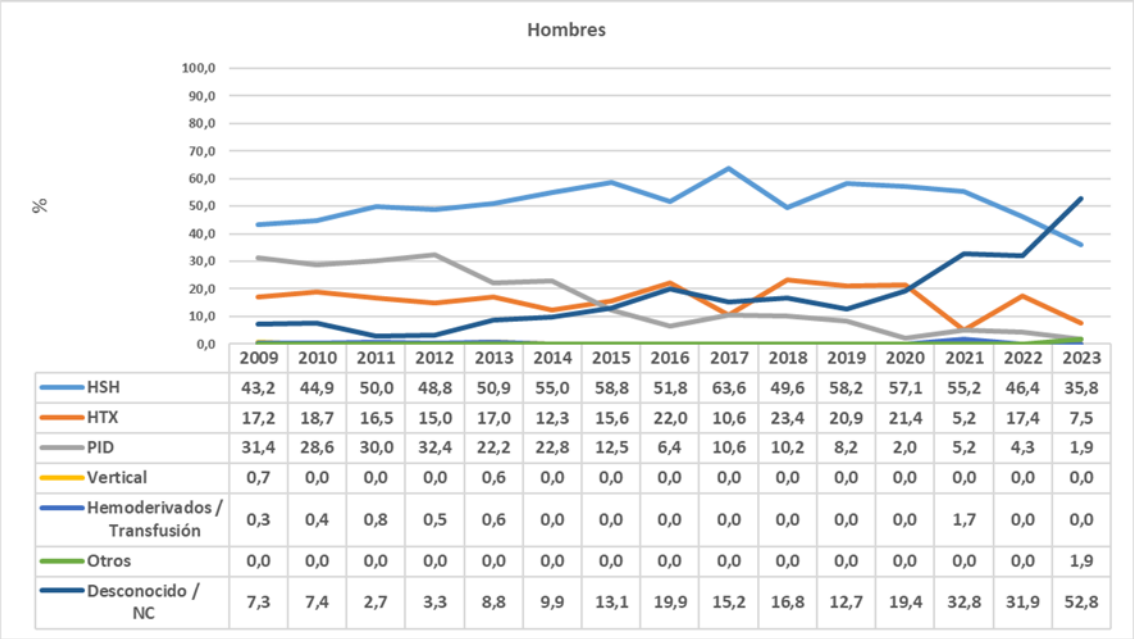
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Otro país	46,7	47,7	48,4	53,1	46,7	40,9	54,5	67,7	55,6	61,9	50,0	75,0	59,1	83,3	69,2
España	53,3	52,3	51,6	46,9	53,3	59,1	45,5	32,3	44,4	38,1	50,0	25,0	40,9	16,7	30,8

En hombres la mayoría de los casos de sida son HSH. El porcentaje de casos de sida en personas que adquirieron la infección por el uso de drogas inyectadas ha ido disminuyendo desde 2009.

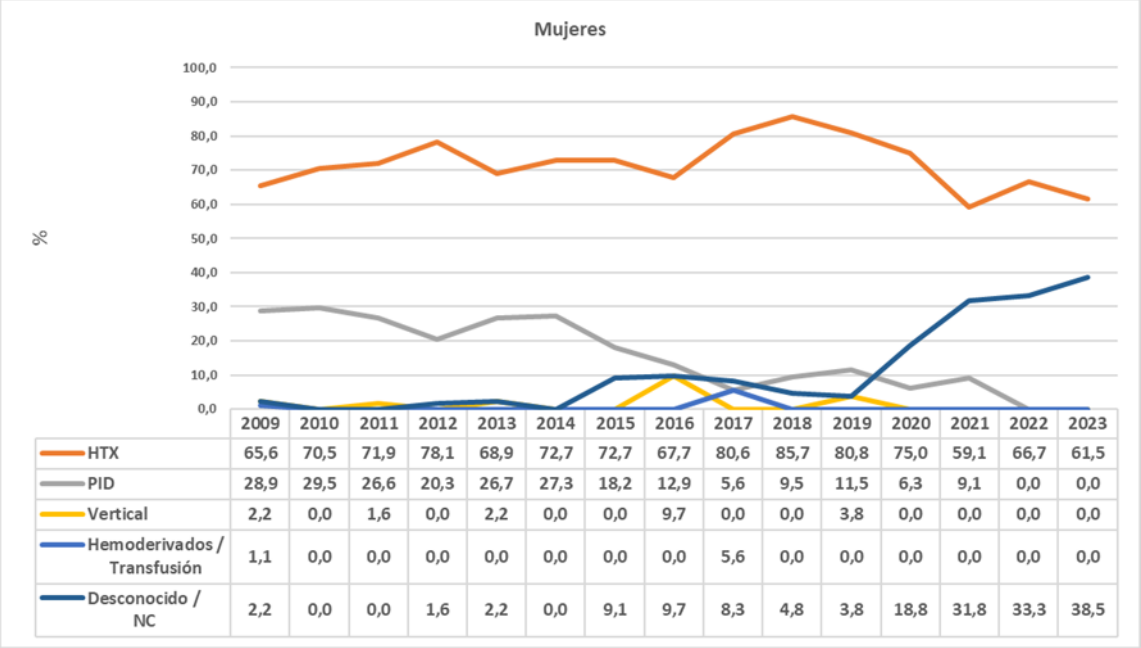
En mujeres los casos de sida adquirieron la infección fundamentalmente por relaciones HTX. Se observa una disminución del porcentaje de PID a lo largo de estos años (Gráfico 27).

