

Informe VIH e outras ITS en Galicia 2023

Infeccións polo VIH: 2004-2022
Altas hospitalarias en relación co VIH: 2000-2022
Mortalidade polo VIH: 1984-2021
Probas de detección rápidas do VIH: 2011-2022
Infeccións de transmisión sexual non VIH: 2005-2022
Xenotipado do VIH-1: 1999-2022



Informe VIH e outras ITS en Galicia 2023

Infeccións polo VIH: 2004-2022

Altas hospitalarias en relación co VIH: 2000-2022

Mortalidade polo VIH: 1984-2021

Probas de detección rápidas do VIH: 2011-2022

Infeccións de transmisión sexual non VIH: 2005-2022

Xenotipado do VIH-1: 1999-2022

XUNTA DE GALICIA

Cita:

Dirección Xeral de Saúde Pública. Informe VIH en Galicia 2023 [monografía en Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2023. Dispoñible en: <http://www.sergas.es/saude-publica/informes-epidemioloxicos-de-vih-sida>

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2023

ABREVIATURAS.....	7
PRESENTACIÓN.....	9
RESUMO EXECUTIVO.....	11
INFECCIÓNS POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022.....	15
A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022.....	16
DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA, POR SEXO E IDADE NA INFECCIÓN POLO VIH.....	18
CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN NA INFECCIÓN POLO VIH.....	23
ESTADIO CLÍNICO NA INFECCIÓN POLO VIH.....	32
PAÍS DE ORIXE DAS PERSOAS INFECTADAS POLO VIH.....	35
DIAGNÓSTICO TARDÍO NA INFECCIÓN POLO VIH.....	38
A SIDA EN GALICIA: 1984-2022.....	44
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....	50
ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022.....	51
METODOLOXÍA.....	51
RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2022.....	52
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....	67
MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA: 1984-2021.....	69
RESULTADOS DO ANO 2021.....	70
RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2021.....	72

PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2022.....	77
DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA.....	79
PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUÍDO ORAL.....	81
RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA.....	85
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2005-2022.....	87
SISTEMA DE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA.....	89
HEPATITES VÍRICAS.....	91
SÍFILIS.....	94
GONOCOCIA.....	96
CLAMIDÍASE XENITAL.....	98
LINFOGRANULOMA VENÉREO.....	99
XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA: 1999-2022.....	101
RESULTADOS.....	102
CONCLUSIÓNS.....	111

ABREVIATURAS

CIAP 2	Clasificación internacional de enfermedades 2. ^a edición
CIE10-MC	Clasificación internacional de enfermedades 10. ^a revisión-modificación clínica
CMBD	Conxunto mínimo básico de datos
CR	Cambio relativo
CTs	Clústeres de transmisión
Desc.	Descoñecidos
DE	Desviación estándar
DT	Diagnóstico tardío
DXSP	Dirección Xeral de Saúde Pública
EDO	Enfermidades de declaración obrigatoria
Enf.	Enfermidades
EU/EEA	European Union/European Economic Area
Hetero.	Heterosexual
HSH	Homes que teñen sexo con outros homes
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISC III	Instituto de Saúde Carlos III
LGV	Linfogranuloma venéreo
NC	Non consta
ND	Novos diagnósticos
PID	Persoas que se inxectan drogas
RGVSP	Rede galega de vixilancia en saúde pública

SIAC AP	Sistema de información de análises complexas de atención primaria
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDIVIHG	Sistema de información dos diagnósticos sobre a infección polo VIH de Galicia
SIM	Sistema de información microbiolóxica
SXNOE	Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades
TAR	Terapia antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de grande actividade
VIH	Virus da inmunodeficiencia humana
VHA	Virus da hepatite A
VHB	Virus da hepatite B
VHC	Virus da hepatite C
VHS	Virus do herpes simple
VPH	Virus do papiloma humano

PRESENTACIÓN

Este informe que agora presentamos é a continuación dunha serie de edicións anuais en que se publican os datos epidemiolóxicos do impacto en Galicia da infección polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH) dende que se produciron os primeiros casos de sida na nosa comunidade autónoma no ano 1984.

O salto cualitativo no rexistro da enfermidade que supuxo o Sistema de información galego sobre a infección polo VIH permitiunos coñecer mellor a súa forma de transmisión e, en consecuencia, adoptar medidas máis axustadas á realidade para facerlle fronte e diminuír o seu impacto.

Esta nova forma de rexistrar a enfermidade ponnos de manifesto que os patróns de transmisión desta infección variaron, ao igual que ocorre no resto do Estado e no mundo occidental. Mentres que os rexistros antigos, que só rexistraban casos de sida, nos mostraban esta infección vinculada maioritariamente á utilización compartida de material de inxección de drogas, o rexistro de VIH móstranos que actualmente en Galicia a infección polo virus da inmunodeficiencia humana deriva fundamentalmente de relacións sexuais sen preservativo. Destacamos ademais que o diagnóstico de casos de infección polo VIH transmitida entre homes que teñen relacións sexuais con outros homes se incrementa, entre 2004 e 2022, un 4,3 % cada ano.

A partir de 2019 só temos un único rexistro de casos de infección e de enfermidade (sida), que se denomina Sistema de información dos diagnósticos de infección polo VIH de Galicia (SIDIVIHG), que entrou en vigor segundo o Decreto 136/2018, do 4 de outubro, polo que se crea e se regula o SIDIVIHG. De maneira que os casos novos de infección polo VIH declaráranse fundamentalmente, dun modo automatizado, dende os laboratorios de microbioloxía dos hospitais do SERGAS, o que fará que deixemos de ter unha coñecida infradeclaración (casos non declarados polos sanitarios, perdas de casos rexistrados en papel que non chegan á Dirección Xeral de Saúde Pública, etc.), que existía en anos anteriores.

Case a metade dos novos casos de infección polo VIH presentan diagnóstico tardío (DT: cifras de CD4 inferior a 350 células/ μ l na primeira determinación da infección polo virus), o que motiva a necesidade de promover a proba diagnóstica do VIH entre a poboación adulta nos centros de saúde e no ámbito comunitario de Galicia.

O coñecemento deste novo patrón epidemiolóxico é, sen dúbida, de suma importancia para o establecemento de medidas de loita contra a infección. É obvio que os mecanismos de prevención —primaria ou secundaria— desta infección son agora diferentes dos que existían inicialmente e a Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade adaptou xa as súas estratexias de intervención a esta nova realidade, como é o caso da realización dun programa de detección anónima do VIH mediante técnicas rápidas en fluído oral que realizan diversas ONG galegas.

A difusión do informe de forma anual é un elemento máis —e importante— para conseguir os obxectivos estratéxicos da Consellería de Sanidade no relativo a esta infección/enfermidade. A utilización deste documento como unha ferramenta máis de traballo por parte dos distintos actores implicados no seu manexo —dende o ámbito asistencial ao asociativo— permitirá seguir avanzando nesa tendencia descendente xa iniciada hai anos grazas ao traballo de todos e cada un deles.

Non quero finalizar sen expresar o meu máis sincero agradecemento a todos os profesionais dos distintos ámbitos que, coa súa colaboración, axudan a manter ao día o rexistro para mellorar o coñecemento da situación epidemiolóxica da infección e poder así anticiparnos a ela na busca da súa progresiva diminución na nosa poboación.

Carmen Durán Parrondo

Directora xeral de Saúde Pública

RESUMO EXECUTIVO

Obxectivos do informe

- Cuantificar os novos diagnósticos de infección polo VIH e a súa evolución temporal.
- Cuantificar os novos diagnósticos de casos de sida e a súa evolución temporal.
- Describir a morbilidad polo VIH.
- Describir a mortalidade polo VIH.
- Avaliar os datos das probas rápidas de detección do VIH en persoas que non adoitan acudir ao sistema sanitario.
- Cuantificar os novos diagnósticos de infección de transmisión sexual non VIH máis importantes (sífilis, gonococia, hepatites víricas e clamidíase xenital).

Ámbito xeográfico, poboación e períodos de estudo

Recóllense os novos diagnósticos de infección polo VIH das persoas residentes en Galicia dende 2004 a 2022 e dos casos de sida dende 1984 a 2022.

A mortalidade refírese ao período de 1984 a 2021 e a morbilidad ao de 2000 a 2022.

As probas rápidas de detección do VIH son de 2011 a 2022.

Metodoloxía e análise dos datos

Faise unha análise descritiva dos datos que se recollen dos servizos de microbioloxía hospitalarios e que facilita o persoal sanitario no ámbito territorial da comunidade galega e envíanse á Dirección Xeral de Saúde Pública sen identificadores persoais, polo que é moi posible que non se poidan eliminar todos os posibles duplicados que se puidesen xerar.

As principais variables de análise foron: ano de diagnóstico do VIH, ano de diagnóstico da sida, idade no momento de diagnóstico do VIH, sexo, categoría de transmisión, provincia de orixe e número de linfocitos CD4 no momento do diagnóstico de infección polo VIH.

Na análiseponse especial atención no diagnóstico tardío, definido como persoas con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l na primeira determinación da infección polo VIH.

Os datos non se corrixiron por atraso na notificación, o que pode afectar a interpretación das tendencias, sobre todo no último ano.

Para a información de morbilidade usouse o conxunto mínimo básico de datos dos hospitais de Galicia.

Os datos de probas rápidas de detección do VIH proceden das enquisas achegadas polas entidades colaboradoras coa Dirección Xeral de Saúde Pública na realización das probas.

Principais resultados

Entre 2004 e 2022 rexistráronse en Galicia 3.268 novos diagnósticos de infección polo VIH (nestes dezanove anos presentáronse 1.002 casos de sida, polo que houbo dúas veces máis de rexistro de infección ca de enfermidade), cunha media anual de 172 infeccións, o que representa unha incidencia anual media de 6,25 casos por 100.000 habitantes (por debaixo da incidencia do conxunto das comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente ao Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH estatal, que foi de 9,7 casos por 100.000 habitantes e ano no período 2004 a 2022), dos cales as catro quintas partes foron homes e a idade media foi de 38 anos.

A práctica de risco máis asociada coa infección polo virus nos dezanove anos analizados foi a das relacións sexuais no 80 % das ocasións (44 % entre homes que teñen sexo con outros homes -HSH- e 36 % heterosexual), as infeccións por compartir material de inxección para drogas supoñen o 14 % dos casos rexistrados de nova infección polo VIH (presentando unha tendencia descendente, cun cambio relativo –CR– dun 21 % anual).

Ademais, se consideramos illadamente o sexo masculino, é moito máis frecuente a transmisión por relacións entre HSH (55 %) cá vía heterosexual (26 %).

O 50 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío (DT) cando foi diagnosticado e dende 2020, anos da pandemia por COVID-19, o DT é maior do 60 %.

Aínda que suavizada nos últimos anos, continúa a tendencia descendente dos novos casos de sida que comezara no ano 1997 pola introdución dos tratamentos antirretrovirais de grande actividade.

De 2000 a 2022 observouse unha importante diminución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH e a maioría destas persoas ingresou por patoloxías non relacionadas co virus (diminúen as hospitalizacións con diagnóstico principal de infección polo VIH, así como aquelas de enfermidades definatorias de sida, e aumentan as altas por outras enfermidades non relacionadas co VIH –dende 2015 máis do 80 % dos ingresos foron por patoloxías non relacionadas co VIH–).

A mortalidade dende 2008 sitúase por debaixo das 3 mortes por 100.000 habitantes, maioritariamente en persoas de 25 a 49 anos.

Un 1,6 % das probas rápidas de detección do VIH foron reactivas.

En relación coa sífilis e gonococia obsérvase un pequeno aumento na tendencia anual, pero sempre por debaixo das cifras de casos de toda España. O último caso de sífilis neonatal notificado é do ano 2017.

Conclusións

- O VIH transmítese maioritariamente por vía sexual.
- A transmisión do VIH entre HSH é a categoría máis presente.
- O atraso diagnóstico da infección polo VIH é moi importante, maioritariamente cando a transmisión é por manter prácticas sexuais non seguras.
- Os casos de sida mantéñense en niveis baixos.
- A mortalidade polo VIH segue diminuindo pouco a pouco.
- As taxas de novos diagnósticos polo VIH son menores cás de España.
- O 1,6 % das probas rápidas de detección do VIH foron reactivas, o que facilitou o diagnóstico precoz da infección e a posibilidade de chegar a colectivos con escaso contacto cos servizos de saúde.
- A transmisión da sífilis e a gonococia mostra unha lixeira tendencia ao aumento.

INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

No informe dos novos casos de infección polo VIH en Galicia avalíanse os datos sobre as persoas ás que se lles diagnosticou a infección polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH) na nosa comunidade e que foron rexistrados no Sistema de información dos diagnósticos de infección polo VIH de Galicia (SIDIVIHG).

Este informe recolle información sobre os novos diagnósticos da infección polo VIH en Galicia durante os anos 2004 a 2022 e dos diagnósticos de casos de sida en Galicia os anos 1984 a 2022, datos que son facilitados polo persoal médico en exercicio no ámbito territorial da comunidade galega (tal como se recolle no Decreto 136/2018, do 4 de outubro, polo que se crea e se regula o SIDIVIHG), o que permite coñecer a evolución temporal e xeográfica da infección e a súa distribución entre a poboación con diferentes prácticas de risco.

A información recadada é estritamente confidencial e só se utiliza para os fins previstos no ficheiro denominado Sistema de información e vixilancia de problemas de saúde pública.

Metodoloxicamente faise unha análise descritiva e calcúlanse as taxas* de novos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes, para o que se teñen en conta os diferentes padróns correspondentes a cada ano, e cuxas principais variables de estudo son: ano de diagnóstico do VIH, idade cando se diagnostica o VIH, sexo, categoría de transmisión, provincia de orixe e número de linfocitos CD4 no momento do diagnóstico da infección.

* Todas as taxas que se citan neste informe sobre o diagnóstico de infección polo VIH en Galicia 2004-2022 teñen en conta poboacións a partir da interpolación dos datos do padrón correspondentes e están referidas ao 1 de xullo de cada ano.

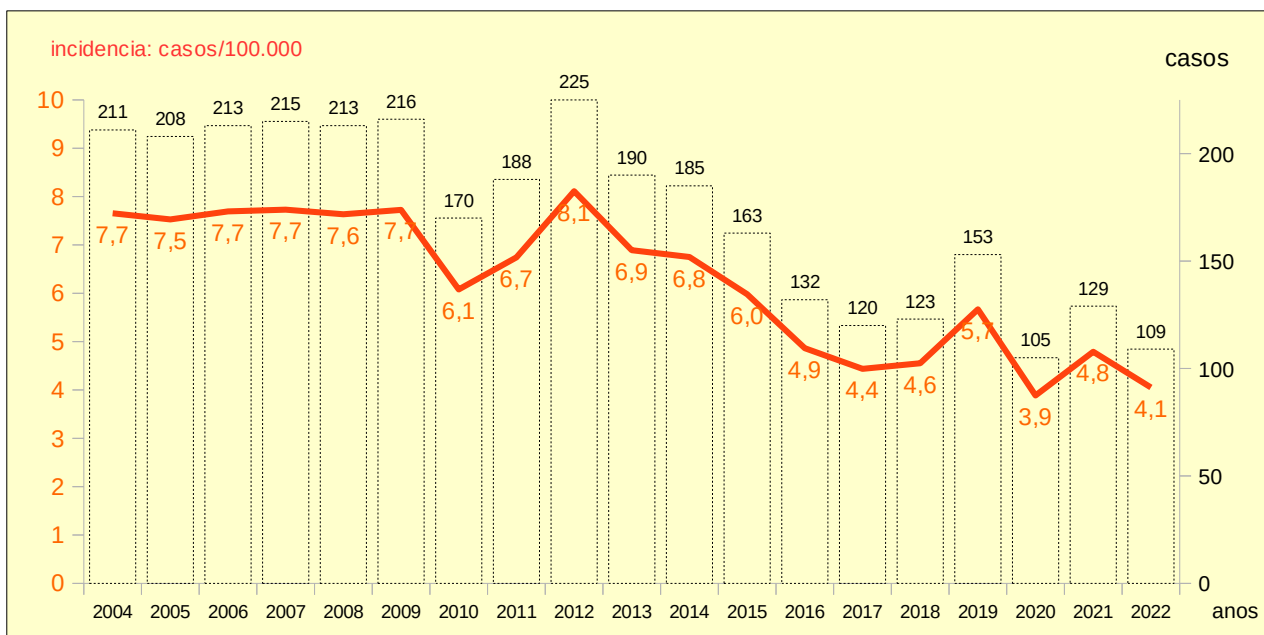
1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

Na análiseponse especial atención no diagnóstico tardío, definido como pacientes con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l na primeira determinación da infección polo VIH.

A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

En Galicia rexistráronse 3.268 casos de persoas infectadas polo virus da inmunodeficiencia humana entre os anos 2004 e 2022, cunha media de 172 infeccións anuais, o que representa unha incidencia anual de 6,25 casos por 100.000 habitantes (por debaixo da incidencia do conxunto das comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente ao Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH, que foi de 9,7 casos por 100.000 habitantes e ano no mesmo período).

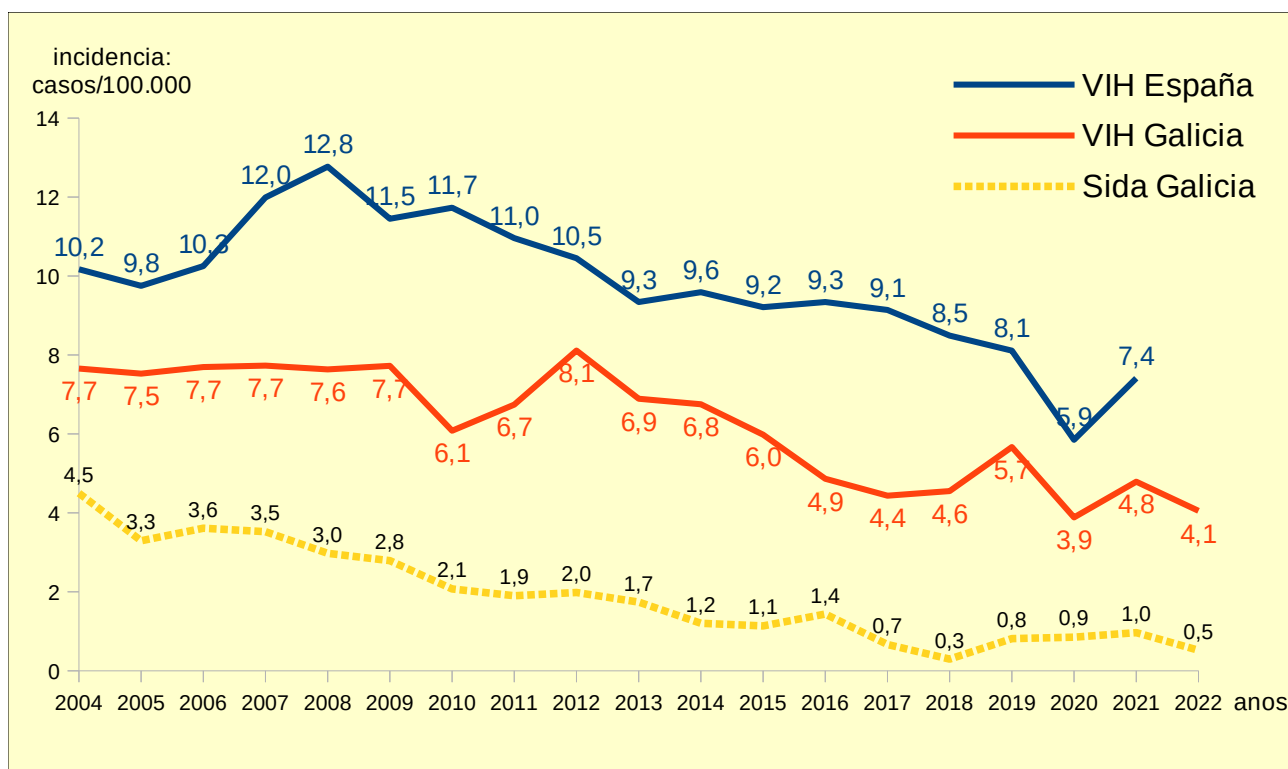
Gráfico 1. Número de casos e incidencia de infección polo VIH segundo ano de diagnóstico. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Obsérvase unha incidencia estable ata 2012, ano a partir do cal se observa unha clara diminución de casos de infección. Cun aumento de casos de infección en 2019 debidos, probablemente, á declaración dos casos automaticamente dende os laboratorios de microbioloxía dos diferentes hospitais do SERGAS, o que evita a infradeclaración de casos que se producía ata ese ano (esa infradeclaración en España estímase nun 7,5 % anual).

Gráfico 2. Incidencia de infección polo VIH e sida por ano de diagnóstico. Galicia e España 2004-2022

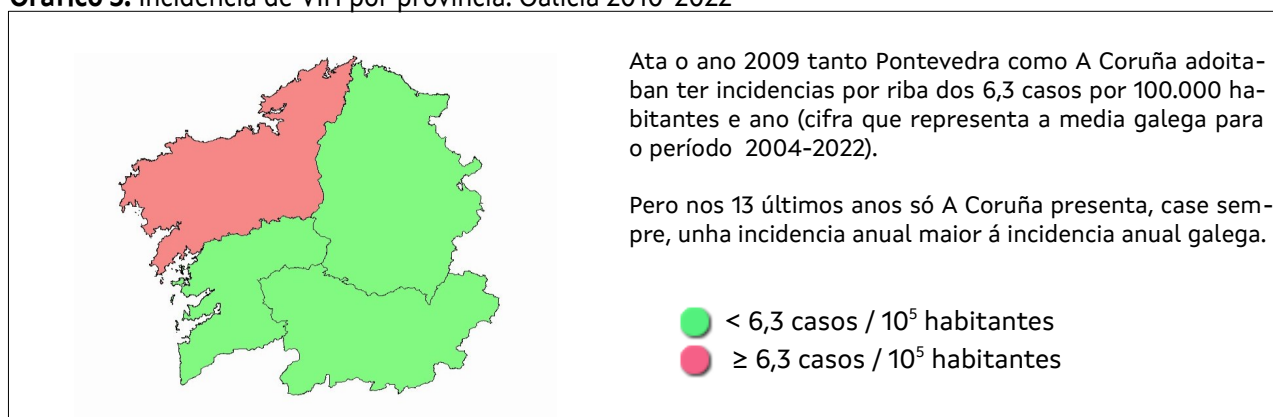


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA, POR SEXO E IDADE NA INFECCIÓN POLO VIH

Segundo a distribución xeográfica entre 2004 e 2022, A Coruña e Pontevedra son as provincias con maior incidencia de infección polo VIH, cunhas incidencias medias anuais de 7,0 e 6,3 casos/10⁵, respectivamente. Pero dende 2010 só A Coruña presenta, case sempre, incidencias anuais por riba da media de cada ano.

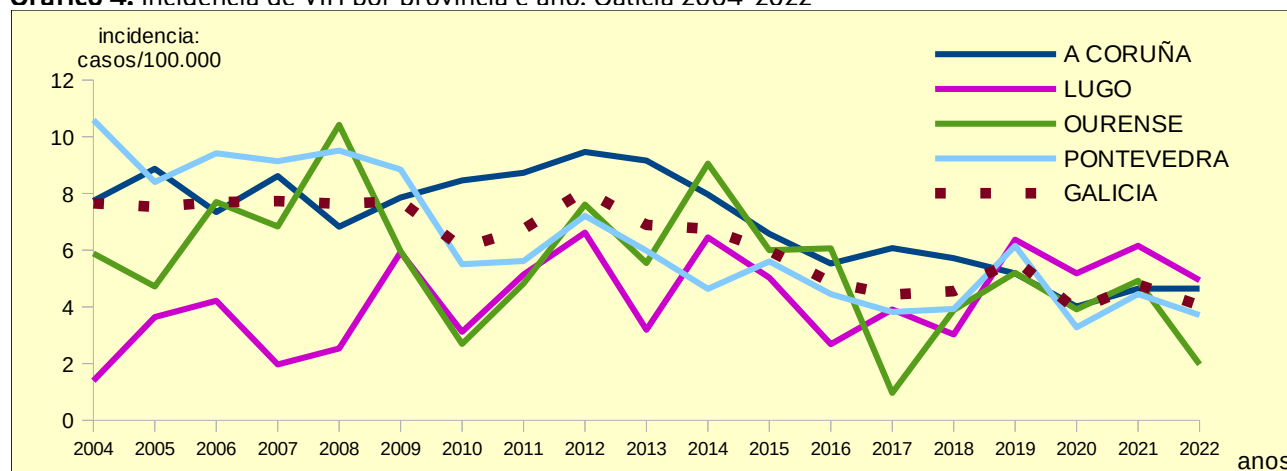
Gráfico 3. Incidencia de VIH por provincia. Galicia 2010-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Ourense presenta a incidencia intermedia con 5,5 casos/10⁵ e ano, entre 2004 e 2022, mentres que Lugo amosa unha incidencia anual de 4,3 casos/10⁵.

Gráfico 4. Incidencia de VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Aínda que 19 anos representan un período de tempo curto, parece que o comportamento das incidencia de infección en Ourense e Lugo son as máis irregulares, e A Coruña é a que permanece máis constante por riba da incidencia media galega de cada ano.

Táboa 1. Número de diagnósticos VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2022

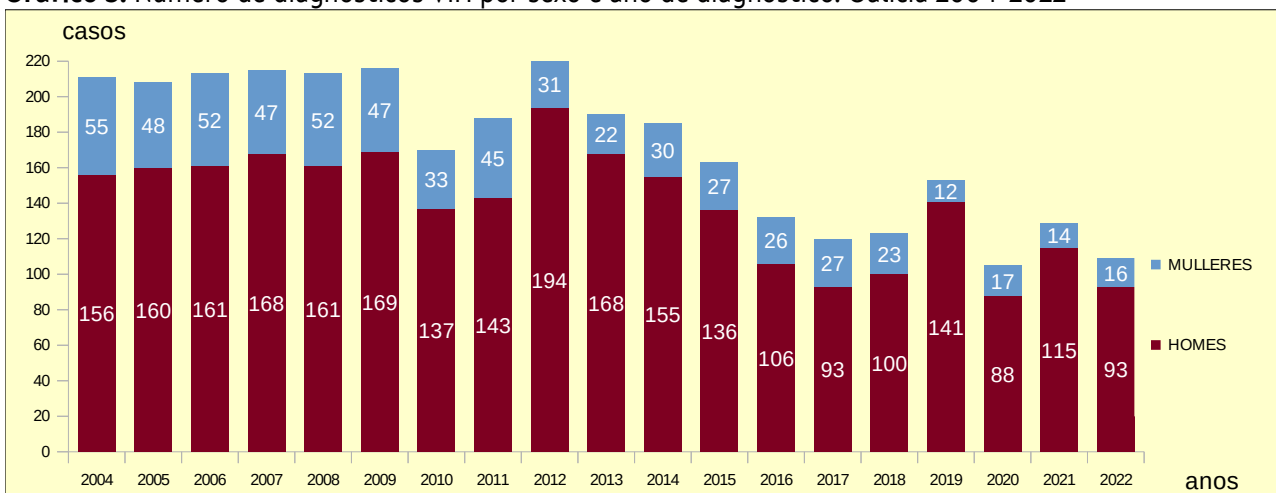
	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
2004	87	5	20	99	211
2005	100	13	16	79	208
2006	83	15	26	89	213
2007	98	7	23	87	215
2008	78	9	35	91	213
2009	90	21	20	85	216
2010	97	11	9	53	170
2011	100	18	16	54	188
2012	108	23	25	69	225
2013	104	11	18	57	190
2014	90	22	29	44	185
2015	74	17	19	53	163
2016	62	9	19	42	132
2017	68	13	3	36	120
2018	64	10	12	37	123
2019	58	21	16	58	153
2020	45	17	12	31	105
2021	52	20	15	42	129
2022	52	16	6	35	109
Total:	1.510	278	339	1.141	3.268

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

Respecto da distribución por sexos dos casos acumulados, o 81 % pertence ao sexo masculino. A evolución do número de casos de ambos os sexos ao longo dos dezanove anos queda reflectida no gráfico seguinte:

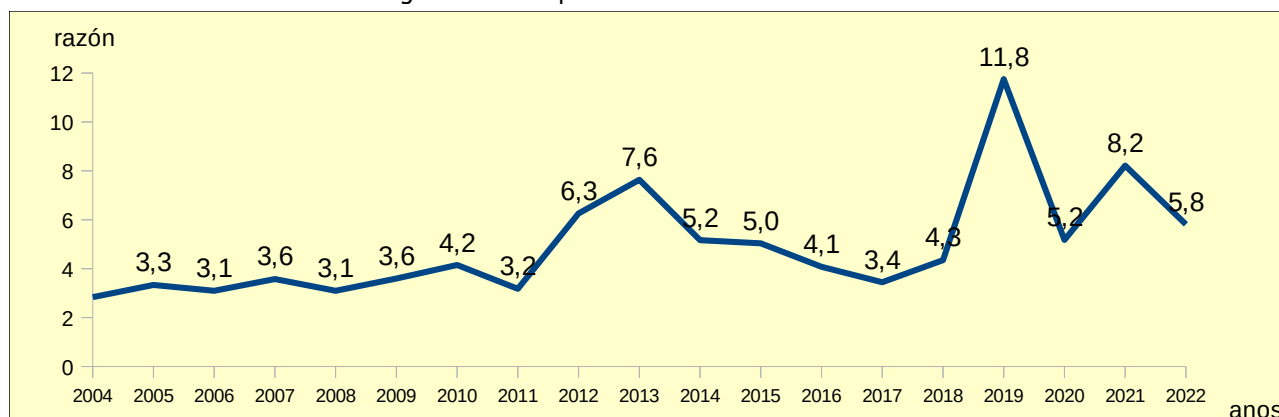
Gráfico 5. Número de diagnósticos VIH por sexo e ano de diagnóstico. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

A razón de sexos é de 4,2 durante todo o período. Se só tivéssemos en conta os que se infectan por relacións heterosexuais non protexidas, a razón pasaría a ser de 1,4.

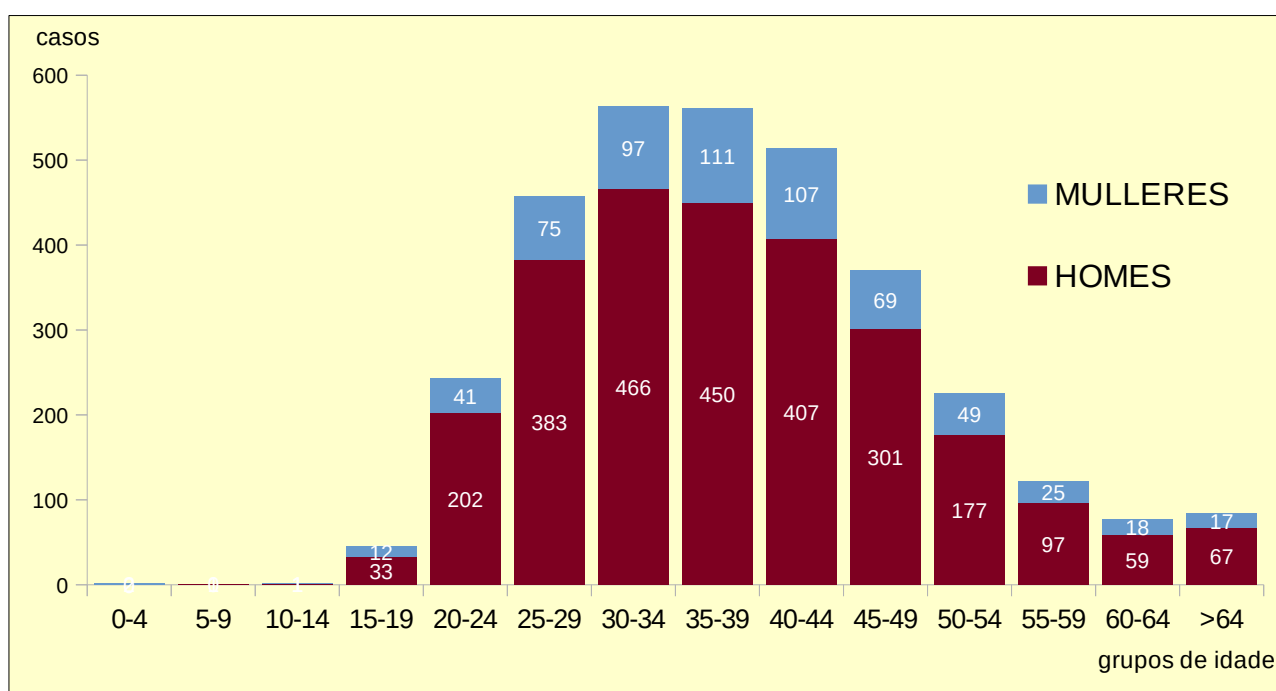
Gráfico 6. Razón de sexos no diagnóstico VIH por ano. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

En canto á idade, cómpre sinalar que a infección polo VIH afecta fundamentalmente a adultos mozos. O 76 % de todos os casos tiña no momento do diagnóstico da infección entre 25 e 49 anos. Sendo os maiores de 49 anos o 16 % dos casos.

Gráfico 7. Número de diagnósticos VIH por grupo de idade e sexo. Galicia 2004-2022

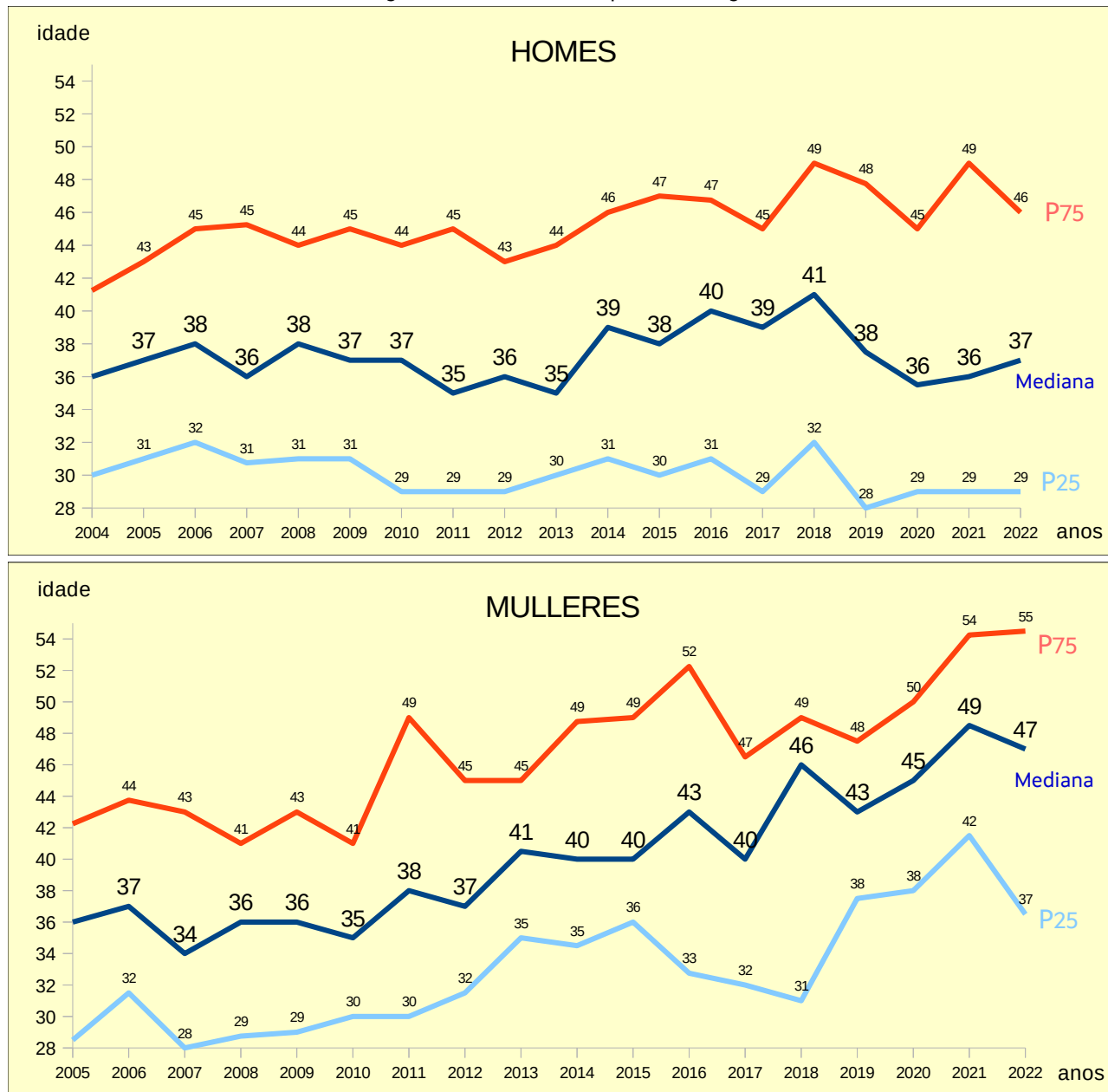


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

A idade media no momento do diagnóstico da infección rolda os 38 anos, con valores similares en homes (38,3) e mulleres (39,1), aínda que as mulleres amosan unha tendencia máis irregular e tendente ao aumento de idade nos últimos anos.

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

Gráfico 8. Idade no momento do diagnóstico da infección polo VIH segundo sexos. Galicia 2004-2022

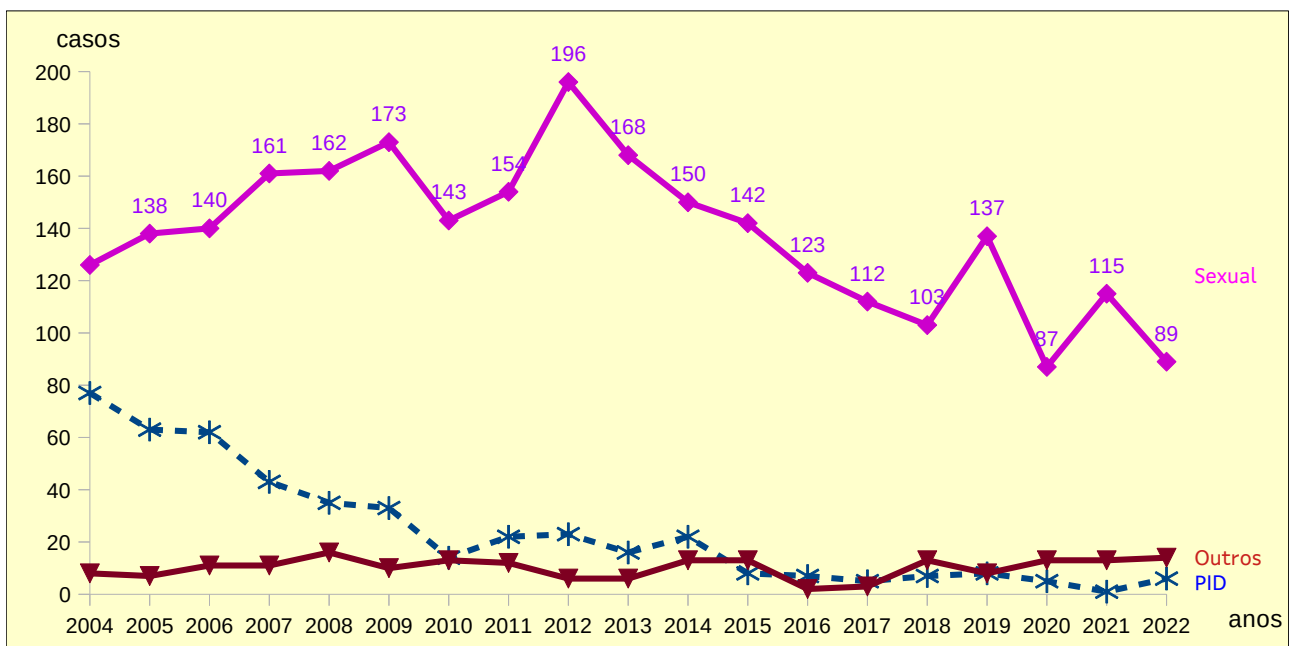


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN NA INFECCIÓN POLO VIH

A categoría de transmisión máis frecuente na infección polo VIH nos dezanove anos analizados foi a das relacións sexuais non protexidas, que supuxo o 80 % dos casos (44 % entre homes que teñen sexo con outros homes [HSH] e o 36 % heterosexualmente), e presenta un incremento de peso relativo con respecto aos casos debidos ao intercambio de xiringas entre persoas que se inxectan drogas (PID), que supoñen a segunda categoría de afectación do período, cun 14 % das infeccións.

Gráfico 9. Número de diagnósticos VIH por ano e categoría de transmisión. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

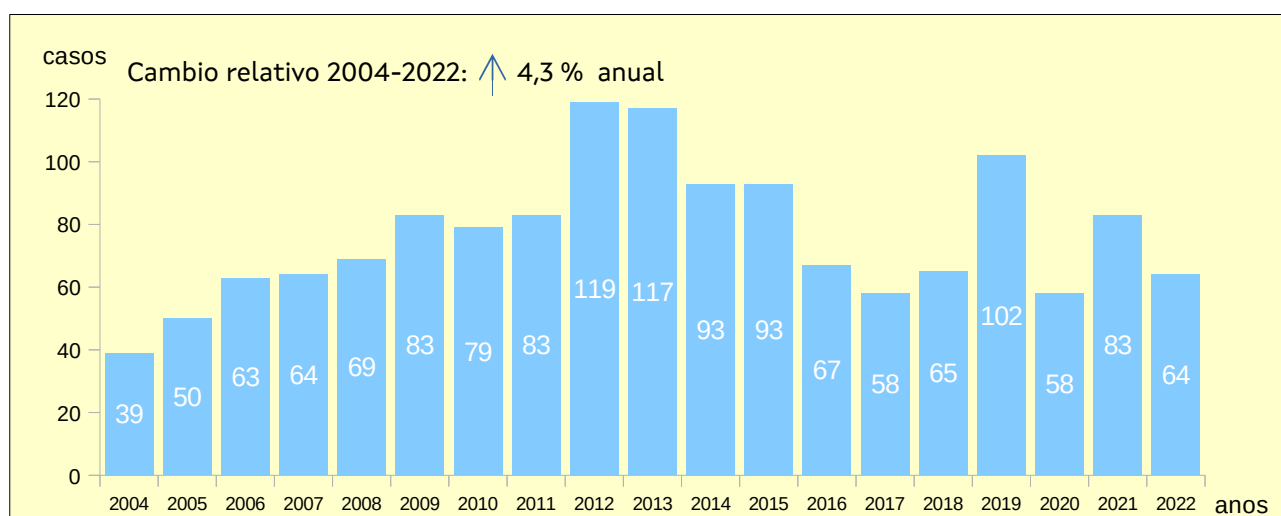
É importante observar os datos da transmisión sexual por sexos, xa que as categorías máis asociadas á infección cando non os separamos son moi similares entre os HSH e

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

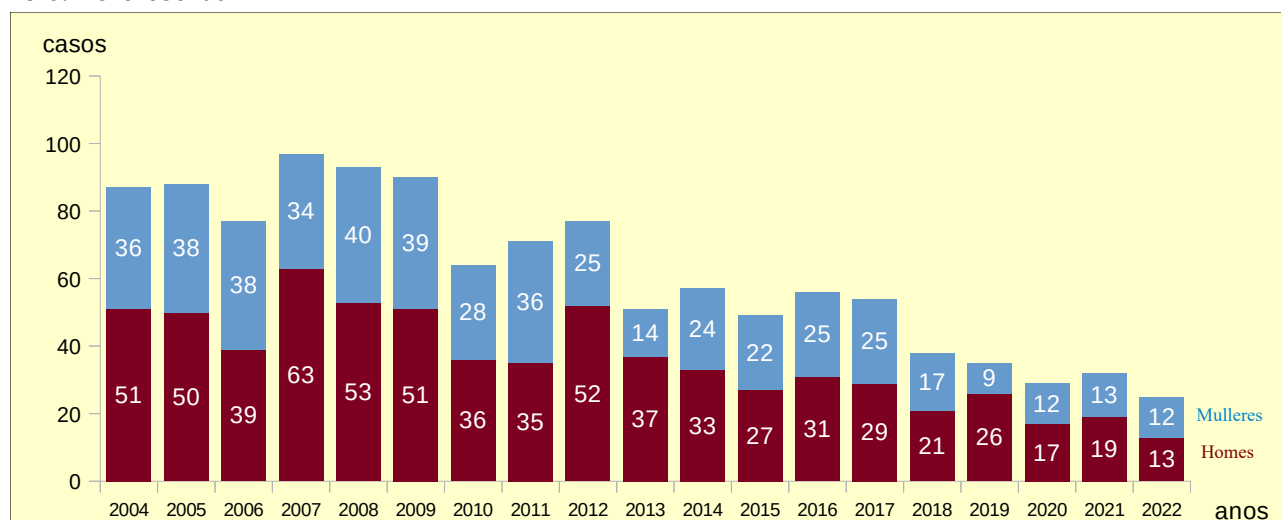
heterosexuais. Se temos en conta só os homes, os HSH sitúanse claramente como os máis afectados e presentan unha evolución ao ascenso gradual co paso dos anos, expresado nun cambio relativo (CR) ascendente do 4,3 % anual no período 2004-2022.

Gráfico 10. Número de diagnósticos VIH na categoría de transmisión sexual segundo sexos. Galicia 2004-2022

10 a. HSH



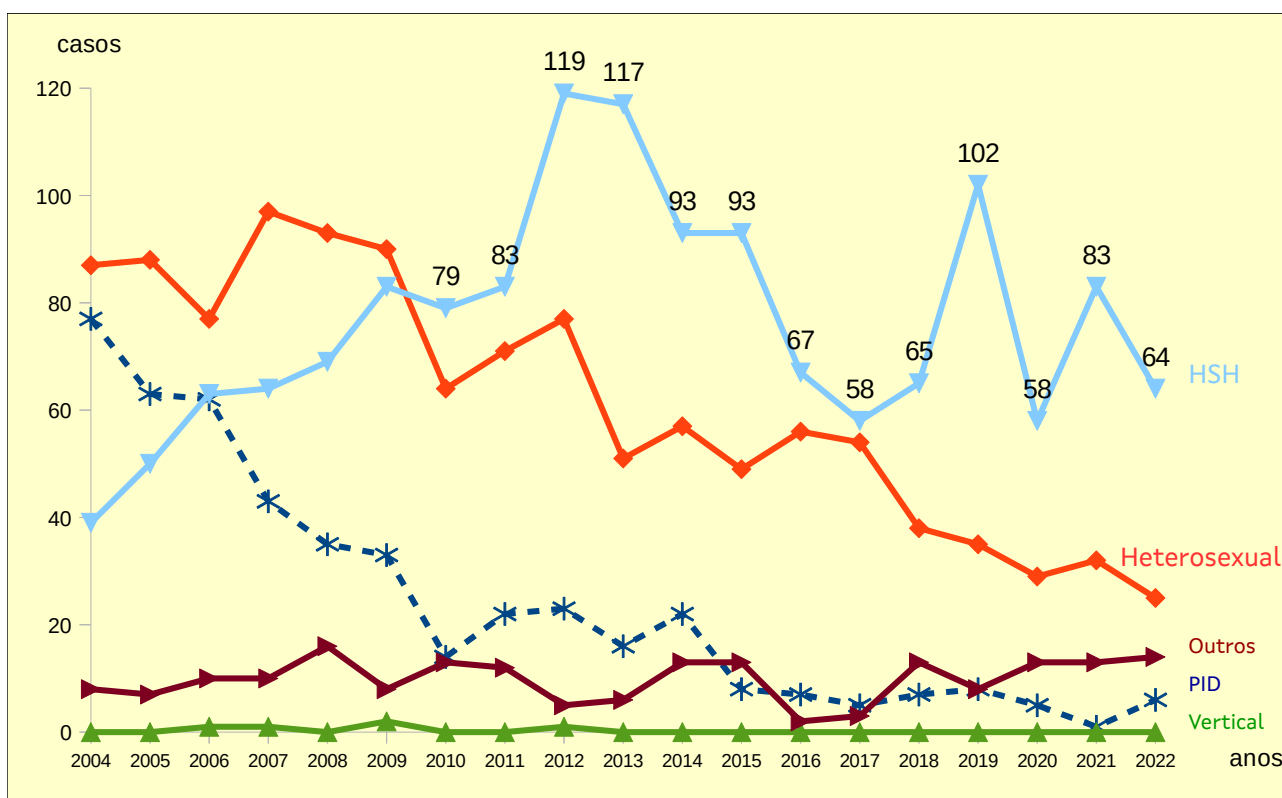
10 b. Heterosexual



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Se describimos todas as categorías de transmisión nos homes, obsérvase que as infeccións asociadas aos HSH representan a primeira categoría de transmisión do período (en claro ascenso sobre todo ata o ano 2013), por riba dos casos das categorías heterosexuais e PID (estas últimas cun importante descenso).

Gráfico 11. Número de diagnósticos VIH en homes por ano e categoría de transmisión. Galicia 2004-2022

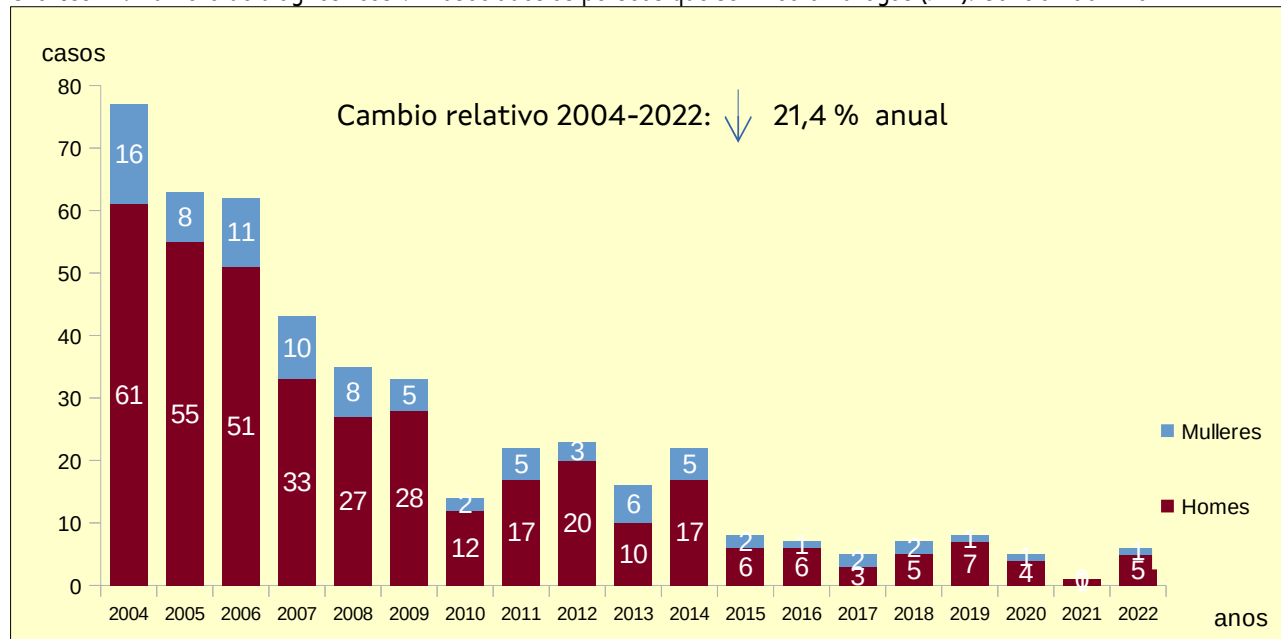


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Se volvemos á totalidade da poboación, na categoría das persoas que se inxectan drogas e que comparten o material de inxección obsérvase unha tendencia clara á diminución do número de casos co paso dos anos, cun cambio relativo descendente do 21 % anual no período 2004-2022.

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

Gráfico 12. Número de diagnósticos VIH asociados ás persoas que se inxectan drogas (PID). Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Se estudamos a distribución das porcentaxes referentes ás diferentes categorías de transmisión por sexos (gráfico 13), observamos que nas mulleres a categoría máis frecuente é claramente a asociada a prácticas heterosexuais non protexidas, cun 78 % dos casos e cunha tendencia estable no tempo (táboa 3).

No caso dos homes, hai máis variación (táboa 2) e obsérvase que a categoría de transmisión con maior porcentaxe de afectación varía cos anos, pero na maior parte do período a categoría que predomina é a dos HSH e cunha tendencia ao aumento que xa comentamos anteriormente (sobre todo ata 2013). A segunda categoría de transmisión sería a heterosexual, cunha tendencia estable no tempo. Os PID que comparten material de inxección teñen menos incidencia e, ademais, presentan unha tendencia clara ao descenso, e supoñen unicamente o 14 % dos casos.

Táboa 2. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en homes. Galicia 2004-2022

	PID	Heterosexual	HSH	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
04a10	267 (38 ao ano)	343 (49 ao ano)	447 (64 ao ano)	2 (0 ao ano)	0 (0 ao ano)	0 (0 ao ano)	53 (8 ao ano)	1.112 (159 ao ano)
2011	17	35	83	0	0	0	8	143
2012	20	52	119	0	0	0	3	194
2013	10	37	117	0	0	0	4	168
2014	17	33	93	0	0	0	12	155
2015	6	27	93	0	0	0	10	136
2016	6	31	67	0	0	0	2	106
2017	3	29	58	0	0	0	3	93
2018	5	21	65	0	0	0	9	100
2019	7	26	102	0	0	0	6	141
2020	4	17	58	0	0	0	9	88
2021	1	19	83	0	0	0	12	115
2022	5	13	64	0	0	0	11	93
	368	683	1.449	2	0	0	142	2.644

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

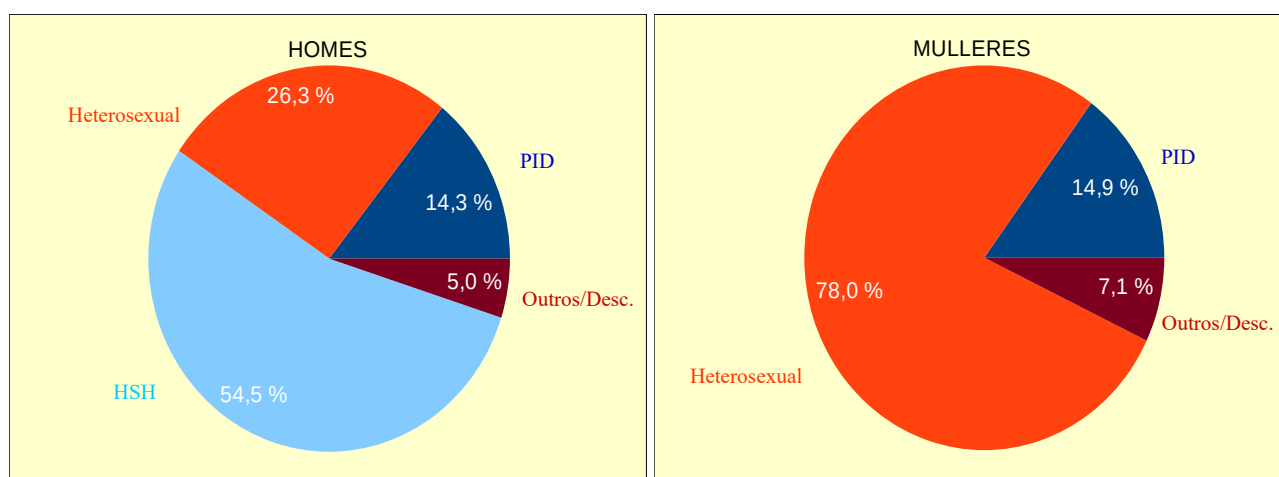
Táboa 3. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en mulleres. Galicia 2004-2022

	PID	Heterosexual	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
04a10	60 (9 ao ano)	253 (36 ao ano)	1 (0 ao ano)	1 (0 ao ano)	2 (0 ao ano)	17 (2 ao ano)	334 (48 ao ano)
2011	5	36	0	0	0	4	45
2012	3	25	0	1	1	1	31
2013	6	14	0	0	0	2	22
2014	5	24	0	0	0	1	30
2015	2	22	0	0	0	3	27
2016	1	25	0	0	0	0	26
2017	2	25	0	0	0	0	27
2018	2	17	0	0	0	4	23
2019	1	9	0	0	0	2	12
2020	1	12	0	0	0	4	17
2021	0	13	0	0	0	1	14
2022	1	12	0	0	0	3	16
	89	487	1	2	3	42	624

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Nos gráficos 13 e 15 constátase o predominio da transmisión da infección polo VIH a través da vía sexual: 80 %.

Gráfico 13. Categorias de transmisión dos diagnósticos VIH por sexos. Galicia 2004-2022

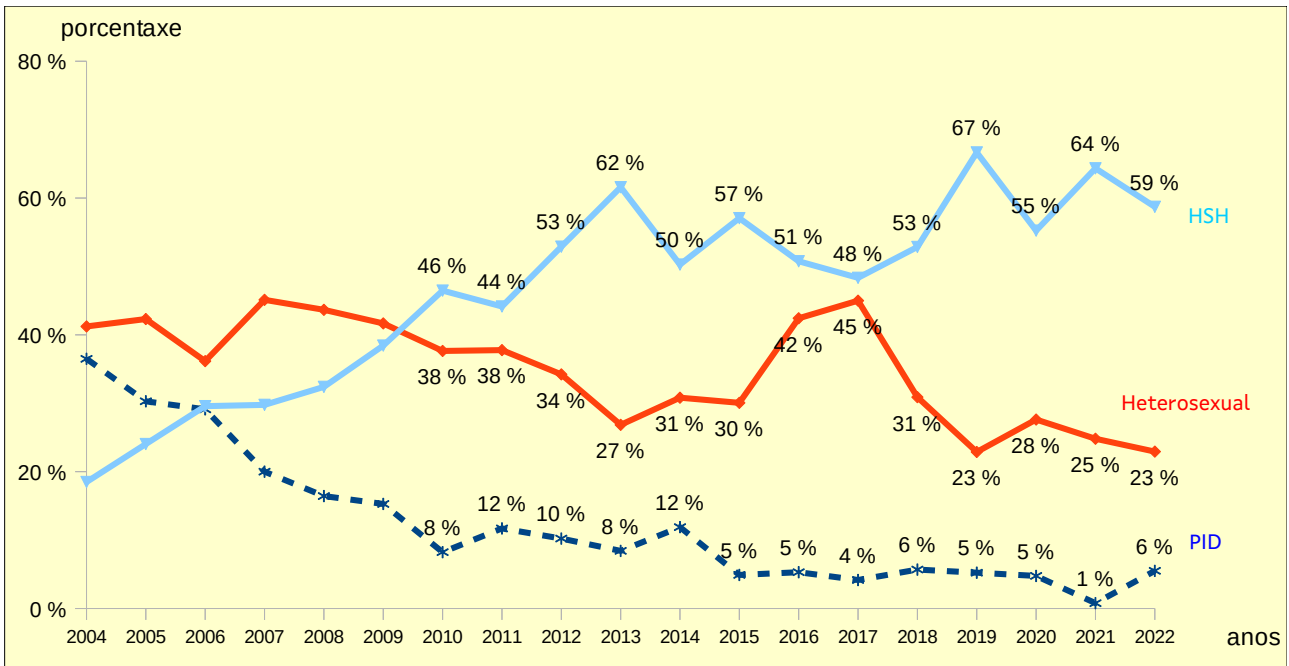


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

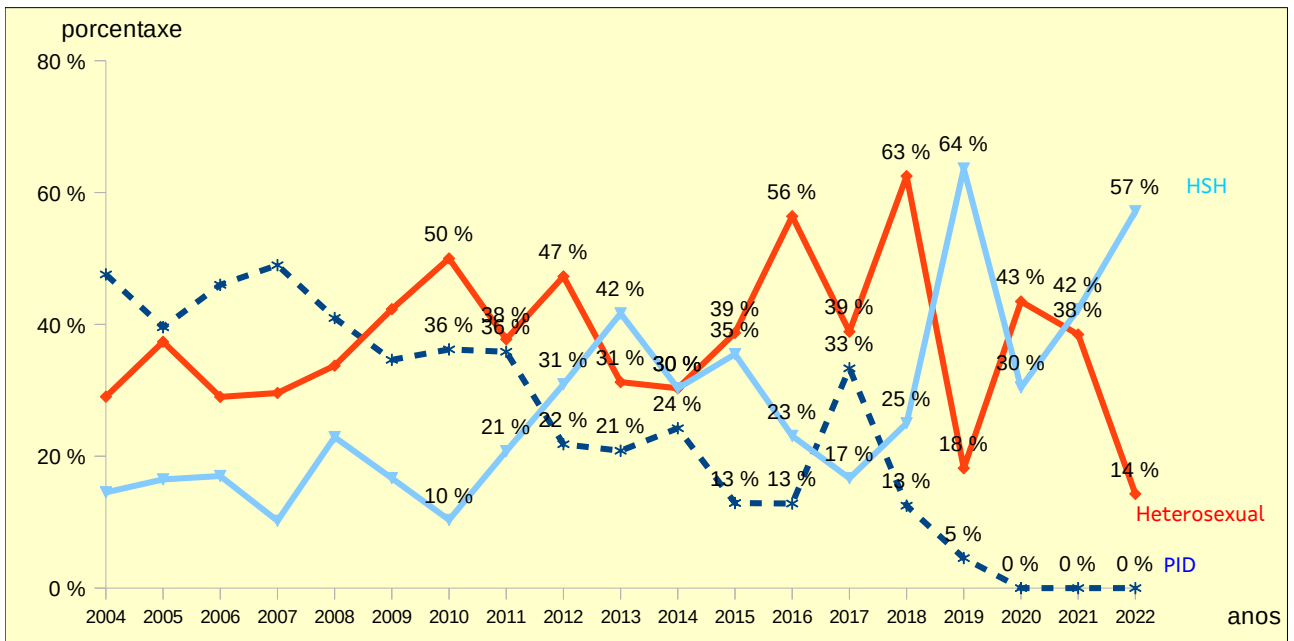
No gráfico 14 vemos, o mesmo ca noutros gráficos, o cambio que supón observar o fenómeno da afectación polo virus segundo o apreciemos dende a perspectiva unicamente da infección ou de padecer a enfermidade (sida), de maneira que á hora de describir a situación do problema debemos facelo basicamente en termos de dinámica de infección e non de enfermidade, pois o cadro que representan é moi diferente.

Gráfico 14. Porcentaxe de diagnósticos VIH e sida segundo as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2022

14 a. VIH



14 b. Sida



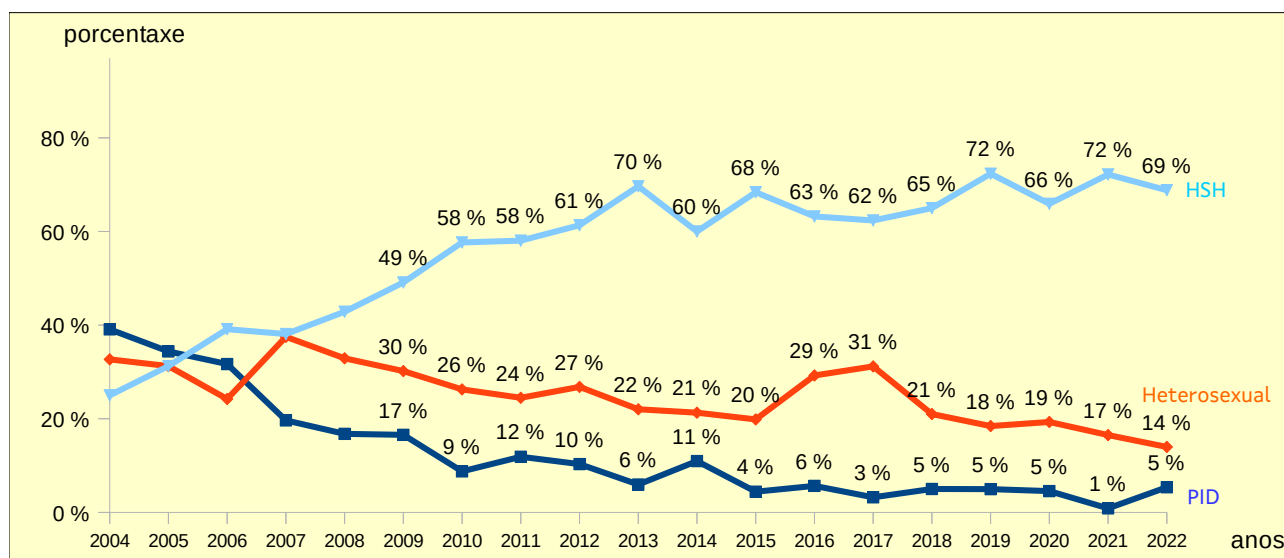
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

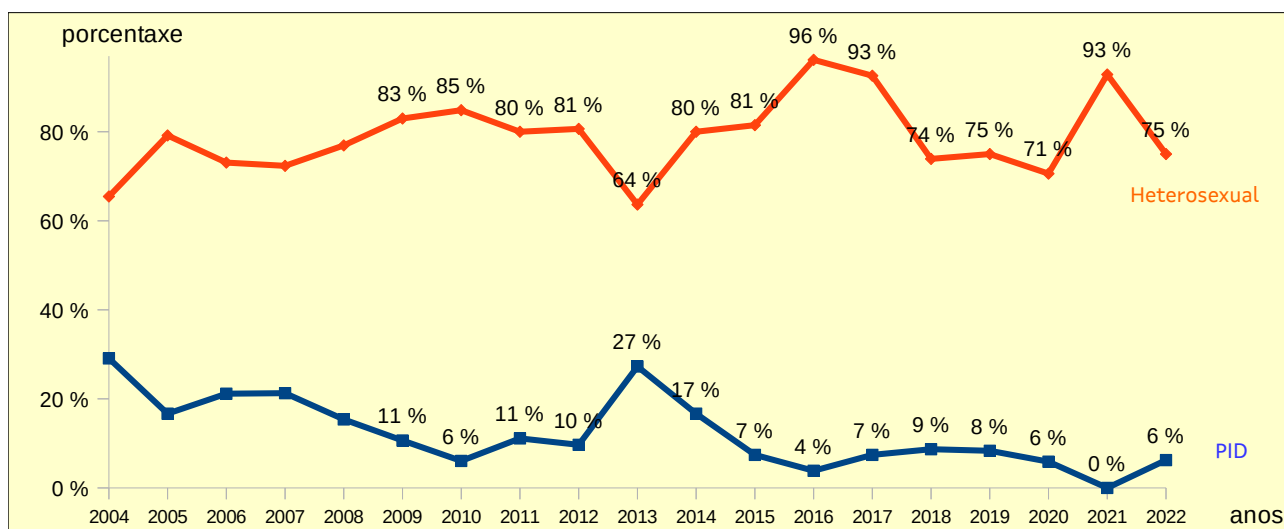
No seguinte gráfico queda claro, como xa comentamos anteriormente, que a transmisión por vía sexual é predominante e que no caso dos homes a transmisión asociada aos HSH é superior á heterosexual.

Gráfico 15. Porcentaxe de diagnósticos VIH segundo o sexo, as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2022

15 a. Homes



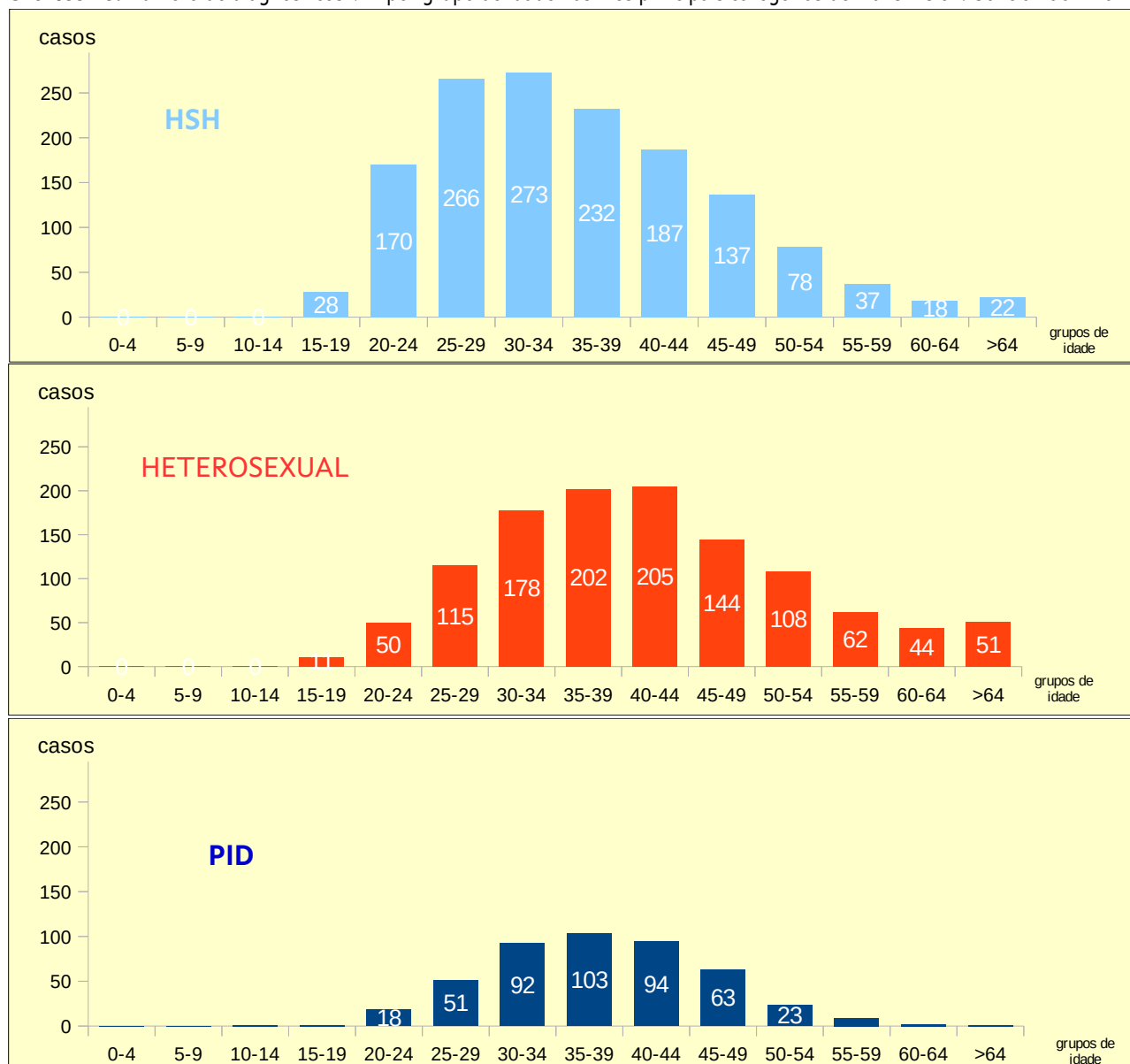
15 b. Mulleres



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Ao considerar a categoría de transmisión e os grupos de idade, obsérvase que os máis afectados son os que teñen entre 25 e 49 anos nas tres categorías principais (88 % PID, 76 % HSH e 72 % heterosexuais), pero destaca o feito de que na transmisión heterosexua haxa unha presenza importante de infección en persoas maiores de 49 anos (265 de 1.170 casos [23 %]).

Gráfico 16. Número de diagnósticos VIH por grupo de idade nas tres principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2022

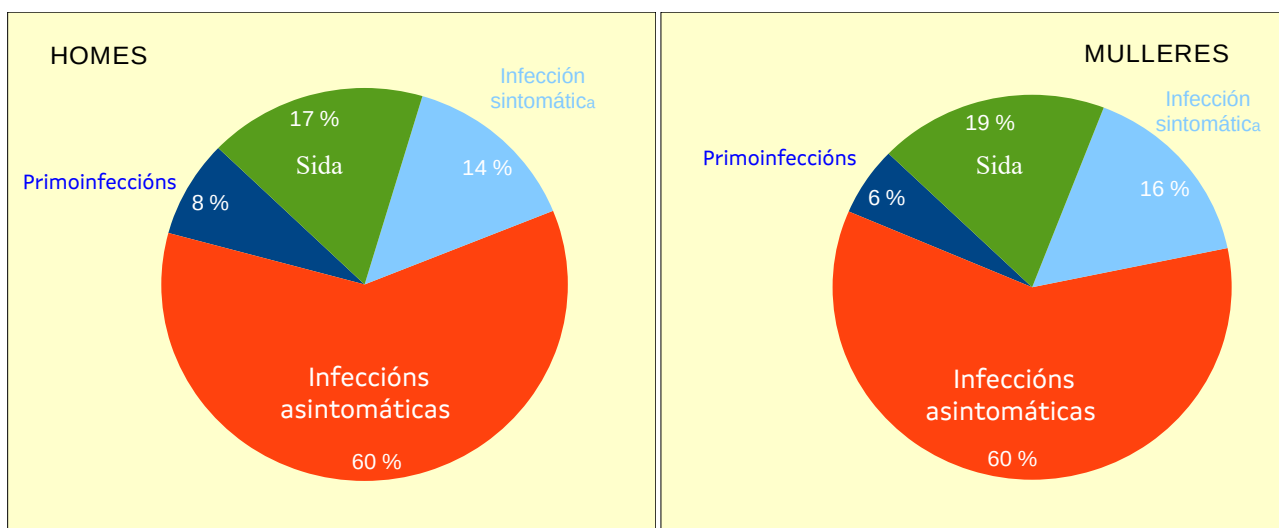


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

ESTADIO CLÍNICO NA INFECCIÓN POLO VIH

Ao analizar o estadio clínico no momento do diagnóstico, o 60,2 % preséntase como infección asintomática (60,3 % homes, 59,7 % mulleres), o 17,6 %, como casos sida (17,4 % homes, 18,6 % mulleres), o 14,2 %, como infección sintomática sen criterios de sida (13,9 % homes, 15,5 % mulleres) e o 7,6 %, como primoinfeccións (8,0 % homes, 5,8 % mulleres).

Gráfico 17. Estadio clínico dos diagnósticos VIH* por sexos. Galicia 2004-2022

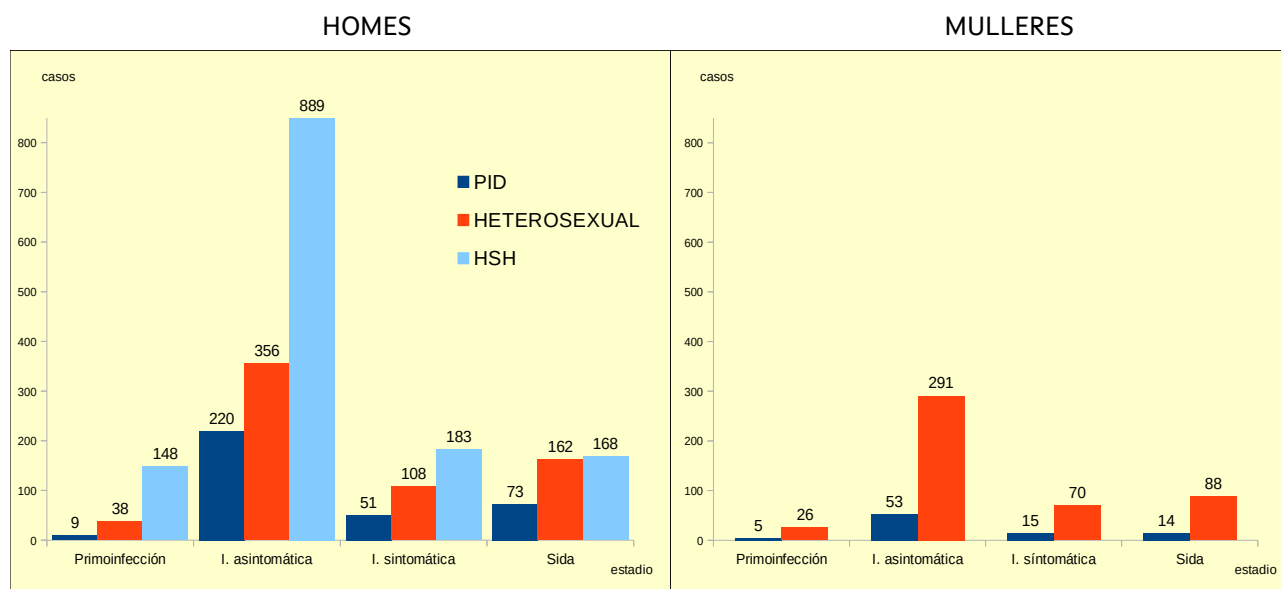


* En 20 diagnósticos VIH, o que supón o 0,6 % dos rexistros, non constaba o estadio clínico.

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

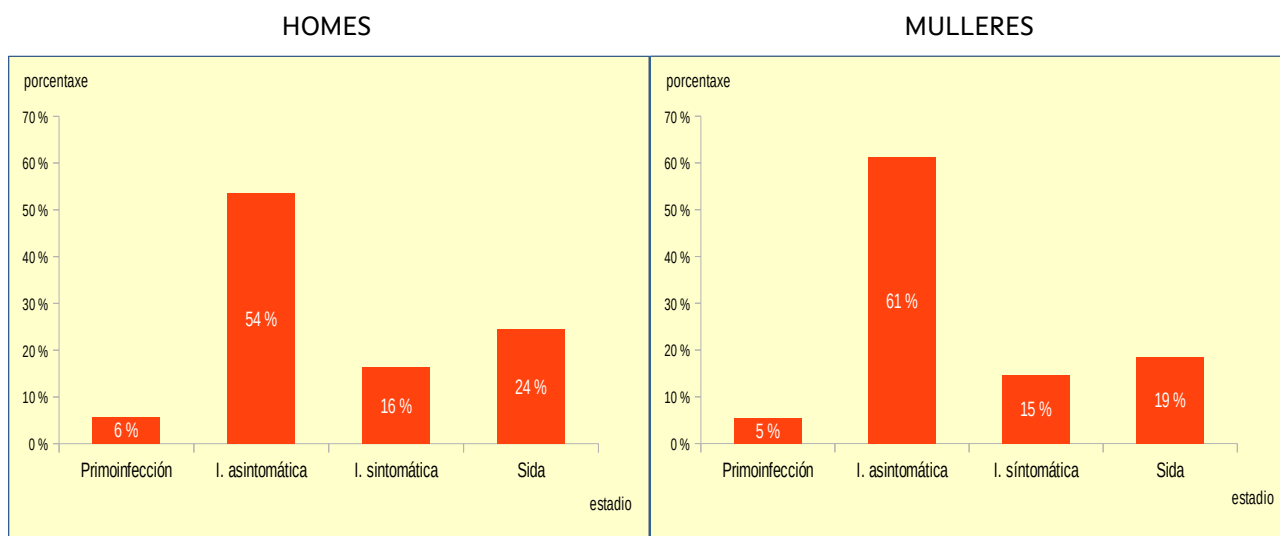
Tendo en conta a vía de transmisión, na categoría heterosexual o 56,8 % atopábase asintomático (54 % homes, 61 % mulleres), o 21,9 %, como casos de sida (24 % homes, 19 % mulleres), o 15,6 %, sintomático sen criterios sida (16 % homes, 15 % mulleres) e o 5,6 % eran primoinfeccións (6 % homes, 5 % mulleres).

Gráfico 18. Estadio clínico dos diagnósticos VIH polas principais categorías de transmisión e sexos. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Gráfico 19. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de transmisión heterosexual segundo o sexo. Galicia 2004-2022

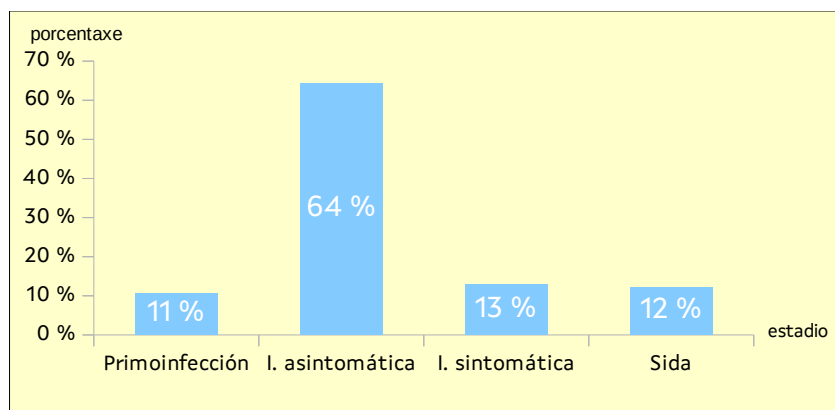


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

Nos HSH o 64,0 % atopábase asintomático, o 13,2 %, sintomáticos sen criterios sida, o 12,1 % eran sida e o 10,7 %, primoinfeccións.

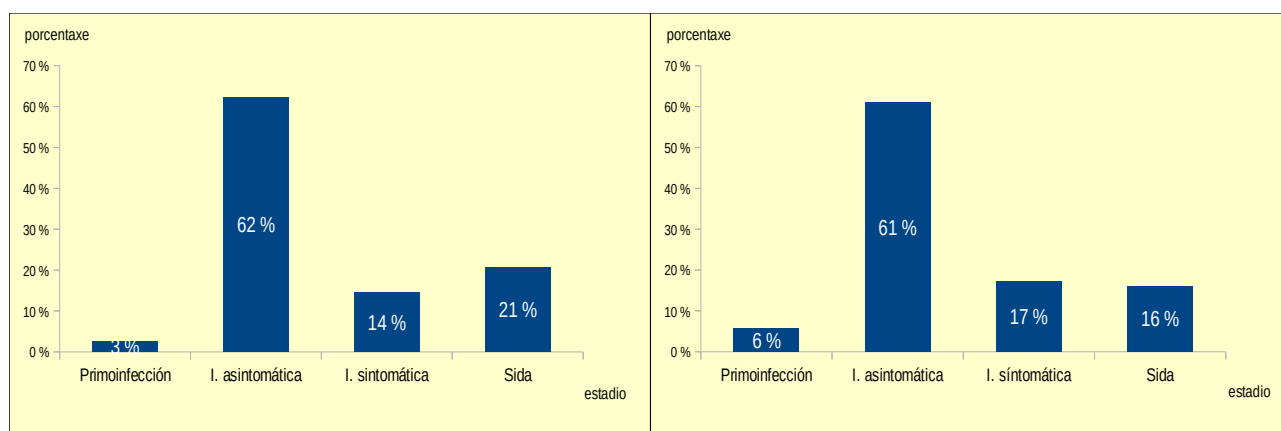
Gráfico 20. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de HSH. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Nos infectados por compartiren material de inxección, o 62,0 % atopábase asintomático (62 % homes e 61 % mulleres), o 19,8 % era sida (21 % homes e 16 % mulleres), o 15,0 % sintomático sen criterios de sida (14 % homes e 17 % mulleres) e o 3,2 % era primoinfección (3 % homes e 6 % mulleres).

Gráfico 21. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de persoas que se inxectan drogas segundo o sexo. Galicia 2004-2022

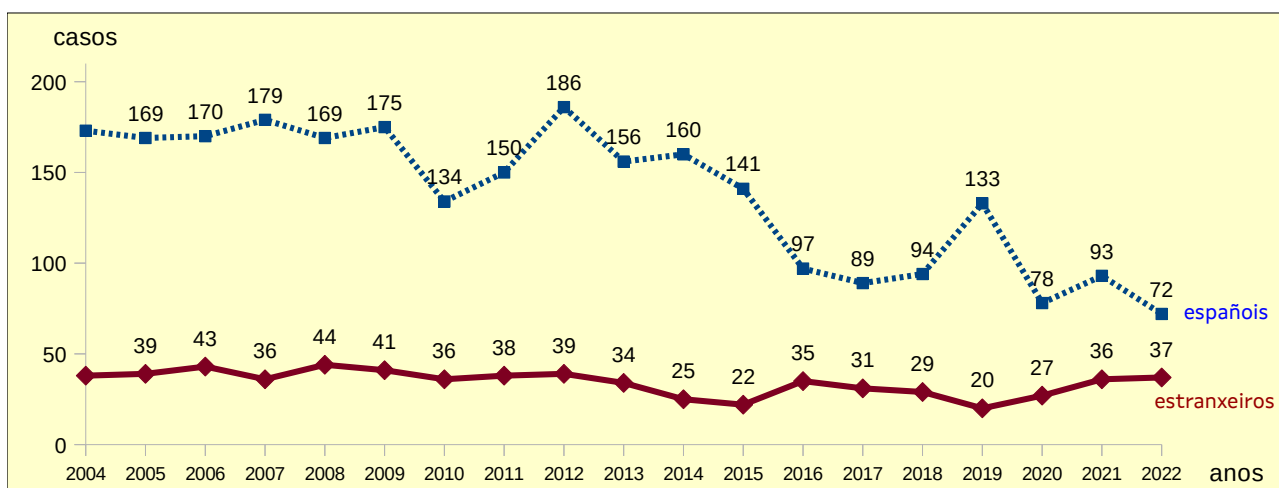


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

PAÍS DE ORIXE DAS PERSOAS INFECTADAS POLO VIH

No período estudado, o 20 % dos novos diagnósticos de infección polo VIH (18 % dos homes e 29 % das mulleres) realizouse en persoas orixinarias doutros países, amosando unha tendencia bastante estable no tempo. Os homes eran o 73 % (razón de masculinidade de 2,7).

Gráfico 22. Número de diagnósticos VIH residentes en Galicia segundo a súa orixe. Galicia 2004-2022

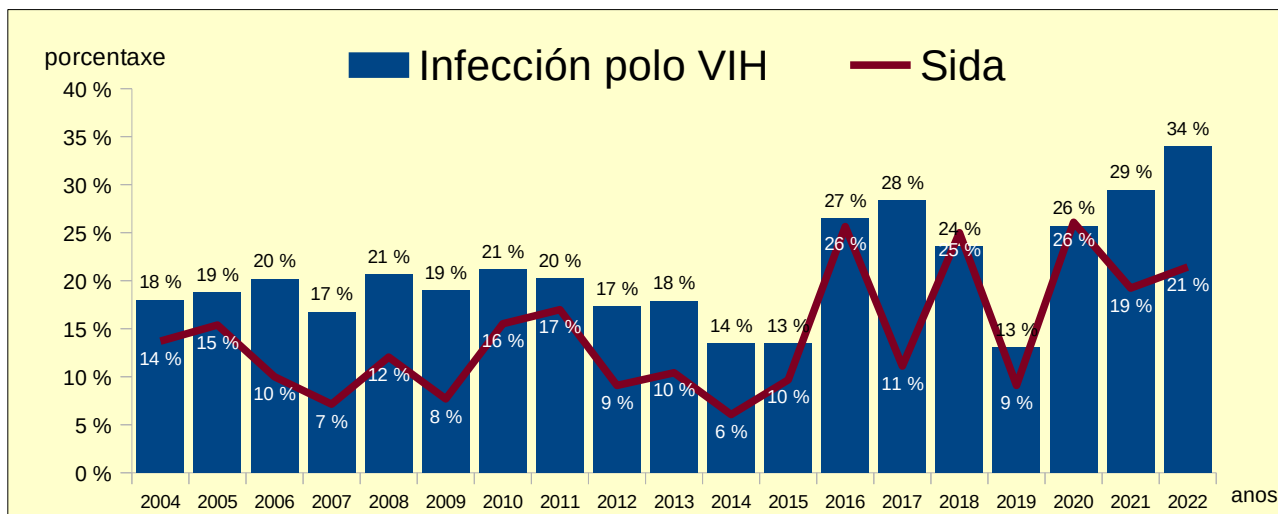


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

O mesmo ca noutras situacións, obsérvase que o fenómeno da inmigración tamén o debemos ver maioritariamente dende a perspectiva da infección e non dos casos de sida, xa que daría unha idea de menor importancia do problema.

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

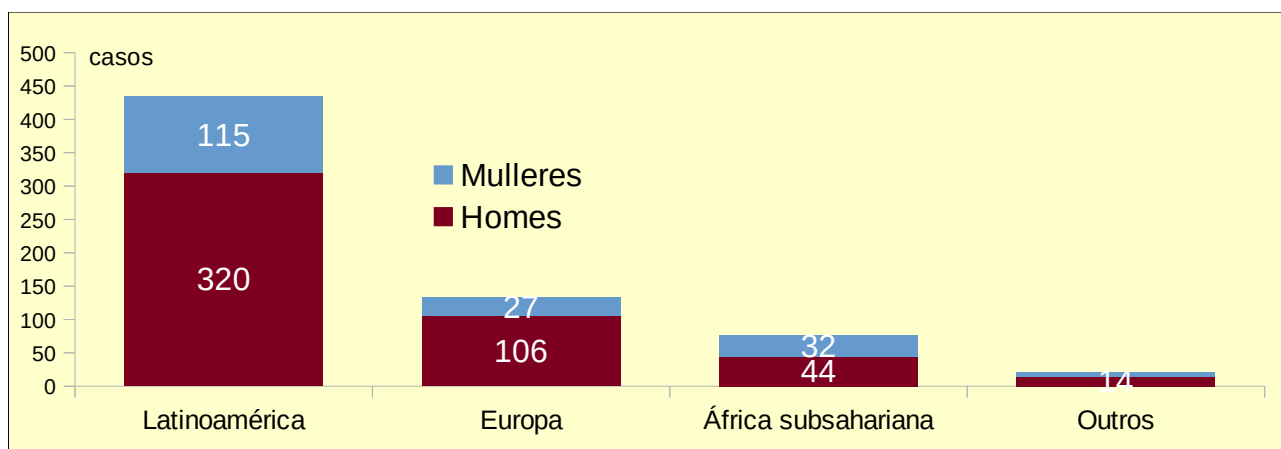
Gráfico 23. Porcentaxe dos diagnósticos VIH e sida residentes en Galicia que non son españois. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Os máis frecuentes foron os casos en latinoamericanos, cun 65 % (dos que os homes eran o 74 %), seguidos dos europeos, cun 20 % —maioritariamente portugueses— (dos que os homes eran o 80 %), dos subsaharianos, cun 12 % (dos que os homes eran o 58 %), e do resto das áreas xeográficas, cun 3 % (dos que os homes eran o 70 %).

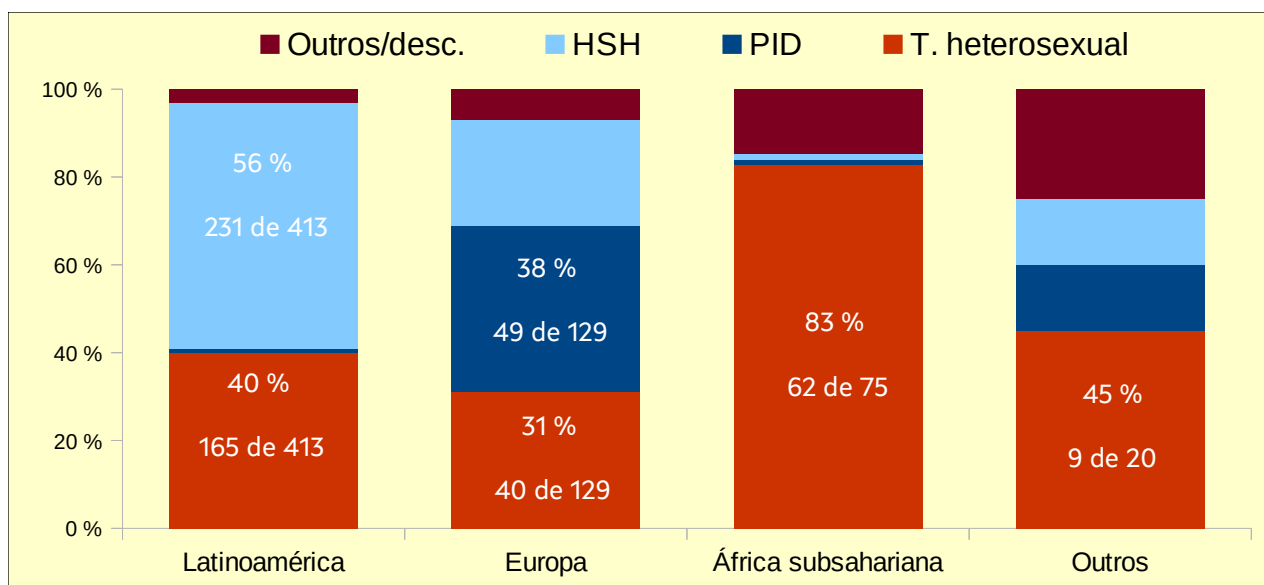
Gráfico 24. Número de diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e sexo. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Por categorías de transmisión, os procedentes da América latina están maioritariamente asociados á transmisión por relacións sexuais non protexidas (95,9 %: 56 % homosexuais e 40 % heterosexuais). Nos orixinarios de Europa, o 38,0 % infectouse por compartir material de inxección de drogas (31 % por relacións heterosexuais non protexidas e 24 % asociado a relacións entre HSH) e os que viñeron de África a maioría infectouse por relacións sexuais non protexidas (maioritariamente heterosexuais).

Gráfico 25. Diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e a práctica de risco. Galicia 2004-2022

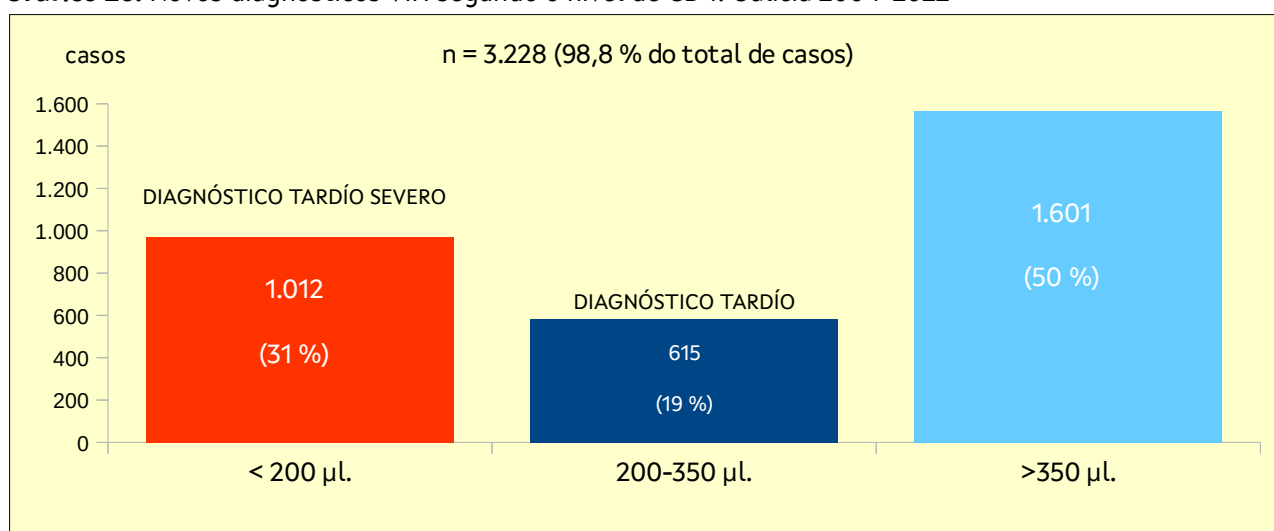


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

DIAGNÓSTICO TARDÍO NA INFECCIÓN POLO VIH

Nesta epígrafe comentaremos os datos de infección polo VIH segundo o nivel de CD4, considerando diagnóstico tardío* (DT) o caso daquel paciente con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l na primeira determinación da súa infección polo virus.

Gráfico 26. Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4. Galicia 2004-2022

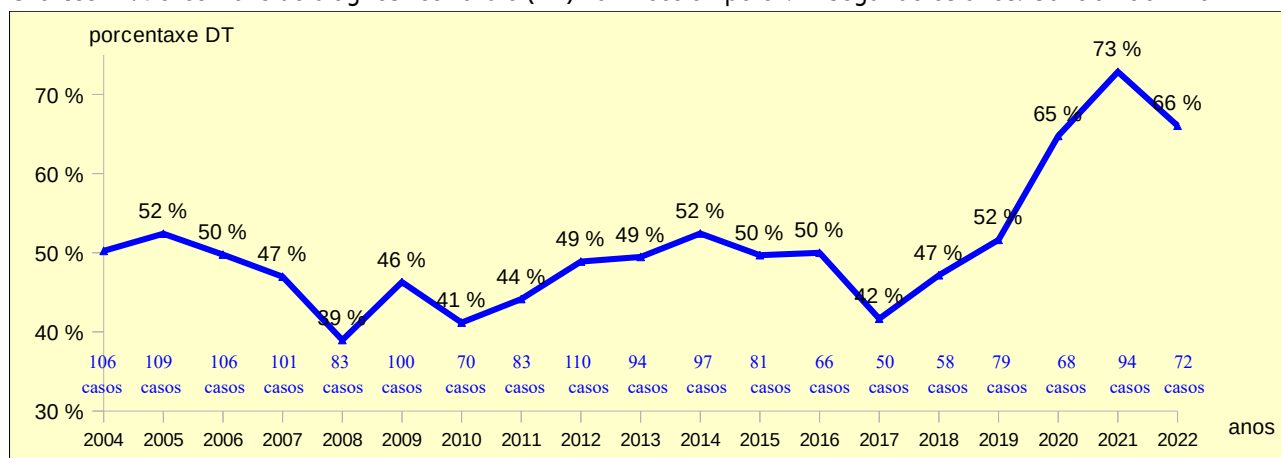


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Para todo o período 2004 a 2022 a mediana de CD4 nos novos diagnósticos foi de 363, e observouse que o 50,4 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío ao ser diagnosticados (50,2 % en homes e 51,5 % en mulleres). O único ano con DT menor do 40 % foi 2008 cun 39 %, e a maioría dos anos o diagnóstico tardío rolda o 50 %, e nos tres últimos anos 2020 ao 2022 o DT é maior do 60 % (posiblemente como consecuencia da pandemia da COVID-19).

* Documento de referencia: *Nuevos diagnósticos de VIH en España. Período 2003-2009*. Actualización o 30 de xuño de 2010. Centro Nacional de Epidemioloxía.

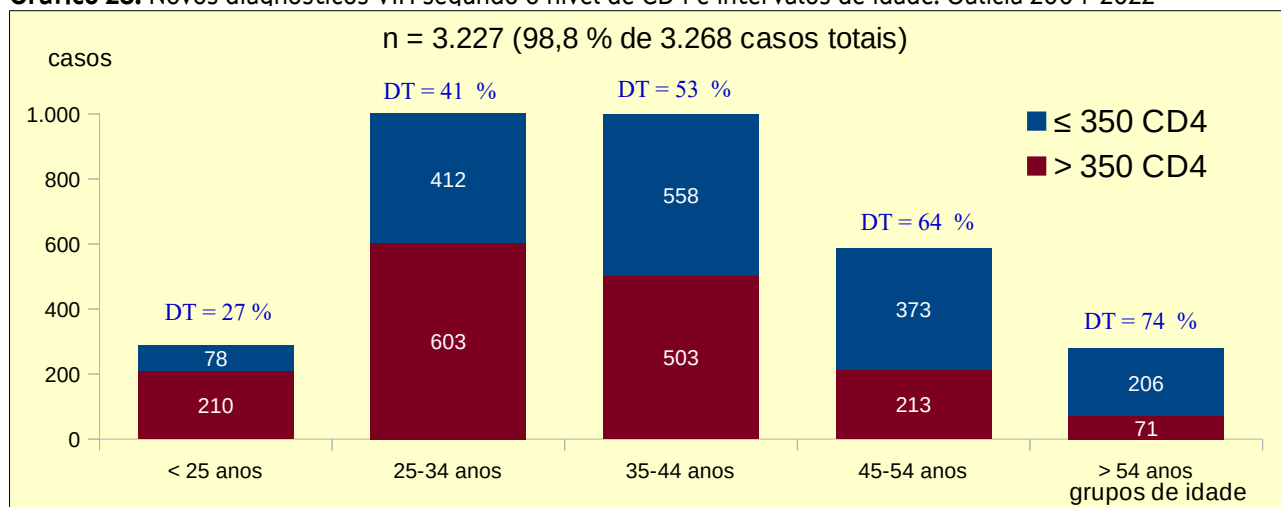
Gráfico 27. Porcentaxe de diagnóstico tardío (DT) na infección polo VIH segundo os anos. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

O nivel de CD4 segundo a idade mostra que as maiores porcentaxes de diagnóstico tardío aumentan coa idade, pasando dun 27 % no grupo de menos de 25 anos (78 de 288 casos) ata un 74 % nos maiores de 54 anos (206 de 277 casos). Este mesmo comportamento vese nas principais categorías de transmisión.

Gráfico 28. Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4 e intervalos de idade. Galicia 2004-2022

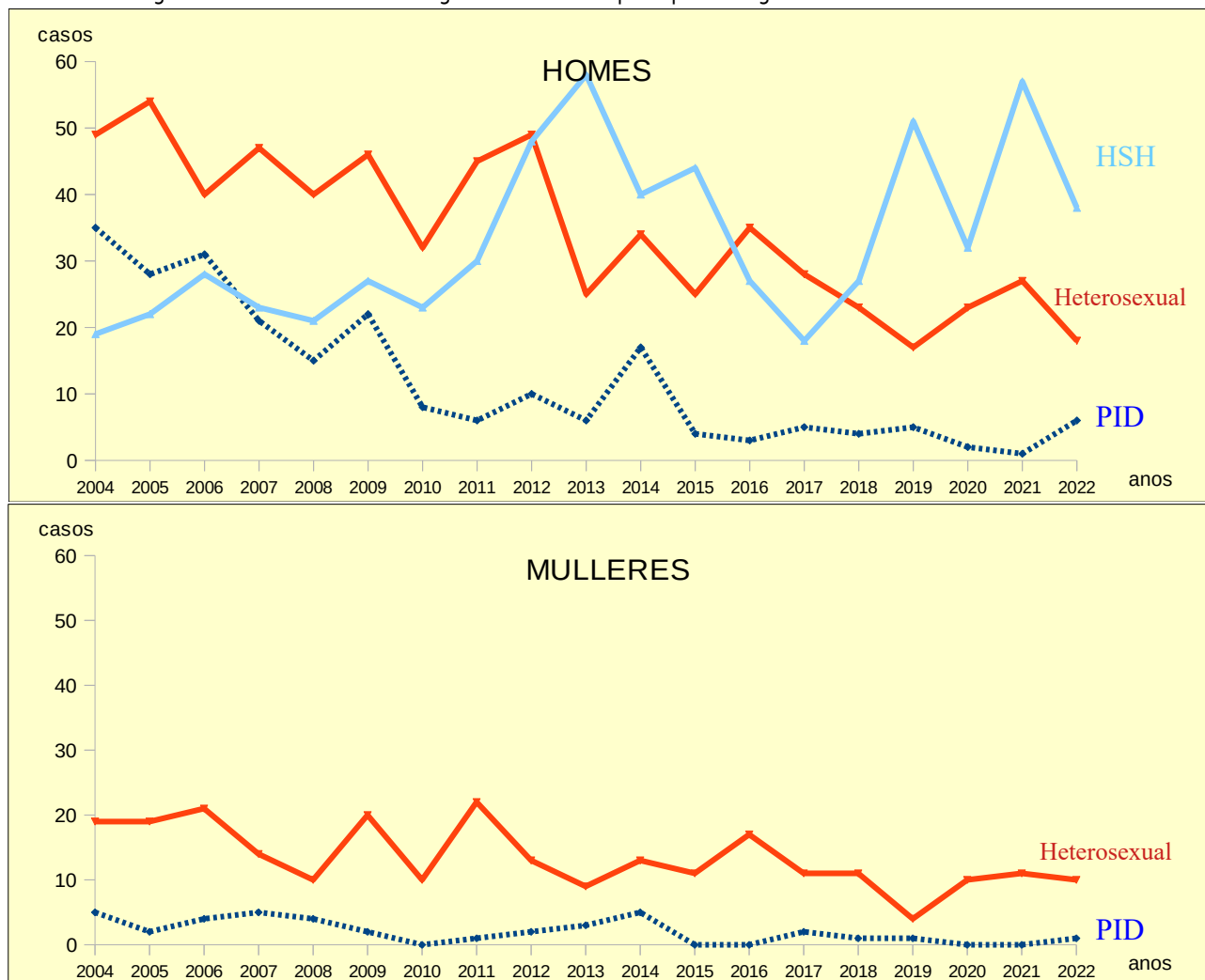


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

Se temos en conta as diferentes categorías de transmisión, o diagnóstico tardío para o período completo de dezanove anos é maior en infectados por relacións heterosexuais sen protección, o 56,6 % (59 % nos homes e 53 % nas mulleres) dos casos asociados a esta categoría de transmisión son tardíos. Algo parecido sucede en PID, cun 52,5 % (55 % nos homes e 44 % nas mulleres), mentres que en HSH a porcentaxe é do 44 %.

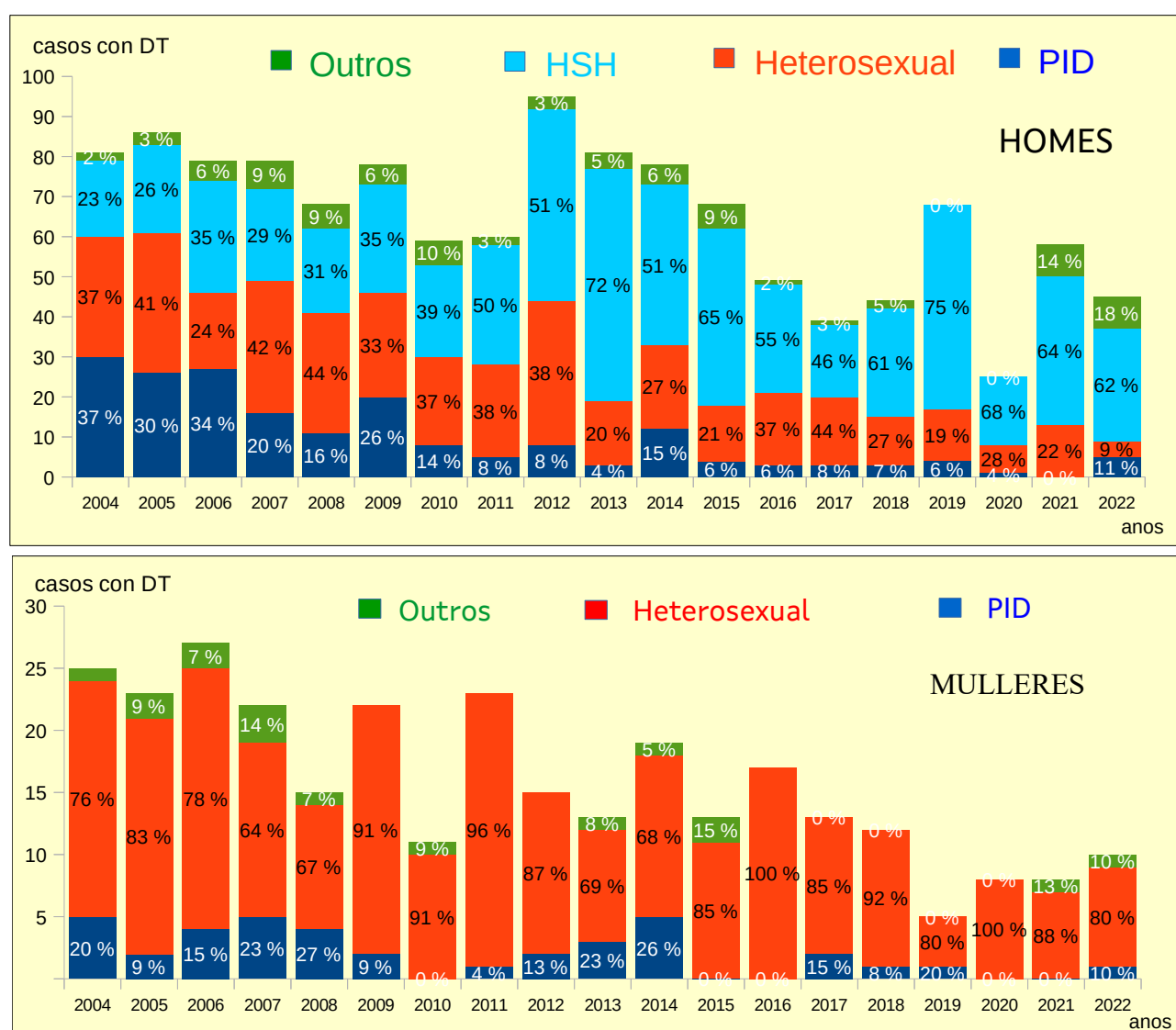
Gráfico 29. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH nas principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Se estudamos a porcentaxe de cada unha das categorías de transmisión nos casos de atraso diagnóstico, observamos que o 41,3 % do diagnóstico tardío se asocia á transmisión heterossexual (31 % para os homes e 82 % nas mulleres), o 14,7 % a PID (15 % para os homes e 13 % nas mulleres) e o 47,5 % do diagnóstico tardío en homes asóciase á categoría HSH.

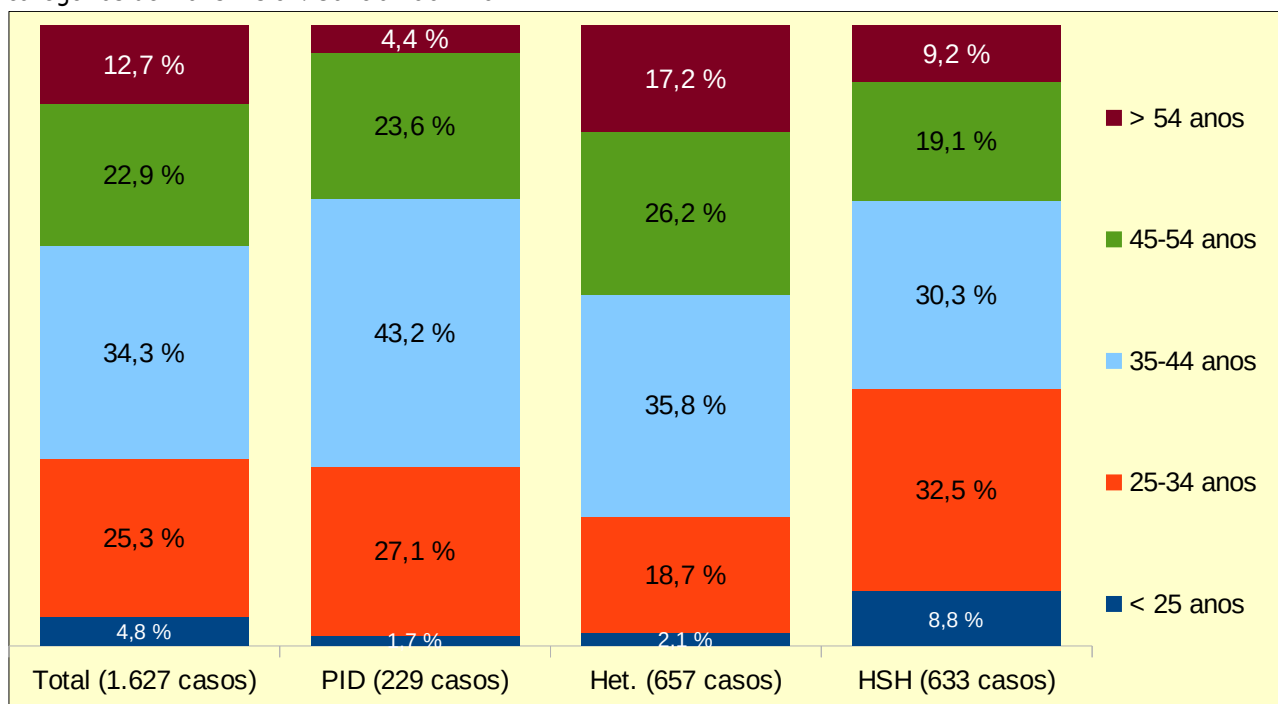
Gráfico 30. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo o sexo, a categoría de transmisión e os anos. Galicia 2004-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Ao estudar o diagnóstico tardío e a idade, vemos que a maioría destes diagnósticos se deron entre persoas de 35 a 44 anos, que representan o 34,3 % de todos os casos de diagnóstico tardío (43 % asociados a PID, 36 % en heterosexuais e 30 % en HSH), seguidos dos que tiñan entre 25-34 anos, cun 25,3 %; os de 45-54 anos, cun 22,9 %, os maiores de 54, cun 12,7 %, e os menores de 25 anos co 4,8 % restante.

Gráfico 31. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os intervalos de idade e as principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2022



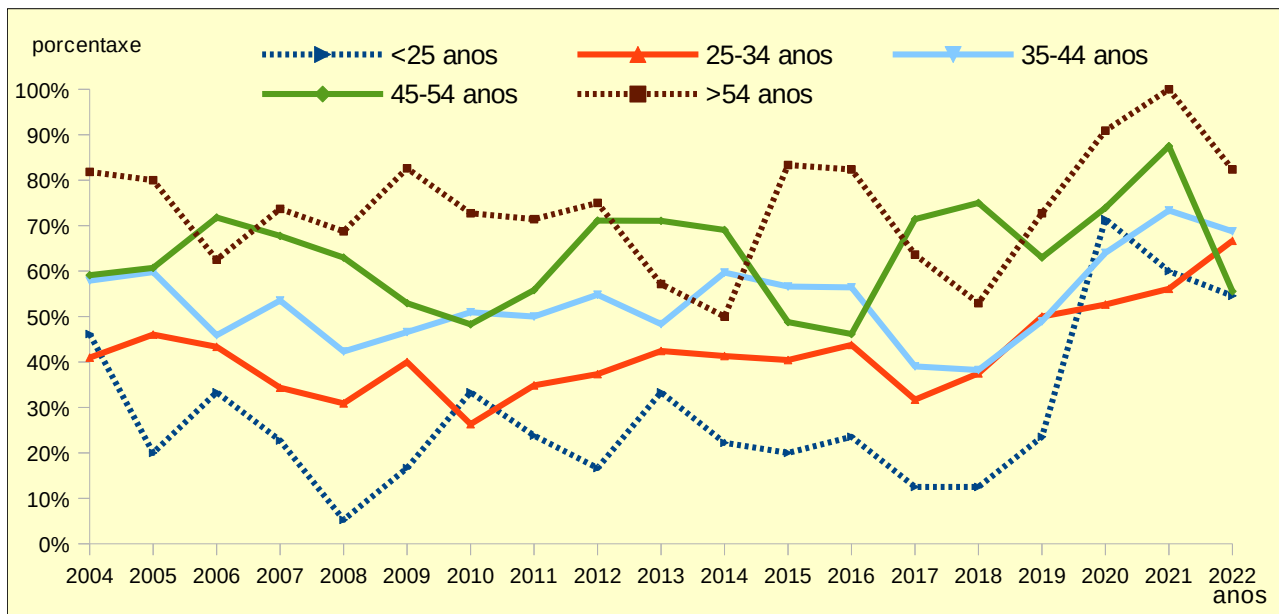
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Táboa 4. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os grupos de idade e principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2022

	Casos totais	T. heterosexual	HSH	PID
menores de 25 anos	27,1 %	23,7 %	28,4 %	20,0 %
de 25 a 34 anos	40,6 %	42,4 %	38,1 %	44,9 %
de 35 a 44 anos	52,6 %	58,5 %	46,0 %	52,9 %
de 45 a 54 anos	63,7 %	68,0 %	56,5 %	68,4 %
maiores de 54 anos	74,4 %	72,4 %	75,3 %	83,3 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Gráfico 32. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH en cada un dos intervalos de idade segundo o ano. Galicia 2004-2022

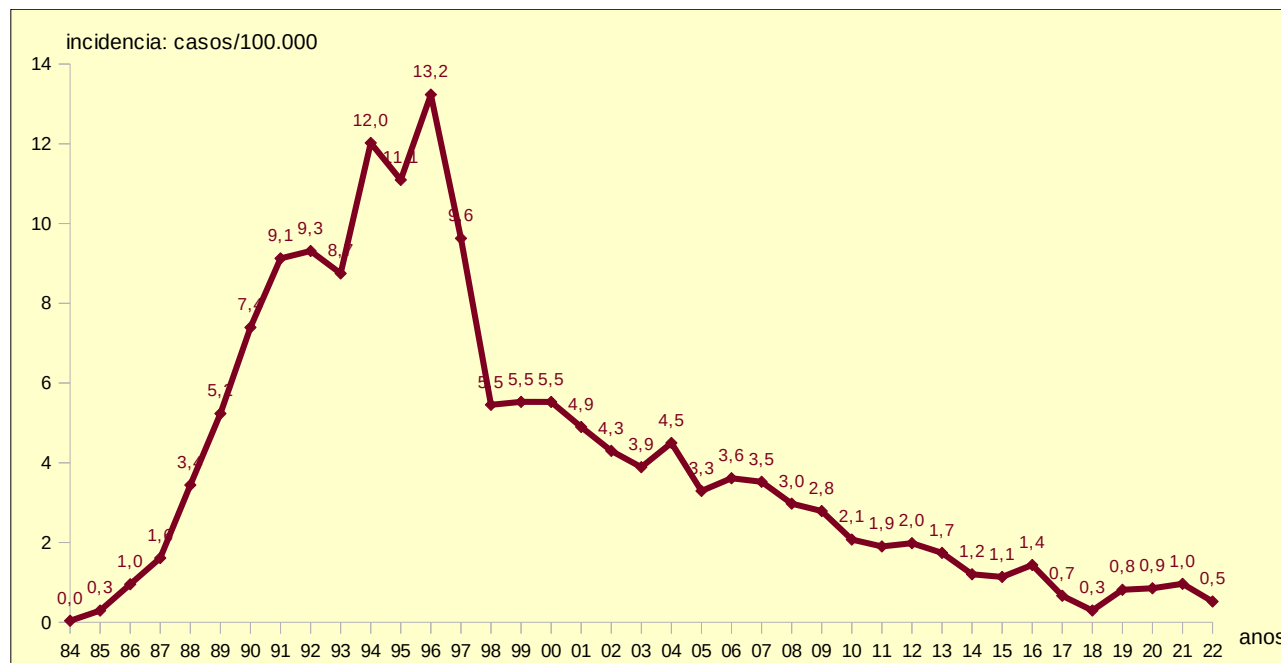


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

A SIDA EN GALICIA: 1984-2022

Dende que se diagnosticou o primeiro caso de sida en Galicia no ano 1984 e ata o ano 1996, a incidencia da sida mostrou unha evolución moi ascendente. A partir dese momento, a incidencia diminúe de forma considerable, descenso que supón máis do 40 % entre 1997 e 1998. Durante os anos transcorridos do século XXI continúa cunha tendencia descendente, estabilizándose nos catro últimos anos. Esta diminución atribúese aos logros na prevención da enfermidade e, fundamentalmente, á utilización dos tratamentos antirretrovirais nas persoas infectadas polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH). Dende o ano 2010 notificáronse menos de 60 novos casos anuais, o que mantén a tendencia á estabilización antes comentada, e sitúase a taxa nunha media de 1,2 casos por 100.000 habitantes anuais nestes últimos trece anos.

Gráfico 33. Incidencia da sida por ano de diagnóstico. Galicia 1984-2022

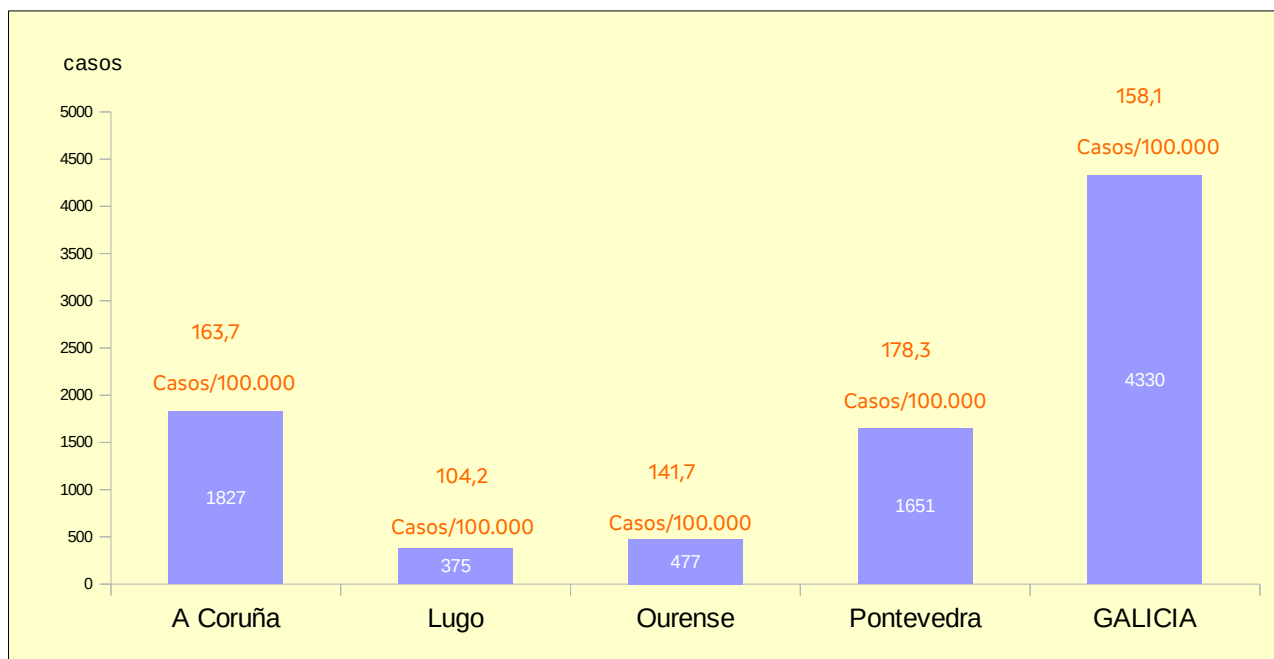


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

O número acumulado de casos de sida ata o 30 de xuño de 2023, vivos e falecidos, en Galicia é de 4.330 persoas (78 % homes). A provincia da Coruña é a que presenta maior número de casos (1.827 fronte aos 1.651 de Pontevedra, os 477 de Ourense e os 375 de Lugo).

Non obstante, ao calcular as taxas acumuladas de 1984 ata 2022, por 100.000 habitantes, a provincia con maior taxa é Pontevedra, con 178 por 10⁵, fronte aos 164 da Coruña e os 142 de Ourense. Lugo é a provincia que, de forma acumulada, presenta a menor incidencia con 104 casos por 10⁵ habitantes durante os trinta e nove anos.

Gráfico 34. Número de casos e incidencia da sida por provincia. Galicia 1984-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

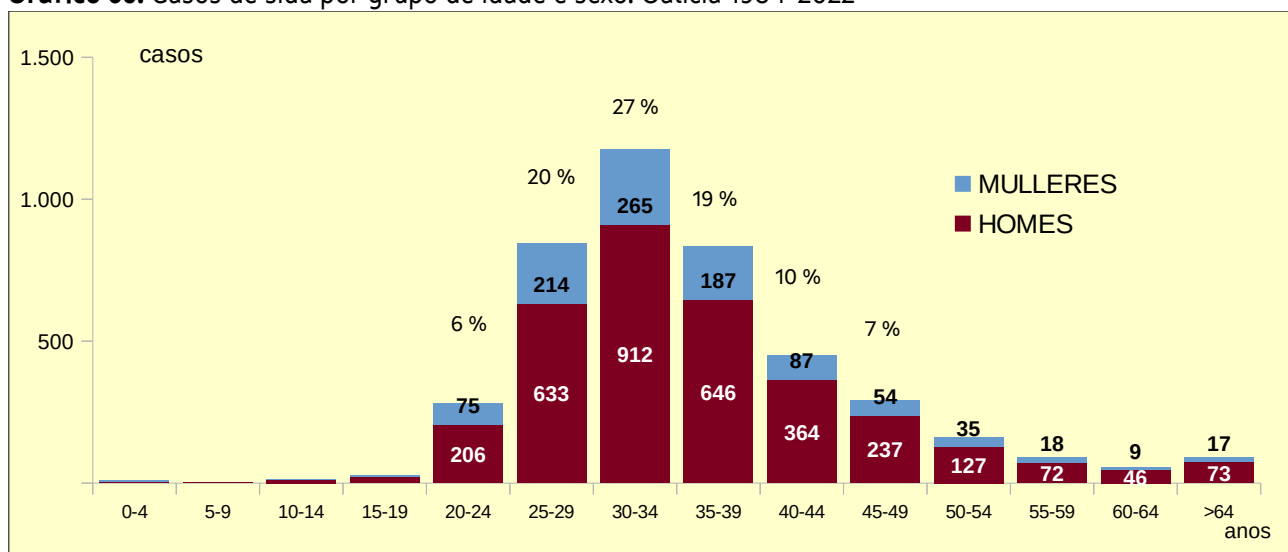
Táboa 5. Casos de sida por provincia e ano de declaración. Galicia 1984-2022

	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
1984 a 1990	170 (24 ao ano)	47 (7 ao ano)	68 (10 ao ano)	233 (33 ao ano)	518 (74 ao ano)
1991	105	22	34	88	249
1992	109	19	27	99	254
1993	83	20	31	105	239
1994	129	28	34	138	329
1995	114	34	41	115	304
1996	151	35	37	139	362
1997	115	21	33	94	263
1998	78	12	11	48	149
1999	70	6	24	51	151
2000	80	6	18	47	151
2001	61	14	12	47	134
2002	43	6	15	54	118
2003	42	9	10	46	107
2004	50	5	16	53	124
2005	45	7	3	36	91
2006	35	12	8	45	100
2007	49	5	4	40	98
2008	44	3	6	30	83
2009	49	4	9	16	78
2010	34	5	2	17	58
2011	34	7	2	10	53
2012	30	4	2	19	55
2013	27	1	3	17	48
2014	14	9	4	6	33
2015	9	6	0	16	31
2016	16	4	6	13	39
2017	7	3	2	6	18
2018	5	0	1	2	8
2019	9	3	5	5	22
2020	10	8	2	3	23
2021	4	9	5	8	26
2022	6	1	2	5	14
	1.827	375	477	1.651	4.330

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

En canto á idade, cómpre sinalar que a sida afecta fundamentalmente aos adultos novos. O 66 % de todos os casos tiña no momento do diagnóstico entre 25 e 39 anos e un 83 % se aumentamos o intervalo a persoas que teñen entre os 20 e 44 anos. Os maiores de 49 anos supoñen o 9 % dos casos de sida.

Gráfico 35. Casos de sida por grupo de idade e sexo. Galicia 1984-2022

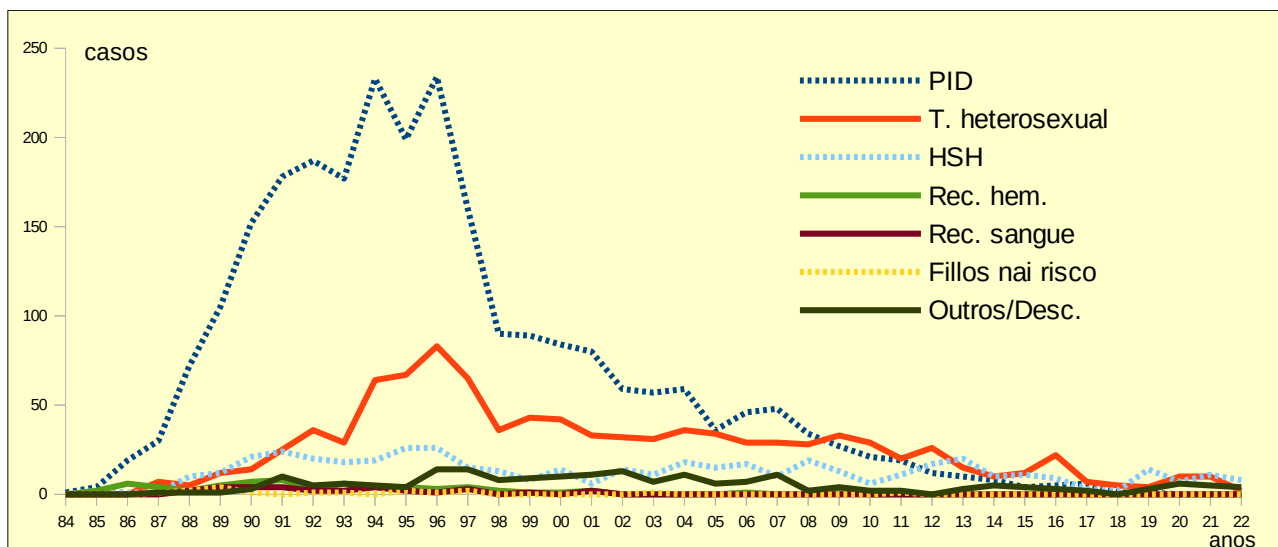


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

A categoría de transmisión máis frecuente ao longo dos anos nos casos de sida declarados en Galicia é a asociada ao consumo de drogas inxectadas, cun 59 % dos casos rexistrados, pero no ano 2008 xa se comeza a observar que os casos por transmisión sexual son máis ca os de persoas que se inxectan drogas (PID). Por outra parte, a transmisión heterosexual é a segunda categoría máis frecuente, cun 23 % no total do período, pero cunha tendencia relativa ao aumento, cousa que non sucede nos PID, nos cales baixa claramente o seu peso relativo nos últimos anos (34 % entre 2011 e 2022).

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2022

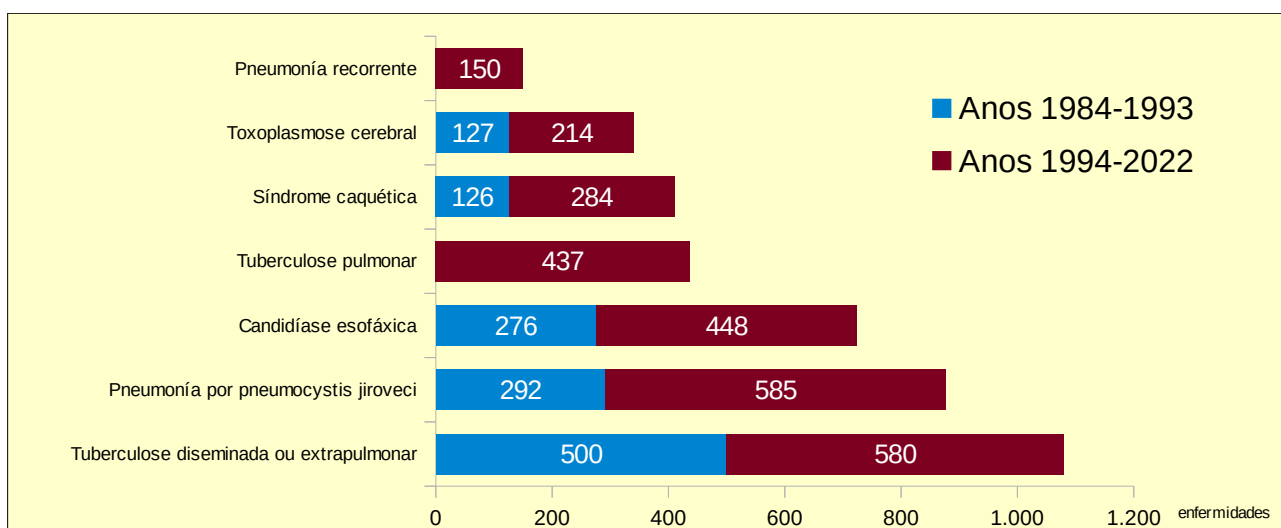
Gráfico 36. Casos de sida por ano de diagnóstico e categoría de transmisión. Galicia 1984-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

As enfermidades indicativas de sida máis frecuentes no momento do diagnóstico dende 1994 a 2022, son a pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* e a tuberculose diseminada ou extrapulmonar (cada unha cun 16,5 % das 3.056 enfermidades diagnosticadas), seguida da candidíase esofáxica (13 %) e da tuberculose pulmonar en maiores de 14 anos (12 %).

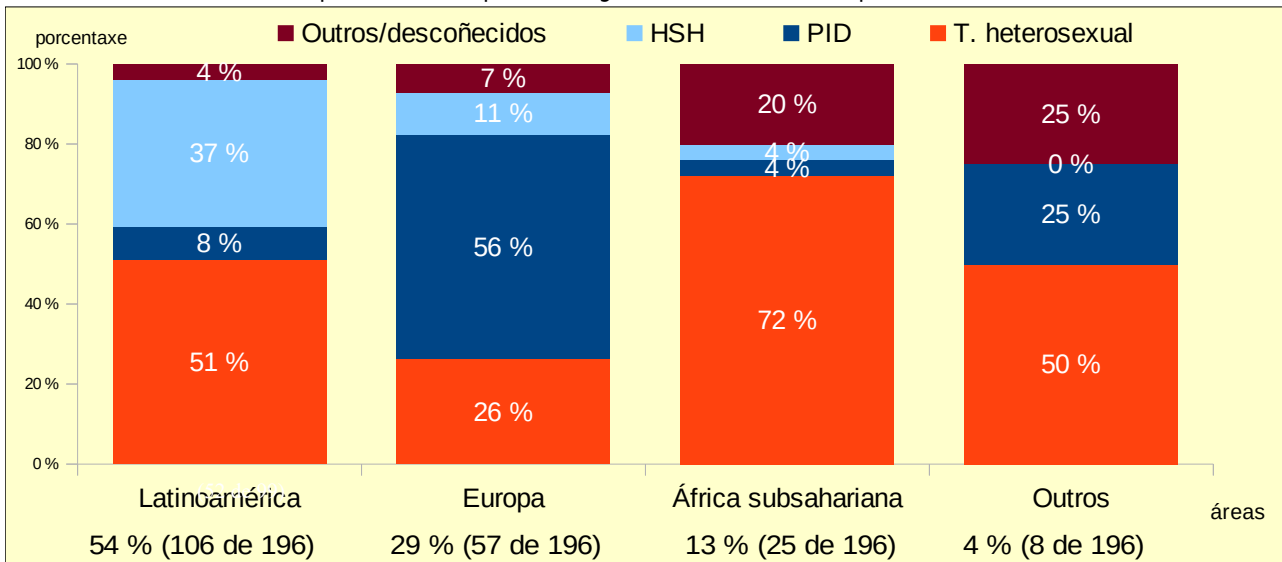
Gráfico 37. Enfermidades indicativas de sida máis frecuentes no momento do diagnóstico. Galicia 1984-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

A área xeográfica de onde proceden principalmente as persoas estranxeiras é América Latina, cun 54 % dos casos, seguida de Europa, cun 29 %.

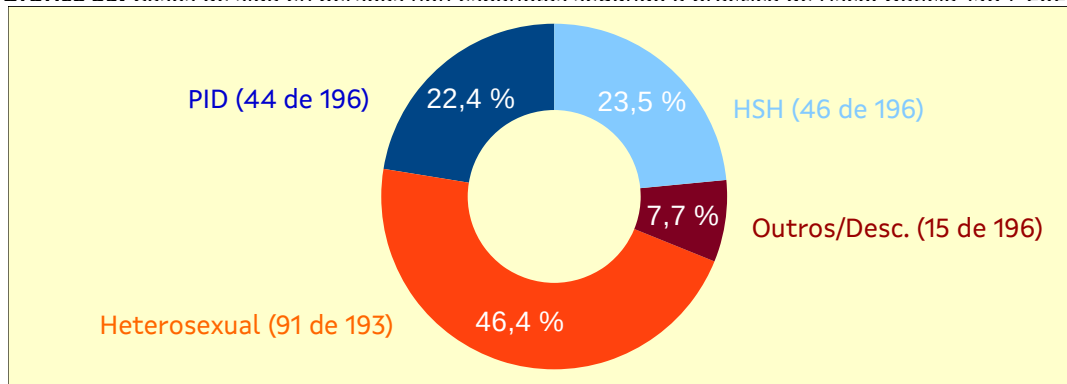
Gráfico 38. Casos de sida en persoas non españolas segundo a área de orixe e práctica de risco. Galicia 1984-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

As categorías de transmisión máis correntes no total destas persoas é a transmisión por vía heterossexual cun 46,4 % dos casos, e a dos homes que teñen sexo con outros homes cun 23,5 %.

Gráfico 39. Casos de sida en persoas non españolas segundo a práctica de risco. Galicia 1984-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

- a.** Os datos do SIDIVIHG en Galicia no período 2004-2022 presentan unha incidencia de infección polo VIH de 6,25 casos/ano por 100.000 habitantes, o que nos sitúa por debaixo da incidencia anual española, que é de 9,7 para o mesmo intervalo de tempo.
- b.** Entre 2004 e 2022 declaráronse en Galicia 3.268 novos diagnósticos de infección polo VIH que presentaban unha tendencia bastante estable ata 2012, ano a partir do cal se observa unha clara diminución de casos de infección.
- c.** O patrón epidemiolóxico predominante na transmisión do virus é claramente a vía sexual, cun 80 % (44 % entre HSH e o 36 % por relacións heterosexuais).
- d.** No caso particular dos datos en homes, tamén se confirma o predominio da vía sexual, cun 80 % dos infectados, pero neste caso é maior a diferenza entre a transmisión en HSH cun 54 % dos casos (cunha tendencia ascendente no período que parece frear os últimos anos) polo 26 % asociado á vía heterosexual. Isto xustifica o reforzo das medidas preventivas neste colectivo para atallar a elevada presenza de infección por este virus nestas persoas.
- e.** Ao longo do período e sen variacións anuais importantes, o 50 % dos novos diagnósticos de infección presenta diagnóstico tardío, cunha inmunosupresión con < 350 CD4/ μ l cando se diagnosticaron (o 31 % tiña inmunosupresión severa con menos de 200 CD4 e o 19 % entre 200 e 350 CD4). Polo tanto, a promoción do diagnóstico precoz entre a poboación e os profesionais sanitarios é prioritaria para obter o máximo beneficio, individual e colectivo, dos avances na prevención e o tratamento da infección polo VIH.
- f.** Os infectados non orixinarios de España representan o 20 % dos casos rexistrados (29 % das mulleres e 18 % dos homes), o que supón a necesidade de diversificar os programas de prevención para adaptalos á poboación inmigrante, grupo social e culturalmente moi heteroxéneo, e especialmente vulnerable, sobre todo as mulleres.

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH

EN GALICIA: 2000-2022

A instauración da terapia antirretroviral (TAR) de alta eficacia no ano 1996 supuxo un importante descenso na mortalidade asociada á infección polo VIH e, consecuentemente, un incremento das persoas que viven coa infección. En Galicia o seguimento da infección polo VIH, así como a oferta do TAR, realízase en hospitais.

A información sobre os episodios de hospitalización recóllese de maneira sistemática no momento da alta hospitalaria nunha base de datos clínico-administrativa, o conxunto mínimo básico de datos (CMBD), que en Galicia acada unha cobertura case do 100 % de altas hospitalarias.

Os datos do CMBD son, xeralmente, recollidos polos servizos de admisión hospitalarios, agregados no ámbito autonómico e posteriormente integrados no ámbito estatal. Contén variables do paciente (sexo, data de nacemento...), variables de ingreso-alta (data de ingreso, tipo de ingreso, data de alta, circunstancia de alta...) e variables clínicas (diagnóstico principal e secundarios...). As variables clínicas codifícanse seguindo a Clasificación Internacional de Enfermidades, 10.^a revisión Modificación Clínica da OMS.

METODOLOXÍA

- Tipo de estudo: estudo descritivo das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH.
- Poboación de estudo: altas hospitalarias de pacientes infectados polo VIH en hospitais de Galicia de 2000 a 2022.
- Ámbito: hospitais públicos, administrados publicamente ou con concerto co Servizo Galego de Saúde.
- Fonte de datos: base de datos do CMBD dos anos 2000 a 2022.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

- Criterios de inclusión: seleccionáronse todas aquelas altas en que constaban en calquera diagnóstico, principal ou secundarios, o código B20 (enfermidade polo VIH) ou Z21 (estudo de infección polo VIH) da CIE10-MC.
- Variables: idade, sexo, tipo de ingreso, circunstancia no momento da alta, días de estadía. Creáronse as variables de enfermidades definatorias da sida e outros diagnósticos non asociados á infección polo VIH a partir dos seus correspondentes códigos da CIE10-MC. O diagnóstico principal defínese como aquel que foi a causa do ingreso no hospital e os secundarios, como os diagnósticos que, non sendo o principal, coexisten con el no momento do ingreso ou se desenvolven ao longo da estadía hospitalaria e inflúen na súa duración ou no tratamento administrado (non temos en conta as “múltiples infeccións bacterianas recorrentes” pola súa dificultade de codificación).

RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2022

Nos 23 anos do estudo rexistráronse un total de 27.810 altas hospitalarias de persoas con infección polo VIH (diagnóstico principal ou secundario). Ao longo do período obsérvase un descenso do 25 % no número de altas entre o primeiro e último ano da serie.

Gráfico 40. Altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnóstico e anos. Galicia 2000-2022



(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

a. Características das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH

A distribución por sexo mostra un claro predominio dos homes (73,4 %), sen variacións durante os anos (rango: 70,1 % a 77,6 %). Na idade obsérvase un aumento da idade media dende 36,4 anos (DE: 8,8) no ano 2000 ata 54,8 anos (DE: 10,6) no ano 2022. Este incremento é tanto para homes coma para mulleres, aínda que a idade media das mulleres é algo inferior á dos homes en todo o período (gráfico 41).

Táboa 6. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH segundo sexo e grupos de idade. Galicia 2000 a 2022

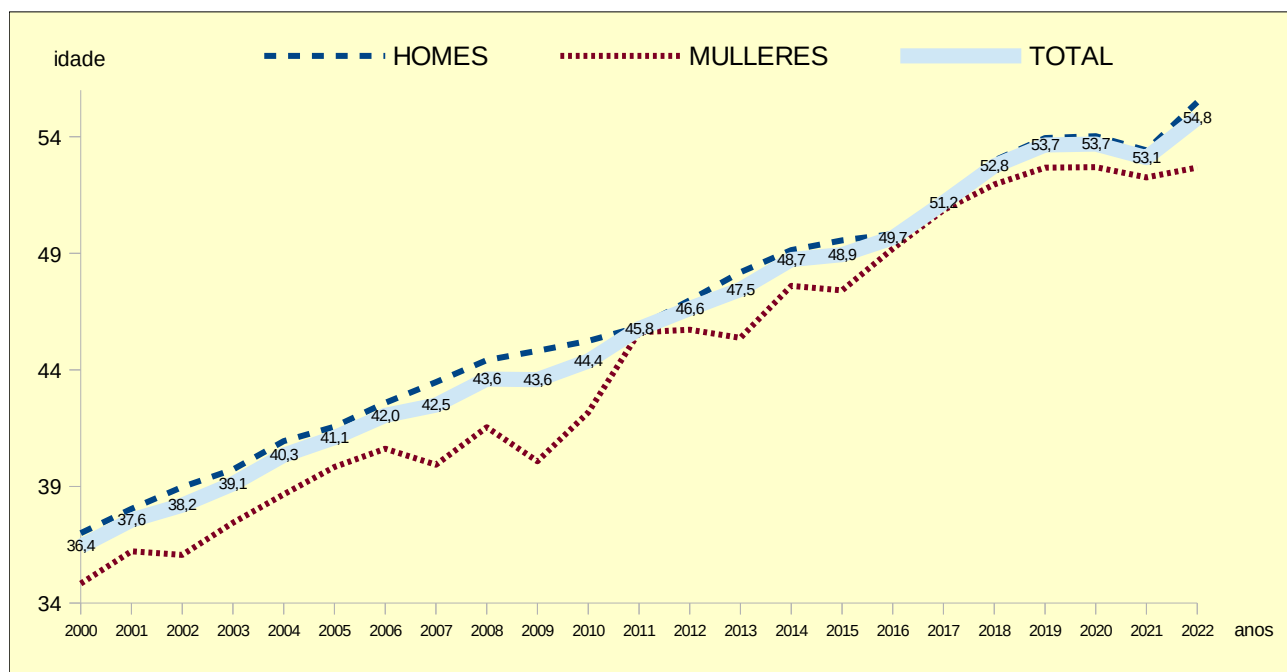
	SEXO				GRUPOS DE IDADE								total
	Homes		Mulleres		< 25 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		> 49 anos		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.068	73.8 %	379	26.2 %	71	4.9 %	635	43.9 %	650	44.9 %	91	6.3 %	1.447
2001	988	73.6 %	354	26.4 %	38	2.8 %	517	38.5 %	699	52.1 %	88	6.6 %	1.342
2002	1.107	73.4 %	402	26.6 %	61	4.0 %	478	31.7 %	848	56.2 %	122	8.1 %	1.509
2003	1.091	73.2 %	399	26.8 %	52	3.5 %	377	25.3 %	931	62.5 %	130	8.7 %	1.490
2004	1.054	73.7 %	376	26.3 %	40	2.8 %	338	23.6 %	885	61.9 %	167	11.7 %	1.430
2005	1.029	72.9 %	383	27.1 %	19	1.3 %	280	19.8 %	952	67.4 %	161	11.4 %	1.412
2006	945	72.5 %	358	27.5 %	18	1.4 %	215	16.5 %	906	69.5 %	164	12.6 %	1.303
2007	993	72.3 %	381	27.7 %	44	3.2 %	170	12.4 %	946	68.9 %	214	15.6 %	1.374
2008	985	71.8 %	386	28.2 %	33	2.4 %	165	12.0 %	892	65.1 %	281	20.5 %	1.371
2009	972	73.9 %	343	26.1 %	35	2.7 %	173	13.2 %	845	64.3 %	262	19.9 %	1.315
2010	926	71.8 %	364	28.2 %	31	2.4 %	134	10.4 %	836	64.8 %	289	22.4 %	1.290
2011	853	70.1 %	364	29.9 %	13	1.1 %	116	9.5 %	775	63.7 %	313	25.7 %	1.217
2012	790	71.9 %	308	28.1 %	13	1.2 %	74	6.7 %	699	63.7 %	312	28.4 %	1.098
2013	841	73.8 %	299	26.2 %	10	0.9 %	86	7.5 %	635	55.7 %	409	35.9 %	1.140
2014	857	73.6 %	308	26.4 %	7	0.6 %	61	5.2 %	635	54.5 %	462	39.7 %	1.165
2015	728	71.5 %	290	28.5 %	12	1.2 %	54	5.3 %	486	47.7 %	466	45.8 %	1.018
2016	659	74.6 %	224	25.4 %	6	0.7 %	43	4.9 %	435	49.3 %	399	45.2 %	883
2017	715	74.0 %	251	26.0 %	5	0.5 %	53	5.5 %	374	38.7 %	534	55.3 %	966
2018	827	77.6 %	239	22.4 %	9	0.8 %	41	3.8 %	350	32.8 %	666	62.5 %	1.066
2019	793	76.7 %	241	23.3 %	10	1.0 %	40	3.9 %	261	25.2 %	723	69.9 %	1.034
2020	682	74.9 %	229	25.1 %	12	1.3 %	41	4.5 %	222	24.4 %	636	69.8 %	911
2021	688	73.2 %	252	26.8 %	7	0.7 %	47	5.0 %	255	27.1 %	631	67.1 %	940
2022	825	75.8 %	264	24.2 %	5	0.5 %	59	5.4 %	218	20.0 %	807	74.1 %	1.089
	20.416	73,4 %	7.394	26,6 %	551	2,0 %	4.197	15,1 %	14.735	53,0 %	8.327	29,9 %	27.810

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

A maior proporción de altas concéntrase no grupo etario de 35 a 49 anos (53,0 %; rango: 20,0 % a 69,5 %), salvo os seis últimos anos que corresponde ao grupo de maiores de 49 anos. Ao longo do período obsérvase un aumento na porcentaxe de altas con máis de 49 anos, que supuxeron o 6,3 % no 2000 e o 74,1 % no 2022.

Gráfico 41. Idade media das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo o sexo e os anos. Galicia 2000-2022



(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

A maioría dos ingresos foi de maneira urxente (81,3 %; rango: 72,7 % a 85,4 %) (táboa 7). A estancia media do período foi de 11,8 días.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

Táboa 7. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH segundo o tipo de ingreso e circunstancia no momento da alta. Galicia 2000 a 2022

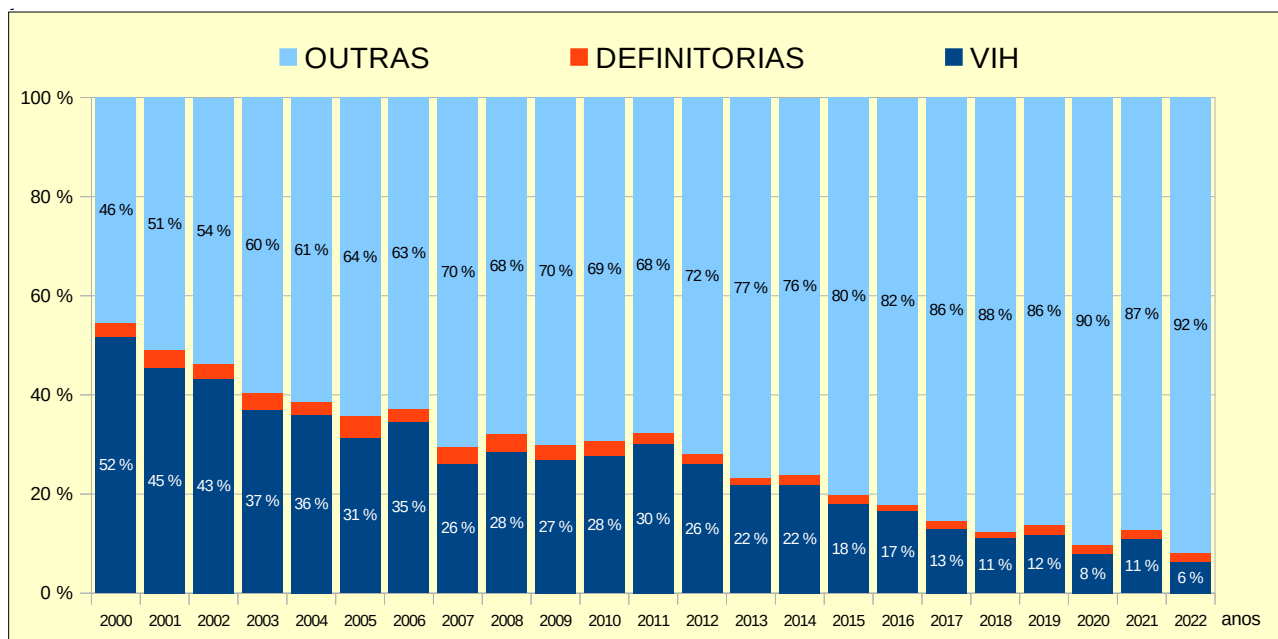
	TIPO DE INGRESO						CIRCUNSTANCIA Á ALTA										total
	Urxente		Programado		Outros		Domicilio		Traslado		Voluntaria		Falecemento		Outros		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.079	74,6 %	368	25,4 %	0	0,0 %	1.263	87,3 %	1	0,1 %	60	4,1 %	94	6,5 %	29	2,0 %	1.447
2001	975	72,7 %	367	27,3 %	0	0,0 %	1.190	88,7 %	1	0,1 %	43	3,2 %	87	6,5 %	21	1,6 %	1.342
2002	1.150	76,2 %	359	23,8 %	0	0,0 %	1.316	87,2 %	3	0,2 %	60	4,0 %	102	6,8 %	28	1,9 %	1.509
2003	1.204	80,8 %	286	19,2 %	0	0,0 %	1.311	88,0 %	2	0,1 %	37	2,5 %	117	7,9 %	23	1,5 %	1.490
2004	1.190	83,2 %	240	16,8 %	0	0,0 %	1.263	88,3 %	0	0,0 %	51	3,6 %	91	6,4 %	25	1,7 %	1.430
2005	1.147	81,2 %	264	18,7 %	1	0,1 %	1.224	86,7 %	4	0,3 %	65	4,6 %	100	7,1 %	19	1,3 %	1.412
2006	1.080	82,9 %	222	17,0 %	1	0,1 %	1.124	86,3 %	2	0,2 %	75	5,8 %	87	6,7 %	15	1,2 %	1.303
2007	1.174	85,4 %	197	14,3 %	3	0,2 %	1.167	84,9 %	3	0,2 %	74	5,4 %	106	7,7 %	24	1,7 %	1.374
2008	1.163	84,8 %	207	15,1 %	1	0,1 %	1.173	85,6 %	1	0,1 %	82	6,0 %	88	6,4 %	27	2,0 %	1.371
2009	1.122	85,3 %	193	14,7 %	0	0,0 %	1.144	87,0 %	1	0,1 %	74	5,6 %	83	6,3 %	13	1,0 %	1.315
2010	1.060	82,2 %	230	17,8 %	0	0,0 %	1.125	87,2 %	1	0,1 %	60	4,7 %	78	6,0 %	26	2,0 %	1.290
2011	1.026	84,3 %	191	15,7 %	0	0,0 %	1.058	86,9 %	3	0,2 %	46	3,8 %	91	7,5 %	19	1,6 %	1.217
2012	912	83,1 %	186	16,9 %	0	0,0 %	965	87,9 %	1	0,1 %	42	3,8 %	70	6,4 %	20	1,8 %	1.098
2013	933	81,8 %	207	18,2 %	0	0,0 %	986	86,5 %	6	0,5 %	52	4,6 %	71	6,2 %	25	2,2 %	1.140
2014	944	81,0 %	221	19,0 %	0	0,0 %	1.012	86,9 %	4	0,3 %	50	4,3 %	71	6,1 %	28	2,4 %	1.165
2015	842	82,7 %	176	17,3 %	0	0,0 %	887	87,1 %	8	0,8 %	45	4,4 %	62	6,1 %	16	1,6 %	1.018
2016	730	82,7 %	138	15,6 %	15	1,7 %	786	89,0 %	19	2,2 %	25	2,8 %	47	5,3 %	6	0,7 %	883
2017	794	82,2 %	171	17,7 %	1	0,1 %	864	89,4 %	23	2,4 %	23	2,4 %	46	4,8 %	10	1,0 %	966
2018	886	83,1 %	177	16,6 %	3	0,3 %	923	86,6 %	24	2,3 %	41	3,8 %	57	5,3 %	21	2,0 %	1.066
2019	849	82,1 %	182	17,6 %	3	0,3 %	910	88,0 %	22	2,1 %	15	1,5 %	53	5,1 %	34	3,3 %	1.034
2020	744	81,7 %	167	18,3 %	0	0,0 %	814	89,4 %	11	1,2 %	25	2,7 %	44	4,8 %	17	1,9 %	911
2021	741	78,8 %	194	20,6 %	5	0,5 %	842	89,6 %	21	2,2 %	19	2,0 %	43	4,6 %	15	1,6 %	940
2022	851	78,1 %	238	21,9 %	0	0,0 %	982	90,2 %	21	1,9 %	14	1,3 %	57	5,2 %	15	1,4 %	1.089
	22.596	81,3 %	5.181	18,6 %	33	0,1 %	24.329	87,5 %	182	0,6 %	1.078	3,9 %	1.745	6,3 %	476	1,7 %	27.810

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

b. Diagnóstico principal e motivos de ingreso das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH

O número total de altas hospitalarias en que figura a infección polo VIH (códigos B20 ou Z21 da CIE10-MC) no diagnóstico principal foi de 7.536 (27 % do total de altas en relación co VIH do período). Ao longo dos anos esta proporción diminuíu un 91 %, dende as 750 altas no 2000 ata as 69 altas no 2022. Esta mesma tendencia observouse no diagnóstico principal das altas por enfermidades definitórias de sida (dende o 2,6 % ata o 1,8 %). Aquelas en que figuraban outras patoloxías non asociadas ao VIH como motivo de ingreso aumentaron de 659 (45,5 %) no 2000 a 1.000 (91,8 %) en 2022.

Gráfico 42. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnóstico principal e os anos. Galicia 2000-2022



(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

As enfermidades definatorias de sida máis frecuentes no diagnóstico principal foron os linfomas e a tuberculose.

Táboa 8. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades definatorias de sida no diagnóstico principal* e os anos. Galicia 2000-2022

	00-22	00-06	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º
Tuberculose	104	41	7	12	4	4	3	4	1	4	2	0	2	2	9	0	5	4
Pneumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	35	11	2	1	0	2	1	1	0	2	0	4	3	2	1	2	1	2
Toxoplasmose cerebral	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	17	9	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
Candidíase esofáxica	9	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Criptococose extrapulmonar	13	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	1
Cancro invasivo de colo	31	18	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	2	2	0	0	0	1
Septicemia por salmonella	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	13	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	4	2
Pneumonía intersticial linfoide	9	5	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infeción por citomegalovirus	8	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2
Criptosporidiase	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Micobacterium outras especies	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caquexia	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
Micobacterium avium ou kansasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isosporidase	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Candidíase traqueal, bronquial ou pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Histoplasmose diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	120	32	4	10	5	8	13	4	0	11	0	7	4	3	4	9	2	4
Encefalopatía VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple bronquial, pulmonar ou esofáxico	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coccidiomocose diseminada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	383	139	17	26	11	16	22	14	5	18	3	12	15	12	20	17	16	20

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

(*) Non temos en conta as “múltiples infeccións bacterianas recorrentes” nin as “pneumonías bacterianas recorrentes” pola súa dificultade de codificación.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

Respecto das altas por outras patoloxías, as enfermidades respiratorias foron as máis frecuentes (18,2 % no período), seguidas das enfermidades dixestivas.

Táboa 9. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e ano. Galicia 2000-2022

	00-22	00-06	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º
Neoplasias:	1574	323	66	68	73	71	69	65	81	92	81	64	67	89	69	68	79	149
Traquea, bronquios, pulmón	198	40	11	9	10	16	8	7	6	9	13	7	9	12	6	15	10	10
Larinxe	71	17	0	2	1	1	2	7	7	6	2	6	4	1	3	2	4	6
Hodgkin	74	31	1	0	3	2	0	2	4	6	1	5	3	2	3	2	2	7
Recto, ano	70	12	3	1	4	8	4	2	3	7	2	2	3	3	5	1	6	4
Figado	134	20	15	2	8	3	2	10	11	12	6	3	5	9	11	4	5	8
Enf. endócrino-metabólicas:	293	73	11	12	10	14	26	15	6	7	8	11	10	17	16	27	15	15
Lipodistrofia	42	4	0	0	2	4	8	1	0	0	2	1	0	2	4	8	4	2
Enf. respiratorias	3.531	775	187	184	184	174	128	128	150	143	162	182	207	246	204	174	131	172
Enf. do sangue	471	151	27	25	22	18	23	20	11	22	7	5	30	7	14	20	27	42
Enf. aparato circulatorio	1.563	380	61	67	58	54	52	60	73	101	65	60	71	94	93	100	82	92
Enf. dos riles	564	124	20	22	26	22	24	23	30	27	16	24	25	32	27	40	44	38
Hepatitis víricas:	499	296	49	18	25	12	14	25	17	15	10	5	4	3	1	1	1	3
Hepatitis B aguda	12	6	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Hepatitis B crónica	15	7	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C aguda	11	6	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hepatitis C crónica	436	275	40	16	19	12	14	21	13	13	10	1	0	0	1	0	1	0
Hepatitis B sen especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C sen especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras enf. infecciosas	1.256	507	83	56	54	32	42	59	49	55	52	40	34	46	40	34	38	35
Enf. dixestivas	2.813	844	171	147	134	139	120	115	131	94	98	95	118	129	121	117	113	127
Lesións e envelenamentos	1.851	575	84	86	85	94	92	83	71	89	73	55	61	62	94	64	95	88
Enf. aparato xenital	311	83	11	11	12	14	9	13	17	21	15	13	12	19	16	11	12	22
Trastornos mentais	1.838	599	79	94	87	101	89	88	94	77	92	48	62	67	67	65	68	61
Complicacións embarazo	652	316	36	36	46	31	37	24	20	13	24	16	17	10	7	5	4	10
Enf. da pel	530	186	32	19	25	21	25	12	23	29	21	18	18	20	18	15	23	25
Enf. aparato osteoarticular	600	159	22	26	29	30	19	33	30	23	24	23	36	39	35	18	25	29
Anomalías conxénitas	34	12	2	1	1	2	3	0	4	1	1	0	1	2	2	0	0	2
Enf. perinatais	10	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mal definidas e outras	1.497	530	76	77	76	76	65	51	84	92	78	50	30	35	38	39	46	54
	19.388	5.645	968	932	923	893	823	789	874	886	817	704	799	914	861	797	802	961

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

c. Morbilidad nas altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH

A porcentaxe de altas en que figuraba algunha enfermidade definitiva de sida no diagnóstico principal ou en calquera dos secundarios diminuíu do 30,1 % ao 11,8 % entre os anos 2000 e 2022. Os diagnósticos máis frecuentes foron a tuberculose (18,7 %), a pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* (14,1 %), os linfomas (13,7 %) e a caquexia (12,7 %), e obsérvase unha tendencia descendente cos anos na maioría delas (táboa 10).

En relación coa presenza de altas con enfermidades non asociadas á infección polo VIH tanto no diagnóstico principal coma nos secundarios, evidenciouse un incremento na maioría dos grandes grupos de patoloxías.

Así, algúns exemplos do anterior son as altas das enfermidades respiratorias, do 21,7 % ao 33,4 %, das enfermidades dixestivas, do 18,1 % ao 28,5 %, dos tumores que pasaron do 7,1 % ao 25,1 % (o tumor con maior tendencia ao aumento é o de fígado, 0 casos nos dous primeiros anos do período a 16 en 2022 (táboa 9).

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

Táboa 10. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades* definatorias de sida no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2022

	00-22	00-06	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	n.º	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº
Tuberculose	1.129	647	73	61	60	45	48	28	34	30	17	12	18	13	18	4	10	11
Pneumonía por <i>P. Jiroveci</i>	852	355	42	48	53	35	34	40	31	37	26	25	23	16	20	21	22	24
Toxoplasmose cerebral	379	233	26	15	16	9	8	16	15	6	12	3	6	2	1	4	5	2
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	408	171	32	26	35	11	14	12	19	17	17	7	8	6	16	6	6	5
Candidíase esofáxica	541	258	27	24	20	24	18	15	24	14	20	26	15	14	13	7	11	11
Criptococose extrapulmonar	188	87	10	5	10	10	11	6	9	6	3	7	9	3	4	5	1	2
Cancro invasivo de colo	76	41	1	3	6	1	0	7	3	0	0	2	5	4	0	0	0	3
Septicemia por salmonella	32	28	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	219	61	4	7	6	11	9	11	11	12	15	9	8	5	16	10	12	12
Pneumonía intersticial linfoide	41	20	2	1	1	3	3	2	5	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	269	67	10	11	31	13	14	13	14	7	16	8	8	7	13	15	9	13
Criptosporidíase	49	31	2	1	5	2	0	2	1	0	0	1	1	2	0	0	1	0
Micobacterium outras especies	47	36	1	0	4	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Caquexia	766	338	40	41	48	37	29	32	29	42	26	14	9	15	25	12	14	15
Micobacterium avium ou kansasi	110	52	3	3	20	8	3	5	4	2	0	0	1	0	1	0	7	1
Isosporidíase	4	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	40	9	3	0	1	1	7	2	2	2	2	3	0	3	2	1	0	2
Candidíase traqueal, bronquial ou pulmonar	30	12	1	5	0	1	3	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1
Histoplasmose diseminada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	825	257	45	46	37	55	42	40	34	52	42	28	29	18	24	28	7	41
Encefalopatía VIH	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	1	0	3	0
Herpes simple bronquial, pulmonar ou esofáxico	23	4	1	2	1	1	4	2	4	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Coccidiomicose diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6.040	2.708	325	300	356	267	249	235	243	231	203	149	143	111	154	114	108	144

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

(*) Non temos en conta as "múltiples infeccións bacterianas recorrentes" nin as "pneumonías bacterianas recorrentes" pola súa dificultade de codificación.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

Táboa 11. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades* non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2022

	00-22	00-06	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº
Neoplasias:	3.356	776	137	150	159	144	147	145	162	196	169	126	137	176	128	151	180	273
Traquea, bronquios, pulmón	405	81	18	23	23	31	17	12	14	18	19	18	22	22	13	25	22	27
Larinxe	113	34	0	3	1	2	5	15	9	9	2	7	5	1	3	2	6	9
Hodgkin	262	82	4	19	22	12	6	7	16	27	5	8	9	5	5	7	15	13
Recto, ano	130	16	8	2	8	11	6	8	12	7	4	10	5	3	6	5	12	7
Fígado	265	38	19	5	12	9	13	19	17	21	12	5	8	23	19	14	15	16
Enf. endócrino-metabólicas:	5.406	996	190	204	203	240	252	252	300	295	281	206	231	324	346	355	349	382
Lipodistrofia	201	64	12	7	11	9	19	10	15	10	9	3	0	6	5	10	7	4
Enf. respiratorias	8.597	2.493	444	441	407	433	395	358	397	393	341	325	385	417	386	320	298	364
Enf. do sangue	4.270	1.460	254	247	216	224	196	178	189	181	125	116	131	143	147	117	142	204
Enf. aparato circulatorio	6.700	1.458	276	291	271	290	320	291	322	346	307	237	270	381	411	377	360	492
Enf. dos riles	3.142	811	145	161	161	141	170	142	166	173	120	129	123	173	168	172	187	0
Enf. infecciosas:	16.877	6.105	842	834	808	834	822	730	708	747	655	534	544	664	590	528	442	490
Hepatite B aguda	188	124	9	9	6	6	8	3	7	8	3	2	0	1	1	1	0	0
Hepatite B crónica	907	462	56	44	30	40	28	37	27	16	18	17	14	27	23	24	17	27
Hepatite C aguda	159	133	5	5	4	3	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	1
Hepatite C crónica	8.542	2.874	419	456	442	479	469	403	386	413	394	276	273	347	307	234	183	187
Hepatite B sen especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	0	3	3	1	0
Hepatite C sen especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	23	25	17	24	14	15
Enf. dixestivas	7.086	2.142	409	405	321	346	343	328	332	292	237	243	251	296	291	266	274	310
Lesións e envelenamentos	3.661	984	178	177	164	173	164	156	159	173	145	129	151	148	207	163	193	197
Enf. aparato xenital	807	222	36	27	36	37	31	42	49	52	32	28	31	40	32	26	40	46
Trastornos mentais	17.320	6.126	875	905	866	839	771	720	733	748	662	467	491	626	669	569	595	658
Complicacións embarazo	653	316	36	36	47	31	37	24	20	13	24	16	17	10	7	5	4	10
Enf. da pel	2.169	824	104	89	121	93	99	77	89	85	78	64	54	73	83	75	77	84
Enf. aparato osteoarticular	1.746	444	67	80	89	77	80	86	88	87	60	70	74	95	86	73	92	98
Anomalías conxénitas	260	80	12	18	7	19	15	6	8	12	15	10	10	11	7	8	3	19
Enf. perinatais	16	10	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	27.678	9.858	1.372	1.371	1.303	1.278	1.211	1.090	1.136	1.165	1.015	881	966	1.065	1.030	911	939	1.087

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

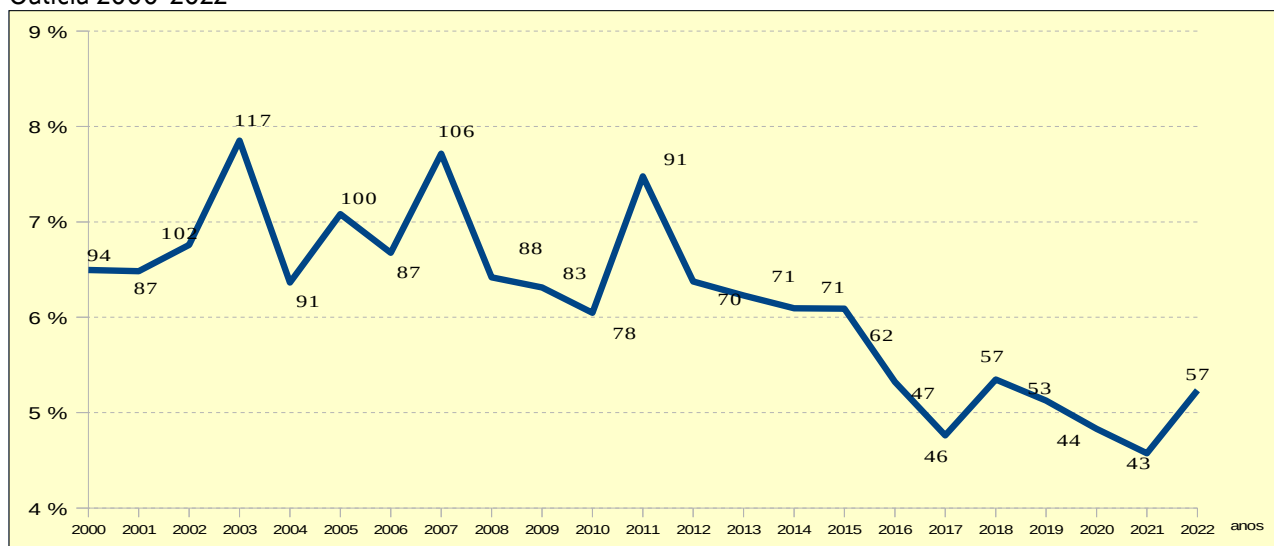
(*) Unha mesma persoa pode ter máis dun diagnóstico

d. Mortalidade nas altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH

Durante o período rexistráronse 1.745 altas por falecemento en pacientes hospitalizados con infección polo VIH, o que supuxo o 6,3 % do total de altas dos 23 anos. A porcentaxe de altas por falecemento permaneceu bastante estable nos anos coa excepción dos sete últimos anos que baixaron do 6 % (6,3 % cun rango: 4,6 % en 2021; 7,9 % en 2003).

En todo o período a maior parte dos exitus foron homes (79,3 %) e no grupo de idade de 35 a 49 anos (53,1 %); os maiores de 49 anos representan o 37,0 % (dende o 14,9 % no 2000 ata o 89,5 % no 2022) (táboa 12).

Gráfico 43. Número e % de altas hospitalarias por falecemento en pacientes con infección polo VIH. Galicia 2000-2022



(CMDB-HA da SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

A idade media no momento do falecemento foi de 48 anos (DE: 11), pasouse de 40,9 en 2000 ata 60,1 en 2022.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

Táboa 12. Distribución das altas por falecemento segundo sexo e idade. Galicia 2000-2022

	SEXO				GRUPOS DE IDADE								total
	Homes		Mulleres		< 25 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		> 49 anos		
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
2000	75	79,8 %	19	20,2 %	2	2,1 %	31	33,0 %	47	50,0 %	14	14,9 %	94
2001	70	80,5 %	17	19,5 %	0	0,0 %	18	20,7 %	61	70,1 %	8	9,2 %	87
2002	77	75,5 %	25	24,5 %	1	1,0 %	23	22,5 %	64	62,7 %	14	13,7 %	102
2003	95	81,2 %	22	18,8 %	1	0,9 %	19	16,2 %	74	63,2 %	23	19,7 %	117
2004	75	82,4 %	16	17,6 %	1	1,1 %	15	16,5 %	57	62,6 %	18	19,8 %	91
2005	83	83,0 %	17	17,0 %	0	0,0 %	9	9,0 %	69	69,0 %	22	22,0 %	100
2006	73	83,9 %	14	16,1 %	0	0,0 %	8	9,2 %	65	74,7 %	14	16,1 %	87
2007	85	80,2 %	21	19,8 %	1	0,9 %	11	10,4 %	71	67,0 %	23	21,7 %	106
2008	70	79,5 %	18	20,5 %	0	0,0 %	2	2,3 %	62	70,5 %	24	27,3 %	88
2009	67	80,7 %	16	19,3 %	0	0,0 %	7	8,4 %	49	59,0 %	27	32,5 %	83
2010	56	71,8 %	22	28,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %	47	60,3 %	31	39,7 %	78
2011	67	73,6 %	24	26,4 %	0	0,0 %	5	5,5 %	58	63,7 %	28	30,8 %	91
2012	54	77,1 %	16	22,9 %	0	0,0 %	4	5,7 %	40	57,1 %	26	37,1 %	70
2013	57	80,3 %	14	19,7 %	0	0,0 %	4	5,6 %	34	47,9 %	33	46,5 %	71
2014	59	83,1 %	12	16,9 %	0	0,0 %	4	5,6 %	33	46,5 %	34	47,9 %	71
2015	43	69,4 %	19	30,6 %	1	1,6 %	3	4,8 %	26	41,9 %	32	51,6 %	62
2016	37	78,7 %	10	21,3 %	0	0,0 %	0	5,6 %	19	40,4 %	28	59,6 %	47
2017	35	76,1 %	11	23,9 %	0	0,0 %	3	6,5 %	11	23,9 %	32	69,6 %	46
2018	44	77,2 %	13	22,8 %	0	0,0 %	1	1,8 %	11	19,3 %	45	78,9 %	57
2019	41	77,4 %	12	22,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %	7	13,2 %	46	86,8 %	53
2020	35	79,5 %	9	20,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6	13,6 %	38	86,4 %	44
2021	35	81,4 %	8	18,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %	9	20,9 %	34	79,1 %	43
2022	50	87,7 %	7	12,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6	10,5 %	51	89,5 %	57
	1.383	79,3 %	362	20,7 %	7	0,4 %	167	9,6 %	926	53,1 %	645	37,0 %	1.745

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

Ao analizar o diagnóstico principal do total de falecementos, os códigos de infección polo VIH figuraba en 750 altas (43,0 %), en 62 (3,6 %) está presente algún código de enfermidade definitiva de sida e nas 933 restantes (53,5 %) outra patoloxía non relacionada coa infección polo VIH. Obsérvase unha tendencia descendente na presenza da enfermidade polo VIH a costa dun aumento noutras patoloxías non asociadas co VIH.

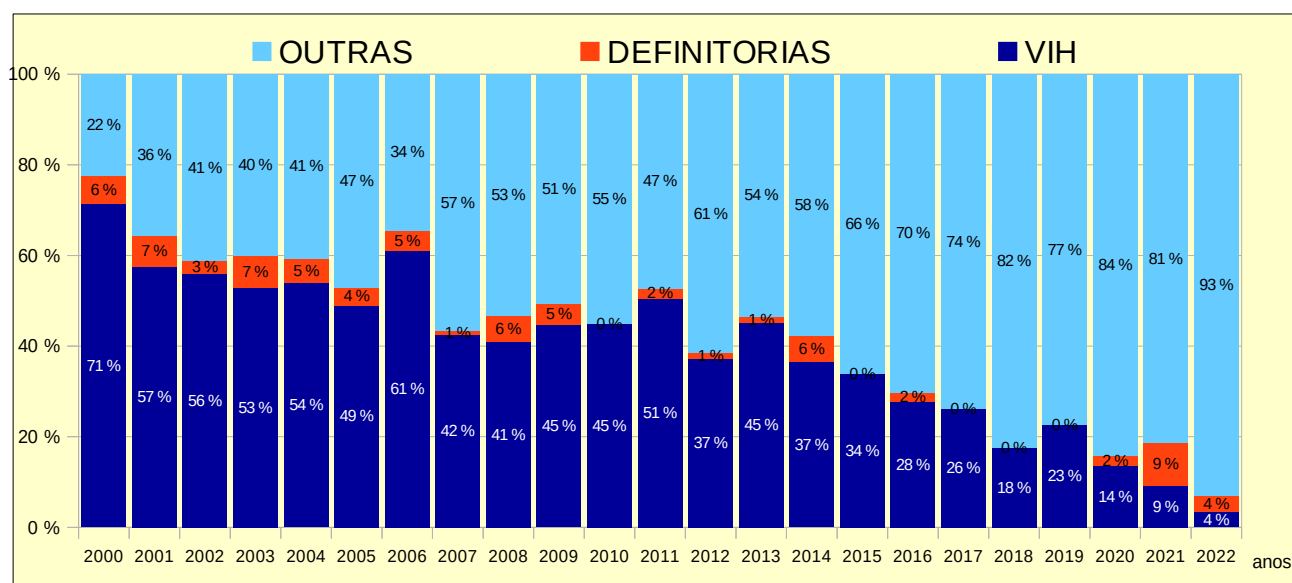
Táboa 13. Distribución das altas por morte segundo patoloxías do diagnóstico principal. Galicia 2000-2022

Enfermidade polo VIH	750	43,0 %
Algunha enfermidade indicativa de sida	62	3,6 %
Linfomas asociados ao VIH	18	1,0 %
Tuberculose	8	0,5 %
Pneumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>	7	0,4 %
Leucoencefalopatía multifocal proqresiva	4	0,2 %
Criptococose extrapulmonar	5	0,3 %
Cancro invasivo de colo uterino	2	0,1 %
Pneumonía intersticial linfoide	2	0,1 %
Outras	16	0,9 %
Outros diagnósticos non relacionados co VIH	933	53,5 %
Enfermidades dixestivas	176	10,1 %
Neoplasias:	224	12,8 %
Traquea, bronquios e pulmón	61	3,5 %
Fígado	30	1,7 %
Enfermidades respiratorias	145	8,3 %
Enfermidades infecciosas:	94	5,4 %
Hepatite B crónica	4	0,2 %
Hepatite C crónica	31	1,8 %
Enfermidades aparato circulatorio	97	5,6 %
Lesións e envelenamentos	68	3,9 %
Outras	129	7,4 %
total	1.745	100 %

(CMDB-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

Dentro das enfermidades definatorias de sida en altas por falecemento, as patoloxías máis frecuentes no diagnóstico principal foron os linfomas asociados ao VIH, a tuberculose e a pneumonía por *P. jiroveci*. Respecto doutras patoloxías, as maioritarias foron os tumores.

Gráfico 44: Diagnóstico principal das altas por falecemento en doentes con infección polo VIH. Galicia 2000-2022



(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

e. Custos hospitalarios relacionados cos pacientes con infección polo VIH

Para facer unha estimación dos custos hospitalarios en relación co VIH imos ter en conta un estudo¹ que conclúe que o 60 % dos custos nestes pacientes se debe ao tratamento en antirretovirais (son de dispensación hospitalaria), o 15 %, por outras medicacións e o 25 % restante, a hospitalizacións e outros.

¹Documento de referencia:
The Lifetime Medical Cost Savings From Preventing HIV in the United States. Medical Care, Volume 00, Number 00, 2015.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2022

O gasto real en antirretrovirais das persoas infectadas polo VIH en Galicia, que entre 2009 e 2020 superaron os 30 millóns de euros anuais, fálannos do importante aspecto económico da infección polo VIH en Galicia.

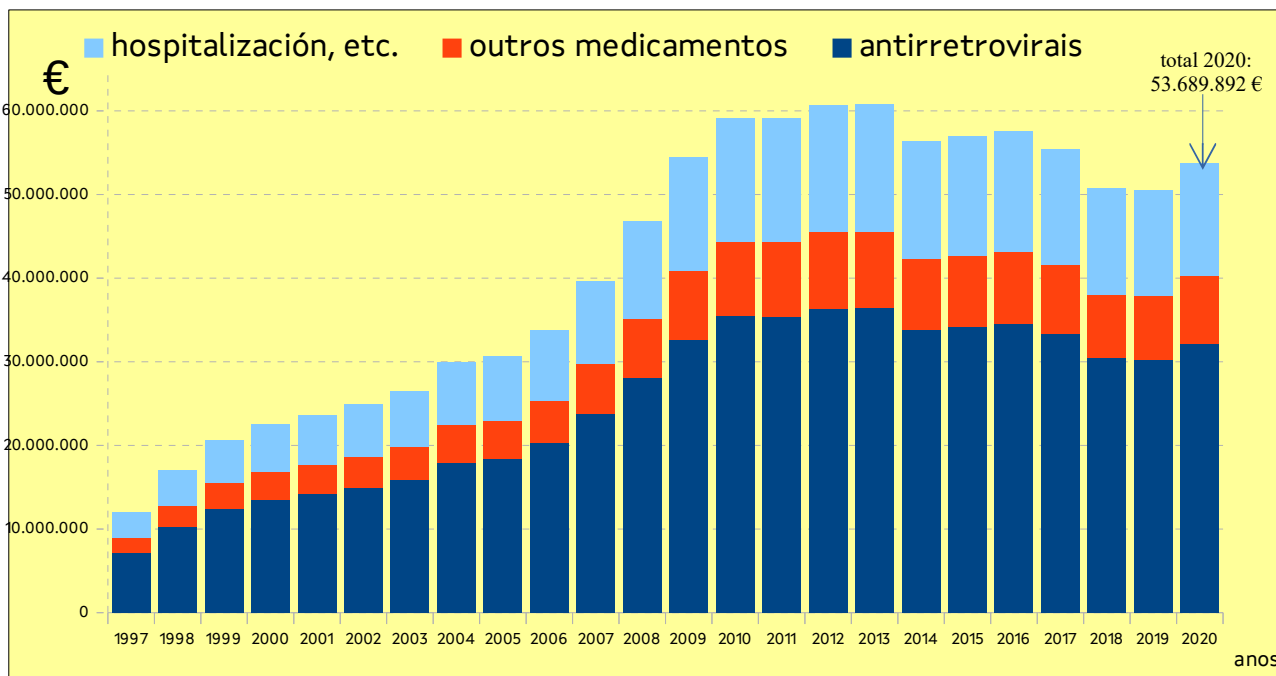
Tendo en conta as porcentaxes do estudo de referencia, os custos para o ano 2020 serían de 53.689.892 euros:

32.213.935 € en antirretrovirais (60 %)

8.053.484 € noutros medicamentos (15 %)

13.422.473 € en hospitalización e outros ... (25 %)

Gráfico 45. Custos* (60 % antirretrovirais, 15 % outros medicamentos, 25 % hospitalización e outros) en pacientes con infección polo VIH segundo os anos. Galicia 1997-2020



PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

- a.** Durante o período de estudo obsérvase un descenso do número de altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH. As altas maioritariamente son de homes e cunha idade media en aumento.
- b.** Diminúen as hospitalizacións con diagnóstico principal de infección polo VIH, así como aquelas de enfermidades definitorias de sida, e aumentan as altas por outras enfermidades non relacionadas co VIH.
- c.** Baixan as altas en que tanto no diagnóstico principal coma nos secundarios figuran diagnósticos de enfermidades definitorias de sida. Mantense a tuberculose, a pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* e os linfomas como os máis frecuentes destas enfermidades definitorias de sida.
- d.** Aumentan as altas con diagnóstico principal ou secundarios con patoloxías non relacionadas coa infección polo VIH nalgún dos grandes grupos de patoloxías como son as neoplasias, as enfermidades endócrino metabólicas, as enfermidades do aparato circulatorio e as enfermidades dixestivas, e baixan os trastornos mentais e as complicacións relacionadas co embarazo.
- e.** A porcentaxe de altas por falecemento permaneceu bastante estable nestes anos, ao redor do 6,3 % anual (non superando o 6 % nos sete últimos anos). Obsérvase unha tendencia descendente na presenza da enfermidade polo VIH no diagnóstico principal a costa dun incremento noutras patoloxías non asociadas co VIH.
- f.** Constátase un importante gasto en pacientes con VIH, que presenta unha tendencia crecente ata o ano 2010, pero que logo se estabiliza para baixar entre 2014 e 2019 e aumentar en 2020.

MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA:

1984-2021

A supervivencia dos pacientes con infección polo VIH mellorou moito coa introdución dos tratamentos antirretrovirais de alta eficacia, pero esta segue sendo unha patoloxía grave que non ten curación. O seguimento das mortes polo VIH supón un indicador para avaliar a efectividade dos tratamentos e as actividades de prevención dirixidas á loita contra a infección polo virus.

Unha das fontes de información usadas para vixiar a mortalidade polo VIH é a Estatística de mortalidade por causas elaborada polo Instituto Nacional de Estatística (INE). A cobertura é estatal e obtense de maneira similar en todas as comunidades autónomas.

Os ficheiros de datos de defuncións para codificar a causa básica de morte usan a Clasificación Internacional de Enfermidades (CIE). Durante o período 1981-1999 producíronse moitos cambios nos criterios de clasificación que afectaron as defuncións polo VIH. Inicialmente usouse a CIE 9ª revisión, na cal non existían códigos específicos para a infección polo VIH, dado que en 1975, cando se estableceu esta clasificación, a infección polo virus era unha doenza descoñecida; non foi ata o ano 1989 cando se definiron códigos específicos para rexistrar as mortes polo VIH.

Por este motivo, ata 1989 as defuncións polo VIH rexistrábanse no grupo 279 (trastornos do mecanismo da inmunidade) e os seus códigos (279.1, 279.3, 279.8 e 279.9). A partir de 1989, estableceuse que as mortes polo virus debían incluírse nun dos seguintes códigos: 279.5 (sida), 279.6 (complexo relacionado coa sida) e 279.8 (infección polo VIH). Dende o ano 1999 comeza a aplicarse a CIE 10ª revisión, na cal se inclúen códigos específicos para o VIH (B20, B21, B22, B23, B24 e R75), polo que dende o ano 2000 só se teñen en conta os devanditos códigos para o cálculo da mortalidade.

RESULTADOS DO ANO 2021

No ano 2021 producíronse en Galicia un total de 32.574 mortes, das que 12 (0,37 %) foron por VIH-sida. Destas, 11 (92 %) producíronse en homes e unha en mulleres. A taxa de mortalidade global polo VIH foi de 0,44 por 100.000 habitantes.

Táboa 14. Mortalidade polo VIH (mortalidade proporcional por mil e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes) segundo o sexo. Galicia ano 2021

	Defuncións totais	Defuncións polo VIH/sida	Defuncións polo VIH/sida (‰)	Taxa de mortalidade VIH/sida
Homes	16.449	11	0,67	0,85
Mulleres	16.125	1	0,06	0,07
	32.574	12	0,37	0,44

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

A idade media dos falecidos polo VIH foi de 52,8 anos (DE 8 anos), os homes 53 anos e a muller 52 anos.

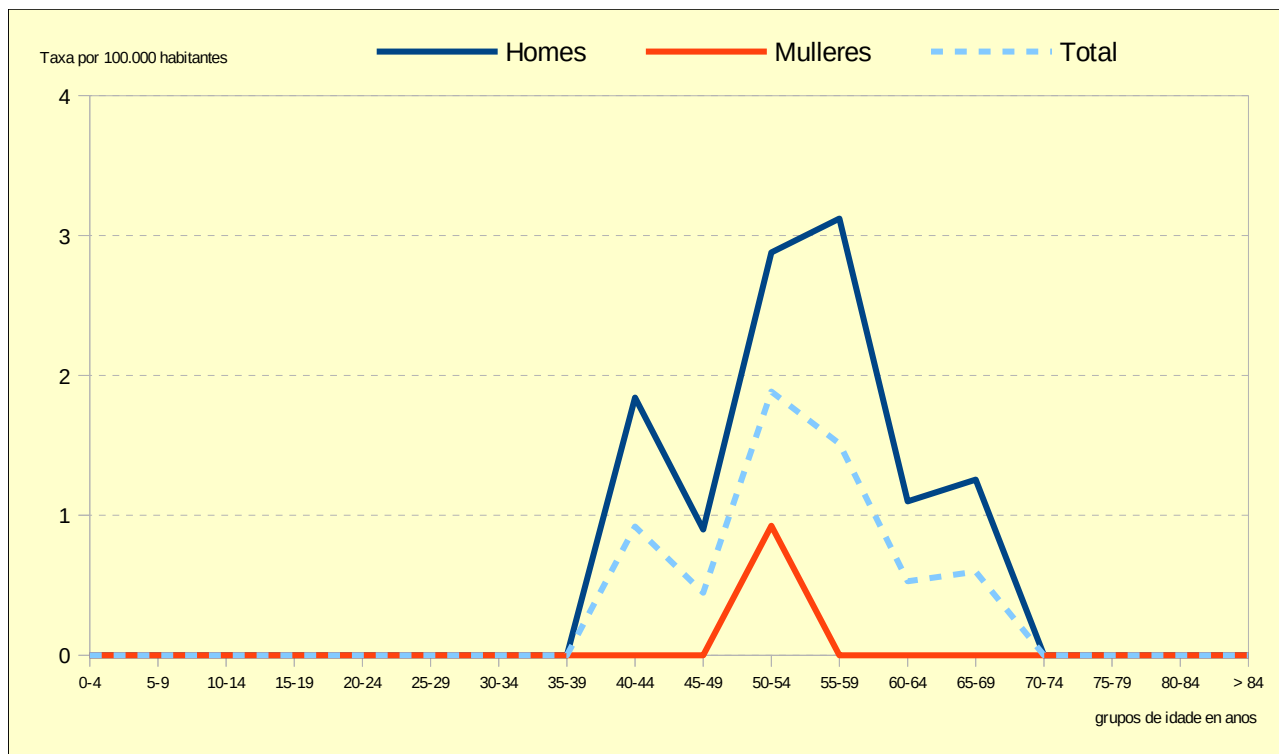
Segundo os grupos de idade, o maior número de mortes, 10 (83 % do total de falecidos), rexistrouse entre os 40 e 59 anos, este patrón repítese tanto en homes como en mulleres. Maiores de 64 anos foi un home (8 % das mortes).

Táboa 15. Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo sexo e grupos de idade. Galicia ano 2021

	Total (N)	Taxa por 10⁵ habitantes	HOMES (N)	Taxa por 10⁵ habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 10⁵ habitantes
0 a 4 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 a 9 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 a 24 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25 a 29 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30 a 34 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
35 a 39 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40 a 44 anos	2	0,92	2	1,84	0	0,00
45 a 49 anos	1	0,45	1	0,90	0	0,00
50 a 54 anos	4	1,88	3	2,88	1	0,93
55 a 59 anos	3	1,51	3	3,12	0	0,00
60 a 64 anos	1	0,53	1	1,10	0	0,00
65 a 69 anos	1	0,60	1	1,25	0	0,00
70 a 74 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
75 a 79 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
80 a 84 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
> 84 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	12	0,45	11	0,85	1	0,07

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Gráfico 46. Taxas de mortalidade polo VIH segundo os grupos de idade. Galicia ano 2021



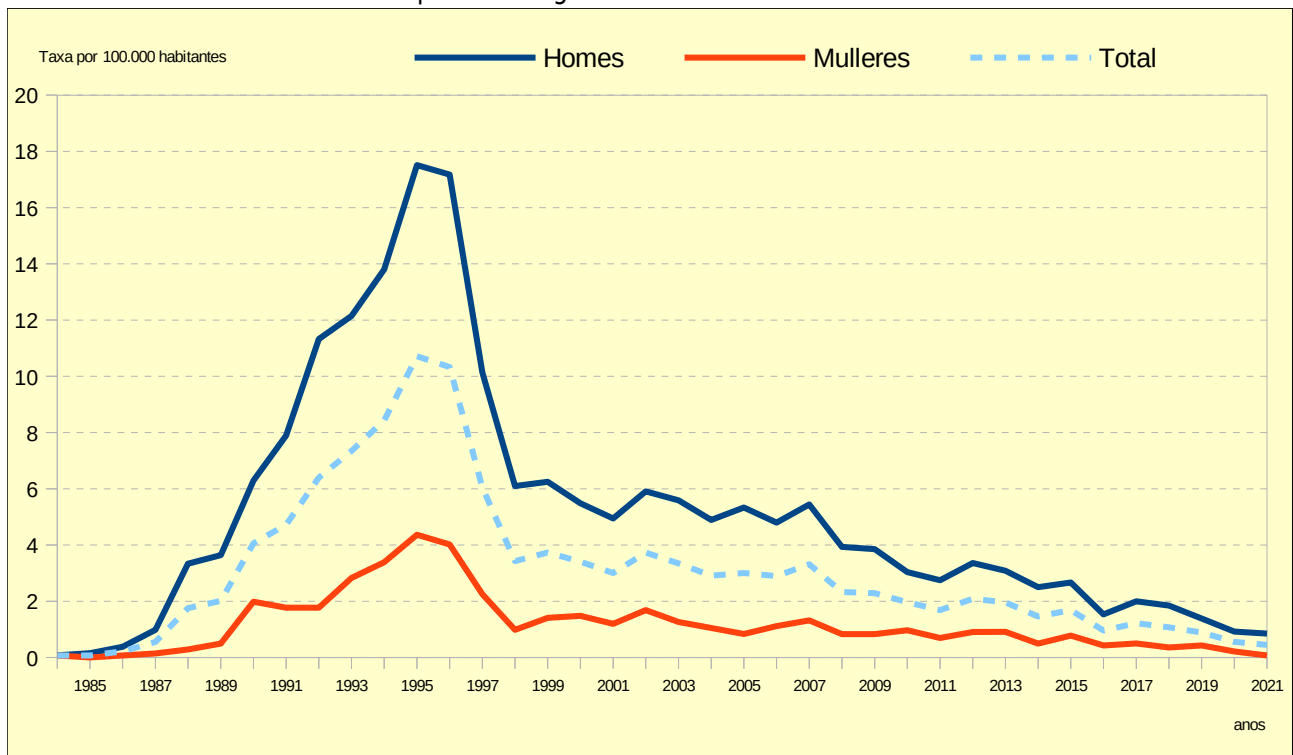
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2021

Se consideramos o período completo dende 1984 a 2021, producíronse en Galicia un total de 3.181 mortes polo VIH, dos cales o 80 % eran homes. O número de defuncións acadou o seu máximo nos anos 1995 e 1996 para, posteriormente, diminuír nos anos seguintes e estabilizarse en menos de 25 mortes anuais dende 2019.

Ao longo dos anos, a taxa de mortalidade foi, de maneira continuada, máis alta en homes ca en mulleres, cun pico máximo no ano 1995, cunha taxa de mortalidade de 10,7 mortes por 100.000 habitantes (17,5 en homes e 4,4 en mulleres). Dende o ano 2019 a taxa sitúase por baixo dunha morte por 100.000 habitantes anuais (non supera o 1,4 en homes nin 0,4 en mulleres).

Gráfico 47. Taxas de mortalidade polo VIH segundo o sexo e os anos. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

3. MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA: 1984-2021

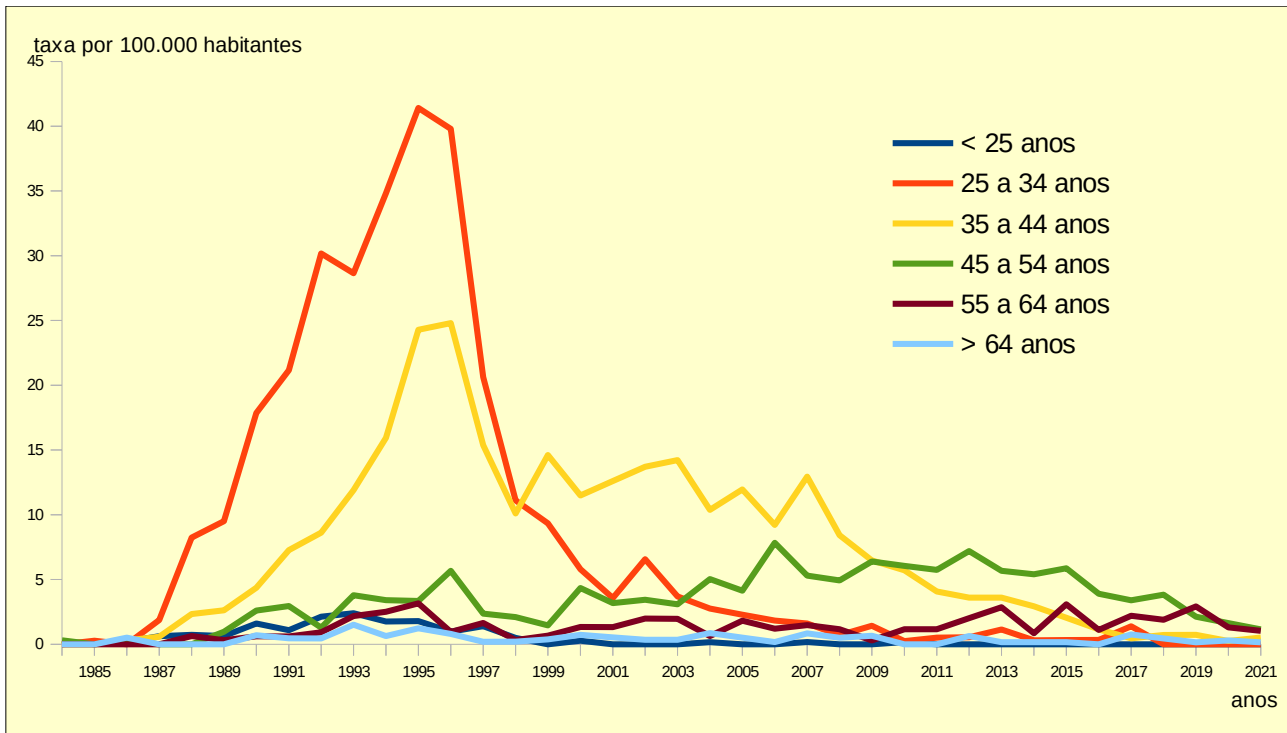
Táboa 16. Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo o sexo. Galicia 1984-2021

	Total (N)	Taxa por 100.000 habitantes	HOMES (N)	Taxa por 100.000 habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 100.000 habitantes
1984 a 1990	239	1,25	196	2,12	43	0,44
1991	129	4,72	104	7,90	25	1,77
1992	174	6,40	149	11,32	25	1,77
1993	200	7,34	160	12,15	40	2,83
1994	230	8,43	182	13,80	48	3,39
1995	293	10,71	231	17,51	62	4,36
1996	283	10,33	226	17,17	57	4,02
1997	165	6,05	133	10,14	32	2,25
1998	94	3,43	80	6,10	14	0,99
1999	102	3,74	82	6,25	20	1,41
2000	93	3,40	72	5,48	21	1,48
2001	82	3,00	65	4,94	17	1,20
2002	102	3,73	78	5,91	24	1,69
2003	92	3,34	74	5,59	18	1,26
2004	80	2,91	65	4,90	15	1,05
2005	83	3,00	71	5,33	12	0,84
2006	80	2,89	64	4,80	16	1,12
2007	92	3,32	73	5,44	19	1,32
2008	65	2,33	53	3,93	12	0,83
2009	64	2,29	52	3,85	12	0,83
2010	55	1,97	41	3,04	14	0,97
2011	47	1,69	37	2,75	10	0,69
2012	58	2,09	45	3,36	13	0,91
2013	54	1,96	41	3,08	13	0,91
2014	40	1,46	33	2,50	7	0,49
2015	46	1,69	35	2,66	11	0,78
2016	26	0,96	20	1,53	6	0,43
2017	33	1,22	26	2,00	7	0,50
2018	29	1,07	24	1,85	5	0,36
2019	24	0,89	18	1,39	6	0,43
2020	15	0,56	12	0,92	3	0,21
2021	12	0,45	11	0,85	1	0,07
	3.181		2.553		628	

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Para o total de anos as maiores mortalidades prodúcense nos intervalos de idade de 25 a 44 anos pero cunhas importantes diferenzas segundo os anos.

Gráfico 48. Taxas de mortalidade polo VIH segundo intervalos de idade e os anos. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

Así, dende 1984 a 1998 eran maiores as taxas de mortalidade no grupo de persoas de 25 a 34 anos, dende 1999 a 2009 eran maiores no grupo de 35 a 44 anos e dende o ano 2010 as maiores taxas danse nas persoas de 45 a 54 anos, co que é evidente o desprazamento continuado da mortalidade cara aos grupos de maior idade, comezándose a ver nos últimos anos un pequeno ascenso de mortalidade no grupo de 55 a 64 anos.

PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2022

Un dos piares básicos da loita contra a sida é a detección precoz das persoas infectadas polo VIH. O diagnóstico precoz ofrece a posibilidade de beneficiarse da terapia antiviral nas etapas precoces da infección e pode contribuír a modificar as condutas que favorecen a transmisión do virus a outras persoas. Neste sentido, as probas rápidas de detección do VIH ofrecerán, ademais da vantaxe de facilitar o diagnóstico precoz, a posibilidade de chegar a colectivos con escaso contacto cos servizos de saúde ou reticentes a acudir a eles, pero que é probable que acudan en determinados momentos polo carácter inmediato de resultados que proporcionan as probas rápidas de VIH.

Dende que no ano 1985 xurdiu o primeiro test de detección de anticorpos fronte ao VIH, o diagnóstico da infección por este virus evolucionou moito e actualmente hai un amplo conxunto de probas para a detección do VIH. Comunmente o diagnóstico baséase no uso da proba ELISA para detectar anticorpos fronte ao VIH e a confirmación por outra proba máis específica (Western-Blot). Posteriormente, desenvóléronse técnicas de ELISA de segunda e terceira xeración, co uso de proteínas recombinantes e péptidos sintéticos, o que repercutiu nun incremento da sensibilidade e especificidade no diagnóstico, ademais de reducir o chamado período ventá. Coa aparición das probas de cuarta xeración, aínda se acurtou máis este tempo. Estas probas precisan dunhas condicións estritas que as fagan fiables, nas cales se inclúen o equipamento de laboratorio, a experiencia do persoal profesional que as realiza e tamén o mantemento dunha temperatura estable, de 2 a 8 °C para os pasos de incubación.

As **probas de detección rápida** usadas para o cribado, movéndose en bos rangos de sensibilidade e especificidade, conseguen que se poida obter nun prazo de 15-30 minutos un primeiro resultado que, de ser **reactivo**, deberá ser **confirmado posteriormente** (para a confirmación a proba máis utilizada é a de inmunolectrofluorescencia ou Western-Blot).

As características que definen as probas de detección rápida adoitan ser:

- Alta sensibilidade (> 99 %) e especificidade (> 99 %), así como elevada reproducibilidade.
- Mostra sinxela de recoller.
- Pouco equipamento técnico.
- Pouco adestramento.
- Fácil de interpretar (visual).
- Rápida en ofrecer o resultado (< 30 minutos).
- Fácil de almacenar a temperatura ambiente (20-30 °C).
- Vida útil (12 meses ou máis).
- Axeitada para facer un volume de probas pequeno.
- Mínima produción de residuos.
- Baixo custo.

Todas estas características fan posible que as probas rápidas non teñan que ser realizadas dentro da estrutura do sistema sanitario, cunha infraestrutura de laboratorio axeitada, senón que se poden levar a cabo en diferentes lugares como organizacións de xuventude, asociacións, ONG, oficinas de farmacia e outras institucións. Isto facilita a realización das probas e o asesoramento daquelas persoas con prácticas de risco, que son reazas a acudir aos servizos de saúde por causas variadas.

DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA

Dende a Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) púxose en marcha, coa participación dos centros Quérote+ da Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado e doutras entidades colaboradoras, o proxecto da detección precoz anónima de VIH en Galicia, que ten por fin promover a realización destas probas rápidas na nosa comunidade. Este proxecto ofrece a posibilidade de que as persoas con prácticas de risco para a infección polo VIH que o desexen poidan acceder anonimamente ás probas.

As probas de detección rápida de VIH pódense facer en diferentes mostras, como son fluído oral, sangue, soro ou plasma. A proba seleccionada para este fin foi a que se realiza en fluído oral polas súas implicacións, entre as cales se atopan unha recollida da mostra máis sinxela e con máis aceptabilidade por parte da poboación, menor dotación de infraestrutura técnica, non precisar persoal sanitario para a súa realización e que se elimina como residuo sanitario non perigoso (clase IIa segundo o Decreto 38/2015 de residuos sanitarios de Galicia).

O obxectivo xeral do proxecto é o de diminuír o atraso diagnóstico da infección VIH en Galicia. E os obxectivos específicos son:

1. Diminuír o atraso diagnóstico do VIH en poboacións con prácticas de risco, e que non acoden con frecuencia ao sistema sanitario, mediante a realización dunha proba rápida.
2. Facilitar o consello antes e despois da proba do VIH.
3. Aumentar as prácticas preventivas nas persoas que acoden realizar a proba rápida do VIH en fluído oral.
4. Facilitar o acceso ao diagnóstico de VIH e ao tratamento antirretroviral.

O proxecto lévase a cabo no ámbito territorial da Comunidade Autónoma de Galicia, en localidades de máis de 10.000 habitantes. As probas realízanse nos locais e dispositivos

que faciliten, como entidades colaboradoras, os centros Quérote+ da Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado, as asociacións do movemento de resposta social fronte ao VIH/sida e outras institucións que cumpran os requisitos esixidos pola DXSP e estean autorizadas para levar a cabo este proxecto de detección precoz anónima de VIH. Inicialmente comezouse o proxecto de probas rápidas de VIH a través dos centros Quérote+ e algunhas asociacións.

A formación específica poderán adquirila as persoas a través dos cursos que a DXSP organiza para tal efecto e que versarán sobre os seguintes contidos:

- Historia da infección polo VIH e a sida.
- Epidemioloxía da infección polo VIH e a sida.
- Viroloxía e inmunoloxía do VIH/sida.
- Principios básicos das probas para o diagnóstico de VIH, con referencia particular ás probas rápidas. Proba rápida de VIH en fluído oral.
- Procedemento para recoller as mostras de probas rápidas de VIH e principios mínimos de calidade.
- Interpretación dos resultados das probas rápidas de VIH e da resolución de problemas.
- Bioseguridade. Medidas de hixiene xerais e precaucións estándar para axentes biolóxicos de transmisión sanguínea.
- Sesión práctica de recolección de mostras, procesamento e interpretación de resultados de probas rápidas de VIH.
- Consello asistido antes e despois da proba rápida de VIH.
- Diagnóstico, tratamento, seguimento e profilaxe postexposición da infección VIH.
- Protocolo do Proxecto de detección precoz anónima de VIH en Galicia a través de probas de detección rápida de VIH. Confidencialidade e anonimato no proceso da proba rápida. Xestión dos datos epidemiolóxicos.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUÍDO ORAL

a) Persoa solicitante da proba

A persoa que solicita a proba rápida no fluído oral declara que ten 16 anos ou máis, e será informada da voluntariedade da realización desta. Esta proba será sempre feita de forma individualizada.

b) Confidencialidade e anonimato

Informarase a persoa de que se trata dunha proba confidencial e anónima e de que en ningún caso se tomarán datos de carácter persoal. Posteriormente, procederase á recollida dos datos epidemiolóxicos e informarase do seu carácter anónimo e de que non constituirán ningún ficheiro nominal de datos.

c) Consello asistido anterior á realización da proba

O consello asistido antes da realización do test incluírá información sobre:

- Cal é o propósito do test. Vantaxes do diagnóstico precoz.
- Posibilidades de diagnóstico, tratamento e recursos que hai dispoñibles ante a infección polo VIH e a sida.
- En que consiste a técnica do test rápido do VIH en fluído oral.
- A proba rápida só é unha proba de cribado, non diagnóstica. A necesidade dun diagnóstico de certeza posterior aos tests reactivos.
- A seguridade do test non reactivo.
- A importancia do «período ventá».

d) Consentimento

O persoal da entidade que realiza o consello asistido previo asegurárase de que o solicitante entende a información sobre o VIH e a transcendencia da proba e respectará o dereito da persoa a decidir, tras este consello asistido previo, se desexa ou non realizala. Unha vez que a persoa xa está perfectamente informada, será capaz de tomar a decisión libremente sobre facer ou non a proba segundo as súas circunstancias persoais. Neste momento obterase o consentimento, tan só verbal, para facer a proba. No caso de que se rexeite a realización da proba, esta información tamén debería ser recollida no formulario de enquisa epidemiolóxica.

e) Preparación da área de traballo

A área de traballo cubrirase cun mantel limpo, absorbente e dun só uso. Sobre este mantel colocarase o soporte para a proba, que é reutilizable. Utilizaranse luvas para a realización da proba, que non exixe dunha correcta hixiene de mans antes e despois da realización da proba.

f) Preparación do material para a proba

A bolsa contén o dispositivo para a proba e o frasco de solución reveladora. Para evitar a contaminación do dispositivo, deixarase na bolsa ata que vaia ser usado. Primeiro quitarase o frasco de solución reveladora da súa bolsa e despois de abrirse colocarase no soporte. Hai que asegurarse de que o frasco chega ao fondo do oco do soporte para evitar salpicaduras. O dispositivo debe incluír na bolsa que o contén un paquete absorbente; de non habelo, eliminarase o dispositivo e collerase unha bolsa nova para a proba.

g) Toma de mostra de fluído oral e realización da técnica da proba rápida de detección de VIH

Seguiranse as especificacións técnicas do fabricante (Oraquick[®]).

O material manipularao o persoal competente para realizar a proba e será tamén quen obteña a mostra, co fin de evitar a variabilidade da recollida da mostra.

Para a recollida da mostra, colocárase a paleta por enriba dos dentes do paciente, sobre o exterior da enxiva. Fregarase a paleta pola parte exterior das enxivas superior e inferior, unha soa vez. A paleta pódese usar por ambos os lados. Unha vez realizado isto, inserírase a paleta do dispositivo no frasco de líquido revelador, e verificarase que a paleta toca o fondo do frasco e que a ventá dos resultados mira para vostede.

Os resultados lense despois de vinte minutos, pero non en máis de corenta. Cando se comeza a realizar a proba aparece un líquido rosa que sobe a través da ventá de resultados, este irá desaparecendo a medida que se revela a proba. Para a toma da mostra de fluído oral e manipulación dos materiais recoméndase a utilización de luvas dun só uso e manterase a hixiene debida en todo o proceso.

h) Lectura do resultado da proba rápida

- Proba rápida **non reactiva**. O resultado é **non reactivo** se aparece unha liña de cor rosa ou vermella xunto ao triángulo que ten a letra C e **non** aparece ningunha liña onde o triángulo que ten a letra T.
- Proba rápida **reactiva**. O resultado é **reactivo** se aparece unha liña de cor rosa ou vermella xunto ao triángulo que ten a letra C e tamén aparece unha liña onde o triángulo que ten a letra T. Unha destas liñas pode ser máis escura ca a outra, pero sempre que aparezan as dúas será reactivo (aínda que as liñas sexan tenues).
- Proba rápida **non válida**. O resultado é **inválido** se non aparece ningunha liña vermella xunto ao triángulo do C; se despois de vinte minutos o fondo da ventá de resultados se volve de cor avermellada e dificulta a súa lectura; se algunha das liñas non aparece dentro dos triángulos C ou T.

i) Comunicación do resultado da proba rápida e consello asistido despois da proba

- Se non é reactivo, reforzase o consello asistido sobre prácticas seguras.
- Se é reactivo, recomendaráselle á persoa a necesidade de establecer un diagnóstico de certeza e explicaráselle que a proba rápida non é unha proba diagnóstica. Se está de acordo, será derivada a un centro sanitario onde poidan realizarlle unha proba convencional de laboratorio para o diagnóstico da infección VIH.

Saliéntanse os beneficios do establecemento dun control e tratamento precoz e os importantes avances do tratamento antirretroviral, así como a necesidade de adoptar prácticas seguras para evitar a reinfección e a posible transmisión a outras persoas.

- Se o resultado é non válido, recomendarase que acuda a realizar unha proba diagnóstica de laboratorio nun centro sanitario xa que non é posible descartar a infección coa proba rápida.

j) Entrega de dúas copias do documento de resultados e enquisa epidemiolóxica

Unha copia é para a persoa que realiza a proba e a outra copia é para entregarlle ao persoal médico que confirme ou descarte a infección polo VIH.

k) **Derivación** ao centro de referencia determinado pola DXSP e o Servizo Galego de Saúde das persoas con probas de VIH reactivas ou non válidas, para a realización da proba diagnóstica en sangue (o persoal médico debe cubrir o resultado da proba diagnóstica na copia correspondente da enquisa e enviala á DXSP).

l) **Evitarase a realización da proba rápida en venres, sábado e véspera de festivo** para facilitar a confirmación ou exclusión, por parte dun centro sanitario, de probas reactivas ou non válidas o día seguinte ao da súa realización.

RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA

Comezáronse a facer probas rápidas do VIH en relación con este proxecto en Galicia en xuño de 2011 e ata o 31 de decembro de 2022 realizáronse 9.231 probas, das que 145 (1,6 %) foron «reactivas» e 47 presentaron un resultado «non válido».

Táboa 17. Probas rápidas anónimas do VIH segundo sexo, idade e principais prácticas de risco. Galicia 2011-2022*

		TOTAL		REACTIVAS		NON REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	homes	5.393	58 %	119	82 %	5.274	58 %
	mulleres	3.825	42 %	26	18 %	3.799	42 %
	NC	13	0 %	0	0 %	13	0 %
IDADES	16-24 anos	2.328	25 %	32	22 %	2.296	25 %
	25-34 anos	3.381	37 %	61	42 %	3.320	37 %
	35-44 anos	2.370	26 %	32	22 %	2.338	26 %
	45-54 anos	877	10 %	17	12 %	860	9 %
	55-64 anos	211	2 %	2	1 %	209	2 %
	65-74 anos	35	0 %	0	0 %	35	0 %
	>74 anos	4	0 %	0	0 %	4	0 %
	NC	25	0 %	1	1 %	24	0 %
PRÁCTICA RISCO	HSH	2.421	26 %	88	61 %	2.333	26 %
	Heterosexual	6.095	66 %	48	33 %	6.047	66 %
	PID	110	1 %	4	3 %	106	1 %
	Outros e NC	605	7 %	5	3 %	600	7 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

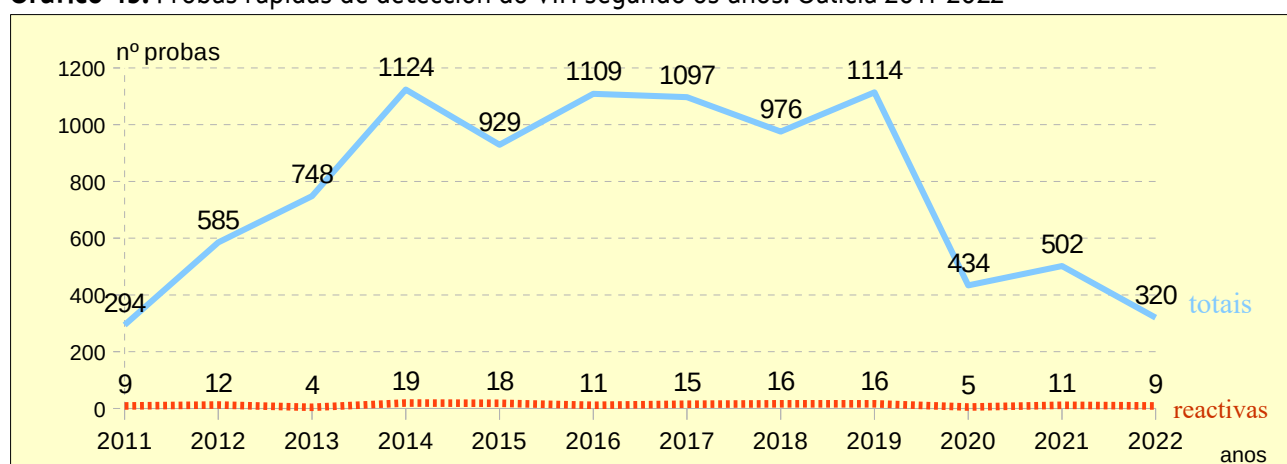
(*) xuño de 2011 a decembro de 2022

4. PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2022

O 58 % das probas realizadas correspondeu a homes, o 88 % tiña entre 16 e 44 anos, e a práctica de risco máis presente nos rexistros foi a das relacións heterosexuais non seguras en dous terzos das enquisas.

A porcentaxe de probas reactivas do período foi de 1,6 % (rango: 0,5 % en 2013 e 3,1 % en 2011).

Gráfico 49. Probas rápidas de detección do VIH segundo os anos. Galicia 2011-2022*



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

(*) xuño de 2011 a decembro de 2022

A maioría das persoas contactadas sentíronse moi satisfeitas coa proba, como se pode ver na táboa seguinte.

Táboa 18. Nivel de satisfacción coas probas rápidas anónimas do VIH realizadas. Galicia 2011-2022*

SATISFACCIÓN COA REALIZACIÓN DAS PROBAS RÁPIDAS ANÓNIMAS DO VIH		Número	%
	nada	1	0 %
	pouco	4	0 %
	bastante	616	7 %
	moito	7.471	81 %
	nc/ns	1.139	12 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

(*) xuño de 2011 a decembro de 2022

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2005-2022

As infeccións de transmisión sexual (ITS) constitúen un importante problema de saúde pública no ámbito mundial. Son unha das principais causas de enfermidade aguda, infertilidade, discapacidade a longo prazo e morte, con graves consecuencias médicas e psicolóxicas para millóns de homes, mulleres e nenos/as e con importantes custos económicos e sociais.

Consideramos ITS non só aquelas infeccións nas que as relacións sexuais son o mecanismo case exclusivo de transmisión senón tamén aquelas nas que estas relacións son un mecanismo importante de transmisión e/ou teñen relevancia dende o punto de vista epidemiolóxico.

Clasicamente só se consideraban ITS a sífilis, a blenorrxia ou gonococia, o linfogranuloma venéreo (LGV), o granuloma inguinal, o chancro brando ou chancroide, e demais infeccións bacterianas cuxa transmisión é case exclusivamente sexual. Pero a realidade é que están descritos máis de 30 microorganismos entre bacterias, virus, fungos e protozoos implicados en infeccións que se poden transmitir sexualmente. Ademais, tamén se poden producir infestacións como a pediculose púbica por piollos pato («ladillas») ou a sarna.

Nos países desenvolvidos, a detección precoz e a terapia antibiótica conseguiron unha diminución de enfermidades como a sífilis e a gonococia. Non obstante, segundo a OMS, en 2020 houbo, en todo o mundo, uns 374 millóns de casos novos dalgunha destas ITS (clamidiase 129 M., blenorrxia 82 M., sífilis 7,1 M. e tricomoniasis 156 M.). Calcúlase que o número de persoas con infección xenital por herpes (VHS) supera os 500 millóns

anuais, e hai máis de 300 millóns de mulleres infectadas polo virus do papiloma humano (VPH), a principal causa de cancro de colo uterino. Tamén se producen todos os anos millóns de ITS atribuíbles principalmente ao VIH, ao virus da hepatite B (VHB) e outras ITS ⁽¹⁾.

Con carácter xeral, as ITS, sobre todo o VIH, afectan máis a poboacións con baixos recursos e as infeccións bacterianas afectan especialmente a poboación nova e mulleres. Ben que, como dicimos, a maioría das ITS e as súas consecuencias afectan máis ás persoas de países en vías de desenvolvemento, as rexións desenvolvidas non se libran desta epidemia mundial. Nestas últimas, a incidencia da gonococia e a sífilis diminuíu na década dos oitenta grazas á mellora dos servizos sanitarios e aos cambios dos comportamentos debidos á aparición do VIH/sida. Nos últimos anos estase apreciando un incremento das ITS asociado a un aumento das prácticas de risco.

Nos países desenvolvidos, as tendencias socioculturais e os movementos migratorios fan prever un aumento da morbilidade. Ademais, a aparición de resistencias fronte aos medicamentos de uso habitual, sobre todo para tratar o gonococo e a *Chlamydia Trachomatis*, pode empeorar esta situación.

Na nosa comunidade, a vía de transmisión sexual é a máis importante en patoloxías como a infección polo VIH, infeccións polo VPH, o herpes xenital simple e a hepatite B. Algunhas destas infeccións teñen ademais especial importancia porque poden pasar da nai ao fillo durante o embarazo, parto ou lactación.

SISTEMA DE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

Ata hai poucos anos as ITS non VIH eran consideradas de declaración obrigatoria, e notificábanse a través do Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades de Galicia (SXNOE), que é un dos compoñentes do sistema básico da Rede Galega de Vixilancia en Saúde Pública (RGVSP) e, ademais, forma parte da Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica. Neste sistema só se declaraban a sífilis, sífilis conxénita, gonococia, hepatite A, hepatite B e outras hepatites.

Tanto no ámbito estatal coma no autonómico, e a partir de 2015, modificouse o sistema, tanto no referente ás variables que hai que recoller coma no relativo ás enfermidades que hai que vixiar. Unha das novidades máis importantes é a incorporación da infección por *Chlamydia trachomatis* (diferenciando a clamidiase xenital e o LGV) e a infección polo virus da hepatite C. A inclusión de novas variables permítenos caracterizar mellor estas infeccións, coñecendo ademais da súa distribución espazo-temporal, a poboación á que afecta, proporcionándonos información sobre os grupos de risco.

No Plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual, prórroga 2019-2022 ⁽²⁾, constan os seguintes obxectivos específicos:

- Diminuír a incidencia anual de novos diagnósticos de infección polo VIH por debaixo de 4 casos/10⁵ habitantes.
- Diagnosticar polo menos ao 90 % das persoas infectadas polo VIH.

- Tratar con antirretrovirais (AR) polo menos ao 90 % das persoas diagnosticadas de infección polo VIH.
- Manter con carga viral indetectable de VIH polo menos ao 90 % das persoas tratadas con antirretrovirais.
- Reducir o atraso diagnóstico por debaixo do 35 % de novos diagnósticos de infección polo VIH.
- Manter a incidencia anual da sida por debaixo de 0,5 casos/10⁵ habitantes.
- Diminuír a mortalidade anual polo VIH, non superando as 2 defuncións/10⁵ habitantes.
- Manter a incidencia anual de sífilis por debaixo de 5 casos/10⁵ habitantes.
- Eliminar a sífilis conxénita, en fillos/as de mulleres que leven residindo en Galicia, como mínimo, dende os nove meses anteriores ao parto.
- Manter a incidencia anual da gonococia por debaixo dos 7 casos/10⁵ habitantes.
- Realizar estudos de resistencias en máis do 50 % dos casos de gonococia.
- Modificar o Sistema de vixilancia epidemiolóxica para caracterizar as infeccións producidas polo virus da hepatite C e Chlamydia trachomatis, diferenciando a clamidíase do linfogranuloma venéreo (LGV).

HEPATITES VÍRICAS

O papel da transmisión sexual é importante para as hepatites A (VHA) e B (VHB) e en moita menor medida para a hepatite C (VHC). Nesta última, a inxección intravenosa de drogas é o principal mecanismo de transmisión, aínda que recentemente se notificaron brotes por vía sexual en homes que teñen sexo con outros homes (HSH) infectados polo VIH en varias cidades europeas.

A hepatite A é unha enfermidade transmitida principalmente a través de alimentos ou augas contaminadas. Tamén se transmite por relacións sexuais ano-bucais e están descritos brotes debidos a esta práctica de risco que afectaron principalmente a HSH.

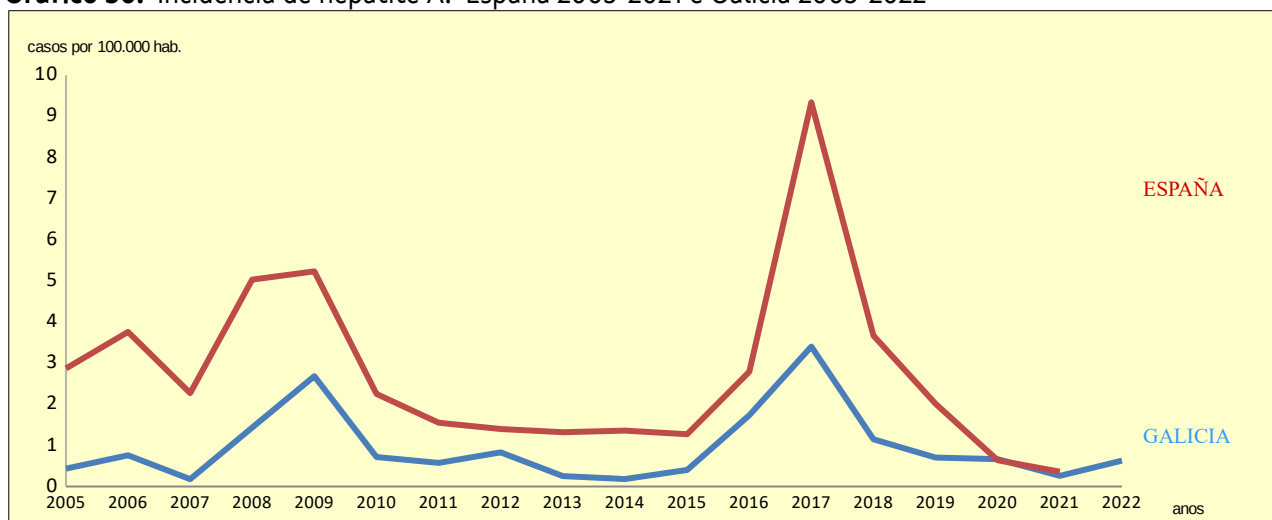
A pesar da dispoñibilidade dunha vacina contra a hepatite B, que diminuíu significativamente a incidencia nos países desenvolvidos, a infección segue a ser un problema de saúde pública mundial. A OMS calcula que, a comezos do século XXI, máis de 2.000 millóns de persoas se infectaron co VHB nalgún momento da súa vida; destas, sobre 296 millóns evolucionaron a hepatite crónica en 2019. Cada ano prodúcese 1,5 millóns de novas infeccións e, en 2019, 820.000 persoas morreron por causa da hepatite crónica, a cirrose ou o cancro de fígado. En Europa, a taxa de infección na poboación xeral é de 1,6 %, e uns 14 millóns de persoas teñen infección crónica, das que cada ano falecen preto de 40.000 ⁽³⁾.

Con respecto á evolución na declaración de hepatite A, non hai un patrón homoxéneo, debido a que é unha infección de transmisión feco-oral. Segundo a información das enfermidades de declaración obrigatoria (EDO) publicada polo Centro Nacional de Epidemioloxía do Instituto de Saúde Carlos III (ISC III), no ano 2020 ⁽⁴⁾, a taxa é de 0,64 casos/10⁵ habitantes.

A evolución na declaración de hepatite B, segundo a información das enfermidades de declaración obrigatoria (EDO) publicada polo Centro Nacional de Epidemioloxía do Instituto de Saúde Carlos III (ISC III), no ano 2020, a taxa é de 0,71 casos/10⁵ habitantes ⁽⁵⁾. No caso concreto da hepatite C en España no ano 2020, a taxa é de 2,36 casos/10⁵ habitantes ⁽⁶⁾.

A evolución da incidencia da hepatite A en Galicia presentaba unha tendencia continua ao descenso, con algúns brotes nos anos 1994, 1997 e 1999, que estaban concentrados en lugares específicos da nosa xeografía, o que é típico das infeccións de orixe alimentaria. Non obstante, a finais de 2008, observouse un aumento do número de casos, que tivo continuidade nas 12 primeiras semanas de 2009 e que non estaba concentrado xeograficamente, afectando fundamentalmente a homes novos, cunha incidencia máis alta nas persoas de 15 a 29 anos de idade. Os resultados da investigación que se realizou indican que neste aumento de casos houbo diversos modos de transmisión implicados, entre eles, a vía sexual. En 2016 e 2017 producíronse brotes sobre todo na Coruña, asociado principalmente con persoas HSH.

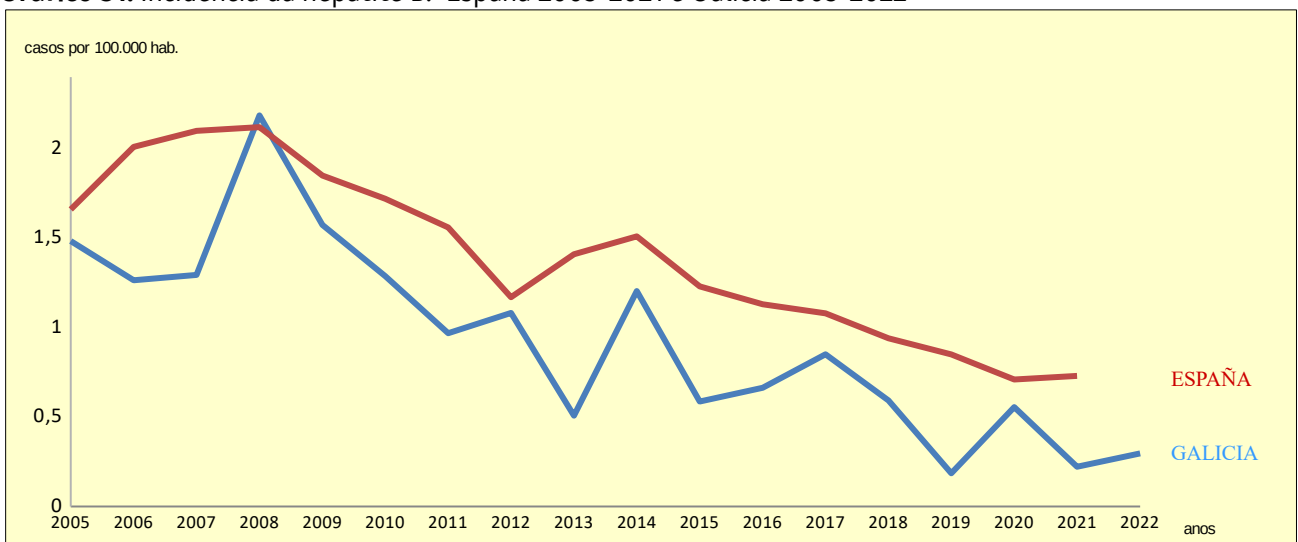
Gráfico 50. Incidencia de hepatite A. España 2005-2021 e Galicia 2005-2022



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

Logo de analizar a evolución temporal da hepatitis B, vese que, igual que sucede no ámbito estatal, se produce unha diminución anual continuada no número de casos e na incidencia, coa excepción do ano 2008. A incidencia en Galicia é lixeiramente inferior á incidencia estatal e o número de casos diminuíu un 89 % dende 1998 ata o 2013. No ano 2008 hai un incremento evidente onde case se duplican os casos declarados (61 casos) en relación co ano 2006 (35 casos). Ao examinar a distribución provincial, este incremento débese aos casos da provincia da Coruña (25 casos), que duplica o número con respecto ao ano anterior (12 casos), e principalmente aos casos de Ourense que quintuplican os casos declarados no ano 2007 (4-20 casos). Destes 20 casos declarados en Ourense en 2008, o 95 % son varóns e o 80 % deles tiña entre 24 e 57 anos (rango: 24-83). A investigación que se desenvolveu orienta a que unha boa parte do aumento de casos está relacionado coa transmisión heterosexual con antecedentes de contacto con prostitución.

Gráfico 51. Incidencia da hepatitis B. España 2005-2021 e Galicia 2005-2022



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

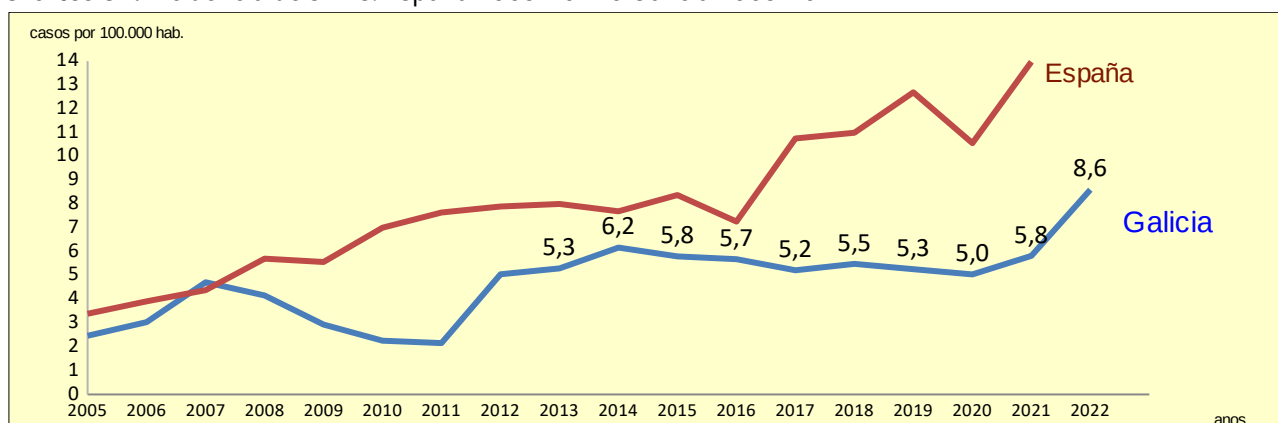
SÍFILIS

Segundo a OMS, en 2020 infectáronse co *Treponema pallidum* 7,11 millóns de persoas ⁽¹⁾. No ano 2019, 29 países da EU/EEA comunicaron 35.039 novos casos de sífilis, o que supuxo unha taxa de 7,4 casos/10⁵ habitantes; as taxas máis altas foron comunicadas por Malta, Irlanda, Reino Unido, Islandia e España. Os casos en homes foron nove veces máis frecuentes e naqueles casos con información sobre a categoría da transmisión, o 74 % foron en HSH ⁽⁷⁾.

A sífilis conxénita segue presente en Europa, aínda que o número de casos é baixo. Este feito debería ser inadmisíbel nun país desenvolvido, xa que denota un acceso tardío ao sistema sanitario e un fracaso do sistema de prestación sanitaria de coidados prenatais e/ou dos servizos sociais.

En España, os casos de sífilis sofren un importante descenso dende o ano 1985 (3.976 casos) ata 1995 (1.010 casos) e continuou descendendo ata o ano 2001 no que se acadou unha taxa de 1,77 casos/10⁵ habitantes (700 casos). A partir dese momento, empeza un ascenso con incrementos anuais continuados ata o ano 2021 no que se acadou unha taxa de 13,97 casos/10⁵ habitantes ⁽⁸⁾.

Gráfico 52. Incidencia de sífilis. España 2005-2021 e Galicia 2005-2022



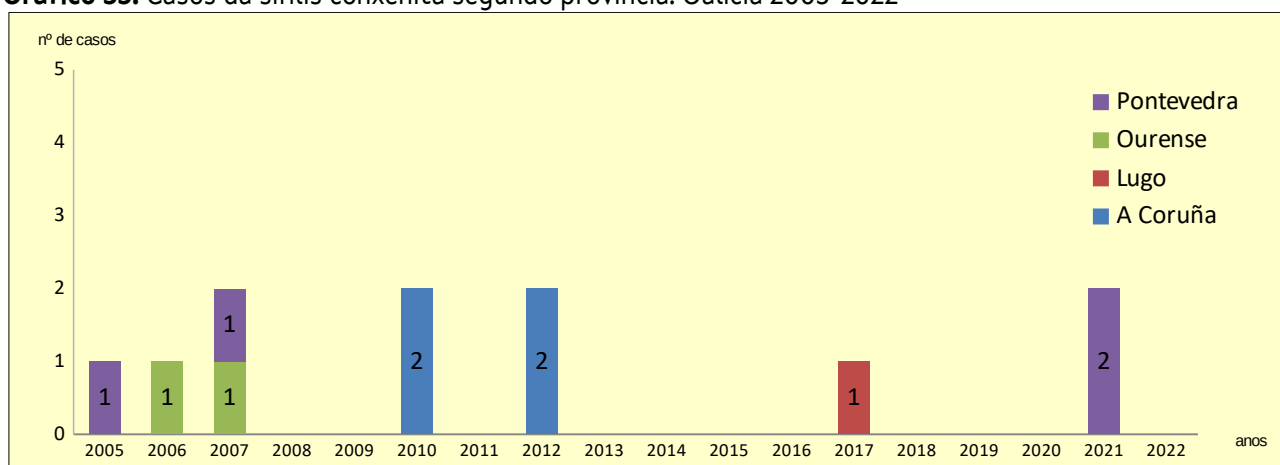
Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

Por outra banda, a lacra da sífilis conxénita en España continúa. Entre 2005 e 2021 rexistráronse 88 casos confirmados, cun rango das taxas por 100.000 nados vivos entre 0 do ano 2020 e 2,23 do ano 2007 ^(8,9).

En Galicia e dende comezos da década de 1980, o comportamento da sífilis declarada mostrou unha tendencia clara á diminución ata 1996. A partir dese ano foi medrando de xeito continuo ata acadar unha incidencia anual en 2007 de 4,71 casos/10⁵ habitantes, que se atopa preto da incidencia de 1988 (5,4 casos/10⁵ habitantes). No ano 2008 comeza de novo unha tendencia decrecente que se mantén ata o ano 2011 (2,15 casos/10⁵ habitantes), a partir do cal se produce un aumento ata acadar no 2022 unha taxa de 8,6 casos/10⁵ habitantes.

Como xa comentamos anteriormente, a sífilis conxénita evidencia un acceso tardío ao sistema sanitario e un fracaso do sistema de prestación sanitaria de coidados prenatais e/ou dos servizos sociais. En Galicia, isto vén corroborado polo feito de que a gran maioría dos casos da nosa comunidade autónoma se dá en fillos de mulleres inmigrantes, que é un dos grupos onde máis se manifestan as desigualdades en canto ao acceso a estes sistemas. Dende o ano 2005 houbo 11 casos de sífilis conxénita en Galicia.

Gráfico 53. Casos da sífilis conxénita segundo provincia. Galicia 2005-2022



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2023)

GONOCOCIA

No ámbito mundial, a OMS calcula que en 2020 producíronse 82 millóns de novos casos de gonococia ⁽¹⁾.

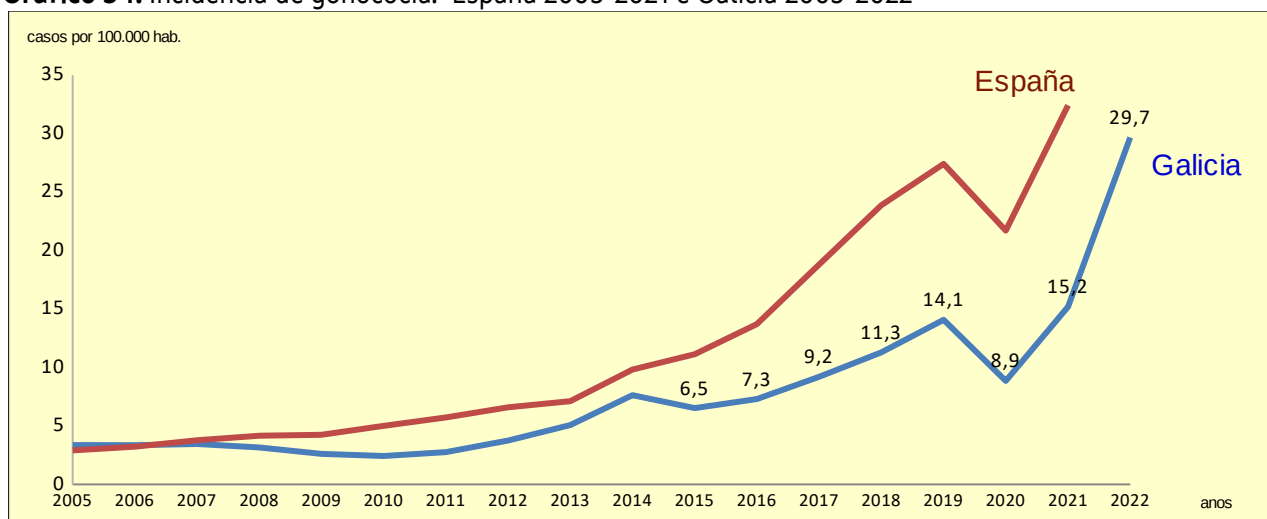
A incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países da UE/EEA en 2019 foi de 31,6 casos/10⁵ habitantes (117.881 casos); as taxas máis altas foron comunicadas por Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Islandia, Noruega e Suecia. Os homes representaron o 75 % de todos os casos comunicados e o 34 % dos casos danse en menores de 25 anos. Os HSH representaron o 54 % dos casos notificados. A taxa anual incrementouse un 17 % de 2018 a 2019 ⁽¹⁰⁾.

Ao analizar os datos en España de 1995 a 2021, obsérvase un marcado descenso nas taxas ata o ano 2001 seguido dun incremento continuado da incidencia a partires desadada. No ano 2021 notificáronse 15.338 casos de infección gonocócica (taxa de 32,4 casos/10⁵ habitantes) ⁽⁸⁾.

A historia da infección gonocócica vén marcada por unha continua resistencia do gonococo aos antibióticos, aparecendo xa gonococos resistentes ás cefalosporinas de terceira xeración. A preocupación por esta capacidade do gonococo de facerse resistente aos antibióticos pode abocarnos a quedar sen arsenal terapéutico para combatermos a infección. Este feito levou a OMS a poñer en marcha no 2012 un plan co obxecto de controlar a propagación da enfermidade e minimizar a resistencia do gonococo aos antimicrobianos. O Centro Europeo para a Prevención e o Control das Enfermidades (ECDC) puxo en marcha o plan de resposta para controlar e xestionar a ameaza da gonorrea resistente a múltiples fármacos en Europa.

En Galicia a infección gonocócica é a ITS que sufriu a diminución máis espectacular. En 1985 declaráronse 3.456 casos; no ano 2000 declaráronse 295 casos, o que representou unha incidencia anual de 10,9 casos/10⁵ habitantes, e seguiu diminuíndo ata que en 2010 se acadou unha taxa de 2,4 casos/10⁵ habitantes (68 casos). A partir do 2010 prodúcese un incremento anual ata acadar unha taxa no 2022 de 29,7 (799 casos), incremento que se dá principalmente en varóns mozos.

Gráfico 54. Incidencia de gonococia. España 2005-2021 e Galicia 2005-2022



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

Na nosa comunidade autónoma temos nestes últimos anos un incremento de casos notificados de gonococia. A investigación epidemiolóxica realizada indícanos que houbo fallos no tratamento, principalmente debidos á utilización de quinolonas fronte ás que a maioría das cepas de gonococo presentan unha alta resistencia. Cómpre, pois, incidir na recomendación dos tratamentos con cefalosporinas de terceira xeración (de elección: ceftriaxona) máis azitromicina, reforzar a vixilancia da susceptibilidade antibiótica e vixiar os fallos nos tratamentos.

CLAMIDÍASE XENITAL

Unha das ITS máis comúns é a producida por diversos serotipos da *Chlamydia tracomatis* (D, E, F, G, H, I, J e K), que presentan apetencia polas mucosas. O número de novas infeccións é cada vez maior en todo o mundo, das cales aproximadamente un 50-70 % é asintomático. A OMS calcula que en 2020 se produciron en todo o mundo 129 millóns de novos casos.

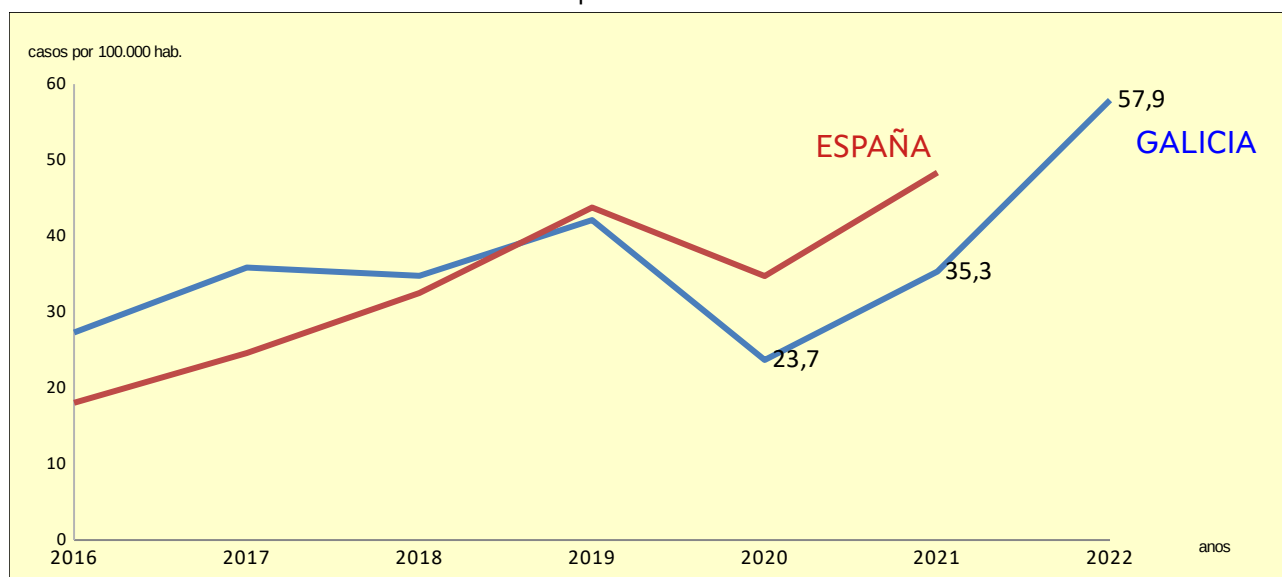
En Europa, a clamidíase é a ITS máis declarada. En 2019, notificáronse 434.184 casos, o que representou unha taxa de 157 casos/10⁵ habitantes. Esta infección afecta principalmente á mocidade (o 60 % dos casos dáse en persoas de 15-24 anos) e a mulleres mozas, sendo o mecanismo de transmisión máis común as prácticas heterosexuais de risco ⁽¹¹⁾. A incidencia real posiblemente sexa moito maior debido á frecuencia das infeccións asintomáticas e a unha infradeclaración.

En España temos datos da infección por *Chlamydia tracomatis* a través do Sistema de Información Microbiolóxica do ISC III que, informa dun aumento da notificación anual; así, a modo de exemplo, no ano 2000 notificáronse 91 casos, no ano 2009, 844 casos, no ano 2016, 7.239 casos e en 2021 20.507 casos (taxa de 48,4 10⁵ habitantes). A maioría dos casos prodúcese en poboación menor de 35 anos (75 %) ⁽⁸⁾.

En Galicia temos datos de procesos atendidos en atención primaria por ITS como a clamidíase xenital, a tricomoníase xenital e os condilomas acuminados (causados por moitos tipos de VPH). Estes datos rexístranse no Sistema de información de análises complexos de atención primaria (SIAC AP) e codifícanse coa Clasificación Internacional de Atención Primaria segunda edición (CIAP 2) polo que non temos datos de clamidíase xenital masculina (codifícanse dentro das uretrites) nin tricomoníase xenital masculina (codifícanse dentro das prostatite/vesiculite seminal) por estar en códigos non individualizados. Os datos debemos velos cun pouco de perspectiva por non ter tan boa cali-

dade coma a dos datos que proceden do Conxunto mínimo básico de datos (CMBD) e que constan no SIAC AE (atención especializada).

Gráfico 55. Incidencia de clamidíase xenital. España 2016-2021 e Galicia 2016-2022



SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE, DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

LINFOGRANULOMA VENÉREO

O linfogranuloma venéreo (LGV) producido por outros serotipos da *Chlamydia trachomatis* (L1, L2 e L3) que presentan trofismo polo sistema linfático era moi pouco frecuente en Europa Occidental. Non obstante, dende 2003, rexistráronse brotes de LGV nas principais cidades de Europa (3.112 casos en 2019) relacionados principalmente con prácticas sexuais de risco en HSH infectados polo VIH (64 % de coinfección) ⁽¹²⁾.

En España no 2021 rexistráronse 649 casos, cunha taxa de 1,66 por 10⁵ habitantes, o 99 % eran homes e maioritariamente entre 25 e 44 anos ⁽⁸⁾.

Referencias:

- 1.- OMS. Infecciones de transmisión sexual. 10/07/2023. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- 2.- Plan Galego anti VIH-sida e outras infeccións de transmisión sexual, Prórroga 2019-2022. https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6287/Plan_GalegoAntiVIH_galego.pdf
- 3.- OMS. Hepatitis B. 24/06/2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- 4.- ISCIII. Informe epidemiológico sobre la situación de la hepatitis A en España. Años 2019 y 2020.
- 5.- ISCIII. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España, 2020.
- 6.- ISCIII. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C en España, 2020.
- 7.- European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. Annual epidemiological report for 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2018.pdf>
- 8.- ISCIII. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2021.
- 9.- Boletín epidemiológico semanal. Situación de la Sífilis Congénita en España 2010-2019. 20/01/2022. <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1118>
- 10.- European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoeae. Annual epidemiological report for 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2019.pdf>
- 11.- European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. Annual epidemiological report for 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/chlamydia-annual-epidemiological-report-2019.pdf>
- 12.- European Centre for Disease Prevention and Control. Lymphogranuloma venereum. Annual epidemiological report for 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/lymphogranuloma-venereum-annual-epidemiological-report-2019.pdf>

XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA:

1999-2022

Os logros conseguidos en Galicia fronte á infección por VIH son numerosos e relevante pero aínda así esta infección segue a representar un importante problema sanitario e social. Dende a aparición dos fármacos antirretrovirais, cada vez é maior o número de pacientes a tratamento, e dispoñemos dun maior número de axentes terapéuticos.

Dende o campo da Saúde Pública é de grande interese realizar a vixilancia epidemiolóxica das cepas causantes das novas infeccións en Galicia, así como obter información sobre grupos poboacionais entre os que se estean transmitindo variantes virais con maior rapidez, por se fose necesario reforzar medidas preventivas para o seu control.

A colaboración co Instituto de Salud Carlos III mediante convenios achega coñecementos importantes sobre as cepas que circulan na nosa comunidade e permítenos ter hoxe unha poboación estudada de referencia a nivel mundial.

Por isto, dende 1999 realízanse convenios e actividades de colaboración entre a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia e o Instituto de Saúde Carlos III, co fin de acercarnos a realidade da situación en Galicia e establecer un sistema de información de carácter prospectivo. Os datos que estes convenios nos achegaron durante estes anos son de enorme importancia para as actividades de Saúde Pública e para a planificación e asistencia no campo sanitario e os seus resultados xa foron publicados en varias revistas de prestixio internacional.

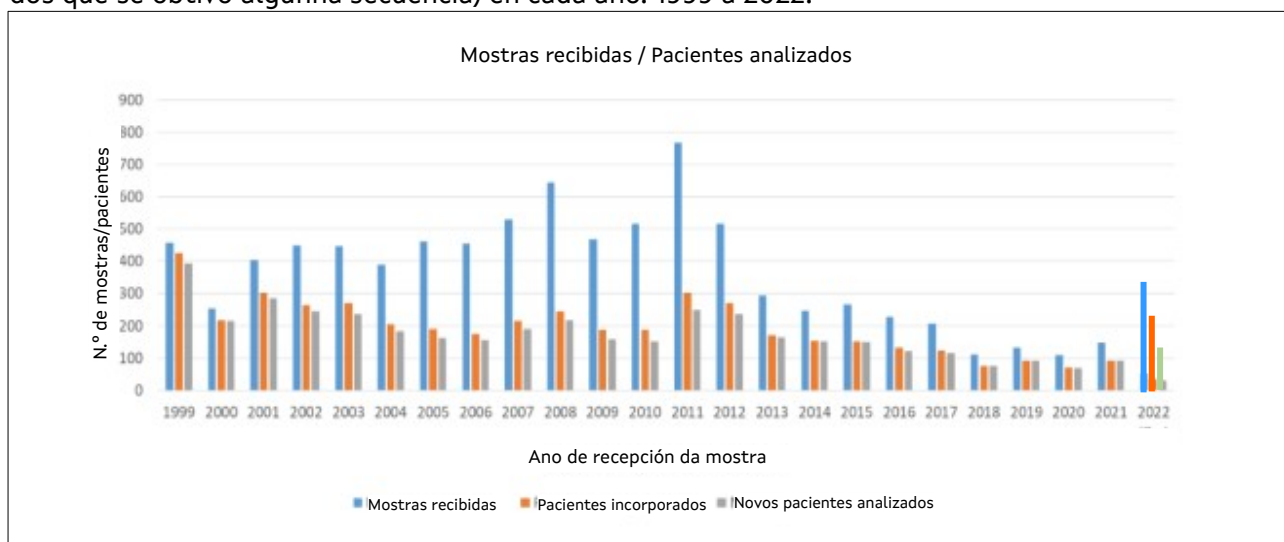
1. RESULTADOS

1.1. Mostras recibidas e probas realizadas

Dende 1999 recibíronse no Instituto de Salud Carlos III 8.983 mostras de 4.863 pacientes procedentes de hospitais de Galicia, analizándose secuencias de 4.361 pacientes (90 %).

Solicitáronse 9.835 probas de xenotipado*: 7.312 de determinación de resistencias en proteasa e retrotranscriptasa, 1.206 de resistencias en integrasa e 1.317 de predición xenotípica de tropismo. Ademais, todas as secuencias de VIH-1 obtidas analizáronse filoxeneticamente.

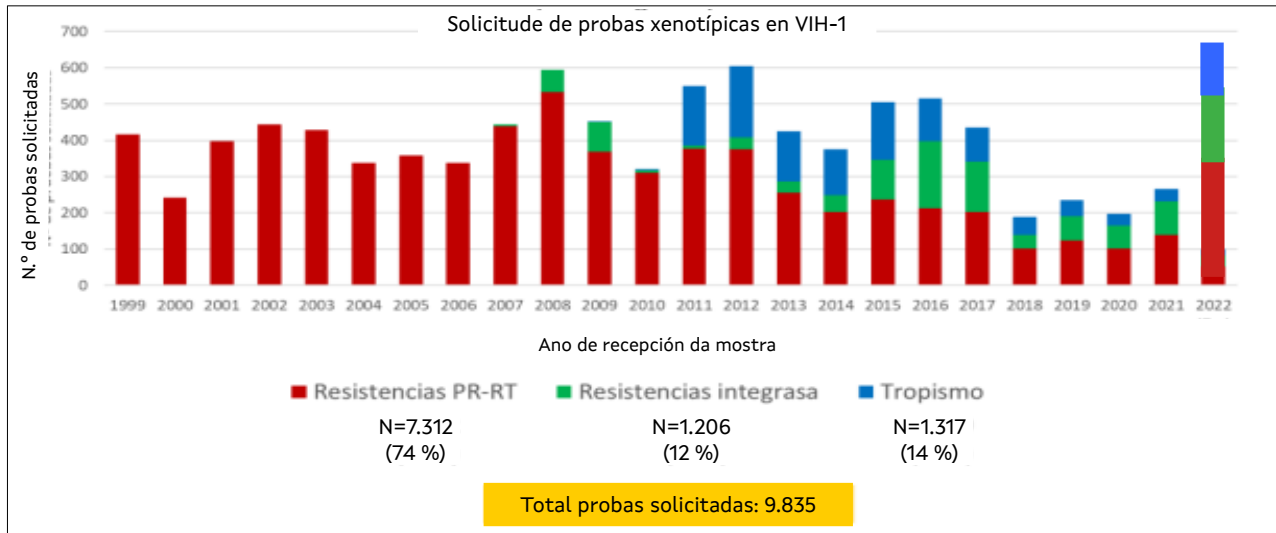
Fig. 1. Mostras recibidas, pacientes novamente incorporados e novos pacientes analizados (aqueles dos que se obtivo algunha secuencia) en cada ano. 1999 a 2022.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

(*) Os datos deste apartado de xenotipado foron aportados polos técnicos do Centro Nacional de Microbioloxía: Elena Delgado, Horacio Gil e Miguel Thompson.

Fig. 2. Probas solicitadas cada ano. 1999 a 2022.



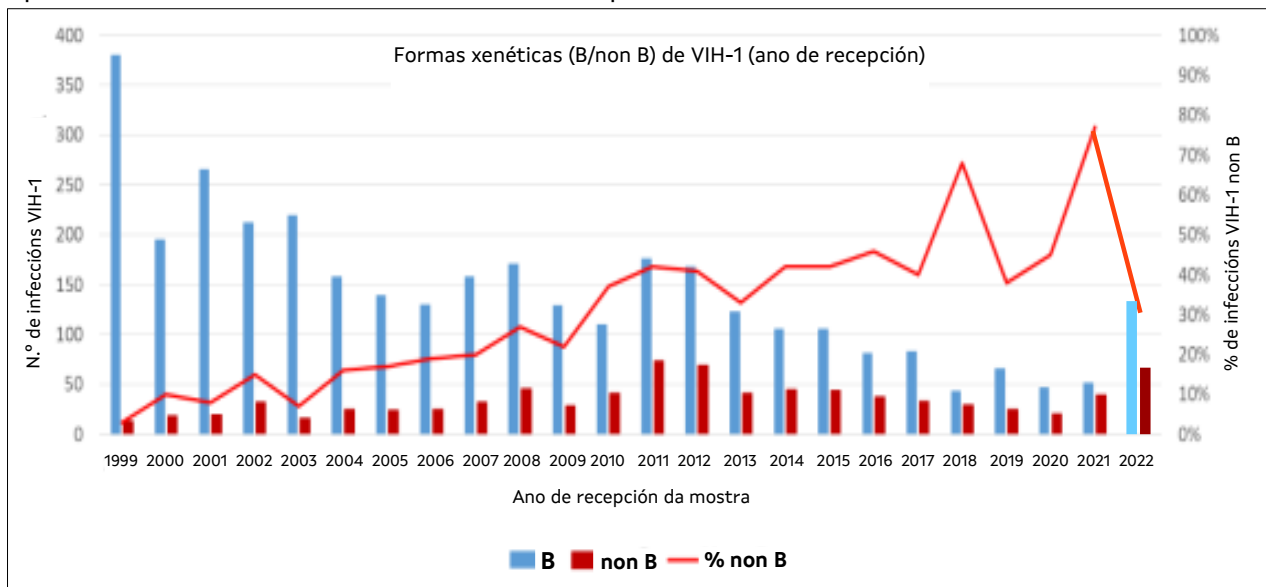
CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

1.2. Formas xenéticas do VIH-1

Obsérvase un incremento progresivo da proporción de infeccións por formas xenéticas diferentes do subtipo B (Figs. 3 e 4), alcanzándose nos diagnósticos de 2022 unha proporción do 34 % (Fig. 5). Obsérvase unha gran diversidade de formas xenéticas, coa expansión dende 2009 do subtipo F, que dende 2010 é a forma xenética non B máis frecuente, acadando o 17 % en 2022. O predominio do subtipo F entre as formas xenéticas non B é característico de Galicia, pois noutras CC.AA. estudadas pola Unidade de Bioloxía e Variabilidade do VIH o dito subtipo representa un compoñente relativamente menor entre as variantes do VIH-1. Este predominio en Galicia débese á expansión dun gran clúster de subtipo F (chamado F1_1) orixinado na provincia da Coruña, cos primeiros casos diagnosticados en Ferrol en 2009.

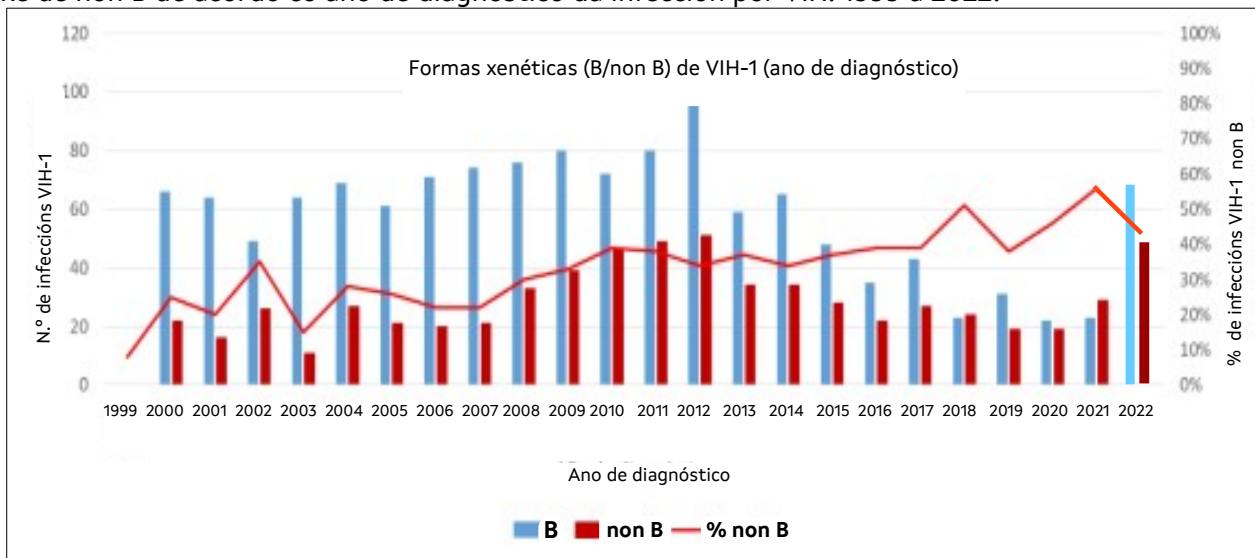
6. XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA: 1999-2022

Fig. 3. Formas xenéticas do VIH-1. Números totais de subtipo B e formas xenéticas non B e porcentaxe de non B de acordo co ano de recepción da mostra. 1999 a 2022.



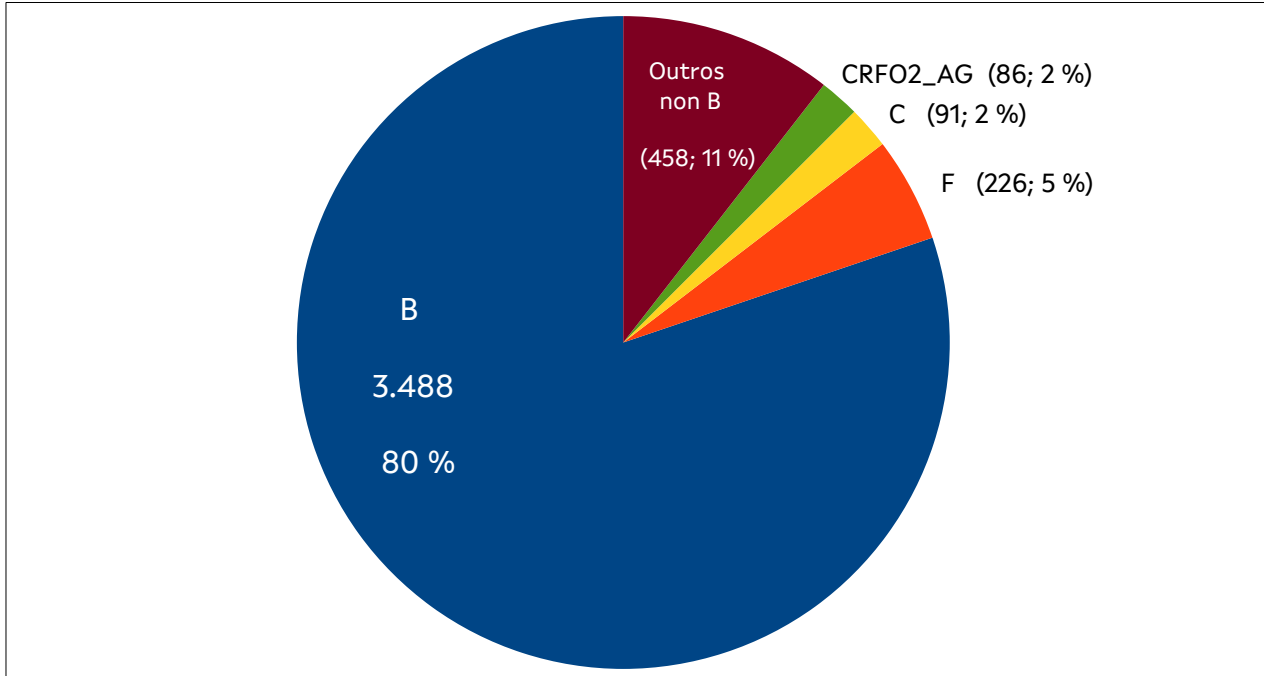
CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 4. Formas xenéticas do VIH-1. Números totais do subtipo B e formas xenéticas non B e porcentaxe de non B de acordo co ano de diagnóstico da infección por VIH. 1999 a 2022.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 5. Distribución global das formas xenéticas de VIH-1 detectadas en Galicia no período 1999-2022.

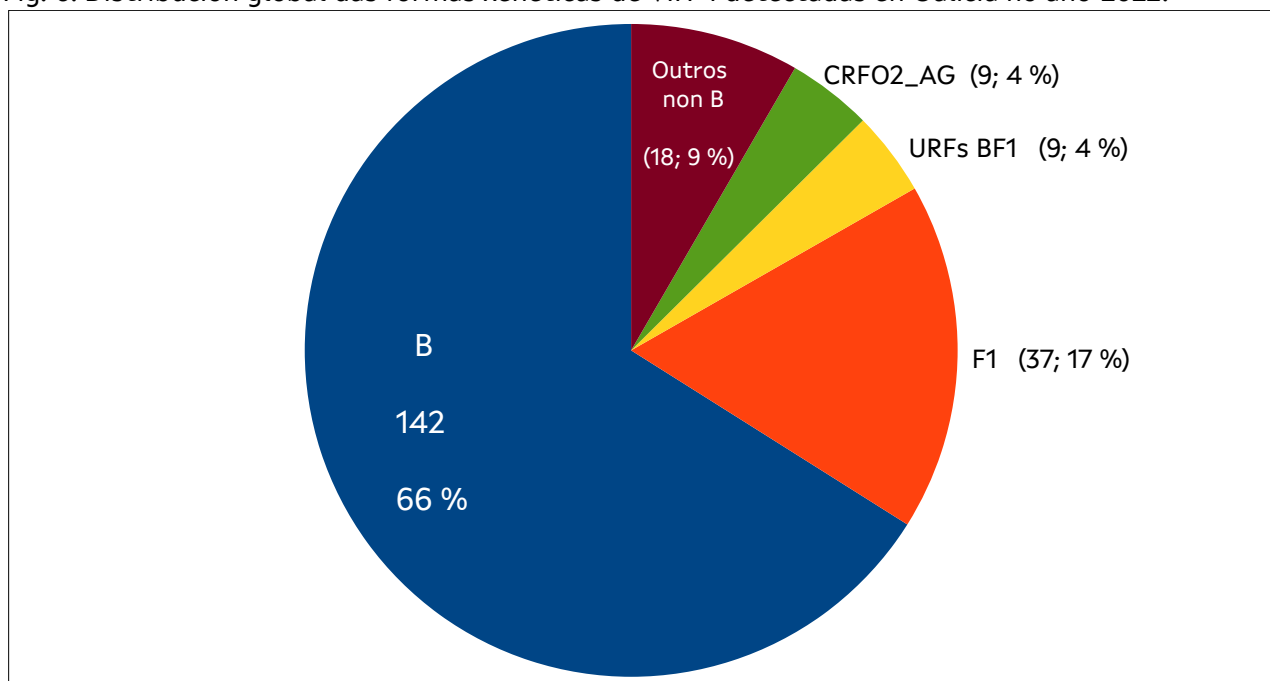


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Das persoas incorporadas no ano 2022, obtívose secuencia de polo menos un fragmento en mostras de 215 pacientes. A distribución das formas xenéticas de VIH-1 en estos pacientes foi a seguinte: subtipo B, o 66 %, e formas xenéticas non B o 34 %. Entre estas últimas, a maioría foron infeccións por subtipo F1 nun 17 %, seguido de CRF02_AG cun 4 %, e formas recombinantes únicas (URFs) BF1 cun 4 % (figura 6).

En canto aos 119 pacientes de novo diagnóstico con polo menos unha secuencia, o 58 % estaba infectado por virus de subtipo B e o 42 % por virus de formas xenéticas non B, sendo predominante entre estas últimas o subtipo F1 (23 %).

Fig. 6. Distribución global das formas xenéticas de VIH-1 detectadas en Galicia no ano 2022.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

1.2.1 Novas formas xenéticas do VIH-1 identificadas en Galicia.

En Galicia identificouse a primeira forma recombinante circulante (CRF) do VIH-1 descrita en Europa occidental, a CRF14_BG, así como a cepa de subtipo G parental da dita CRF. Ambas variantes son as primeiras formas xenéticas do VIH-1 diferentes do subtipo B que se describiu circulando na poboación autóctona de Europa occidental, describíndose posteriormente en Portugal, onde a mencionada variante de subtipo G circula amplamente (representando aproximadamente o 30 % de infeccións por VIH-1) (Esteves et al., 2002, AIDS Res Hum Retroviruses, 18:313-325).

Dende o punto de vista biolóxico, a CRF14_BG ten interese por ser a forma xenética do VIH-1 con máis alta frecuencia de tropismo a CXCR4 (90 % en novos diagnósticos), asociado a progresión clínica máis rápida e a resistencia ao fármaco antagonista do corre-

ceptor CCR5 maraviroc. Posteriormente, describíuse en Galicia outra nova CRF do VIH-1, a CRF73_BG, relacionada coa CRF14_BG, pero cunha estrutura recombinante lixeiramente diferente, e que tamén circula en Portugal. Outras dúas CRFs descritas en Galicia foron presentadas en congresos.

Como se menciona arriba, identificouse en Galicia un amplo clúster de subtipo F1 de rápido crecemento, de orixe brasileiro, que se continúa expandindo en Galicia con diseminación a outras CC.AA. Os virus do dito clúster asociáronse a maior virulencia (recostos de linfocitos CD4+ no diagnóstico máis baixos) e resposta subóptima á terapia antirretroviral, tanto virolóxica como inmunolóxica (Cid-Silva et al., 2018; AIDS, 32:121-125. doi: 10.1097/QAD.0000000000001679).

1.3. Clústeres de transmisión

Definimos os clústeres de transmisión (CTs) como aqueles clústeres apoiados cun valor de Shimodaira-Hasegawa(SH)-like $\geq 0,95$ en árbores filoxenéticas de máxima verosimilitude aproximada construídos con FastTree2. Usando esta definición, obsérvase un incremento progresivo da proporción de infeccións por VIH-1 que agrupan en CTs con 4 ou máis pacientes de Galicia ata 2012, estabilizándose dende entón ao redor do 60 % de novos diagnósticos. Dende 2013 obsérvase un descenso no número de infeccións que agrupan en clústeres de 10 ou máis individuos de Galicia, pero esta tendencia revértese nos clústeres non B desde 2019, debido ao resurximento das infeccións por virus do clúster F1_1. É de destacar tamén a alta porcentaxe de infeccións non B nun clúster de subtipo A1 (A1_1), de orixe portuguesa, en 2017 e 2018, aínda que a súa frecuencia baixou notablemente en anos posteriores.

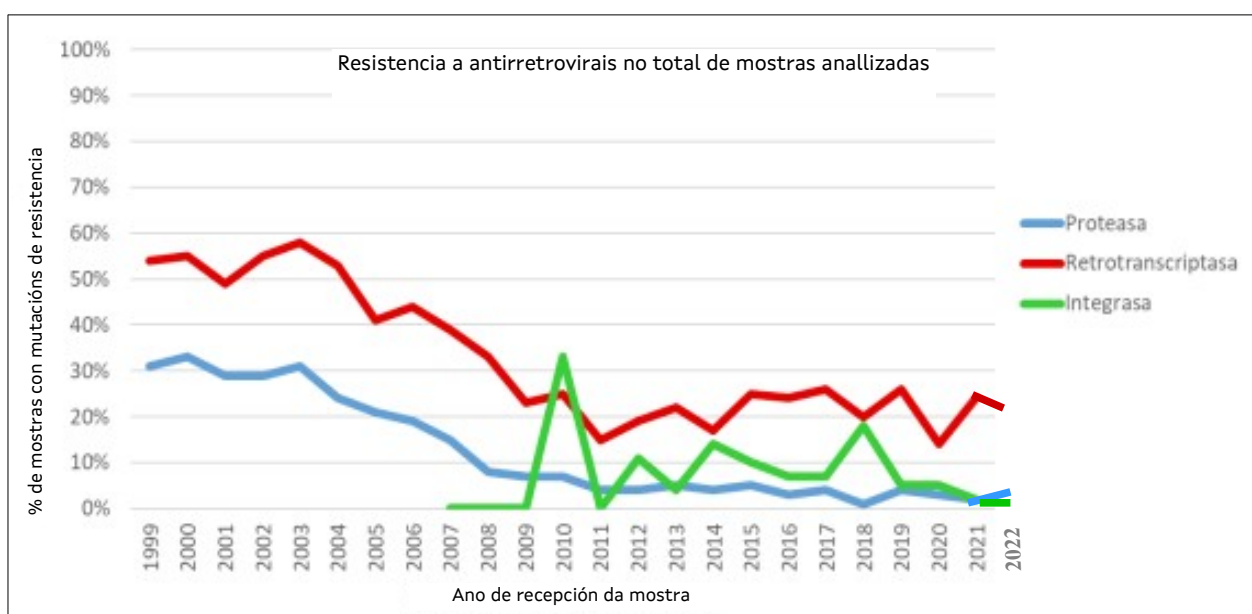
No ano 2022 o 70 % (150 de 215) dos pacientes de nova incorporación ao estudo agrupában en 71 Cts, dos que 53 eran de subtipo B e 18 de outras formas xenéticas.

Nos pacientes de novo diagnóstico dese último ano, o 85 % (101 de 119) agrupaban en 45 Cts, 30 dos cales era de subtipo B e 14 de formas xenéticas non B. O Ct con maior crecemento foi o F1_1, con 27 novos diagnósticos, dos cales 20 son de Ferrol e representan o 67 % (20 de 30) dos novos diagnósticos en dita cidade.

1.4. Resistencias a antirretrovirais

Na figura 7 móstrase a evolución da frecuencia de resistencias a distintas clases de antirretrovirais no total de mostras analizadas. Dende o punto de vista de saúde pública, as resistencias transmitidas, observadas nos NDs, son as máis relevantes, observándose porcentaxes de virus resistentes que se manteñen estables ao redor do 10-15 % nos últimos 7 anos, correspondendo a maioría a virus con resistencias a inhibidores non nucleosídicos da transcriptasa inversa. Non se detectou resistencia a inhibidores de integrasa en ningún ND.

Fig. 7. Evolución ao longo dos anos das porcentaxes do total de mostras con resistencias a inhibidores de proteasa, transcriptasa inversa e integrasa, relativo ao total de mostras analizadas en cada fragmento. 1999 a 2022.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Das 285 secuencias de proteasas ou transcriptasa inversa analizadas para o ano 2022, 69 (24,2 %) presentaban resistencia fronte a fármacos antirretrovirais. En total, 11 (3,9 %) pacientes presentaban resistencia fronte a inhibidores da proteasa, e 64 (22,5 %) fronte a inhibidores da transcriptasa inversa.

Das 175 secuencias de integrasa analizadas ese último ano, en 4 (2,3 %) detectouse resistencia a inhibidores da integrasa.

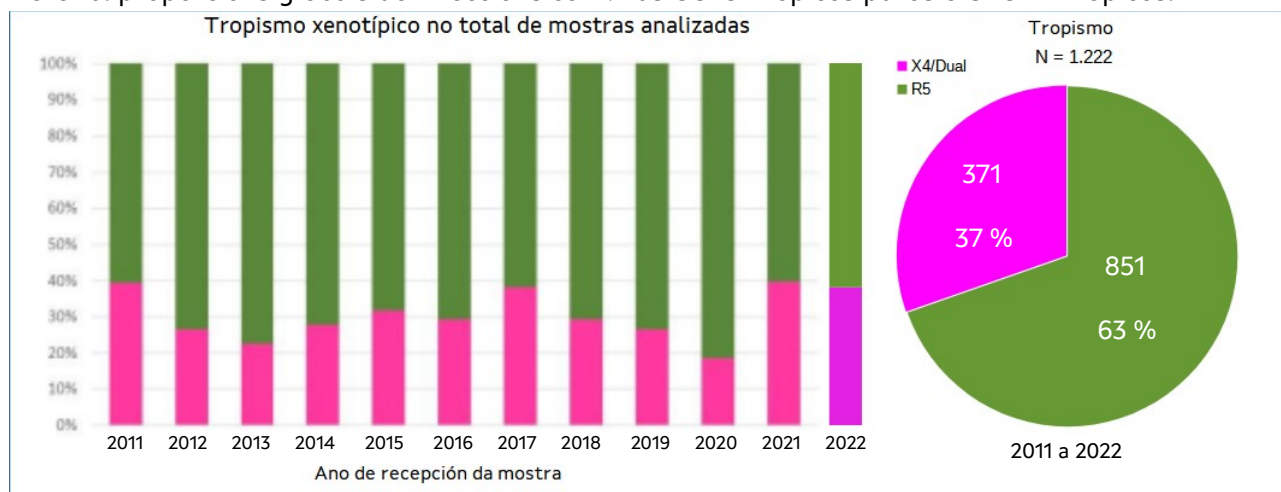
Dos 117 novos diagnósticos do ano 2022 con análises de secuencias de proteasas ou transcriptasa inversa, detectáronse mutacións de resistencia a antirretrovirais en 20 (19,8 %). En canto a mutacións de resistencias a inhibidores de integrasa dese ano, non se detectaron mutacións nos 55 novos diagnósticos que foron analizados.

1.5. Tropismo

Comenzáronse a realizar predicións de tropismo baseadas en secuencias do bucle V3 da envoltura e análise co programa Geno2pheno a partir de 2010, aínda que, debido ao escaso número de mostras analizadas no dito ano, só se presentan datos de infeccións por virus CCR5-trópicos (R5) e CXCR4-trópicos (X4 ou dual R5X4 ou mestura R5+X4) dende 2011. Os virus CXCR4-trópicos asóciáanse a progresión clínica máis rápida e nos novos diagnósticos poden indicar diagnóstico tardío. É importante determinar o tropismo en pacientes nos que se valore tratamento co antagonista do correceptor CCR5 maraviroc, que está contraindicado en infeccións con virus CXCR4- 13 trópicos. Na gráfica dos novos diagnósticos (Fig. 16), obsérvanse fluctuacións nas proporcións de virus CXCR4-trópicos ao redor do 20-30 %, sen unha tendencia clara.

En 2022 analizouse o tropismo de 116 mostras, resultando tropismo R5 en 83 (71,6 %) e X4 ou tropismo dual R5X4 en 33 (29,4 %).

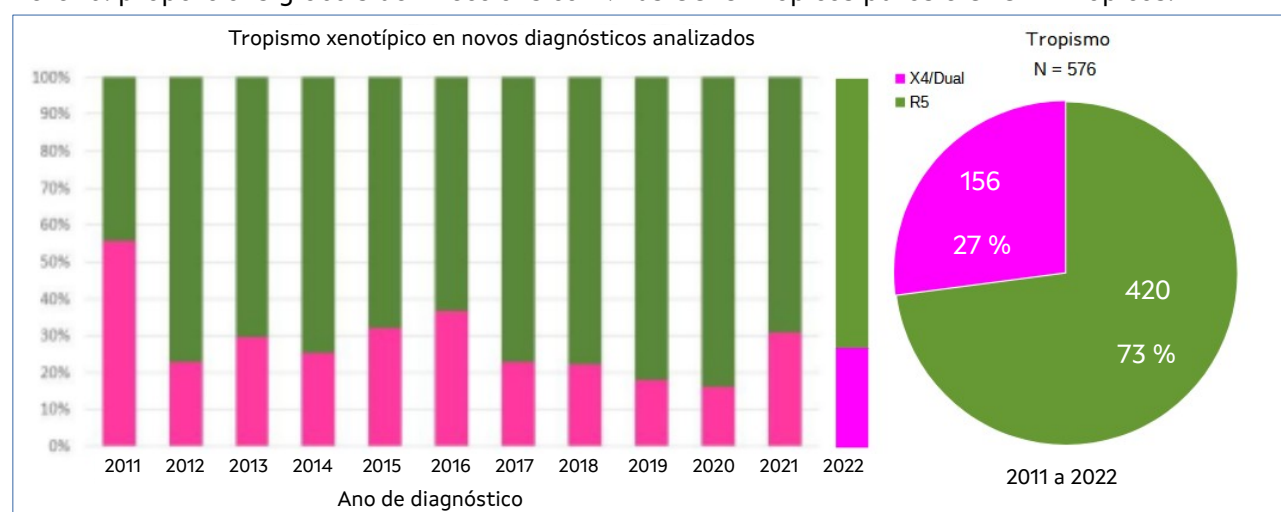
Fig. 8. Porcentaxes de mostras totais analizadas con predición de tropismo xenotípico R5 ou X4/dual R5X4/mestura R5+X4. Esquerda: evolución anual entre 2011 e 2022. Dereita: proporcións globais de infeccións con virus CCR5-trópicos puros e CXCR4-trópicos.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

En novos diagnósticos dese último ano, analizáronse 65 pacientes, con tropismo R5 en 50 (76,9 %) e X4 ou R5X4 en 15 (23,1 %).

Fig. 9. Porcentaxes de mostras de novos diagnósticos de infección por VIH con predición de tropismo xenotípico R5 ou X4/dual R5X4/mestura R5+X4. Esquerda: evolución entre 2011 e 2022. Dereita: proporcións globais de infeccións con virus CCR5-trópicos puros e CXCR4-trópicos.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

2. CONCLUSIÓNS

1. En Galicia obsérvase dende 1999 un aumento progresivo das infeccións de VIH-1 por subtipos non B, acadando o 56 % nos diagnósticos de 2021 e o 34 % en 2022.
2. O subtipo non B predominante en Galicia dende 2010 é o F1, que representa en 2021 e 2022 o 52 % e 23 %, respectivamente, das infeccións por subtipos non B.
3. A alta frecuencia do subtipo F1 en Galicia débese á expansión, dende 2009, dun clúster que se propagou rapidamente, probablemente dende Ferrol, onde se diagnosticaron os primeiros casos, entre homes que teñen sexo con outros homes. Tras un descenso transitorio, dende 2019 obsérvase un resurximento do dito clúster. Os virus do dito clúster asócianse a maior virulencia e resposta subóptima á terapia antirretroviral.
4. En Galicia describíronse as primeiras formas xenéticas recombinantes circulantes non B do VIH-1 que circulan en Europa occidental (CRF14_BG e a cepa parental de subtipo G), posteriormente descritas tamén en Portugal. Máis adiante describíronse en Galicia outras novas CRFs.
5. A proporción de infeccións que agrupan en clústeres foise incrementando progresivamente, acadando porcentaxes ao redor do 60 % nos novos diagnósticos dos últimos anos ata 2021. En 2022 prodúcese unha diminución moi importante.
6. A proporción de virus resistentes a antirretrovirais en novos diagnósticos mantense estable nos últimos 8 anos ao redor do 17 %, a maioría deles con resistencias a inhibidores da transcriptasa inversa. Non se detectou ningún caso de transmisión de virus resistente a inhibidores de integrasa.

7. En conclusión, os estudos de vixilancia epidemiolóxica molecular do VIH-1 en Galicia (unha das rexións mellor estudadas de Europa, grazas aos convenios entre a Consellería de Sanidade e o ISCIII), mostran a súa utilidade para detectar as variantes circulantes e os clústers de transmisión do virus, algúns deles de rápida expansión e con propiedades biolóxicas peculiares, cuxa pronta detección pode permitir a rápida adopción de medidas preventivas de saúde pública destinadas a frear o seu crecemento (estratexia que se incorporou ao plan de EE.UU. para acabar coa epidemia de VIH no dito país. Fauci et al, 2019, JAMA; 321:844-845, doi:10.1001/jama.2019.1343).

O coñecemento da diversidade xenética das variantes de VIH-1 que circulan en Galicia, que ten características propias que difiren doutras CC.AA., e da súa evolución ao longo do tempo permitirá adaptar o deseño dunha futura vacina fronte ao VIH-1 ás formas xenéticas predominantes en Galicia, xa que (ao igual que ocorre coas variantes de SARS-CoV-2) se describiron diferentes susceptibilidades a respostas inmunes de diferentes variantes do VIH-1 (Hrabel et al. 2014, 88:12623-43. doi:10.1128/JVI.01705-14).

Finalmente, anque as resistencias a antirretrovirais transmitidas se manteñen estables e non se detectaron resistencias transmitidas a inhibidores de integrasa, é importante manter a vixilancia epidemiolóxica molecular, que permitiría detectar rapidamente calquera incremento ou propagación en clústers de variantes virais resistentes.

Estes informes son resultado do esforzo e dedicación do persoal sanitario que colabora coa Dirección Xeral de Saúde Pública. A maioría traballan nos seguintes centros sanitarios:

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA
Servizo de Medicina Interna
As Xubias de Arriba, 84
15006 A Coruña
Tel.: 981 178 000

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO
Servizo de Medicina Interna
Travesía da Choupana, s/n
15706 Santiago de Compostela
Tel.: 981 950 000

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO ARQUITECTO MARCIDE
Servizo de Medicina Interna
Estrada de San Pedro de Leixa, s/n
15045 Ferrol
Tel.: 981 334 000

- HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI
Servizo de Medicina Interna
San Cibrao, s/n
27004 Lugo
Tel.: 982 296 000

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE
Servizo de Medicina Interna
Rúa Ramón Puga, 54
32005 Ourense
Tel.: 988 385 500

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA
Servizo de Medicina Interna
Rúa Loureiro Crespo, 2
32002 Pontevedra
Tel.: 986 800 000

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO
Servizo de Medicina Interna do Xeral-Cíes
Rúa Pizarro, 22
36204 Vigo
Tel.: 986 816 000
Unidade de Patoloxía Infecciosa do Meixoeiro
O Meixoeiro, s/n
36200 Vigo
Tel.: 986 811 111

- POLICLÍNICO VIGO, SA (POVISA)
Servizo de Medicina Interna
Rúa Salamanca, 5
36211 Vigo
Tel.: 986 413 144

