
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EN ANDALUCIA. AÑOS 2011- 2016

Monografía Vol. 22, Nº 9
Diciembre de 2017

**Dirección General de Salud Pública y Ordenación
Farmacéutica
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.**

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
ANDALUCIA. AÑOS 2011- 2016

Monografía Vol. 22, Nº 9
Diciembre de 2017

Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

DOMINGUEZ LOPEZ, Santiago Leovigildo
Infecciones de transmisión sexual en Andalucía. Año 2016
[autor, Dominguez López, Santiago Leovigildo y colab].
[Sevilla]: Consejería de Salud, [2017]
40p. Tablas 20. Sistema de Vigilancia Epidemiológica
de Andalucía: Monografía; vol 22, n°9

Colección Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía: Monografías
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía
<https://www.repositoriosalud.es>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

EDITA: Consejería de Salud
Avda/ Innovación s/n
41020-Sevilla

Autoría:

Equipo de trabajo:

Santiago Leovigildo Domínguez López (MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública, en rotación en el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral).

Gloria Andérica Frías (Servicio de Vigilancia y Salud Laboral).

ÍNDICE

Tabla de contenido

I.	INTRODUCCIÓN	8
II.	SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL MUNDO Y EUROPA	10
III.	SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA.....	12
IV.	SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ANDALUCÍA	13
1.	OBJETIVO	14
2.	MÉTODO	14
3.	RESULTADOS: EVOLUCION DE LAS ITS 2011-2016.....	14
4.	SÍFILIS	19
5.	INFECCIÓN POR <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	23
6.	INFECCIÓN GONOCÓCICA.....	27
7.	HERPES GENITAL.....	31
V.	CONCLUSIONES.....	35
VI.	RECOMENDACIONES	36
VII.	BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....	37
VIII.	ANEXOS	39

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas infecciones cuyo contagio primario se produce por contacto sexual. Son las enfermedades transmisibles más frecuentes en todas las sociedades. Se calcula, por ejemplo, que cada año aparecen 357 millones de casos nuevos de ITS curables a nivel mundial (OMS 2012), constituyéndose de esta manera como un problema mayor de salud pública.

Tradicionalmente este grupo de enfermedades comprendía sífilis, gonorrea y chancroide. En los últimos 30 años, el número de microorganismos identificados, diseminados por vía sexual ha ido en aumento (ver Anexo I).

La importancia de las ITS se deriva de los siguientes aspectos:

- presentan una elevada morbilidad (ocupan un lugar importante dentro de la morbilidad atribuida a las enfermedades infectocontagiosas)

- producen importantes secuelas e invalideces si no se diagnostican y se tratan a tiempo como: infecciones congénitas, complicaciones en los lactantes, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), embarazos ectópicos, esterilidad, carcinomas de cuello uterino, etc.

- poseen una tendencia inconstante y heterogénea ya que en su etiopatogenia confluyen numerosas variables, no sólo biomédicas sino también socioculturales y políticas.

- existe una sinergia epidémica entre las ITS y la infección por VIH/SIDA (numerosos estudios apuntan que la frecuencia de ITS es mayor en personas VIH positivas, y que el riesgo de estar infectado por el VIH es de 2 a 5 veces mayor en personas con otras ITS. Esto se explicaría por una parte porque los niveles de ARN del VIH se hallan aumentados hasta 10 veces en semen de pacientes con otras infecciones, y por otra parte porque los linfocitos CD4+ son atraídos a las superficies ulceradas o a endocérnix, (tanto en infecciones ulcerativas como en no ulcerativas), desapareciendo las barreras epitelio-mucosas y aumentando así la susceptibilidad del individuo).

- acarrear unos costes directos económicos y sociales elevadísimos (16.000 millones de dólares americanos en EEUU en 2008)

El patrón epidemiológico no es homogéneo ya que depende de variables de índole sociocultural, económicas, geográficas y políticas, como por ejemplo las prácticas sexuales de la comunidad, la tasa de recambio de parejas sexuales, el uso de medidas barrera, el acceso a servicios preventivos, o de diagnóstico y tratamiento precoces etc. El índice de diseminación de una ITS vendría dado por la exposición de las personas predispuestas (número de parejas sexuales por unidad de tiempo), la eficacia de la transmisión (probabilidad de transmisión por contacto sexual desprotegido) y la duración del periodo infeccioso.

El reservorio de estas enfermedades, así como la fuente de infección, es humano, existiendo un mayor riesgo en determinadas fracciones de la población (adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos y activas, usuarios/as de drogas por vía parenteral, trabajadores/as y usuarios/as del sexo...). Muestran una gran variabilidad e inespecificidad clínica ya que hasta el 40% presentan coinfecciones mixtas. En muchas ocasiones la infección se mantiene asintomática y aumenta el número de portadores sanos, dificultando así el reconocimiento de la propia situación patológica y retrasando la búsqueda de asistencia, por lo que se retrasa también el diagnóstico y el tratamiento.

Por todo esto, no es posible observar un patrón de distribución y de transmisión lineal a lo largo del tiempo y del espacio, aunque tradicionalmente sí se han podido diferenciar algunas tendencias generales. La frecuencia

de las ITS era fluctuante hasta los años 40, en los que la introducción de la penicilina en la práctica médica originó un notable descenso de la morbimortalidad de las ITS. A partir de los años 60, se produjeron una serie de cambios socioculturales que favorecieron el repunte de éstas. La introducción del VIH en los años 80 también tuvo una gran influencia en la incidencia de las ITS. En la década de los 90 y principios del 2000 se detecta un aumento de las notificaciones, propiciadas en gran parte por la mejoría de los sistemas de registro.

La historia natural de la enfermedad y la respuesta al tratamiento muestra modelos de distribución diferentes en función de la etiología bacteriana o viral de las ITS. En el caso de las infecciones bacterianas, al ser curables, es posible reducir su incidencia y prevalencia mediante campañas intensivas de diagnóstico y tratamiento precoces, disminuyendo la duración del periodo contagioso. Esto se ha traducido en una disminución de la incidencia y prevalencia en países desarrollados, mientras que en los subdesarrollados la duración del periodo infeccioso y las secuelas son muy importantes. En el caso de las enfermedades virales, que carecen de tratamiento curativo, la tendencia es hacia la cronicidad, por lo que los individuos son contagiosos durante periodos de tiempo más largos. Por ello, y sin programas de prevención primaria que incluyan fomento de prácticas saludables y/o vacunación, la prevalencia de este tipo de infecciones va en aumento, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.

Las diferencias de tasas de incidencia entre países desarrollados pueden explicarse en parte por las diferencias en los sistemas de vigilancia de estas enfermedades y sus registros, por la mejora de servicios sanitarios y por la existencia o no de educación sanitaria.

Con el fin de combatir esta situación, la OMS ha propuesto una serie de estrategias que fomenten la prevención y control de las ITS a nivel mundial que son las que se recogen a continuación:

- Vigilancia de las tendencias de morbilidad y de la eficacia de las intervenciones a través de encuestas epidemiológicas, de vigilancia y etiológicas

- Adaptación y validación de diagramas de flujo para las recomendaciones y directrices relativas al tratamiento clínico

- Establecimiento de sistemas nacionales de competencia y control de la calidad para el diagnóstico de laboratorio

- Impartición de talleres de formación sobre diagnóstico de laboratorio

- Evaluación del funcionamiento y del coste-eficacia de las nuevas pruebas diagnósticas

- Recogida de datos sobre sensibilidad a los antimicrobianos y formulación de recomendaciones al respecto en los centros de derivación de casos

- Realización de diagnóstico en los casos en los que fracase el tratamiento clínico y en los que sea necesario con fines forenses (por ejemplo, casos de violaciones o de abusos sexuales)

- Instauración y/o refuerzo de programas de detección precoz de las infecciones gonocócicas y las chlamydiasis asintomáticas, especialmente en determinados sectores de la población, como los hombres y mujeres jóvenes sexualmente activos

-Apoyar las encuestas de vigilancia

- Realización de pruebas serológicas sistemáticas de detección de la sífilis en embarazadas

II. SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL MUNDO Y EUROPA

Según la OMS, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, son extremadamente frecuentes en muchos países en vías de desarrollo, especialmente en África subsahariana. En 2012, se estimaron 357,4 millones de nuevas infecciones (aproximadamente 1 millón por día) de las cuatro ITS curables: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis

Los últimos datos de 2012 apuntan que cada año aparecen 131 millones de casos de Chlamydia, 78 millones de casos de Infección Gonocócica, 5,6 millones de casos de Sífilis, y 143 millones de casos de tricomoniasis. Más de 500 millones de personas padecen una infección genital por Herpes, y más de 290 millones de mujeres tienen una infección por el Virus del Papiloma Humano.

En Europa, el ECDC establece la vigilancia epidemiológica para la infección por Chlamydia, el linfogranuloma venéreo, la infección gonocócica, la sífilis, y la sífilis congénita. En el año 2014 publicó un informe anual sobre las enfermedades de declaración obligatoria. En el tema que nos ocupa se recogen los resultados recogidos en la tabla 2.

En el informe se recoge que la ITS con mayor número de casos comunicados fue la infección genital por *Chlamydia Trachomatis*. Más de un cuarto de millón de casos fue registrado en 22 países de la Unión Europea. Los dos tercios de los casos fueron declarados en el grupo de edad de 20 a 24 años, siendo la proporción más elevada entre las mujeres. Esta diferencia de detecciones entre mujeres y varones puede ser debida a un mayor acceso a las pruebas de screening por parte de ellas. Se sospecha que la verdadera incidencia de esta patología es mucho mayor al existir probablemente un subregistro de casos y un porcentaje alto de asintomáticos. La tendencia es más o menos estable, con algunas fluctuaciones menores desde 2008.

La infección gonocócica es la segunda ITS más declarada en Europa. Se observa que se declaran más casos de enfermedad en varones (78 %), de edad comprendida entre los 20 y los 35 años. En el caso de las mujeres, hasta en un 67.8% de los casos, la edad era inferior a 25 años. Un tercio de los casos aparecieron en hombres que mantenían sexo con hombres, lo que supuso un 69% del total de hombres diagnosticados. La aparición de resistencias a las cefalosporinas de tercera generación (tratamiento de primera línea de la infección) constituye un nuevo reto para la salud pública. Se ha observado la aparición de nuevas cepas resistentes a Ceftriaxona, que fácilmente podrían diseminarse por toda Europa. Éstas representan el 0,4%. Las resistencias a Ciprofloxacino y a Azitromicina permanecen sin grandes fluctuaciones (alrededor del 52,9% en el caso del Ciprofloxacino, frente a un 50% en 2012; y en el caso de la Azitromicina ha pasado de 5,3% en 2012 a 5,4%).

Tabla 1. Incidencia de ITS declaradas en los países europeos. Atlas ECDC

Enfermedad	Tendencia general (10 años)	Tasa de Incidencia en la UE por 100.000 hab. (2015)	Grupo de edad más afectado (2015)
Infección por Chlamydia trachomatis	↓	172.96	15-24
Gonorrea	↑	18.75	15-24
Hepatitis B	↓	4.7	25-34
Hepatitis C	↑	9.27	25-44
HIV	↑	6.3	25-44
SIDA	↓	0.8	25-44
Sífilis	↑	5.97	25-34
Sífilis congénita	↓	1.02*	-

(*)Tasa por 100.000 nacidos vivos

Fuente: Elaboración propia a partir de: ECDC

<https://ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectious-diseases>

La sífilis se presentó cuatro veces más entre los varones que entre las mujeres. Casi la mitad de los casos registrados, fueron entre hombres que tenían sexo con otros hombres, y la mayoría se presenta por encima de los 25 años. En Europa se ha observado que hasta mediados de los 90 la notificación de esta enfermedad en los países de Europa del Este era baja, si bien en los últimos 10 años se ha descrito un incremento de los casos de sífilis en las poblaciones de ciertas ciudades a modo de brotes entre la población de hombres que mantenían relaciones con hombres. Con posterioridad se ha observado que se han producido también brotes de esta enfermedad en otros subgrupos poblacionales como trabajadores del sexo y sus clientes, inmigrantes y adultos heterosexuales.