Desde el año 2020 se aprecia un aumento del porcentaje de casos con modo de transmisión desconocido o no consta en la revisión de las historias clínicas de los casos notificados.

Gráfico 27. Casos de sida. CM. Años 2009-2023. Porcentajes según modo de transmisión, sexo y año de diagnóstico.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HSH	43,2	44,9	50,0	48,8	50,9	55,0	58,8	51,8	63,6	49,6	58,2	57,1	55,2	46,4	35,8
HTX	17,2	18,7	16,5	15,0	17,0	12,3	15,6	22,0	10,6	23,4	20,9	21,4	5,2	17,4	7,5
PID	31,4	28,6	30,0	32,4	22,2	22,8	12,5	6,4	10,6	10,2	8,2	2,0	5,2	4,3	1,9
Vertical	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados / Transfusión	0,3	0,4	0,8	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Desconocido / NC	7,3	7,4	2,7	3,3	8,8	9,9	13,1	19,9	15,2	16,8	12,7	19,4	32,8	31,9	52,8



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HTX	65,6	70,5	71,9	78,1	68,9	72,7	72,7	67,7	80,6	85,7	80,8	75,0	59,1	66,7	61,5
PID	28,9	29,5	26,6	20,3	26,7	27,3	18,2	12,9	5,6	9,5	11,5	6,3	9,1	0,0	0,0
Vertical	2,2	0,0	1,6	0,0	2,2	0,0	0,0	9,7	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados / Transfusión	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desconocido / NC	2,2	0,0	0,0	1,6	2,2	0,0	9,1	9,7	8,3	4,8	3,8	18,8	31,8	33,3	38,5

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas), NC (No consta)

En el año 2023 la enfermedad definitoria de sida más frecuente fue la tuberculosis pulmonar y/o diseminada, seguido de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Considerando todo el periodo 2009-2023 la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* fue la enfermedad definitoria de sida más frecuente. La segunda enfermedad en frecuencia fue la tuberculosis pulmonar y/o diseminada salvo en el periodo 2014-2018 donde el sarcoma de Kaposi superó a la tuberculosis (Tablas 9 y 10).

Tabla 9. Casos de sida. CM. Años 2009-2023. Enfermedades definitorias de sida.

2009-2013			2014-2018			2019-2023		
	n	%		n	%		n	%
Neumonía *Pneumocystis jirovecii*	373	20,7	Neumonía *Pneumocystis jirovecii*	271	25,2	Neumonía *Pneumocystis jirovecii*	141	22,6
Tuberculosis pulmonar/diseminada	334	18,6	Sarcoma de Kaposi	157	14,6	Tuberculosis pulmonar/diseminada	82	13,2
Sarcoma de Kaposi	209	11,6	Tuberculosis pulmonar/diseminada	146	13,6	Candidiasis esofágica	62	10,0
Candidiasis esofágica	201	11,2	Candidiasis esofágica	119	11,1	Sarcoma de Kaposi	62	10,0
Linfoma no Hodgkin	121	6,7	Linfoma no Hodgkin	68	6,3	Caquexia VIH	52	8,3
Neumonías bacterianas de repetición	103	6,1	Toxoplasmosis cerebral	47	4,4	Linfoma no Hodgkin	50	8,0
Toxoplasmosis cerebral	87	4,8	Enfermedad por CMV	45	4,2	Toxoplasmosis cerebral	35	5,6
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	67	3,6	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	38	3,5	Enfermedad por CMV	34	5,5
Enfermedad por CMV	62	3,4	Neumonías bacterianas de repetición	34	3,2	Encefalopatía VIH	17	2,7
Encefalopatía VIH	53	3,0	Encefalopatía VIH	31	2,9	Criptococosis diseminada	15	2,4
Otras	189	10,2	Otras	118	11,0	Otras	73	11,7

Tabla 10. Casos de sida. CM. Año 2023. Enfermedades definitorias de sida.

