

# Informe VIH e outras ITS en Galicia 2022

**Infeccións polo VIH: 2004-2021**  
**Altas hospitalarias en relación co VIH: 2000-2021**  
**Mortalidade polo VIH: 1984-2020**  
**Probas de detección rápidas do VIH: 2011-2021**  
**Infeccións de transmisión sexual non VIH: 2005-2021**  
**Xenotipado do VIH-1: 1999-2021**





# **Informe VIH e outras ITS en Galicia 2022**

**Infeccións polo VIH: 2004-2021**

**Altas hospitalarias en relación co VIH: 2000-2021**

**Mortalidade polo VIH: 1984-2020**

**Probas de detección rápidas do VIH: 2011-2021**

**Infeccións de transmisión sexual non VIH: 2005-2021**

**Xenotipado do VIH-1: 1999-2021**

# XUNTA DE GALICIA

Cita:

Dirección Xeral de Saúde Pública. Informe VIH en Galicia 2022 [monografía en Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2022. 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: 2022

<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>7</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>RESUMO EXECUTIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>INFECCIÓNS POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021.....</b>	<b>15</b>
A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021.....	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: 1984-2021.....	44
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....	50
<b>ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021.....</b>	<b>51</b>
METODOLOXÍA.....	51
RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2021.....	52
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....	67
<b>MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA: 1984-2020.....</b>	<b>69</b>
RESULTADOS DO ANO 2020.....	70
RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2020.....	72

<b>PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2021.....</b>	<b>77</b>
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
<b>INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2005-2021.....</b>	<b>87</b>
SISTEMA DE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA.....	89
HEPATITES VÍRICAS.....	91
SÍFILIS.....	94
GONOCOCIA.....	96
CLAMIDÍASE XENITAL.....	98
LINFOGRANULOMA VENÉREO.....	99
<b>XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA: 1999-2021.....</b>	<b>101</b>
RESULTADOS.....	102
CONCLUSIÓNS.....	114

## ABREVIATURAS

CIAP 2	Clasificación internacional de enfermedades 2. <sup>a</sup> edición
CIE10-MC	Clasificación internacional de enfermedades 10. <sup>a</sup> revisión-modificación clínica
CMBD	Conxunto mínimo básico de datos
CR	Cambio relativo
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 Estatística
ISC III	Instituto de Saúde Carlos III
LGV	Linfogranuloma venéreo
NC	Non consta
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

<b>Sida</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SIDIVIHG</b>	Sistema de información dos diagnósticos sobre a infección polo VIH de Galicia
<b>SIM</b>	Sistema de información microbiolóxica
<b>SXNOE</b>	Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades
<b>TAR</b>	Terapia antirretroviral
<b>TARGA</b>	Terapia antirretroviral de grande actividade
<b>VIH</b>	Virus da inmunodeficiencia humana
<b>VHA</b>	Virus da hepatite A
<b>VHB</b>	Virus da hepatite B
<b>VHC</b>	Virus da hepatite C
<b>VHS</b>	Virus do herpes simple
<b>VPH</b>	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 2021, un 2,4 % 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 declararanse 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/ $\mu$ 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 2021 e dos casos de sida dende 1984 a 2021.

A mortalidade refírese ao período de 1984 a 2020 e a morbilidad ao de 2000 a 2021.

As probas rápidas de detección do VIH son de 2011 a 2021.

## Metodoloxía e análise dos datos

Faise unha análise descritiva dos datos que se recollen dos servizos de microbioloxía hospitalarios ou facilitan os sanitarios 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/ $\mu$ 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 2021 rexistráronse en Galicia 3.159 novos diagnósticos de infección polo VIH (nestes dezoito anos presentáronse 988 casos de sida, polo que houbo dúas veces máis de rexistro de infección ca de enfermidade), cunha media anual de 176 infeccións, o que representa unha incidencia anual media de 6,37 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 9,8 casos por 100.000 habitantes e ano no período 2004 a 2021), 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 dezaioito 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 15 % anual).

Ademais, se consideramos illadamente o sexo masculino, é moito máis frecuente a transmisión por relacións entre HSH (54 %) cá vía heterosexual (26 %).

O 50 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío (DT) cando foi diagnosticado e nos anos 2020 e 2021, 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 2021 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 definitórias 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 1,5 % 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 1,5 % 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: 2004-2021

---

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 2021 e dos diagnósticos de casos de sida en Galicia os anos 1984 a 2021, 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 2004-2021 teñen en conta poboacións a partir da interpolación dos datos do padrón correspondentes e están referidas ao 1 de xullo de cada ano.

E as taxas para os casos de sida en Galicia 1984-2021 teñen en conta poboacións intercensais calculadas a partir da interpolación entre os datos dos censos e padróns dende 1981 ata 1998, e dos padróns dende 1999 a 2021, e están referidas ao 1 de xullo.

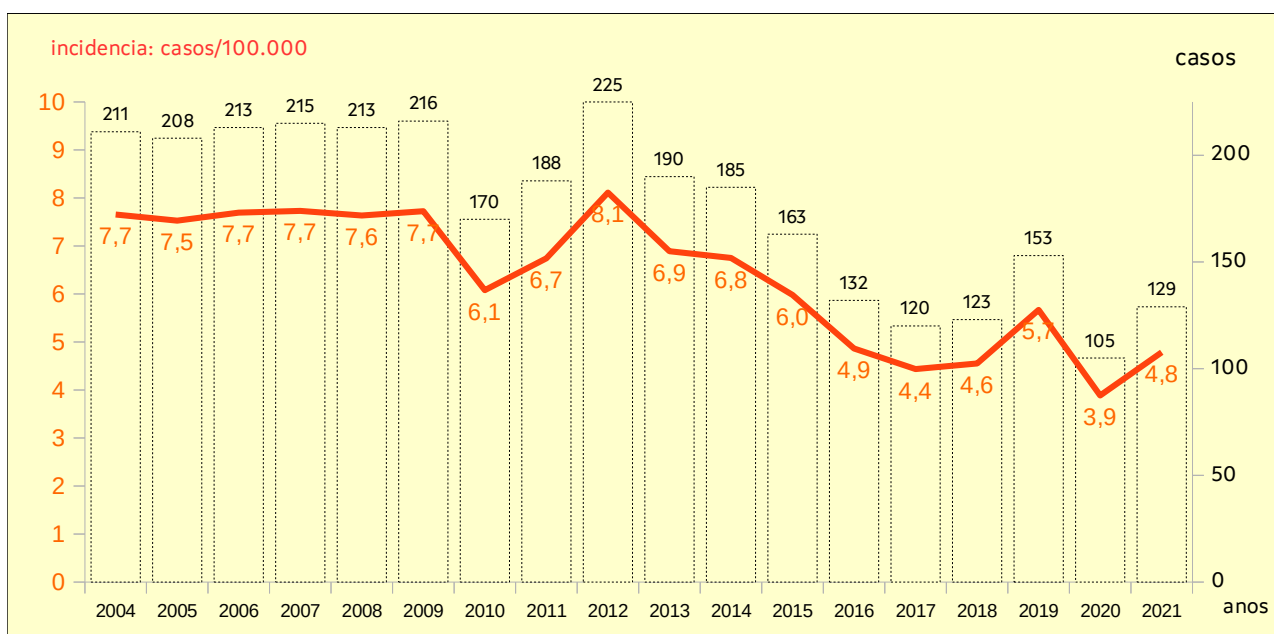
1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

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

### A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

En Galicia rexistráronse 3.159 casos de persoas infectadas polo virus da inmunodeficiencia humana entre os anos 2004 e 2021, cunha media de 176 infeccións anuais, o que representa unha incidencia anual de 6,37 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 9,8 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 2004-2021

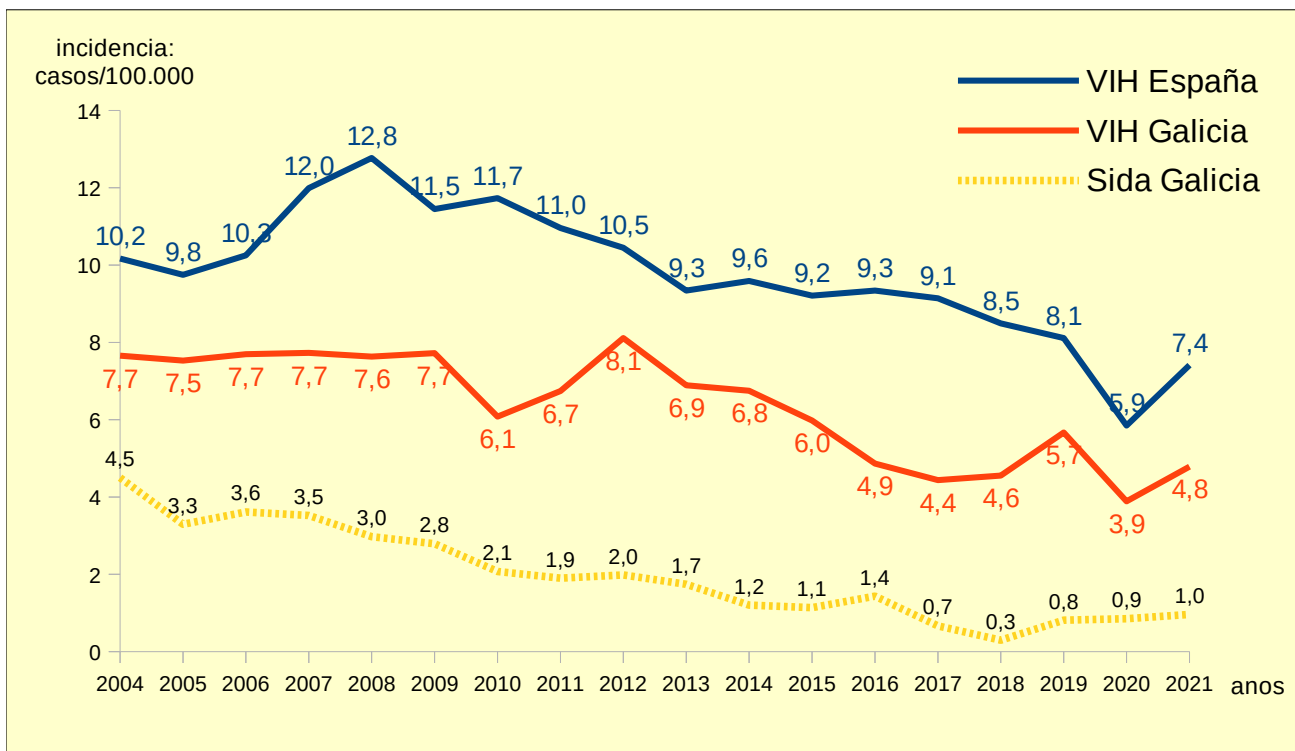


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)



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 entre un 10 % e un 20 % anual).

**Gráfico 2.** Incidencia de infección polo VIH e sida por ano de diagnóstico. Galicia e España 2004-2021

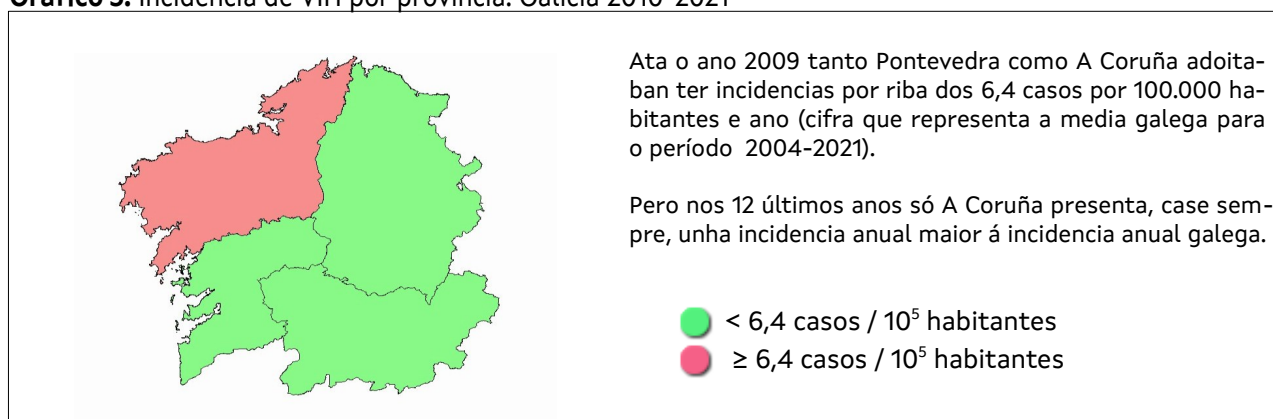


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

### DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA, POR SEXO E IDADE NA INFECCIÓN POLO VIH

Segundo a distribución xeográfica entre 2004 e 2021, A Coruña e Pontevedra son as provincias con maior incidencia de infección polo VIH, cunhas incidencias medias anuais de 7,2 e 6,5 casos/10<sup>5</sup>, respectivamente. Pero dende 2010 só A Coruña presenta, case sempre, incidencias anuais por riba da media de cada ano.

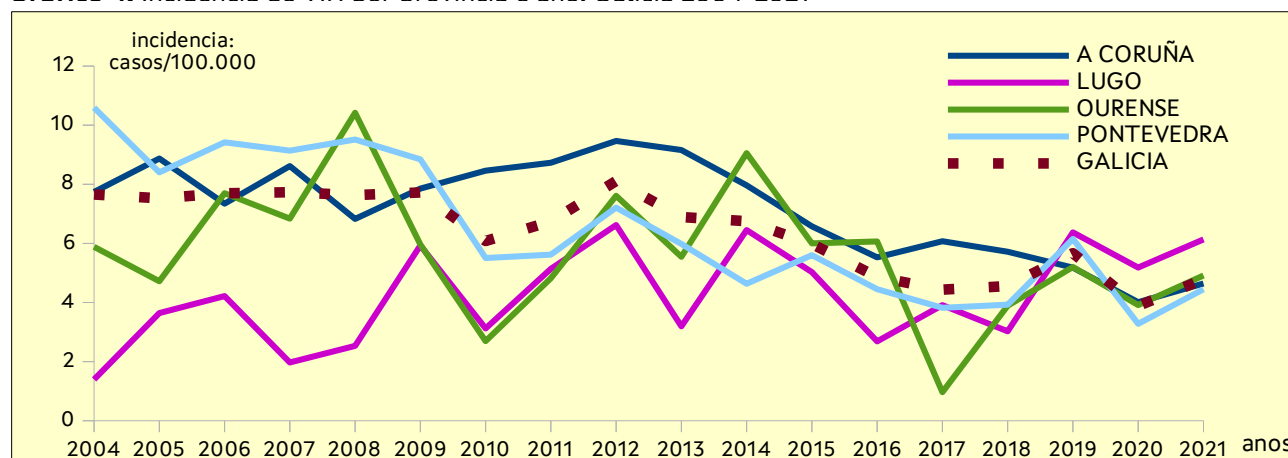
**Gráfico 3.** Incidencia de VIH por provincia. Galicia 2010-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Ourense presenta a incidencia intermedia con 5,7 casos/10<sup>5</sup> e ano, entre 2004 e 2021, mentres que Lugo amosa unha incidencia anual de 4,3 casos/10<sup>5</sup>.

**Gráfico 4.** Incidencia de VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Aínda que 18 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 2004-2021

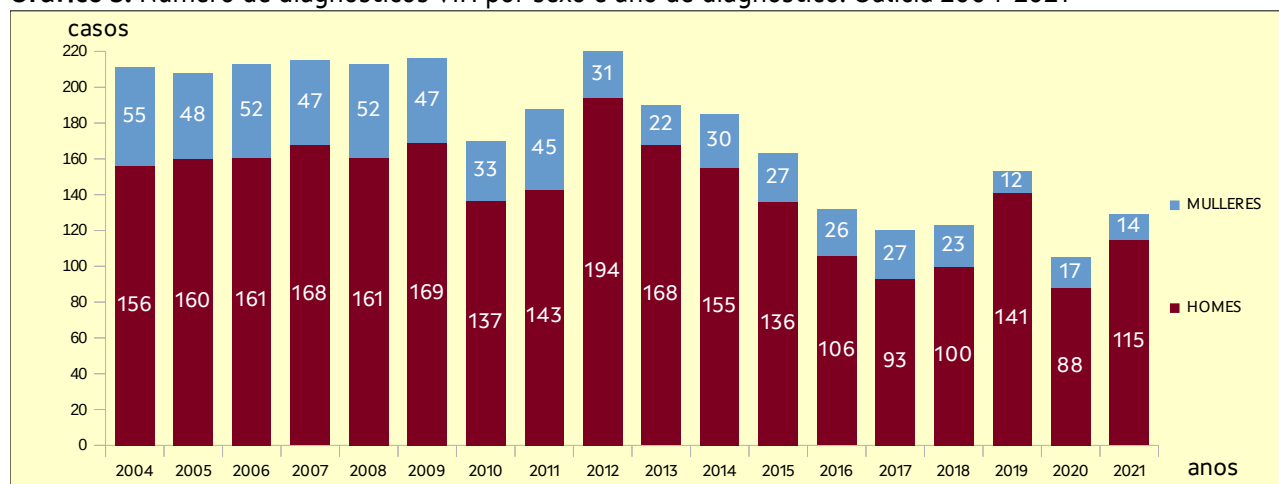
	<b>A CORUÑA</b>	<b>LUGO</b>	<b>OURENSE</b>	<b>PONTEVEDRA</b>	<b>GALICIA</b>
<b>2004</b>	87	5	20	99	211
<b>2005</b>	100	13	16	79	208
<b>2006</b>	83	15	26	89	213
<b>2007</b>	98	7	23	87	215
<b>2008</b>	78	9	35	91	213
<b>2009</b>	90	21	20	85	216
<b>2010</b>	97	11	9	53	170
<b>2011</b>	100	18	16	54	188
<b>2012</b>	108	23	25	69	225
<b>2013</b>	104	11	18	57	190
<b>2014</b>	90	22	29	44	185
<b>2015</b>	74	17	19	53	163
<b>2016</b>	62	9	19	42	132
<b>2017</b>	68	13	3	36	120
<b>2018</b>	64	10	12	37	123
<b>2019</b>	58	21	16	58	153
<b>2020</b>	45	17	12	31	105
<b>2021</b>	52	20	15	42	129
<b>Total:</b>	<b>1.458</b>	<b>262</b>	<b>333</b>	<b>1.106</b>	<b>3.159</b>

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

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 dezoito anos queda reflectida no gráfico seguinte:

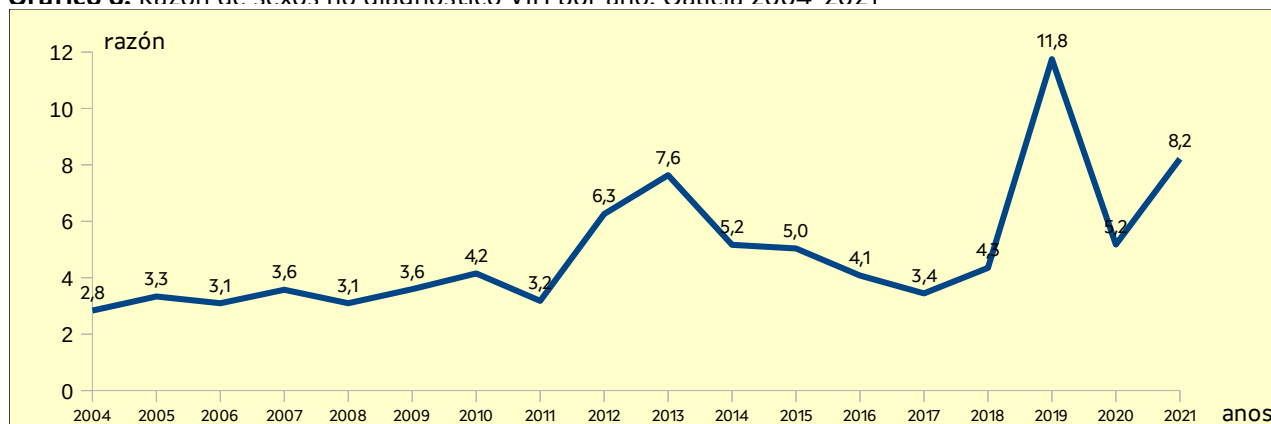
**Gráfico 5.** Número de diagnósticos VIH por sexo e ano de diagnóstico. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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.

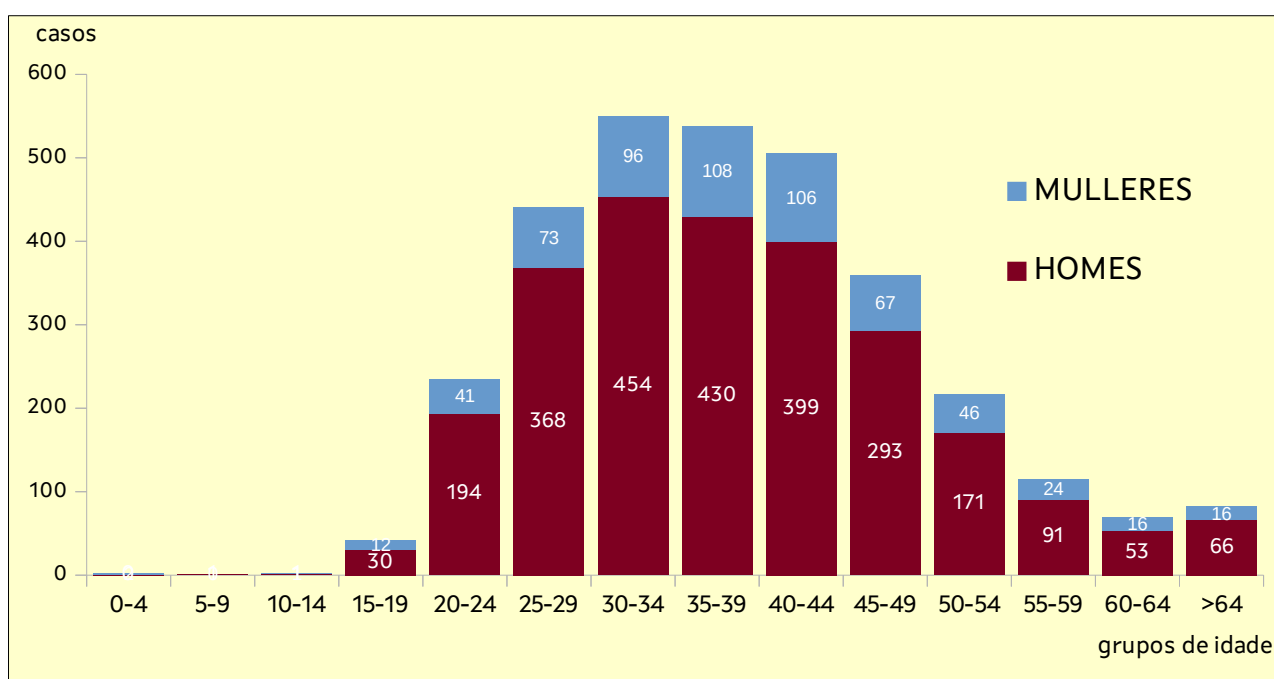
**Gráfico 6.** Razón de sexos no diagnóstico VIH por ano. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 15 % dos casos.

**Gráfico 7.** Número de diagnósticos VIH por grupo de idade e sexo. Galicia 2004-2021

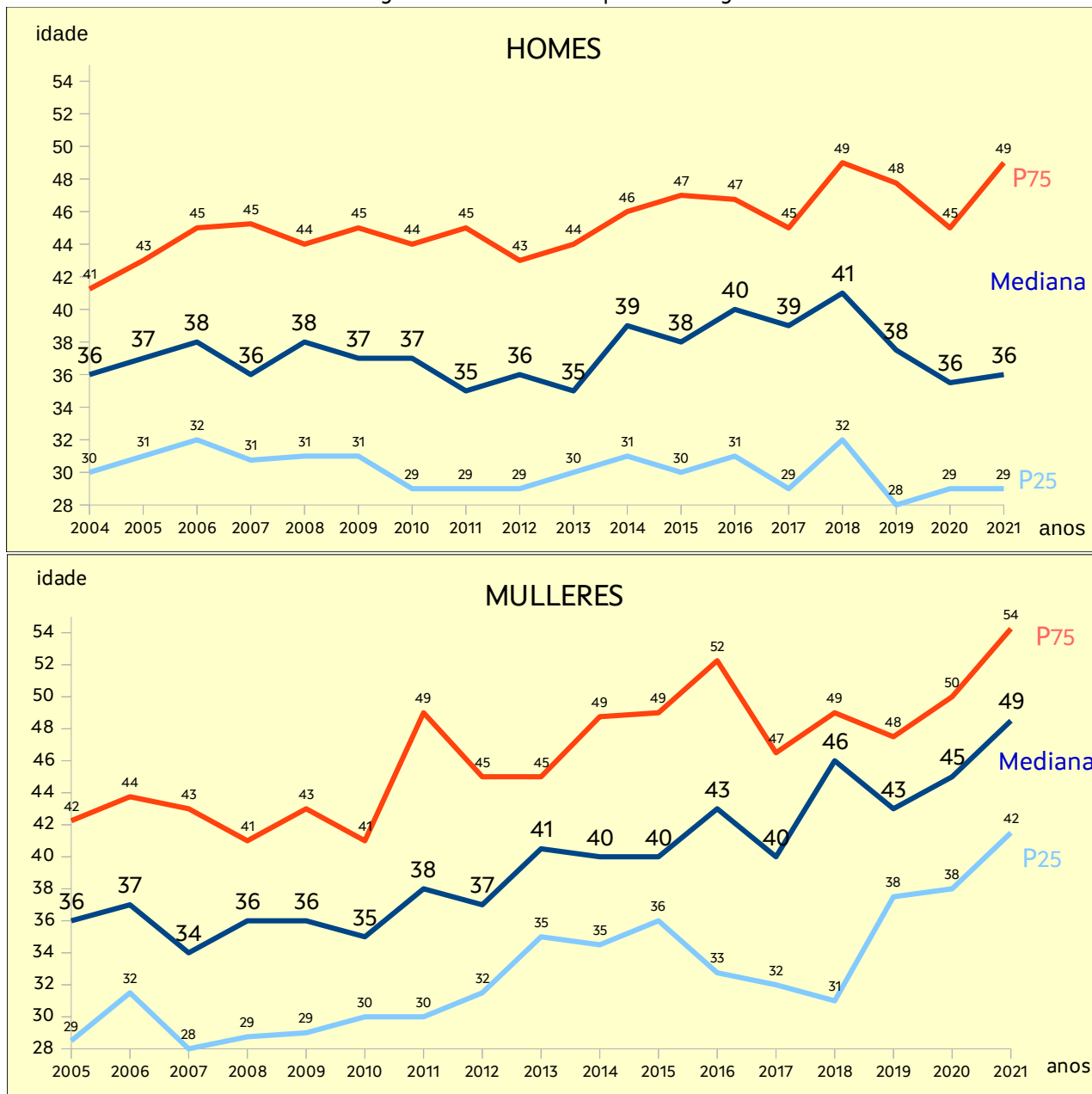


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

A idade media no momento do diagnóstico da infección rolda os 38 anos, con valores moi similares en homes (38,3) e mulleres (38,8), aínda que as mulleres amosan unha tendencia máis irregular e tendente ao aumento de idade nos últimos anos.

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

**Gráfico 8.** Idade no momento do diagnóstico da infección polo VIH segundo sexos. Galicia 2004-2021

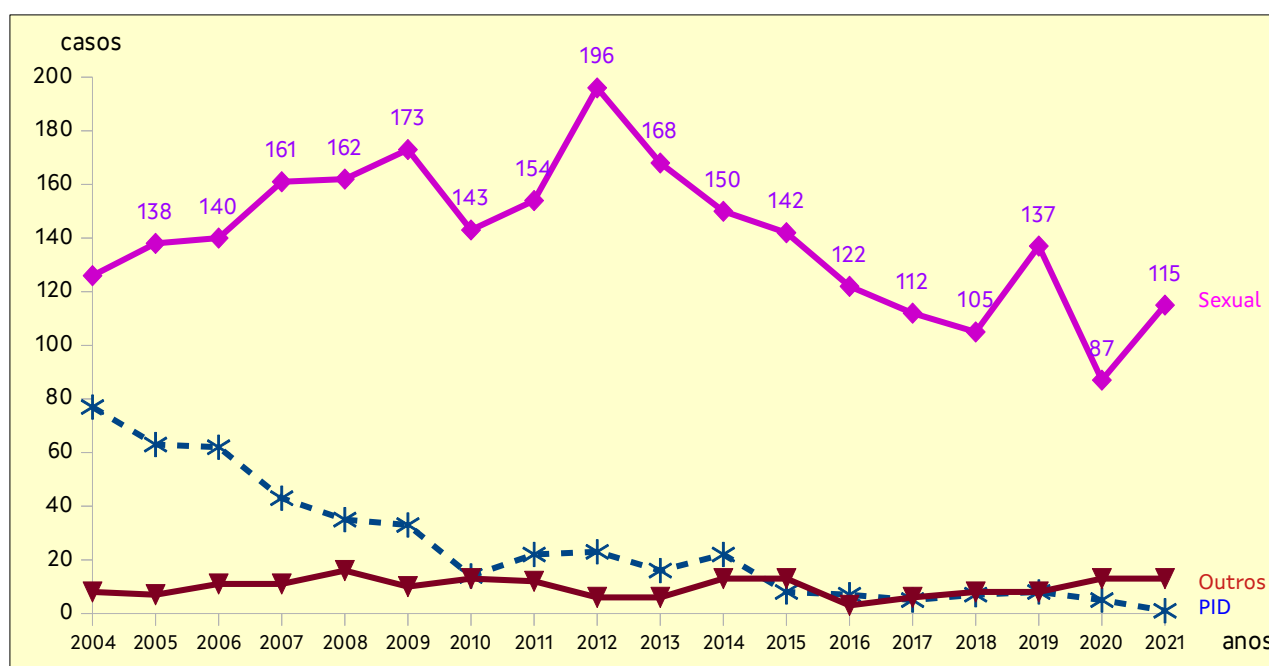


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN NA INFECCIÓN POLO VIH

A categoría de transmisión máis frecuente na infección polo VIH nos dezaioito 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 2004-2021



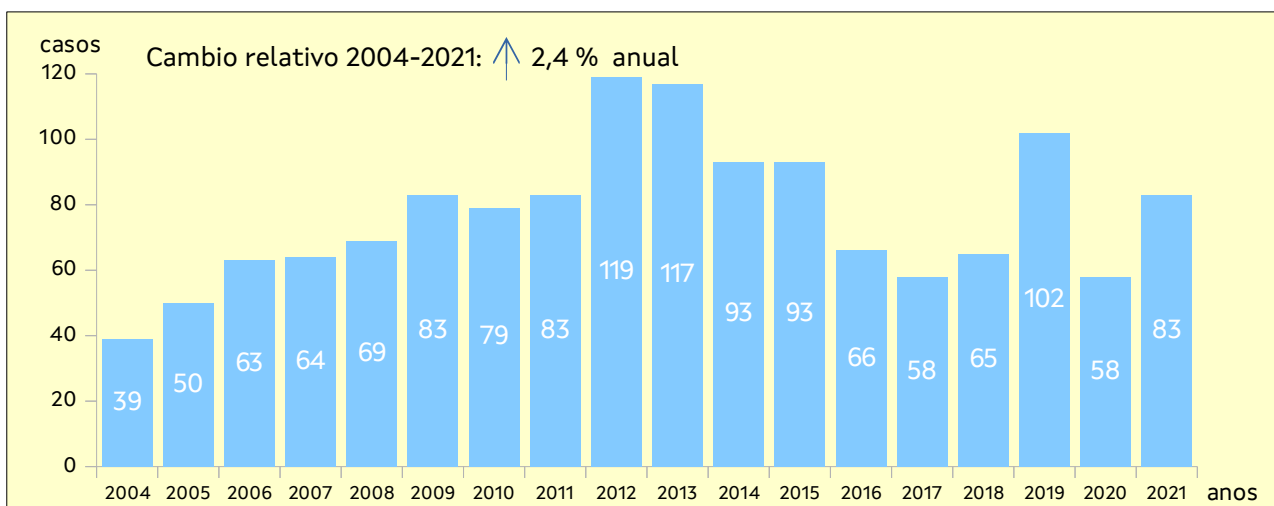
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

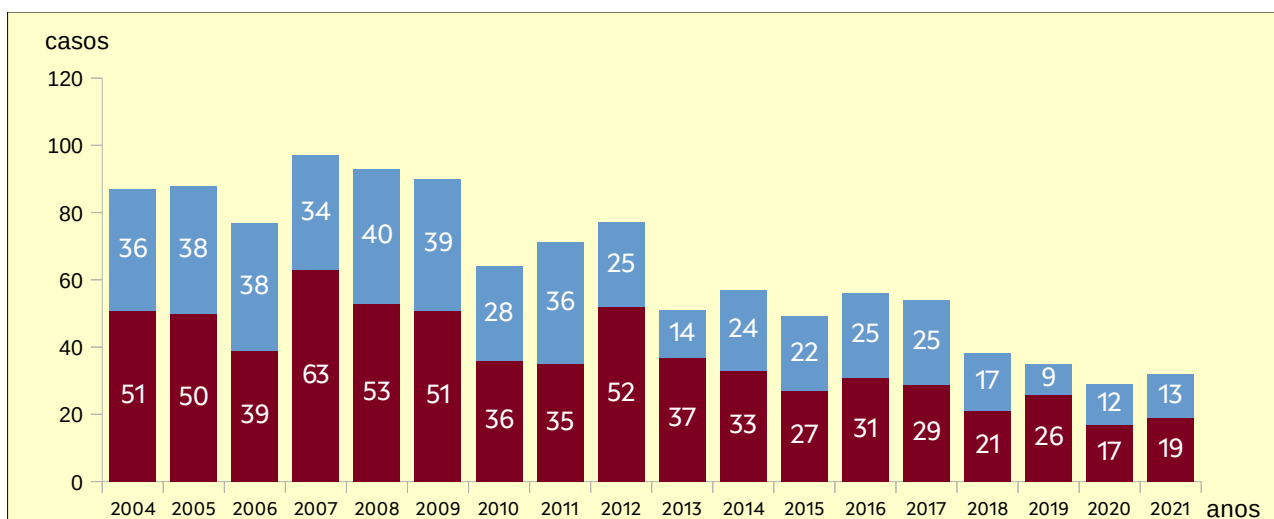
É importante observar os datos da transmisión sexual por sexos, xa que as categorías máis asociadas á infección cando non os separamos son moi similares entre os HSH e heterosexuais. Se temos en conta só os homes, os HSH sitúanse claramente como os máis afectados e presentan unha evolución ao ascenso gradual co paso dos anos, expresado nun cambio relativo (CR) ascendente do 2,4 % anual no período 2004-2021.

**Gráfico 10.** Número de diagnósticos VIH na categoría de transmisión sexual segundo sexos. Galicia 2004-2021

**10 a. HSH**



**10 b. Heterosexual**

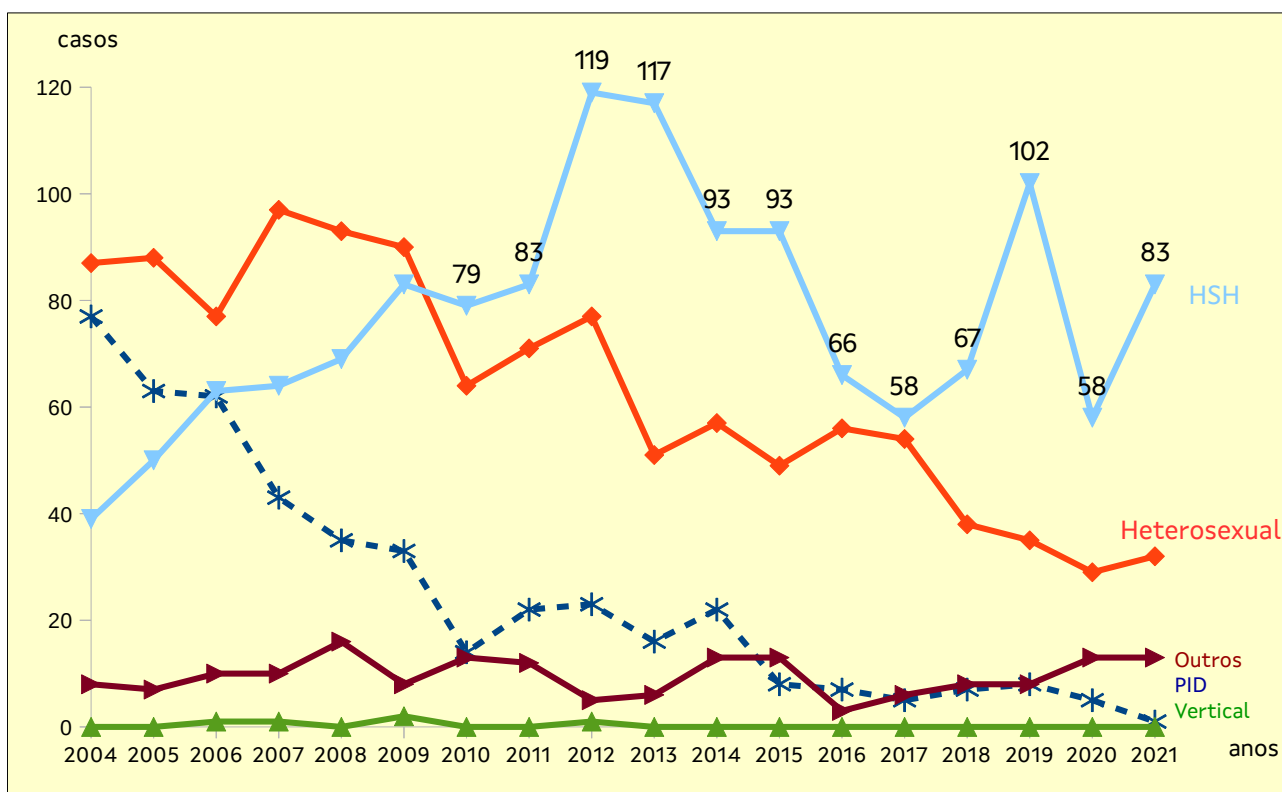


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)



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 2004-2021

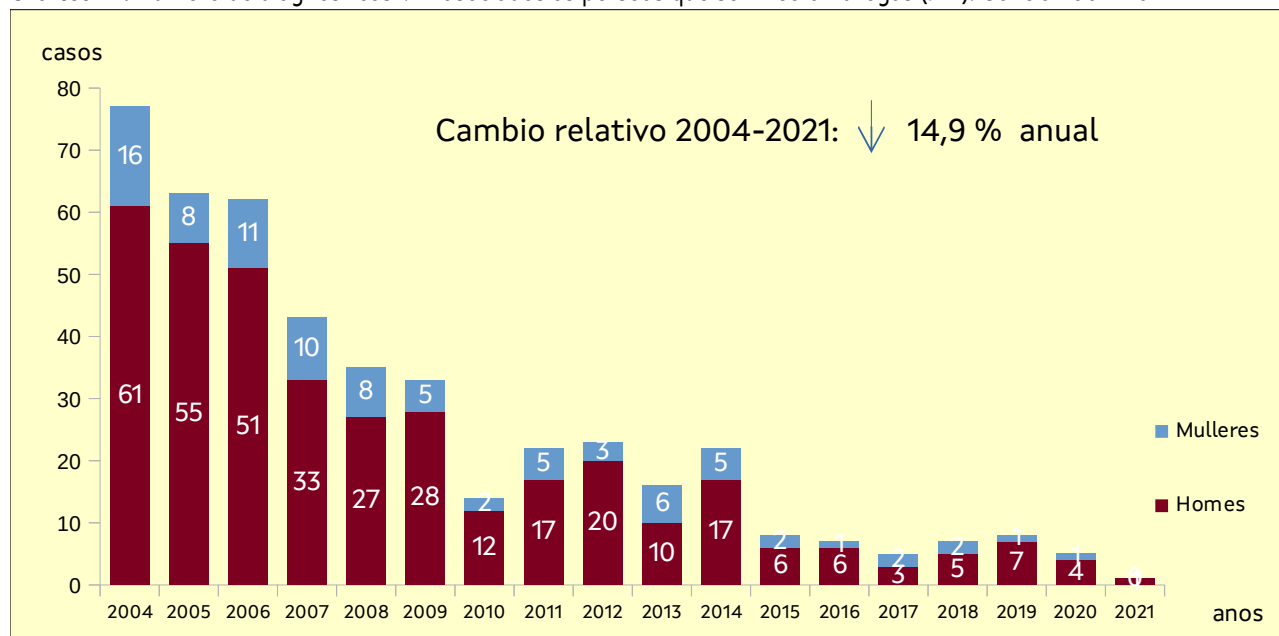


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 15 % anual no período 2004-2021.

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

**Gráfico 12.** Número de diagnósticos VIH asociados ás persoas que se inxectan drogas (PID). Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 2004-2021

	PID	Heterosexual	HSH	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
<b>04a10</b>	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)	<b>1.112</b> <b>(159 ao ano)</b>
<b>2011</b>	17	35	83	0	0	0	8	<b>143</b>
<b>2012</b>	20	52	119	0	0	0	3	<b>194</b>
<b>2013</b>	10	37	117	0	0	0	4	<b>168</b>
<b>2014</b>	17	33	93	0	0	0	12	<b>155</b>
<b>2015</b>	6	27	93	0	0	0	10	<b>136</b>
<b>2016</b>	6	31	66	0	0	0	3	<b>106</b>
<b>2017</b>	3	29	58	0	0	0	5	<b>95</b>
<b>2018</b>	5	21	67	0	0	0	5	<b>98</b>
<b>2019</b>	7	26	102	0	0	0	0	<b>135</b>
<b>2020</b>	4	17	58	0	0	0	9	<b>88</b>
<b>2021</b>	1	19	83	0	0	0	12	<b>115</b>
	<b>363</b>	<b>670</b>	<b>1.386</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>124</b>	<b>2.545</b>

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

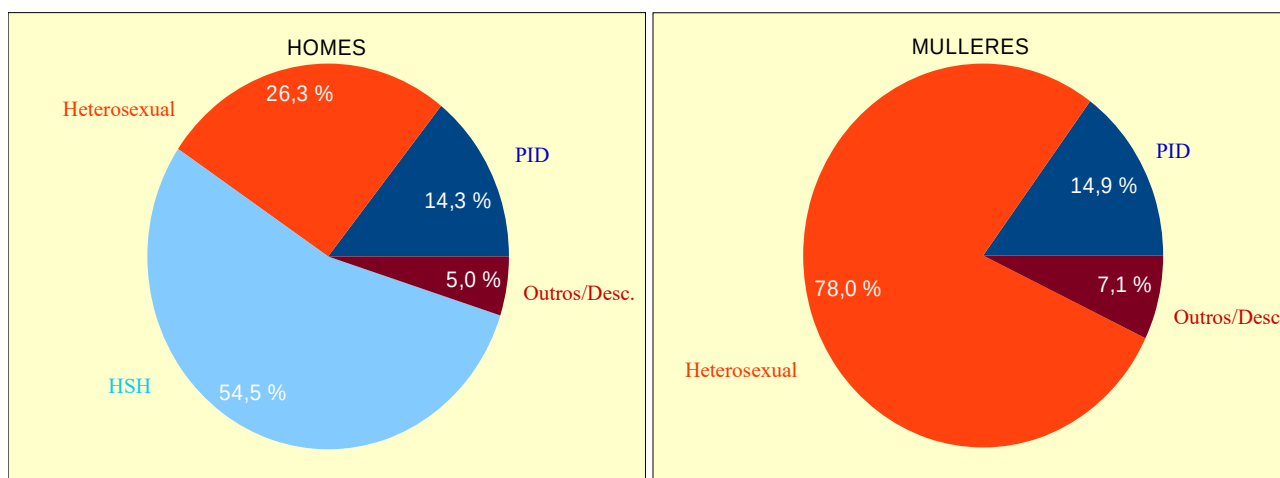
**Táboa 3.** Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en mulleres. Galicia 2004-2021

	PID	Heterosexual	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
<b>04a10</b>	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)
<b>2011</b>	5	36	0	0	0	4	<b>45</b>
<b>2012</b>	3	25	0	1	1	1	<b>31</b>
<b>2013</b>	6	14	0	0	0	2	<b>22</b>
<b>2014</b>	5	24	0	0	0	1	<b>30</b>
<b>2015</b>	2	22	0	0	0	3	<b>27</b>
<b>2016</b>	1	25	0	0	0	0	<b>26</b>
<b>2017</b>	2	25	0	0	0	1	<b>28</b>
<b>2018</b>	2	17	0	0	0	2	<b>21</b>
<b>2019</b>	1	9	0	0	0	1	<b>11</b>
<b>2020</b>	1	12	0	0	0	4	<b>17</b>
<b>2021</b>	0	13	0	0	0	1	<b>14</b>
	<b>88</b>	<b>475</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>606</b>

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Nos gráficos 13 e 15 constátase o predominio da transmisión da infección polo VIH a través da vía sexual: 80 % (no caso dos homes: 54 % HSH e 26 % heterosexual).

**Gráfico 13.** Categorias de transmisión dos diagnósticos VIH por sexos. Galicia 2004-2021

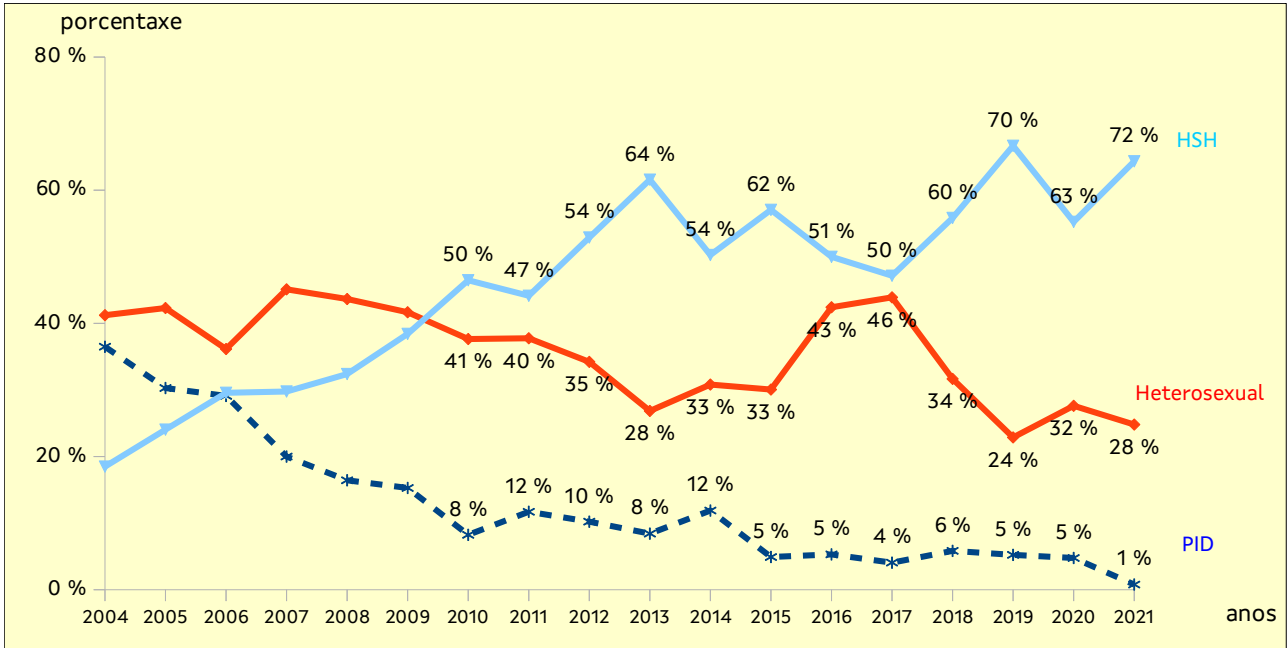


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

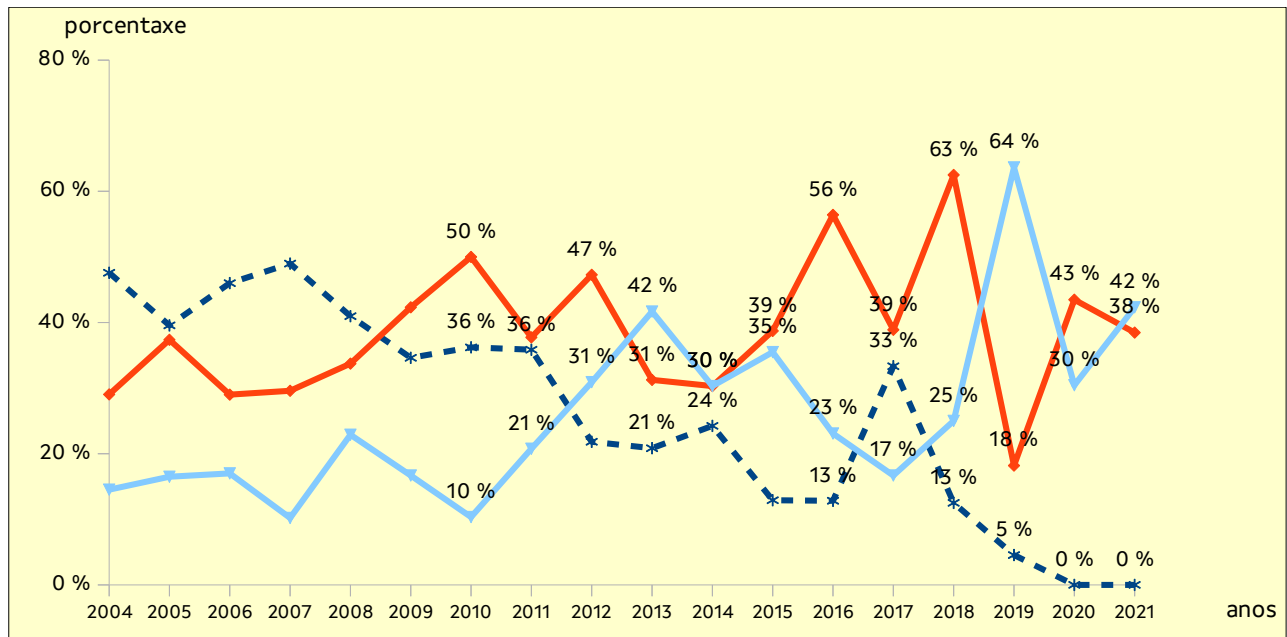
No gráfico 14 vemos, o mesmo ca noutros gráficos, o cambio que supón observar o fenómeno da afectación polo virus segundo o apreciemos dende a perspectiva unicamente da infección ou de padecer a enfermidade (sida), de maneira que á hora de describir a situación do problema debemos facelo basicamente 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 2004-2021

**14 a. VIH**



**14 b. Sida**



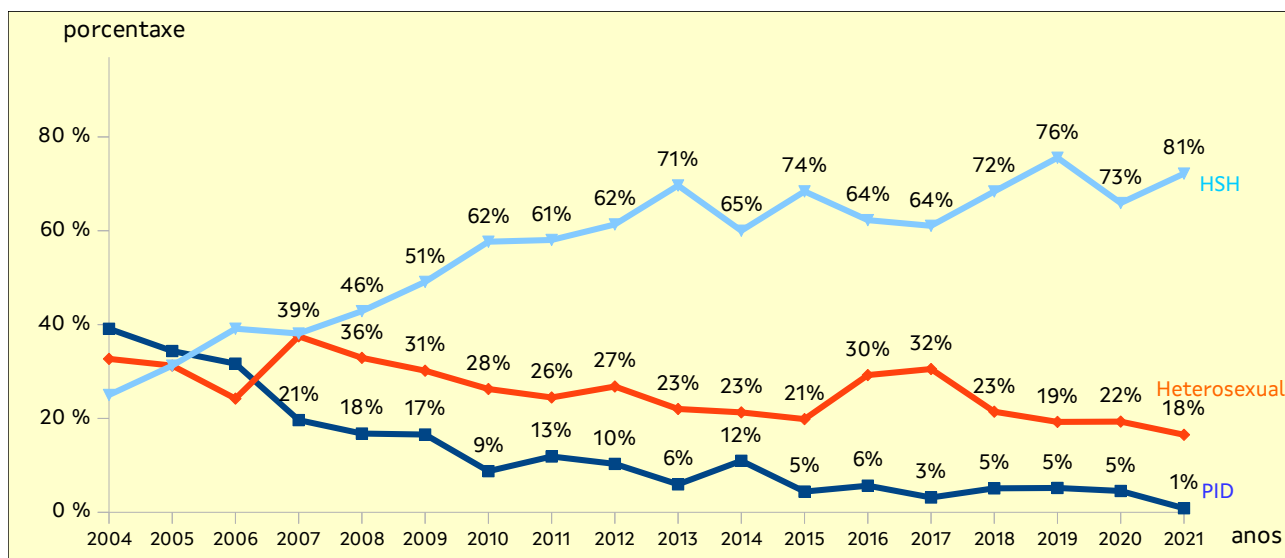
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

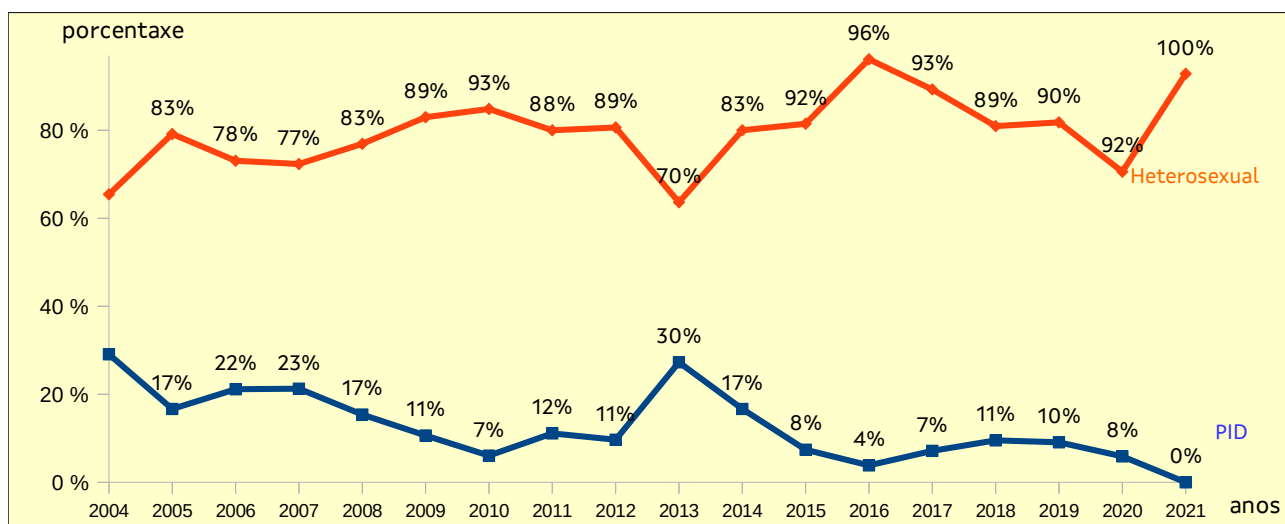
No seguinte gráfico queda claro, como xa comentamos anteriormente, que a transmisión por vía sexual é predominante e que no caso dos homes a transmisión asociada aos HSH é superior á heterosexual.

**Gráfico 15.** Porcentaxe de diagnósticos VIH segundo o sexo, as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2021

**15 a. Homes**



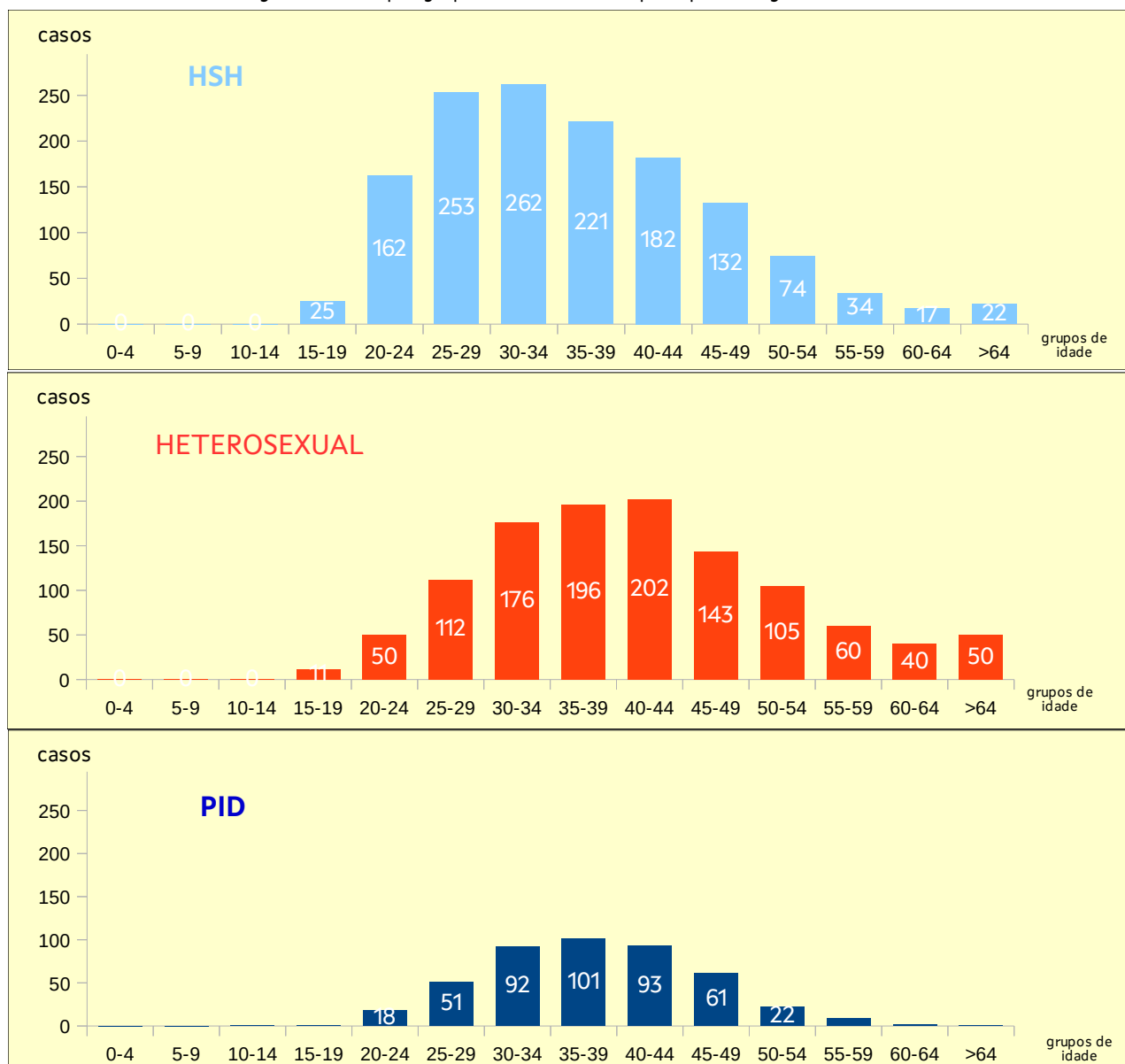
**15 b. Mulleres**



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 (255 de 1.145 casos [22 %]).

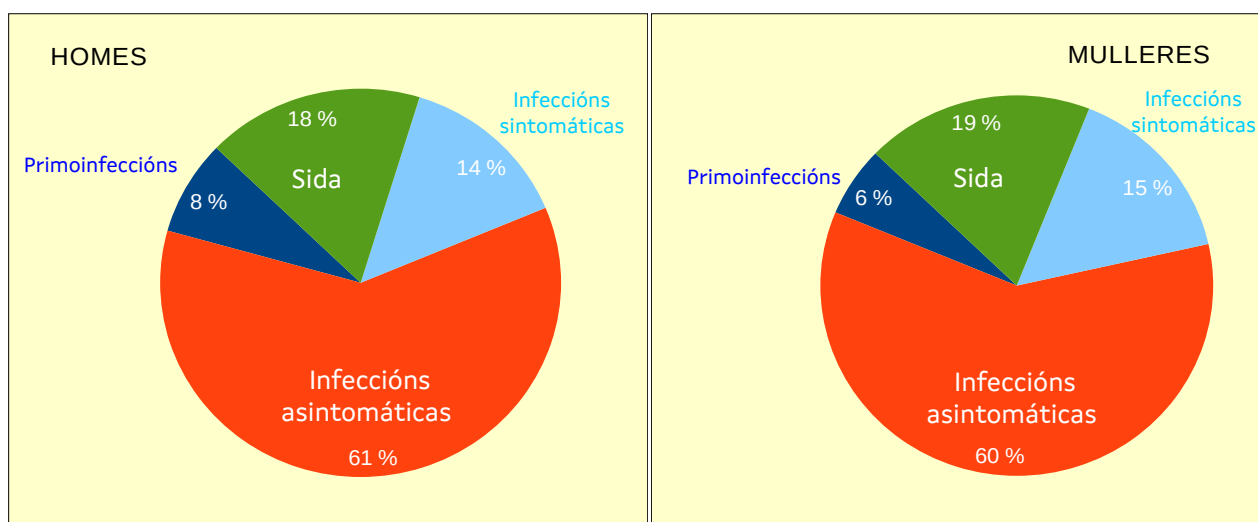
**Gráfico 16.** Número de diagnósticos VIH por grupo de idade nas tres principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2021



## ESTADIO CLÍNICO NA INFECCIÓN POLO VIH

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

**Gráfico 17.** Estadio clínico dos diagnósticos VIH\* por sexos. Galicia 2004-2021



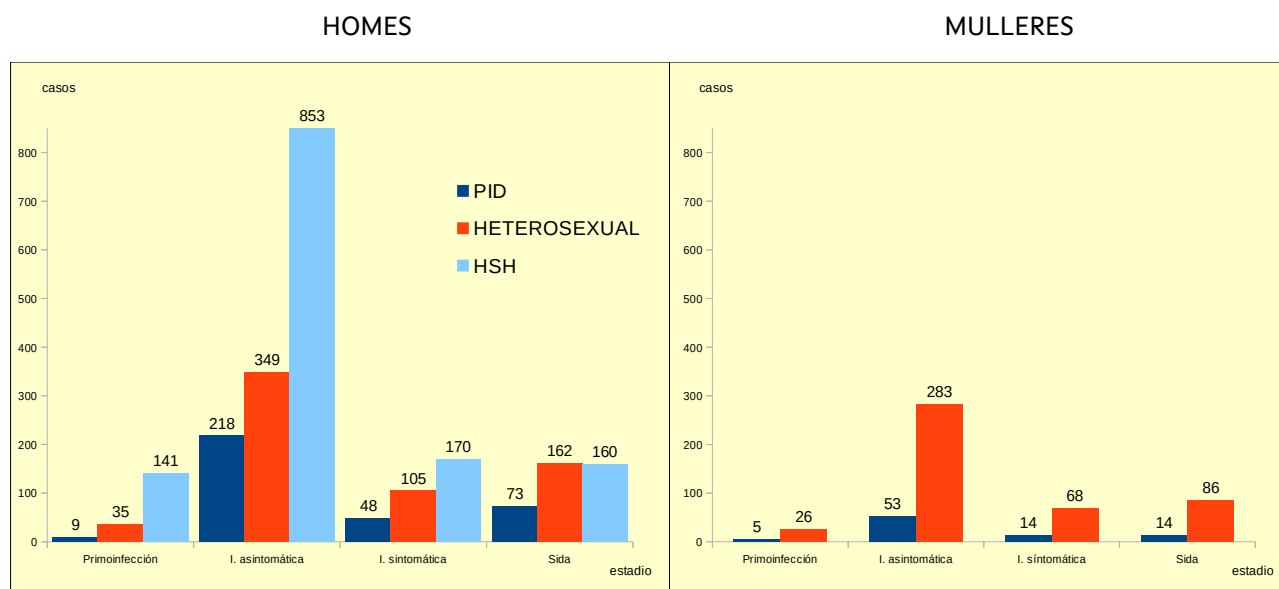
\* En 19 diagnósticos VIH, o que supón o 0,6 % dos rexistros, non constaba o estadio clínico.

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Tendo en conta a vía de transmisión, na categoría heterosexual o 56,7 % atopábase asintomático (54 % homes, 61 % mulleres), o 22,3 %, como casos de sida (25 % homes, 19 % mulleres), o 15,5 %, sintomático sen criterios sida (16 % homes, 15 % mulleres) e o 5,5 % eran primoinfeccións (5 % homes, 6 % mulleres).

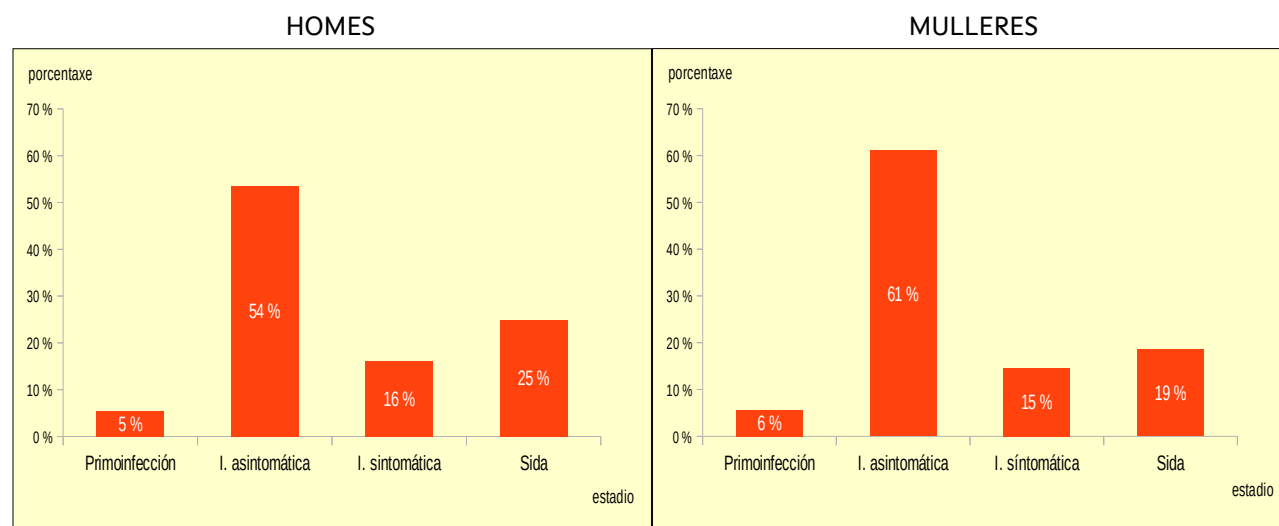


**Gráfico 18.** Estadio clínico dos diagnósticos VIH polas principais categorías de transmisión e sexos. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

**Gráfico 19.** Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de transmisión heterosexual segundo o sexo. Galicia 2004-2021

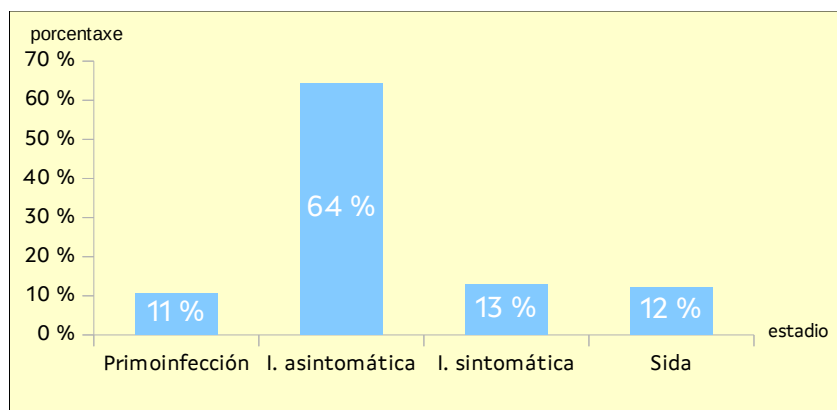


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

Nos HSH o 64,4 % atopábase asintomático, o 12,8 %, sintomáticos sen criterios sida, o 12,1 % eran sida e o 10,6 %, primoinfeccións.

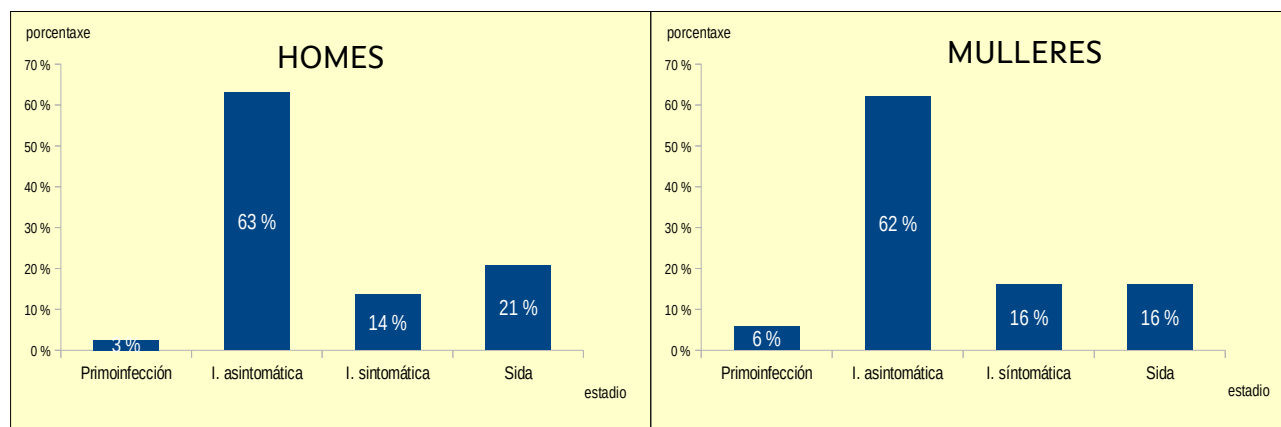
**Gráfico 20.** Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de HSH. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Nos infectados por compartiren material de inxección, o 62,4 % atopábase asintomático (63 % homes e 62 % mulleres), o 20,0 % era sida (21 % homes e 16 % mulleres), o 14,3 % sintomático sen criterios de sida (14 % homes e 16 % 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 2004-2021

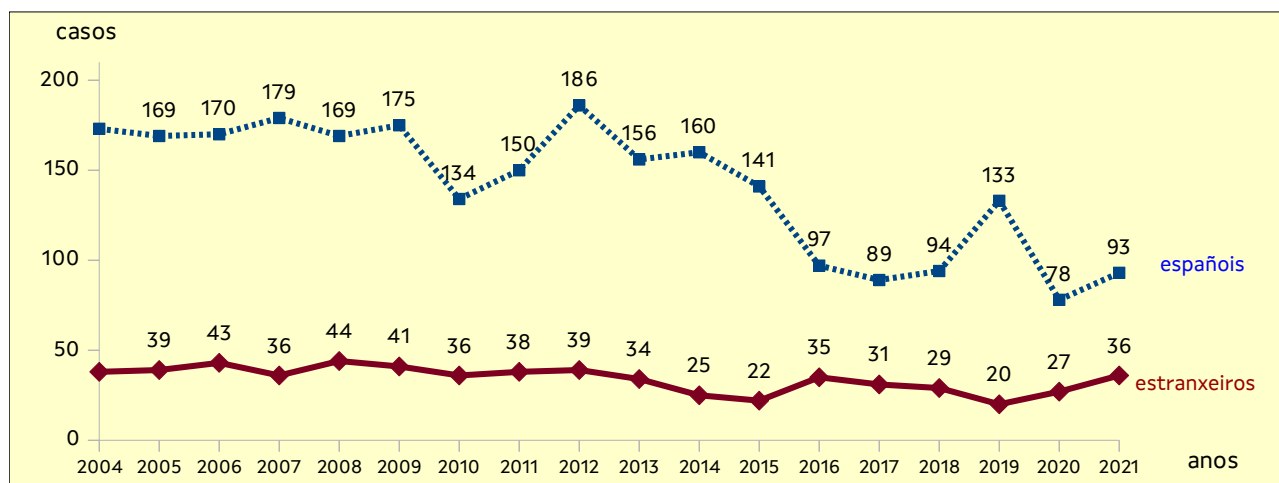


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## PAÍS DE ORIXE DAS PERSOAS INFECTADAS POLO VIH

No período estudado, o 20 % dos novos diagnósticos de infección polo VIH (18 % dos homes e 28 % das mulleres) realizouse en persoas orixinarias doutros países, amosando unha tendencia bastante estable no tempo. Os homes eran o 72 % (razón de masculinidade de 2,6).

**Gráfico 22.** Número de diagnósticos VIH residentes en Galicia segundo a súa orixe. Galicia 2004-2021

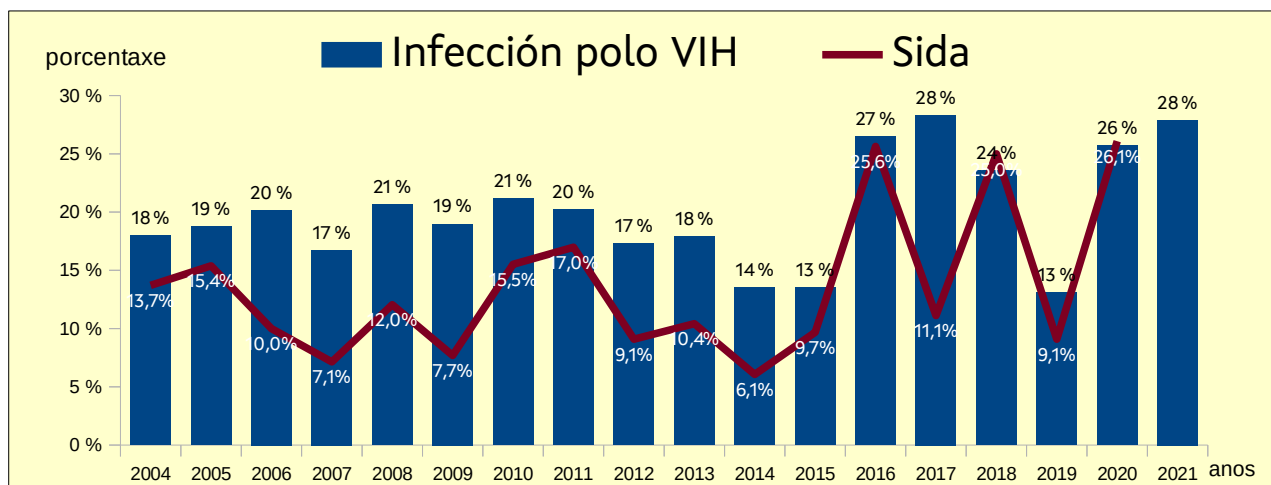


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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: 2004-2021

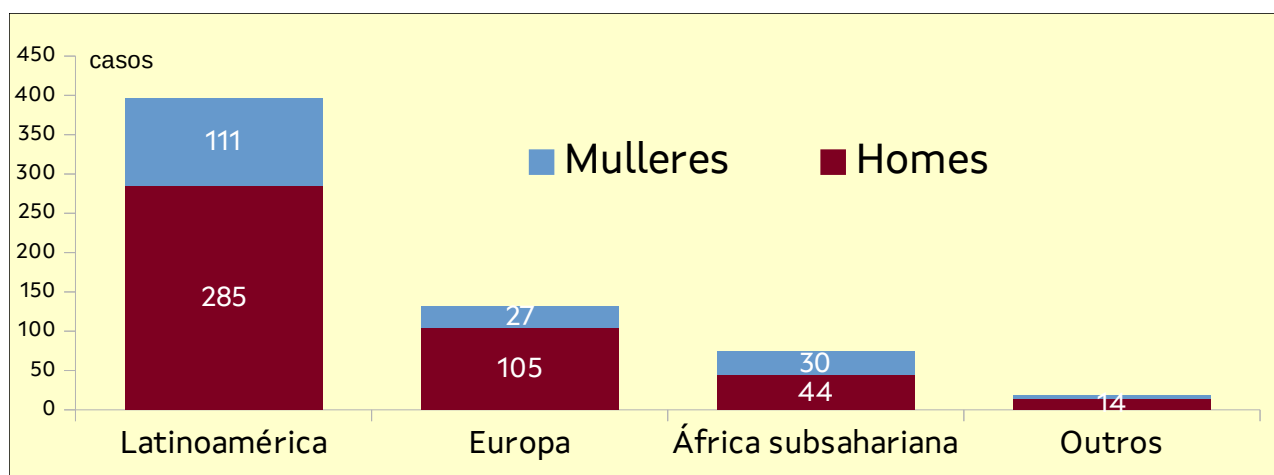
**Gráfico 23.** Porcentaxe dos diagnósticos VIH e sida residentes en Galicia que non son españois. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Os máis frecuentes foron os casos en latinoamericanos, cun 64 % (dos que os homes eran o 72 %), seguidos dos europeos, cun 21 % —maioritariamente portugueses— (dos que os homes eran o 80 %), dos subsaharianos, cun 12 % (dos que os homes eran o 60 %), e do resto das áreas xeográficas, cun 3 % (dos que os homes eran o 74 %).

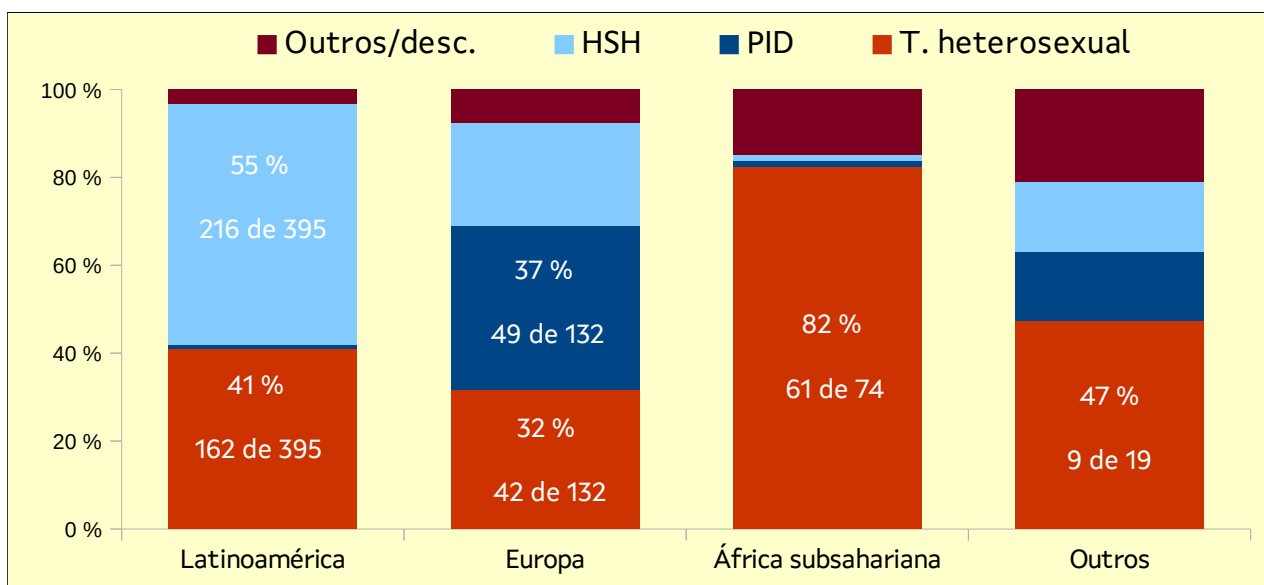
**Gráfico 24.** Número de diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e sexo. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Por categorías de transmisión, os procedentes da América latina están maioritariamente asociados á transmisión por relacións sexuais non protexidas (95,7 %: 55 % homosexuais e 41 % heterosexuais). Nos orixinarios de Europa, o 37,1 % infectouse por compartir material de inxección de drogas (32 % por relacións heterosexuais non protexidas e 23 % 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 2004-2021

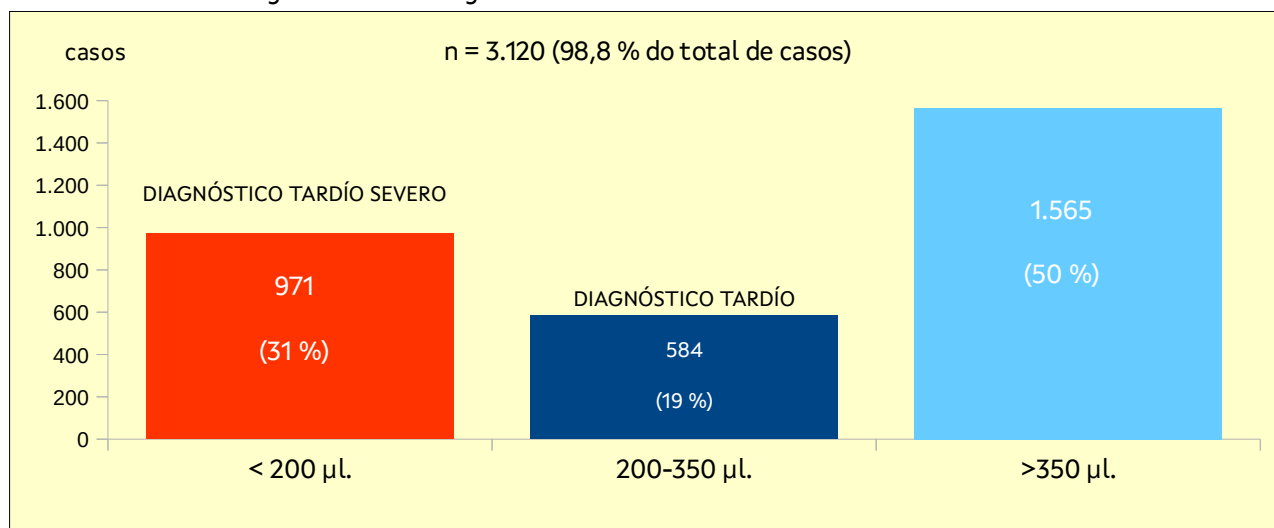


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## 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/ $\mu$ l na primeira determinación da súa infección polo virus.

**Gráfico 26.** Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4. Galicia 2004-2021

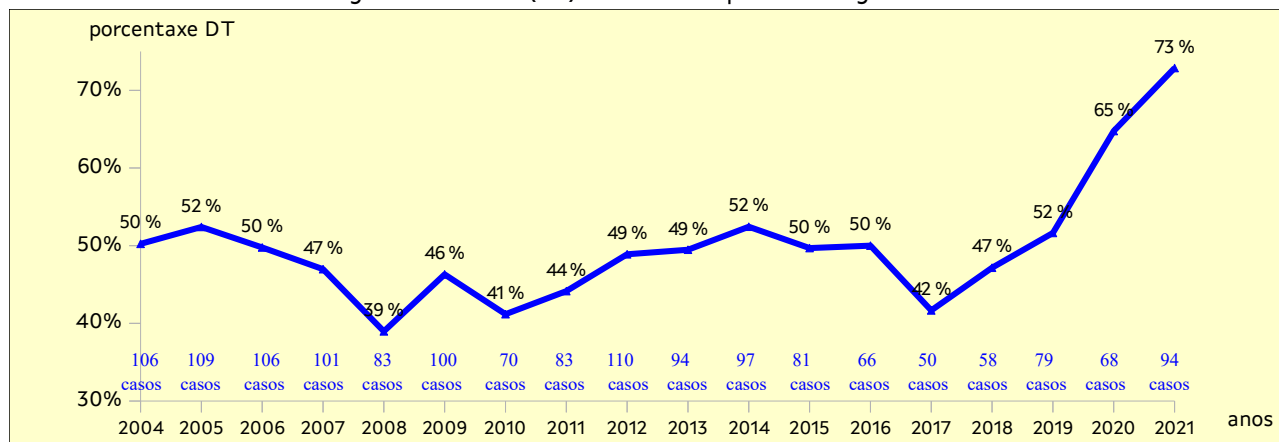


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

Para todo o período a mediana de CD4 nos novos diagnósticos foi de 364 e observouse que o 50 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío ao ser diagnosticados (49,7 % en homes e 50,7 % 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 anos 2020 e 2021 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.

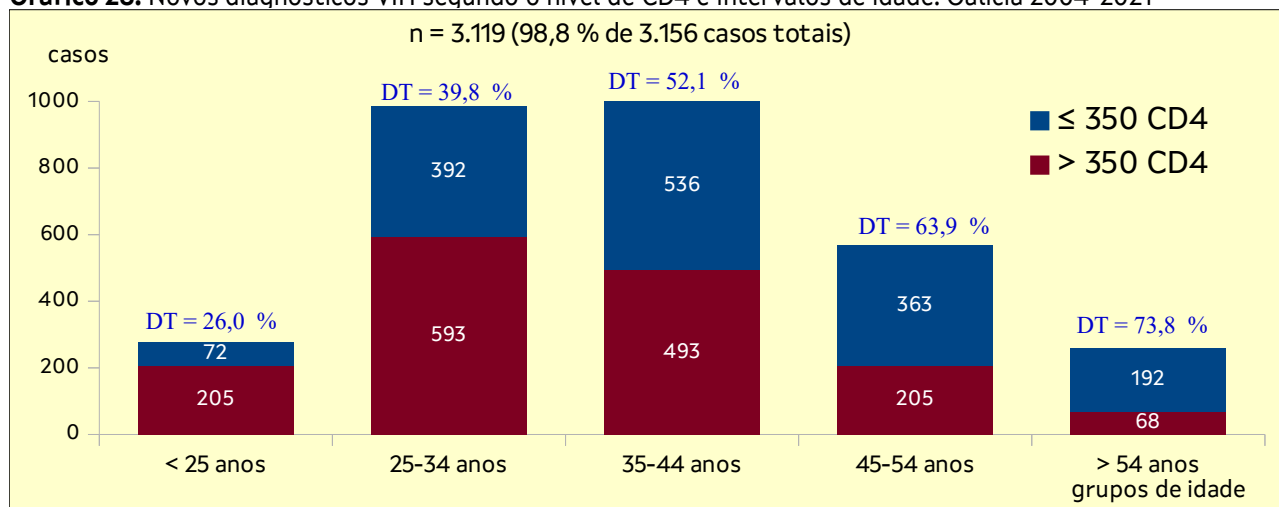
**Gráfico 27.** Porcentaxe de diagnóstico tardío (DT) na infección polo VIH segundo os anos. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

O nivel de CD4 segundo a idade mostra que as maiores porcentaxes de diagnóstico tardío aumentan coa idade, pasando dun 26 % no grupo de menos de 25 anos (72 de 277 casos) ata un 74 % nos maiores de 54 anos (192 de 260 casos). Este mesmo comportamento vese nas principais categorías de transmisión (na transmisión heterossexual hai pouca diferenza entre maiores de 54 anos e os de 45 a 54 anos).

**Gráfico 28.** Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4 e intervalos de idade. Galicia 2004-2021

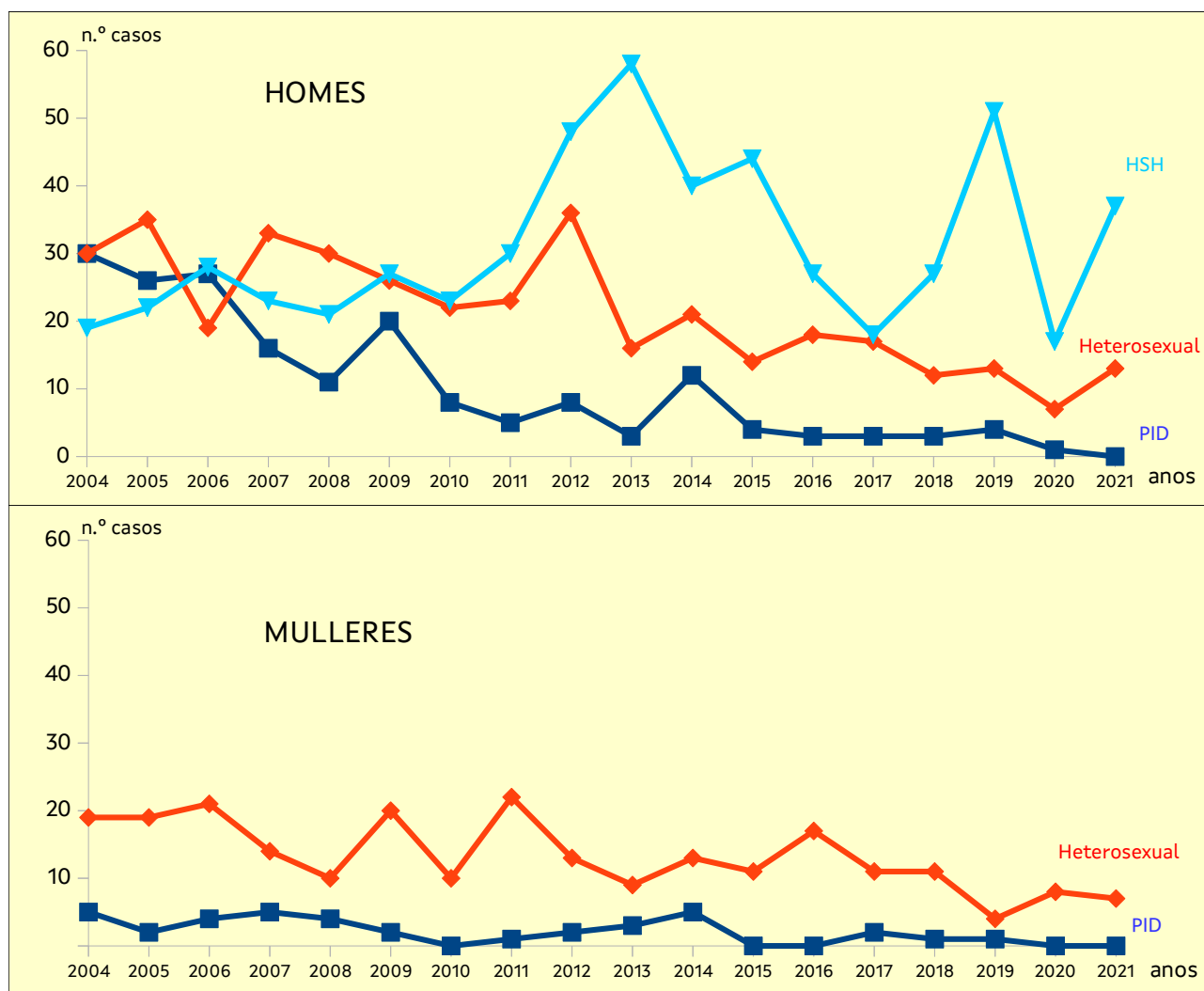


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

Se temos en conta as diferentes categorías de transmisión, o diagnóstico tardío para o período completo de dezoito anos é maior en infectados por relacións heterosexuais sen protección, o 55 % (58 % nos homes e 51 % nas mulleres) dos casos asociados a esta categoría de transmisión son tardíos. Algo parecido sucede en PID, cun 51 % (53 % nos homes e 43 % nas mulleres), mentres que en HSH a porcentaxe é do 41 %.

**Gráfico 29.** Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH nas principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2021

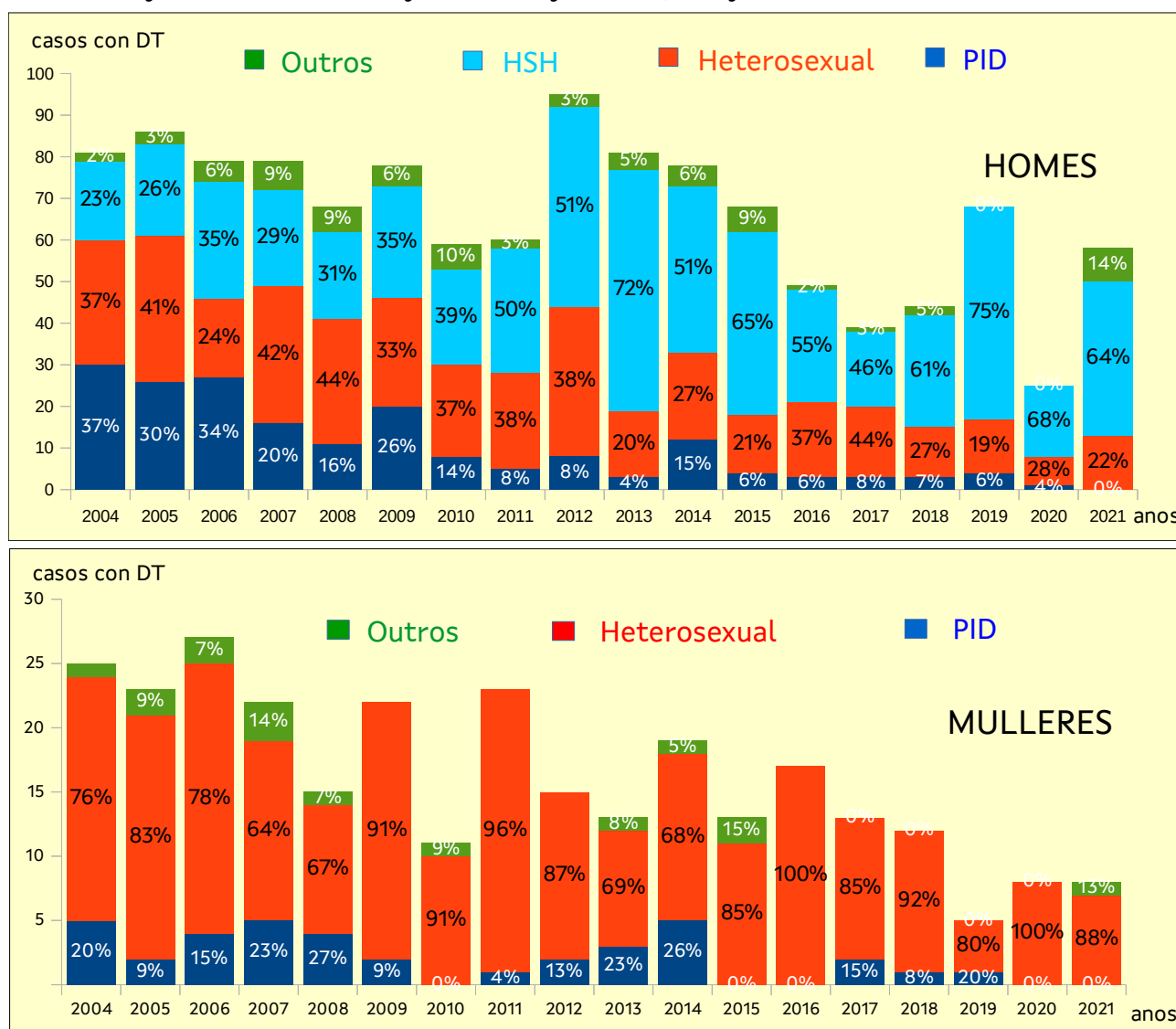


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)



Se estudamos a porcentaxe de cada unha das categorías de transmisión nos casos de atraso diagnóstico, observamos que o 43 % do diagnóstico tardío se asocia á transmisión heterosexual (33 % para os homes e 82 % nas mulleres), o 16 % a PID (16 % para os homes e 13 % nas mulleres) e o 46 % 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 2004-2021

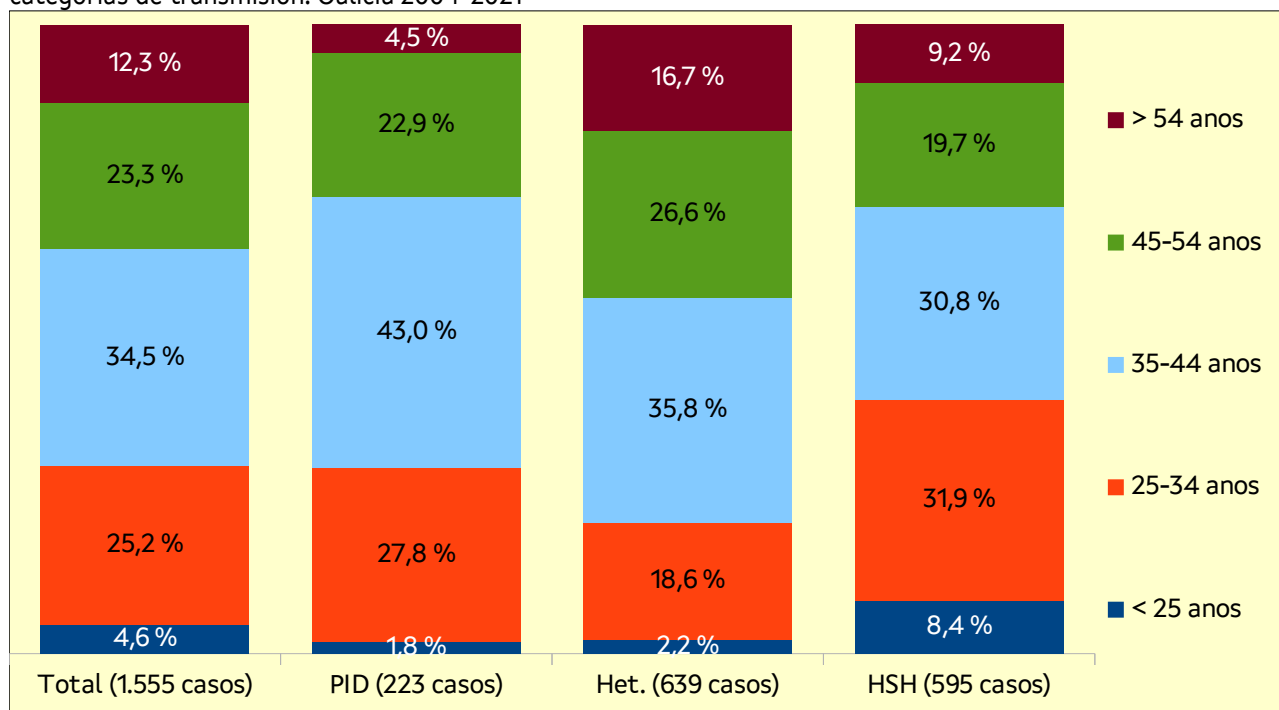


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

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 35 % de todos os casos de diagnóstico tardío (43 % asociados a PID, 36 % en heterosexuais e 31 % en HSH), seguidos dos que tiñan entre 25-34 anos, cun 25 %; os de 45-54 anos, cun 23 %, os maiores de 54, cun 12 %, e os menores de 25 anos co 5 % restante.

**Gráfico 31.** Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os intervalos de idade e as principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2021



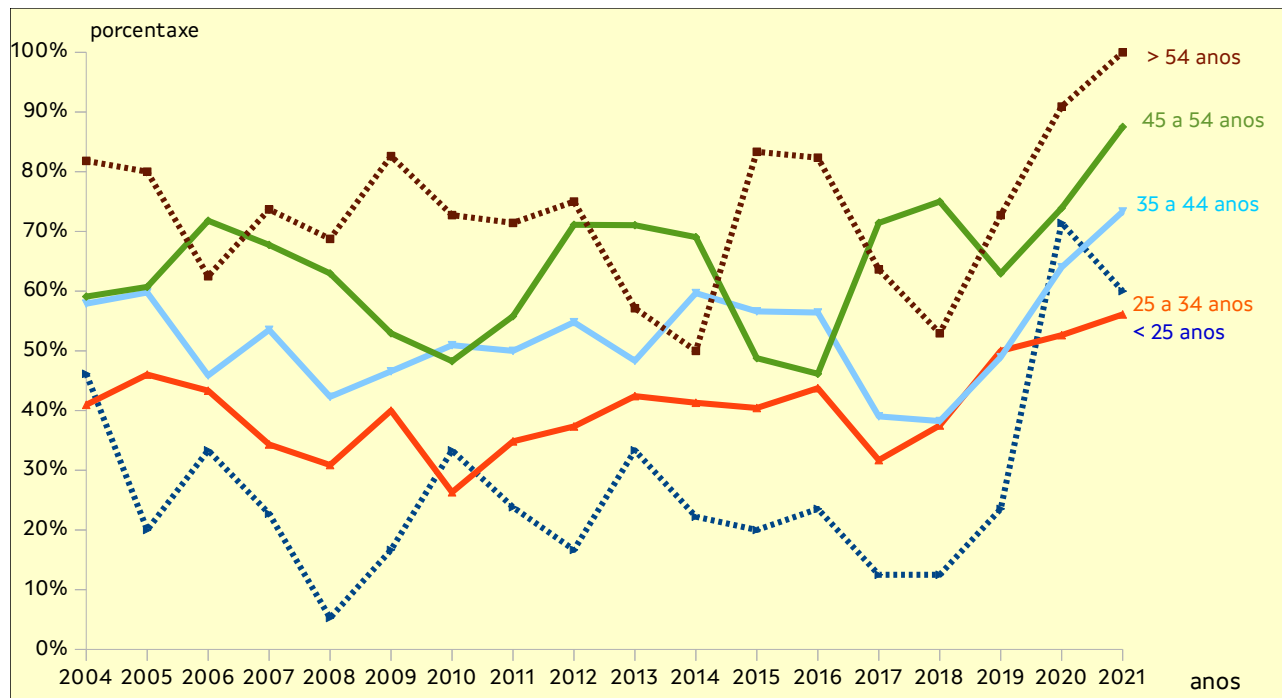
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

**Táboa 4.** Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os grupos de idade e principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2021

	Casos totais	T. heterosexual	HSH	PID
menores de 25 anos	26,0 %	23,7 %	26,9 %	20,0 %
de 25 a 34 anos	39,8 %	41,8 %	36,8 %	44,9 %
de 35 a 44 anos	52,1 %	58,3 %	45,6 %	52,2 %
de 45 a 54 anos	63,9 %	68,3 %	57,1 %	67,1 %
maiores de 54 anos	73,8 %	71,8 %	75,3 %	83,3 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

**Gráfico 32.** Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH en cada un dos intervalos de idade segundo o ano. Galicia 2004-2021

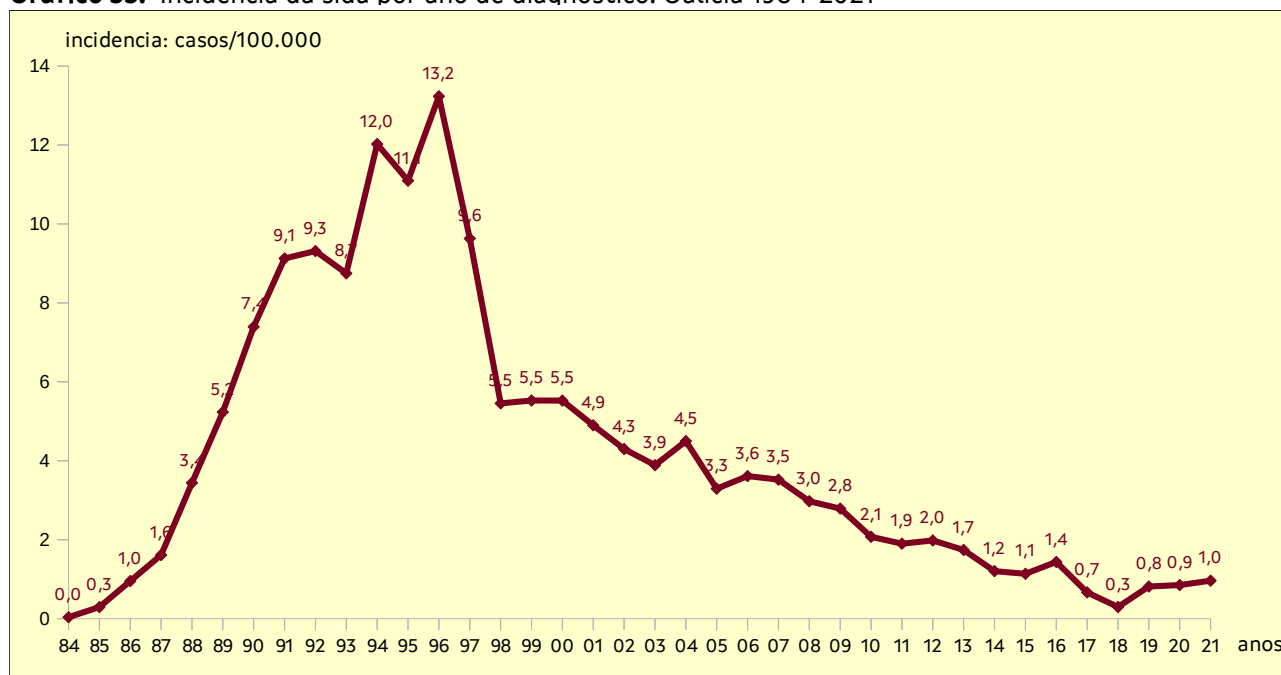


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## A SIDA EN GALICIA: 1984-2021

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 tres 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 1,3 casos por 100.000 habitantes anuais nestes últimos doce anos.

**Gráfico 33.** Incidencia da sida por ano de diagnóstico. Galicia 1984-2021

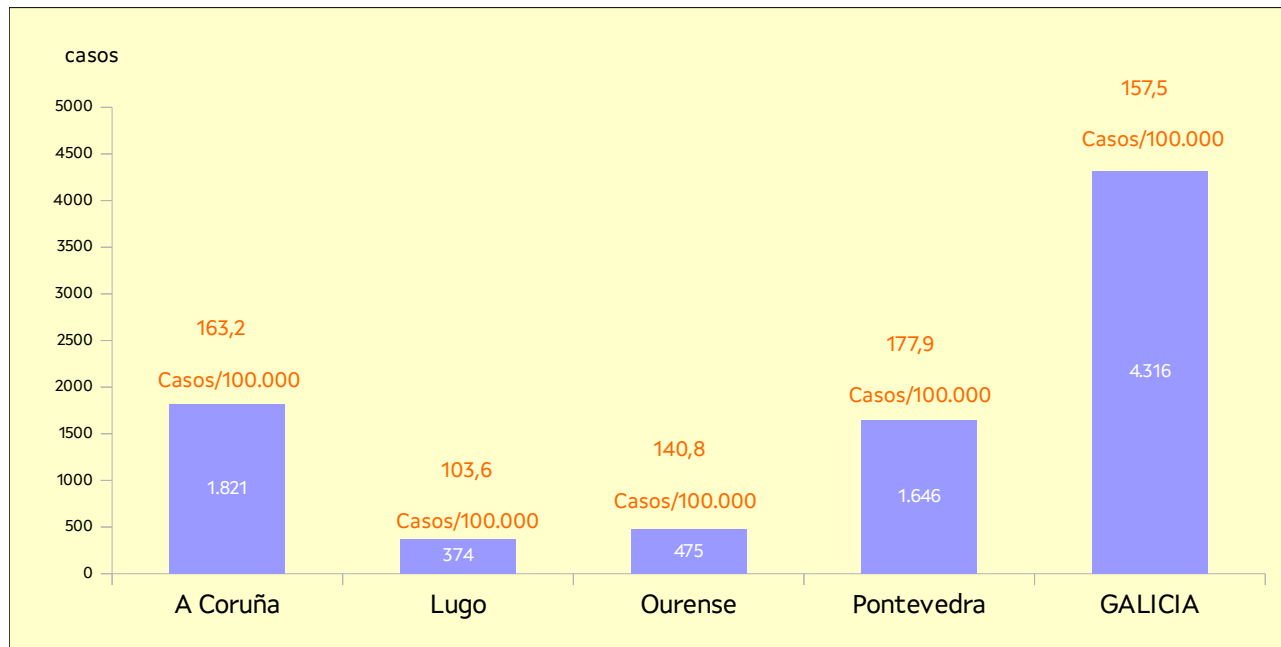


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

O número acumulado de casos de sida ata o 30 de xuño de 2022, vivos e falecidos, en Galicia é de 4.316 (77 % homes) persoas. A provincia da Coruña é a que presenta maior número de casos (1.821 fronte aos 1.646 de Pontevedra, os 475 de Ourense e os 374 de Lugo).

Non obstante, ao calcular as taxas acumuladas de 1984 ata 2021, por 100.000 habitantes, a provincia con maior taxa é Pontevedra, con 178 por 10<sup>5</sup>, fronte aos 163 da Coruña e os 141 de Ourense. Lugo é a provincia que, de forma acumulada, presenta a menor incidencia con 104 casos por 10<sup>5</sup> habitantes durante os trinta e oito anos.

**Gráfico 34.** Número de casos e incidencia da sida por provincia. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

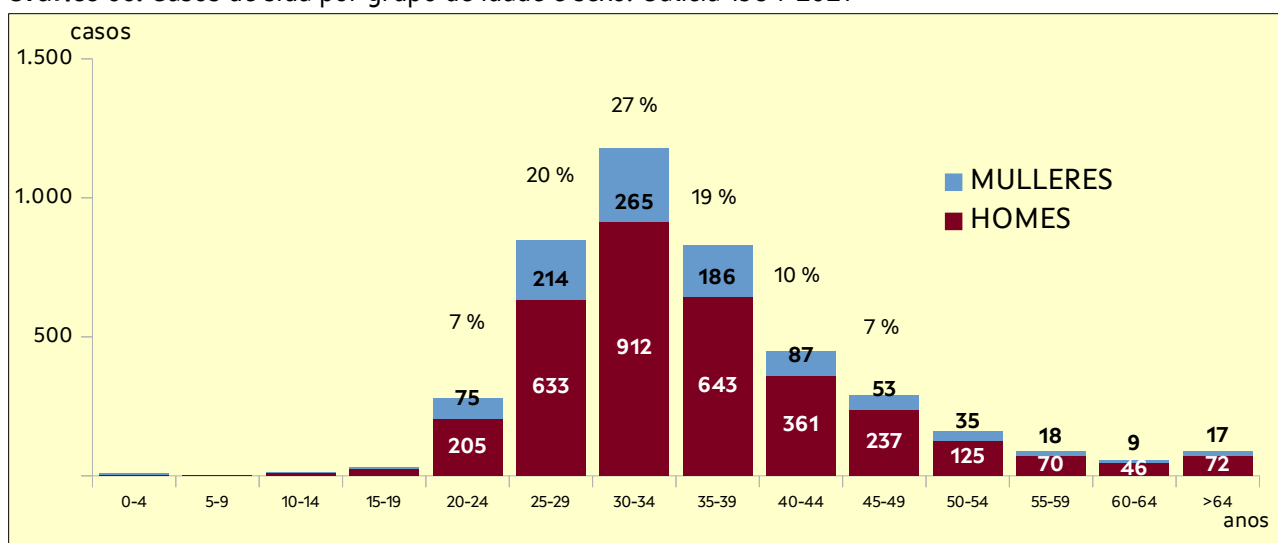
**Táboa 5.** Casos de sida por provincia e ano de declaración. Galicia 1984-2021

	<b>A CORUÑA</b>	<b>LUGO</b>	<b>OURENSE</b>	<b>PONTEVEDRA</b>	<b>GALICIA</b>
<b>1984 a 1990</b>	170 (24 ao ano)	47 (7 ao ano)	68 (10 ao ano)	233 (33 ao ano)	<b>518</b> (74 ao ano)
<b>1991</b>	105	22	34	88	<b>249</b>
<b>1992</b>	109	19	27	99	<b>254</b>
<b>1993</b>	83	20	31	105	<b>239</b>
<b>1994</b>	129	28	34	138	<b>329</b>
<b>1995</b>	114	34	41	115	<b>304</b>
<b>1996</b>	151	35	37	139	<b>362</b>
<b>1997</b>	115	21	33	94	<b>263</b>
<b>1998</b>	78	12	11	48	<b>149</b>
<b>1999</b>	70	6	24	51	<b>151</b>
<b>2000</b>	80	6	18	47	<b>151</b>
<b>2001</b>	61	14	12	47	<b>134</b>
<b>2002</b>	43	6	15	54	<b>118</b>
<b>2003</b>	42	9	10	46	<b>107</b>
<b>2004</b>	50	5	16	53	<b>124</b>
<b>2005</b>	45	7	3	36	<b>91</b>
<b>2006</b>	35	12	8	45	<b>100</b>
<b>2007</b>	49	5	4	40	<b>98</b>
<b>2008</b>	44	3	6	30	<b>83</b>
<b>2009</b>	49	4	9	16	<b>78</b>
<b>2010</b>	34	5	2	17	<b>58</b>
<b>2011</b>	34	7	2	10	<b>53</b>
<b>2012</b>	30	4	2	19	<b>55</b>
<b>2013</b>	27	1	3	17	<b>48</b>
<b>2014</b>	14	9	4	6	<b>33</b>
<b>2015</b>	9	6	0	16	<b>31</b>
<b>2016</b>	16	4	6	13	<b>39</b>
<b>2017</b>	7	3	2	6	<b>18</b>
<b>2018</b>	5	0	1	2	<b>8</b>
<b>2019</b>	9	3	5	5	<b>22</b>
<b>2020</b>	10	8	2	3	<b>23</b>
<b>2021</b>	4	9	5	8	<b>26</b>
	<b>1.821</b>	<b>374</b>	<b>475</b>	<b>1.646</b>	<b>4.316</b>

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 1984-2021

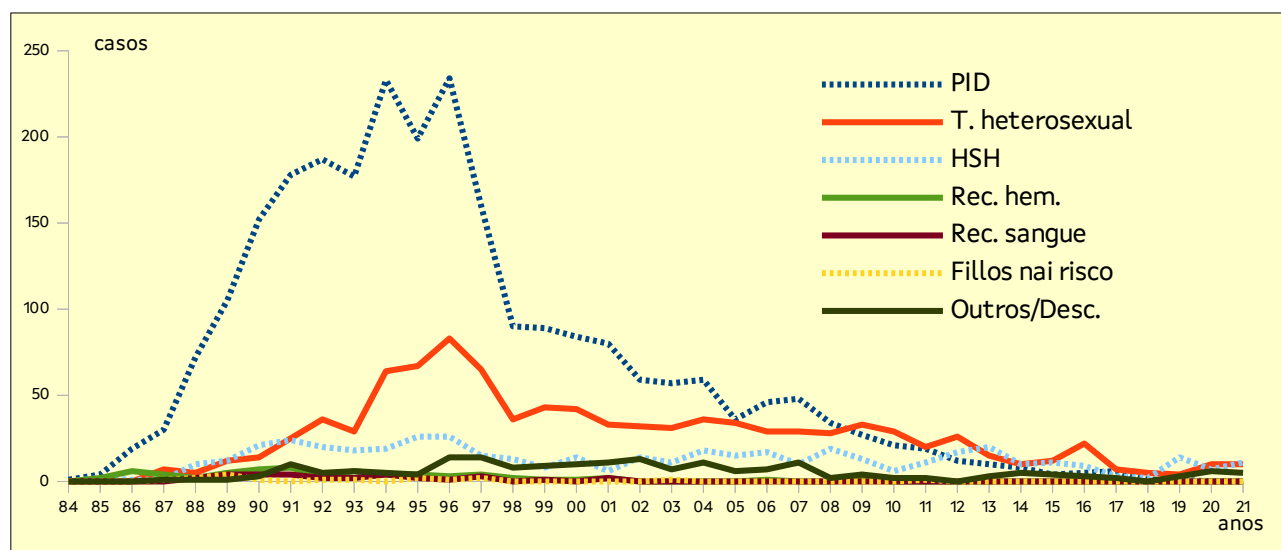


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 (35 % entre 2011 e 2021).

1. INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2021

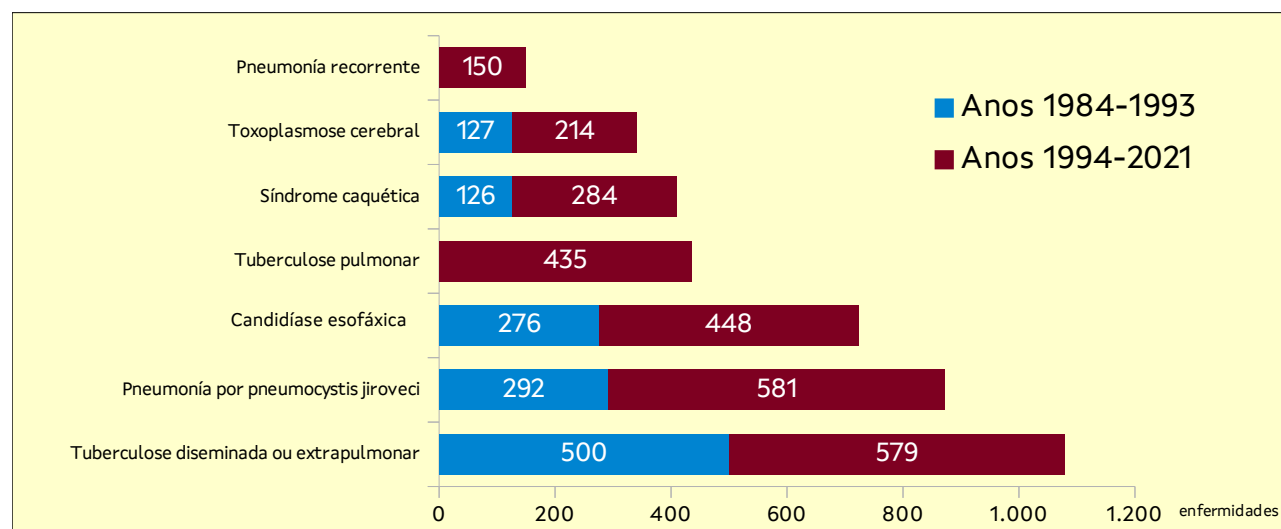
**Gráfico 36.** Casos de sida por ano de diagnóstico e categoría de transmisión. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

As enfermidades indicativas de sida máis frecuentes no momento do diagnóstico dende 1994 a 2021, 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 1984-2021

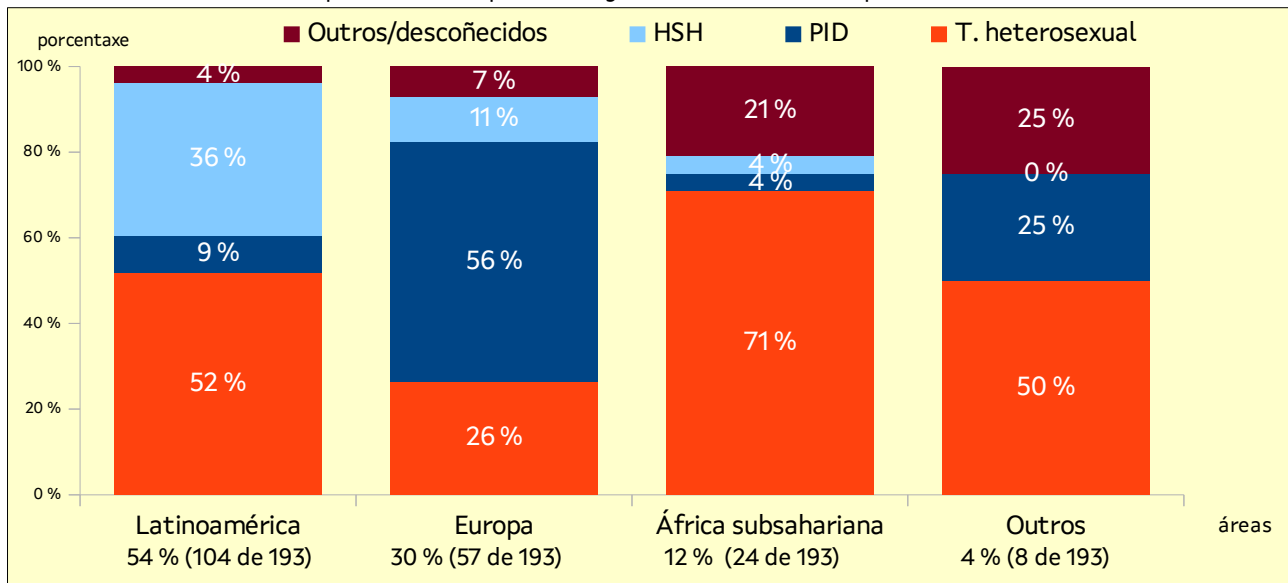


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)



A área xeográfica de onde proceden principalmente as persoas estranxeiras é América Latina, cun 54 % dos casos, seguida de Europa, cun 30 %.

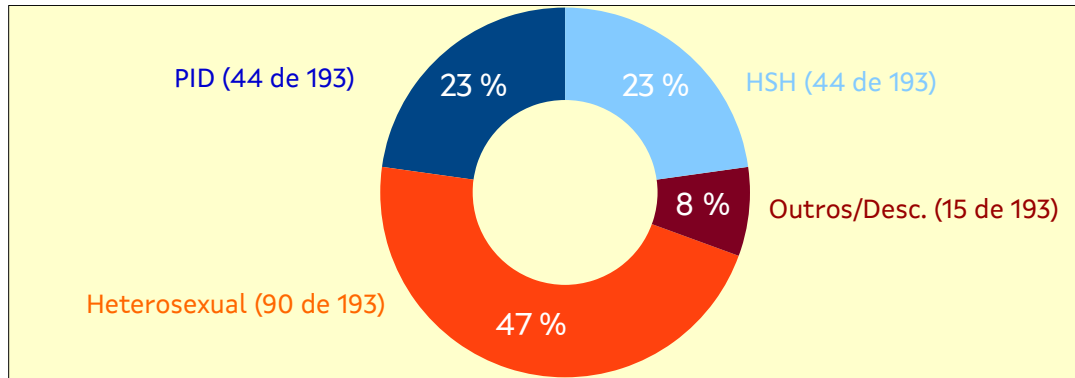
**Gráfico 38.** Casos de sida en persoas non españolas segundo a área de orixe e práctica de risco. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

As categorías de transmisión máis correntes no total destas persoas é a transmisión por vía heterosexual cun 46,6 % dos casos, e a das persoas que se inxectan drogas e que comparten as xiringas cun 22,8 %.

**Gráfico 39.** Casos de sida en persoas non españolas segundo a práctica de risco. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

---

- a.** Os datos do SIDIVIHG en Galicia no período 2004-2021 presentan unha incidencia de infección polo VIH de 6,4 casos/ano por 100.000 habitantes, o que nos sitúa por debaixo da incidencia anual española, que é de 9,8 para o mesmo intervalo de tempo.
- b.** Entre 2004 e 2021 declaráronse en Galicia 3.159 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/ $\mu$ 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 (28 % 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: 2000-2021

---

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.<sup>a</sup> 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 2021.
- 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 2021.

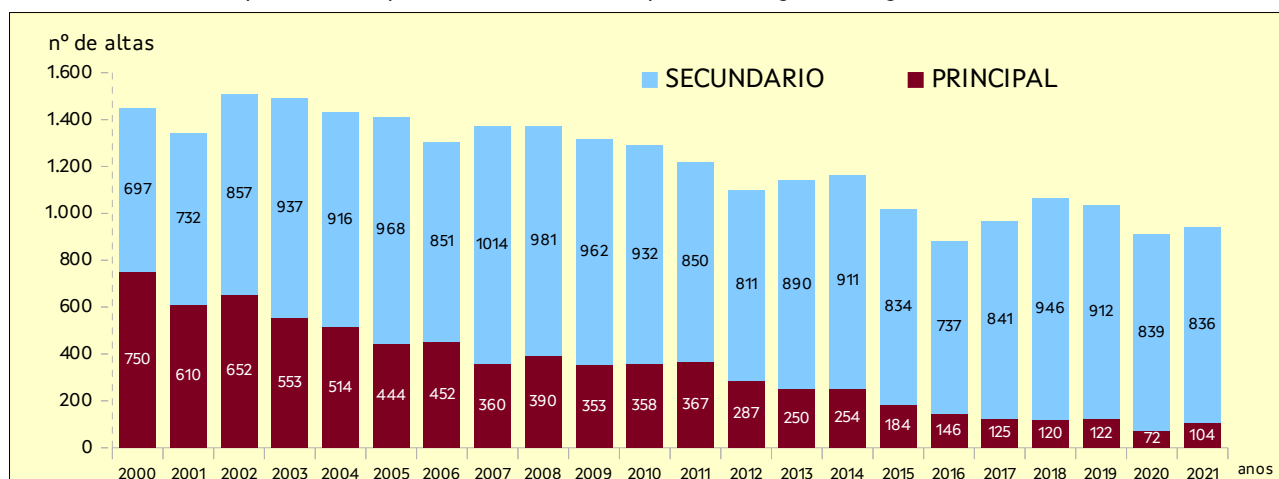
2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

- 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 2021

Nos 22 anos do estudo rexistráronse un total de 26.721 altas hospitalarias de persoas con infección polo VIH (diagnóstico principal ou secundario). Ao longo do período obsérvase un descenso do 35 % 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 2000-2021



(CMDB-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 (73,3 %), 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 53,1 anos (DE: 10,6) no ano 2021. 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 2021

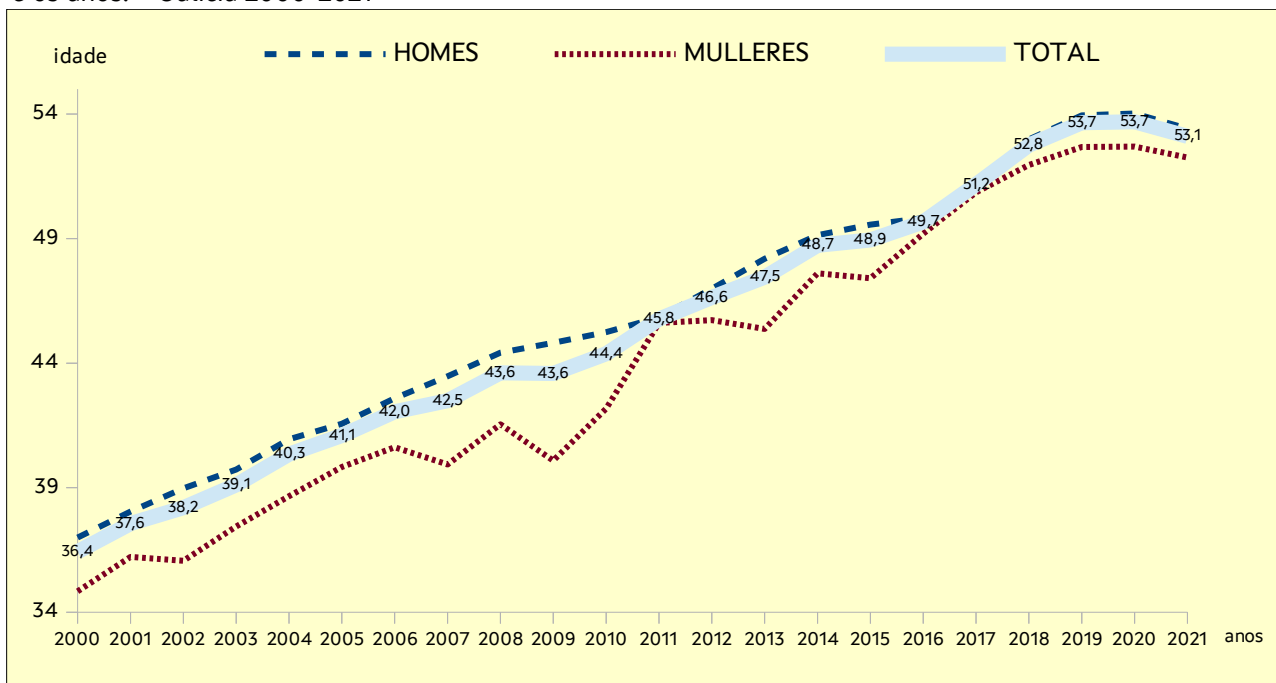
	SEXO				GRUPOS DE IDADE								total
	Homes		Mulleres		< 25 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		> 49 anos		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.068	73.8 %	379	26.2 %	71	4.9 %	635	43.9 %	650	44.9 %	91	6.3 %	1.447
2001	988	73.6 %	354	26.4 %	38	2.8 %	517	38.5 %	699	52.1 %	88	6.6 %	1.342
2002	1.107	73.4 %	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
	19.591	73,3 %	7.130	26,7 %	546	2,0 %	4.138	15,5 %	14.517	54,3 %	7.520	28,1 %	26.721

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

A maior proporción de altas concéntrase no grupo etario de 35 a 49 anos (54,3 %; rango: 24,4 % a 69,5 %), salvo os cinco 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 67,1 % no 2021.

**Gráfico 41.** Idade media das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo o sexo e os anos. Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

A maioría dos ingresos foi de maneira urxente (81,4 %; rango: 72,7 % a 85,4 %) (táboa 7). A estancia media do período foi de 11,9 días.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

**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 2021

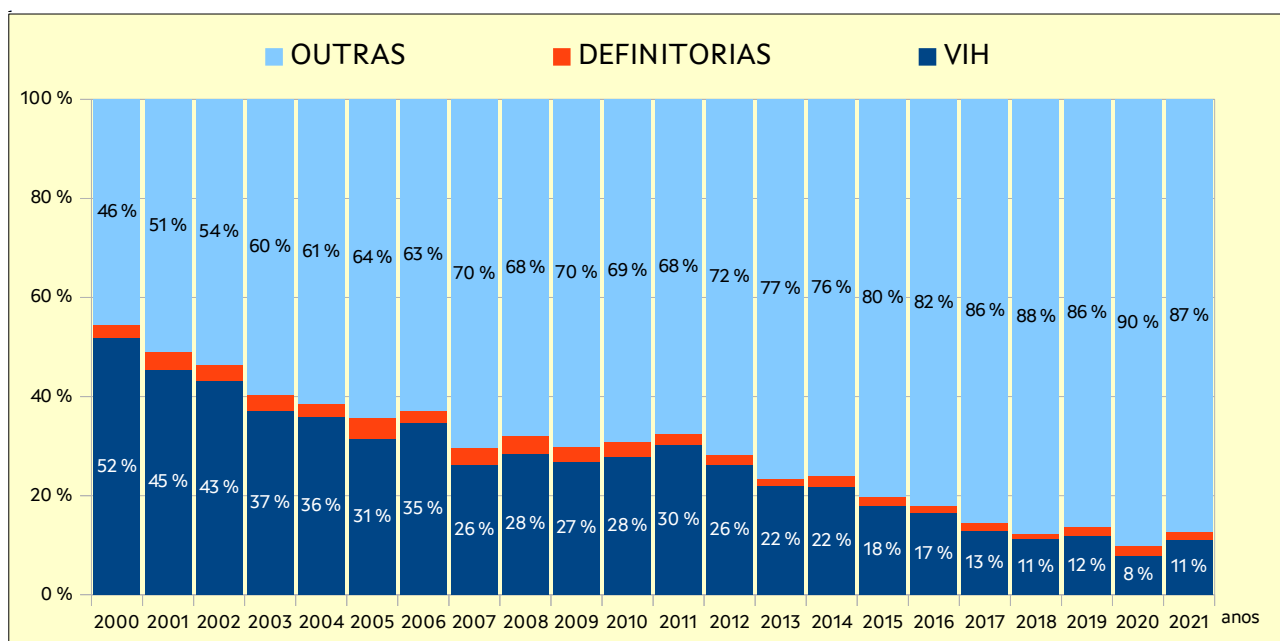
	TIPO DE INGRESO						CIRCUNSTANCIA Á ALTA										total
	Urxente		Programado		Outros		Domicilio		Traslado		Voluntaria		Falecemento		Outros		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.079	74,6 %	368	25,4 %	0	0,0 %	1.263	87,3 %	1	0,1 %	60	4,1 %	94	6,5 %	29	2,0 %	1.447
2001	975	72,7 %	367	27,3 %	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
	21.745	81,4 %	4.943	18,5 %	33	0,1 %	23.347	87,4 %	161	0,6 %	1.064	4,0 %	1.688	6,3 %	461	1,7 %	26.721

(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 7.467 (28 % do total de altas en relación co VIH do período). Ao longo dos anos esta proporción diminuíu un 90 %, dende as 750 altas no 2000 ata as 104 altas no 2021. Esta mesma tendencia observouse no diagnóstico principal das altas por enfermidades definitórias de sida (dende o 2,6 % ata o 1,7 %). Aquelas en que figuraban outras patoloxías non asociadas ao VIH como motivo de ingreso aumentaron de 659 (45,5 %) no 2000 a 820 (87,2 %) en 2021.

**Gráfico 42.** Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnóstico principal e os anos. Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)



2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

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 2000-2021

	00-21	00-04	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	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	n.º
Tuberculose	100	32	5	4	7	12	4	4	3	4	1	4	2	0	2	2	9	0	5
Pneumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	33	8	2	1	2	1	0	2	1	1	0	2	0	4	3	2	1	2	1
Toxoplasmose cerebral	7	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	16	8	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
Candidiase esofáxica	7	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Criptococose extrapulmonar	12	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1
Cancro invasivo de colo	30	12	5	1	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	2	2	0	0	0
Septicemia por salmonella	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	11	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	4
Pneumonía intersticial linfoide	9	3	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infeción por citomegalovirus	6	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
Criptosporidiase	2	1	1	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	0
Caquexia	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0
Micobacterium avium ou kansasii	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isosporidase	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Candidiase traqueal, bronquial ou pulmonar	0	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	0
Linfomas	116	19	10	3	4	10	5	8	13	4	0	11	0	7	4	3	4	9	2
Encefalopatía VIH	0	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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Coccidiomocose diseminada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	363	97	31	11	17	26	11	16	22	14	5	18	3	12	15	12	20	17	16

(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: 2000-2021

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 2000-2021

	00-21	00-04	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	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	n.º
Neoplasias:	1425	222	56	45	66	68	73	71	69	65	81	92	81	64	67	89	69	68	79
Traquea, bronquios, pulmón	188	26	9	5	11	9	10	16	8	7	6	9	13	7	9	12	6	15	10
Larinxe	65	14	3	0	0	2	1	1	2	7	7	6	2	6	4	1	3	2	4
Hodgkin	67	24	5	2	1	0	3	2	0	2	4	6	1	5	3	2	3	2	2
Recto, ano	66	4	2	6	3	1	4	8	4	2	3	7	2	2	3	3	5	1	6
Fígado	126	12	8	0	15	2	8	3	2	10	11	12	6	3	5	9	11	4	5
Enf. endócrino-metabólicas:	278	46	14	13	11	12	10	14	26	15	6	7	8	11	10	17	16	27	15
Lipodistrofia	40	1	1	2	0	0	2	4	8	1	0	0	2	1	0	2	4	8	4
Enf. respiratorias	3.359	500	151	124	187	184	184	174	128	128	150	143	162	182	207	246	204	174	131
Enf. do sangue	429	99	26	26	27	25	22	18	23	20	11	22	7	5	30	7	14	20	27
Enf. aparato circulatorio	1.471	251	78	51	61	67	58	54	52	60	73	101	65	60	71	94	93	100	82
Enf. dos riles	526	94	13	17	20	22	26	22	24	23	30	27	16	24	25	32	27	40	44
Hepatitis víricas:	496	212	51	33	49	18	25	12	14	25	17	15	10	5	4	3	1	1	1
Hepatitis B aguda	12	6	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0
Hepatitis B crónica	15	4	3	0	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C aguda	10	2	1	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis C crónica	436	200	47	28	40	16	19	12	14	21	13	13	10	1	0	0	1	0	1
Hepatitis B sen especificar	0	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	0
Outras enf. infecciosas	1.221	339	103	65	83	56	54	32	42	59	49	55	52	40	34	46	40	34	38
Enf. dixestivas	2.686	586	123	135	171	147	134	139	120	115	131	94	98	95	118	129	121	117	113
Lesións e envelenamentos	1.763	419	77	79	84	86	85	94	92	83	71	89	73	55	61	62	94	64	95
Enf. aparato xenital	289	57	18	8	11	11	12	14	9	13	17	21	15	13	12	19	16	11	12
Trastornos mentais	1.777	436	77	86	79	94	87	101	89	88	94	77	92	48	62	67	67	65	68
Complicacións embarazo	642	242	32	42	36	36	46	31	37	24	20	13	24	16	17	10	7	5	4
Enf. da pel	505	121	32	33	32	19	25	21	25	12	23	29	21	18	18	20	18	15	23
Enf. aparato osteoarticular	571	111	25	23	22	26	29	30	19	33	30	23	24	23	36	39	35	18	25
Anomalías conxénitas	32	12	0	0	2	1	1	2	3	0	4	1	1	0	1	2	2	0	0
Enf. perinatais	10	6	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mal definidas e outras	1.443	378	80	72	76	77	76	76	65	51	84	92	78	50	30	35	38	39	46
	18.427	3.919	907	819	968	932	923	893	823	789	874	886	817	704	799	914	861	797	802

(CMBD-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

### c. Morbilidade nas altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH

A porcentaxe de altas en que figuraba algunha enfermidade definitoria de sida no diagnóstico principal ou en calquera dos secundarios diminuíu do 30,1 % ao 9,7 % entre os anos 2000 e 2021. Os diagnósticos máis frecuentes foron a tuberculose (19 %), a pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* (14 %), os linfomas e a caquexia (13 % cada unha), 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 31,7 %, das enfermidades dixestivas, do 18,1 % ao 29,1 %, dos tumores que pasaron do 7,1 % ao 19,1 % (o tumor con maior tendencia ao aumento é o de fígado, 0 casos nos dous primeiros anos do período a 15 en 2021 (táboa 9).

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

**Táboa 10.** Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades\* definatorias de sida no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2021

	00-21	00-04	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	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	n.º
Tuberculose	1.118	518	67	62	73	61	60	45	48	28	34	30	17	12	18	13	18	4	10
Pneumonía por <i>P. Jiroveci</i>	828	273	31	51	42	48	53	35	34	40	31	37	26	25	23	16	20	21	22
Toxoplasmose cerebral	377	189	26	18	26	15	16	9	8	16	15	6	12	3	6	2	1	4	5
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	403	119	21	31	32	26	35	11	14	12	19	17	17	7	8	6	16	6	6
Candidíase esofáxica	530	195	29	34	27	24	20	24	18	15	24	14	20	26	15	14	13	7	11
Criptococose extrapulmonar	186	66	17	4	10	5	10	10	11	6	9	6	3	7	9	3	4	5	1
Cancro invasivo de colo	73	26	11	4	1	3	6	1	0	7	3	0	0	2	5	4	0	0	0
Septicemia por salmonella	32	19	7	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	207	46	10	5	4	7	6	11	9	11	11	12	15	9	8	5	16	10	12
Pneumonía intersticial linfoide	41	13	5	2	2	1	1	3	3	2	5	0	4	0	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	256	47	13	7	10	11	31	13	14	13	14	7	16	8	8	7	13	15	9
Criptosporidiase	49	19	3	9	2	1	5	2	0	2	1	0	0	1	1	2	0	0	1
Micobacterium outras especies	47	30	6	0	1	0	4	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0
Caquexia	751	249	52	37	40	41	48	37	29	32	29	42	26	14	9	15	25	12	14
Micobacterium avium ou kansasii	109	27	16	9	3	3	20	8	3	5	4	2	0	0	1	0	1	0	7
Isosporidiase	4	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	38	7	0	2	3	0	1	1	7	2	2	2	2	3	0	3	2	1	0
Candidíase traqueal, bronquial ou pulmonar	29	8	3	1	1	5	0	1	3	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0
Histoplasmose diseminada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	784	166	50	41	45	46	37	55	42	40	34	52	42	28	29	18	24	28	7
Encefalopatía VIH	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	1	0	3
Herpes simple bronquial, pulmonar ou esofáxico	22	3	0	1	1	2	1	1	4	2	4	1	1	0	0	0	0	1	0
Coccidiomicose diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>5.896</b>	<b>2.020</b>	<b>368</b>	<b>320</b>	<b>325</b>	<b>300</b>	<b>356</b>	<b>267</b>	<b>249</b>	<b>235</b>	<b>243</b>	<b>231</b>	<b>203</b>	<b>149</b>	<b>143</b>	<b>111</b>	<b>154</b>	<b>114</b>	<b>108</b>

(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: 2000-2021

**Táboa 11.** Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades\* non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2021

	00-21	00-04	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº
Neoplasias:	<b>3.083</b>	533	142	101	137	150	159	144	147	145	162	196	169	126	137	176	128	151	180
Traquea, bronquios, pulmón	<b>378</b>	56	19	6	18	23	23	31	17	12	14	18	19	18	22	22	13	25	22
Larinxe	<b>104</b>	22	10	2	0	3	1	2	5	15	9	9	2	7	5	1	3	2	6
Hodgkin	<b>249</b>	66	9	7	4	19	22	12	6	7	16	27	5	8	9	5	5	7	15
Recto, ano	<b>123</b>	7	2	7	8	2	8	11	6	8	12	7	4	10	5	3	6	5	12
Fígado	<b>249</b>	19	17	2	19	5	12	9	13	19	17	21	12	5	8	23	19	14	15
Enf. endócrino-metabólicas:	<b>5.024</b>	659	163	174	190	204	203	240	252	252	300	295	281	206	231	324	346	355	349
Lipodistrofia	<b>197</b>	46	8	10	12	7	11	9	19	10	15	10	9	3	0	6	5	10	7
Enf. respiratorias	<b>8.233</b>	1.722	404	367	444	441	407	433	395	358	397	393	341	325	385	417	386	320	298
Enf. do sangue	<b>4.066</b>	992	249	219	254	247	216	224	196	178	189	181	125	116	131	143	147	117	142
Enf. aparato circulatorio	<b>6.208</b>	935	270	253	276	291	271	290	320	291	322	346	307	237	270	381	411	377	360
Enf. dos riles	<b>3.142</b>	579	124	108	145	161	161	141	170	142	166	173	120	129	123	173	168	172	187
Enf. infecciosas:	<b>16.387</b>	4.407	872	826	842	834	808	834	822	730	708	747	655	534	544	664	590	528	442
Hepatite B aguda	<b>188</b>	93	14	17	9	9	6	6	8	3	7	8	3	2	0	1	1	1	0
Hepatite B crónica	<b>880</b>	353	50	59	56	44	30	40	28	37	27	16	18	17	14	27	23	24	17
Hepatite C aguda	<b>158</b>	103	16	14	5	5	4	3	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0
Hepatite C crónica	<b>8.355</b>	2.043	425	406	419	456	442	479	469	403	386	413	394	276	273	347	307	234	183
Hepatite B sen especificar	<b>0</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	0	3	3	1
Hepatite C sen especificar	<b>0</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	23	25	17	24	14
Enf. dixestivas	<b>6.776</b>	1.504	308	330	409	405	321	346	343	328	332	292	237	243	251	296	291	266	274
Lesións e envelenamentos	<b>3.464</b>	691	143	150	178	177	164	173	164	156	159	173	145	129	151	148	207	163	193
Enf. aparato xenital	<b>761</b>	156	40	26	36	27	36	37	31	42	49	52	32	28	31	40	32	26	40
Trastornos mentais	<b>16.662</b>	4.441	874	811	875	905	866	839	771	720	733	748	662	467	491	626	669	569	595
Complicacións embarazo	<b>643</b>	242	32	42	36	36	47	31	37	24	20	13	24	16	17	10	7	5	4
Enf. da pel	<b>2.085</b>	555	140	129	104	89	121	93	99	77	89	85	78	64	54	73	83	75	77
Enf. aparato osteoarticular	<b>1.648</b>	321	52	71	67	80	89	77	80	86	88	87	60	70	74	95	86	73	92
Anomalías conxénitas	<b>241</b>	67	4	9	12	18	7	19	15	6	8	12	15	10	10	11	7	8	3
Enf. perinatais	<b>16</b>	8	2	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>26.591</b>	7.151	1.409	1.298	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

(CMDB-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

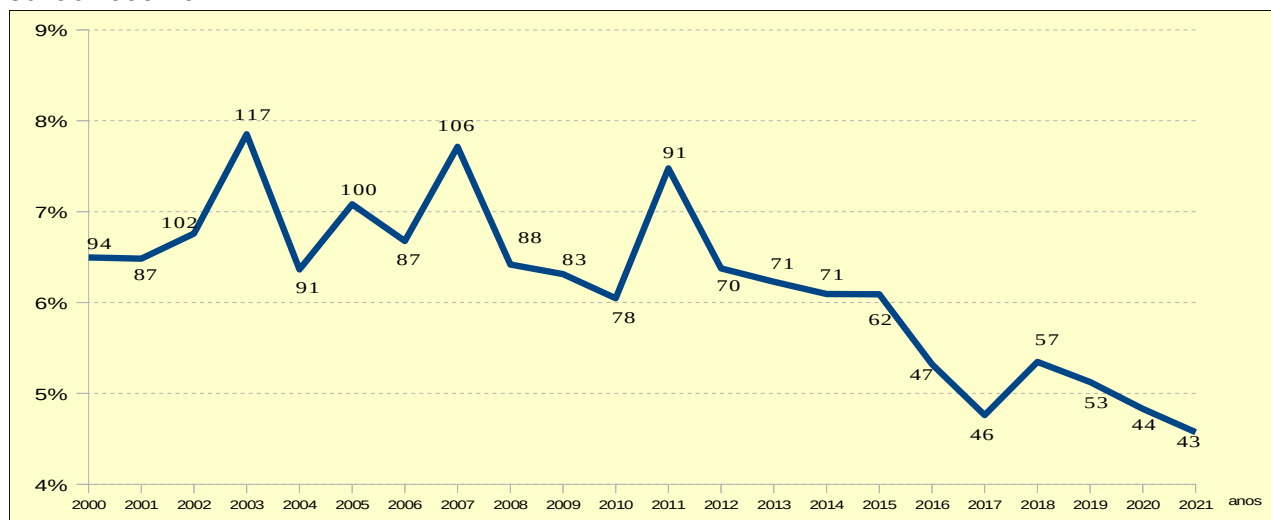
(\*) Unha mesma persoa pode ter máis dun diagnóstico

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

Durante o período rexistráronse 1.688 altas por falecemento en pacientes hospitalizados con infección polo VIH, o que supuxo o 6,3 % do total de altas dos 22 anos. A porcentaxe de altas por falecemento permaneceu bastante estable nos anos coa excepción dos seis 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 (79,0 %) e no grupo de idade de 35 a 49 anos (54,5 %); os maiores de 49 anos representan o 35,2 % (dende o 14,9 % no 2000 ata o 79,1 % no 2021) (táboa 12).

**Gráfico 43.** Número e % de altas hospitalarias por falecemento en pacientes con infección polo VIH. Galicia 2000-2021



(CMDB-HA da SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

A idade media no momento do falecemento foi de 47 anos (DE: 11), pasouse de 40,9 en 2000 ata 57,4 en 2021.

2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

**Táboa 12.** Distribución das altas por falecemento segundo sexo e idade. Galicia 2000-2021

	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
	1.333	79,0 %	355	21,0 %	7	0,4 %	167	9,9 %	920	54,5 %	594	35,2 %	1.688

(CMDB-HA DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

## 2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2021

Ao analizar o diagnóstico principal do total de falecementos, os códigos de infección polo VIH figuraba en 748 altas (44,3 %), en 60 (3,6 %) está presente algún código de enfermidade definitiva de sida e nas 880 restantes (52,1 %) 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 2000-2021

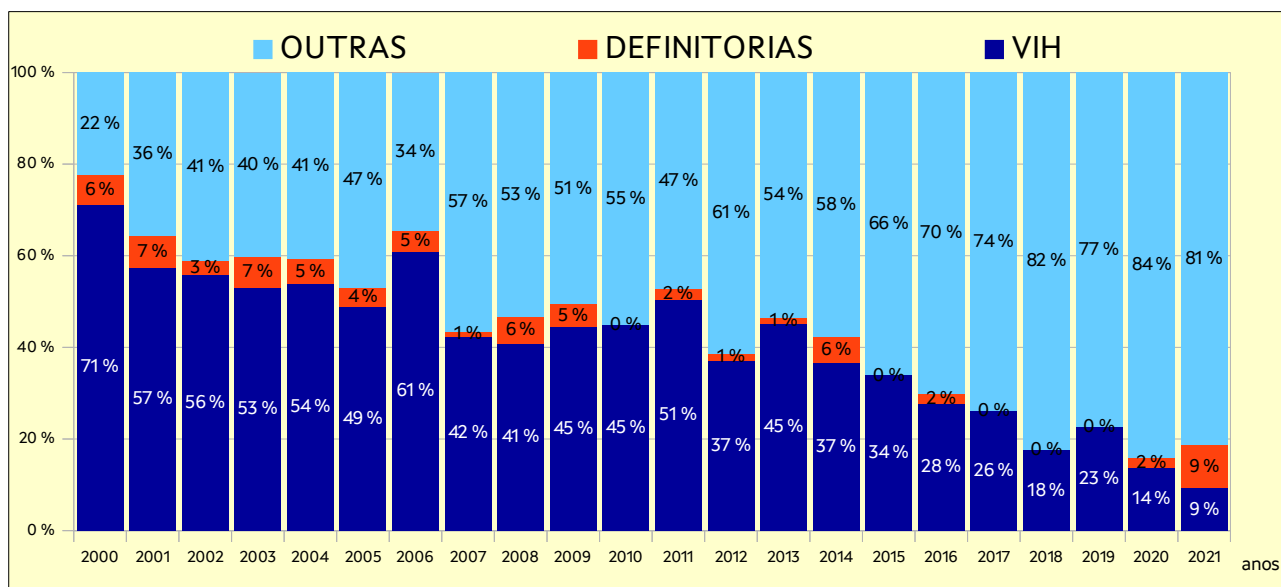
<b>Enfermidade polo VIH</b>	<b>748</b>	<b>44,3 %</b>
<b>Algunha enfermidade indicativa de sida</b>	<b>60</b>	<b>3,6 %</b>
Linfomas asociados ao VIH	17	1.0 %
Tuberculose	8	0.5 %
Pneumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>	7	0.4 %
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4	0.2 %
Criptococose extrapulmonar	4	0.2 %
Cancro invasivo de colo uterino	2	0.1 %
Pneumonía intersticial linfoide	2	0.1 %
Outras	16	0.9 %
<b>Outros diagnósticos non relacionados co VIH</b>	<b>880</b>	<b>52,1 %</b>
Enfermidades dixestivas	169	10.0 %
Neoplasias:	209	12.4 %
Traquea, brónquios e pulmón	59	3.5 %
Fígado	29	1.7 %
Enfermidades respiratorias	138	8.2 %
Enfermidades infecciosas:	93	5.5 %
Hepatite B crónica	4	0.2 %
Hepatite C crónica	31	1.8 %
Enfermidades aparato circulatorio	89	5.3 %
Lesións e envelenamentos	66	3.9 %
Outras	116	6.9 %
<b>total</b>	<b>1.688</b>	<b>100 %</b>

(CMBD-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 2000-2021



(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 estudo<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup>Documento 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: 2000-2021

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.

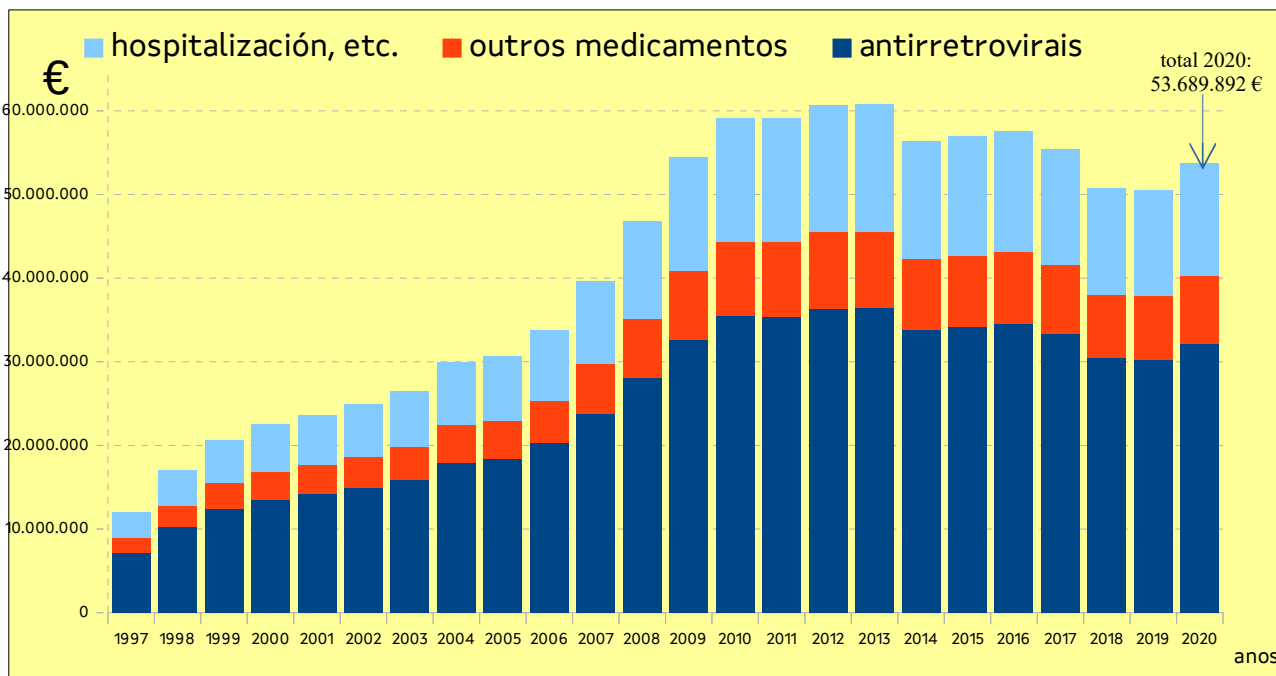
Tendo en conta as porcentaxes do estudo de referencia, os custos para o ano 2020 serían de 53.689.892 euros:

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 seis 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:

## 1984-2020

---

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 2020

No ano 2020 producíronse en Galicia un total de 32.522 mortes, das que 15 (0,46 %) foron por VIH-sida. Destas, 12 (80 %) producíronse en homes e 3 en mulleres. A taxa de mortalidade global polo VIH foi de 0,56 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 2020

	<b>Defuncións totais</b>	<b>Defuncións polo VIH/sida</b>	<b>Defuncións polo VIH/sida (‰)</b>	<b>Taxa de mortalidade VIH/sida</b>
<b>Homes</b>	16.113	12	0,74	0,92
<b>Mulleres</b>	16.409	3	0,18	0,21
	32.522	15	0,46	0,56

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

A idade media dos falecidos polo VIH foi de 56,7 anos (DE 11 anos), os homes 57,0 anos (DE de 12,4) e mulleres 55,3 anos (DE de 6,7).

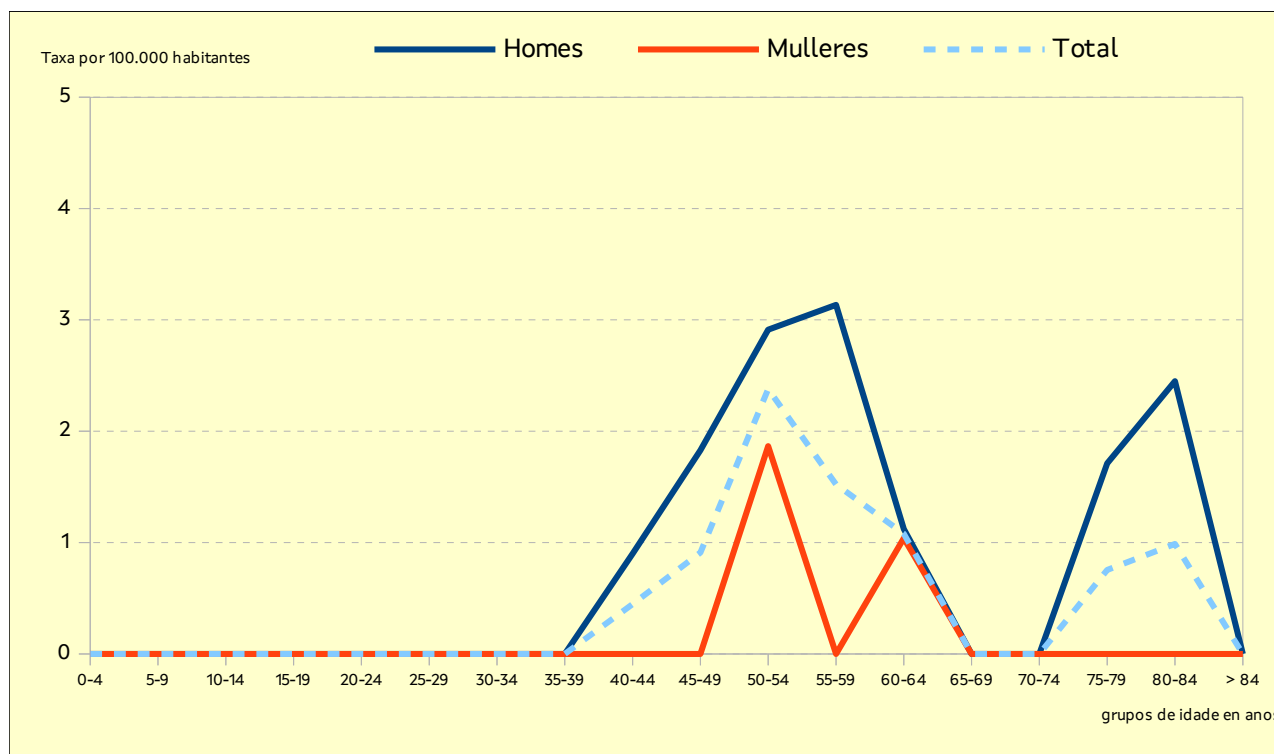
Segundo os grupos de idade, o maior número de mortes, 11 (73 % do total de falecidos), rexistrouse entre os 40 e 59 anos, este patrón repítese tanto en homes como en mulleres. Os maiores de 64 anos foron dous homes (13 % das mortes).

Táboa 15. Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo sexo e grupos de idade. Galicia ano 2020

	<b>Total (N)</b>	<b>Taxa por 10<sup>5</sup> habitantes</b>	<b>HOMES (N)</b>	<b>Taxa por 10<sup>5</sup> habitantes</b>	<b>MULLERES (N)</b>	<b>Taxa por 10<sup>5</sup> habitantes</b>
<b>0 a 4 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>5 a 9 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>10 a 14 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>15 a 19 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>20 a 24 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>25 a 29 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>30 a 34 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>35 a 39 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>40 a 44 anos</b>	1	0,45	1	0,90	0	0,00
<b>45 a 49 anos</b>	2	0,91	2	1,83	0	0,00
<b>50 a 54 anos</b>	5	2,38	3	2,91	2	1,87
<b>55 a 59 anos</b>	3	1,52	3	3,14	0	0,00
<b>60 a 64 anos</b>	2	1,08	1	1,12	1	1,04
<b>65 a 69 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>70 a 74 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>75 a 79 anos</b>	1	0,75	1	1,71	0	0,00
<b>80 a 84 anos</b>	1	0,99	1	2,45	0	0,00
<b>&gt; 84 anos</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	15	0,56	12	0,92	3	0,21

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

**Gráfico 46.** Taxas de mortalidade polo VIH segundo os grupos de idade. Galicia ano 2020



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

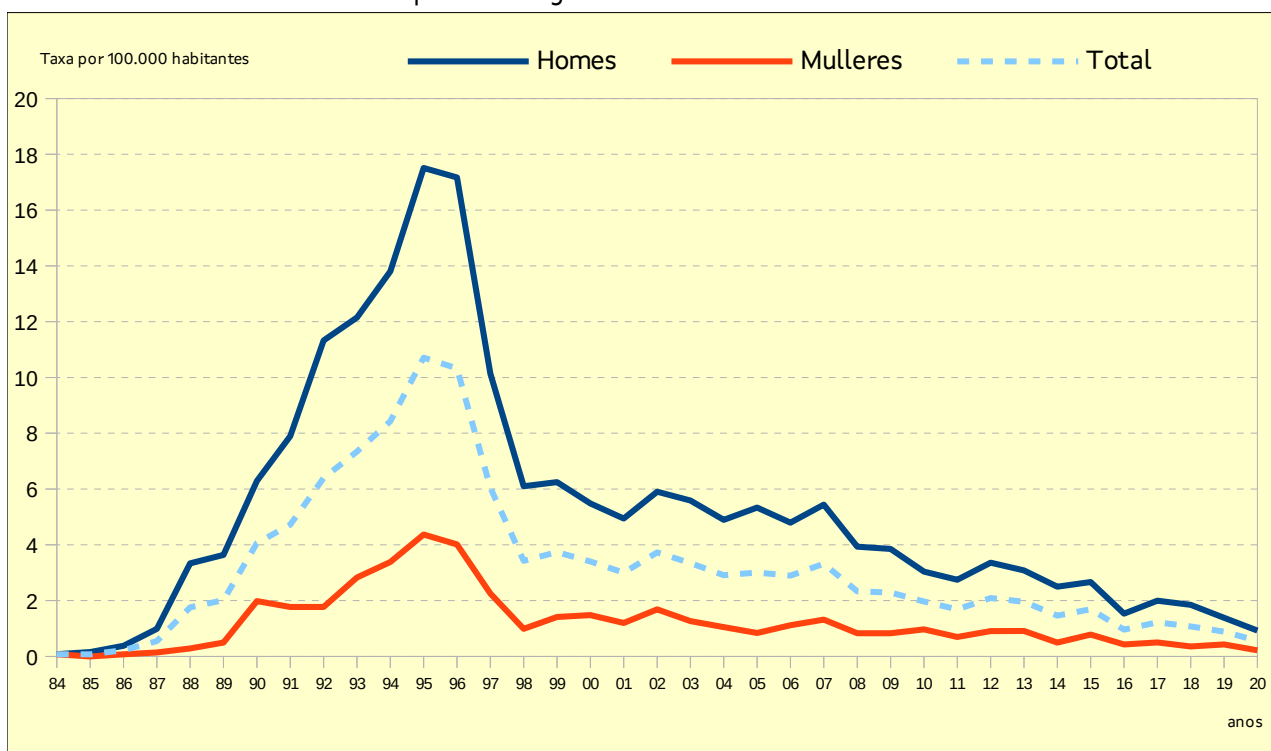
## RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2020

Se consideramos o período completo dende 1984 a 2020, producíronse en Galicia un total de 3.169 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 40 mortes anuais dende 2016.



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 2013 a taxa sitúase por baixo das dúas mortes por 100.000 habitantes anuais (non supera os 3 en homes nin 1 en mulleres).

**Gráfico 47.** Taxas de mortalidade polo VIH segundo o sexo e os anos. Galicia 1984-2020



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## 3. MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA: 1984-2020

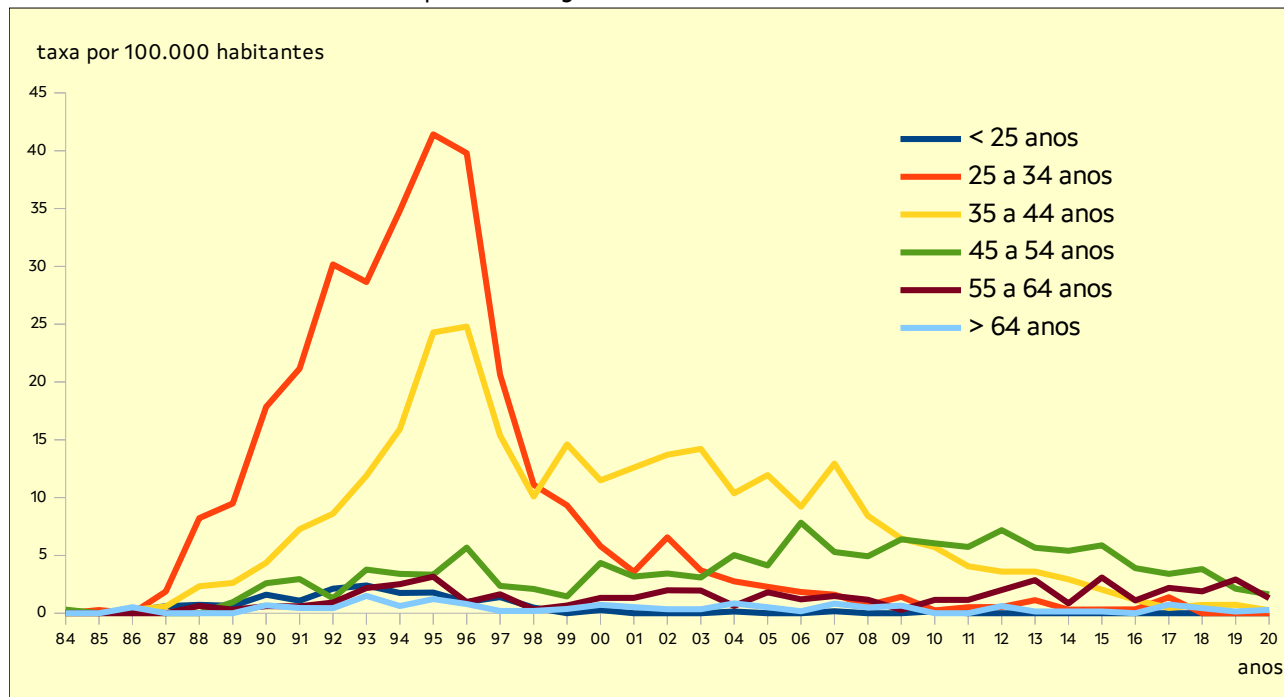
**Táboa 16.** Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo o sexo. Galicia 1984-2020

	Total (N)	Taxa por 100.000 habi- tantes	HOMES (N)	Taxa por 100.000 habi- tantes	MULLERES (N)	Taxa por 100.000 habi- tantes
<b>1984 a 1990</b>	239	1,25	196	2,12	43	0,44
<b>1991</b>	129	4,72	104	7,90	25	1,77
<b>1992</b>	174	6,40	149	11,32	25	1,77
<b>1993</b>	200	7,34	160	12,15	40	2,83
<b>1994</b>	230	8,43	182	13,80	48	3,39
<b>1995</b>	293	10,71	231	17,51	62	4,36
<b>1996</b>	283	10,33	226	17,17	57	4,02
<b>1997</b>	165	6,05	133	10,14	32	2,25
<b>1998</b>	94	3,43	80	6,10	14	0,99
<b>1999</b>	102	3,74	82	6,25	20	1,41
<b>2000</b>	93	3,40	72	5,48	21	1,48
<b>2001</b>	82	3,00	65	4,94	17	1,20
<b>2002</b>	102	3,73	78	5,91	24	1,69
<b>2003</b>	92	3,34	74	5,59	18	1,26
<b>2004</b>	80	2,91	65	4,90	15	1,05
<b>2005</b>	83	3,00	71	5,33	12	0,84
<b>2006</b>	80	2,89	64	4,80	16	1,12
<b>2007</b>	92	3,32	73	5,44	19	1,32
<b>2008</b>	65	2,33	53	3,93	12	0,83
<b>2009</b>	64	2,29	52	3,85	12	0,83
<b>2010</b>	55	1,97	41	3,04	14	0,97
<b>2011</b>	47	1,69	37	2,75	10	0,69
<b>2012</b>	58	2,09	45	3,36	13	0,91
<b>2013</b>	54	1,96	41	3,08	13	0,91
<b>2014</b>	40	1,46	33	2,50	7	0,49
<b>2015</b>	46	1,69	35	2,66	11	0,78
<b>2016</b>	26	0,96	20	1,53	6	0,43
<b>2017</b>	33	1,22	26	2,00	7	0,50
<b>2018</b>	29	1,07	24	1,85	5	0,36
<b>2019</b>	24	0,89	18	1,39	6	0,43
<b>2020</b>	15	0,56	12	0,92	3	0,21
	3.169		2.542		627	

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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 1984-2020



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

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: 2011-2021

---

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 (con cita previa durante a situación de prevención da COVID-19).

### **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 obtérase 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 cubrírase cun mantel limpo, absorbente e dun só uso. Sobre este mantel colocárase 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, deixárase na bolsa ata que vaia ser usado. Primeiro quitarase o frasco de solución reveladora da súa bolsa e despois de abrirose colocárase 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<sup>®</sup>).

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 2021 realizáronse 8.907 probas, das que 136 (1,5 %) foron «reactivas» e 46 presentaron un resultado «non válido».

**Táboa 17.** Probas rápidas anónimas do VIH segundo sexo, idade e principais prácticas de risco. Galicia 2011-2021\*

		TOTAL		REACTIVAS		NON REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	homes	5.174	58 %	111	82 %	5.063	58 %
	mulleres	3.720	42 %	25	18 %	3.695	42 %
	NC	13	0 %	0	0 %	13	0 %
IDADES	16-24 anos	2.261	25 %	31	23 %	2.230	25 %
	25-34 anos	3.279	37 %	57	42 %	3.222	37 %
	35-44 anos	2.276	26 %	29	21 %	2.247	26 %
	45-54 anos	829	9 %	16	12 %	813	9 %
	55-64 anos	198	2 %	2	1 %	196	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	2.322	26 %	83	61 %	2.239	26 %
	Heterosexual	5.903	66 %	45	33 %	5.858	67 %
	PID	103	1 %	3	2 %	100	1 %
	Outros e NC	579	7 %	5	4 %	574	7 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

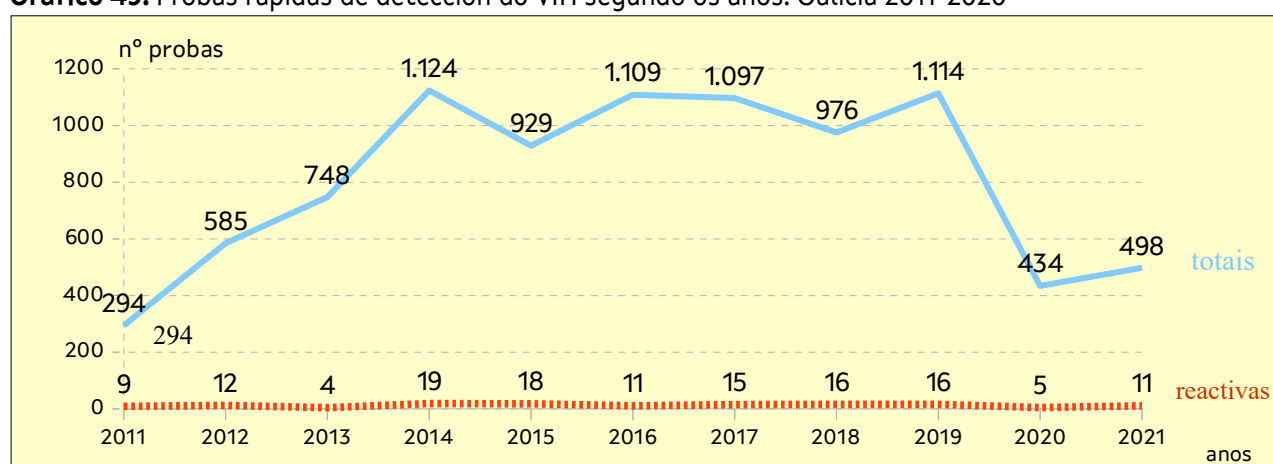
(\*) xuño de 2011 a decembro de 2021

4. PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2021

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 1,5 % (rango: 0,5 % en 2013 e 3,1 % en 2011).

**Gráfico 49.** Probas rápidas de detección do VIH segundo os anos. Galicia 2011-2020\*



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

(\*) xuño de 2011 a decembro de 2021

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 2011-2021\*

SATISFACCIÓN COA REALIZACIÓN DAS PROBAS RÁPIDAS ANÓNIMAS DO VIH	Número	%
	nada	1
pouco	4	0 %
bastante	613	7 %
moito	7.199	81 %
nc/ns	1.090	12 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

(\*) xuño de 2011 a decembro de 2021

# INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2005-2021

---

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) superaba os 490 millóns en

2016, 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 <sup>(1)</sup>.

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 clamidíase 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 <sup>(2)</sup>, constan os seguintes obxectivos específicos:

- Diminuír a incidencia anual de novos diagnósticos de infección polo VIH por debaixo de 4 casos/10<sup>5</sup> 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 infeccións polo VIH.
- Manter a incidencia anual da sida por debaixo de 0,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes.
- Diminuír a mortalidade anual polo VIH, non superando as 2 defuncións/10<sup>5</sup> habitantes.
- Manter a incidencia anual de sífilis por debaixo de 5 casos/10<sup>5</sup> 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/10<sup>5</sup> 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-buciais e están descritos brotes debidos a esta práctica de risco que afectaron principalmente a HSH.

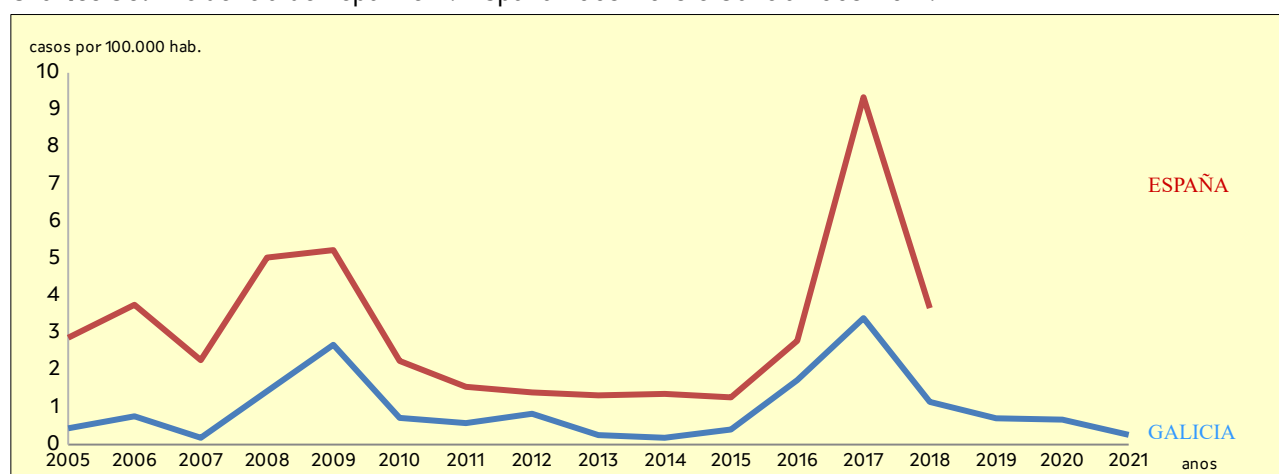
A pesar da dispoñibilidade dunha vacina contra a hepatite B, que diminuíu significativamente a incidencia nos países desenvolvidos, a infección segue a ser un problema de saúde pública mundial. A OMS calcula que, a comezos do século XXI, máis de 2.000 millóns de persoas se infectaron co VHB nalgún momento da súa vida; destas, sobre 296 millóns evolucionaron a hepatite crónica en 2019. Cada ano prodúcese catro millóns de casos clínicos agudos 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 <sup>(3)</sup>.

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 2018 <sup>(4)</sup>, a taxa é de 3,65 casos/10<sup>5</sup> 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 2019, a taxa é de 0,84 casos/10<sup>5</sup> habitantes <sup>(5)</sup>. No caso concreto da hepatite C en España nos anos 2017 e 2018, a prevalencia de anticorpos é de 0,85 % (IC 95 %: 0,64 % - 1,08 %) e a de infección activa do 0,22 % (IC 95 %: 0,12 % - 0,32 %) <sup>(6)</sup>.

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.

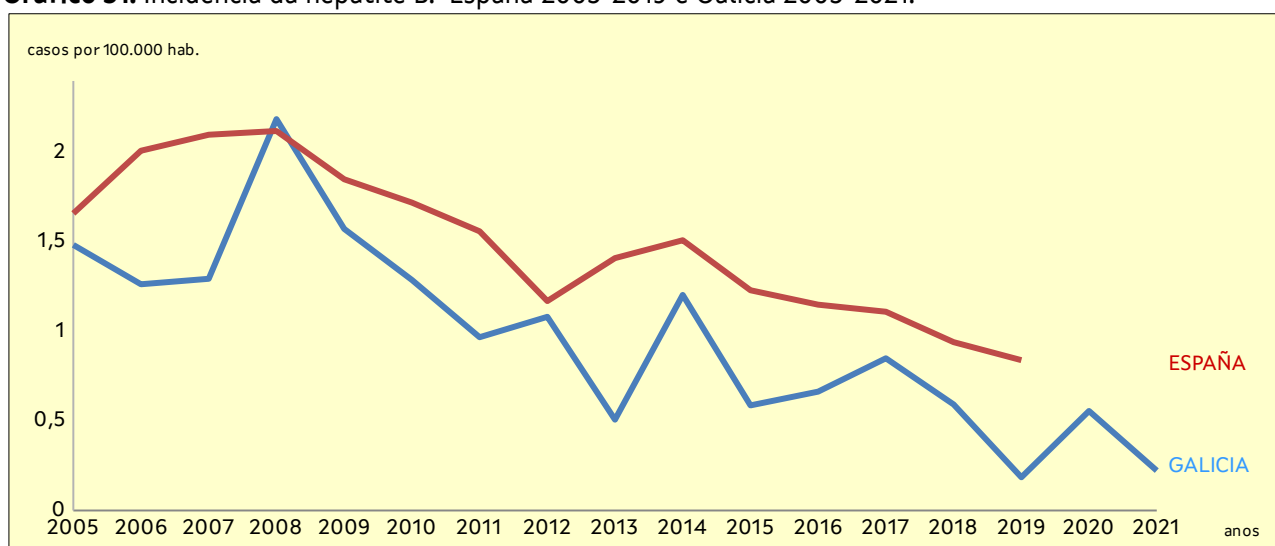
**Gráfico 50.** Incidencia de hepatite A. España 2005-2018 e Galicia 2005-2021.



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 2005-2019 e Galicia 2005-2021.



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

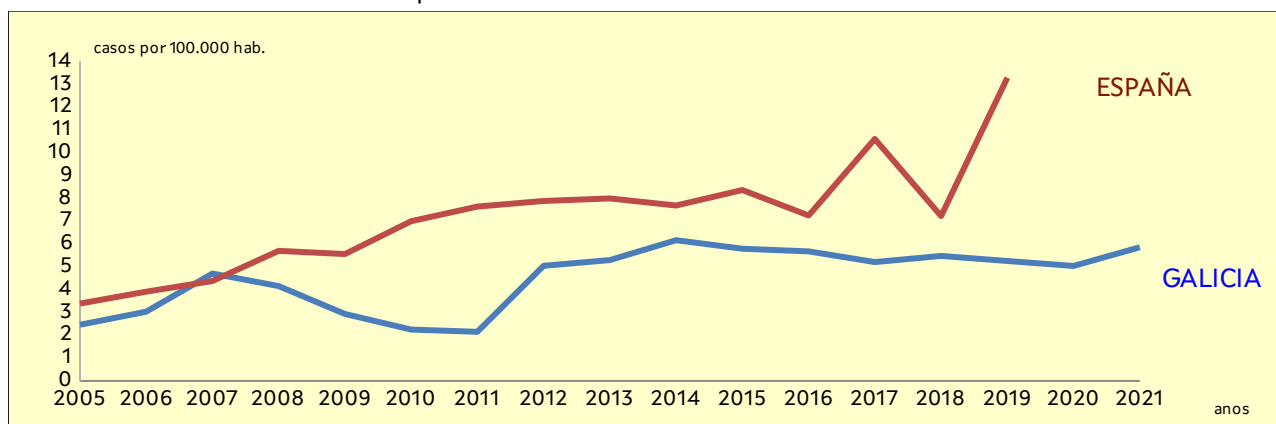
## SÍFILIS

Segundo a OMS, en 2020 infectáronse co *Treponema pallidum* 7,11 millóns de persoas <sup>(1)</sup>. No ano 2018, 29 países da EU/EEA comunicaron 33.927 novos casos de sífilis, o que supuxo unha taxa de 7,0 casos/10<sup>5</sup> habitantes; as taxas máis altas foron comunicadas por Malta, Luxemburgo, Reino Unido e España. Os casos en homes foron nove veces máis frecuentes e naqueles casos con información sobre a categoría da transmisión, o 69 % foron en HSH <sup>(7)</sup>.

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/10<sup>5</sup> habitantes (700 casos). A partir dese momento, empeza un ascenso con incrementos anuais continuados ata o ano 2019 no que se acadou unha taxa de 13,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes <sup>(8)</sup>.

**Gráfico 52.** Incidencia de sífilis. España 2005-2019 e Galicia 2005-2021.



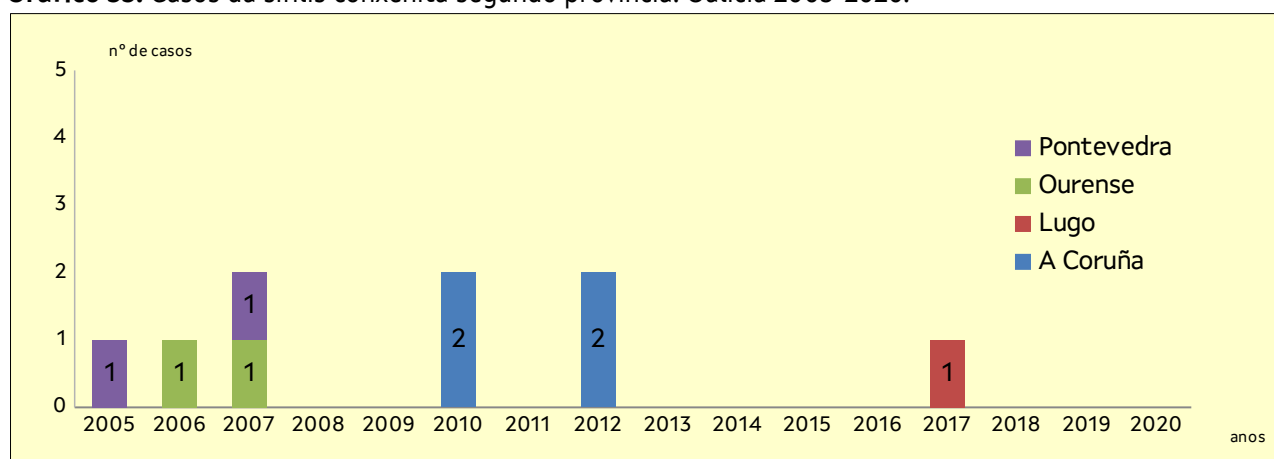
Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

Por outra banda, a lacra da sífilis conxénita en España continúa. Entre 2010 e 2019 rexistráronse 32 casos confirmados, o que supón unha taxa global de 0,76 por  $10^5$  nados vivos, e o 66 % das nais eran inmigrantes <sup>(9)</sup>.

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/ $10^5$  habitantes, que se atopa preto da incidencia de 1988 (5,4 casos/ $10^5$  habitantes). No ano 2008 comeza de novo unha tendencia decrecente que se mantén ata o ano 2011 (2,15 casos/ $10^5$  habitantes), a partir do cal se produce un aumento ata acadar no 2021 unha taxa de 5,9 casos/ $10^5$  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 9 casos de sífilis conxénita en Galicia.

**Gráfico 53.** Casos da sífilis conxénita segundo provincia. Galicia 2005-2020.



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2022)

## GONOCOCIA

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

A incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países da UE/EEA en 2018 foi de 26,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes (100.673 casos); as taxas máis altas foron comunicadas por Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Noruega, Islandia e Suecia. O 48 % dos casos notificados foron en HSH. Os homes representaron o 76 % de todos os casos comunicados e o 34 % dos casos danse en menores de 25 anos. A taxa anual incrementouse un 22 % de 2017 a 2018 <sup>(10)</sup>.

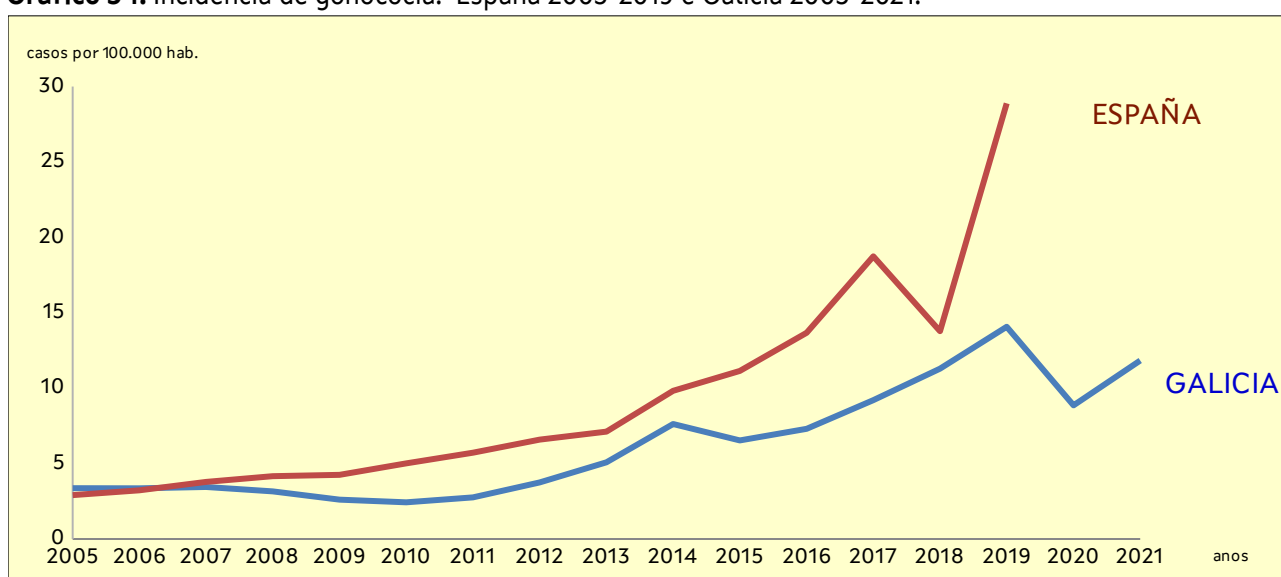
Ao analizar os datos en España de 1995 a 2019, obsérvase un marcado descenso nas taxas ata o ano 2001 seguido dun incremento continuado da incidencia a partires desa data. No ano 2019 notificáronse 12.359 casos de infección gonocócica (taxa de 28,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes) <sup>(8)</sup>.

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 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/10<sup>5</sup> habitantes, e seguiu diminuindo ata que en 2010 se acadou unha taxa de 2,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes (68 casos). A partir do 2010 prodúcese un incremento anual ata acadar unha taxa no 2021 de 11,8 (319 casos), incremento que se dá principalmente en varóns mozos.

**Gráfico 54.** Incidencia de gonococia. España 2005-2019 e Galicia 2005-2021.



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.

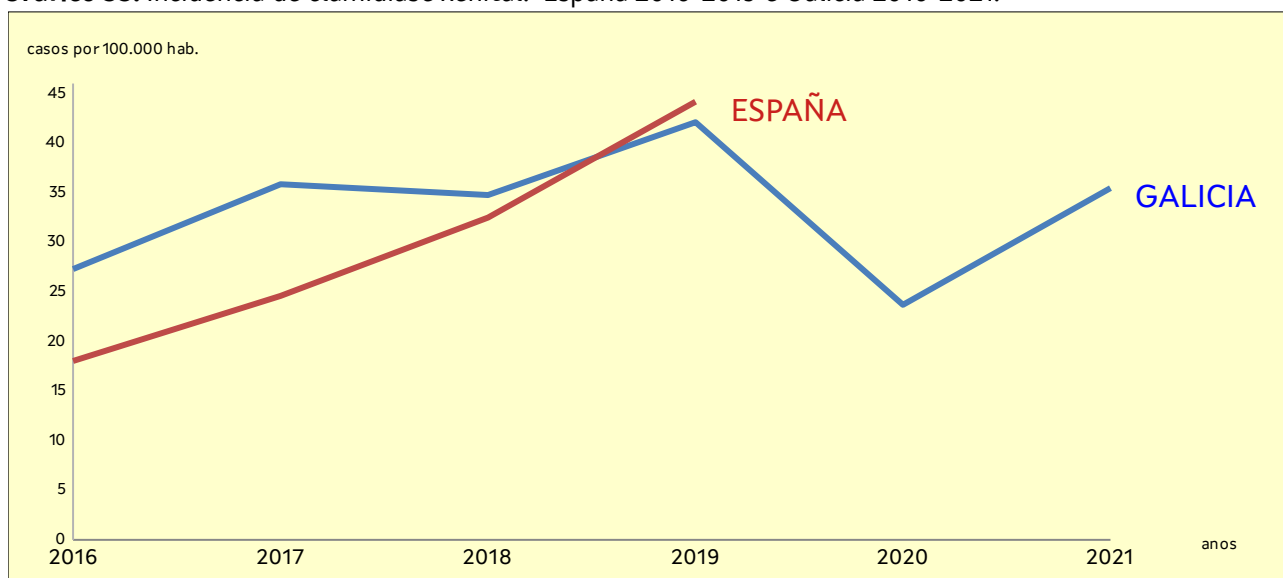
En Europa, a clamidíase é a ITS máis declarada. En 2018, notificáronse 406.406 casos, o que representou unha taxa de 146 casos/10<sup>5</sup> habitantes. Esta infección afecta principalmente á mocidade (o 39 % dos casos dáse en persoas de 20-24 anos) e a mulleres mozas, sendo o mecanismo de transmisión máis común as prácticas heterosexuais de risco <sup>(11)</sup>. 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 SIM do ISC III que, informan dun aumento da notificación anual; así, a modo de exemplo, no ano 2000 notificáronse 91 casos, no ano 2009, 844 casos, no ano 2016, 7.236 casos e en 2019 17.718 casos (taxa de 44,2 10<sup>5</sup> habitantes). A maioría dos casos prodúcese en poboación de 20 a 24 anos (28 %) e do sexo feminino <sup>(8)</sup>.

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 2016-2019 e Galicia 2016-2021.



(SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE)

## 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 (2.389 casos en 2018) relacionados principalmente con prácticas sexuais de risco en HSH infectados polo VIH (59 % de coinfección) <sup>(12)</sup>.

En España no 2019 rexistráronse 453 casos, cunha taxa de 1,24 por 10<sup>5</sup> habitantes, o 99 % eran homes e maioritariamente entre 25 e 44 anos <sup>(8)</sup>.

## Referencias:

- 1.- OMS. Infecciones de transmisión sexual. 22/11/2021. [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](https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6287/Plan_GalegoAntiVIH_galego.pdf)
- 3.- OMS. Hepatitis B. 27/07/2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- 4.- ISCIII. Enfermedades de declaración obligatoria. 04/12/2019. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/INFORMES20RENAVE/RENAVE\\_cierre\\_EDO\\_2018.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/INFORMES20RENAVE/RENAVE_cierre_EDO_2018.pdf)
- 5.- ISCIII. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España, 2019. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Hepatitis%20B/Vigilancia\\_HepatitisB\\_2019.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Hepatitis%20B/Vigilancia_HepatitisB_2019.pdf)
- 6.- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Guía de cribado de la infección por el VHC. Julio 2020. [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA\\_DE\\_CRIBADO\\_DE\\_LA\\_INFECION\\_POR\\_EL\\_VHC\\_2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECION_POR_EL_VHC_2020.pdf)
- 7.- European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. Annual epidemiological report for 2018. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-aer-2018.pdf>
- 8.- ISCIII. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2019. [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia\\_ITS\\_1995\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2019.pdf)
- 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 2018. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2018.pdf>
- 11.- European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. Annual epidemiological report for 2018. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-for-2018-STI-chlamydia.pdf>
- 12.- European Centre for Disease Prevention and Control. Lymphogranuloma venereum. Annual epidemiological report for 2018. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/lymphogranuloma-venereum-aer-2018.pdf>

# XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA:

## 1999-2021

---

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 gran prestixio internacional.

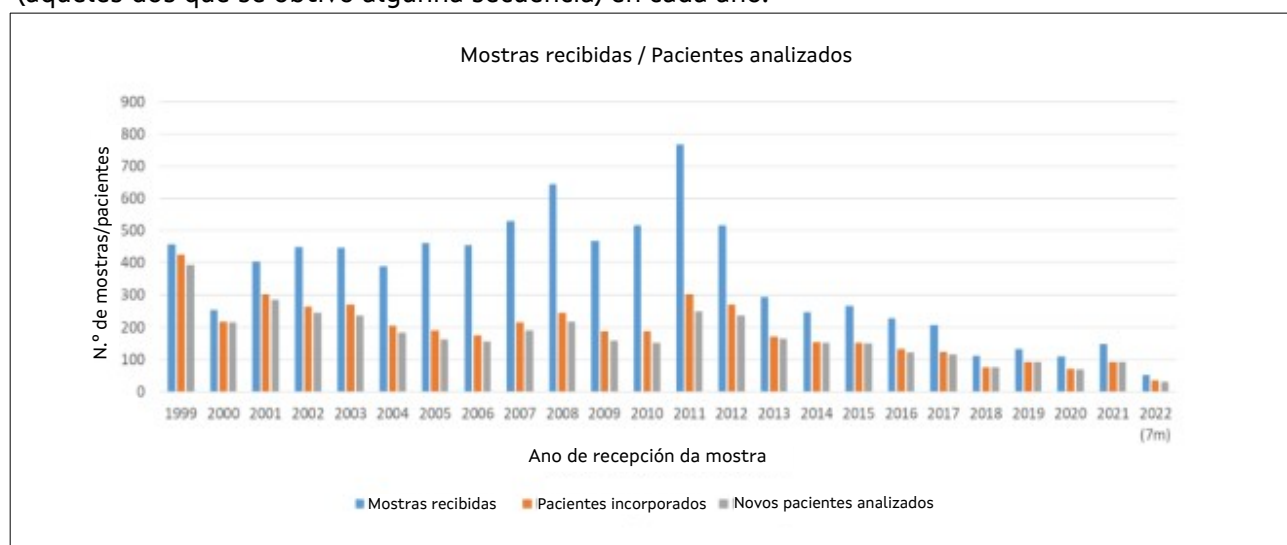
## 1. RESULTADOS

### 1.1. Mostras recibidas e probas realizadas

Dende 1999 recibíronse no Instituto de Salud Carlos III 8.546 mostras de 4.551 pacientes procedentes de hospitais de Galicia. Analizándose secuencias de 4.136 pacientes (91 %).

Solicitáronse 9.171 probas de xenotipado\*: 6.992 de determinación de resistencias en proteasa e retrotranscriptasa, 999 de resistencias en integrasa e 1.180 de predición xenotípica de tropismo. Ademais, todas as secuencias de VIH-1 obtidas analizáronse filoxeneticamente.

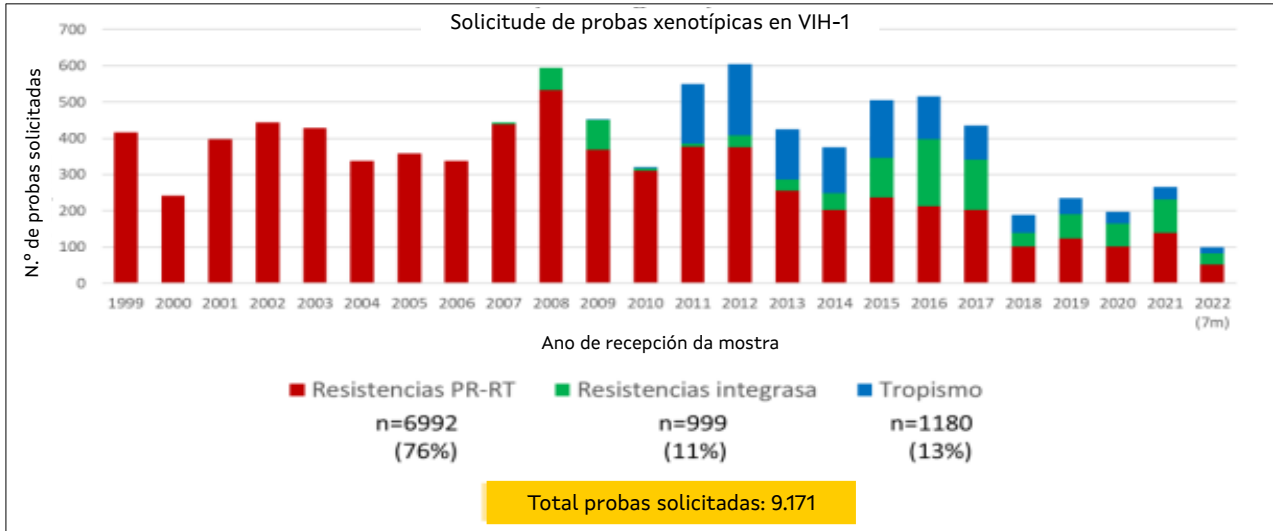
Fig. 1. Mostras recibidas, pacientes novamente incorporados e novos pacientes analizados (aqueles dos que se obtivo algunha secuencia) en cada ano.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

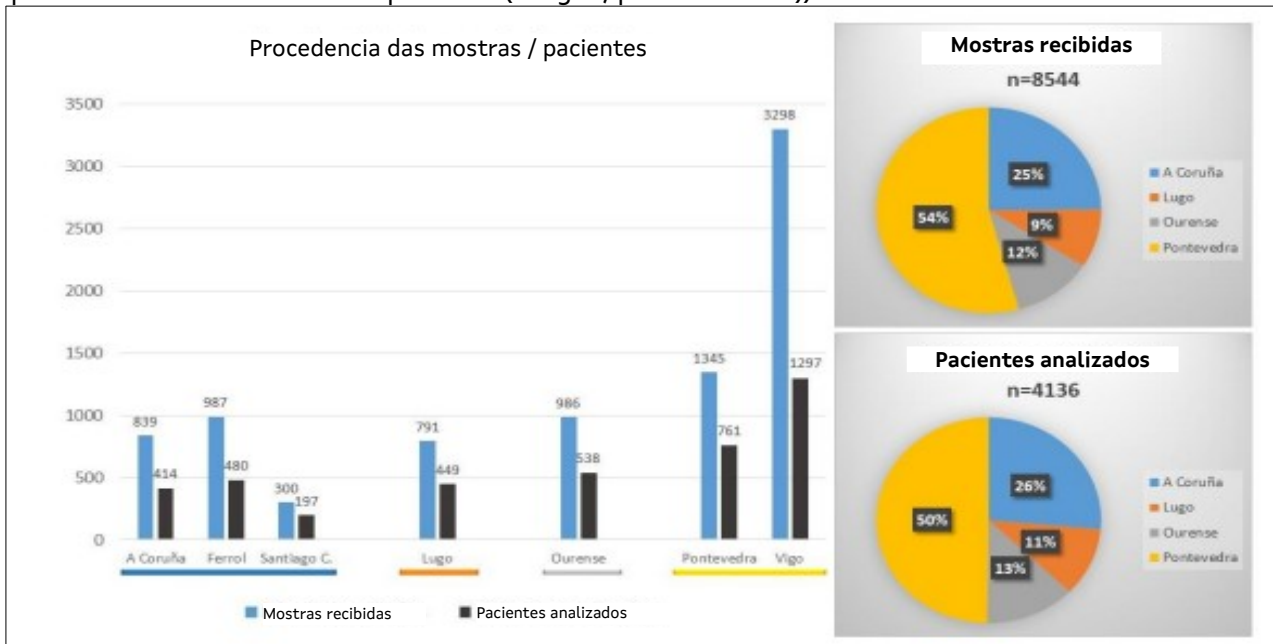
(\*) Os datos deste apartado de xenotipado foron aportados polos técnicos do Centro Nacional de Microbioloxía: Elena Delgado e Miguel Thompson.

Fig. 2. Probas solicitadas cada ano.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 3. Procedencia das mostras e dos pacientes. Esquerda: números totais dos hospitais de cada cidade. Dereita: proporcións de cada provincia. (A diferenza entre mostras recibidas e pacientes analizados débese ás mostras de seguimento dos pacientes e á participación nalgúns proxectos que requirían diferentes mostras do paciente (sangue, plasma e soro)).

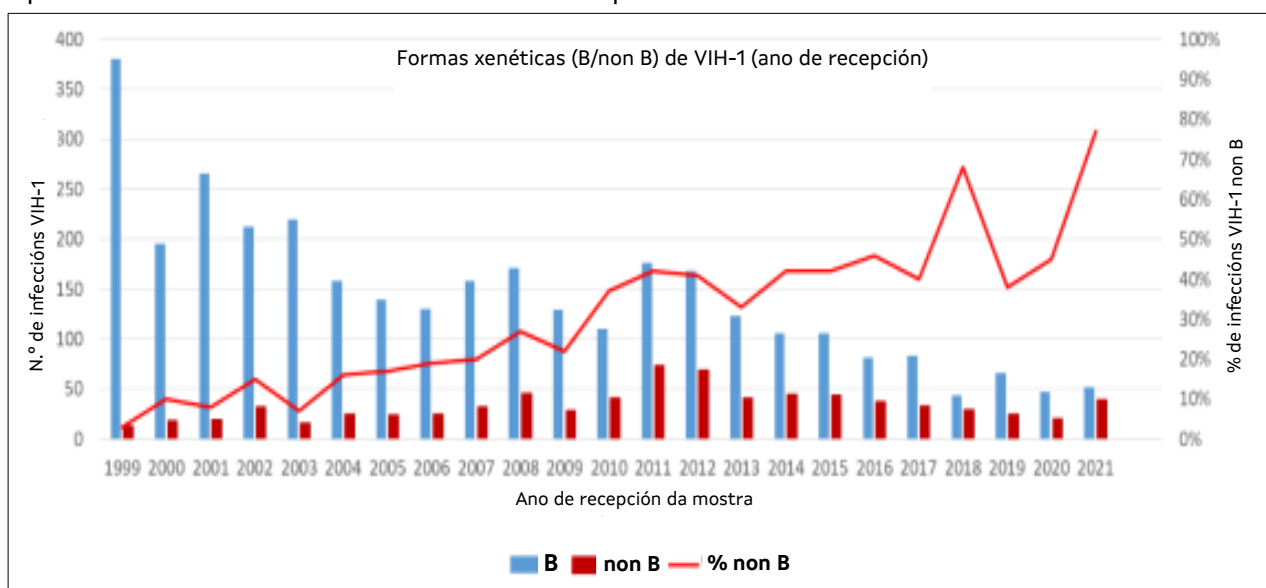


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

## 2.2. Formas xenéticas do VIH-1

Obsérvase un incremento progresivo da proporción de infeccións por formas xenéticas diferentes do subtipo B (Figs. 4 e 5), alcanzándose nos diagnósticos de 2021 unha proporción do 56 % (Fig. 5). Obsérvase unha gran diversidade de formas xenéticas (Figs. 6 e 7), coa expansión dende 2009 do subtipo F, que dende 2010 é a forma xenética non B máis frecuente, acadando o 29 % en 2021. 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, e 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.

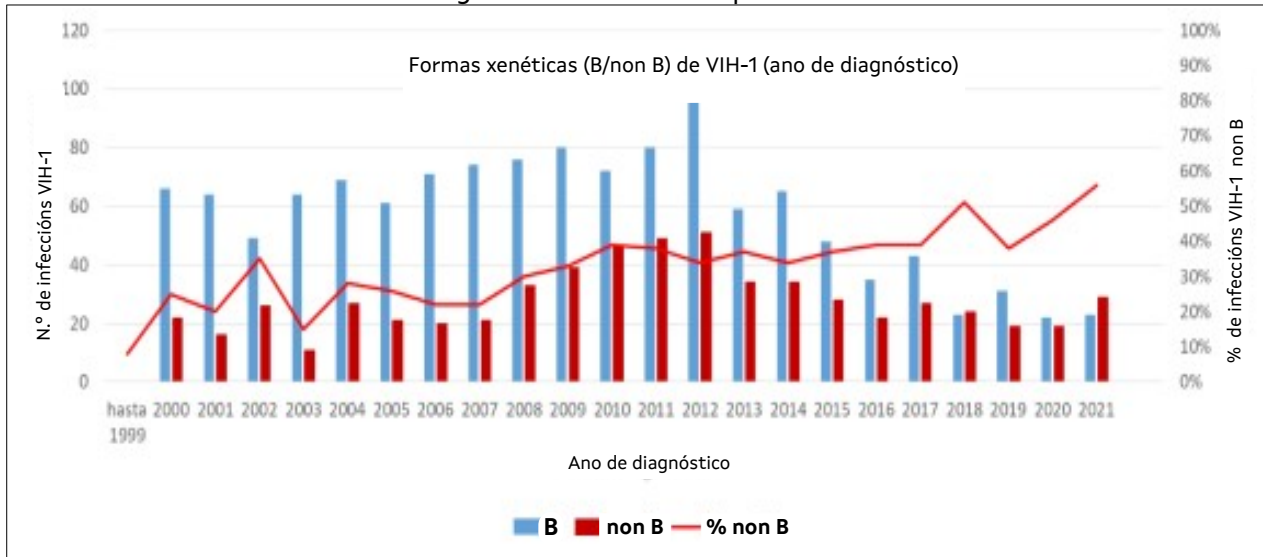
Fig. 4. Formas xenéticas do VIH-1. Números totais de subtipo B e formas xenéticas non B e porcentaxe de non B de acordo co ano de recepción da mostra.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

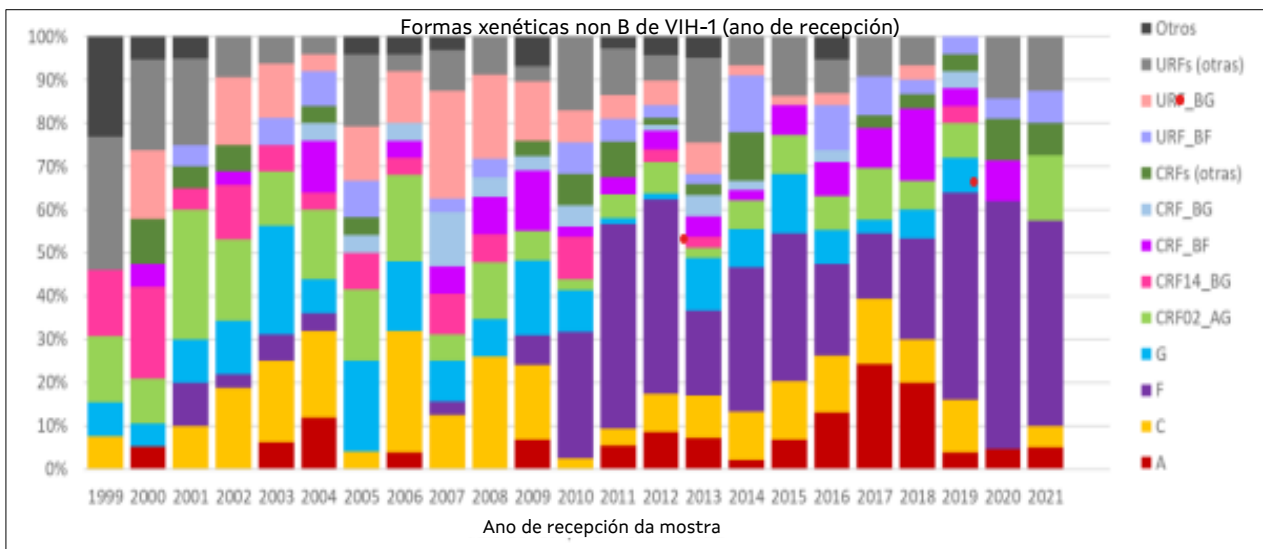


Fig. 5. Formas xenéticas do VIH-1. Números totais do subtipo B e formas xenéticas non B e porcentaxe de non B de acordo co ano de diagnóstico da infección por VIH.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

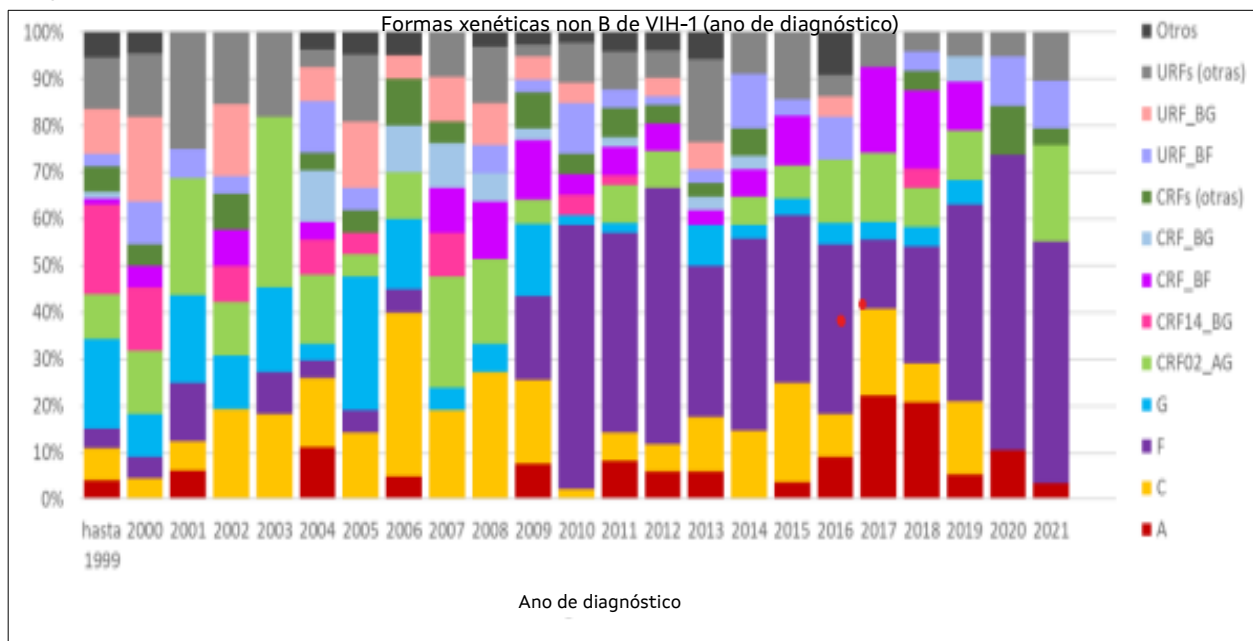
Fig. 6. Formas xenéticas non B do VIH-1. Porcentaxe de cada forma xenética de acordo co ano de recepción da mostra.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

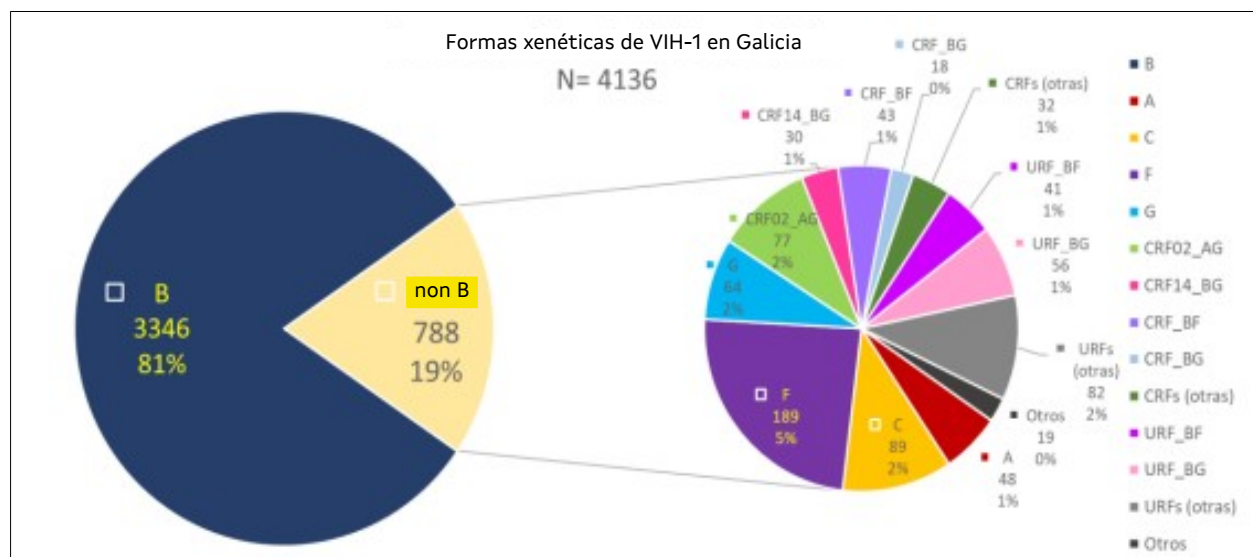
6. XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA: 1999-2021

Fig. 7. Formas xenéticas non B do VIH-1. Porcentaxe de cada forma xenética de acordo co ano de diagnóstico.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 8. Distribución global das formas xenéticas de VIH-1 detectadas en Galicia no período 1999-2021



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).

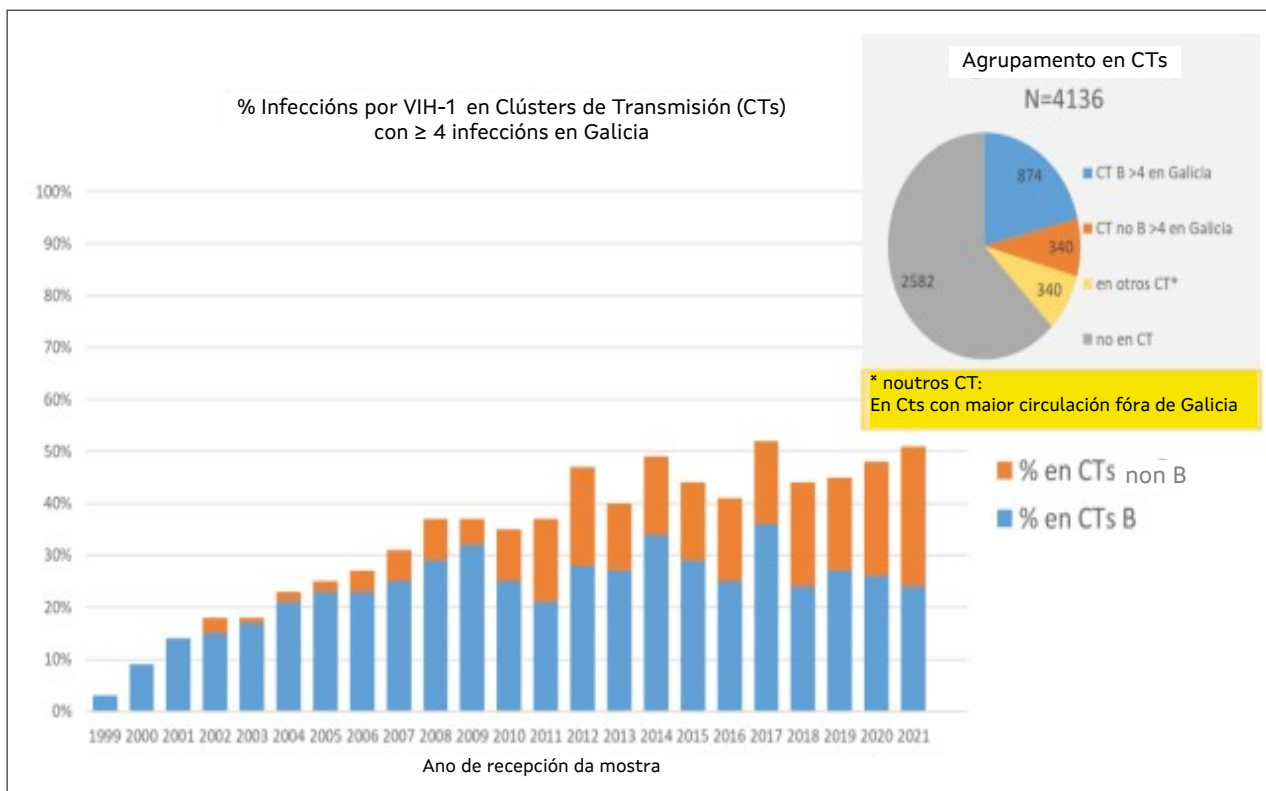
Dende o punto de vista biolóxico, a CRF14\_BG ten interese por ser a forma xenética do VIH-1 con máis alta frecuencia de tropismo a CXCR4 (90 % en novos diagnósticos), asociado a progresión clínica máis rápida e a resistencia ao fármaco antagonista do receptor CCR5 maraviroc. Posteriormente, describíuse 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 e están pendentes de publicación.

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. Clústers de transmisión

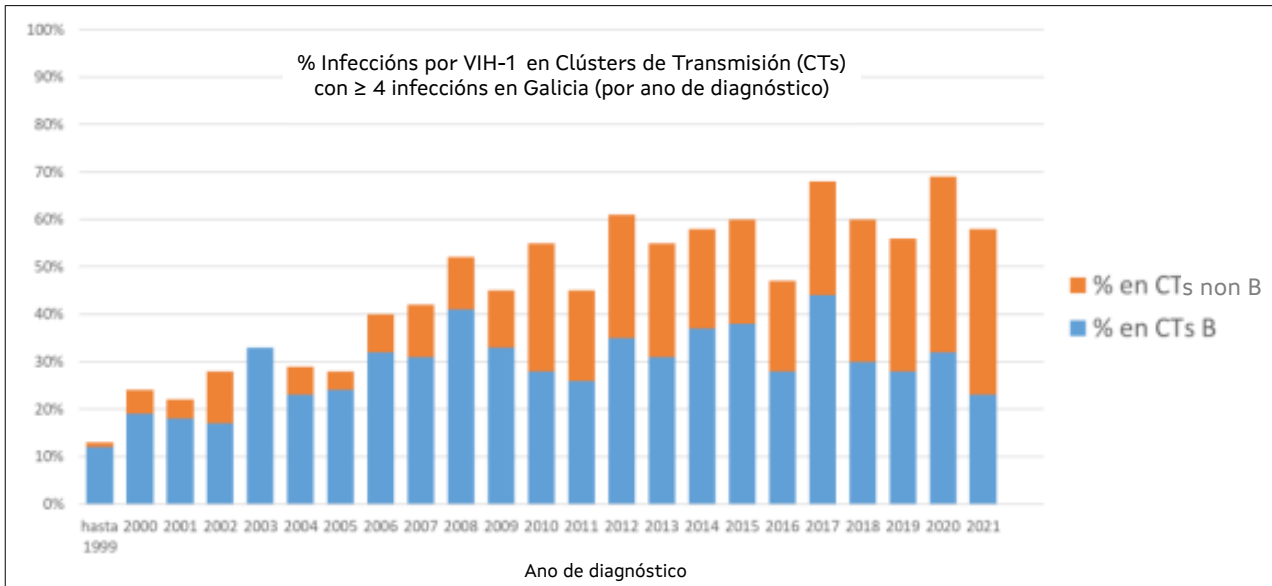
Obsérvase un incremento progresivo da proporción de infeccións por VIH-1 que agrupan en clústers de transmisión (CT) con 4 ou máis pacientes de Galicia ata 2012 (Figs. 9 e 10), estabilizándose dende entón ao redor do 60 % de novos diagnósticos (Fig. 10).

Fig. 9. Frecuencia de agrupamento en clústers de transmisión con  $\geq 4$  infeccións en Galicia de acordo co ano de recepción da mostra (esquerda) e distribución global, incluíndo mostras en clústers con  $< 4$  individuos de Galicia (dereita).



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 10. Frecuencia de agrupamento en clústers de transmisión con  $\geq 4$  infeccións en Galicia de acordo co ano de diagnóstico.

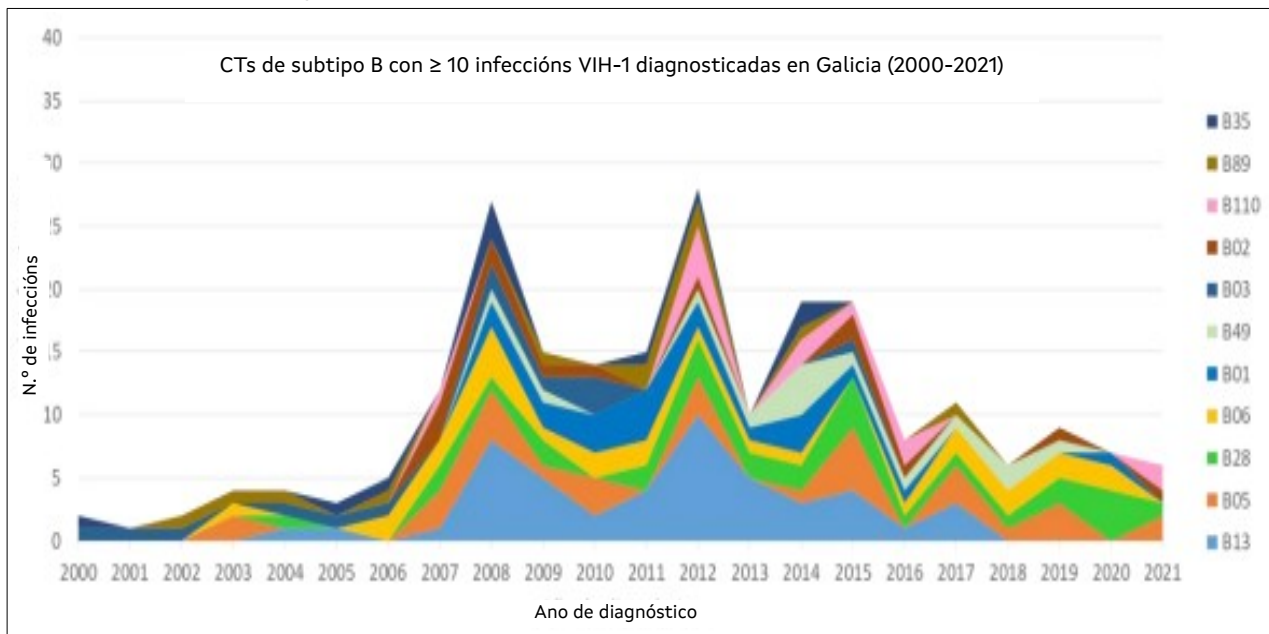


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Nos últimos dous anos, obsérvase un incremento da frecuencia de agrupación en clústers de subtipos non B, debido ao resurximento do clúster F1\_1. Nas figuras 11 e 12 móstrase a evolución do número de diagnósticos pertencentes a clústers de subtipo B e non B con 10 ou máis pacientes de Galicia, con individualización dos clústers, observándose un grande incremento nos clústers B a partir de 2007 e nos non B a partir de 2009, coincidindo nestes últimos coa expansión do clúster F1\_1. Dende 2013 obsérvase un descenso no número de infeccións que agrupan en clústers de 10 ou máis individuos de Galicia, pero esta tendencia revértese nos clústers 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.

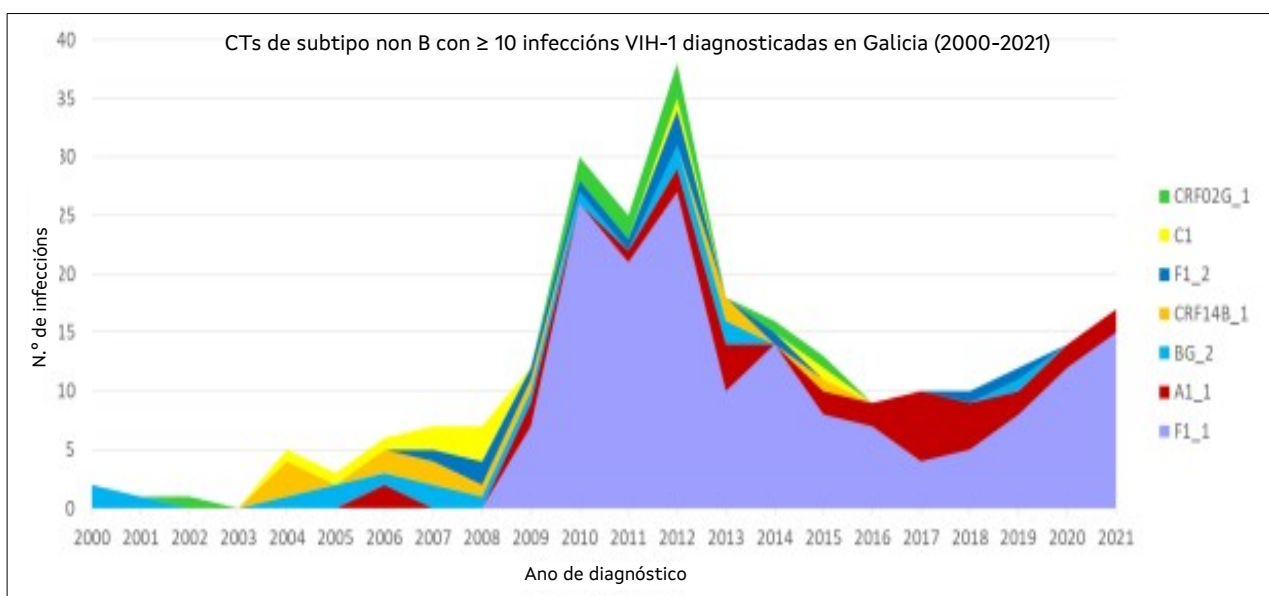
6. XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA: 1999-2021

Fig. 11. Número de infeccións en clústers de transmisión de subtipo B con  $\geq 10$  infeccións en Galicia de acordo co ano de diagnóstico.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 12. Número de infeccións en clústers de transmisión de subtipos non B con  $\geq 10$  infeccións en Galicia de acordo co ano de diagnóstico.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

#### 1.4. Resistencias a antirretrovirais

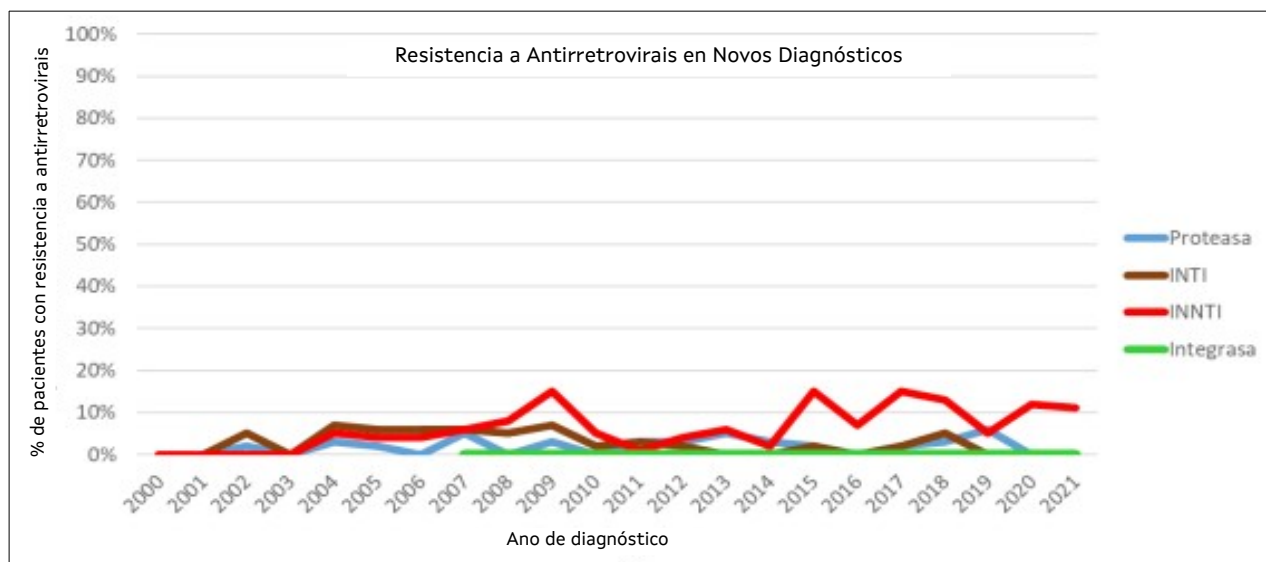
Nas figuras 13 e 14 móstrase a evolución da frecuencia de resistencias a distintas clases de antirretrovirais no total de mostrás analizadas (Fig. 13) e nos novos diagnósticos (ND) de infección por VIH (Fig. 14). Dende o punto de vista de saúde pública, as resistencias transmitidas, observadas nos NDs, 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. 13. Evolución ao longo dos anos das porcentaxes do total de mostrás con resistencias a inhibidores de proteasa, transcriptasa inversa e integrasa, relativo ao total de mostrás analizadas en cada fragmento.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 14. Evolución ao longo dos anos das porcentaxes de pacientes con novo diagnóstico de infección por VIH con resistencias a inhibidores de proteasa, inhibidores nucleosídicos de transcriptasa inversa (INTI), inhibidores non nucleosídicos de transcriptasa inversa (INNTI) e inhibidores de integrasa, relativos ao total de mostras de novos diagnósticos analizadas en cada fragmento.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

## 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 asóciase 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.

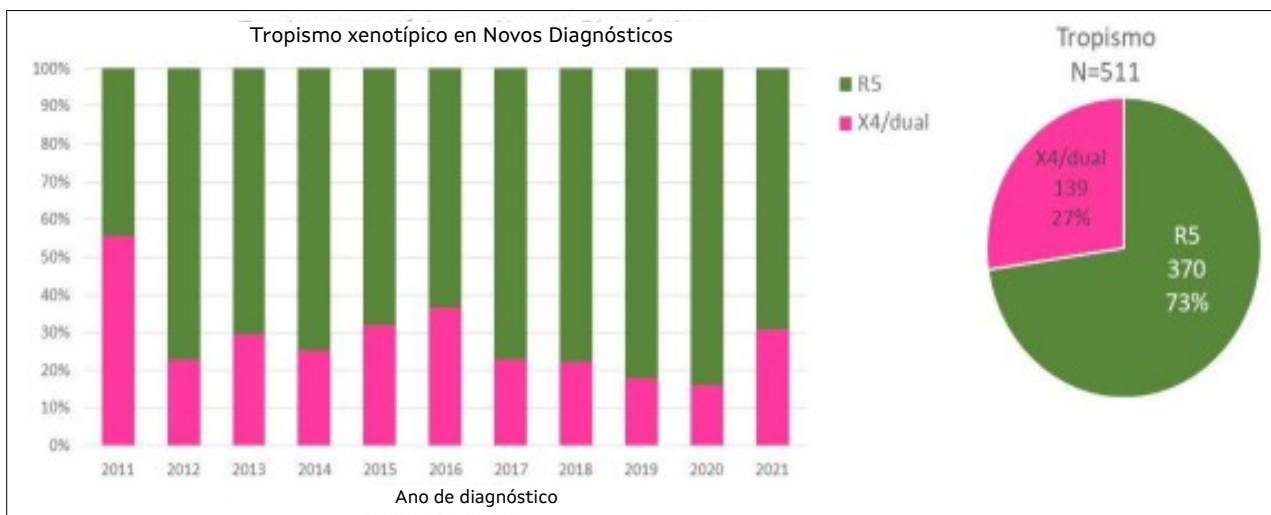


Fig. 15. Porcentaxes de mostras totais analizadas con predición de tropismo xenotípico R5 ou X4/dual R5X4/mestura R5+X4. Esquerda: evolución anual entre 2011 e 2021. Dereita: proporcións globais de infeccións con virus CCR5-trópicos puros e CXCR4-trópicos.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 16. 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 2021. 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, acadándose o 56 % nos diagnósticos de 2021.
2. O subtipo non B predominante en Galicia dende 2010 é o F1, que representa en 2020 e 2021 o 63 % e 52 %, respectivamente, das infeccións por subtipos non B, e o 29 % (os dous anos) do total de infeccións.
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. Describíronse en Galicia 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. Posteriormente describíronse en Galicia outras 3 novas CRFs.
5. A proporción de infeccións que agrupan en clústers foise incrementando progresivamente, acadando porcentaxes ao redor do 60 % nos novos diagnósticos dos últimos anos. Nos últimos dous anos obsérvase un incremento de agrupamento en clústers non B, principalmente debido ao resurximento do clúster F1\_1.
6. A proporción de virus resistentes a antirretrovirais en NDs mantense estable nos últimos 7 anos ao redor do 10-15 %, a maioría deles con resistencias a INNTIs. 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 dos sanitarios que colaboran coa Dirección Xeral de Saúde Pública. A maioría destes profesionais da saúde 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