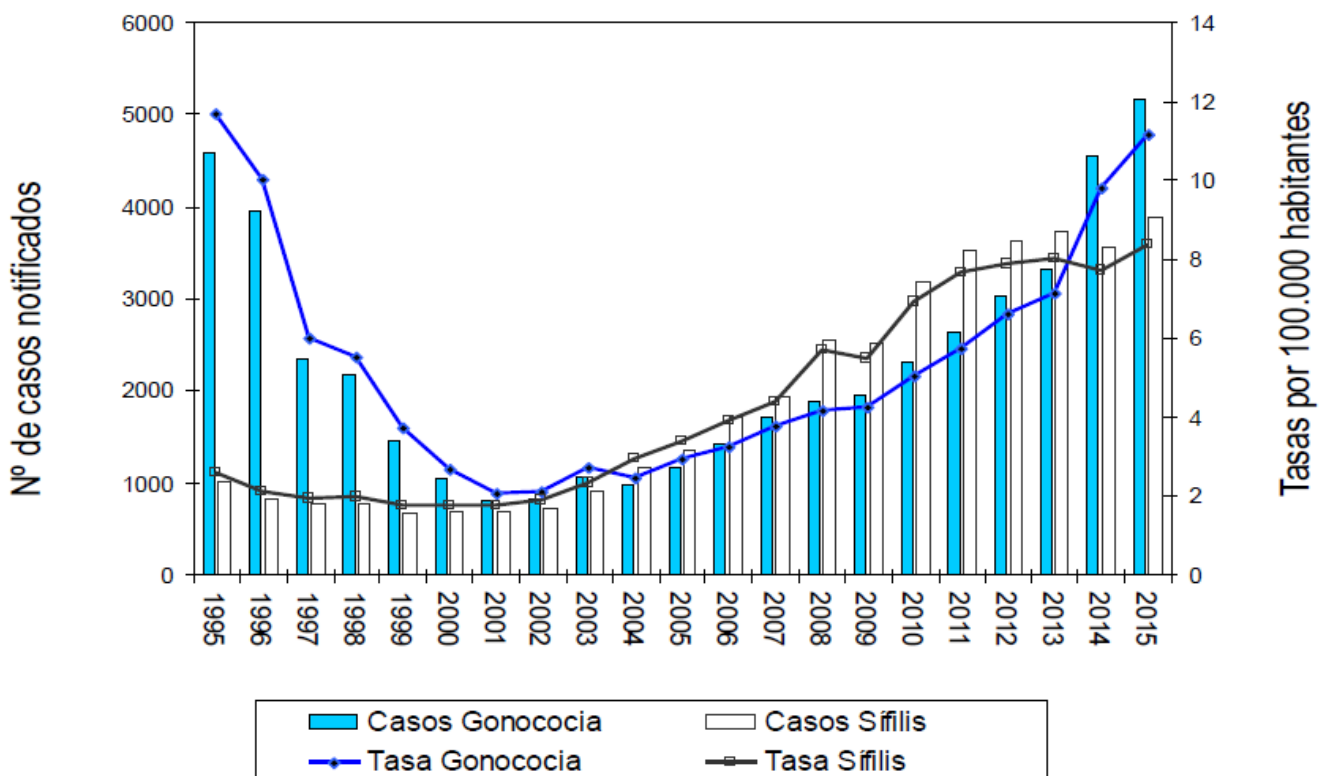
III. SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA

En España, las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica por la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica) han pasado de cuatro a seis, tras la aprobación en marzo de 2015 de la orden que modifica el listado. A las clásicamente incluidas (sífilis, sífilis congénita, infección gonocócica e infección por VIH) se han sumado la infección por *Chlamydia Trachomatis* (serovares D-K) y el linfogranuloma venéreo (ocasionado por los serovares L1, L2, L3 de *Chlamydia Trachomatis*).

La tendencia creciente de las ITS declaradas a la RENAVE se mantiene desde el año 2000. Desde el año 2004 al 2013 la tasa de casos de sífilis creció por encima de la de gonorrea, aunque esto ha cambiado desde el año 2013 con un aumento exponencial de la gonorrea. Durante este periodo no se han producido cambios en el sistema de registro que pudiesen justificar esta tendencia para las dos enfermedades. En el año 2015 se notificaron 3.886 casos de sífilis y 5.170 de infección gonocócica (tasas por 100.000 habitantes de 8,37 para la sífilis y 11,14 para la gonorrea).

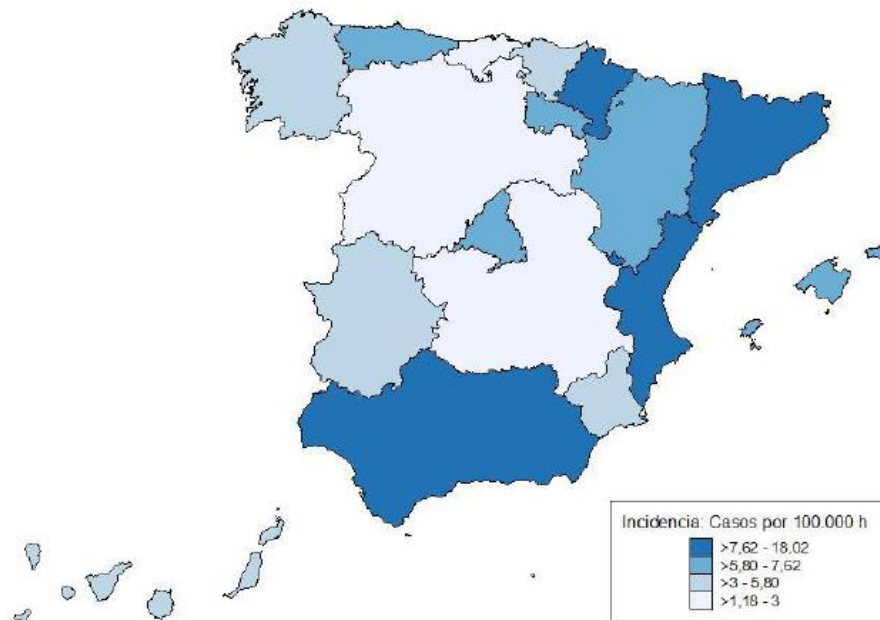
De las infecciones de transmisión sexual vigiladas por el Sistema de información microbiológica nacional (SIM) en el año 2015 se notificaron 3.684 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis* y 803 por herpes genital, siendo más frecuentes en el grupo de 25 a 34 años y en mujeres.

Figura 1. Incidencia de Infecciones de transmisión sexual. N° de casos y tasas por 100.000hab. España 1995-2015



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 2. Incidencia de sífilis por Comunidad Autónoma, 2015 Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

IV. SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ANDALUCÍA

La vigilancia de las ITS en Andalucía lleva un largo recorrido, de tal manera que Herpes genital, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Infección gonocócica, Sífilis y Sífilis congénita se declaran desde el año 1996 tal y como aparece en la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. En el año 2015 se añade el Linfogranuloma Venéreo, mediante la orden de 12 de noviembre de 2015. Andalucía tiene la particularidad de que lleva realizando una vigilancia del Herpes Genital como EDO desde el año 1996 mientras que a nivel nacional no se realiza.

Actualmente en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se contempla en el área I, de atención a la persona, y concretamente en atención específica, las infecciones de transmisión sexual, también se contempla en Otros servicios los dispositivos de apoyo la atención de las enfermedades de transmisión sexual (Centros de ITS). Por tanto, coexisten dos modelos de atención.

Los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual en Andalucía se constituyeron a partir del año 1989. Su misión consiste en dar cobertura sanitaria a determinados colectivos de la población que presentan especial riesgo de contraer estas enfermedades. La atención se lleva a cabo por personal especializado. La ubicación de estos centros se realizó de acuerdo a criterios de proximidad y de fácil acceso a la población a quien va destinada. Una de las intenciones era la de mantener el anonimato y la absoluta confidencialidad de los datos para fomentar la captación de la población diana.

En Andalucía actualmente contamos con cuatro Centros Especializados en Infecciones de Transmisión Sexual que se ubican en: Sevilla, Algeciras (Cádiz), Málaga, y Granada.

Las actividades desarrolladas por cada centro a lo largo del tiempo se han ido conformando según las necesidades detectadas por profesionales que están a cargo de los mismos, centrándose en la actividad asistencial (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), recogida de muestras, actividades de promoción de la salud y educación sanitaria tanto para la población en riesgo como para profesionales de la salud.

1. OBJETIVO

El objetivo de este informe es el de analizar la situación, evolución y características de las personas afectadas por las infecciones de transmisión sexual en Andalucía en el periodo 2011-2016 y elaborar propuestas de intervenciones necesarias para el control de este tipo de patologías en nuestra sociedad.

2. MÉTODO

Estudio descriptivo de las características epidemiológicas y de las tendencias básicas de las infecciones de transmisión sexual (Herpes genital, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Linfogramuloma venéreo, Infección gonocócica, Sífilis y sífilis congénita), en Andalucía en el periodo 2011- 2016. Se ha utilizado como fuente de información RedAlerta:

Se han seleccionado sólo los casos confirmados y probables para Sífilis y Sífilis congénita, I. gonocócica, Herpes Genital y linfogranuloma venéreo; y para la infección por *Chlamydia Trachomatis* sólo los casos confirmados. Según los protocolos del sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía

Para la variable lugar del caso se ha extraído de la variable lugar de residencia en RedAlerta.

Para la variable año se ha extraído de la variable Fecha de Inicio de Síntomas.

Para los datos de poblaciones se ha utilizado el padrón poblacional de los años 2011-2016.

Los grupos de edad se han elegido según la clasificación utilizada para sus informes del Centro Nacional de Epidemiología.

Para el análisis de los datos se ha utilizado Epiinfo 7 y tablas dinámicas de Microsoft Excell.

3. RESULTADOS: EVOLUCION DE LAS ITS 2011-2016

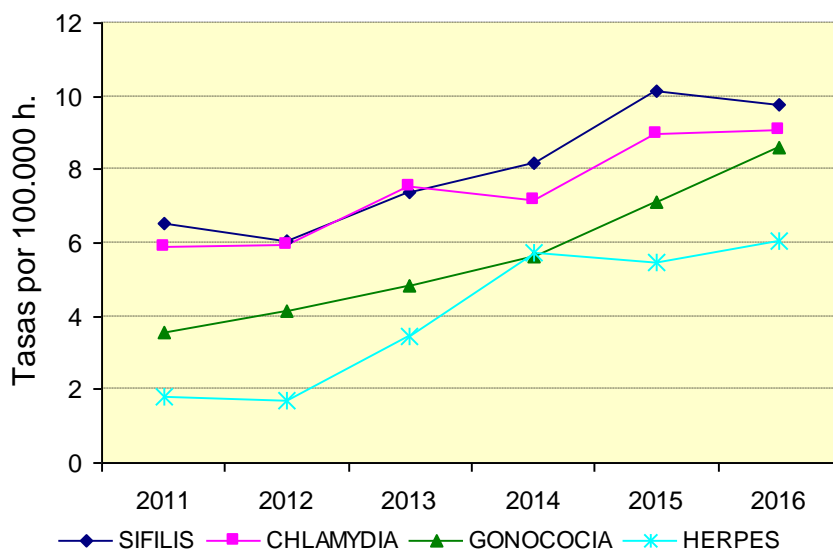
En Andalucía entre el año 2011 y el año 2016, se han declarado 12.681 casos de ITS. En la siguiente tabla puede observarse la evolución del número de casos de cada ITS analizada, en este periodo. Se advierte que el total de casos ha aumentado para todas las ITS. El número de casos declarados ha sido mayor para la sífilis y la infección por *Chlamydia trachomatis*.

Tabla 2. Evolución de casos ITS, años 2011-2016. Andalucía

ITS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Herpes Genital	154	142	293	483	461	508	2041
I. <i>Chlamydia T.</i>	495	504	637	601	754	763	3754
I. gonocócica	301	348	406	472	597	722	2846
Sífilis	552	511	621	685	852	819	4040
TOTAL ITS	1502	1505	1957	2241	2664	2812	12681

Fuente RedAlerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

Grafico 3. Evolución Tasas de Sífilis, *Chlamydia*, I. Gonocócica y Herpes genital. Andalucía 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Tabla 3. Evolución de tasas ITS, años 2011-2016. Andalucía

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Herpes Genital	1,83	1,68	3,47	5,75	5,49	6,06
Infección Genital por <i>Chlamydia T.</i>	5,88	5,96	7,55	7,15	8,98	9,10
Infección gonocócica	3,57	4,12	4,81	5,62	7,11	8,61
Sífilis	6,55	6,05	7,36	8,15	10,14	9,76

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

El herpes genital es la patología que ha aumentado más rápidamente entre 2011 a 2016, con un incremento del 231% en sus tasas de incidencia, seguido de la gonocócica con un incremento de 141%, la *Chlamydia trachomatis* ha aumentado un 54%, y la sífilis un 48%. Estos incrementos también se reflejan en el número de casos.

Tabla 4. Incremento porcentual de las ITS en Andalucía entre 2011 y 2016

ITS	CASOS			TASAS		
	2011	2016	Incremento %	2011	2016	Incremento %
Herpes Genital	154	508	230%	1,83	6,06	231%
I Genital por <i>Chlamydia T.</i>	495	763	54%	5,88	9,1	55%
Infección gonocócica	301	722	140%	3,57	8,61	141%
Sífilis	552	819	48%	6,55	9,76	49%

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

TENDENCIA POR PROVINCIA 2011_2016 y DISTRITO SANITARIO 2016

En la siguiente tabla se recoge la evolución del número de casos declarados en Andalucía entre los años 2011–2016 según la provincia declarante y tipos de ITS.

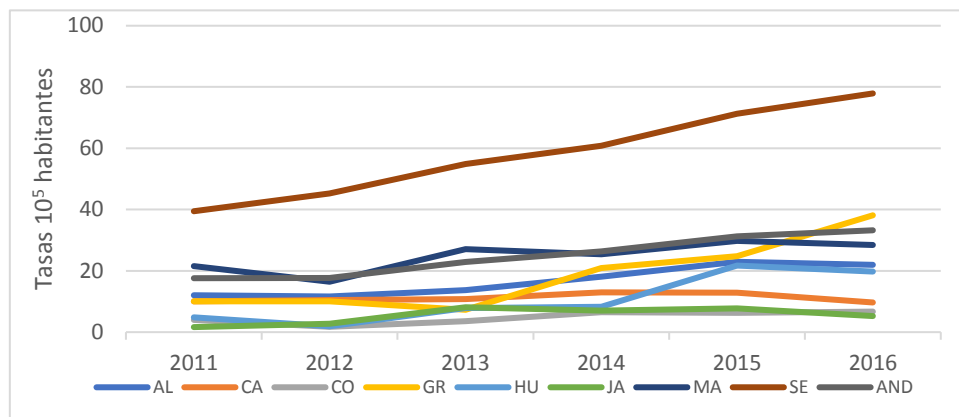
Tabla 5. Número de casos y tasas de Sífilis, Infección gonocócica, Chlamydia Trachomatis y herpes genital, por provincia y Andalucía. Años 2011-2016.

	AÑO	S/N		Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
		N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
Sífilis	2011	6	45	6,4	77	6,19	15	1,86	60	6,49	5	0,96	7	1,04	121	7,44	216	11,2	552	6,55	
	2012	3	48	6,82	59	4,74	11	1,37	59	6,39	5	0,96	14	2,09	100	6,09	212	10,9	511	6,05	
	2013	5	41	5,86	45	3,63	17	2,12	29	3,15	16	3,07	42	6,32	111	6,72	315	16,2	621	7,36	
	2014	12	46	6,56	40	3,23	25	3,13	98	10,6	17	3,27	36	5,46	87	5,36	324	16,6	685	8,15	
	2015	12	51	7,27	54	4,35	24	3,02	94	10,2	80	15,4	27	4,13	107	6,57	403	20,8	852	10,1	
	2016	7	40	5,68	35	2,82	18	2,27	122	13,3	64	12,3	19	2,93	125	7,67	389	20,1	819	9,76	
Infección gonocócica	2011	1	19	2,7	31	2,49	6	0,74	27	2,92	11	2,11	2	0,3	42	2,58	162	8,4	301	3,57	
	2012	2	29	4,12	41	3,29	2	0,25	33	3,58	3	0,57	1	0,15	46	2,8	191	9,85	348	4,12	
	2013	8	22	3,15	50	4,04	7	0,87	14	1,52	13	2,5	6	0,9	73	4,42	213	10,97	406	4,81	
	2014	7	24	3,42	61	4,92	5	0,63	32	3,48	16	3,08	0	0	59	3,64	268	13,8	472	5,62	
	2015	8	33	4,71	47	3,79	9	1,13	37	4,03	15	2,88	9	1,38	93	5,71	346	17,82	597	7,11	
	2016	4	34	4,83	44	3,55	11	1,39	100	10,9	16	3,08	7	1,08	94	5,77	412	21,24	722	8,61	
Chlamydia Trachomatis	2011	10	16	2,28	10	0,8	0	0	2	0,22	5	0,96	1	0,15	160	9,84	291	15,1	495	5,88	
	2012	3	0	0	19	1,53	1	0,12	1	0,11	2	0,38	2	0,3	117	7,13	359	18,5	504	5,96	
	2013	4	1	0,14	5	0,4	0	0	1	0,11	5	0,96	2	0,3	196	11,8	423	21,7	637	7,55	
	2014	2	3	0,43	15	1,21	2	0,25	22	2,39	4	0,77	3	0,46	160	9,86	390	20,0	601	7,15	
	2015	10	5	0,71	17	1,37	3	0,38	51	5,56	13	2,5	4	0,61	206	12,6	445	22,9	754	8,98	
	2016	11	2	0,28	7	0,56	4	0,51	62	6,77	14	2,69	3	0,46	150	9,21	510	26,2	763	9,10	
Herpes Genital	2011	2	5	0,71	7	0,56	11	1,37	4	0,43	4	0,77	1	0,15	28	1,72	92	4,77	154	1,83	
	2012	2	5	0,71	11	0,88	0	0	0	0	0	0	1	0,15	7	0,43	116	5,98	142	1,68	
	2013	7	32	4,58	33	2,66	5	0,62	23	2,5	7	1,34	4	0,6	68	4,11	114	5,87	293	3,47	
	2014	6	54	7,7	45	3,63	20	2,5	40	4,35	6	1,16	7	1,06	106	6,54	199	10,5	483	5,75	
	2015	4	72	10,2	42	3,39	14	1,76	45	4,91	5	0,96	11	1,68	79	4,85	189	9,73	461	5,49	
	2016	2	79	11,2	34	2,74	20	2,53	65	7,1	9	1,73	5	0,77	94	5,77	200	10,1	508	6,06	
Resultado TOTAL		138	706		829		230		1021		335		214		2429		6779		12681		

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Sevilla es la provincia que más casos registrados acumula con 6779 casos, seguida de Málaga con 2429 casos, y Granada con 1021 casos. Las dos provincias en las que se han detectado menos casos son Córdoba (230 casos) y Jaén (214 casos). Esto se refleja también en la tabla de tasas que se presentan a continuación.

Gráfico 4 Tendencia de Tasas globales de ITS, por provincia 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Para conocer la distribución de los casos de ITS hemos aplicado la tasa bruta por 100.000 habitantes. Durante todo el periodo la tasa de incidencia de las ITS es mayor en las provincias de Sevilla y de Málaga, aunque en el año 2016 la provincia de Granada superó a la de Málaga como la segunda provincia con más incidencia con 38,13. Seguidas de Almería (máxima incidencia en 2015 con 22,96), Cádiz (incidencia máxima en 2014 con 12,58). Las provincias con menor incidencia son, Córdoba y Jaén.

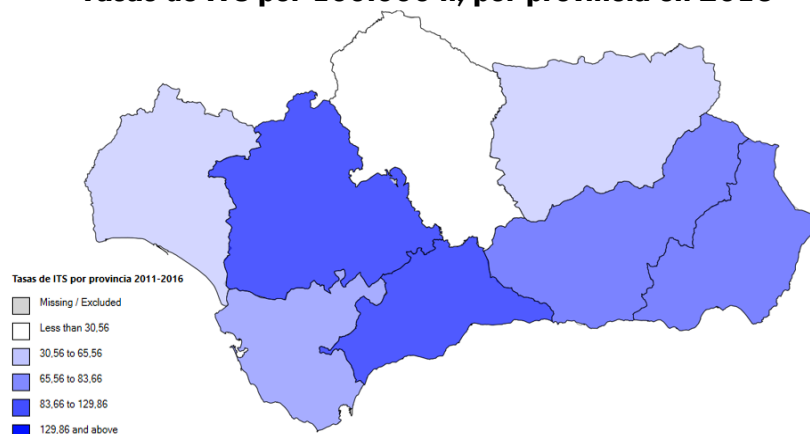
Tabla 6. Tasas del conjunto de ITS por provincia y Andalucía. Años 2011-2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% INCREMENTO de 2011-2016	TASA ACUMULADA 2011-2016
Almería	12,09	11,64	13,73	18,1	22,96	22,01	↑ 82.05%	100,53
Cádiz	10,05	10,44	10,74	12,98	12,9	9,68	↓ 3.7%	66,79
Córdoba	3,97	1,74	3,61	6,5	6,28	6,7	↑ 68.76%	28,75
Granada	10,06	10,08	7,29	20,88	24,75	38,13	↑ 279%	111
Huelva	4,79	1,91	7,87	8,28	21,73	19,82	↑ 313.7%	64,33
Jaén	1,64	2,69	8,12	6,98	7,8	5,24	↑ 219.5%	32,37
Málaga	21,59	16,45	27,1	25,4	29,77	28,42	↑ 31.6%	148,71
Sevilla	39,45	45,28	54,84	60,83	71,23	77,9	↑ 97.47%	349,65
Andalucía	17,6	17,69	22,9	26,35	31,31	33,24	↑ 88.9%	149,01

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

En el siguiente mapa se representan las tasas de ITS por 100.000 habitantes; observamos que la provincia con tasas más elevadas ha sido Sevilla, seguida de Málaga.

Tasas de ITS por 100.000 h, por provincia en 2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2016

Al analizar la distribución de tasas por distrito en 2016 observamos como las tasas máximas se alcanzan en los distritos de Sevilla, Granada, Aljarafe y Sevilla Norte para el global de las ITS.

Tabla 7. Tasas del conjunto de ITS por provincia y distrito sanitario. Año-2016.

Provincia	Distrito	Cod	Gonocócica	Sífilis	Chlamydia	Herpes	Total ITS
Almería	Almería	3005	4,41	8,14	0,34	8,81	21,7
	A. G. S. Norte de Almería	3033	4,11	3,42	0	6,85	14,38
	Poniente de Almería	3050	5,7	4,18	0,38	16,33	26,58
Cádiz	A. G. S. Campo de Gibraltar	3003	7,84	3,74	0,75	3,74	16,06
	Bahía de Cádiz-La Janda	3013	2,53	3,5	0,78	4,08	10,88
	Jerez-Costa Noroeste	3032	1,76	1,76	0	0,59	4,12
	Sierra de Cádiz	3062	2,55	0	0,85	0,85	4,25
Córdoba	Córdoba	3020	1,84	0,92	0,61	3,67	7,04
	A.G.S. Sur de Córdoba	3043	1,13	3,4	0	0,76	5,29
	Guadalquivir	3048	1,59	3,18	0,79	0	5,56
	A. G. S. Norte de Córdoba	3049	0	2,57	1,28	7,7	11,54
Granada	A. G. S. Sur de Granada	3023	5,36	6,03	2,68	7,37	21,44
	A.G.S. Nordeste de Granada	3029	0,99	3,97	3,97	4,96	13,88
	Granada	3046	16,16	21,96	12,43	11,19	61,73
	Metropolitano de Granada	3056	12,03	12,27	5,42	5,19	34,91
Huelva	A.G.S. Norte de Huelva	3009	2,9	4,36	5,81	1,45	14,52
	Condado-Campiña	3022	4,62	13,86	5,94	3,3	27,72
	Huelva-Costa	3030	2,08	12,84	0,35	1,04	16,32
Jaén	Jaén Sur	3001	0	4,34	1,08	1,08	6,51
	Jaén	3031	2,5	3,99	0,5	1,5	8,49
	Jaén Norte	3034	0	1,59	0,53	0,53	2,66
	Jaen Nordeste	3045	1,19	1,79	0	0	2,99
Málaga	A. G. S. Norte de Málaga	3011	5,41	11,71	0,9	4,5	22,52
	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	3012	1,22	2,45	0,61	6,12	10,4
	Valle del Guadalhorce	3021	4,03	4,03	2,02	0,67	10,75
	Costa del Sol	3026	7,92	9,43	19,99	8,86	46,19
	Málaga	3028	5,81	8,24	6,14	4,36	24,55
	A. G. S. Serranía de Málaga	3052	3,54	0	0	7,09	10,63
Sevilla	Sevilla	3057	34,17	32,73	41,27	16,94	125,11
	A.G.S. Sur de Sevilla	3002	9,42	11,78	15,08	10,13	46,42
	Aljarafe	3004	17,48	13,83	23,74	5,22	60,27
	A. G. S. de Osuna	3047	15,71	12,22	4,07	2,33	34,33
	Sevilla Norte	3051	14,07	13,35	20,21	5,05	52,68

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

4. SÍFILIS

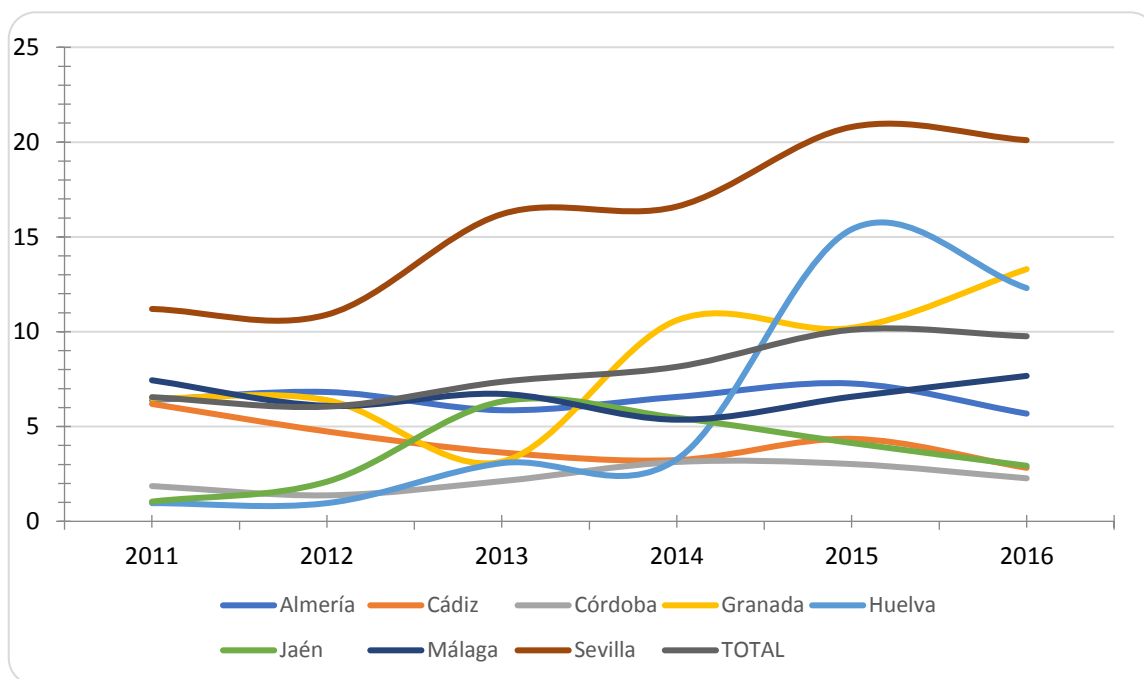
Al analizar los datos en el periodo 2011-2015, se observa un aumento progresivo en las tasas de sífilis desde el año 2011 con una tasa de 6,55 a 9,76 del año 2016.

Tabla 11 Número de casos y tasas de Sífilis por provincia y Andalucía. Años 2011-2016.

AÑO	S/N	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	N	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
2011	6	45	6,4	77	6,19	15	1,86	60	6,49	5	0,96	7	1,04	121	7,44	216	11,2	552	6,55
2012	3	48	6,82	59	4,74	11	1,37	59	6,39	5	0,96	14	2,09	100	6,09	212	10,9	511	6,05
2013	5	41	5,86	45	3,63	17	2,12	29	3,15	16	3,07	42	6,32	111	6,72	315	16,2	621	7,36
2014	12	46	6,56	40	3,23	25	3,13	98	10,6	17	3,27	36	5,46	87	5,36	324	16,6	685	8,15
2015	12	51	7,27	54	4,35	24	3,02	94	10,2	80	15,4	27	4,13	107	6,57	403	20,8	852	10,1
2016	7	40	5,68	35	2,82	18	2,27	122	13,3	64	12,3	19	2,93	125	7,67	389	20,1	819	9,76

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Gráfico 8 Evolución de Tasas de Sífilis por provincia. Años 2011-2016



En 2015 y 2016 se notificaron 852 y 819 casos de sífilis respectivamente (tasas de 10,14 y 9,76 por 100.000 habitantes). Desde 2012 se observa una tendencia en aumento de las tasas de declaración de Sífilis en Andalucía en este si bien tiende a la estabilización.

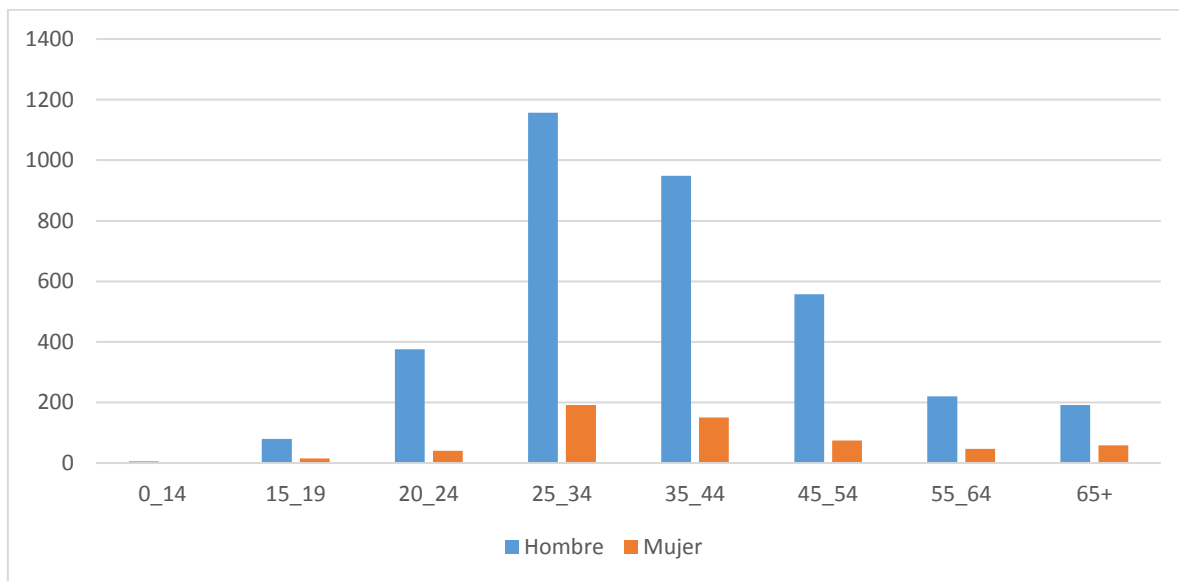
Características de los casos

De los casos de sífilis declarados desde 2011 el grupo de edad en el que se declara mayoritariamente es el grupo de 25 a 34 años, seguido del grupo de 35 a 44. Y mayoritariamente en varones en todos los grupos etarios.

En 2016, los factores de riesgo más frecuentemente declarados son las parejas múltiples y las prácticas homo-bisexuales en hombres y “ninguno conocido” y parejas múltiples en las mujeres, si bien esa información solo está disponible en el 57% de los casos.

La forma clínica más frecuentemente declarada en ambos sexos es la genital, seguida de la sistémica.

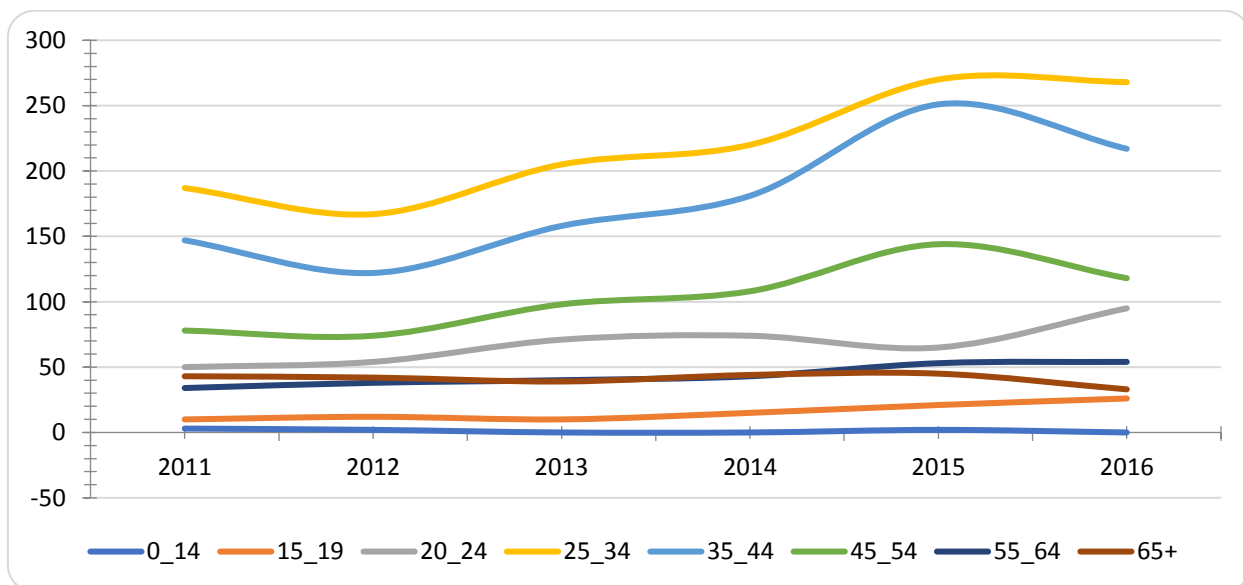
Grafico 9 Casos de Sífilis por grupo edad y sexo. Año 2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Si observamos la tendencia temporal por grupos de edad

Gráfico 10 Evolución casos de Sífilis por grupo de edad. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Tabla 12. Casos y porcentajes grupo edad y sexo de Sífilis, Andalucía. Año 2016.

	Hombre		Mujer		Andalucía	
	N	%	N	%	N	%
15_19	21	2,59%	5	0,62%	26	3,21%
20_24	92	11,34%	3	0,37%	95	11,71%
25_34	237	29,22%	31	3,82%	268	33,05%
35_44	199	24,54%	18	2,22%	217	26,76%
45_54	110	13,56%	8	0,99%	118	14,55%
55_64	49	6,04%	5	0,62%	54	6,66%
65+	24	2,96%	9	1,11%	33	4,07%
Total	732	90,26%	79	9,74%	811	100,00%

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

En 2016 las tasas fueron más elevadas en hombres que en mujeres, el grupo de edad con las tasas más altas fue el de 25 a 34 años. La mediana de edad fue de 35 años.

En 2016 y para sífilis, el índice de masculinidad es de 9.25, más de 9 hombres por cada mujer y el grupo de edad más frecuente, tanto en hombres como en mujeres, es el de 25-34. La mediana de edad en hombres es de 36 años, mientras que en mujeres es de 37 años.

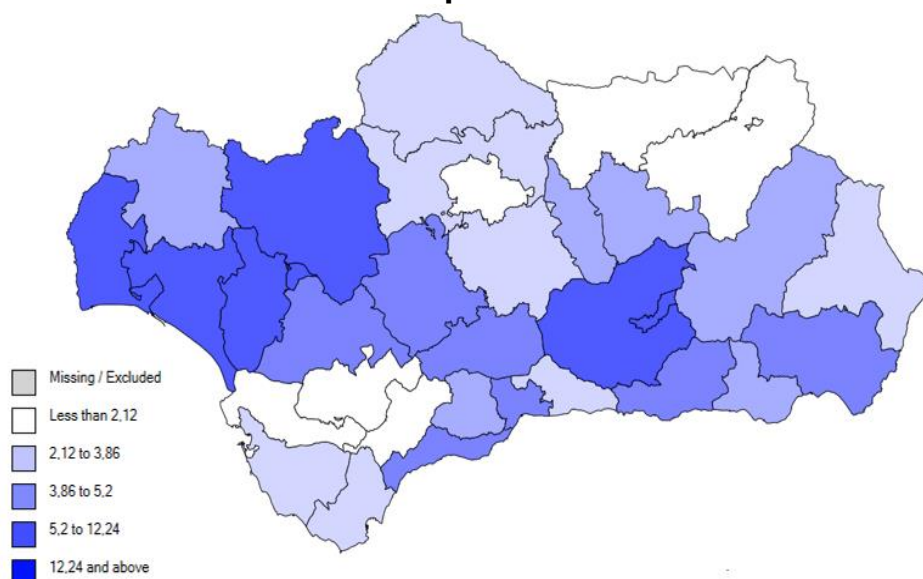
Tabla 13. Tasas por 100.000 grupo edad y sexo de Sífilis, por provincias. Año 2016.

Grupos de Edad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
H_0_14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M_0_14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H_15_19	15,63	0	0	20,20	7,65	5,43	7,15	13,53	8,92
M_15_19	0	0	4,99	0	0	0	2,53	6,12	2,38
H_20_24	43,20	5,64	12,41	55,64	34,08	9,37	39,67	65,13	36,84
M_20_24	0	0	0	0	0	0	2,41	3,81	1,31
H_25_34	11,14	15,91	7,72	60,99	49,20	18,67	26,98	97,06	42,35
M_25_34	6,13	0	2,03	8,46	2,96	0	4,70	12,85	5,72
H_35_44	10,48	9,61	3,34	34,97	35,69	8,30	29,46	54,93	28,10
M_35_44	0	0	0	4,21	6,90	0	1,45	6,03	2,64
H_45_54	13,13	5,16	1,62	22,71	36,05	3,89	11,19	34,36	17,03
M_45_54	0	0	1,60	1,41	2,54	0	0	3,31	1,23
H_55_64	7,88	2,74	4,19	18,88	3,50	2,56	8,67	20,71	10,25
M_55_64	0	0	0	1,81	3,48	0	0	2,65	1,01
H_65+	4,53	1,21	3,24	2,93	2,84	0	3,33	9,38	4,06
M_65+	0	0,93	1,18	0	0	0	0,67	3,40	1,16
H_TOTAL	10,33	5,38	3,59	24,60	21,83	5,61	14,36	35,88	17,52
M_TOTAL	0,87	0,16	0,99	2,15	2,34	0	1,21	4,53	1,86

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Los distritos que notificaron tasas de sífilis por 100.000 habitantes más altas en 2016 fueron Sevilla con 32,73, Granada con 21,96, Condado-Campiña con 13,86, Aljarafe (13,83), Sevilla Norte (13,35), Huelva-Costa (12,84), Metropolitano de Granada (12,27).

Tasas de Sífilis por distrito en 2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

SÍFILIS CONGÉNITA

Desde el año 2011 hasta el año 2016 se han notificado 8 casos confirmados de sífilis congénita precoz (en menores de dos años de edad), todos ellos de 3 meses o menos. Las tasas de incidencia de casos confirmados durante el periodo 2011-2016 oscilaron entre 0 y 10,26 por 100.000 nacidos vivos (Tabla 5).

En 2016 Ha habido dos casos incidentes,

Los dos casos de sífilis congénita de 2016 son gemelos hijos de madre y padre con sífilis, cuya madre no tuvo control de embarazo ni tratamiento de sífilis durante el embarazo.

Tabla 14. Número de casos y tasas de Sífilis congénita Andalucía. Años 2011-2016.

Año	Nº de casos	Tasa
2011	1	4,590
2012	2	9,403
2013	2	10,157
2014	1	5,103
2015	0	0,000
2016	2	10,255
Total	8	4,590

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

5. INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

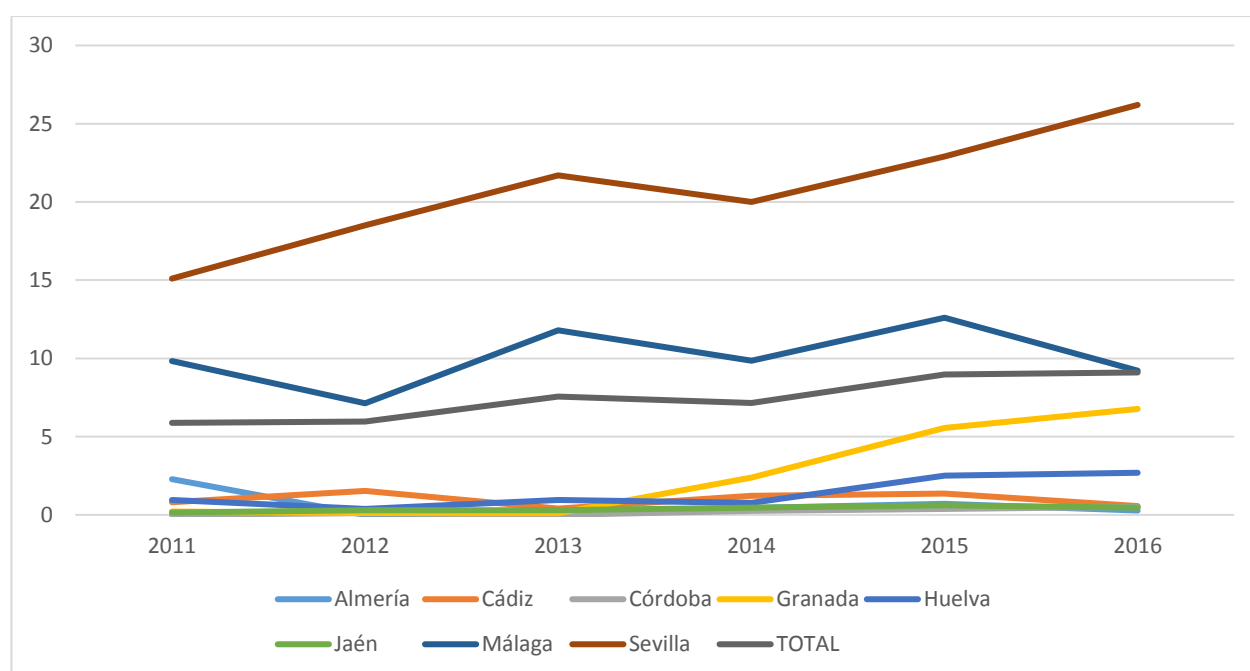
Al analizar los datos en el periodo 2011-2015, se observa un aumento progresivo en las tasas desde el año 2011 con una tasa de 5,88 a 9,10 del año 2016.

Tabla 15. Número de casos y tasas de *Chlamydia Trachomatis* por provincia y Andalucía. Años 2011-2016.

AÑO	S/N	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	N	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
2011	10	16	2,28	10	0,8	0	0	2	0,22	5	0,96	1	0,15	160	9,84	291	15,1	495	5,88
2012	3	0	0	19	1,53	1	0,12	1	0,11	2	0,38	2	0,3	117	7,13	359	18,5	504	5,96
2013	4	1	0,14	5	0,4	0	0	1	0,11	5	0,96	2	0,3	196	11,8	423	21,7	637	7,55
2014	2	3	0,43	15	1,21	2	0,25	22	2,39	4	0,77	3	0,46	160	9,86	390	20,0	601	7,15
2015	10	5	0,71	17	1,37	3	0,38	51	5,56	13	2,5	4	0,61	206	12,6	445	22,9	754	8,98
2016	11	2	0,28	7	0,56	4	0,51	62	6,77	14	2,69	3	0,46	150	9,21	510	26,2	763	9,10

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

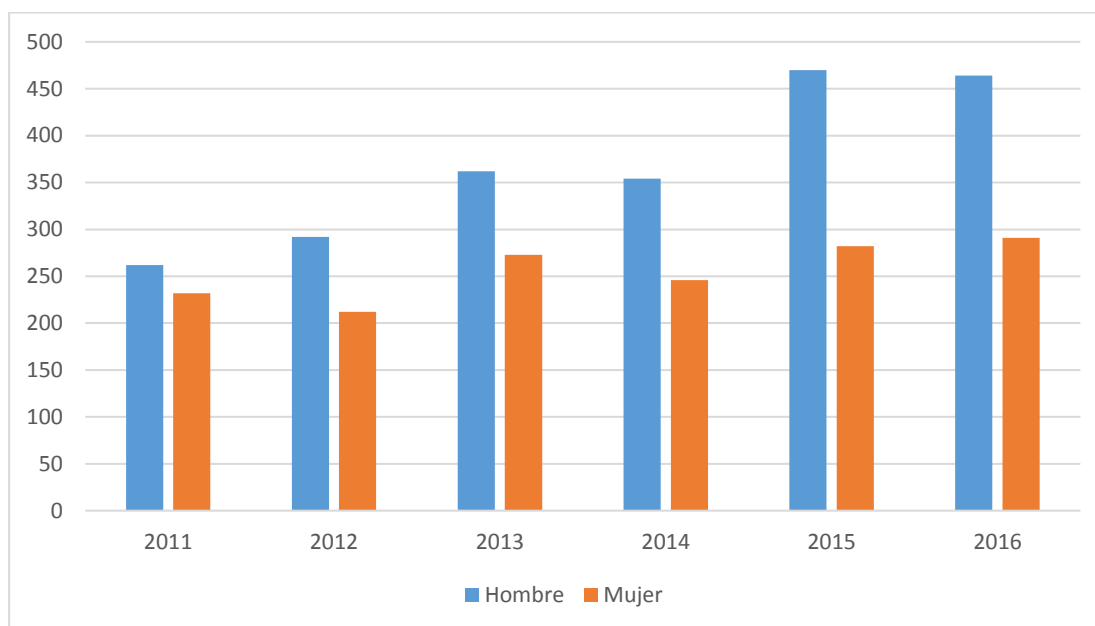
Gráfico 11 Evolución de tasas de *Chlamydia T.* por provincia. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

En los últimos años ha habido un aumento de los casos de Infección Genital por *Chlamydia trachomatis*, fundamentalmente por un crecimiento en el número de diagnósticos en hombres.

Gráfico 12 Evolución casos por Infección *Chlamydia T.* por sexo. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

Hay dos grupos en los que están creciendo el número de casos 25-34 y en menor medida 20-24.

En el año 2016 se notificaron 714 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*. El 37,82% (270 casos) se produjeron en mujeres. La razón hombre: mujer fue de 1,64.

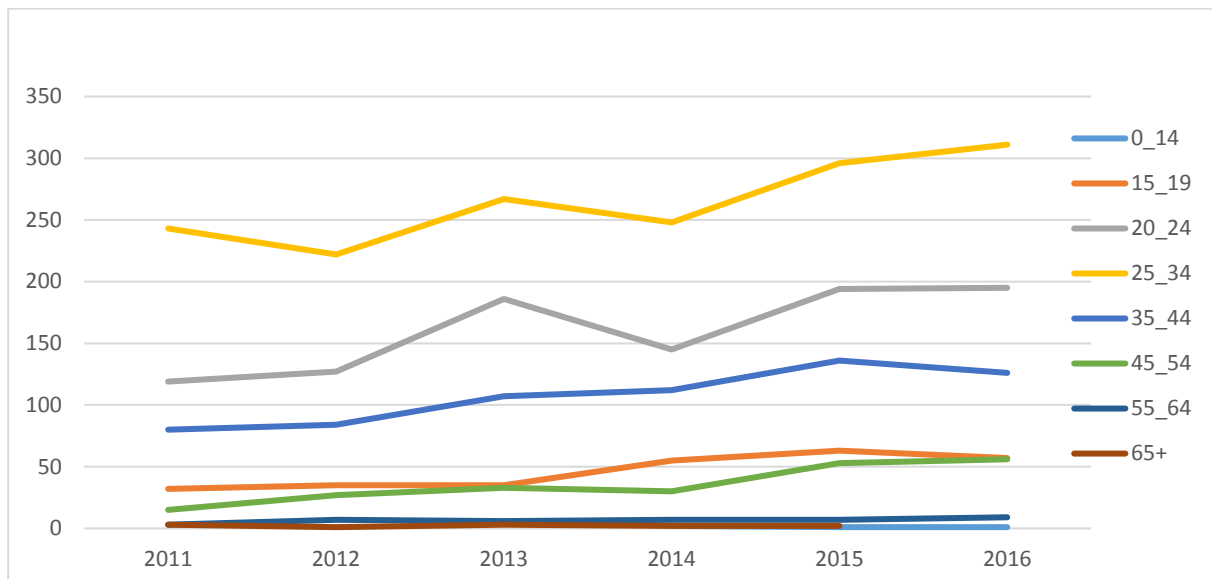
La mediana de edad al diagnóstico fue de 28 años, siendo las mujeres más jóvenes. La mayoría de los casos se produjeron entre los 25-34 años y 20-24 años (Tabla X).

Tabla 16. Número de casos y porcentajes grupo edad y sexo de *Chlamydia T.* Año 2016.

Grupos edad	Hombre	Mujer	Andalucía
	N (%)	N (%)	N (%)
0_14	0 (0)	1 (0,14)	1 (0,14)
15_19	18 (2,52)	32 (4,48)	50 (7,00)
20_24	97 (13,59)	84 (11,76)	181 (25,35)
25_34	189 (26,47)	106 (14,85)	295 (41,32)
35_44	89 (12,46)	36 (5,04)	125 (17,51)
45_54	46 (6,44)	7 (0,98)	53 (7,42)
55_64	5 (0,70)	4 (0,56)	9 (1,26)
Total	444 (62,18)	270 (37,82)	714 (100)

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

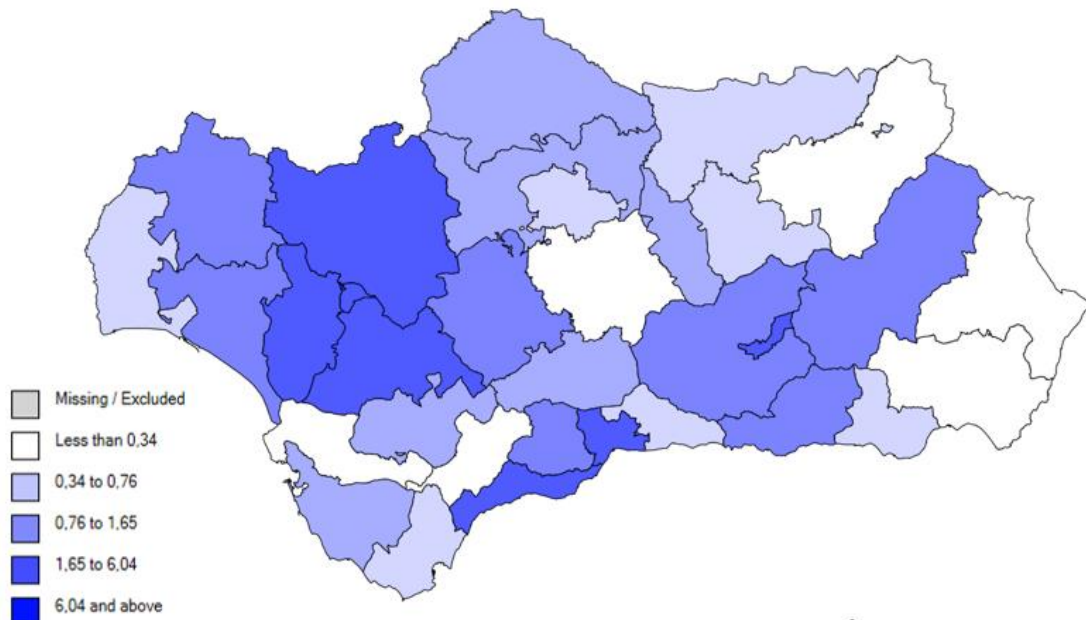
Gráfico 13 Evolución casos de *Chlamydia T.* por grupo de edad. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Las tasas por distrito en 2016 muestran que los distritos con una mayor tasa de *Chlamydia T.* son Sevilla (41,27), Aljarafe (23,74), Sevilla Norte (20,21), Costa del Sol (19,99), A.G.S. Sur de Sevilla (15,08) y Granada (12,43).

Tasas de *Clamydia T.* por distrito en 2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Tabla 17. Tasas grupo edad y sexo de *Chlamydia T.*, Andalucía. Año 2016.

Grupos de Edad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
H_0_14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M_0_14	0	0	0	0	0	0	0	0,62	0,15
H_15_19	0	0	0	0	0	0	4,76	34,78	8,92
M_15_19	0	0	0	0	8,08	0	32,95	46,92	17,60
H_20_24	0	2,82	4,14	37,09	27,26	4,69	30,34	128,45	41,81
M_20_24	5,12	3,00	0	42,80	0	5,00	67,41	93,44	39,79
H_25_34	1,86	4,89	0	23,08	17,37	0	29,87	112,97	35,68
M_25_34	0	1,24	4,07	10,16	2,96	0	29,16	53,00	19,73
H_35_44	0	0	0	14,80	0	0	5,03	42,39	12,63
M_35_44	0	0	0	1,40	0	0	8,00	14,47	5,27
H_45_54	0	0	0	11,35	5,15	1,94	6,40	19,54	7,43
M_45_54	0	0	0	0	0	0	2,36	3,31	1,23
H_55_64	0	0	0	1,89	0	0	1,08	2,82	1,05
M_55_64	0	0	2,05	1,81	0	0	1,01	0,88	0,81
H_65+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M_65+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H_TOTAL	0,28	0,82	0,26	9,75	4,76	0,62	7,74	35,04	11,14
M_TOTAL	0,29	0,32	0,74	4,09	0,78	0,31	10,50	17,00	6,68

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

LINFOGRANULOMA VENÉREO (infección por *Chlamydia trachomatis* L1-L3)

El LGV se ha incluido como nueva enfermedad de declaración obligatoria en España en 2015. Durante el año 2016 se declararon 2 casos de LGV correspondientes a dos hombres, de 41 y 42 años y parejas múltiples, diagnosticados en Málaga en un servicio de medicina interna y otro en Sevilla en un centro privado.

6. INFECCIÓN GONOCÓCICA

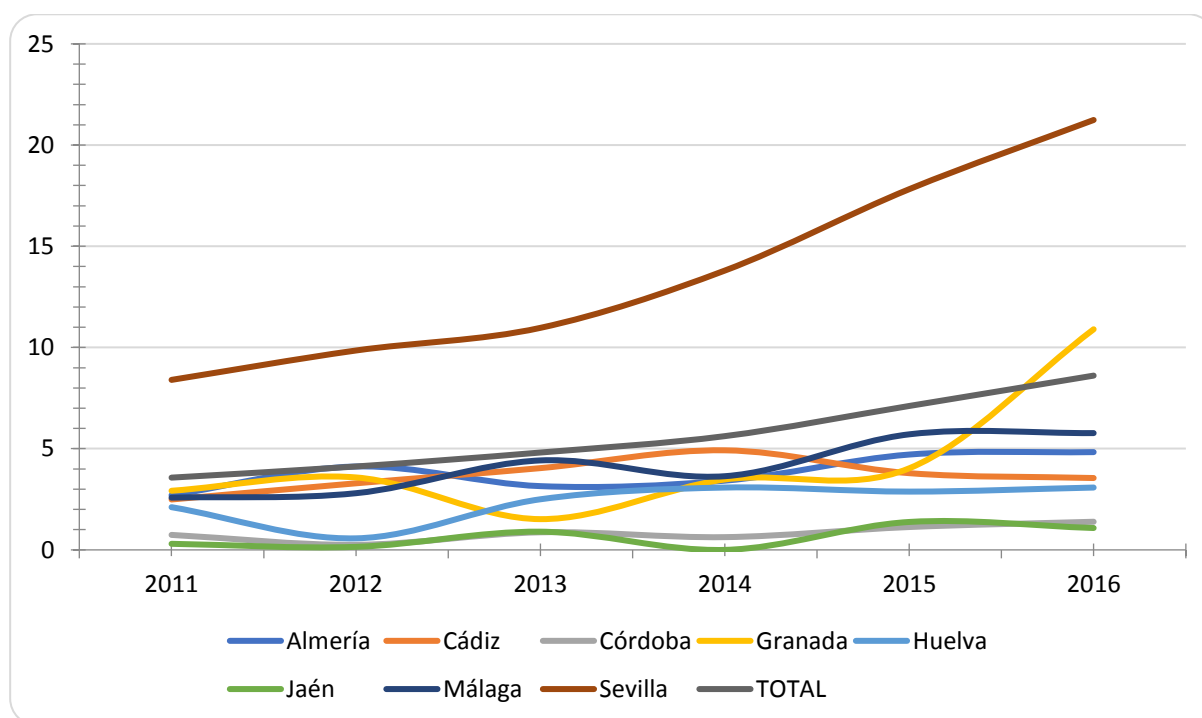
Al analizar los datos en el periodo 2011-2016, se observa un aumento progresivo en las tasas desde el año 2011 con una tasa de 3,57 a 8,61 del año 2016.

Tabla 8. Número de casos y tasas de Infección gonocócica, por provincia y Andalucía. Años 2011-2016.

AÑO	S/N	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	N	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
2011	1	19	2,7	31	2,49	6	0,74	27	2,92	11	2,11	2	0,3	42	2,58	162	8,4	301	3,57
2012	2	29	4,12	41	3,29	2	0,25	33	3,58	3	0,57	1	0,15	46	2,8	191	9,85	348	4,12
2013	8	22	3,15	50	4,04	7	0,87	14	1,52	13	2,5	6	0,9	73	4,42	213	10,97	406	4,81
2014	7	24	3,42	61	4,92	5	0,63	32	3,48	16	3,08	0	0	59	3,64	268	13,8	472	5,62
2015	8	33	4,71	47	3,79	9	1,13	37	4,03	15	2,88	9	1,38	93	5,71	346	17,82	597	7,11
2016	4	34	4,83	44	3,55	11	1,39	100	10,9	16	3,08	7	1,08	94	5,77	412	21,24	722	8,61

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Gráfico 5 Evolución de Tasas Infección Gonocócica por provincia. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

En el año 2016 se notificaron 718 casos de infección gonocócica (tasa: 8,61 por 100.000 habitantes). Donde el 85% de las declaraciones de infección gonocócica fue de varones, y el grupo de edad más frecuente fue el de 25 a 34 años. La mediana de la edad fue de 29 años.

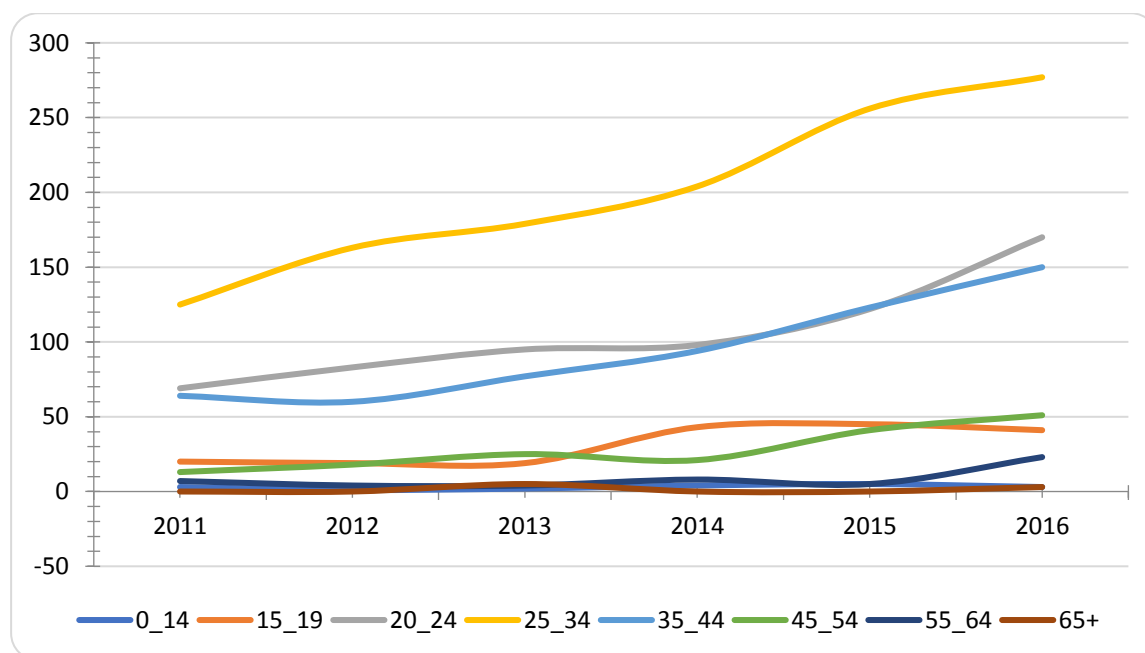
En 2016, el índice de masculinidad es de 5,7, casi 6 hombres por cada mujer y el grupo de edad más frecuente, tanto en hombres como en mujeres, es el de 25-34. La mediana de edad en hombres es de 29 años, mientras que en mujeres es de 26 años.

Tabla 9. Tasas por 100.000 grupo edad y sexo de I. gonocócica, Andalucía. Año 2016.

	Hombre		Mujer		Andalucía	
	N	%	N	%	N	%
0_14	3	0,42%	0	0,00%	3	0,42%
15_19	34	4,74%	7	0,97%	41	5,71%
20_24	144	20,06%	26	3,62%	170	23,68%
25_34	231	32,17%	46	6,41%	277	38,58%
35_44	128	17,83%	22	3,06%	150	20,89%
45_54	48	6,69%	3	0,42%	51	7,10%
55_64	20	2,79%	3	0,42%	23	3,20%
65+	3	0,42%	0	0,00%	3	0,42%
Total	611	85,10%	107	14,90%	718	100,00%

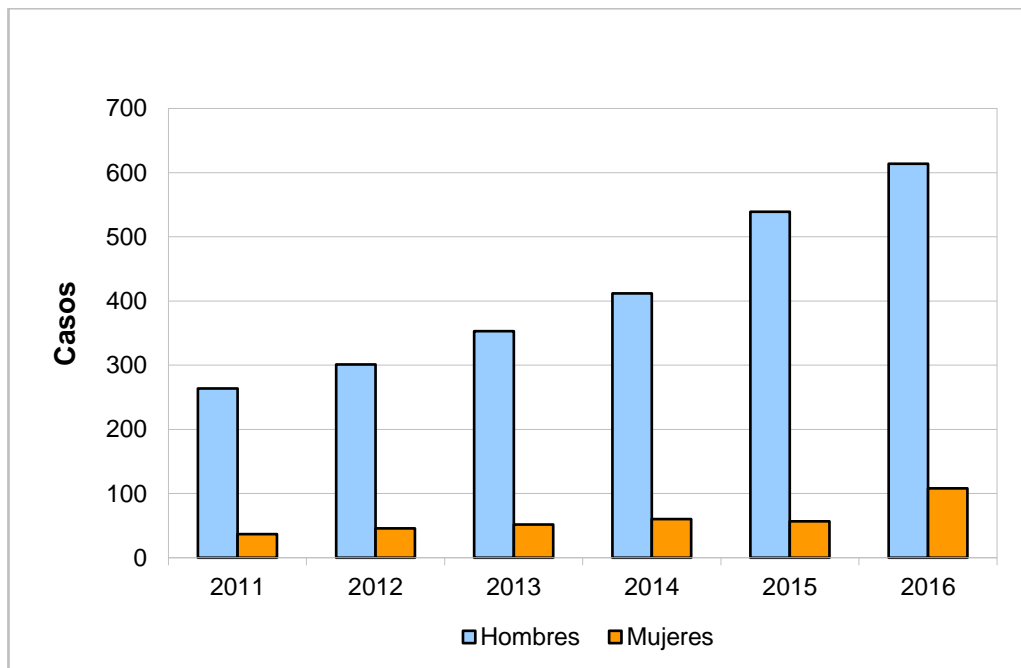
Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Gráfico 6 Evolución de casos de i. gonocócica por grupos de edad. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

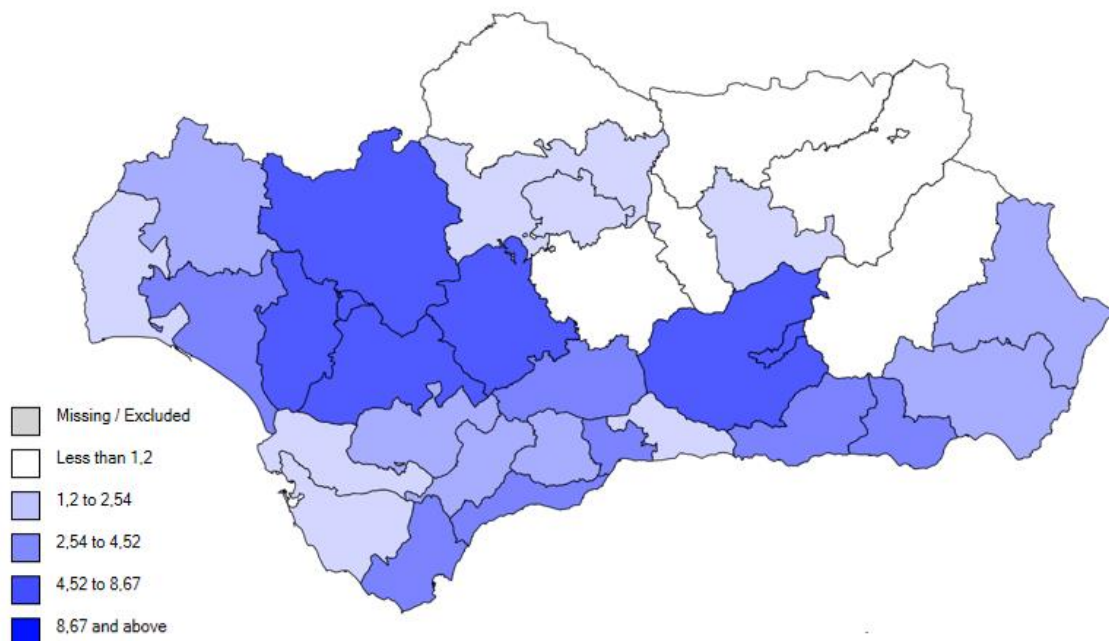
Grafico 7 Evolución casos de I. gonocócica por sexo. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Los distritos que notificaron tasas de Infección Gonocócica por 100.000 habitantes más altas en 2016 fueron los distritos de Sevilla (34,17), Aljarafe (17,48), Granada (16,16), A. G. S. de Osuna (15,71), Sevilla Norte (14,07) y Metropolitano de Granada (12,03).

Tasas de Infección Gonocócica por distrito en 2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Tabla 10. Tasas por 100.000 grupo edad y sexo de i. gonocócica, por provincias. Año 2016.

Grupos de Edad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
H_0_14	0	0	0	0	0	0	0,740	1,173	0,429
M_0_14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H_15_19	20,833	11,985	0	20,195	0	5,431	9,528	30,918	15,166
M_15_19	0	3,235	0	0	8,079	0	5,069	6,120	3,331
H_20_24	24,003	31,014	8,275	85,318	47,710	18,748	44,337	130,258	59,198
M_20_24	10,240	5,993	4,439	19,453	0	4,998	4,815	24,790	11,368
H_25_34	27,842	15,907	3,858	42,861	11,577	0	29,875	109,788	41,264
M_25_34	2,043	4,965	4,068	6,772	2,956	0	5,643	22,484	8,481
H_35_44	7,488	4,807	3,344	28,245	4,462	0	13,652	44,181	18,166
M_35_44	3,433	0	0	7,016	0	0	1,454	7,838	3,223
H_45_54	0	1,032	1,624	9,933	2,575	0	2,398	23,583	7,430
M_45_54	0	0	1,604	0	0	0	0	1,325	0,462
H_55_64	0	2,736	0	7,554	0	2,561	2,167	10,357	4,185
M_55_64	0	0	0	0	0	0	2,020	0,884	0,604
H_65+	0	0	0	1,464	0	0	0,831	0,782	0,507
M_65+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H_TOTAL	8,096	5,874	1,793	19,284	5,558	1,870	9,992	36,612	14,689
M_TOTAL	1,445	1,116	0,988	3,016	0,780	0,305	1,689	6,036	2,518

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

7. HERPES GENITAL

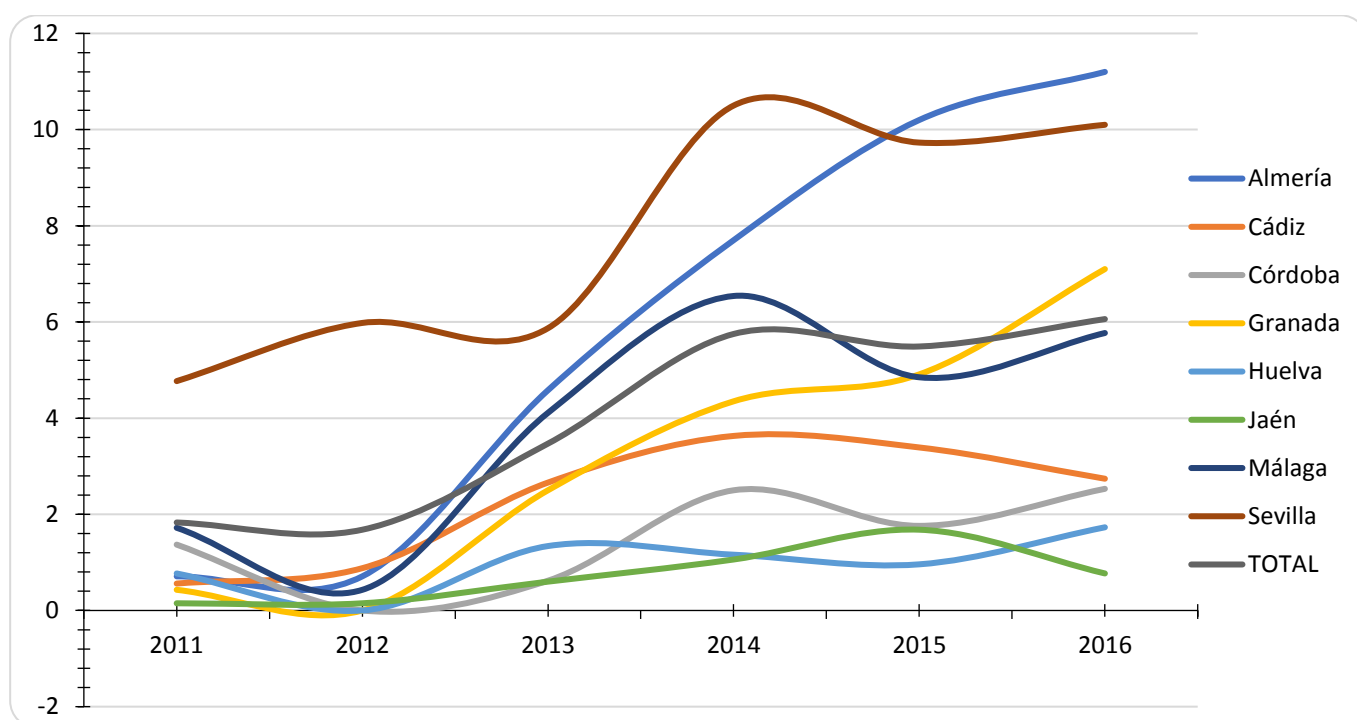
Al analizar los datos en el periodo 2011-2016, se observa un aumento progresivo en las tasas desde el año 2011 con una tasa de 1,83 a 6,06 del año 2016.

Tabla 18. Número de casos y tasas de Herpes Genital, por provincia.y Andalucía. Años 2011-2016.

AÑO	S/N		Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
2011	2	0,71	5	0,56	7	1,37	11	0,43	4	0,77	4	0,15	1	1,72	28	4,77	92	1,83	154	1,83
2012	2	0,71	5	0,88	11	0	0	0	0	0	0	1	0,43	7	5,98	116	1,68	142	1,68	1,68
2013	7	4,58	32	2,66	33	0,62	5	2,5	23	1,34	7	0,6	68	4,11	114	5,87	293	3,47	293	3,47
2014	6	7,7	54	3,63	45	2,5	20	4,35	40	1,16	6	1,06	106	6,54	199	10,5	483	5,75	483	5,75
2015	4	10,2	72	3,39	42	1,76	14	4,91	45	0,96	11	1,68	79	4,85	189	9,73	461	5,49	461	5,49
2016	2	11,2	79	2,74	34	2,53	20	7,1	65	1,73	9	0,77	94	5,77	200	10,1	508	6,06	508	6,06

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

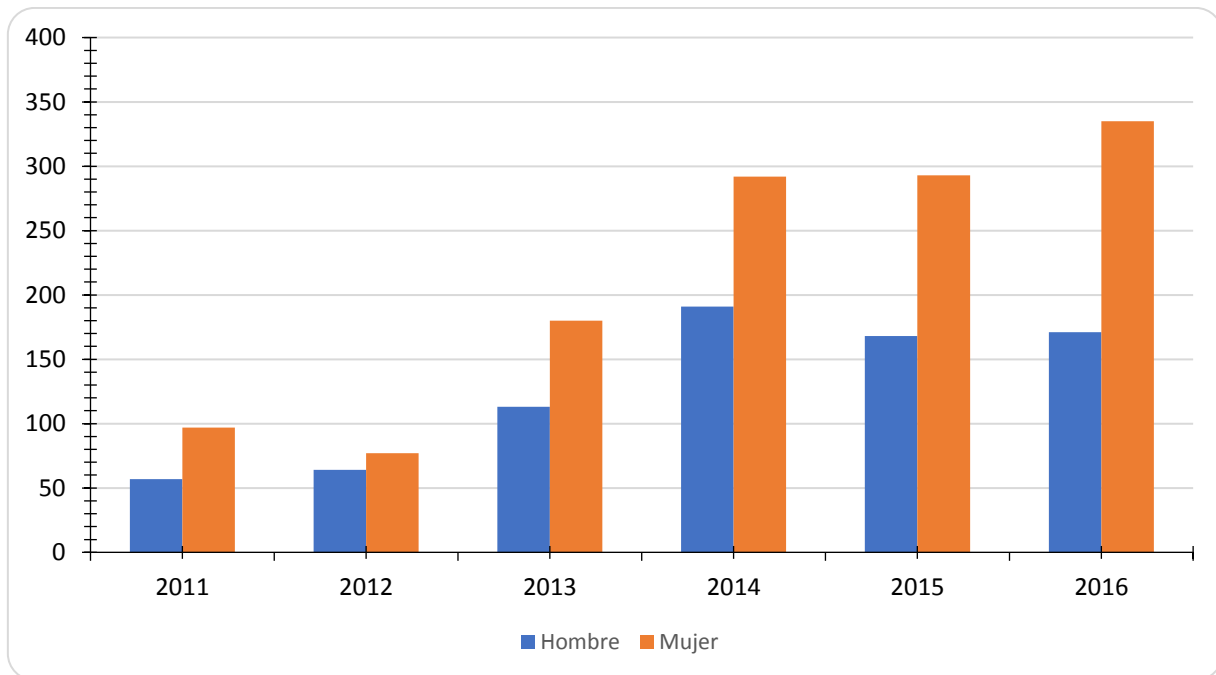
Gráfico 13 Evolución de Tasas de Herpes Genital por provincia. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Podemos ver que está habiendo un aumento de los diagnósticos de herpes genital en las mujeres. Sin embargo, desde el año 2014 apunta una tendencia a la estabilización del número de casos declarados entre los hombres.

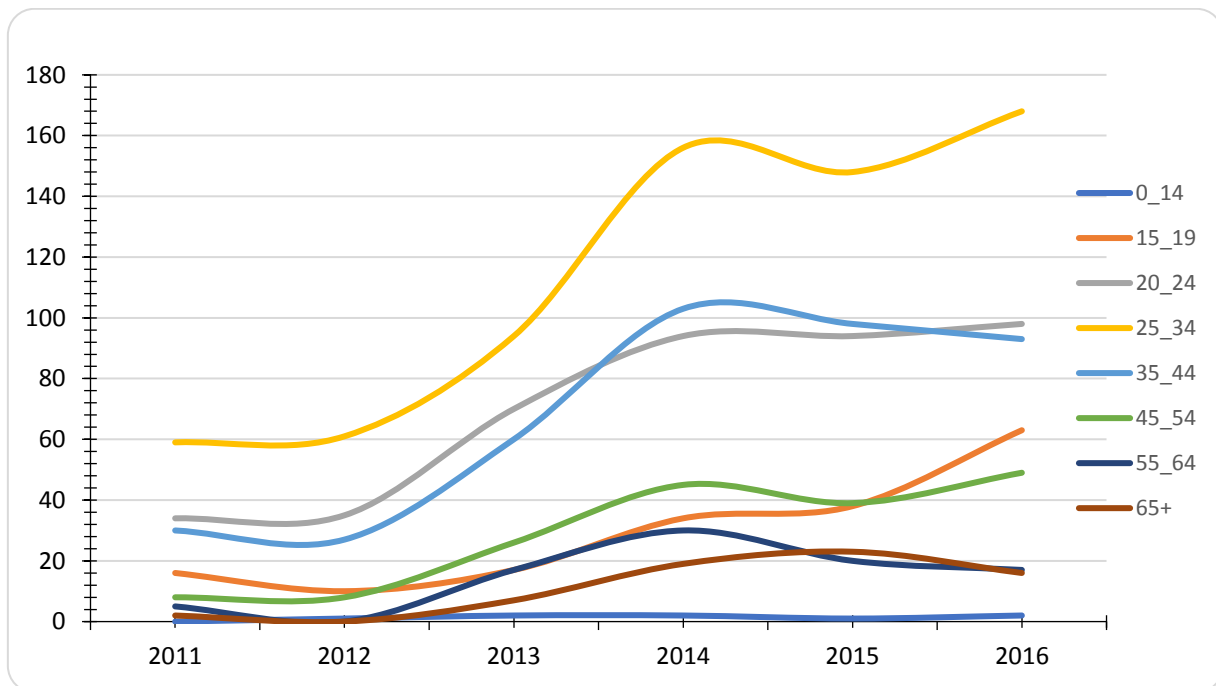
Gráfico 14 Evolución casos de Herpes Genital por sexo. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

El grupo de edad que más se está declarando es el grupo de 25-34 y el aumento se debe fundamentalmente a este grupo etario. Sin embargo, vemos también que está aumentando mucho el número de diagnósticos en el grupo de 15-19.

Gráfico 15 Evolución casos de Herpes Genital por grupo de edad. Años 2011-2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

En el año 2016 se notificaron 506 diagnósticos de Herpes Genital. El 66,21% (335 casos) se produjeron en mujeres. La razón de feminidad fue de 1,95 mujeres por cada hombre. La mediana de edad al diagnóstico fue de 29 años. La mayoría de los casos se produjeron entre los 25-34 años y 20-24 años (Tabla 19).

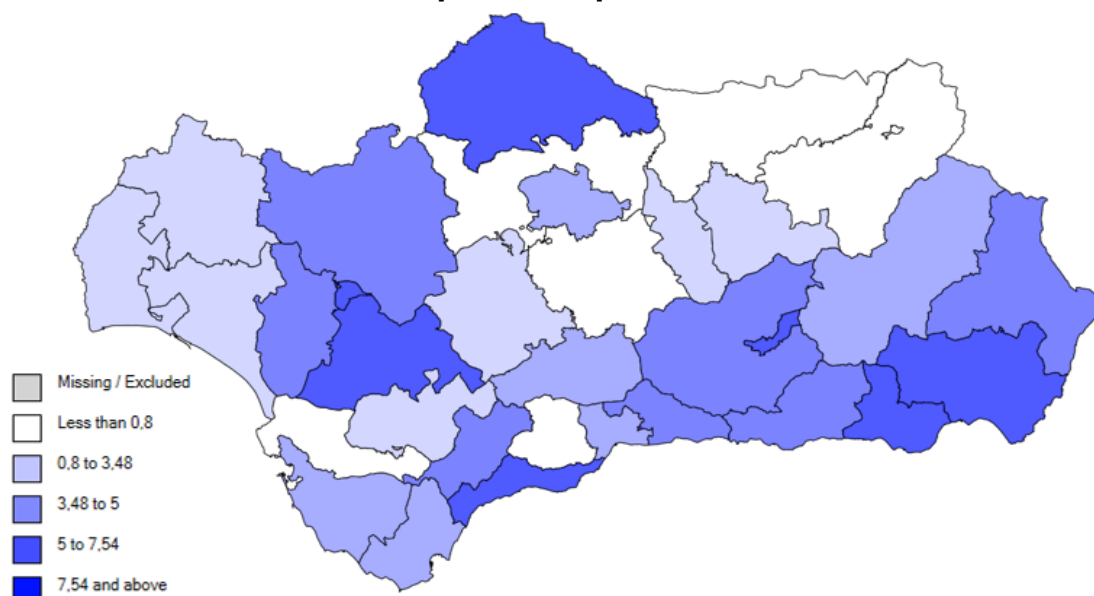
Tabla 19. Número de casos y porcentajes grupo edad y sexo de Herpes Genital, Andalucía. Año 2016.

	Hombre		Mujer		Andalucía	
	N	%	N	%	N	%
0_14	0	0%	2	0,40%	2	0,40%
15_19	10	1,98%	53	10,47%	63	12,45%
20_24	28	5,53%	70	13,83%	98	19,37%
25_34	60	11,86%	108	21,34%	168	33,20%
35_44	38	7,51%	55	10,87%	93	18,38%
45_54	22	4,35%	27	5,34%	49	9,68%
55_64	7	1,38%	10	1,98%	17	3,36%
65+	6	1,19%	10	1,98%	16	3,16%
Total	171	33,79%	335	66,21%	506	100%

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Los distritos con mayores tasas por 100.000 habitantes de Herpes Genital en el año 2016 son Sevilla (16,94), Poniente de Almería (16,33), Granada (11,19) y A.G.S. Sur de Sevilla (10,13).

Tasas de Herpes Genital por distrito en 2016



Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

Tabla 20. Tasas por 100.000 grupo edad y sexo de Herpes Genital, por provincias. Año 2016.

Grupos de Edad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
H_0_14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M_0_14	0	0	0	0	0	0	0	1,24	0,30
H_15_19	5,21	0	4,62	4,04	15,29	0	9,53	1,93	4,46
M_15_19	22,62	12,94	9,98	34,22	8,08	5,78	25,35	46,92	25,22
H_20_24	28,80	5,64	0	22,26	0	0	9,33	18,09	11,59
M_20_24	46,08	17,98	0	46,69	7,36	5,00	31,30	51,49	30,17
H_25_34	14,85	6,12	5,79	3,30	5,79	0	7,71	25,46	10,81
M_25_34	40,86	3,72	8,14	25,39	2,96	5,01	17,87	35,33	19,91
H_35_44	8,99	2,88	8,36	2,69	2,23	0	5,03	8,36	5,39
M_35_44	15,45	2,93	0	7,02	2,30	2,21	8,73	13,87	7,91
H_45_54	5,63	2,06	3,25	4,26	0	0	3,20	5,39	3,41
M_45_54	9,97	1,03	3,21	11,27	0	0	3,93	3,97	4,16
H_55_64	2,63	1,37	2,10	0	0	0	1,08	2,82	1,46
M_55_64	7,96	1,33	0	1,81	0	0	4,04	0,88	2,01
H_65+	2,27	2,42	0	1,46	0	0	0,83	0,78	1,01
M_65+	5,48	0,93	0	1,11	0	0	1,34	1,70	1,29
H_TOTAL	7,26	2,45	3,07	3,32	1,98	0	3,62	7,24	4,13
M_TOTAL	15,31	3,03	1,98	10,77	1,56	1,53	7,84	12,98	7,84

Fuente RedALerta: DG Salud Pública y OF. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. IECA: población padrón 2011-2016

V. CONCLUSIONES

La tendencia de las principales ITS vigiladas epidemiológicamente en Andalucía en el periodo 2011-2016, es continuamente creciente (Gráfico 3, Tabla 3). El incremento de tasas del conjunto de ITS para Andalucía en este periodo es del 88.9%, sin embargo, hay diferencias notables entre provincias, tanto en el incremento de tasas en el periodo como en la tasa acumulada desde 2011 (Tabla 6)

La sífilis es la enfermedad más incidente en todo el periodo (Gráfico 3 y Tabla 5) y su incremento es del 55% (Tabla 4).

La infección gonocócica es, en estos momentos, la tercera más frecuente, pero tiene un crecimiento a un ritmo mayor, especialmente desde 2014 (Gráfico 3 y Tabla 5), con un incremento en el periodo del 141% (Tablas 4), lo que hace suponer que, si sigue el patrón de España, en próximos años su incidencia estará por encima de la sífilis (Figura 1).

La infección por Chlamydia trachomatis es la segunda ITS más frecuente, después de la sífilis (Gráfico 3 y tabla 5) y ha tenido un crecimiento del 55% en el periodo (tabla 4).

El herpes genital, aunque es la infección menos incidente de este periodo (Gráfico 3 y Tabla 5) es la que ha tenido un incremento mayor con un 231% (Tabla 4).

La provincia con mayores tasas de ITS, en todo el periodo, es Sevilla suponiendo más de la mitad de la tasa de Andalucía. Esta diferencia puede deberse, en gran parte, a la declaración de casos realizada por el centro de ITS de Sevilla (Tabla 6). La provincia que menores tasas ha tenido en todo el periodo son Córdoba y Jaén (Tabla 6)

Las provincias que han tenido un mayor incremento en este periodo en el conjunto de las ITS son Huelva, con un 313.7%, seguida de Granada con un 279% y las que menor incremento han tenido son Cádiz con un 3,7% y Málaga con un 31.6% (tabla 6)

Por distritos sanitarios, el Distrito Sevilla seguido del Distrito Granada son los que más casos han declarado en 2016 (ver tabla 7)

En cuanto a relación hombre mujer y grupo de edad y otras enfermedades relacionadas con las ITS principales.

En la Sífilis, la razón hombre mujer en 2016 es de 9,25 y el grupo de edad más frecuente tanto en hombres como en mujeres es el de 25-34 (tabla 13)

Se han declarado dos casos de sífilis congénita en dos gemelos cuyos padres tenían sífilis y la madre no tuvo control de embarazo.

En la Infección gonocócica, el índice de masculinidad en 2016 es de 5,7 hombres por cada mujer y el grupo de edad más frecuente tanto en hombres como en mujeres es de 25 a 34 años (tabla 9)

En la Chlamydia Trachomatis, la razón hombre /mujer en 2016 es de 1,64 hombres por cada mujer y el grupo de edad mayoritario tanto en hombres como mujeres es el de 25-34. (tabla 16)

En 2016 se han declarado dos casos de linfogranuloma venéreo

En el Herpes Genital, en 2016, la razón mujer hombre es 1,95 y el grupo de edad más frecuente es el de 25-34 (tabla 19)

VI. RECOMENDACIONES

Estimular la declaración por parte de los profesionales de medicina de familia, así como la investigación de parejas sexuales y declaración de brotes.

La garantía de la confidencialidad en todos los ámbitos, es imprescindible para la mejora de la declaración y el control de estas infecciones tan ligadas a la intimidad de las personas.

Análisis territorial lo más desagregado posible para identificar áreas de mayor incidencia que permitan diseñar intervenciones tanto en esa población como en los centros de atención primaria de referencia.

VII. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance Atlas of Infectious Diseases [Internet]. 2017
<https://ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectious-diseases>
- Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección, General de Promoción de la Salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. 2017
<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 19 95 2015.pdf>
- Nacional de Epidemiología C, Lucas Herraiz P, Sobrino Vegas Beatriz Fernández Martínez L, Herrera León L, López Cuadrado Rosa Cano Portero Redacción del informe T, López Cuadrado T, et al. INFORME ANUAL DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA 2015 Octubre 2016.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/pdf_2016/SIM_2015.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Albu C, Brusin S, Gomes Dias J, Ciancio B, Spiteri G. Annual epidemiological report. Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. 2014.
<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-HIV-AIDS-blood-borne-annual-epi-report-2014.pdf>
- World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance. 2015 Red Nacional De Vigilancia Epidemiológica. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2015.
- Spiteri G, Amato-Gauci AJ, Unemo M, Jacobsson S. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24243874>
- Grupo de trabajo sobre ITS., Diaz A, Belda J, Rodríguez Centro Sandoval Madrid Jorge del Romero Centro Sandoval Madrid C. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.
<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
- Oxford Textbook of Global Public Health. Distinguished Professor of Epidemiology and Infectious Diseases Rogers Detels, Oxford University Press. 6ª Edición, 2015

- Bennett JE (John E, Dolin R, Blaser MJ, Douglas RG (Robert G. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases.
- Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero JJ, Delgado Rodríguez M. Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública (12a. ed.)
- Harrison. Principios de Medicina Interna 18ª edición, 2012
- Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL (Dan L, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine.
- GESIDA, SPNS, GEITS, SEIP. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. 2017.

<https://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>

VIII. ANEXOS

Anexo 1

Agentes etiológicos de las infecciones de transmisión sexual

Agentes etiológicos	Infecciones de transmisión sexual
Bacterias	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, Bartholinitis, Skeneitis, infección gonocócica diseminada
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, artritis reactiva sexualmente adquirida (SARA) Linfogranuloma venéreo
<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L3	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginosis, enfermedad inflamatoria pélvica
<i>Haemophilus influenzae</i>	Uretritis
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal (Donovanosis)
<i>Streptococcus agalactiae</i>	Uretritis, balanitis
<i>Shigella</i> *	Enterocolitis
<i>Salmonella</i> *	Enterocolitis
<i>Campylobacter</i> *	Enterocolitis
Virus	
Virus herpes simple	Herpes genital, herpes neonatal, meningitis aséptica
<i>Papillomavirus</i>	Condylomata acuminata, papiloma de laringe, cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene.
<i>Molluscum contagiosum</i>	Molluscum contagiosum
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2)	Infección por VIH. Sida
Virus de la hepatitis B	Hepatitis, infección perinatal, carcinoma hepatocelular
Virus de la hepatitis A*	Hepatitis aguda
Protozoos	
<i>Entamoeba histolytica</i> *	Vaginitis, uretritis, cervicitis
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Amebiasis
<i>Giardia lamblia</i> *	Giardiasis
Hongos	
<i>Candida spp</i>	Vulvovaginitis, balanitis
Artrópodos	
<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis pubis
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna

Fuente: Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid 2011