2023		
	n	%
Tuberculosis diseminada/extrapulmonar	17	18,1
Neumonía *Pneumocystis jirovecii*	13	13,8
Enfermedad por CMV	10	10,6
Caquexia VIH	10	10,6
Sarcoma de Kaposi	9	9,6
Linfoma no Hodgkin	9	9,6
Candidiasis esofágica	6	6,4
Criptococosis diseminada	4	4,3
Criptosporidiasis intestinal	4	4,3
Toxoplasmosis cerebral	2	2,1
Otras	10	10,6

6. CONCLUSIONES

Desde el año 2009 hasta 2020 se observa un descenso del número de infecciones por VIH diagnosticadas en personas residentes en la CM junto con un descenso de la incidencia. En 2009 se diagnosticaron más de 1300 infecciones con una incidencia mayor de 20 por 100.000 y en 2020 se diagnosticaron menos de 700 casos con na incidencia de 10 por 100.000. En los años posteriores hasta 2023 tanto la cifra total de infecciones diagnosticadas como la incidencia se mantiene en cifras similares a las del año 2020.

La mayoría de las personas diagnosticadas de infección por VIH/sida en el periodo 2009-2023 eran hombres, aumentando a lo largo de estos años su porcentaje con respecto al de mujeres; con edades

comprendidas entre los 20 y los 39 años de edad, con media de edad al diagnóstico de 35 años observándose mayor edad en mujeres que en hombres.

El porcentaje de personas nacidas fuera de España que se diagnostican de VIH residiendo en la CM aumenta a lo largo de los últimos 10 años, de manera importante en hombres. Además, este aumento se observa principalmente en personas procedentes de América Latina y Caribe, tanto hombres como mujeres.

La principal vía de transmisión es la sexual, con predominio de las relaciones sexuales entre hombres.

En el año 2023 las personas diagnosticadas de infección por VIH fueron en su mayoría hombres con edad media de 35 años y con un mayor porcentaje de diagnósticos en personas nacidas fuera de España con respecto a los años anteriores.

El retraso en el diagnóstico, importante por su trascendencia clínica y de salud pública, descendió en el año 2023, después de aumentar progresivamente desde 2016. Menos de una cuarta parte presentaba enfermedad avanzada (<200 linfocitos CD4/µl) en el momento del diagnóstico y menos de la mitad presentaba diagnóstico tardío (<350 linfocitos CD4/µl). Según aumenta la edad de diagnóstico, cuando la vía de transmisión es HTX ó PID y en personas nacidas fuera de España nos encontramos un mayor retraso diagnóstico.

El descenso importante del número de infecciones por VIH diagnosticadas en la CM nos indica que las medidas “Test and Treat”, tratamiento inmediato para pacientes recién diagnosticados con VIH, y la profilaxis pre-exposición (PrEP), entre otras intervenciones, resultan eficaces para controlar la epidemia de VIH. Aun así, el porcentaje de retraso diagnóstico de la infección continúa siendo importante, sobre todo en grupos muy específicos. Para seguir mejorando en el control del VIH, sobre todo conseguir un mejor diagnóstico es necesario una estrategia multidisciplinar para garantizar el acceso al sistema sanitario que facilite el diagnóstico y el tratamiento precoz. Así como concienciar a los profesionales sanitarios en el diagnóstico de la infección en personas con prácticas de riesgo. También es necesario seguir aplicando medidas preventivas, con intervenciones en grupos de población clave, en personas especialmente vulnerables; realizar promoción de salud sexual, educación sexual integral.

Los casos de sida continúan descendiendo desde 1996 hasta hoy día, debido a la contribución del TAR. En los nuevos casos de sida, la vía sexual de adquisición del VIH tiene cada vez más importancia, aunque se mantiene un número importante de casos en PID.

Informe elaborado por: Carlos Cevallos García. 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 del VIH/sida en la Comunidad de Madrid por su colaboración aportando información para el mantenimiento del sistema de vigilancia de las infecciones por el VIH/sida.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de sida diagnosticados en residentes de la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2023. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2024.

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid

Comunidad de Madrid

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD