

Informe VIH y otras ITS en Galicia 2022

Infecciones por el VIH: 2004-2021
Altas hospitalarias en relación con el VIH: 2000-2021
Mortalidad por el VIH: 1984-2020
Pruebas de detección rápidas del VIH: 2011-2021
Infecciones de transmisión sexual no VIH: 2005-2021
Genotipado del VIH-1: 1999-2021



Informe VIH y otras ITS en Galicia 2022

Infecciones por el VIH: 2004-2021

Altas hospitalarias en relación con el VIH: 2000-2021

Mortalidad por el VIH: 1984-2020

Pruebas de detección rápidas del VIH: 2011-2021

Infecciones de transmisión sexual no VIH: 2005-2021

Genotipado del VIH-1: 1999-2021

XUNTA DE GALICIA

Cita:

Dirección Xeral de Saúde Pública. Informe VIH-sida en Galicia 2022 [monografía en Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2022. Disponible en: <http://www.sergas.es/saude-publica/informes-epidemiológicos-de-vih-sida>

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

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2022

ABREVIATURAS.....	7
PRESENTACIÓN.....	9
RESUMEN EJECUTIVO.....	11
INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021.....	15
LA INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021.....	16
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA, POR SEXO Y EDAD DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.....	18
CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN EN LA INFECCIÓN POR EL VIH.....	23
ESTADIO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.....	32
PAÍS DE ORIGEN DE LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH.....	35
DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.....	38
EL SIDA EN GALICIA: 1984-2021.....	44
PRINCIPALES CONCLUSIONES.....	50
ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2021.....	51
METODOLOGÍA.....	51
RESULTADOS DEL PERÍODO 2000 A 2021.....	52
PRINCIPALES CONCLUSIONES.....	67
MORTALIDAD POR EL VIH EN GALICIA: 1984-2020.....	69
RESULTADOS DEL AÑO 2020.....	70
RESULTADOS DEL PERÍODO 1984-2020.....	72

PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DEL VIH EN GALICIA: 2011-2021.....	77
DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DEL VIH EN GALICIA.....	79
PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUIDO ORAL....	81
RESULTADOS DE LA PRUEBA RÁPIDA ANÓNIMA DEL VIH EN GALICIA.....	85
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO VIH EN GALICIA: 2005-2021.....	87
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE GALICIA.....	89
HEPATITIS VÍRICAS.....	91
SÍFILIS.....	94
GONOCOCIA.....	96
CLAMIDIASIS GENITAL.....	98
LINFOGRANULOMA VENÉREO.....	99
GENOTIPADO DEL VIH-1 EN GALICIA: 1999-2021.....	101
RESULTADOS.....	102
CONCLUSIONES.....	114

ABREVIATURAS

CIAP 2	Clasificación internacional de enfermedades 2. ^a edición
CIE10-MC	Clasificación internacional de enfermedades 10. ^a revisión-modificación clínica
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CR	Cambio relativo
Desc.	Desconocidos
DE	Desviación estándar
DT	Diagnóstico tardío
DXSP	Dirección Xeral de Saúde Pública
EDO	Enfermedades de declaración obligatoria
Enf.	Enfermedades
EU/EEA	European Union/European Economic Area
Hetero.	Heterosexual
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISC III	Instituto de Salud Carlos III
LGV	Linfogranuloma venéreo
NC	No consta
PID	Personas que se inyectan drogas
RGVSP	Red gallega de vigilancia en salud pública
SIAC AP	Sistema de información de análisis complejos de atención primaria

Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDIVIHG	Sistema de información de los diagnósticos sobre la infección por el VIH de Galicia
SIM	Sistema de información microbiología
SXNOE	Sistema general de notificación obligatoria de enfermedades
TAR	Terapia antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de grande actividad
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VHS	Virus del herpes simple
VPH	Virus del papiloma humano

PRESENTACIÓN

Este informe que ahora presentamos es la continuación de una serie de ediciones anuales en que se publican los datos epidemiológicos del impacto en Galicia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde que se produjeron los primeros casos de sida en nuestra comunidad autónoma en el año 1984.

El salto cualitativo en el registro de la enfermedad que supuso el Sistema de información gallego sobre la infección por el VIH nos ha permitido conocer mejor su forma de transmisión y, en consecuencia, adoptar medidas más ajustadas a la realidad para hacerle frente y disminuir su impacto.

Esta nueva forma de registrar la enfermedad nos pone de manifiesto que los patrones de transmisión de esta infección están variando, al igual que ocurre en el resto de España y en el mundo occidental. Mientras que los registros anteriores (casos de sida) nos mostraban esta enfermedad vinculada a la utilización compartida de material de inyección de drogas, el registro de VIH nos muestra que actualmente en Galicia la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana deriva fundamentalmente de relaciones sexuales sin preservativo. Destacamos además que el diagnóstico de casos de infección por el VIH transmitida entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se incrementa, entre 2004 y 2021, un 2,4 % cada año.

A partir de 2019 sólo tenemos un único registro de casos de infección y de enfermedad (sida), que se denomina Sistema de información de los diagnósticos de infección por el VIH de Galicia (SIDIVIHG), que ha entrado en vigor según el Decreto 136/2018, de 4 de octubre, por lo que se crea y se regula el SIDIVIHG. De manera que los casos nuevos de infección por el VIH se declararan fundamentalmente, de un modo automatizado, desde los laboratorios de microbiología de los hospitales del SERGAS lo que hará que dejemos de tener una conocida infradeclaración (casos no declarados por los sanitarios, pérdidas de casos registrados en papel que no llegan a la Dirección Xeral de Saúde Pública, etc.) de casos que existía en años anteriores.

Casi la mitad de los nuevos casos de infección por el VIH presentan diagnóstico tardío (DT: cifras de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación de la infección por el virus) lo que motiva la necesidad de promover la prueba diagnóstica del VIH entre la población adulta en los centros de salud de Galicia.

El conocimiento de este nuevo patrón epidemiológico es, sin duda, de suma importancia para el establecimiento de medidas de lucha contra la enfermedad. Es obvio que los mecanismos de prevención —primaria o secundaria— de esta infección son ahora diferentes de los que existían inicialmente y la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade ha adaptado ya sus estrategias de intervención a esta nueva realidad, como es el caso de la realización de una campaña de detección anónima del VIH mediante técnicas rápidas en fluido oral que realizan diversas ONG gallegas.

La difusión del informe de forma anual es un elemento más —e importante— para conseguir los objetivos estratégicos de la Consellería de Sanidade en lo relativo a esta infección/enfermedad. La utilización de este documento como una herramienta más de trabajo por parte de los distintos implicados en su manejo —desde el ámbito asistencial o asociativo— permitirá seguir avanzando en esa tendencia descendente ya iniciada hace años gracias al trabajo de todos y cada uno de ellos.

No quiero finalizar sin expresar mi más sincero agradecimiento a todos los profesionales de los distintos ámbitos que, con su colaboración, ayudan a mantener al día el registro para mejorar el conocimiento de la situación epidemiológica de la infección y poder así anticiparnos a ella en la busca de su progresiva disminución en nuestra población.

Carmen Durán Parrondo

Directora xeral de Saúde Pública

Objetivos del informe

- Cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y su evolución temporal.
- Cuantificar los nuevos diagnósticos de casos de sida y su evolución temporal.
- Describir la morbilidad por el VIH.
- Describir la mortalidad por el VIH.
- Evaluar los datos de las pruebas rápidas de detección del VIH en personas que no suelen acudir al sistema sanitario.
- Cuantificar los nuevos diagnósticos de infección de transmisión sexual no VIH más importantes (sífilis, gonococia, hepatitis víricas y clamidiasis genital).

Ámbito geográfico, población y períodos de estudio

Se recogen los nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las personas residentes en Galicia desde 2004 a 2021 y de los casos de sida desde 1984 a 2021.

La mortalidad se refiere al período de 1984 a 2020 y la morbilidad al de 2000 a 2021.

Las pruebas rápidas de detección del VIH son de 2011 a 2021.

Metodología y análisis de los datos

Se hace un análisis descriptivo de los datos que facilitan los médicos en ejercicio en el ámbito territorial de la comunidad gallega y se envían a la Dirección Xeral de Saúde Pública sin identificadores personales, por lo que es muy posible que no se puedan eliminar todos los posibles duplicados que se pudiesen generar.

Las principales variables de análisis fueron: año de diagnóstico del VIH y del sida, edad en el momento de diagnóstico del VIH, sexo, categoría de transmisión, provincia de origen y número de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico de infección por el VIH.

En el análisis se pone especial atención en el diagnóstico tardío (personas con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación de la infección por el VIH).

Los datos no se corrigieron por retraso en la notificación, lo que puede afectar a la interpretación de las tendencias, sobre todo en el último año.

Para la información de morbilidad se usó el conjunto mínimo básico de datos de Galicia.

Los datos de pruebas rápidas de detección del VIH proceden de unas encuestas que cubren las entidades colaboradoras con la Dirección Xeral de Saúde Pública en la realización de estas pruebas.

Principales resultados

Entre 2004 y 2021 se registraron en Galicia 3.159 nuevos diagnósticos de infección por el VIH, con una media anual de 176 infecciones, lo que representa una incidencia anual media de 6,37 casos por 100.000 habitantes (por debajo de la incidencia del conjunto de las comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente al Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH autonómicos, que fue de 9,8 casos por 100.000 habitantes y año en el período 2004 a 2021), de los que las cuatro quintas partes fueron hombres y la edad media fue de 38 años.

La práctica de riesgo más asociada con la infección por el virus en los diecisiete años analizados fue la de las relaciones sexuales en el 80 % de las ocasiones (44 % entre hombres que tienen sexo con otros hombres -HSH- y 36 % heterosexual), las infeccio-

nes por compartir material de inyección para drogas suponen el 14 % de los casos registrados de nueva infección por el VIH (presentando una tendencia descendente, con un cambio relativo –CR– de un 15 % anual). Además, si consideramos aisladamente el sexo masculino, es mucho más frecuente la transmisión por relaciones entre HSH (54 %) que por la vía heterosexual (26 %).

El 50 % de los infectados presentaba diagnóstico tardío (DT) cuando fue diagnosticado y en los años 2020 y 2021, años de la pandemia por COVID-19, el DT es mayor del 60 %.

Aunque ralentizada en los últimos años continúa la tendencia descendente de los nuevos casos de sida que comenzará en el año 1997 por la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad.

De 2000 a 2021 se ha observado una importante disminución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH y la mayoría de estas personas ingresaba por patologías no relacionadas con el virus (disminuyen las hospitalizaciones con diagnóstico principal de infección por el VIH, así como aquellas de enfermedades definitorias de sida, y aumentan las altas por otras enfermedades no relacionadas con el VIH –desde 2015 más del 80 % de los ingresos eran por patologías no relacionadas con el VIH–).

La mortalidad desde 2008 se sitúa por debajo de las 3 muertes por 100.000 habitantes, mayoritariamente en personas de 25 a 49 años.

Un 1,5 % de las pruebas rápidas de detección del VIH fueron reactivas.

En relación con la sífilis y gonococia se observa un pequeño aumento en la tendencia anual, pero siempre por debajo de las cifras de casos de toda España. El último caso de sífilis neonatal notificado es del año 2017.

Conclusiones

- El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual.
- La transmisión del VIH entre HSH es la categoría más relevante.
- El retraso diagnóstico es muy importante, mayoritariamente cuando la transmisión es por mantener prácticas sexuales no seguras.
- Los casos de sida se mantienen en niveles aceptables.
- La mortalidad por el VIH sigue disminuyendo poco a poco.
- Las tasas de nuevos diagnósticos por el VIH son menores que las de España.
- El 1,5 % de las pruebas rápidas de detección del VIH fueron reactivas, facilitando el diagnóstico precoz de la infección y la posibilidad de llegar a colectivos con escaso contacto con los servicios de salud.
- La transmisión de la sífilis y la gonococia muestra una ligera tendencia al aumento.

INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

En el informe de los nuevos casos de infección por el VIH en Galicia se analizan los datos sobre las personas a las que se les diagnosticó la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en nuestra comunidad y que fueron registrados en el Sistema de información de los diagnósticos de infección por el VIH de Galicia (SIDIVIHG).

Este informe recoge información sobre los nuevos diagnósticos de la infección por el VIH en Galicia durante los años 2004 a 2021, datos que son facilitados por el personal médico en ejercicio en el ámbito territorial de la comunidad gallega (tal como se recoge en el Decreto 136/2018, de 4 de octubre, por el que se crea y se regula el SIDIVIHG), lo que permite conocer la evolución temporal y geográfica de la infección y su distribución entre la población con diferentes prácticas de riesgo.

La información registrada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para los fines previstos en el fichero denominado Sistema de información y vigilancia de problemas de salud pública.

Metodológicamente se hace un análisis descriptivo y se calculan las tasas* de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes, para lo que se tienen en cuenta los diferentes padrones correspondientes a cada año, y cuyas principales variables de estudio son: año de diagnóstico, edad cuando se diagnostica el VIH, sexo, categoría de transmisión, provincia de origen y número de linfocitos CD4.

En el análisis se pone especial atención al diagnóstico tardío (pacientes con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación de la infección por el VIH).

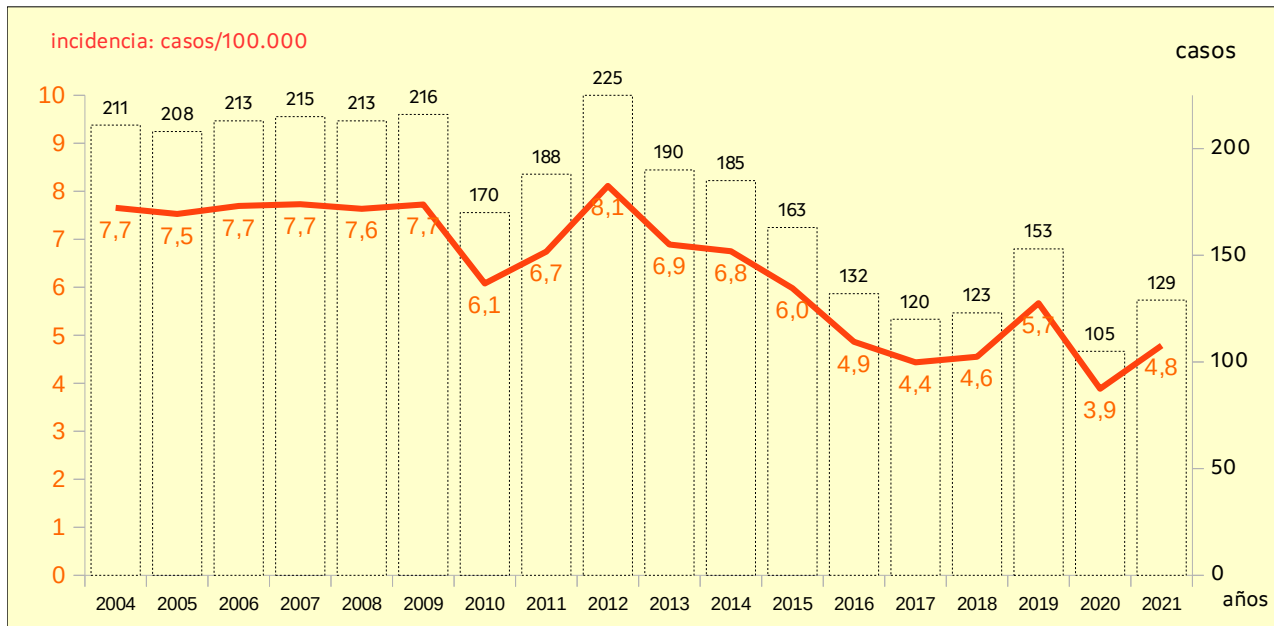
* Todas las tasas que se citan en este informe sobre el diagnóstico de infección por el VIH en Galicia 2004-2021 tienen en cuenta poblaciones a partir de la interpolación de los datos del padrón correspondientes y están referidos al 1 de julio de cada año.

Los datos presentados no se corrigen por atraso en la notificación, por lo que debemos valorar menos profundamente los datos del último año de registro.

LA INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

En Galicia se registraron 3.159 casos de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana entre los años 2004 y 2021, con una media de 176 infecciones anuales, lo que representa una incidencia anual de 6,37 casos por 100.000 habitantes (por debajo de la incidencia del conjunto de las comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente al sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH, que fue de 9,8 casos por 100.000 habitantes y año en el mismo período).

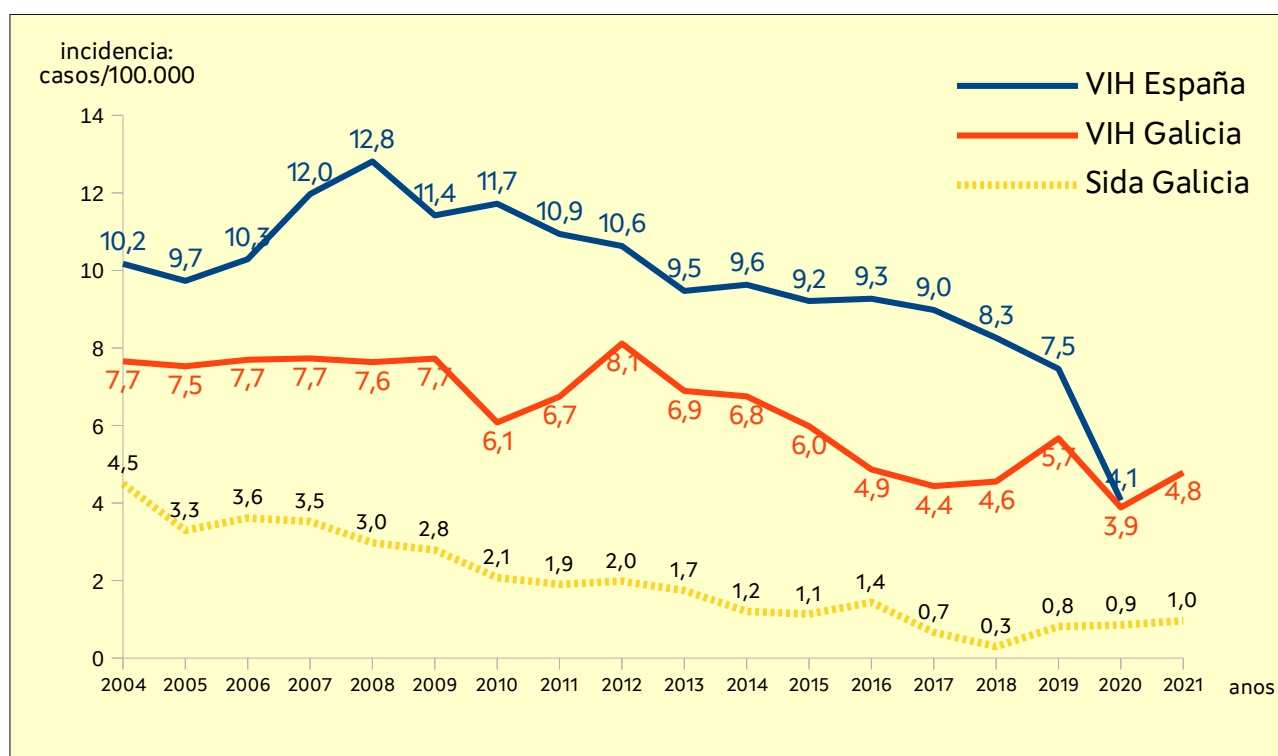
Gráfico 1. Número de casos e incidencia de infección por el VIH según año de diagnóstico. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Se observa una incidencia estable hasta 2012, año a partir del cual se constata una clara disminución de casos de infección. Con un aumento de casos de infección en 2019 debidos, probablemente, a la declaración de los casos automáticamente desde los laboratorios de microbiología de los diferentes hospitales del SERGAS lo que evita la infradeclaración de casos que se producía hasta ese año (esa infradeclaración en España se estima entre un 10 % y un 20 % anual).

Gráfico 2. Incidencia de infección por el VIH y sida por año de diagnóstico. Galicia es España* 2004-2021

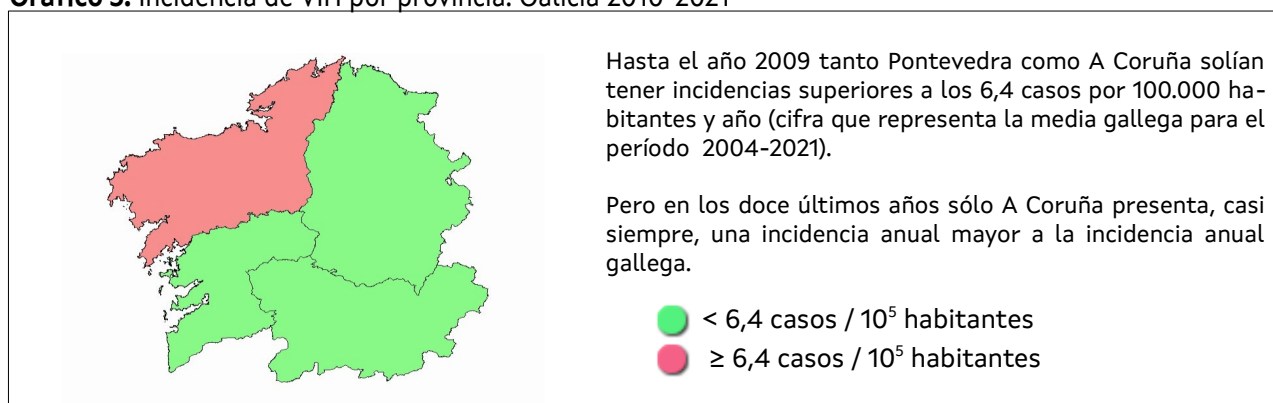


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022) (*) España hasta 2020

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA, POR SEXO Y EDAD EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

Según la distribución geográfica entre 2004 y 2021, A Coruña y Pontevedra son las provincias con mayor incidencia de infección por el VIH, con unas incidencias medias anuales de 7,2 y 6,5 casos/10⁵, respectivamente. Pero desde 2010 sólo A Coruña presenta, casi siempre, incidencias anuales por encima de la media de cada año.

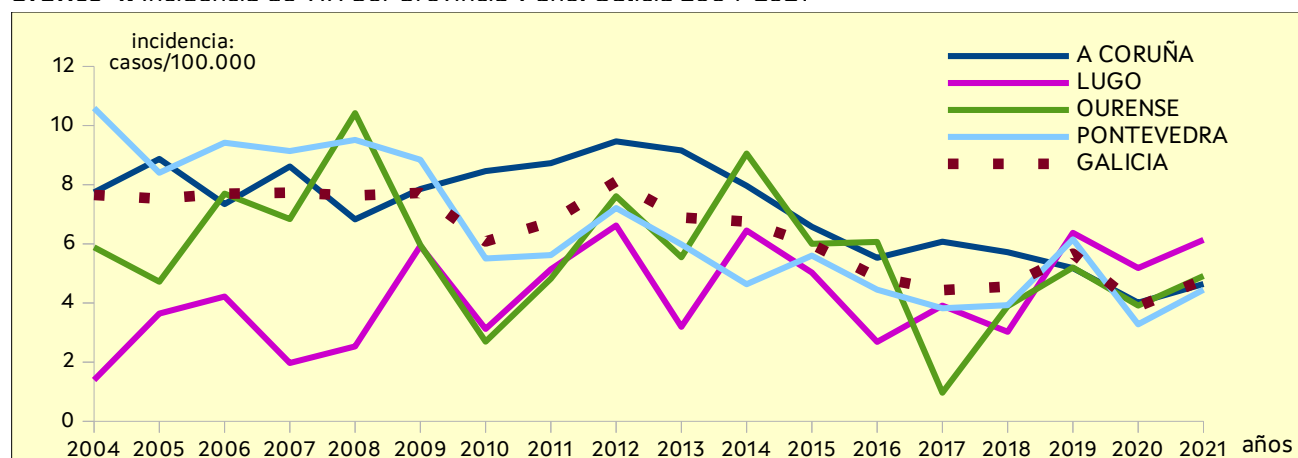
Gráfico 3. Incidencia de VIH por provincia. Galicia 2010-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Ourense presenta la incidencia intermedia con 5,7 casos/10⁵ y año, entre 2004 y 2021, mientras que Lugo tiene una incidencia anual de 4,3 casos/10⁵.

Gráfico 4. Incidencia de VIH por provincia y año. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Aunque dieciocho años representan un período de tiempo corto, parece que el comportamiento de las incidencia de infección en Ourense y Lugo son las más irregulares, y A Coruña es la que permanece más constante por encima de la incidencia media gallega.

Tabla 1. Número de diagnósticos VIH por provincia y año. Galicia 2004-2021

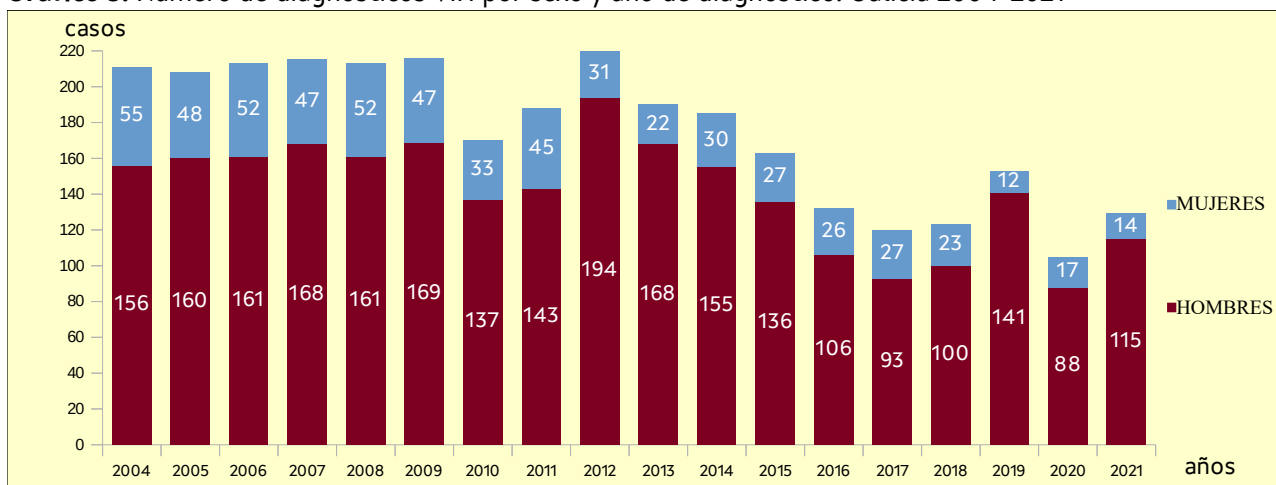
	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
2004	87	5	20	99	211
2005	100	13	16	79	208
2006	83	15	26	89	213
2007	98	7	23	87	215
2008	78	9	35	91	213
2009	90	21	20	85	216
2010	97	11	9	53	170
2011	100	18	16	54	188
2012	108	23	25	69	225
2013	104	11	18	57	190
2014	90	22	29	44	185
2015	74	17	19	53	163
2016	62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

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

Respecto a la distribución por sexos de los casos acumulados, el 81 % pertenece al sexo masculino. La evolución del número de casos de ambos sexos a lo largo de los dieciocho años queda reflejada en el gráfico siguiente:

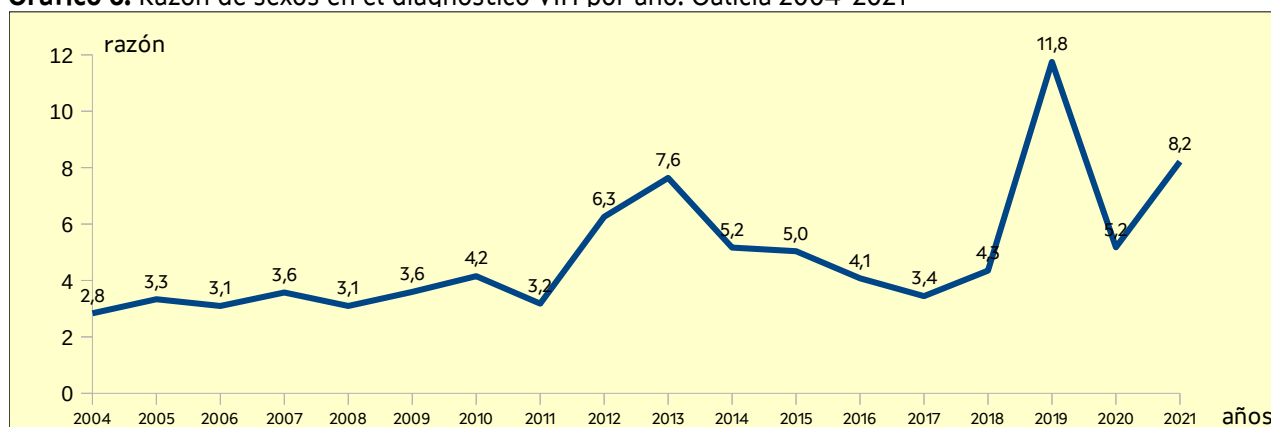
Gráfico 5. Número de diagnósticos VIH por sexo y año de diagnóstico. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

La razón de sexos es de 4,2 durante todo el período. Si sólo tuviésemos en cuenta los que se infectan por relaciones heterosexuales no protegidas, la razón sería de 1,4.

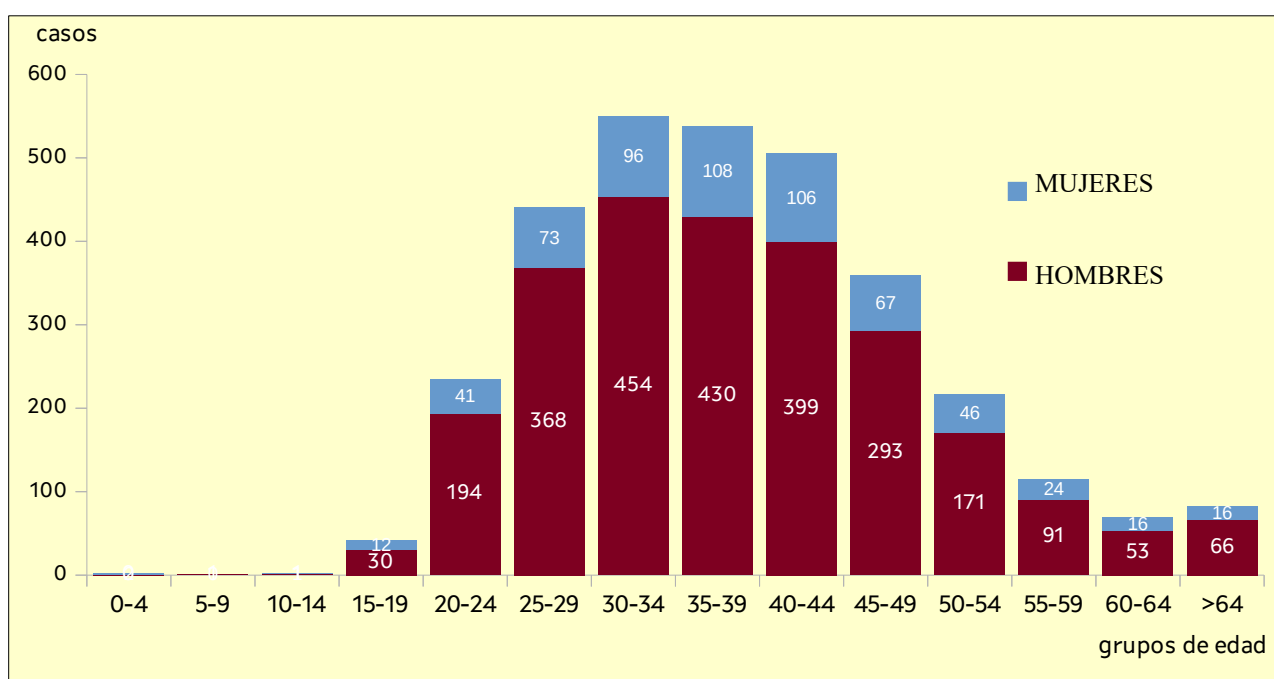
Gráfico 6. Razón de sexos en el diagnóstico VIH por año. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

En cuanto a la edad, debemos señalar que la infección por el VIH afecta fundamentalmente a jóvenes. El 76 % de todos los casos tenía en el momento del diagnóstico de infección entre 25 y 49 años. Siendo los mayores de 49 años el 15 % de los casos.

Gráfico 7. Número de diagnósticos VIH por grupo de edad y sexo. Galicia 2004-2021

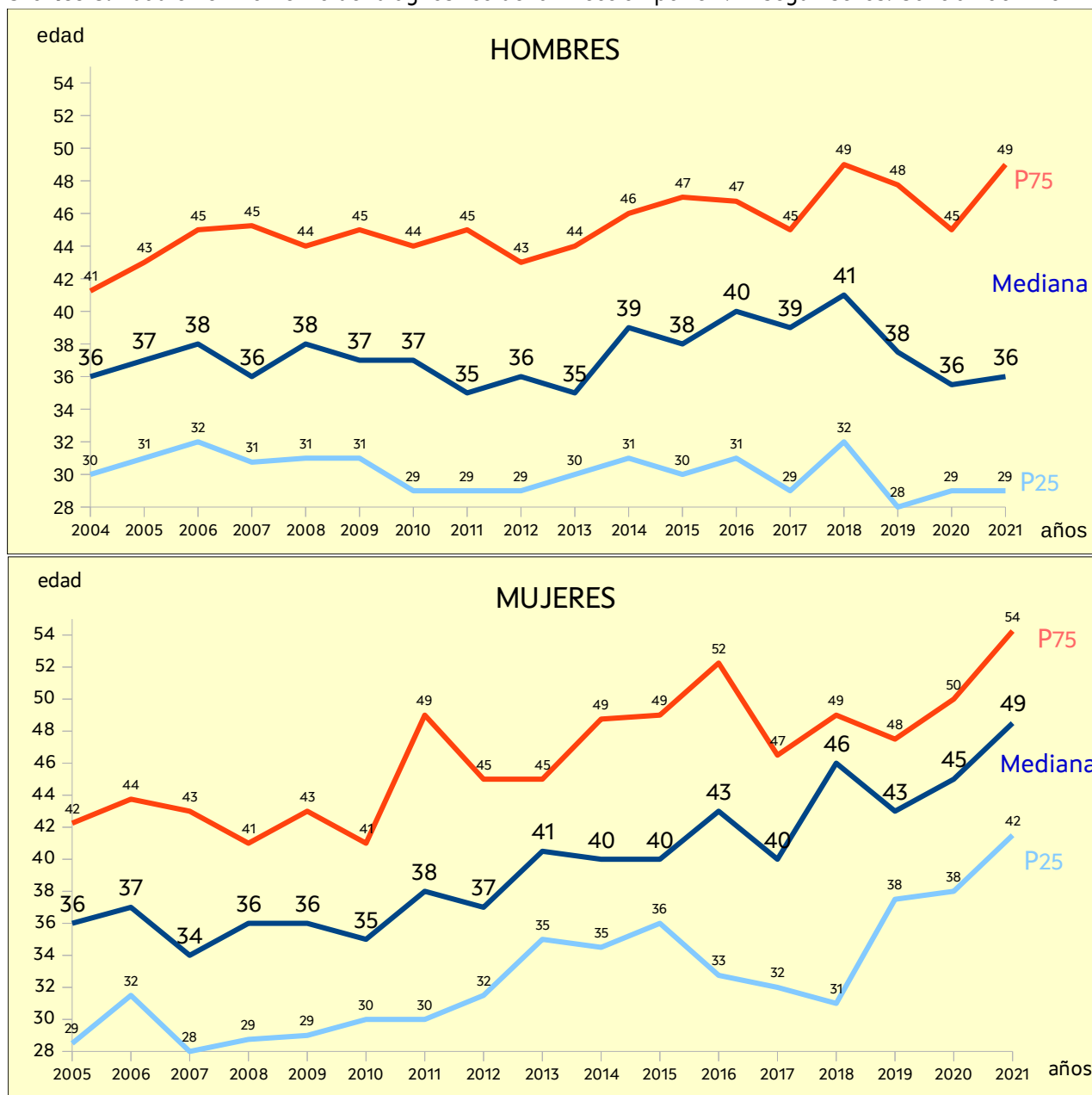


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

La edad media en el momento del diagnóstico de la infección ronda los 38 años, con valores muy similares en hombres (38,3) y mujeres (38,8), aunque las mujeres muestran una tendencia más irregular que va en aumento en los últimos años.

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

Gráfico 8. Edad en el momento del diagnóstico de la infección por el VIH según sexos. Galicia 2004-2021

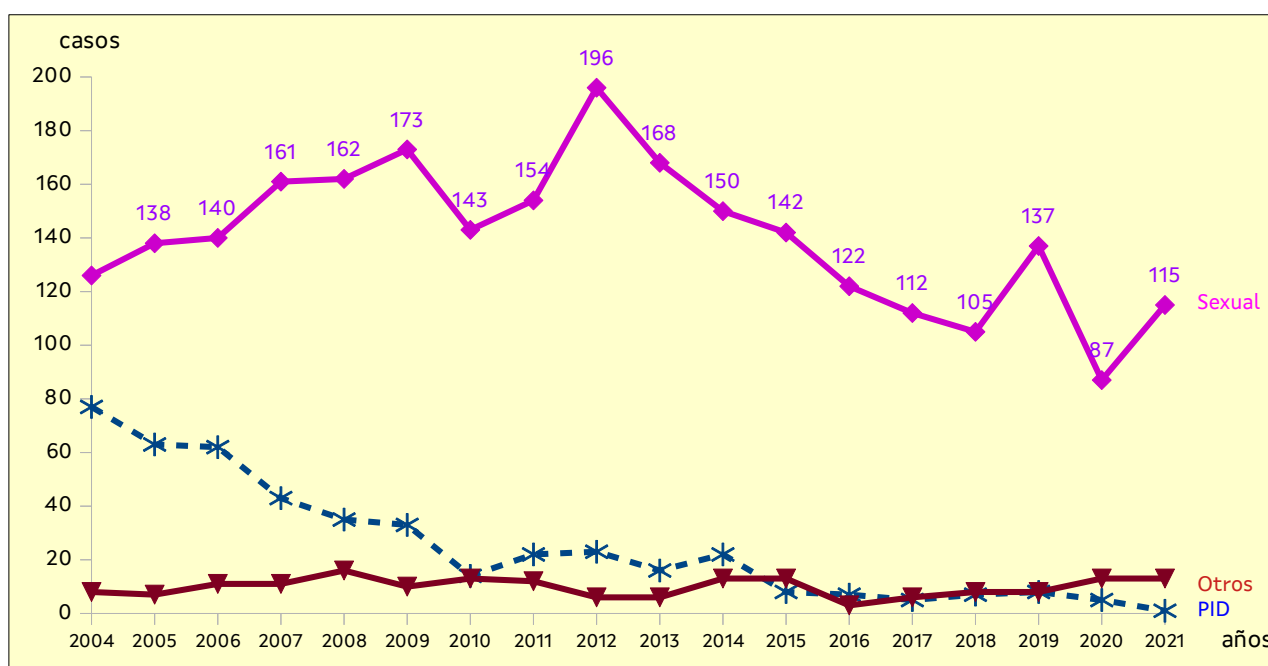


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

La categoría de transmisión más frecuente en la infección por el VIH en los diecisiete años analizados fue la de las relaciones sexuales no protegidas, que supuso el 80 % de los casos (44 % entre hombres que tienen sexo con otros hombres [HSH] y el 36 % heterosexualmente), y presenta un incremento de peso relativo con respecto a los casos debidos al intercambio de jeringuillas entre personas que se inyectan drogas (PID), que suponen la segunda categoría de afectación del período, con un 14 % de infecciones.

Gráfico 9. Número de diagnósticos VIH por año es categoría de transmisión. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

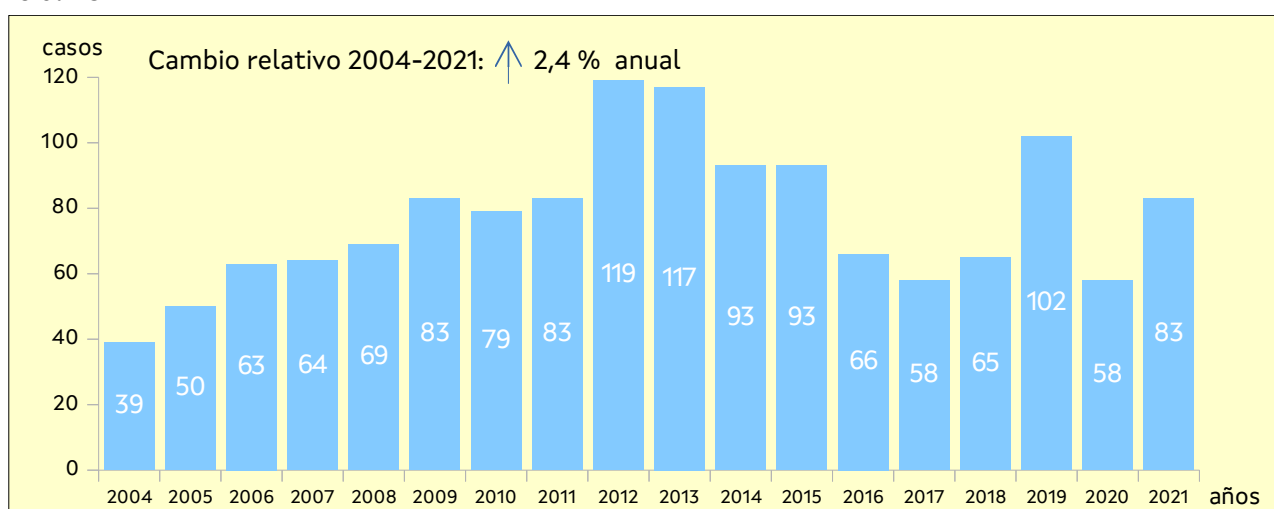
Es importante observar los datos de la transmisión sexual por sexos, ya que las categorías más asociadas a la infección cuando no los separamos son muy similares entre los

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

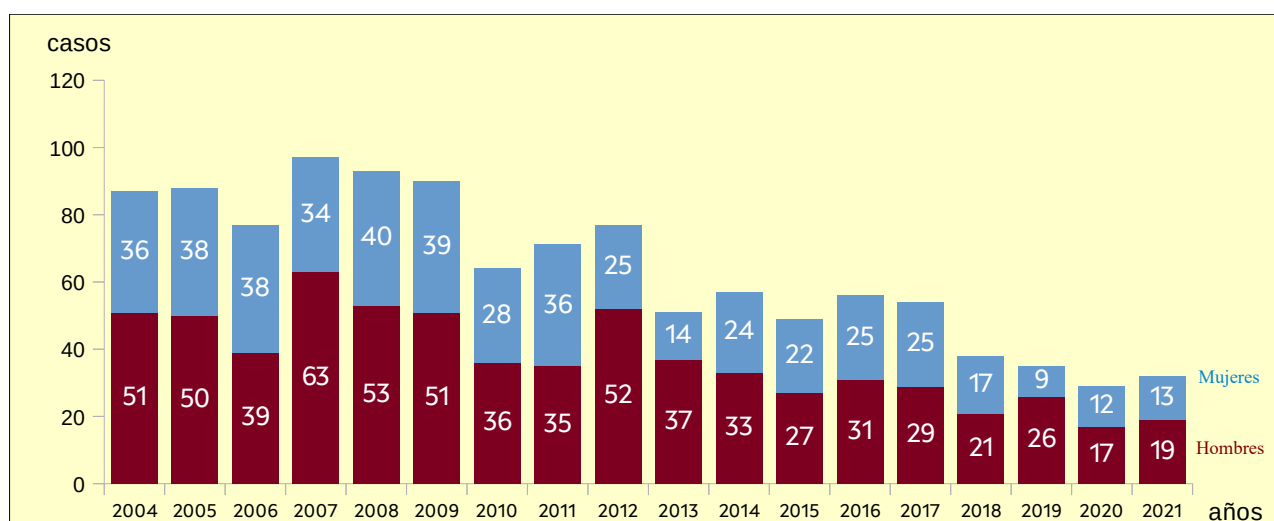
HSH y heterosexuales. Si tenemos en cuenta sólo los hombres, los HSH se sitúan claramente como los más afectados y presentan una evolución al ascenso gradual con el paso de los años, expresado en un cambio relativo (CR) ascendente del 2,4 % anual en el período 2004-2021.

Gráfico 10. Número de diagnósticos VIH en la categoría de transmisión sexual según sexos. Galicia 2004-2021

10 a. HSH



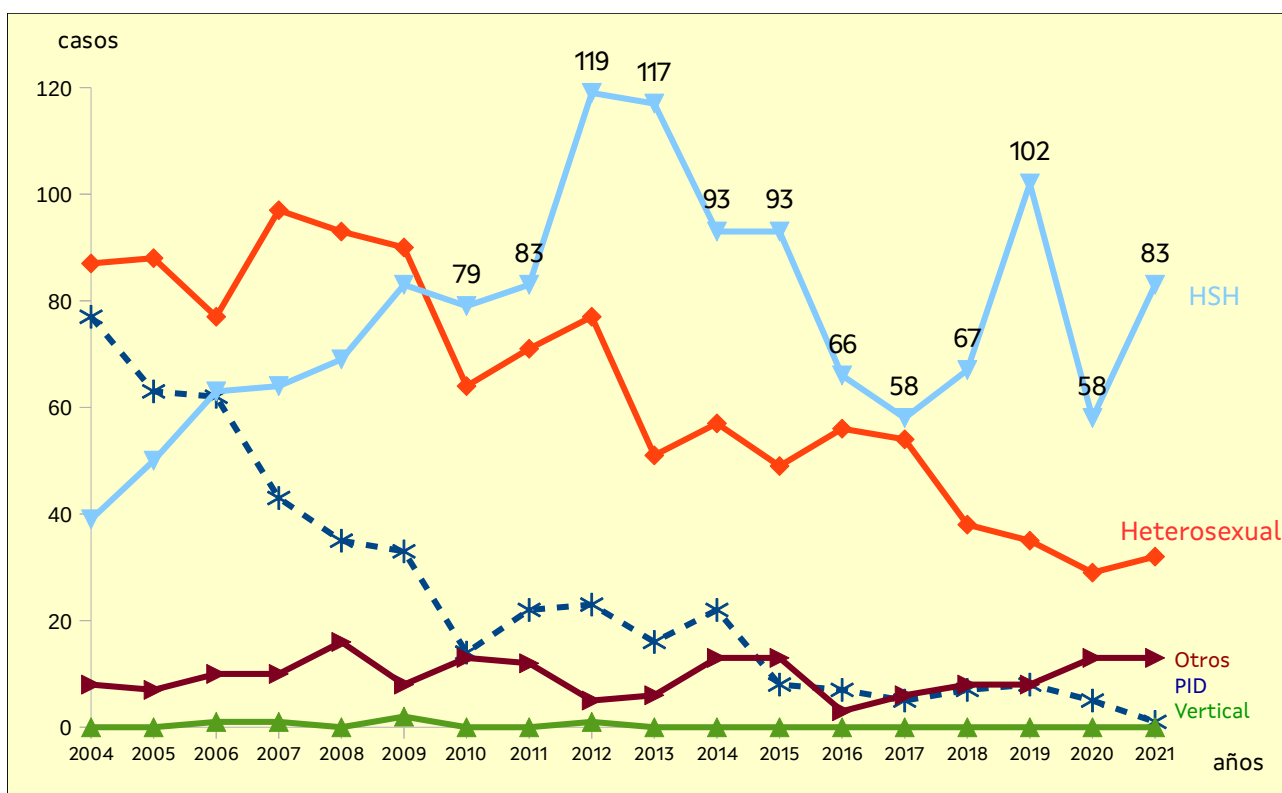
10 b. Heterosexual



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Si describimos todas las categorías de transmisión en los hombres, se observa que las infecciones asociadas a los HSH representan la primera categoría de transmisión del período (en claro ascenso sobre todo hasta el año 2013), por encima de los casos de las categorías heterosexuales y PID (estas últimas con un importante descenso).

Gráfico 11. Número de diagnósticos VIH en hombres por año y categoría de transmisión. Galicia 2004-2021

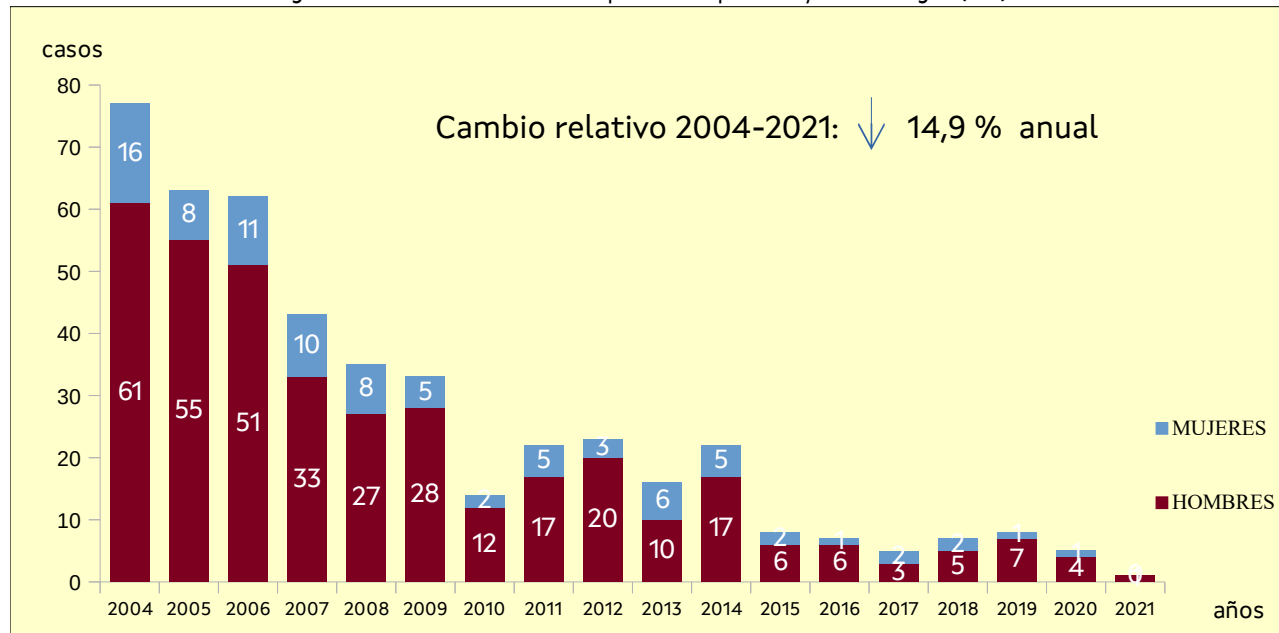


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Si volvemos a la totalidad de la población, en la categoría de personas que se inyectan drogas y que comparten el material de inyección se observa una tendencia clara a la disminución del número de casos con el paso de los años, con un cambio relativo descendente del 15 % anual en el período 2004-2021.

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

Gráfico 12. Número de diagnósticos VIH asociados a las personas que se inyectan drogas (PID). Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Si estudiamos la distribución de los porcentajes referentes a las diferentes categorías de transmisión por sexos (gráfico 13), observamos que en las mujeres la categoría más frecuente es la asociada a prácticas heterosexuales no protegidas, con un 78 % de los casos y con una tendencia estable en el tiempo (tabla 3).

En el caso de los hombres, hay más variación (tabla 2) y se observa que la categoría de transmisión con mayor porcentaje de afectación varía con los años, pero en la mayor parte del período la categoría que predomina es la de los HSH y con una tendencia al aumento que ya comentamos anteriormente (sobre todo hasta 2013). La segunda categoría de transmisión sería la heterosexual, con una tendencia estable en el tiempo. Los PID que comparten material de inyección tienen menos incidencia y, además, presentan una tendencia clara al descenso, suponiendo únicamente el 14 % de los casos.

Tabla 2. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en hombres. Galicia 2004-2021

	PID	Heterosexual	HSH	Hemoderivados	Sangre	Vertical	Otros/Desc.	TOTAL
04a10	267 (38 al año)	343 (49 al año)	447 (64 al año)	2 (0 al año)	0 (0 al año)	0 (0 al año)	53 (8 al año)	1.112 (159 al año)
2011	17	35	83	0	0	0	8	143
2012	20	52	119	0	0	0	3	194
2013	10	37	117	0	0	0	4	168
2014	17	33	93	0	0	0	12	155
2015	6	27	93	0	0	0	10	136
2016	6	31	66	0	0	0	3	106
2017	3	29	58	0	0	0	5	95
2018	5	21	67	0	0	0	5	98
2019	7	26	102	0	0	0	0	135
2020	4	17	58	0	0	0	9	88
2021	1	19	83	0	0	0	12	115
	363	670	1.386	2	0	0	124	2.545

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

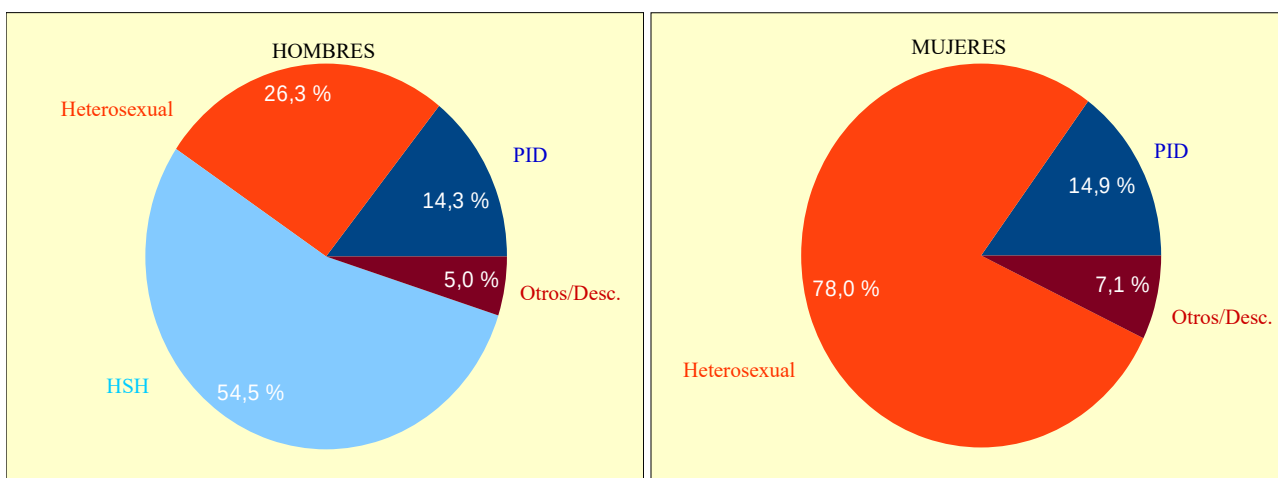
Tabla 3. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en mujeres. Galicia 2004-2021

	PID	Heterosexual	Hemoderivados	Sangre	Vertical	Otros/Desc.	TOTAL
04a10	60 (9 al año)	253 (36 al año)	1 (0 al año)	1 (0 al año)	2 (0 al año)	17 (2 al año)	334 (48 al año)
2011	5	36	0	0	0	4	45
2012	3	25	0	1	1	1	31
2013	6	14	0	0	0	2	22
2014	5	24	0	0	0	1	30
2015	2	22	0	0	0	3	27
2016	1	25	0	0	0	0	26
2017	2	25	0	0	0	1	28
2018	2	17	0	0	0	2	21
2019	1	9	0	0	0	1	11
2020	1	12	0	0	0	4	17
2021	0	13	0	0	0	1	14
	88	475	1	2	3	37	606

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

En los gráficos 13 y 15 se constata el predominio de la transmisión de la infección por el VIH a través de la vía sexual: 80 % (en los hombres: 54 % HSH y 26 % heterosexual).

Gráfico 13. Categorías de transmisión de los diagnósticos VIH por sexos. Galicia 2004-2021

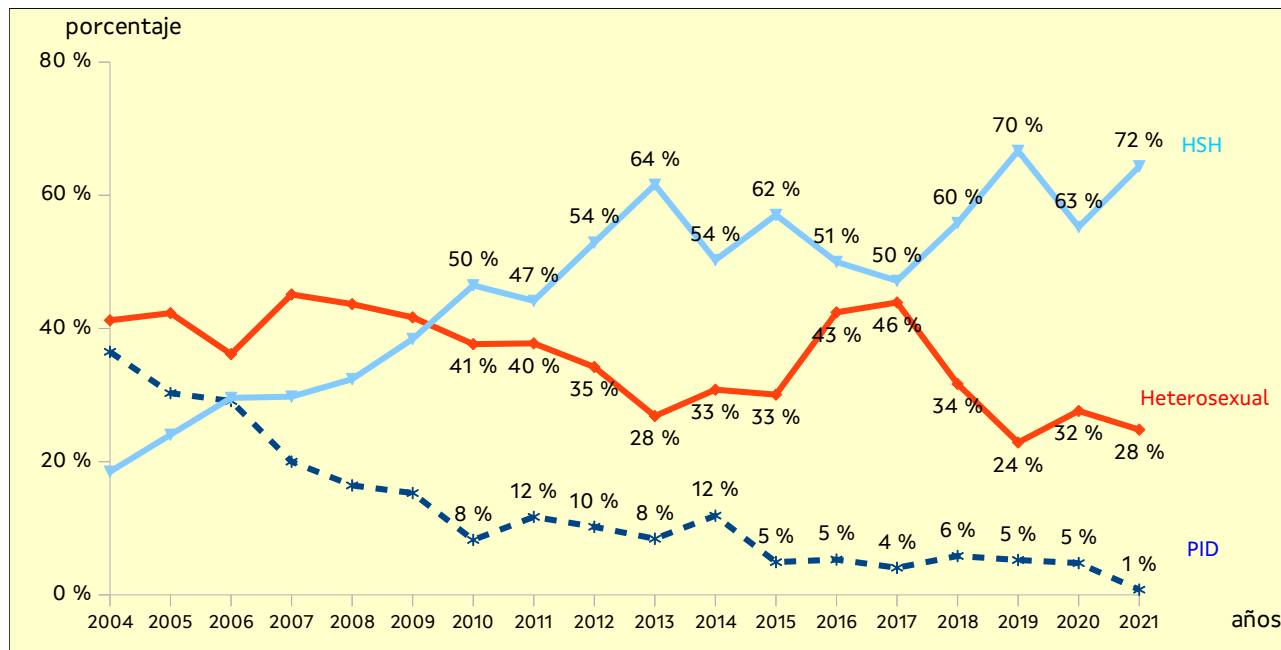


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

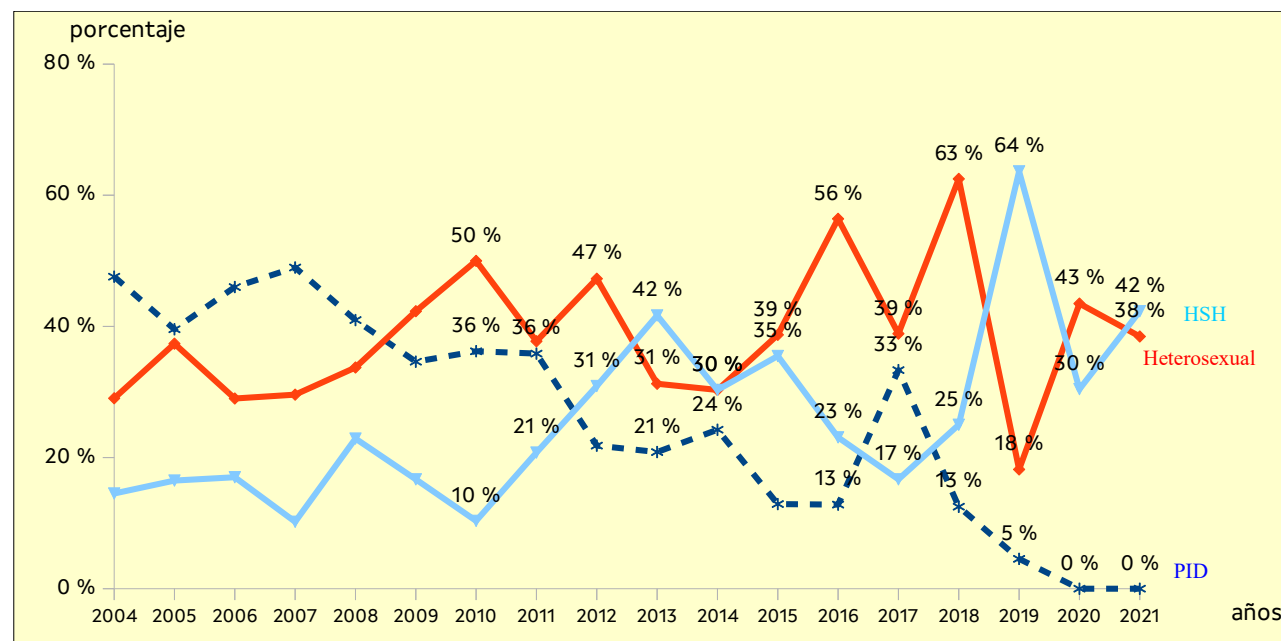
En el gráfico 14 vemos, al igual que en otros gráficos, el cambio que supone observar el fenómeno de la afectación por el virus según lo apreciamos desde la perspectiva únicamente de la infección o de padecer la enfermedad (sida), de manera que a la hora de describir la situación del problema debemos hacerlo básicamente en términos de dinámica de infección y no de enfermedad, pues el cuadro que representan es muy diferente.

Gráfico 14. Porcentaje de diagnósticos VIH y sida según las principales prácticas de riesgo y años. Galicia 2004-2021

14 a. VIH



14 b. Sida



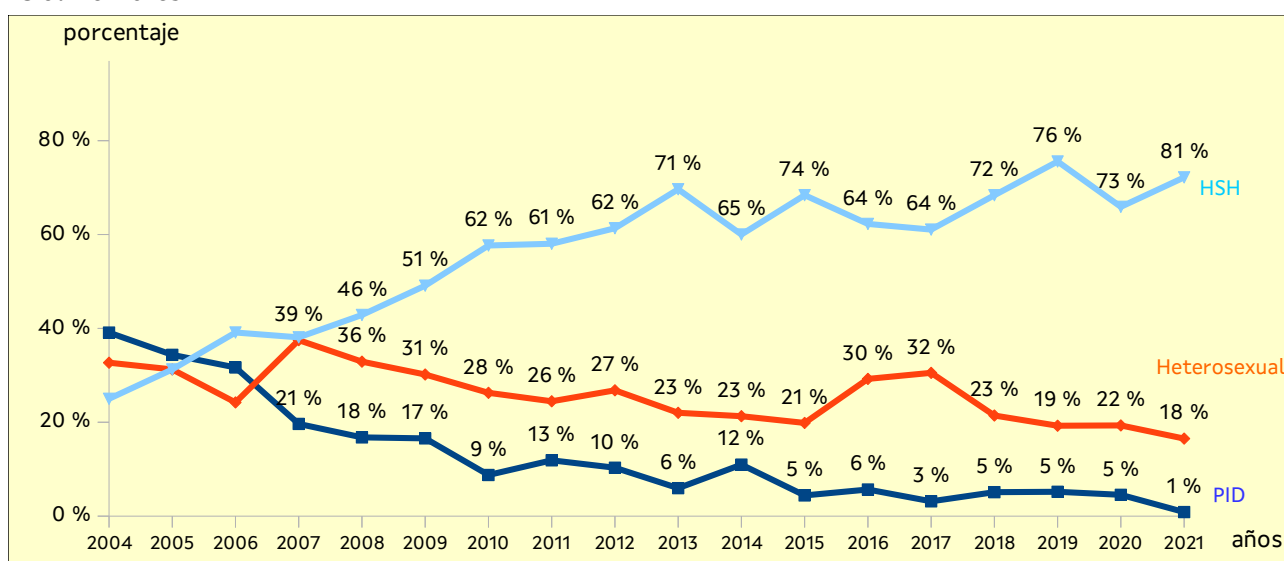
(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

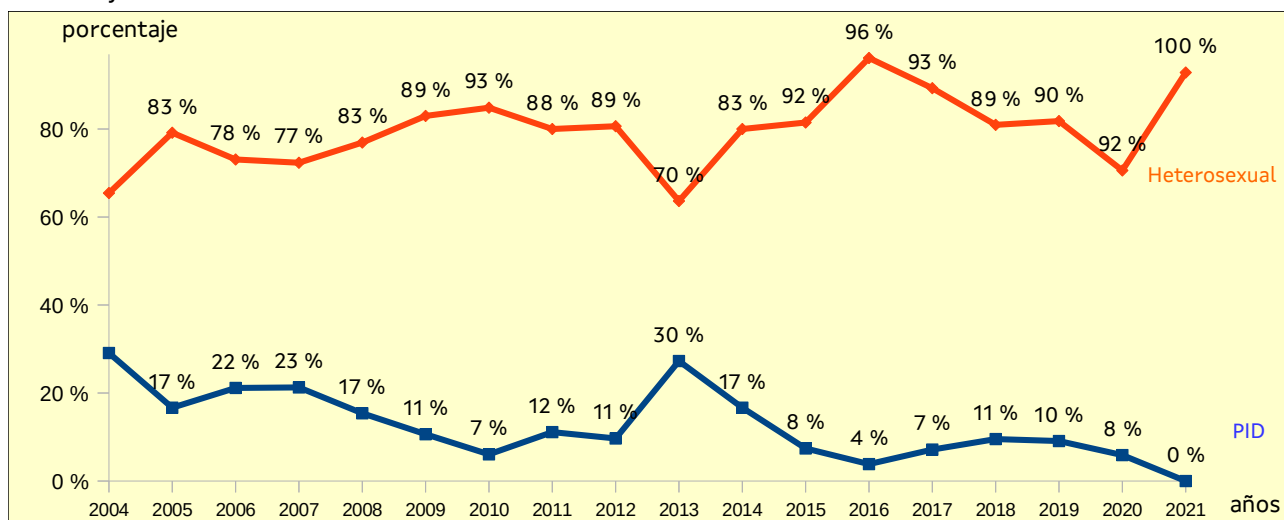
En el siguiente gráfico queda claro, como ya comentamos anteriormente, que la transmisión por vía sexual es predominante y que en el caso de los hombres la transmisión asociada a los HSH es superior a la heterosexual.

Gráfico 15. Porcentaje de diagnósticos VIH según el sexo, las principales prácticas de riesgo y los años. Galicia 2004-2021

15 a. Hombres



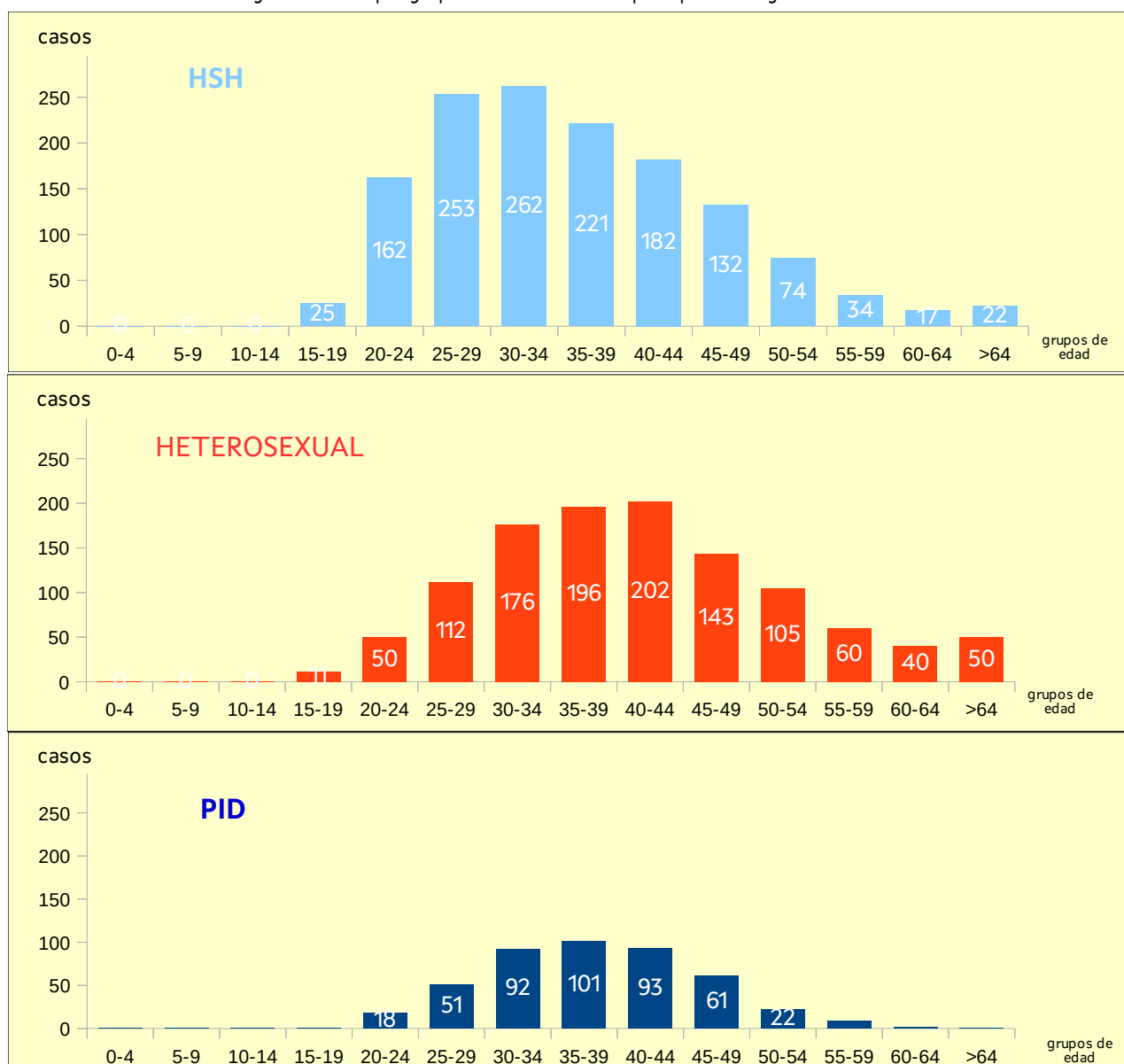
15 b. Mujeres



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Al considerar la categoría de transmisión y los grupos de edad, se observa que los más afectados son los que tienen entre 25 y 49 años en las tres categorías principales (88 % PID, 76 % HSH y 72 % heterosexuales), pero destaca el hecho de que en la transmisión heterosexual haya una presencia importante de infección en personas mayores de 49 años (255 de 1.145 casos [22 %]).

Gráfico 16. Número de diagnósticos VIH por grupo de edad en las tres principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2021

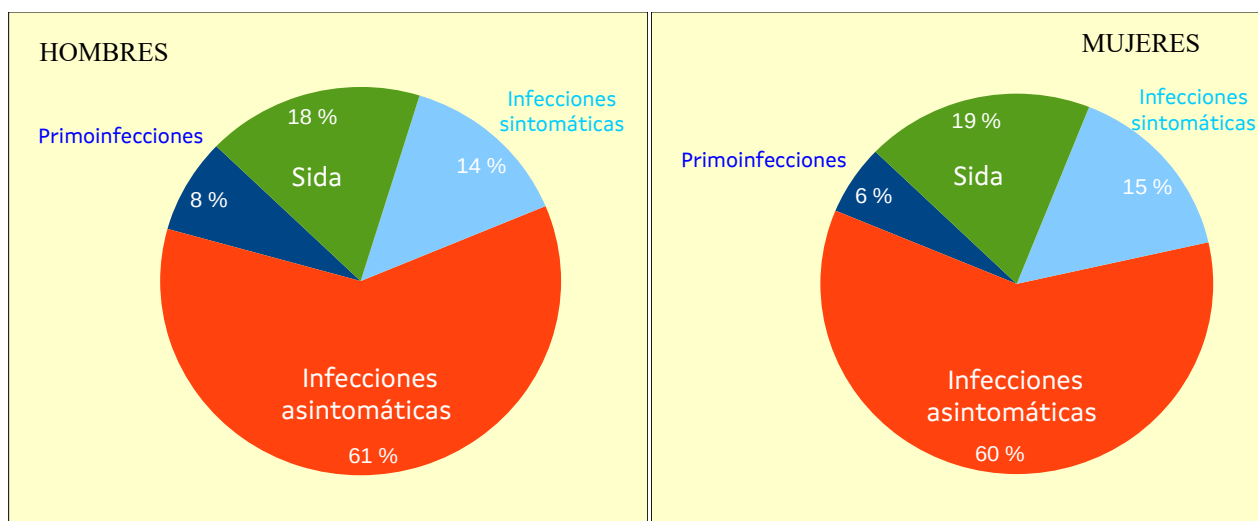


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

ESTADIO CLÍNICO EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

Al analizar el estadio clínico en el momento del diagnóstico, el 60,5 % se presenta como infecciones asintomáticas (60,6 % hombres, 59,8 % mujeres), el 17,8 %, como casos sida (17,5 % hombres, 18,8 % mujeres), el 14,2 %, como infecciones sintomáticas sin criterios de sida (13,9 % hombres, 15,5 % mujeres) y el 7,5 %, como primoinfecciones (7,9 % hombres, 5,9 % mujeres).

Gráfico 17. Estadio clínico de los diagnósticos VIH* por sexos. Galicia 2004-2021



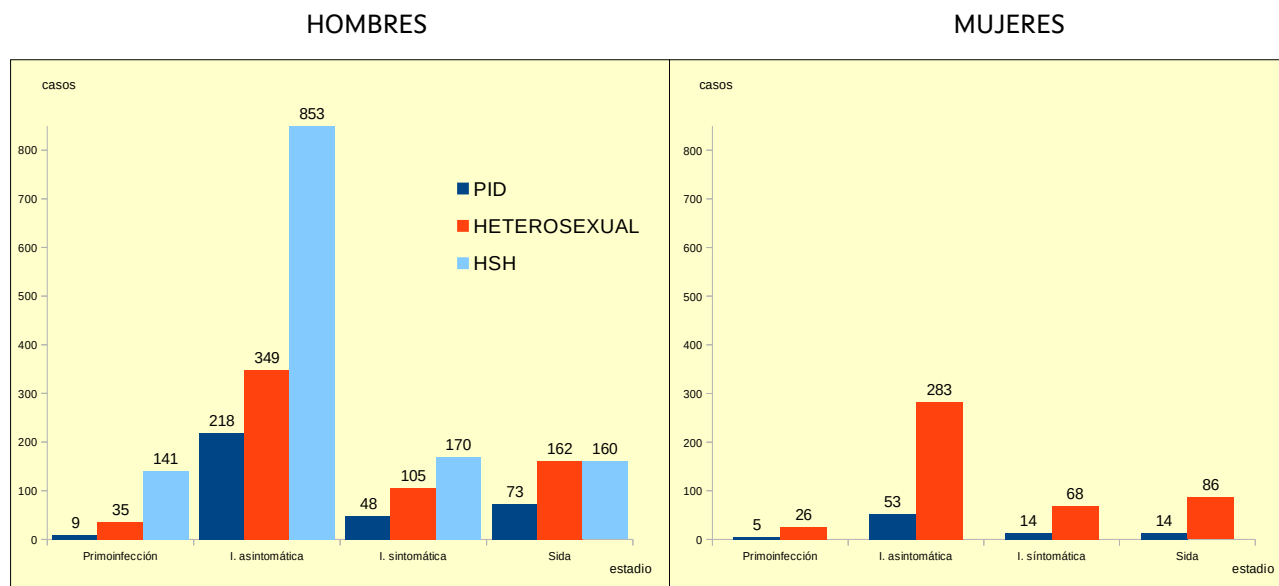
* En 19 diagnósticos VIH, lo que supone el 0,6 % de los registros, no constaba el estadio clínico.

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Teniendo en cuenta la vía de transmisión, en la categoría heterosexual el 56,7 % se encontraba asintomático (54 % hombres, 61 % mujeres), el 22,3 %, como casos de sida (25 % hombres, 19 % mujeres), el 15,5 %, sintomático sin criterios sida (16 % hombres, 15 % mujeres) y el 5,5 % eran primoinfecciones (5 % hombres, 6 % mujeres).

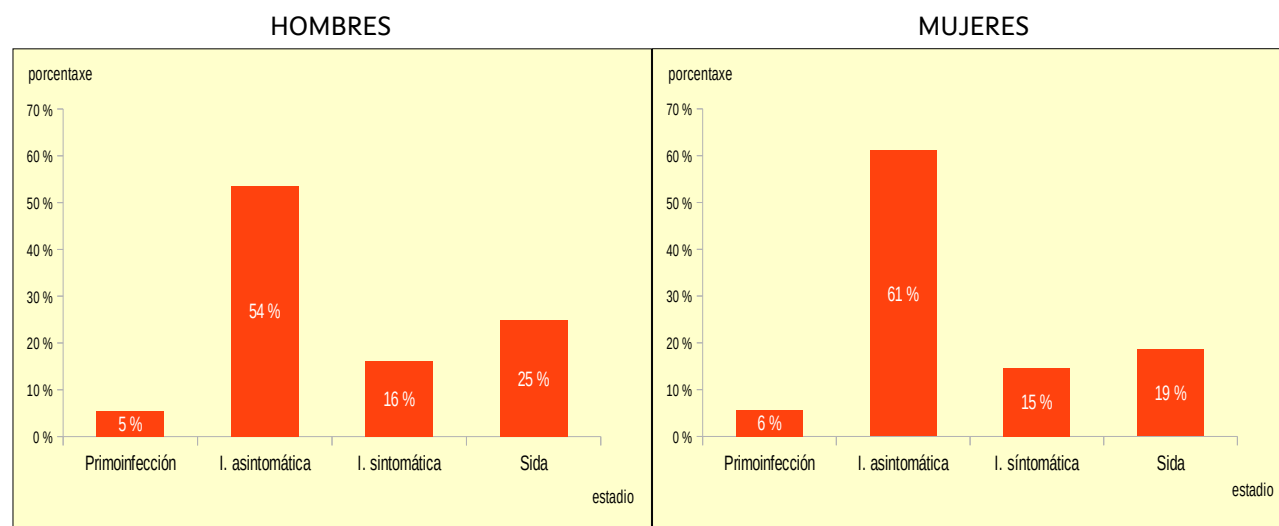
1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

Gráfico 18. Estadio clínico de los diagnósticos VIH por las principales categorías de transmisión y sexos. Galicia 2004-2021



DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Gráfico 19. Estadio clínico de los diagnósticos VIH en la categoría de transmisión heterosexual según el sexo. Galicia 2004-2021

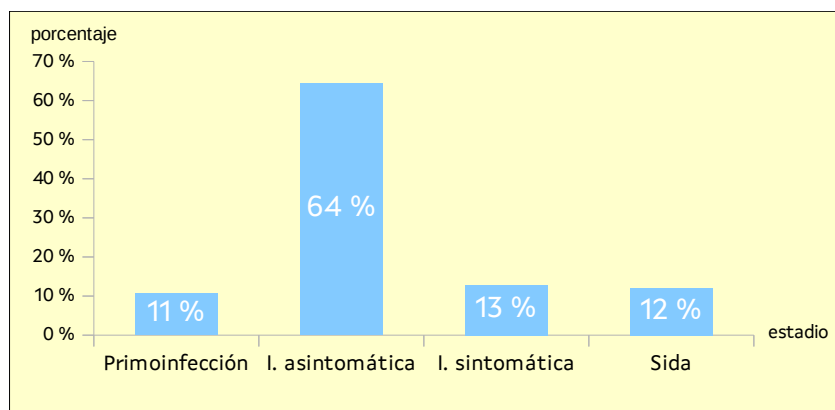


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

En los HSH el 64,4 % se encontraba asintomático, el 12,8 %, sintomáticos sin criterios sida, el 12,1 % eran sida y el 10,6 %, primoinfecciones.

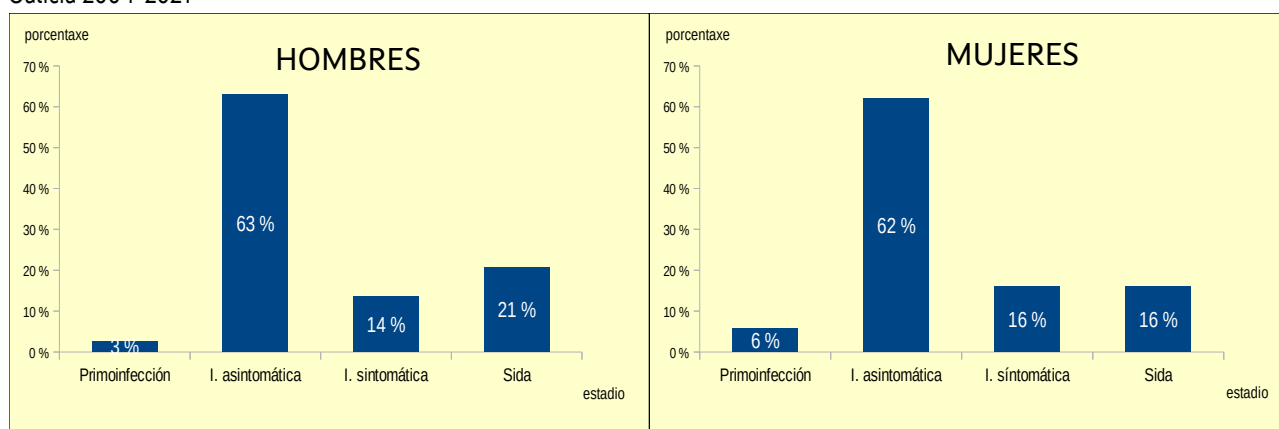
Gráfico 20. Estadio clínico de los diagnósticos VIH en la categoría de HSH. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

En los infectados por compartir material de inyección, el 62,4 % atopábase asintomático (63 % hombres y 62 % mujeres), el 20,0 % era sida (21 % hombres y 16 % mujeres), el 14,3 % sintomático sin criterios de sida (14 % hombres y 16 % mujeres) y el 3,2 % era primoinfección (3 % hombres y 6 % mujeres).

Gráfico 21. Estadio clínico de los diagnósticos VIH en la categoría de personas que se inyectan drogas según el sexo. Galicia 2004-2021

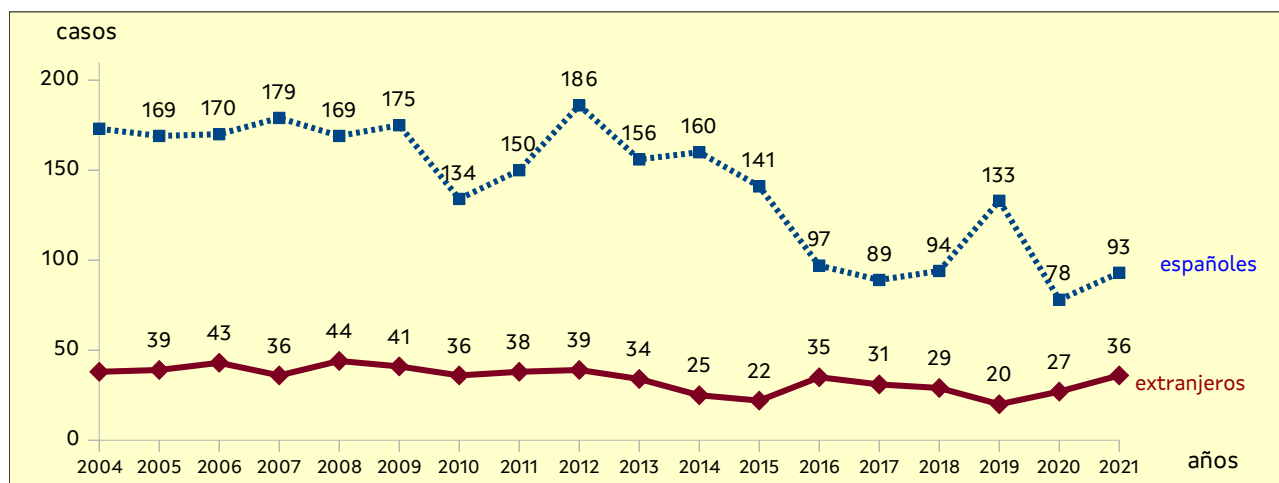


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

PAÍS DE ORIGEN DE LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH

En el período estudiado, el 20 % de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH (18 % de los hombres y 28 % de las mujeres) se realizó en personas originarias de otros países, mostrando una tendencia bastante estable en el tiempo. Los hombres eran el 72 % (razón de masculinidad de 2,6).

Gráfico 22. Número de diagnósticos VIH residentes en Galicia según su origen. Galicia 2004-2021

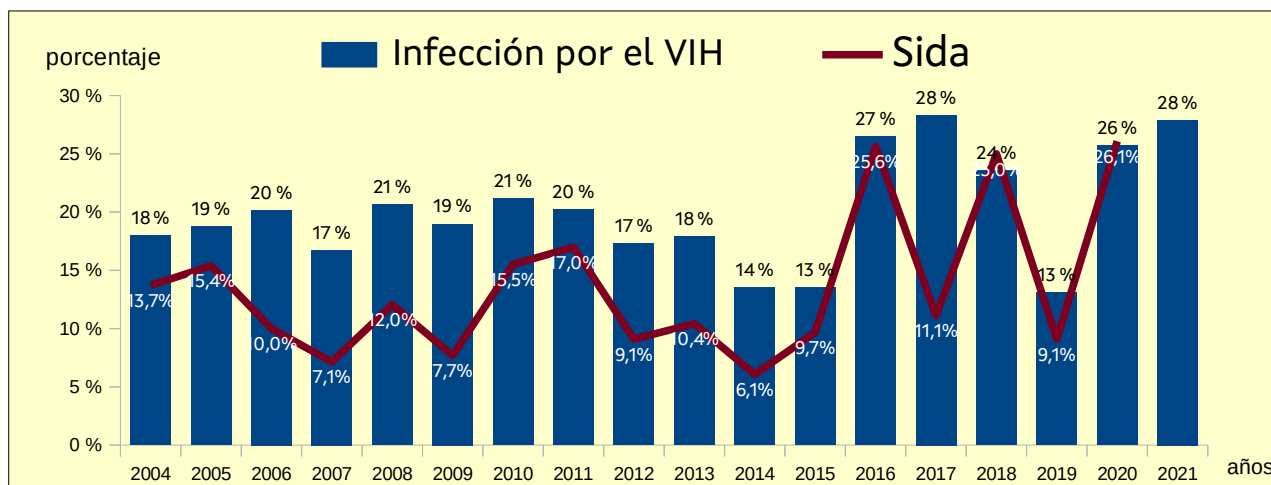


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Al igual que en otras situaciones, se observa que el fenómeno de la inmigración también lo debemos ver mayoritariamente desde la perspectiva de la infección y no de los casos de sida, ya que daría una idea de menor importancia del problema.

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

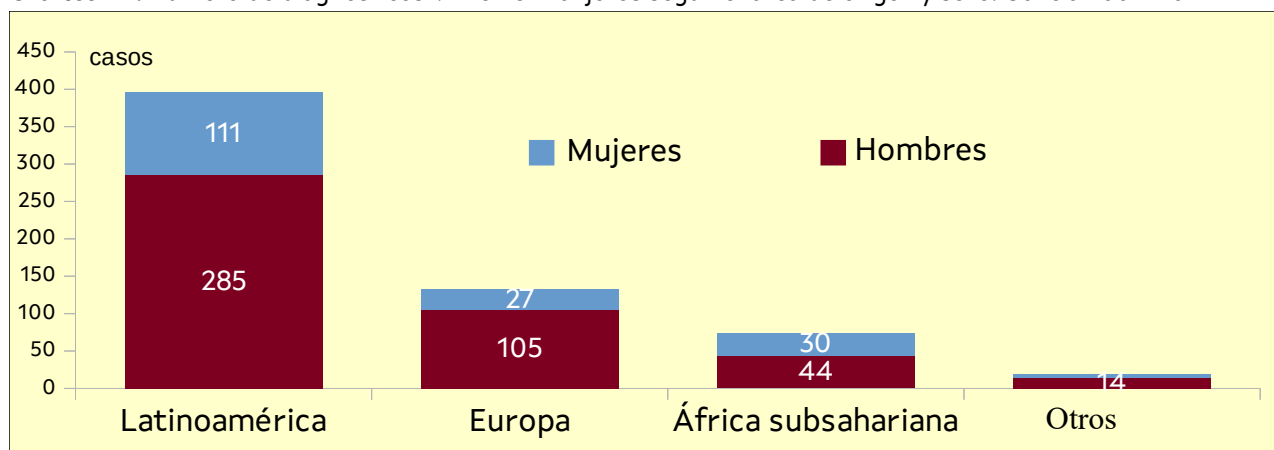
Gráfico 23. Porcentaje de diagnósticos VIH y sida residentes en Galicia que no son españoles. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Los más frecuentes fueron los casos en latinoamericanos, con un 64 % (de los que los hombres eran el 72 %), seguidos de los europeos, con un 21 % —mayoritariamente portugueses— (de los que los hombres eran el 80 %), de los subsaharianos, con un 12 % (de los que los hombres eran el 60 %), del resto de las áreas geográficas, con un 3 % (de los que los hombres eran el 74 %).

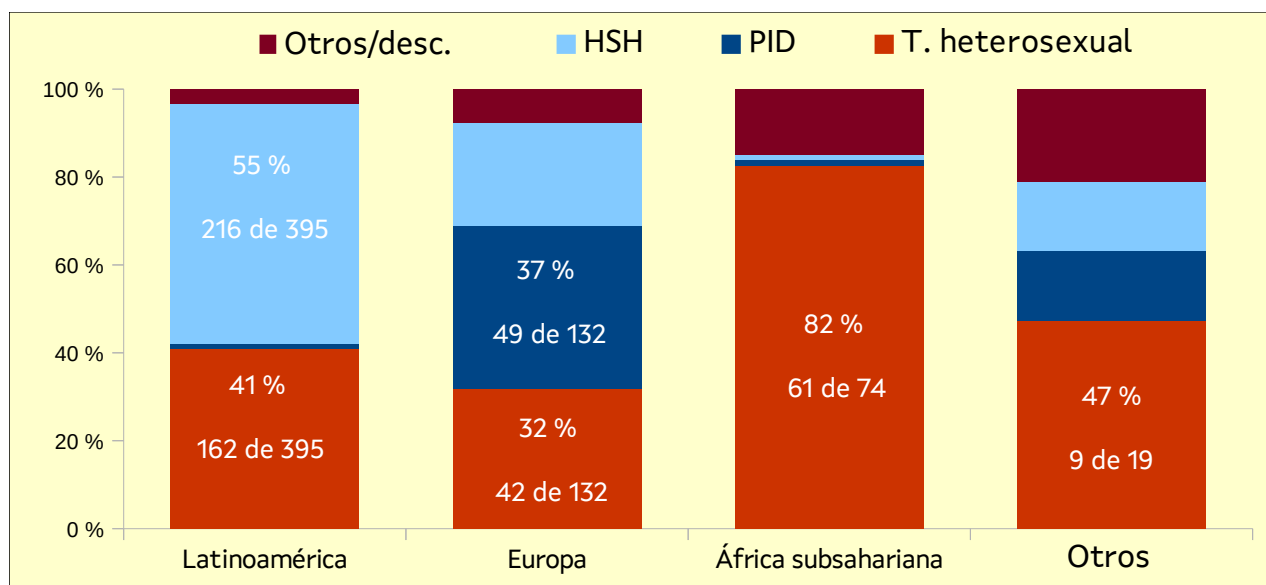
Gráfico 24. Número de diagnósticos VIH en extranjeros según el área de origen y sexo. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Por categorías de transmisión, los procedentes de América latina están mayoritariamente asociados a la transmisión por relaciones sexuales no protegidas (95,7 %: 55 % homosexuales y 41 % heterosexuales). En los originarios de Europa, el 37,1 % se infectó por compartir material de inyección de drogas (32 % por relaciones heterosexuales no protegidas y 23 % asociado a relaciones entre HSH) y los que vinieron de África la mayoría se infectó por relaciones sexuales no protegidas (mayoritariamente heterosexuales).

Gráfico 25. Diagnósticos VIH en extranjeros según el área de origen y la práctica de riesgo. Galicia 2004-2021

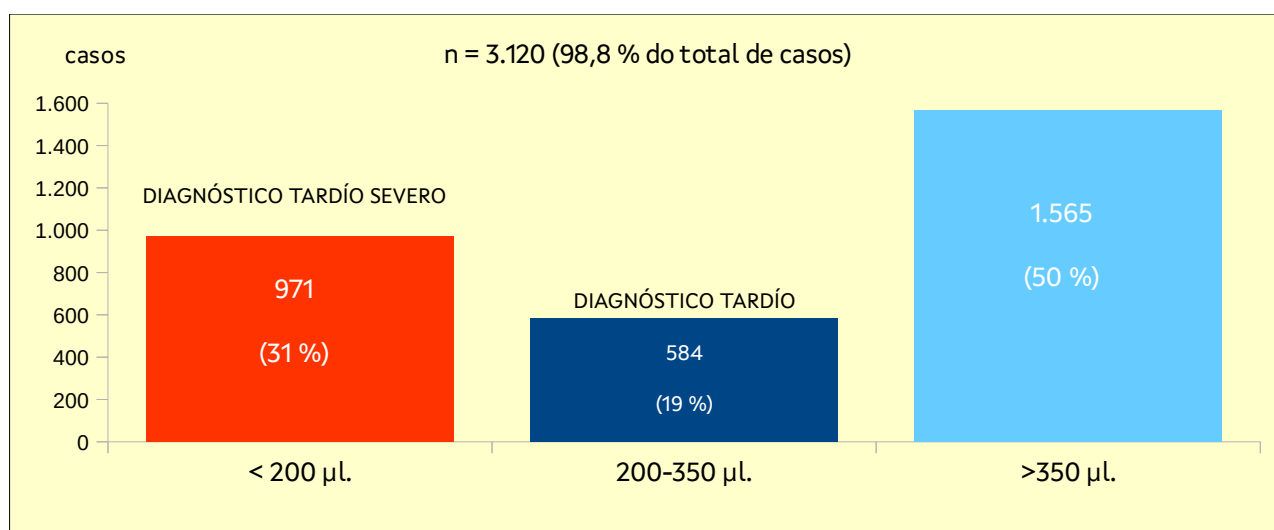


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

DIAGNÓSTICO TARDÍO EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

En este epígrafe comentaremos los datos de infección por el VIH según el nivel de CD4, considerando diagnóstico tardío* (DT) el caso de aquel paciente con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación de su infección por el virus.

Gráfico 26. Nuevos diagnósticos VIH según el nivel de CD4. Galicia 2004-2021

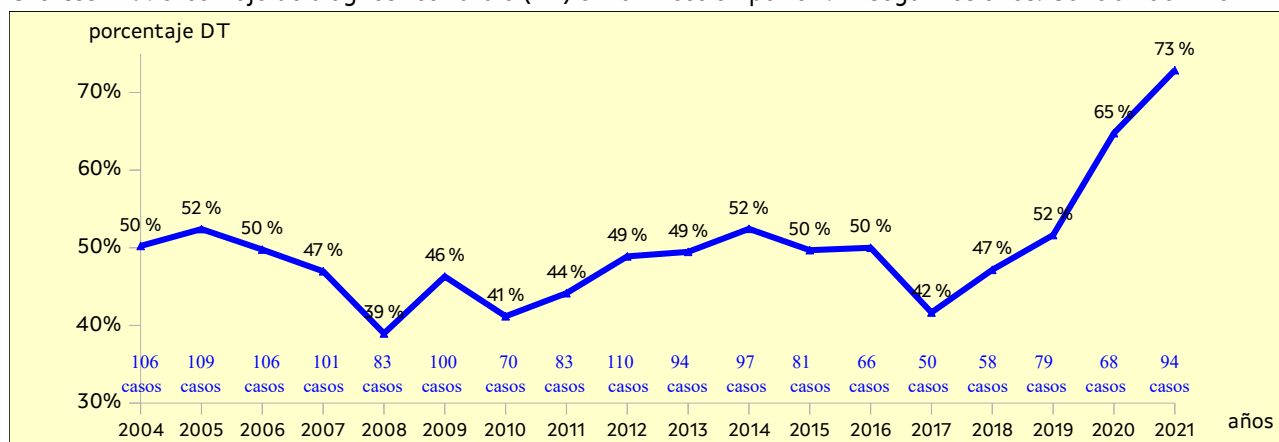


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Para todo el período la mediana de CD4 en los nuevos diagnósticos fue de 364 y se ha observado que el 50 % de los infectados presentaba DT al ser diagnosticados (49,7 % en hombres y 50,7 % en mujeres). El único año con DT menor del 40 % fue 2008 con un 39 %, y la mayoría de los años el DT ronda el 50 %, y en los años 2020 y 2021 el DT es mayor del 60 % (posiblemente como consecuencia de la pandemia por COVID-19).

* Documento de referencia: *Nuevos diagnósticos de VIH en España. Período 2003-2009*. Actualización el 30 de junio de 2010. Centro Nacional de Epidemiología.

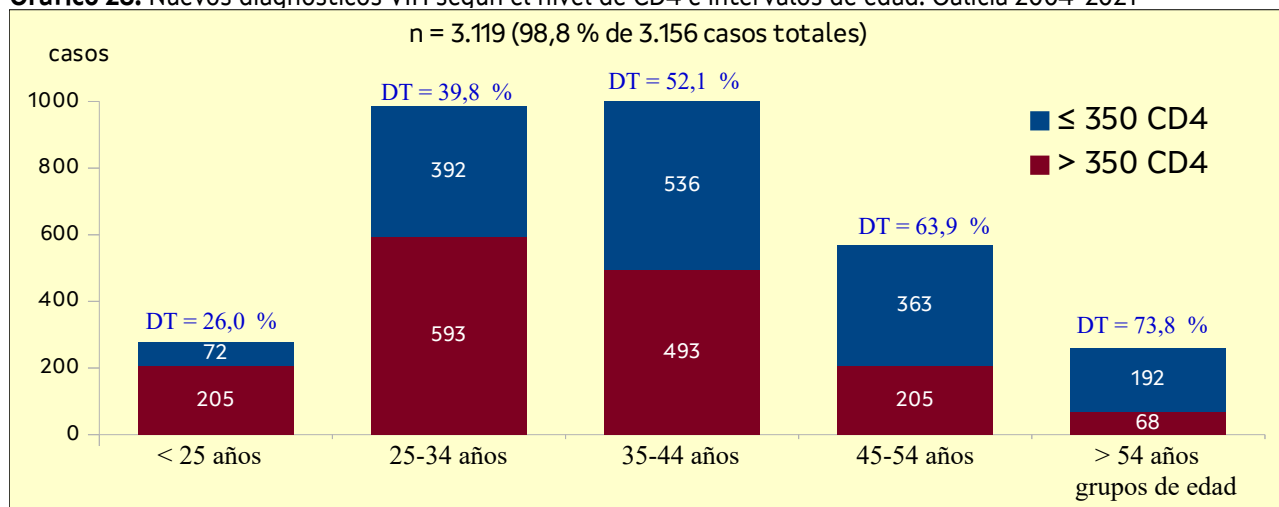
Gráfico 27. Porcentaje de diagnóstico tardío (DT) en la infección por el VIH según los años. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

El nivel de CD4 según la edad muestra que los mayores porcentajes de diagnóstico tardío aumentan con la edad, pasando de un 26 % en el grupo de menos de 25 años (72 de 277 casos) hasta un 74 % en los mayores de 54 años (192 de 260 casos). Este mismo comportamiento se ve en las principales categorías de transmisión (en la transmisión heterosexual hay poca diferencia entre mayores de 54 años y los de 45 a 54 años).

Gráfico 28. Nuevos diagnósticos VIH según el nivel de CD4 e intervalos de edad. Galicia 2004-2021

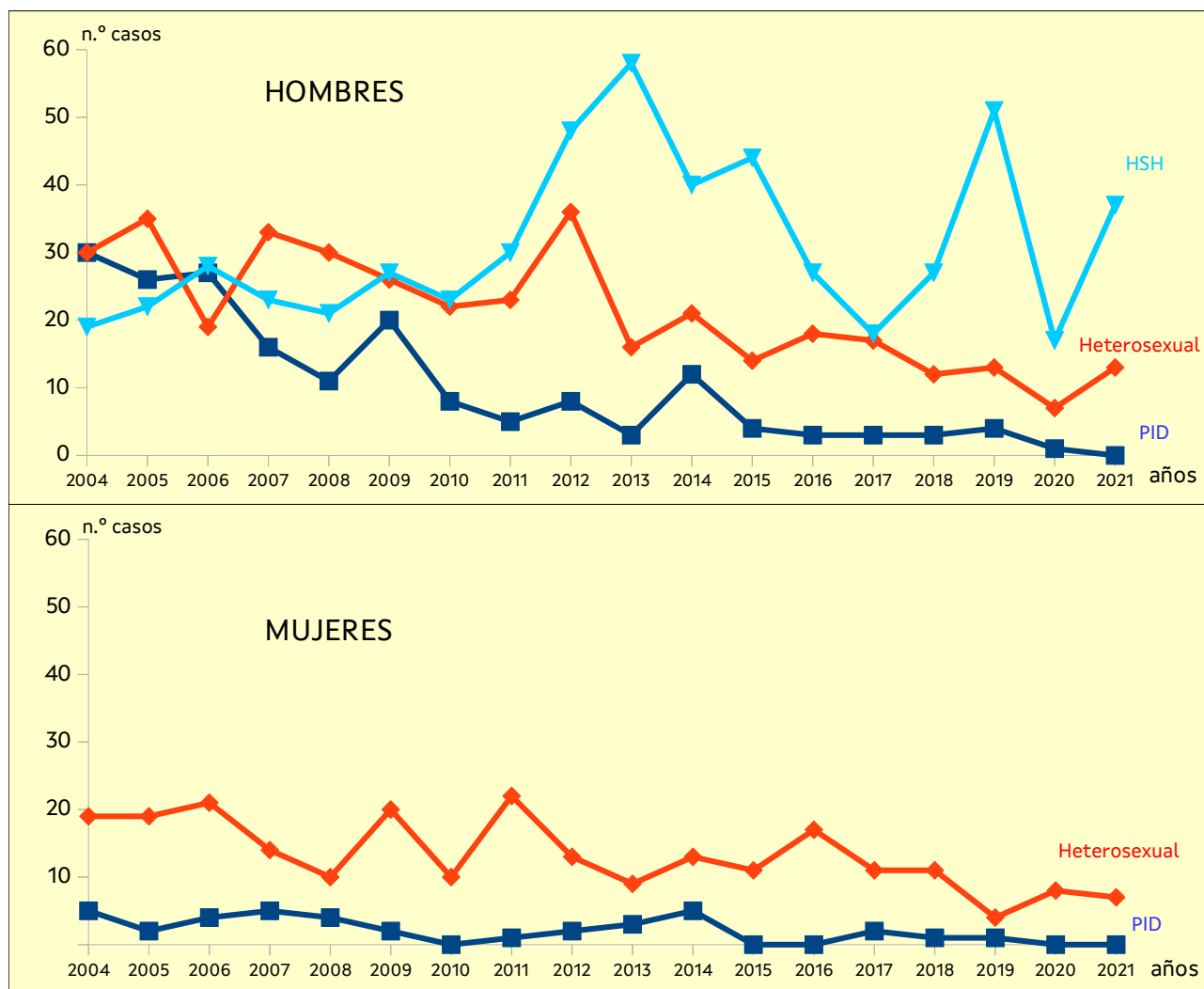


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

Si tenemos en cuenta las diferentes categorías de transmisión, el DT para el período completo de dieciocho años es mayor en infectados por relaciones heterosexuales sin protección, el 55 % (58 % en los hombres y 51 % en las mujeres) de los casos asociados a esta categoría de transmisión son tardíos. Algo parecido sucede en PID, con un 51 % (53 % en los hombres y 43 % en las mujeres), mientras que en HSH es del 41 %.

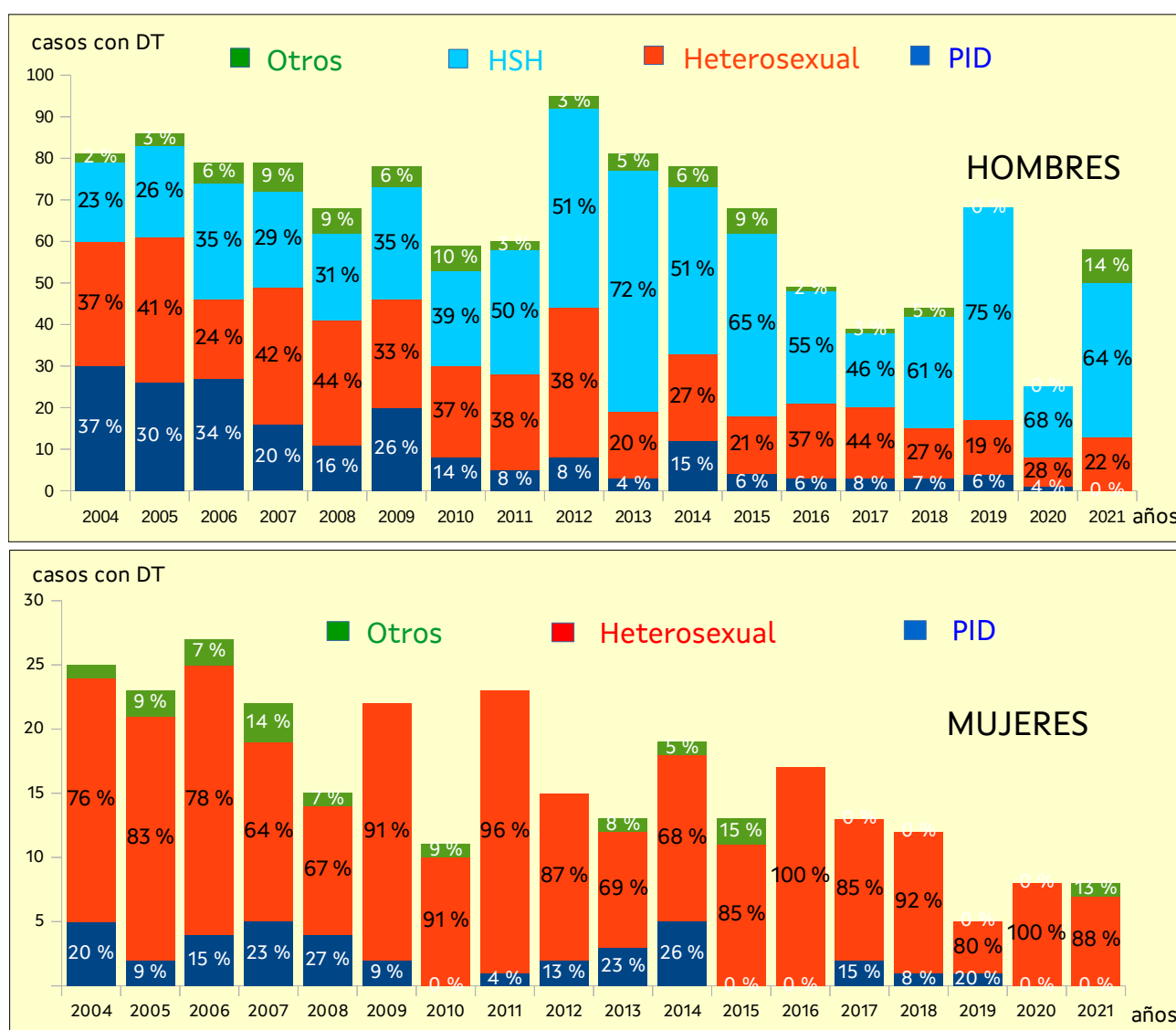
Gráfico 29. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH en las principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Si estudiamos el porcentaje de cada una de las categorías de transmisión en los casos de atraso diagnóstico, observamos que el 43 % del diagnóstico tardío se asocia a transmisión heterosexual (33 % para los hombres y 82 % en las mujeres), el 16 % a PID (16 % para los hombres y 13 % en las mujeres) y el 46 % del diagnóstico tardío en hombres se asocia a la categoría HSH.

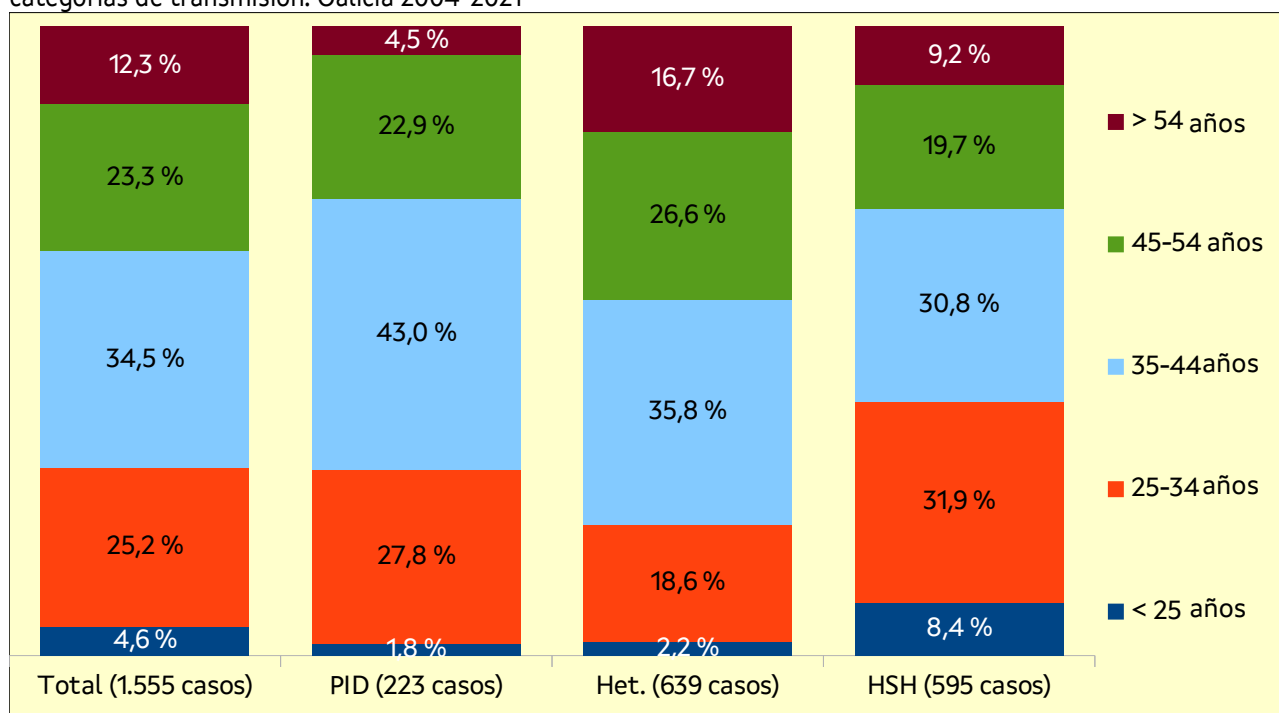
Gráfico 30. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH según el sexo, la categoría de transmisión y los años. Galicia 2004-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Al estudiar el diagnóstico tardío y la edad, vemos que la mayoría de estos diagnósticos se dieron entre personas de 35 a 44 años, que representan el 35 % de todos los casos de diagnóstico tardío (43 % asociados a PID, 36 % en heterosexuales y 31 % en HSH), seguidos de los que tenían entre 25 a 34 años, con un 25 %; los de 45 a 54 años, con un 23 %, los mayores de 54, con un 12 %, y los menores de 25 años con el 5 % restante.

Gráfico 31. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH según los intervalos de edad y las principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2021



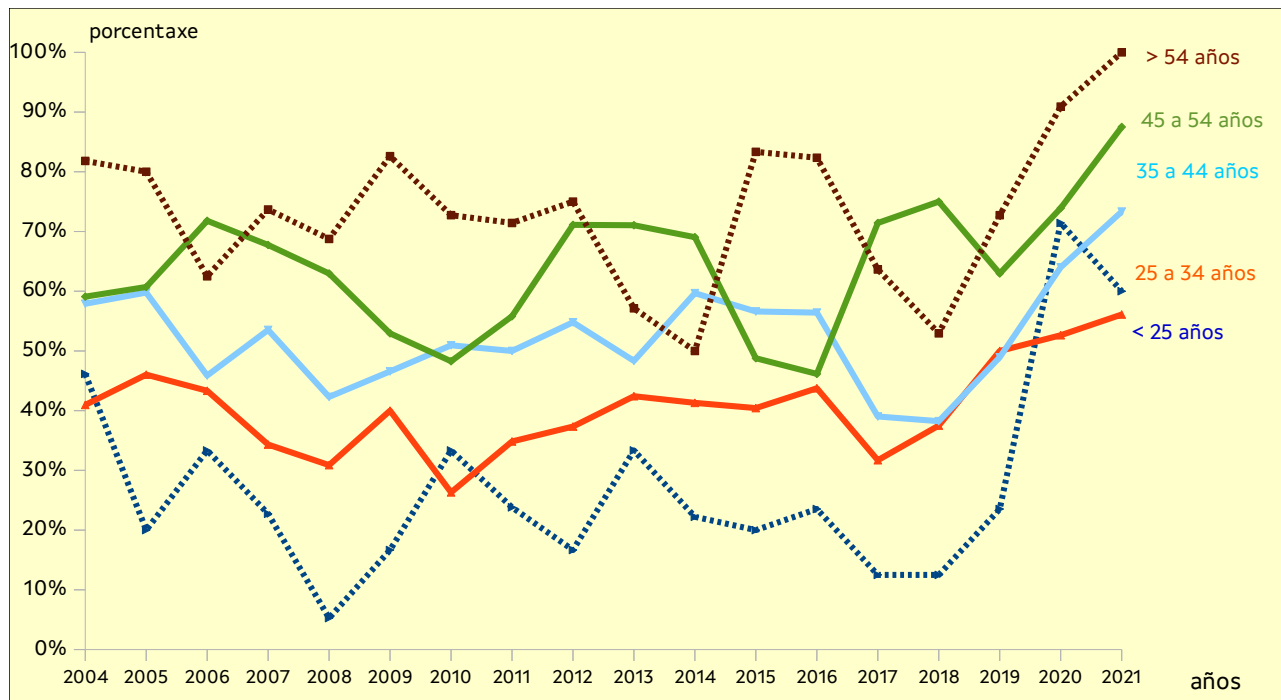
(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Tabla 4. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH según los grupos de edad y principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2021

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

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Gráfico 32. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH en cada uno de los intervalos de edad según el año. Galicia 2004-2021

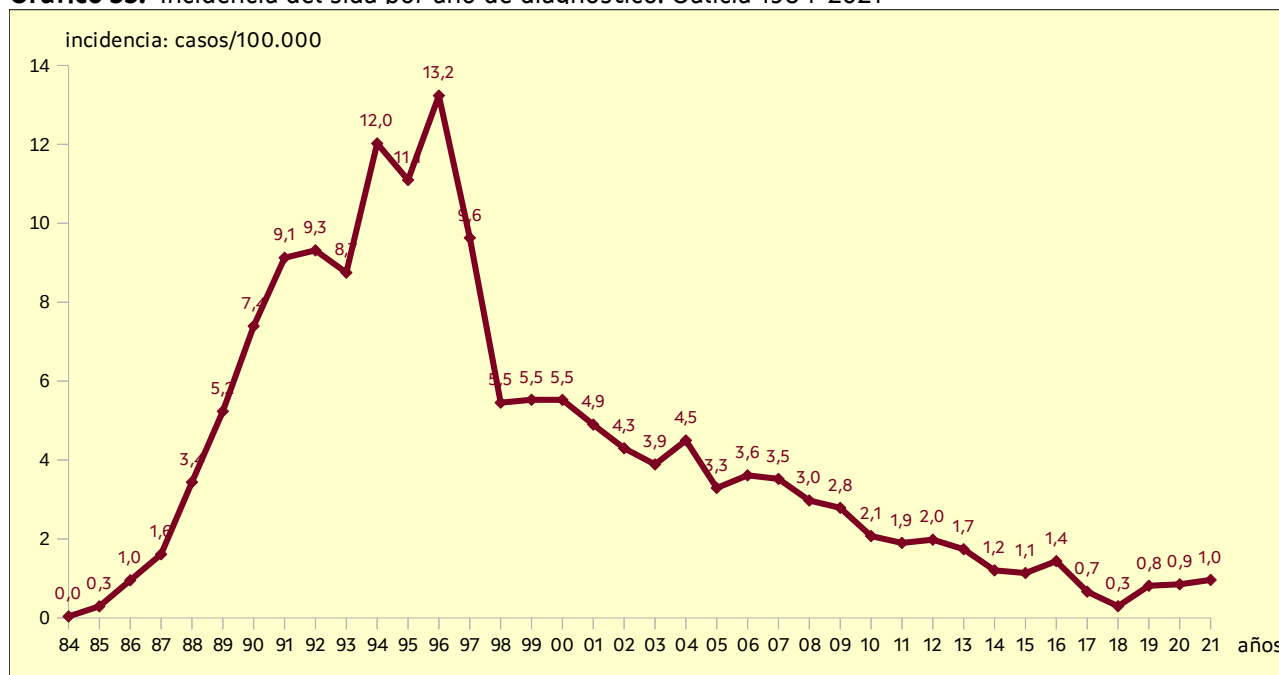


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

EL SIDA EN GALICIA: 1984-2021

Desde que se diagnosticó el primer caso de sida en Galicia en el año 1984 y hasta 1996, la incidencia del sida ha mostrado una evolución muy ascendente. A partir de ese momento, la incidencia disminuye de forma considerable, descenso que supone más del 40 % entre 1997 y 1998. Durante los años transcurridos del siglo XXI continúa con una tendencia descendente, estabilizándose en los tres últimos años. Esta disminución se atribuye a los logros en la prevención de la enfermedad y, fundamentalmente, a la utilización de los tratamientos antirretrovirales en las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde el año 2010 se notificaron menos de 60 nuevos casos anuales, lo que mantiene la tendencia a la estabilización antes comentada, y se sitúa la tasa en una media de 1,3 casos por 100.000 habitantes anuales en estos últimos doce años.

Gráfico 33. Incidencia del sida por año de diagnóstico. Galicia 1984-2021

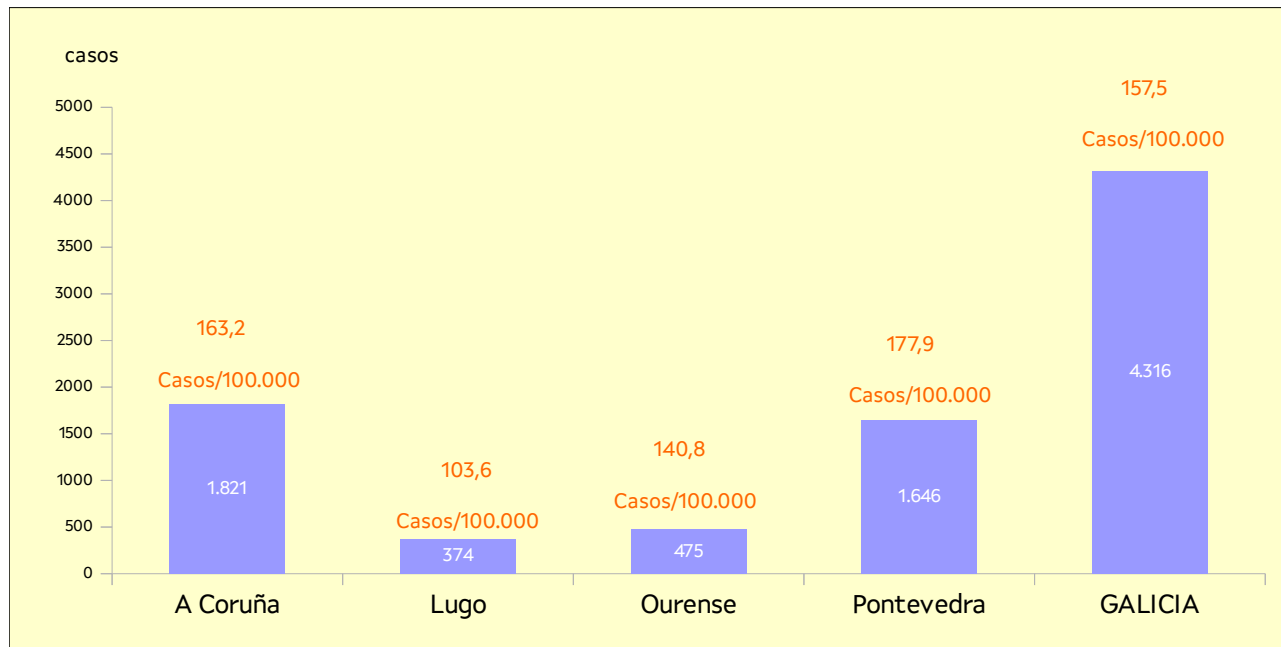


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

El número acumulado de casos de sida hasta el 30 de junio de 2022, vivos y fallecidos, en Galicia es de 4.316 personas (77 % hombres). La provincia de A Coruña es la que presenta mayor número de casos (1.821 frente a los 1.646 de Pontevedra, los 475 de Ourense y los 374 de Lugo).

No obstante, al calcular las tasas acumuladas de 1984 hasta 2021, por 100.000 habitantes, la provincia con mayor tasa es Pontevedra, con 178 por 105, frente a los 163 de A Coruña y los 141 de Ourense. Lugo es la provincia que, de forma acumulada, presenta la menor incidencia con 104 casos por 105 habitantes durante los treinta y ocho años.

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



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

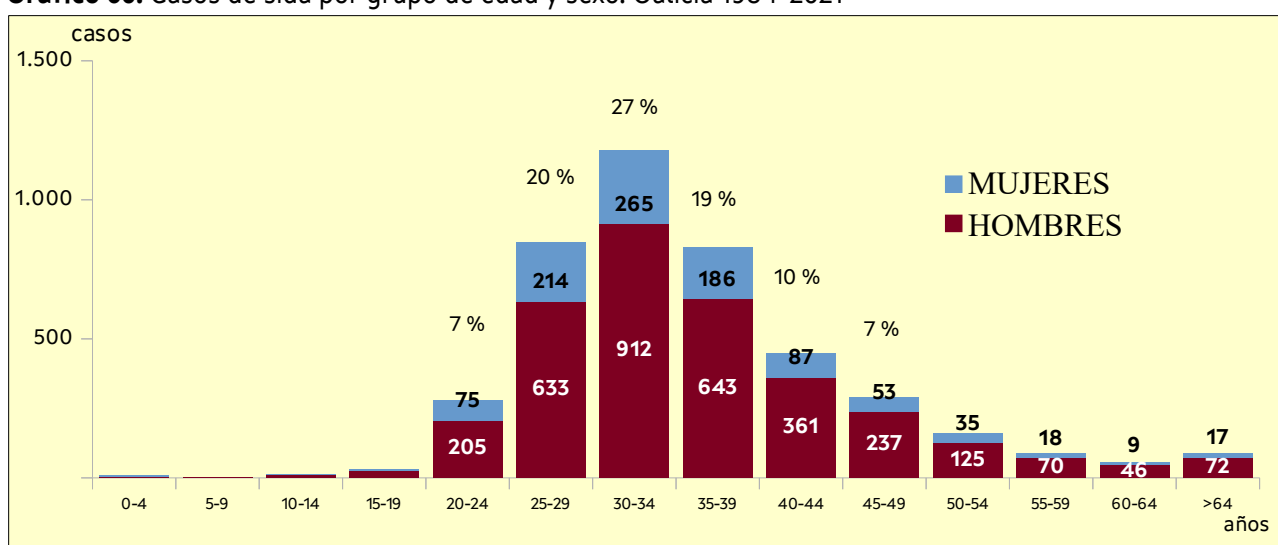
Tabla 5. Casos de sida por provincia y año de declaración. Galicia 1984-2021

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

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

En cuanto a la edad, cabe señalar que el sida afecta fundamentalmente a adultos jóvenes. El 66 % de todos los casos tenía en el momento del diagnóstico entre 25 y 39 años y un 83 % si aumentamos el intervalo a personas que tienen entre los 20 y 44 años. Los mayores de 49 años suponen el 9 % de los casos de sida.

Gráfico 35. Casos de sida por grupo de edad y sexo. Galicia 1984-2021

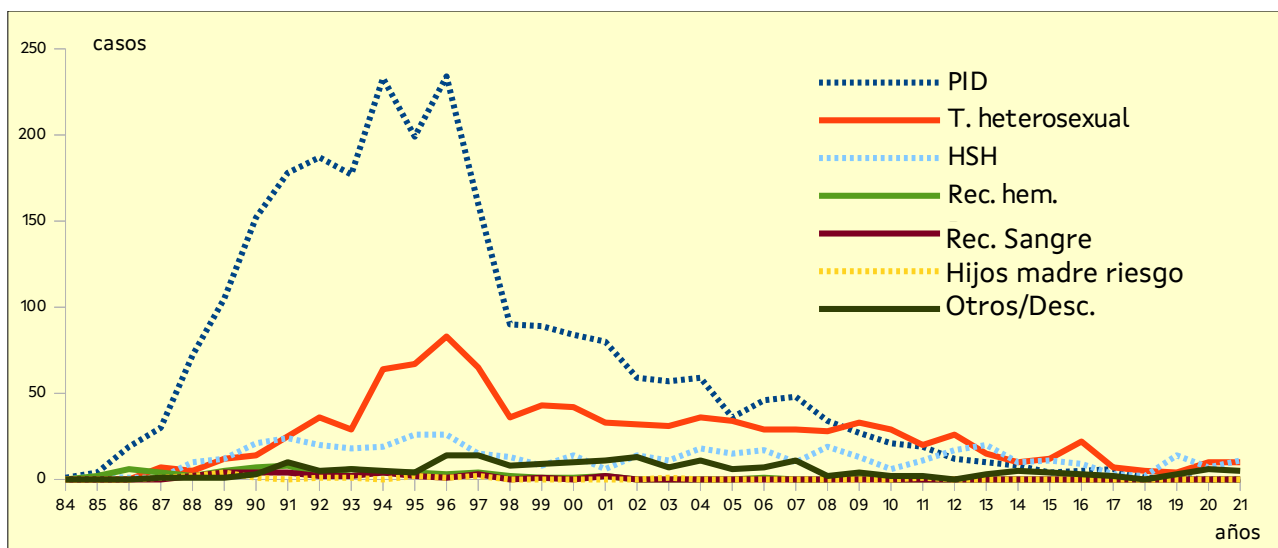


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

La categoría de transmisión más frecuente a lo largo de los años en los casos de sida declarados en Galicia es la asociada a consumo de drogas inyectadas, con un 59 % de los casos registrados, pero en el año 2008 ya se comienza a observar que los casos por transmisión sexual son más que los de personas que se inyectan drogas (PID). Por otra parte, la transmisión heterosexual es la segunda categoría más frecuente, con un 23 % en el total del período, pero con una tendencia relativa al aumento, cosa que no sucede en los PID, en los que baja claramente su peso relativo en los últimos años (35 % entre 2011 e 2021).

1. INFECCIONES POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2021

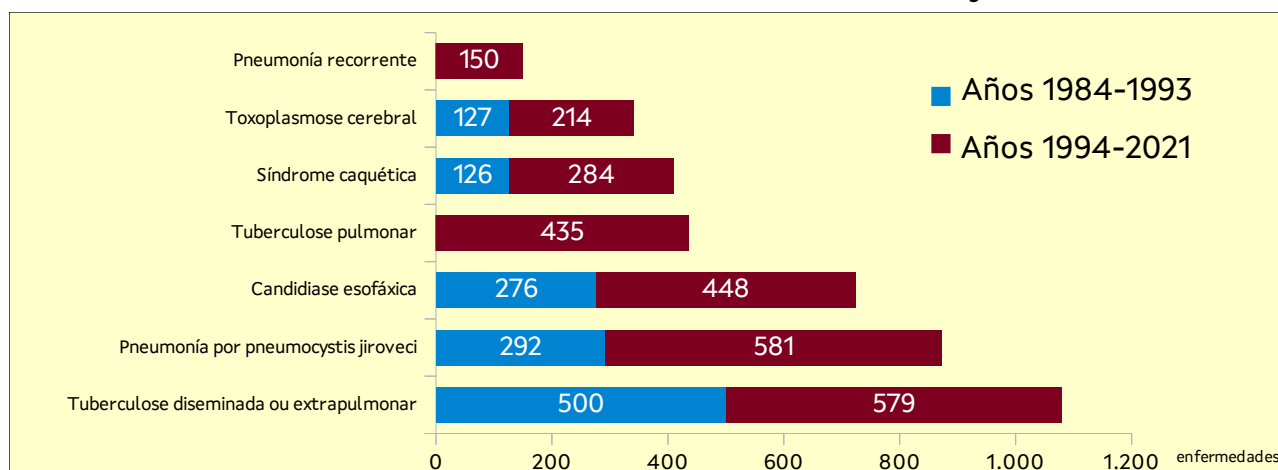
Gráfico 36. Casos de sida por año de diagnóstico es categoría de transmisión. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Las enfermedades indicativas de sida más frecuentes en el momento del diagnóstico desde 1994 a 2021, son la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* y la tuberculosis diseminada o extrapulmonar (cada una con un 16,5 % de las 3.056 enfermedades diagnosticadas), seguida de la candidiasis esofágica (13 %) y de la tuberculosis pulmonar en mayores de 14 años (12 %).

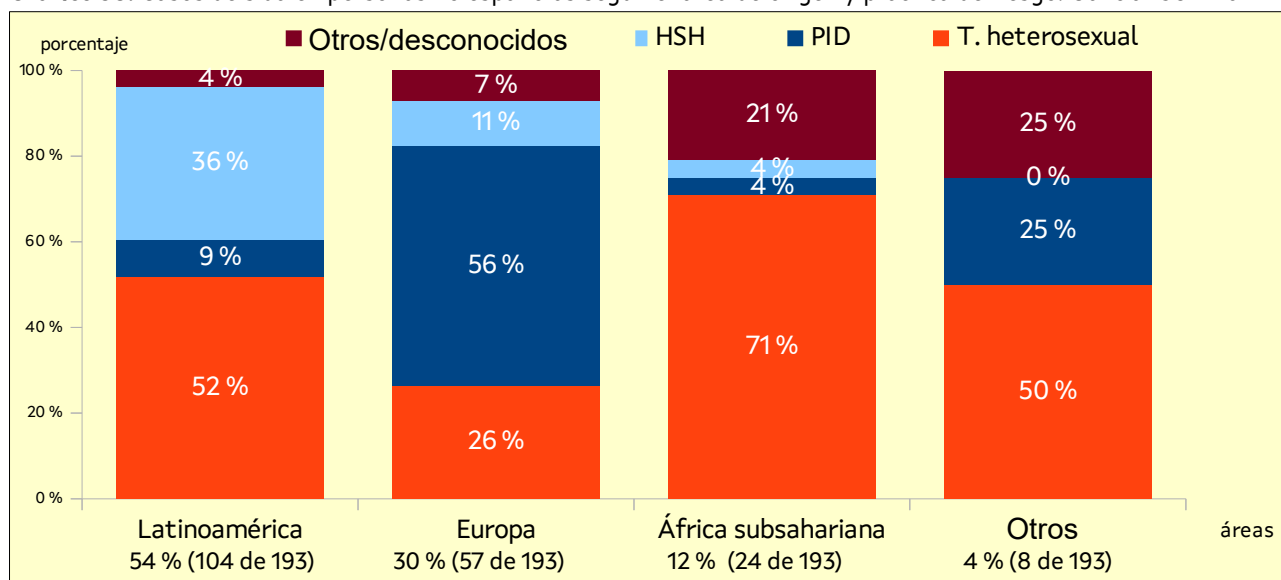
Gráfico 37. Enfermedades indicativas de sida más frecuentes en el momento del diagnóstico. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

El área geográfica de donde proceden principalmente las personas extranjeras es América Latina, con un 54 % de los casos, seguida de Europa, con un 30 %.

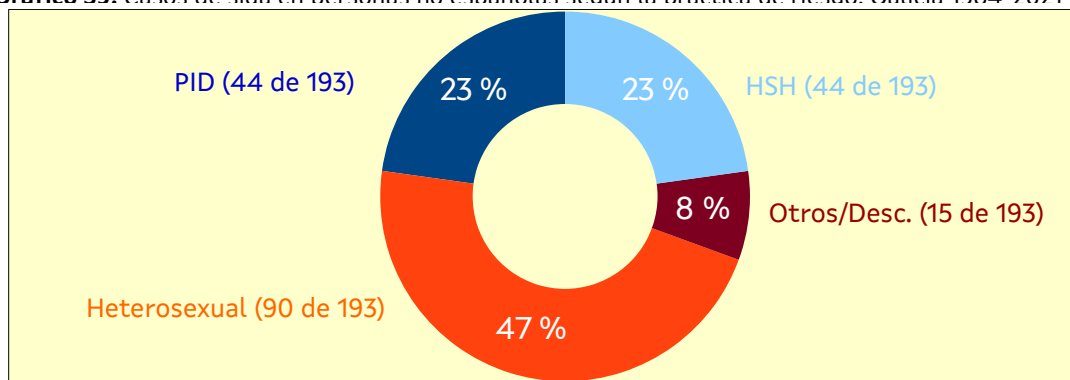
Gráfico 38. Casos de sida en personas no españolas según el área de origen y práctica de riesgo. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Las categorías de transmisión más corrientes en el total de estas personas es la transmisión por vía heterosexual con un 46,6 % de los casos, y la de las personas inyectoras de drogas que comparten las jeringuillas con un 22,8 %.

Gráfico 39. Casos de sida en personas no españolas según la práctica de riesgo. Galicia 1984-2021



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- a.** Los datos del SIDIVIHG en Galicia en el período 2004-2021 presentan una incidencia de infección por el VIH de 6,5 casos/año por 100.000 habitantes, lo que nos sitúa por debajo de la incidencia anual española, que es de 9,8 para el mismo intervalo temporal.
- b.** Entre 2004 y 2021 se declararon en Galicia 3.159 nuevos diagnósticos de infección por el VIH que presentaban una tendencia bastante estable hasta 2012, año a partir del cual se observa una clara disminución de casos de infección.
- c.** El patrón epidemiológico predominante en la transmisión del virus es claramente la vía sexual, con un 80 % (44 % entre HSH y el 36 % por relaciones heterosexuales).
- d.** En el caso particular de los datos en hombres, también se confirma el predominio de la vía sexual, con un 80 % de los infectados, pero en este caso es mayor la diferencia entre la transmisión en HSH con un 54 % de los casos (con una tendencia ascendente en el período que parece frenar los últimos años) por el 26 % asociado a la vía heterosexual. Esto justifica el refuerzo de las medidas preventivas en este colectivo para atajar la elevada presencia de infección por este virus en estas personas.
- e.** A lo largo del período el 50 % de los nuevos diagnósticos de infección presenta diagnóstico tardío, con una inmunosupresión con < 350 CD4/ μ l (el 31 % tenía inmunosupresión severa con menos de 200 CD4 y el 19 % entre 200 y 350 CD4). por lo tanto, la promoción del diagnóstico precoz entre la población y los profesionales sanitarios es prioritaria para obtener el máximo beneficio, individual y colectivo, de los avances en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.
- f.** Los infectados no originarios de España representan el 20 % de los casos registrados (28 % mujeres, y 18 % hombres), lo que supone la necesidad de diversificar los programas de prevención para adaptarlos a la población inmigrante, grupo social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable, sobre todo las mujeres.

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2021

La instauración de la terapia antirretroviral (TAR) de alta eficacia en el año 1996 supuso un importante descenso en la mortalidad asociada a la infección por el VIH y, consecuentemente, un incremento de las personas que viven con la infección. En Galicia el seguimiento de la infección, así como la oferta del TAR, se realiza en hospitales.

La información sobre los episodios de hospitalización se recogen de manera sistemática en el momento del alta hospitalaria en una base de datos clínico-administrativa, el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), que en Galicia alcanza una cobertura casi del 100 % de altas hospitalarias.

Los datos del CMBD son, generalmente, recogidos por los servicios de admisión hospitalarios, agregados en el ámbito autonómico y posteriormente integrados en el ámbito estatal. Contiene variables del paciente (sexo, fecha de nacimiento...), variables de ingreso-alta (fecha de ingreso, tipo de ingreso, fecha de alta, circunstancia de alta...) y variables clínicas (diagnóstico principal y secundarios...). Las variables clínicas se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión Modificación Clínica (CIE10-MC).

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: estudio descriptivo de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH.
- Población de estudio: altas hospitalarias de pacientes infectados por el VIH en hospitales de Galicia de 2000 a 2021.
- Ámbito: hospitales públicos, administrados públicamente o con concierto con el Servicio Galego de Saúde.
- Fuente de datos: base de datos del CMBD de los años 2000 a 2021.

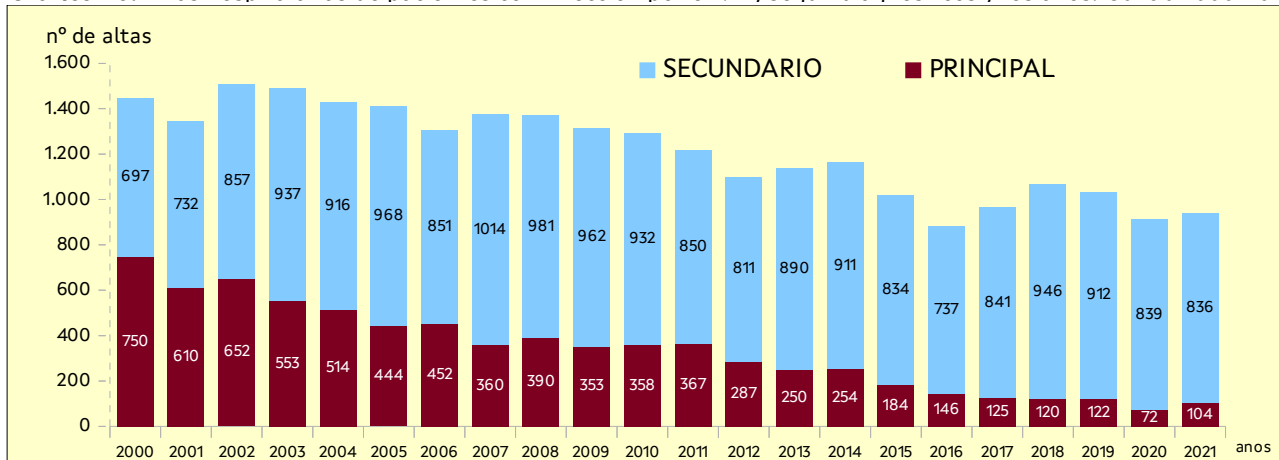
2. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2021

- Criterios de inclusión: se seleccionaron todas aquellas altas en que constaban en cualquier diagnóstico, principal o secundarios, el código B20 (enfermedad por el VIH) o Z21 (estudio de infección por el VIH) de la CIE10-MC.
- Variables: edad, sexo, tipo de ingreso, circunstancia en el momento del alta, días de estancia. Se crearon las variables de enfermedades definatorias de sida y otros diagnósticos no asociados a la infección por el VIH a partir de sus correspondientes códigos de la CIE10-MC. El diagnóstico principal se define como aquel que fue la causa del ingreso en el hospital y los secundarios, como los diagnósticos que, no siendo el principal, coexisten con él en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria e influyen en su duración o en el tratamiento administrado. No tenemos en cuenta las "múltiples infecciones bacterianas recurrentes" como enfermedad definatoria de sida por su dificultad de codificación.

RESULTADOS DEL PERÍODO 2000 A 2021

En los 22 años del estudio se registraron un total de 26.721 altas hospitalarias de personas con infección por el VIH (diagnóstico principal o secundario). Observándose un descenso del 35 % en el número de altas entre el primer y último año de la serie.

Gráfico 40. Altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, según diagnósticos y los años. Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

a. Características de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH

La distribución por sexo muestra un claro predominio de los hombres (73,3 %), sin variaciones durante los años (rango: 70,1 % a 77,6 %). En la edad se observa un aumento desde los 36,4 años (DE: 8,8) en el año 2000 hasta 53,1 años (DE: 10,6) en el año 2021. Este incremento es tanto para hombres como para mujeres, aunque la edad media de las mujeres, es algo inferior a la de los hombres en todo el período (gráfico 41).

Tabla 6. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH según sexo y grupos de edad. Galicia 2000 a 2021

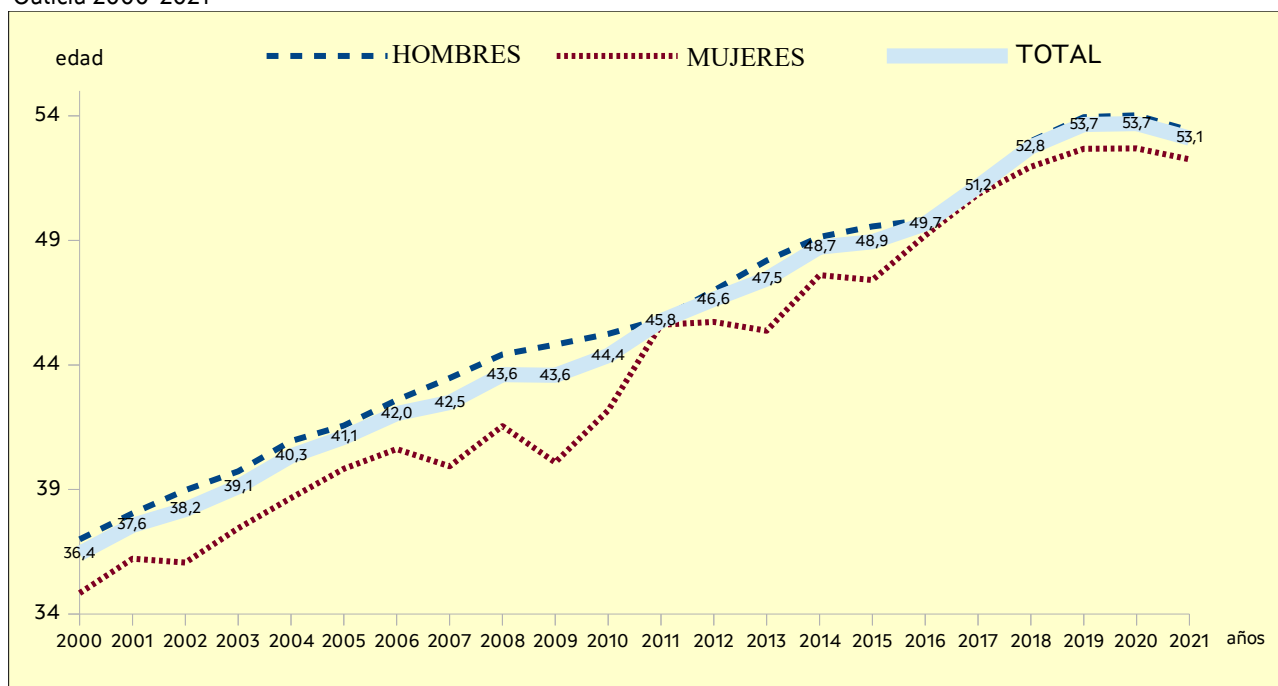
	SEXO				GRUPOS DE EDADE								total
	Hombres		Mujeres		< 25 años		25 a 34 años		35 a 49 años		> 49 años		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.068	73.8 %	379	26.2 %	71	4.9 %	635	43.9 %	650	44.9 %	91	6.3 %	1.447
2001	988	73.6 %	354	26.4 %	38	2.8 %	517	38.5 %	699	52.1 %	88	6.6 %	1.342
2002	1.107	73.4 %	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 DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

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

La mayor proporción de altas se concentra en el grupo etario de 35 a 49 años (54,3 %; rango: 24,4 % a 69,5 %), salvo los cinco últimos años que corresponde al grupo de mayores de 49 años. A lo largo del período se observa un aumento en el porcentaje de altas con más de 49 años, que supusieron el 6,3 % en el 2000 y el 67,1 % en el 2021.

Gráfico 41. Edad media de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, según sexo y los años Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

La mayoría de los ingresos fue de manera urgente (81,4 %; rango: 72,7 % a 85,4 %) (tabla 7). La estancia media del período fue de 11,9 días.

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

Tabla 7. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH según el tipo de ingreso y circunstancia en el momento del alta. Galicia 2000 a 2021

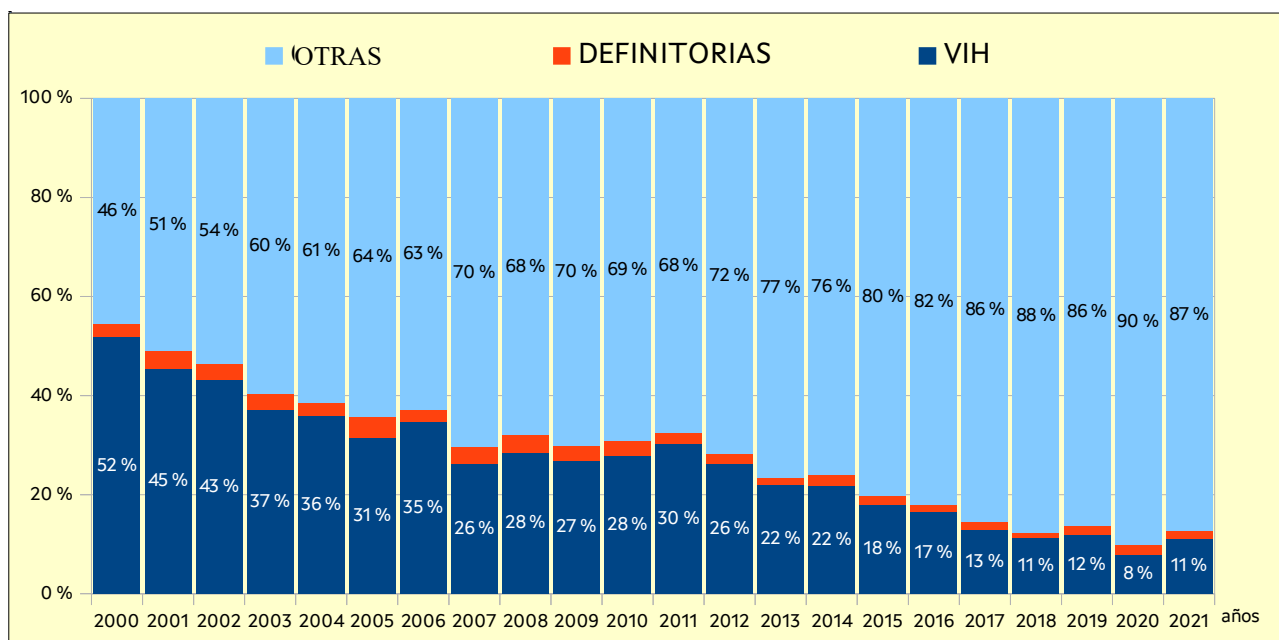
	TIPO DE INGRESO						CIRCUNSTANCIA AL ALTA										total
	Urgente		Programado		Otros		Domicilio		Traslado		Voluntaria		Fallecimiento		Otros		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.079	74,6 %	368	25,4 %	0	0,0 %	1.263	87,3 %	1	0,1 %	60	4,1 %	94	6,5 %	29	2,0 %	1.447
2001	975	72,7 %	367	27,3 %	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 DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

b. Diagnóstico principal y motivos de ingreso de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH

El número total de altas hospitalarias en que figura la infección por el VIH (códigos B20 o Z21 de la CIE10-MC) en el diagnóstico principal fue de 7.467 (28 % del total de altas en relación con el VIH del período). A lo largo de los años esta proporción disminuyó un 90 %, desde las 750 altas en el 2000 hasta las 104 altas en el 2021. Esta misma tendencia se ha observado en el diagnóstico principal de las altas por enfermedades definitivas de sida (desde el 2,6 % hasta el 1,7 %). Aquellas en que figuraban otras patologías no asociadas al VIH como motivo de ingreso aumentaron de 659 (45,5 %) en el 2000 a 820 (87,2 %) en 2021.

Gráfico 42. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, según diagnóstico principal y los años. Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

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

Las enfermedades definatorias de sida más frecuentes en el diagnóstico principal fueron los linfomas y la tuberculosis.

Tabla 8. Distribución de las altas hospitalarias según la presencia de enfermedades definatorias de sida en el diagnóstico principal* y los años. 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
Tuberculosis	100	32	5	4	7	12	4	4	3	4	1	4	2	0	2	2	9	0	5
Neumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	33	8	2	1	2	1	0	2	1	1	0	2	0	4	3	2	1	2	1
Toxoplasmosis 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
Candidiasis esofágica	7	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Criptococosis extrapulmonar	12	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1
Cáncer invasivo de cuello	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 <i>Kaposi</i>	11	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	4
Neumonía intersticial linfoide	9	3	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	6	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
Criptosporidiasis	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Micobacterium otras 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
<i>Micobacterium avium</i> o <i>kansasii</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isosporidiasis	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
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Histoplasmosis 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 o esofágico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Coccidiomicosis 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

(CMDB-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

(*) No tenemos en cuenta las "múltiples infecciones bacterianas recurrentes" ni las "neumonías bacterianas recurrentes" por su dificultad de codificación.

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

Respecto de las altas por otras patologías, las enfermedades respiratorias fueron las más frecuentes (18,2 % en el período), seguidas de las enfermedades digestivas.

Tabla 9. Distribución de las altas hospitalarias según la presencia de enfermedades no relacionadas con la infección por el VIH en el diagnóstico principal y año. 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
Tráquea, bronquios, pulmón	188	26	9	5	11	9	10	16	8	7	6	9	13	7	9	12	6	15	10
Laringe	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
Hígado	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. de la sangre	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. de los riñones	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 sin especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C sin especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras enf. infecciosas	1.221	339	103	65	83	56	54	32	42	59	49	55	52	40	34	46	40	34	38
Enf. digestivas	2.686	586	123	135	171	147	134	139	120	115	131	94	98	95	118	129	121	117	113
Lesiones y envenenamientos	1.763	419	77	79	84	86	85	94	92	83	71	89	73	55	61	62	94	64	95
Enf. aparato genital	289	57	18	8	11	11	12	14	9	13	17	21	15	13	12	19	16	11	12
Trastornos mentales	1.777	436	77	86	79	94	87	101	89	88	94	77	92	48	62	67	67	65	68
Complicaciones embarazo	642	242	32	42	36	36	46	31	37	24	20	13	24	16	17	10	7	5	4
Enf. de la piel	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 congénitas	32	12	0	0	2	1	1	2	3	0	4	1	1	0	1	2	2	0	0
Enf. perinatales	10	6	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mal definidas y otras	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 DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

c. Morbilidad en las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH

El porcentaje de altas en que figuraba alguna enfermedad definitoria de sida en el diagnóstico principal o en cualquiera de los secundarios disminuyó del 30,1 % al 9,7 % entre los años 2000 y 2021. Los diagnósticos más frecuentes fueron la tuberculosis (19 %), la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (14 %), los linfomas y la caquexia (13 % cada una), y se observa una tendencia descendente con los años en la mayoría de ellas (tabla 10).

En relación con la presencia de altas con enfermedades no asociadas a la infección por el VIH tanto en el diagnóstico principal como en los secundarios, se evidenció un incremento en la mayoría de los grandes grupos de patologías.

Así, algunos ejemplos de lo anterior son las altas de las enfermedades respiratorias, del 21,7 % al 31,7 %, de las enfermedades digestivas, del 18,1 % al 29,1 %, de los tumores que pasaron del 7,1 % al 19,1 % (el tumor con mayor tendencia al aumento es el de hígado, 0 casos en los dos primeros años del período a 15 en 2021 (tabla 9).

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

Tabla 10. Distribución de las altas hospitalarias según presencia de enfermedades* definitorias de sida en el diagnóstico principal y/o 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
Tuberculosis	1.118	518	67	62	73	61	60	45	48	28	34	30	17	12	18	13	18	4	10
Neumonía por <i>P. Jiroveci</i>	828	273	31	51	42	48	53	35	34	40	31	37	26	25	23	16	20	21	22
Toxoplasmosis 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
Candidiasis esofágica	530	195	29	34	27	24	20	24	18	15	24	14	20	26	15	14	13	7	11
Criptococosis extrapulmonar	186	66	17	4	10	5	10	10	11	6	9	6	3	7	9	3	4	5	1
Cáncer invasivo de cuello uterino	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
Neumonía intersticial linfóide	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
Criptosporidiasis	49	19	3	9	2	1	5	2	0	2	1	0	0	1	1	2	0	0	1
Micobacterium otras 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 o kansasii	109	27	16	9	3	3	20	8	3	5	4	2	0	0	1	0	1	0	7
Isosporidiasis	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
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	29	8	3	1	1	5	0	1	3	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0
Histoplasmosis 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 o esofágico	22	3	0	1	1	2	1	1	4	2	4	1	1	0	0	0	0	1	0
Coccidiomicosis diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5.896	2.020	368	320	325	300	356	267	249	235	243	231	203	149	143	111	154	114	108

(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

(*) no tenemos en conta las "múltiples infecciones bacterianas recurrentes" ni las "neumonías bacterianas recurrentes" por su dificultad de codificación.

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

Tabla 11. Distribución de las altas hospitalarias según presencia de enfermedades* no relacionadas con la infección por el VIH en el diagnóstico principal y/o 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:	3.083	533	142	101	137	150	159	144	147	145	162	196	169	126	137	176	128	151	180
Tráquea, bronquios, pulmón	378	56	19	6	18	23	23	31	17	12	14	18	19	18	22	22	13	25	22
Laringe	104	22	10	2	0	3	1	2	5	15	9	9	2	7	5	1	3	2	6
Hodgkin	249	66	9	7	4	19	22	12	6	7	16	27	5	8	9	5	5	7	15
Recto, ano	123	7	2	7	8	2	8	11	6	8	12	7	4	10	5	3	6	5	12
Hígado	249	19	17	2	19	5	12	9	13	19	17	21	12	5	8	23	19	14	15
Enf. endócrino-metabólicas:	5.024	659	163	174	190	204	203	240	252	252	300	295	281	206	231	324	346	355	349
Lipodistrofia	197	46	8	10	12	7	11	9	19	10	15	10	9	3	0	6	5	10	7
Enf. respiratorias	8.233	1.722	404	367	444	441	407	433	395	358	397	393	341	325	385	417	386	320	298
Enf. de la sangre	4.066	992	249	219	254	247	216	224	196	178	189	181	125	116	131	143	147	117	142
Enf. aparato circulatorio	6.208	935	270	253	276	291	271	290	320	291	322	346	307	237	270	381	411	377	360
Enf. de los riñones	3.142	579	124	108	145	161	161	141	170	142	166	173	120	129	123	173	168	172	187
Enf. infecciosas:	16.387	4.407	872	826	842	834	808	834	822	730	708	747	655	534	544	664	590	528	442
Hepatitis B aguda	188	93	14	17	9	9	6	6	8	3	7	8	3	2	0	1	1	1	0
Hepatitis B crónica	880	353	50	59	56	44	30	40	28	37	27	16	18	17	14	27	23	24	17
Hepatitis C aguda	158	103	16	14	5	5	4	3	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0
Hepatitis C crónica	8.355	2.043	425	406	419	456	442	479	469	403	386	413	394	276	273	347	307	234	183
Hepatitis B sin especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	0	3	3	1
Hepatitis C sin especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	23	25	17	24	14
Enf. digestivas	6.776	1.504	308	330	409	405	321	346	343	328	332	292	237	243	251	296	291	266	274
Lesiones y envenenamientos	3.464	691	143	150	178	177	164	173	164	156	159	173	145	129	151	148	207	163	193
Enf. aparato genital	761	156	40	26	36	27	36	37	31	42	49	52	32	28	31	40	32	26	40
Trastornos mentales	16.662	4.441	874	811	875	905	866	839	771	720	733	748	662	467	491	626	669	569	595
Complicaciones embarazo	643	242	32	42	36	36	47	31	37	24	20	13	24	16	17	10	7	5	4
Enf. de la piel	2.085	555	140	129	104	89	121	93	99	77	89	85	78	64	54	73	83	75	77
Enf. aparato osteoarticular	1.648	321	52	71	67	80	89	77	80	86	88	87	60	70	74	95	86	73	92
Anomalías congénitas	241	67	4	9	12	18	7	19	15	6	8	12	15	10	10	11	7	8	3
Enf. perinatales	16	8	2	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	26.591	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

(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

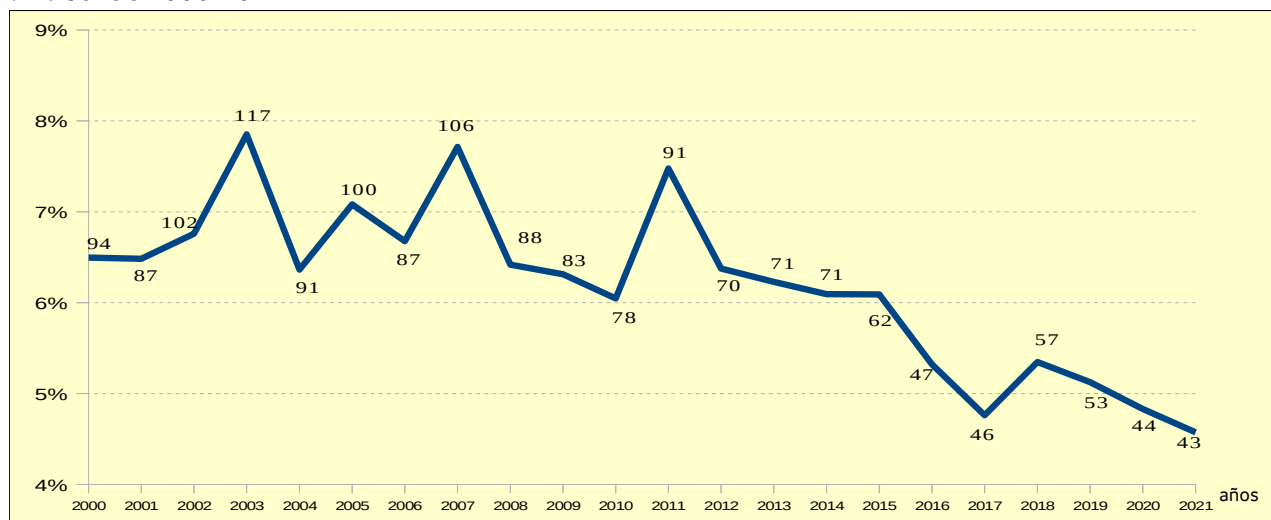
(*) Una misma persona puede tener más de un diagnóstico

d. Mortalidad en las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH

Durante el período se registraron 1.688 altas por fallecimiento en pacientes hospitalizados con infección por el VIH, lo que supuso el 6,3 % del total de altas de los 22 años. El porcentaje de altas por fallecimiento ha permanecido bastante estable en los años con la excepción de los seis últimos años que bajaron del 6 % (6,3 % con rango: 4,6 % en 2021; 7,9 % en 2003).

En todo el período la mayor parte de los exitus fueron hombres (79,0 %) y en el grupo de edad de 35 a 49 años (54,5 %); los mayores de 49 años representan el 35,2 % (desde el 14,9 % en el 2000 hasta el 79,1 % en el 2021) (tabla 12).

Gráfico 43. Número y porcentaje de altas hospitalarias por fallecimiento en pacientes con infección por el VIH. Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

La edad media en el momento del fallecimiento fue de 47 años (DE: 11), se pasó de 40,9 en 2000 hasta 57,4 en 2021.

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

Tabla 12. Distribución de las altas por fallecimiento según el sexo y la edad. Galicia 2000-2021

	SEXO				GRUPOS DE EDAD								total
	Hombres		Mujeres		< 25 años		25 a 34 años		35 a 49 años		> 49 años		
	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

(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

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

Al analizar el diagnóstico principal del total de fallecimientos, los códigos de infección por el VIH figuraba en 748 altas (44,3 %), en 60 (3,6 %) está presente algún código de enfermedad definitiva de sida y en las 880 restantes (52,1 %) otra patología no relacionada con la infección por el VIH. Se observa una tendencia descendente en la presencia de la enfermedad por VIH a costa de un aumento en otras patologías no asociadas.

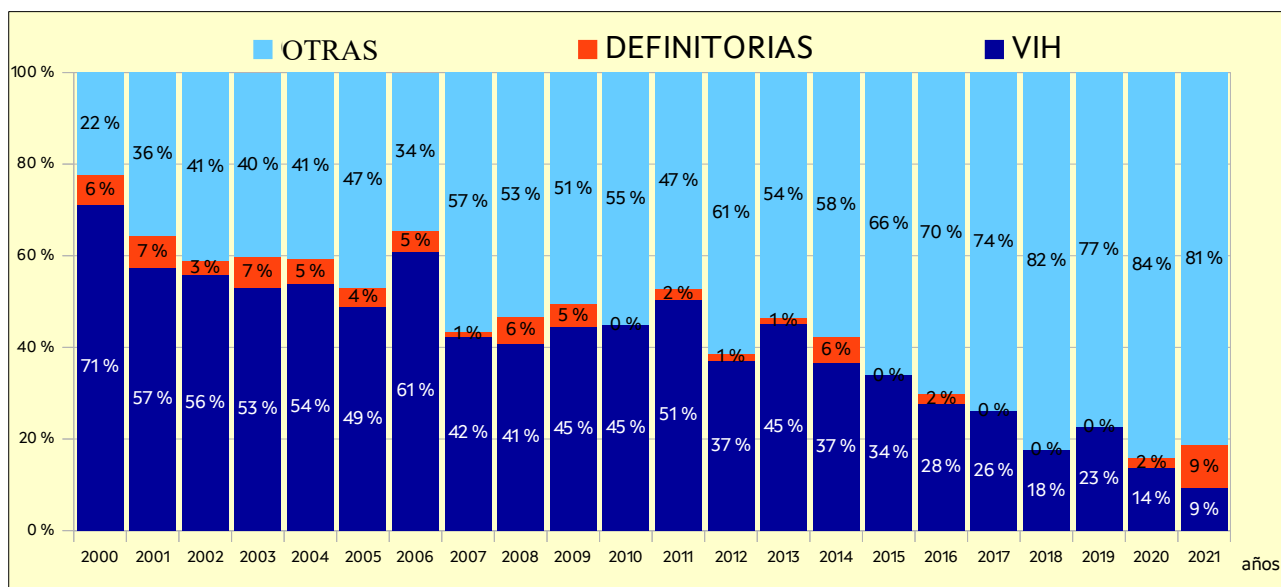
Tabla 13. Distribución de las altas por muerte según patologías del diagnóstico principal. Galicia 2000-2021

Enfermedad por el VIH	748	44,3 %
Alguna enfermedad indicativa de sida	60	3,6 %
Linfomas asociados al VIH	17	1.0 %
Tuberculosis	8	0.5 %
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	7	0.4 %
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4	0.2 %
Criptococosis extrapulmonar	4	0.2 %
Cáncer invasivo de cuello uterino	2	0.1 %
Neumonía intersticial linfoide	2	0.1 %
Otras	16	0.9 %
Otros diagnósticos no relacionados con el VIH	880	52,1 %
Enfermedades digestivas	169	10.0 %
Neoplasias:	209	12.4 %
Tráquea, bronquios y pulmón	59	3.5 %
Hígado	29	1.7 %
Enfermedades respiratorias	138	8.2 %
Enfermedades infecciosas:	93	5.5 %
Hepatitis B crónica	4	0.2 %
Hepatitis C crónica	31	1.8 %
Enfermedades aparato circulatorio	89	5.3 %
Lesiones y envenenamientos	66	3.9 %
Otras	116	6.9 %
total	1.688	100 %

(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

Dentro de las enfermedades definatorias de sida en altas por fallecimiento, las patologías más frecuentes en el diagnóstico principal fueron los linfomas asociados al VIH, la tuberculosis y la neumonía por *P. jiroveci*. Respecto de otras patologías, las mayoritarias fueron los tumores.

Gráfico 44: Diagnóstico principal de las altas por fallecimiento en pacientes con infección por el VIH. Galicia 2000-2021



(CMBD-HA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

e. Costes hospitalarios relacionados con los pacientes con infección por el VIH

Para hacer una estimación de los costes hospitalarios en relación con el VIH tendremos en cuenta un estudio* que concluye que el 60 % de los costes en estos pacientes se debe al tratamiento en antirretrovirales (son de dispensación hospitalaria), el 15 %, por otras medicaciones y el 25 % restante, a hospitalizaciones y otros

(*) 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 CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2021

El gasto real en antirretrovirales de las personas infectadas por el VIH en Galicia, que entre 2009 e 2020 superaron los 30 millones de euros anuales, nos hablan del importante aspecto económico de la infección por el VIH en Galicia.

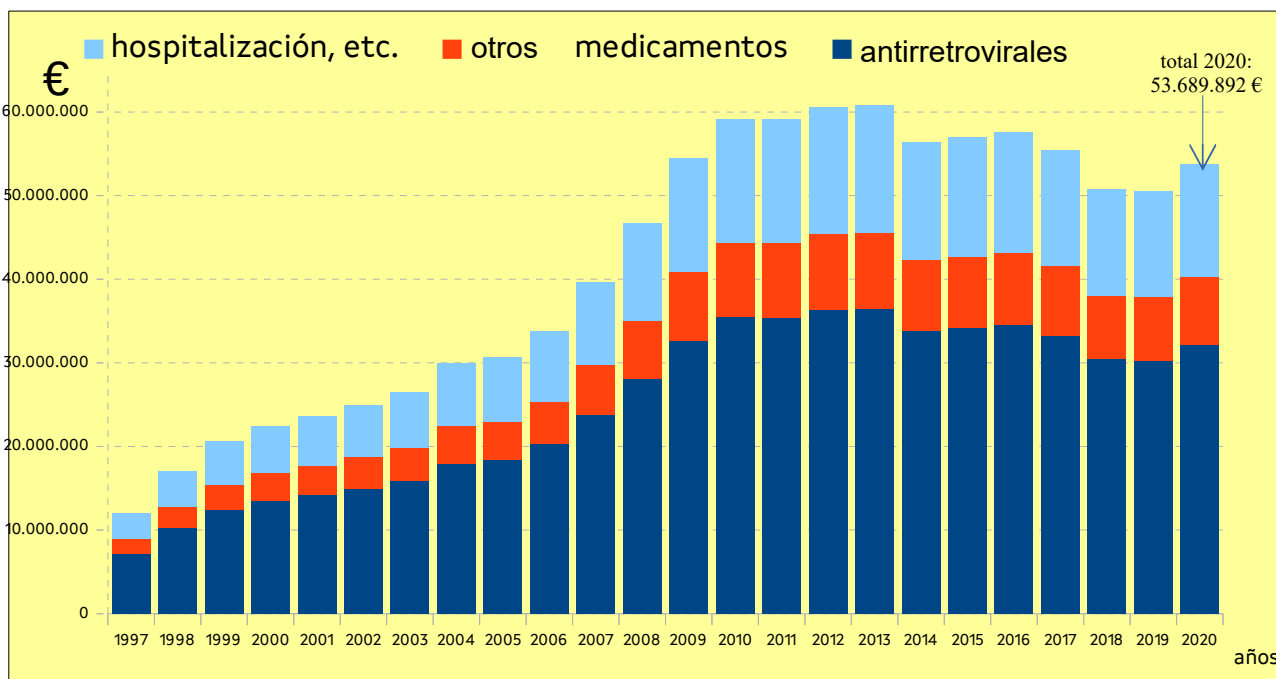
Teniendo en cuenta los porcentajes del estudio de referencia, los costes para el año 2020 serían de 53.689.892 euros:

32.213.935 € en antirretrovirales (60 %)

8.053.484 € en otros medicamentos (15 %)

13.422.473 € en hospitalización y otros (25 %)

Gráfico 45. Costes* (60 % antirretrovirales, 15 % otros medicamentos, 25 % hospitalización y otros) en pacientes con infección por el VIH según los años. Galicia 1997-2020



PRINCIPALES CONCLUSIONES

- a.** Durante el periodo de estudio se observa un descenso del número de altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH. Las altas mayoritariamente son de hombres y con una edad media en aumento.
- b.** Disminuyen las hospitalizaciones con diagnóstico principal de infección por el VIH, así como aquellas de enfermedades definatorias de sida, y aumentan las altas por otras enfermedades no relacionadas con el VIH.
- c.** Bajan las altas en que tanto en el diagnóstico principal como en los secundarios figuran diagnósticos de enfermedades definatorias de sida. Se mantiene la tuberculosis, la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* y los linfomas como los más frecuentes de estas enfermedades definatorias de sida.
- d.** Aumentan las altas con diagnóstico principal o secundarios con patologías no relacionadas con la infección por el VIH en alguno de los grandes grupos de patologías como son las enfermedades endocrino metabólicas, las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del aparato osteoarticular, y bajan los trastornos mentales y las complicaciones relacionadas con el embarazo.
- e.** El porcentaje de altas por fallecimiento permaneció bastante estable en estos años, alrededor del 6,3 % anual (no superando el 6 % en los seis últimos años). Se observa una tendencia descendente en la presencia de la enfermedad por el VIH en el diagnóstico principal a costa de un incremento en otras patologías no asociadas con el VIH.
- f.** Se constata un importante gasto en pacientes con VIH, que presenta una tendencia creciente hasta el año 2010, pero que luego se estabiliza para bajar entre 2014 e 2019 y aumentar en 2020.

MORTALIDAD POR EL VIH EN GALICIA:

1984-2020

La supervivencia de los pacientes con infección por el VIH ha mejorado mucho con la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, pero esta sigue siendo una patología grave que no tiene curación. El seguimiento de las muertes por el VIH supone un indicador para evaluar la efectividad de los tratamientos y las actividades de prevención dirigidas a la lucha contra la infección por el virus.

Una de las fuentes de información usadas para vigilar la mortalidad por el VIH es la Estadística de mortalidad por causas elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La cobertura es estatal y se obtiene de manera similar en todas las CCAA.

Los ficheros de datos de defunciones para codificar la causa básica de muerte usan la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Durante el período 1981-1999 se produjeron muchos cambios en los criterios de clasificación que afectaron a las defunciones por el VIH. Inicialmente se usó la CIE 9ª revisión, en la que no existían códigos específicos para la infección por el VIH, dado que en 1975, cuando se estableció esta clasificación, la infección por el virus era una dolencia desconocida; no fue hasta el año 1989 cuando se definieron códigos específicos para registrar las muertes por el VIH.

Por este motivo, hasta 1989 las defunciones por el VIH se registraban en el grupo 279 (trastornos del mecanismo de la inmunidad) y sus códigos (279.1, 279.3, 279.8 e 279.9). A partir de 1989, se estableció que las muertes por el virus debían incluirse en uno de los siguientes códigos: 279.5 (sida), 279.6 (complejo relacionado con el sida) y 795.8 (infección por el VIH). Desde el año 1999 comienza a aplicarse la CIE 10ª revisión, en la que se incluyen códigos específicos para el VIH (B20, B21, B22, B23, B24 e R75), por lo que desde el año 2000 sólo se tienen en cuenta dichos códigos para el cálculo de la mortalidad.

RESULTADOS DO ANO 2020

En el año 2020 se produjeron en Galicia un total de 32.522 muertes, de las que 15 (0,46 ‰) fueron por VIH-sida. De estas, 12 (80 %) se produjeron en hombres y 3 en mujeres. La tasa de mortalidad global por el VIH fue de 0,56 por 100.000 habitantes.

Tabla 14. Mortalidad por el VIH (mortalidad proporcional por mil y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes) según el sexo. Galicia año 2020

	Defunciones totales	Defunciones por el VIH/sida	Defunciones por el VIH/sida (‰)	Tasa de mortalidad VIH/sida
Hombres	16.113	12	0,74	0,92
Mujeres	16.409	3	0,18	0,21
	32.522	15	0,46	0,56

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

La edad media de los fallecidos por el VIH fue de 56,7 años (DE 11 años), los hombres 57,0 años (DE de 12,4) y mujeres, 55,3 años (DE de 6,7).

Según grupos de edad, el mayor número de muertes, 11 (73 % del total de fallecidos), se registró entre los 40 y 59 años, este patrón se repite tanto en hombres como en mujeres,. Los mayores de 64 años fueron dos hombres (13 % de las muertes).

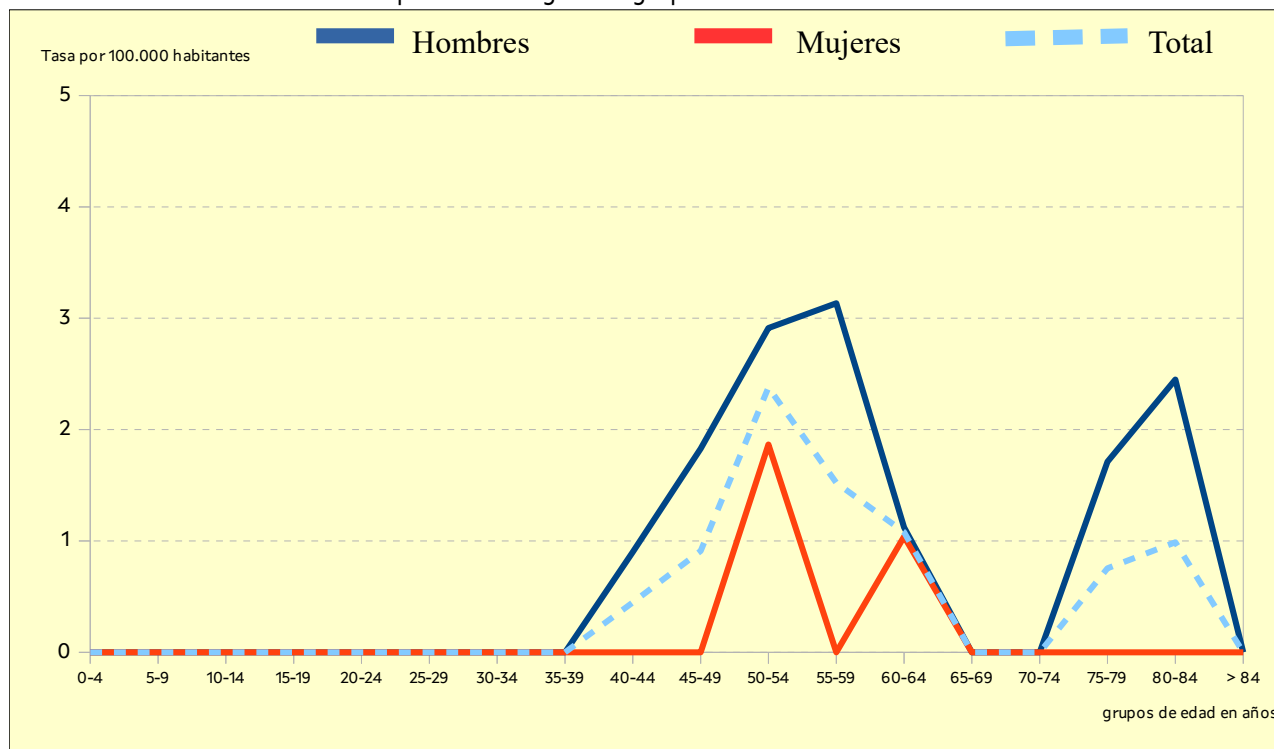
Tabla 15. Defunciones por el VIH. Número y tasa por 100.000 habitantes según sexo y grupos de edad. Galicia año 2020

	Total	Tasa por 10⁵	HOMBRES	Tasa por 10⁵	MUJERES	Tasa por 10⁵
	(N)	habitantes	(N)	habitantes	(N)	habitantes
0 a 4 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 a 9 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 a 24 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25 a 29 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30 a 34 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
35 a 39 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40 a 44 años	1	0,45	1	0,90	0	0,00
45 a 49 años	2	0,91	2	1,83	0	0,00
50 a 54 años	5	2,38	3	2,91	2	1,87
55 a 59 años	3	1,52	3	3,14	0	0,00
60 a 64 años	2	1,08	1	1,12	1	1,04
65 a 69 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
70 a 74 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
75 a 79 años	1	0,75	1	1,71	0	0,00
80 a 84 años	1	0,99	1	2,45	0	0,00
> 84 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	15	0,56	12	0,92	3	0,21

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

3. MORTALIDAD POR EL VIH EN GALICIA: 1984-2020

Gráfico 46. Tasas de mortalidad por el VIH según los grupos de edad. Galicia año 2020



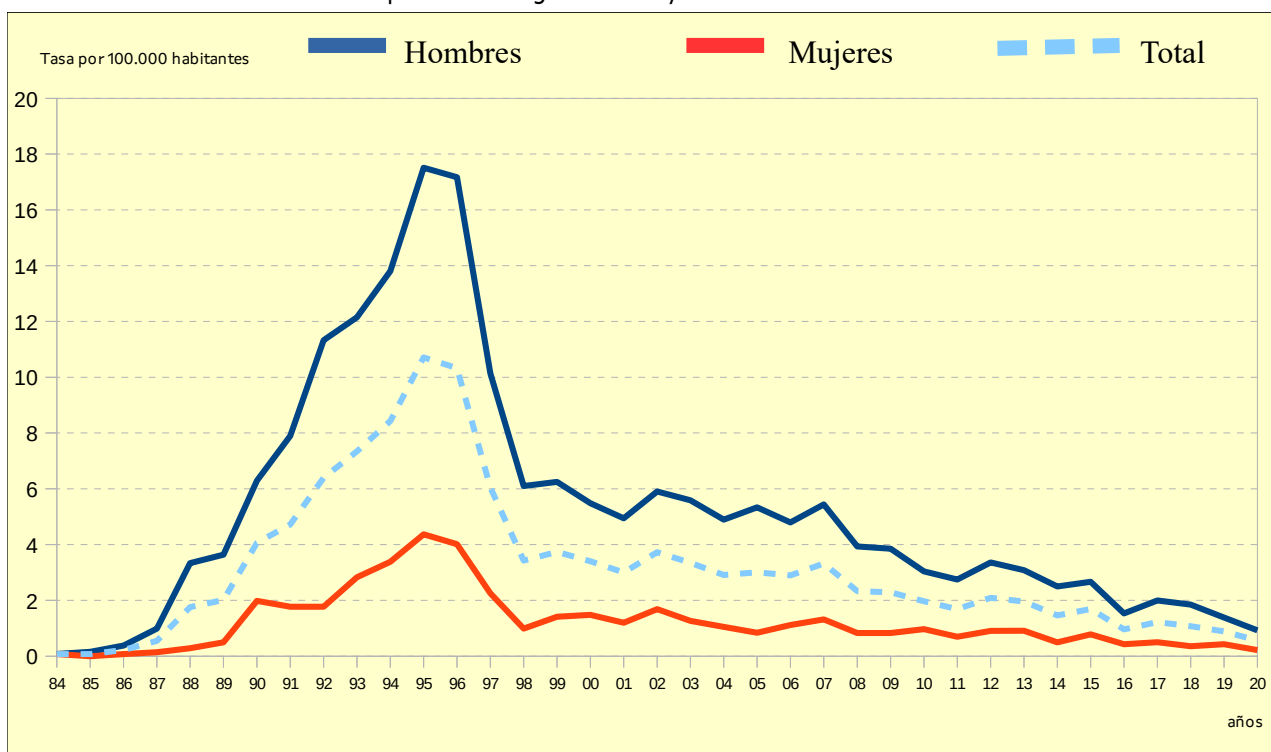
(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

RESULTADOS DEL PERÍODO 1984-2020

Si consideramos el período completo desde 1984 a 2020, se produjeron en Galicia un total de 3.169 muertes por el VIH, de los cuales el 80 % eran hombres. El número de defunciones alcanzó su máximo en los años 1995 y 1996 para, posteriormente, disminuir en los años siguientes y estabilizarse en menos de 40 muertes anuales desde 2016.

A lo largo de los años, la tasa de mortalidad fue, de manera continuada, más alta en hombres que en mujeres, con un pico máximo en el año 1995, con una tasa de mortalidad de 10,7 muertes por 100.000 habitantes (17,5 en hombres y 4,4 en mujeres). Desde el año 2013 la tasa se sitúa por debajo de las 2 muertes por 100.000 habitantes anuales (no supera los 3 en hombres ni 1 en mujeres).

Gráfico 47. Tasas de mortalidad por el VIH según el sexo y los años. Galicia 1984-2020



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

3. MORTALIDAD POR EL VIH EN GALICIA: 1984-2020

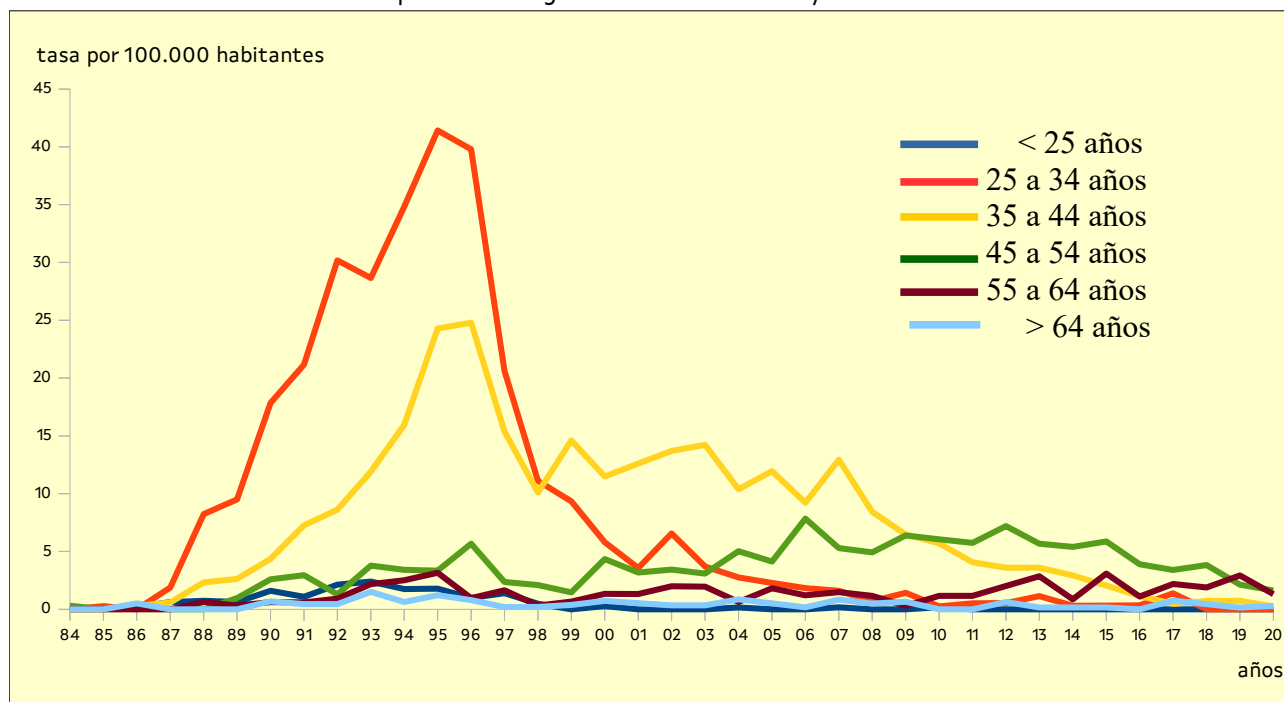
Tabla 16. Defunciones por el VIH. Número y tasa por 100.000 habitantes según el sexo. Galicia 1984-2020

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

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Para el total de años las mayores mortalidades se producen en los intervalos de edad de 25 a 44 años pero con unas importantes diferencias según los años.

Gráfico 48. Tasas de mortalidad por el VIH según intervalos de edad y los años. Galicia 1984-2020



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Así, desde 1984 a 1998 eran mayores las tasas de mortalidad en el grupo de personas de 25 a 34 años, desde 1999 a 2009 eran mayores en el grupo de 35 a 44 años y desde el año 2010 las mayores tasas se dan en las personas de 45 a 54 años, con lo que es evidente el desplazamiento continuado de la mortalidad hacia los grupos de mayor edad, comenzándose a ver en los últimos años un aumento de mortalidad en el grupo de 55 a 64 años.

PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DEL VIH EN GALICIA: 2011-2021

Uno de los pilares básicos de la lucha contra el sida es la detección precoz de las personas infectadas por el VIH. El diagnóstico precoz ofrece la posibilidad de beneficiarse de la terapia antiviral en las etapas precoces de la infección y puede contribuir a modificar las conductas que favorecen la transmisión del virus a otras personas. En este sentido, las pruebas rápidas de detección del VIH ofrecerán, además de la ventaja de facilitar el diagnóstico precoz, la posibilidad de llegar a colectivos con escaso contacto con los servicios de salud o reticentes a acudir a ellos, pero que si es probable que acudan en determinados momentos por la inmediatez de resultados que proporcionan las pruebas rápidas de VIH.

Desde que en el año 1985 surgió el primer test de detección de anticuerpos frente al VIH, el diagnóstico de la infección por este virus evolucionó mucho y actualmente hay un amplio conjunto de pruebas para la detección del VIH. Comúnmente el diagnóstico se basa en el uso de la prueba ELISA para detectar anticuerpos frente al VIH y la confirmación por otra prueba más específica (Western-Blot). Posteriormente, se desarrollaron técnicas de ELISA de segunda y tercera generación, con el uso de proteínas recombinantes y péptidos sintéticos, lo que repercutió en un incremento de la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico, además de reducir el llamado período ventana. Con la aparición de las pruebas de cuarta generación, aún se acortó más este tiempo. Estas pruebas precisan de unas condiciones estrictas que las hagan fiables, entre las que se incluyen el equipamiento de laboratorio, la experiencia del personal profesional que las realiza y también el mantenimiento de una temperatura estable, de 2 a 8 °C para los pasos de incubación.

Las pruebas de **detección rápida** usadas para el cribado, se mueven en buenos rangos de sensibilidad y especificidad, consiguen que se pueda obtener en un plazo de 15-30 minutos un resultado que, de ser **reactivo**, deberá ser **confirmado posteriormente** (para la confirmación la prueba más utilizada es la de Western-Blot).

Las características que definen las pruebas de detección rápida suelen ser:

- Altas sensibilidad (> 99 %), especificidad (> 99 %) y reproducibilidad.
- Tipo de muestra más sencilla de recoger.
- Necesidad de poco equipamiento técnico.
- Sencilla de llevar a cabo: poco adiestramiento.
- Fácil de interpretar: interpretación visual.
- Rápida: < 30 minutos.
- Fácil de almacenar: a temperatura ambiente (20-30 °C).
- Vida útil: 12 meses o más.
- Ajustada para hacer un volumen de pruebas pequeño.
- Mínima eliminación de residuos.
- Bajo coste.

Todas estas características hacen posible que las pruebas rápidas no tengan que ser realizadas dentro de la estructura del sistema sanitario, con una infraestructura de laboratorio adecuada, por lo que se pueden llevar a cabo en diferentes lugares como organizaciones de juventud, asociaciones, ONG, oficinas de farmacia y en otras instituciones, y facilitan así la realización de las pruebas y el asesoramiento de aquellas personas con prácticas de riesgo, que son remisas a acudir a los servicios de salud.

DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DEL VIH EN GALICIA

Desde la Dirección General de Salud Pública (DGSP) se pone en marcha, con la participación de los centros Quérote+ de la Dirección General de Juventud y Voluntariado y de otras entidades colaboradoras, el proyecto de detección precoz anónima del VIH en Galicia, que tiene por fin promover la realización de estas pruebas rápidas en nuestra comunidad. Este proyecto les ofrece la posibilidad de acceder a ellas, de forma anónima, a todas las personas con prácticas de riesgo para la infección VIH que así lo deseen.

Las pruebas de detección rápida del VIH se pueden hacer en diferentes muestras, como son fluido oral, sangre, suero o plasma. La prueba seleccionada para este fin fue la que se realiza en fluido oral por sus implicaciones, entre las que se encuentran una recogida de la muestra más sencilla y con más aceptabilidad por parte de la población, menor dotación de infraestructura técnica, no precisar personal sanitario para su realización y que se elimina como residuo sanitario no peligroso (clase IIa según el Decreto 38/2015 de residuos sanitarios de Galicia).

El objetivo general del proyecto es el de disminuir el retraso diagnóstico de la infección VIH en Galicia. Y los objetivos específicos son:

1. Disminuir el retraso diagnóstico del VIH en poblaciones con prácticas de riesgo, y que no suelen acudir al sistema sanitario, mediante la realización de una prueba rápida oral.
2. Facilitar el consejo antes y después de la prueba del VIH.
3. Aumentar las prácticas preventivas en las personas que acuden a realizar la prueba.
4. Facilitar el acceso al diagnóstico del VIH y al tratamiento antirretroviral.

El proyecto se lleva a cabo en el ámbito territorial de Galicia, en localidades de más de 10.000 habitantes. Las pruebas se realizan en los locales y dispositivos que faciliten, como entidades colaboradoras, los centros Quérote+ de la Dirección General de Juventud y Voluntariado, las asociaciones del movimiento de respuesta social frente al VIH/sida y otras instituciones que cumplan los requisitos exigidos por la DXSP y estén au-

torizadas para llevar a cabo este proyecto de detección precoz anónima del VIH. Inicialmente se comenzó el proyecto de pruebas rápidas del VIH a través de los centros Quérote+ y algunas asociaciones, para ampliarse en los siguientes años a otras asociaciones/instituciones.

Esta formación específica podrán adquirirla las personas que no la tengan en los cursos que la DXSP organiza para tal efecto y que versarán sobre los siguientes contenidos:

- Historia de la infección VIH y sida.
- Epidemiología de la infección VIH y sida.
- Virología e inmunología del VIH/sida.
- Principios básicos de las pruebas para el diagnóstico de VIH, con referencia particular a las pruebas rápidas. Prueba rápida de VIH en fluido oral.
- Procedimiento para recoger las muestras de pruebas rápidas de VIH y principios mínimos de calidad.
- Interpretación de resultados de las pruebas rápidas de VIH y resolución de problemas.
- Bioseguridad. Medidas de higiene generales y precauciones estándar para agentes biológicos de transmisión sanguínea.
- Sesión práctica de recolección de muestras, procesamiento e interpretación de resultados de pruebas rápidas de VIH.
- Consejo asistido antes y después de la prueba rápida de VIH.
- Diagnóstico, tratamiento, seguimiento y profilaxis postexposición de la infección VIH.
- Protocolo del Proyecto de detección precoz anónima de VIH en Galicia a través de pruebas de detección rápida de VIH. Confidencialidad y anonimato en el proceso de la prueba rápida. Gestión de los datos epidemiológicos.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUIDO ORAL

a) **Persona solicitante de la prueba**

La persona que solicita la prueba rápida en fluido oral declara que tiene 16 años o más y será informada de la voluntariedad de la realización de esta. Esta prueba será siempre hecha de forma individualizada. (con cita previa durante la prevención de la COVID-19).

b) **Confidencialidad y anonimato**

Se informará a la persona de que se trata de una prueba confidencial y anónima y de que en ningún caso se tomarán datos de carácter personal. Posteriormente, se procederá a la recogida de los datos epidemiológicos y se informará de su carácter anónimo y de que no constituirán ningún fichero nominal de datos.

c) **Consejo asistido anterior a la realización de la prueba**

El consejo asistido antes de la realización del test incluirá información sobre:

- Cual es el propósito del test. Ventajas del diagnóstico precoz.
- Posibilidades de diagnóstico, tratamiento y recursos que hay disponibles ante la infección por el VIH y el sida.
- En que consiste la técnica del test rápido del VIH en fluido oral.
- La prueba rápida sólo es una prueba de cribado, no diagnóstica. La necesidad de un diagnóstico de certeza posterior a los tests reactivos.
- La seguridad del test no reactivo.
- La importancia del «período ventana».

d) Consentimiento

El personal de la entidad que realiza el consejo asistido previo se asegurará de que el solicitante entiende la información sobre el VIH y la trascendencia de la prueba y respetará el derecho de la persona a decidir, tras este consejo asistido previo, si desea o no realizarla. Una vez que la persona ya está perfectamente informada, será capaz de tomar la decisión libremente sobre hacer o no la prueba según sus circunstancias personales. En este momento se obtendrá el consentimiento, tan solo verbal, para hacer la prueba. En el caso de que se rechace la realización de la prueba, esta información también debería ser recogida en el formulario de encuesta epidemiológica.

e) Preparación del área de trabajo

El área de trabajo se cubrirá con un mantel limpio, absorbente y de un único uso. Sobre este mantel se colocará el soporte para la prueba, que es reutilizable. Se utilizarán guantes para la realización de la prueba, que no exige de una correcta higiene de manos antes y después de la realización de la prueba.

f) Preparación del material para la prueba

La bolsa contiene el dispositivo para la prueba y el frasco de solución reveladora. Para evitar la contaminación del dispositivo, se dejará en la bolsa hasta que vaya a ser usado. Primero se quitará el frasco de solución reveladora de su bolsa y después de abrirse se colocará en el soporte. Hay que asegurarse de que el frasco llega al fondo del hueco del soporte para evitar salpicaduras. El dispositivo debe incluir en la bolsa que lo contiene un paquete absorbente; de no haberlo, se eliminará el dispositivo y se cogerá una bolsa nueva para la prueba.

g) Toma de muestra de fluido oral y realización de la técnica de la prueba rápida de detección de VIH

Se seguirán las especificaciones técnicas del fabricante (Oraquick®).

El material lo manipulará el personal competente para realizar la prueba y será también quien obtenga la muestra, evitando la variabilidad de la recogida de la muestra.

Para la recogida de la muestra, se colocará la paleta sobre los dientes del paciente, sobre el exterior de la encía. Se frota la paleta por la parte exterior de las encías superior e inferior, una sola vez. La paleta se podrá usar por ambos lados. Una vez realizado esto, se introducirá la paleta en el frasco de líquido revelador, y se verificará que la paleta toca el fondo del frasco y que la ventana de los resultados mira hacia usted.

Los resultados se leen después de veinte minutos, pero no en más de cuarenta. Cuando se comienza a realizar la prueba aparece un líquido rosa que sube a través de la ventana de resultados, este irá desapareciendo a medida que se revela la prueba. Para la toma de la muestra de fluido oral y manipulación de los materiales se recomienda la utilización de guantes de un único uso y se mantendrá la higiene en todo el proceso.

h) Lectura del resultado de la prueba rápida

- Prueba rápida **no reactiva**. El resultado es **no reactivo** si aparece una línea de color rosa o roja junto al triángulo que tiene la letra C y no aparece ninguna línea donde el triángulo tiene la letra T.
- Prueba rápida **reactiva**. El resultado es **reactivo** si aparece una línea de color rosa o roja junto al triángulo que tiene la letra C y también aparece una línea donde el triángulo tiene la letra T. Una de estas líneas puede ser más oscura que la otra, pero siempre que aparezcan las dos será reactivo (aunque las líneas sean tenues).
- Prueba rápida **no válida**. El resultado es **inválido** si no aparece ninguna línea roja junto al triángulo de la C; si después de veinte minutos el fondo de la ventana de resultados se enrojece y dificulta su lectura; si alguna de las líneas no aparece dentro de los triángulos C o T.

i) Comunicación del resultado de la prueba rápida y consejo asistido después de la prueba

- Si no es reactivo, se reforzará el consejo asistido sobre prácticas seguras.
- Si es reactivo, se le recomendará a la persona la necesidad de establecer un diagnóstico de certeza y se le explicará que la prueba rápida no es una prueba diagnóstica. Si está de acuerdo, será derivada a un centro sanitario donde puedan realizarle una prueba convencional de laboratorio para el diagnóstico de la infección VIH.
- Se reseñan los beneficios del establecimiento de un control y tratamiento precoz de los importantes avances del tratamiento antirretroviral, así como la necesidad de adoptar prácticas seguras para evitar la reinfección y la posible transmisión a otras personas.
- Si el resultado es no válido, se recomendará que acuda a realizar una prueba diagnóstica de laboratorio en un centro sanitario ya que no es posible descartar la infección con la prueba rápida.

j) Entrega de dos copias del documento de resultados y encuesta epidemiológica

Una copia es para la persona que realiza la prueba y la otra es para entregarle al personal médico que confirme o descarte la infección por el VIH.

k) **Derivación** al centro de referencia determinado por la DXSP y el Servizo Galego de Saúde de las personas con pruebas de VIH reactivas o no válidas, para la realización de la prueba diagnóstica en sangre (el personal médico debe cubrir el resultado de la prueba diagnóstica en la copia correspondiente de la encuesta y enviarla a la DXSP).

l) Se evitará la realización de la prueba rápida en viernes, sábado y víspera de festivo para facilitar la confirmación o exclusión, por parte de un centro sanitario, de pruebas reactivas o no válidas el día siguiente al de su realización.

RESULTADOS DE LA PRUEBA RÁPIDA ANÓNIMA DEL VIH EN GALICIA

Se comenzaron a hacer pruebas pruebas rápidas del VIH según este proyecto en Galicia en junio de 2011 y hasta el 31 de diciembre de 2021 se realizaron 8.907 pruebas, de las que 136 (1,5 %) fueron «reactivas» y 46 presentaron un resultado «no válido».

Tabla 17. Pruebas rápidas anónimas del VIH según sexo, edad y principales prácticas de riesgo Galicia 2011-2021*

		TOTAL		REACTIVAS		NO REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	hombres	5.174	58 %	111	82 %	5.063	58 %
	mujeres	3.720	42 %	25	18 %	3.695	42 %
	NC	13	0 %	0	0 %	13	0 %
EDADES	16-24 años	2.261	25 %	31	23 %	2.230	25 %
	25-34 años	3.279	37 %	57	42 %	3.222	37 %
	35-44 años	2.276	26 %	29	21 %	2.247	26 %
	45-54 años	829	9 %	16	12 %	813	9 %
	55-64 años	198	2 %	2	1 %	196	2 %
	65-74 años	35	0 %	0	0 %	35	0 %
	>74 años	4	0 %	0	0 %	4	0 %
	NC	25	0 %	1	1 %	24	0 %
PRÁCTICA RIESGO	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 %
	Otros y NC	579	7 %	5	4 %	574	7 %

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

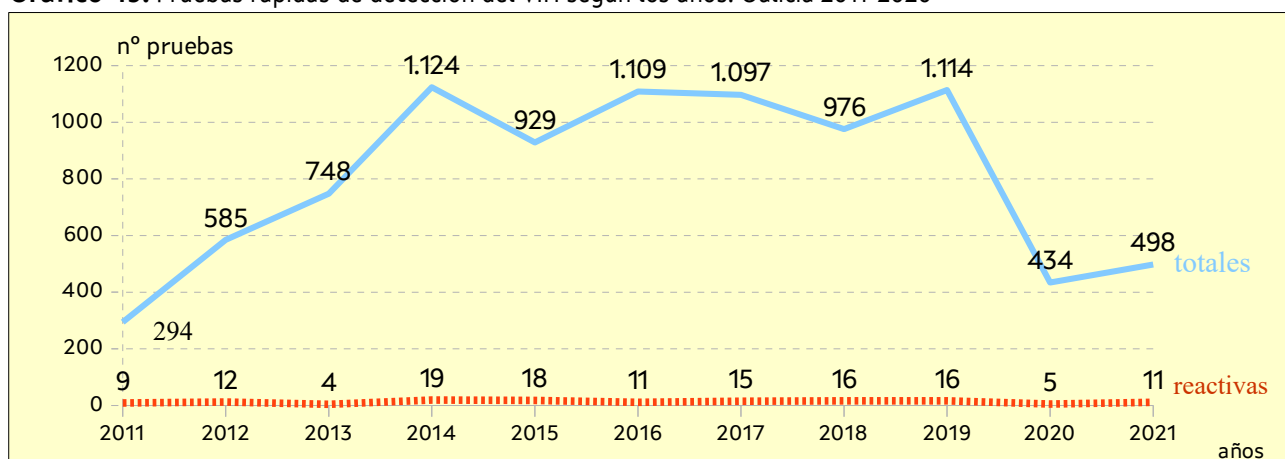
(*) junio de 2011 a diciembre de 2021

El 58 % de las pruebas realizadas correspondió a hombres, el 88 % tenía entre 16 y 44 años, y la práctica de riesgo más presente en los registros fue la de las relaciones heterosexuales no seguras en dos tercios de las encuestas.

4. PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DEL VIH EN GALICIA: 2011-2021

El porcentaje de pruebas reactivas del período fue de 1,5 % (rango: 0,5 % en 2013 y 3,1 % en 2011).

Gráfico 49. Pruebas rápidas de detección del VIH según los años. Galicia 2011-2020*



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

(*) junio de 2011 a diciembre de 2021

La mayoría de las personas contactadas se sintieron muy satisfechas con la prueba, como se puede ver en la tabla siguiente.

Tabla 18. Nivel de satisfacción con las pruebas rápidas anónimas del VIH realizadas. Galicia 2011-2021*

SATISFACCIÓN CON LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS RÁPIDAS ANÓNIMAS DEL VIH	Número	%
	nada	1
pouco	4	0 %
bastante	613	7 %
moito	7.199	81 %
nc/ns	1.090	12 %

(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

(*) junio de 2011 a diciembre de 2021

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO VIH EN GALICIA: 2005-2021

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública en el ámbito mundial. Son una de las principales causas de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte, con graves consecuencias médicas y psicológicas para millones de hombres, mujeres, y niños/as y con importantes costes económicos y sociales.

Consideramos ITS no sólo aquellas infecciones en las que las relaciones sexuales son el mecanismo casi exclusivo de transmisión sino también aquellas en las que estas relaciones son un mecanismo importante de transmisión y/o tienen relevancia desde el punto de vista epidemiológico.

Clásicamente sólo se consideraban ITS la sífilis, la blenorragia o gonococia, el linfogranuloma venéreo (LGV), el granuloma inguinal, el chancro blando o chancroide, y demás infecciones bacterianas cuya transmisión es casi exclusivamente sexual. Pero la realidad es que están descritos más de 30 microorganismos entre bacterias, virus, hongos y protozoos implicados en infecciones que se pueden transmitir sexualmente. Además, también se pueden producir infestaciones como la pediculosis púbica por ladillas o la sarna.

En los países desarrollados, la detección precoz y la terapia antibiótica consiguieron una disminución de enfermedades como la sífilis y la gonococia. no obstante, según la OMS, en 2020 hubo, en todo el mundo, unos 374 millones de casos nuevos de alguna de estas cuatro ITS (clamidiasis 129 M., blenorragia 82 M., sífilis 7,1 M. y tricomoniasis 156 M.). Se calcula que el número de personas con infección genital por herpes (VHS) superaba los 490 millones en 2016, y hay más de 300 millones de mujeres, infectadas por el virus del papiloma humano (VPH), la principal causa de cáncer de cuello uterino. También se producen todos los años millones de ITS atribuibles principalmente al VIH, al virus de la hepatitis B (VHB) y otras ITS ⁽¹⁾.

Con carácter general, las ITS, sobre todo el VIH, afectan más a poblaciones con bajos recursos y las infecciones bacterianas afectan especialmente a población joven y mujeres. Si bien, como decimos, la mayoría de las ITS y sus consecuencias afectan más a las personas de países en vías de desarrollo, las regiones desarrolladas no se libran de esta epidemia mundial. En estas últimas, la incidencia de la gonococia y la sífilis disminuye en la década de los ochenta gracias a la mejora de los servicios sanitarios y a los cambios de los comportamientos debidos a la aparición del VIH. En los últimos años se está apreciando un incremento de las ITS asociado a un aumento de las prácticas de riesgo.

En los países desarrollados, las tendencias socioculturales y los movimientos migratorios hacen prever un aumento de la morbilidad. Además, la aparición de resistencias frente a los medicamentos de uso habitual, sobre todo para tratar el gonococo y la Chlamydia Trachomatis, puede empeorar esta situación.

En nuestra comunidad, la vía de transmisión sexual es la más importante en patologías como la infección por el VIH, infecciones por el VPH, el herpes genital simple y la hepatitis B. Algunas de estas infecciones tienen además especial importancia porque pueden pasar de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE GALICIA

Hasta hace pocos años las ITS no VIH eran consideradas de declaración obligatoria, y se notificaban a través del Sistema general de notificación obligatoria de enfermedades de Galicia (SXNOE), que es uno de los componentes del sistema básico de la Red gallega de vigilancia en salud pública (RGVSP) y, además, forma parte de la Red nacional de vigilancia epidemiológica. En este sistema sólo se declaraban la sífilis, la sífilis congénita, gonococia, hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis.

Tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, y a partir de 2015, se modificó el sistema, tanto en lo referente a las variables que hay que recoger como en lo relativo a las enfermedades que hay que vigilar. Una de las novedades más importantes es la incorporación de la infección por *Chlamydia trachomatis* (diferenciando la clamidiasis genital y el LGV) y la infección por el virus de la hepatitis C. La inclusión de nuevas variables nos permite caracterizar mejor estas infecciones, conociendo además de su distribución espacio-temporal, la población a la que afecta, proporcionándonos información sobre los grupos de riesgo.

En el Plan gallego anti VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, prórroga 2019-2022 ⁽²⁾, constan los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir la incidencia anual de nuevos diagnósticos de infección por el VIH por debajo de 4 casos/10⁵ habitantes.
- Diagnosticar por lo menos al 90 % de las personas infectadas por el VIH.

- Tratar con antirretrovirales (AR) por lo menos al 90 % de las personas diagnosticadas de infección por el VIH.
- Mantener con carga viral indetectable de VIH por lo menos al 90 % de las personas diagnosticadas de infección por el VIH.
- Reducir el diagnóstico tardío por debajo del 35 % de nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH.
- Mantener la incidencia anual del sida por debajo de 0,5 casos/10⁵ habitantes.
- Disminuir la mortalidad anual por el VIH, no superando las 2 defunciones/10⁵ habitantes.
- Mantener la incidencia anual de sífilis por debajo de 5 casos/10⁵ habitantes.
- Eliminar la sífilis congénita, en hijos/as de mujeres, que lleven residiendo en Galicia, como mínimo, desde los nueve meses anteriores al parto.
- Mantener la incidencia anual de gonococia por debajo de los 7 casos/10⁵ habitantes.
- Realizar estudios de resistencias en más del 50 % de los casos de gonococia.
- Modificar el Sistema de vigilancia epidemiológica para caracterizar las infecciones producidas por el virus de la hepatitis C y Chlamydia trachomatis, diferenciando la clamidiasis del linfogranuloma venéreo (LGV).

HEPATITIS VÍRICAS

El papel de la transmisión sexual es importante para las hepatitis A (VHA) y B (VHB) y en mucha menor medida para la hepatitis C (VHC). En esta última, la inyección intravenosa de drogas es el principal mecanismo de transmisión, aunque recientemente se notificaron brotes por vía sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) infectados por el VIH en varias ciudades europeas.

La hepatitis A es una enfermedad transmitida principalmente a través de alimentos o aguas contaminadas. También se transmite por relaciones sexuales ano-bucal y están descritos brotes debidos a esta práctica de riesgo que afectaron principalmente a HSH.

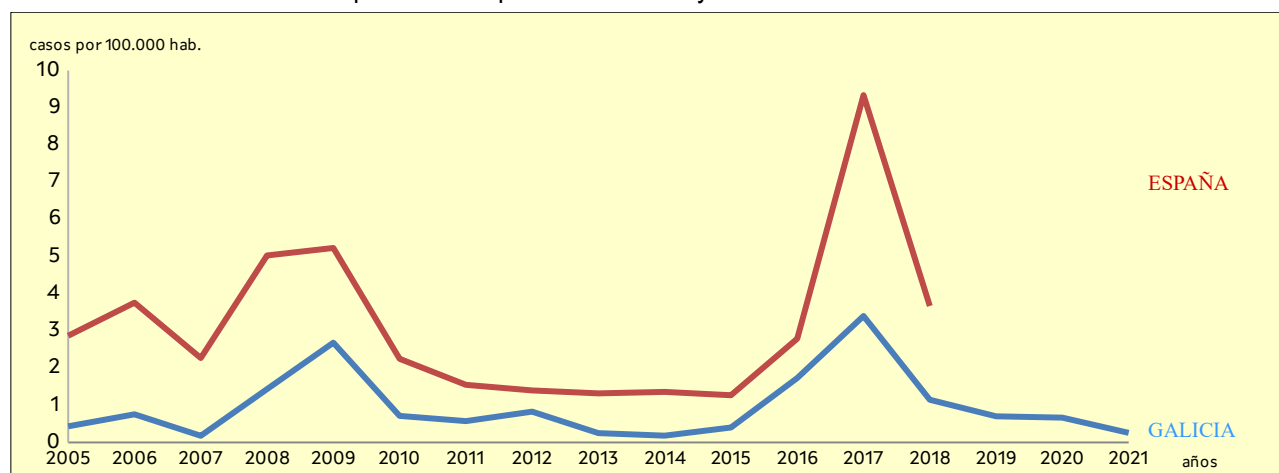
A pesar de la disponibilidad de una vacuna contra la hepatitis B, que disminuyó significativamente la incidencia en los países desarrollados, la infección sigue siendo un problema de salud pública mundial. La OMS calcula que, a comienzos del siglo XXI, más de 2.000 millones de personas se infectaron con el VHB en algún momento de su vida; de estas, sobre 296 millones evolucionaron a hepatitis crónica en 2019. Cada año se producen cuatro millones de casos clínicos agudos y, en 2019, 820.000 personas murieron por causa de la hepatitis crónica, la cirrosis o el cáncer de hígado. En Europa, la tasa de infección en la población general es de 1,6 %, y unos 14 millones de personas tienen infección crónica, de las que cada año fallecen cerca de 40.000 ⁽³⁾.

Con respecto a la evolución en la declaración de hepatitis A, no hay un patrón homogéneo, debido a que es una infección de transmisión feco-oral. Según la información de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) publicada por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Saúde Carlos III (ISC III), en el año 2018 ⁽⁴⁾, la tasa es de 3,65 casos/10⁵ habitantes.

La evolución en la declaración de hepatitis B, según la información de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) publicada por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Saúde Carlos III (ISC III), en el año 2019, la tasa es de 0,84 casos/10⁵ habitantes ⁽⁵⁾. En el caso concreto de la hepatitis C en España en los años 2017 y 2018, la prevalencia de anticuerpos es de 0,85 % (IC 95 %: 0,64 % - 1,08 %) y la de infección activa del 0,22 % (IC 95 %: 0,12 % - 0,32 %) ⁽⁶⁾.

La evolución de la incidencia de hepatitis A en Galicia presentaba una tendencia continua al descenso, con algunos brotes en los años 1994, 1997 y 1999, que estaban concentrados en lugares específicos de nuestra geografía, lo que es típico de las infecciones de origen alimentaria. No obstante, a finales de 2008, se ha observado un aumento del número de casos, que tuvo continuidad en las 12 primeras semanas de 2009 y que no estaba concentrado geográficamente, afectando fundamentalmente a hombres jóvenes, con una incidencia más alta en las personas de 15 a 29 años de edad. Los resultados de la investigación que se realizó indicaron que en este aumento de casos hubo diversos modos de transmisión implicados, entre ellos, la vía sexual. En 2016 y 2017 se produjeron brotes sobre todo en A Coruña, asociado principalmente con personas HSH.

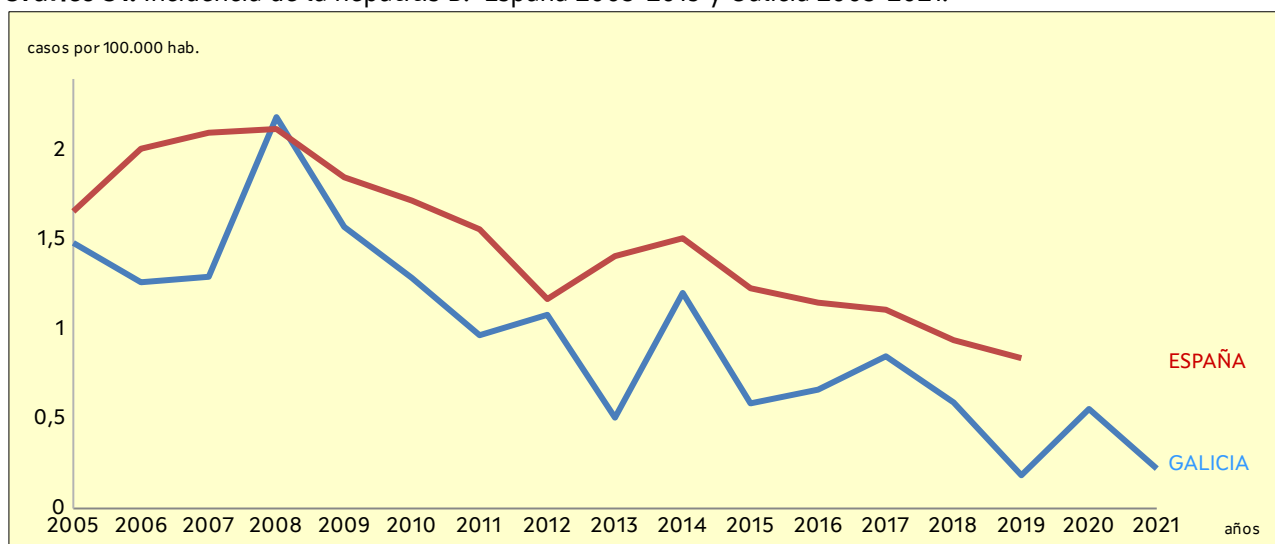
Gráfico 50. Incidencia de hepatitis A. España 2005-2018 y Galicia 2005-2021.



Fuente: DXSP e ISC III. Elaborado por la DXSP

Analizando la evolución temporal de la hepatitis B, se ve que, igual que sucede en el ámbito estatal, se produce una disminución anual continuada en el número de casos y en la incidencia, con la excepción del año 2008. La incidencia en Galicia es ligeramente inferior a la incidencia estatal y el número de casos disminuyó un 89 % desde 1998 hasta el 2013. En el año 2008 hubo un incremento evidente donde casi se duplican los casos declarados (61 casos) en relación con el año 2006 (35 casos). Al examinar la distribución provincial, este incremento se debe a los casos de la provincia de A Coruña (25 casos), que duplica el número con respecto al año anterior (12 casos), y principalmente a los casos de Ourense que quintuplican los casos declarados en el año 2007 (4-20 casos). De estos 20 casos declarados en Ourense en 2008, el 95 % son varones y el 80 % de ellos tenía entre 24 y 57 años (rango: 24 a 83). La investigación que se desarrolló nos orienta a que una buena parte del aumento de casos estuvo relacionado con la transmisión heterosexual con antecedentes de contacto con prostitución.

Gráfico 51. Incidencia de la hepatitis B. España 2005-2019 y Galicia 2005-2021.



Fuente: DXSP e ISC III. Elaborado por la DXSP

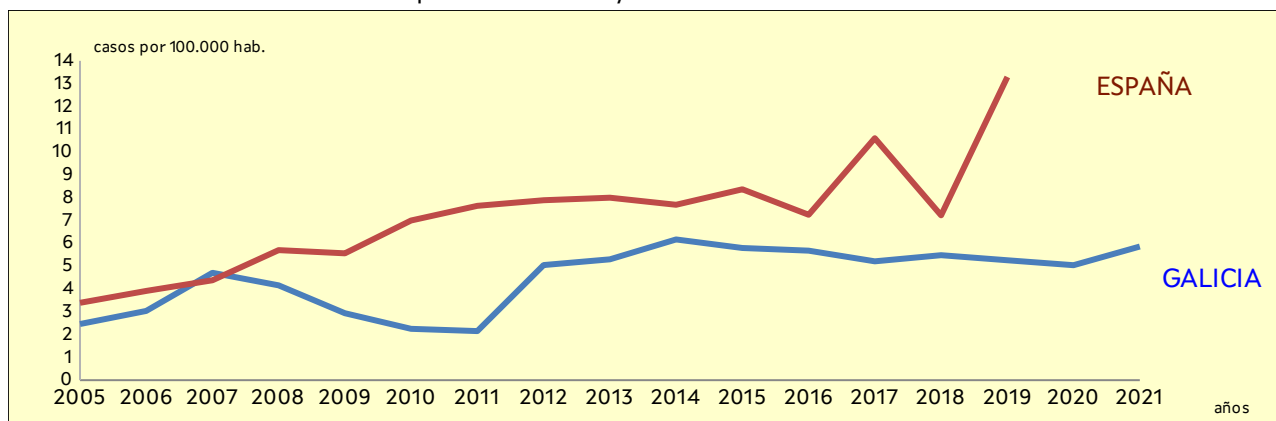
SÍFILIS

Según la OMS, en 2020 se infectaron con el *Treponema pallidum* 7,11 millones de personas ⁽¹⁾. En el año 2018, 29 países de la EU/EEA comunicaron 33.927 nuevos casos de sífilis, lo que supuso una tasa de 7,0 casos/10⁵ habitantes; las tasas más altas fueron comunicadas por Malta, Luxemburgo, Reino Unido y España. Los casos en hombres fueron nueve veces más frecuentes y en aquellos casos con información sobre la categoría de transmisión, el 69 % fueron en HSH ⁽⁷⁾.

La sífilis congénita sigue presente en Europa, aunque el número de casos es bajo. Este hecho debería ser inadmisibles en un país desarrollado, ya que denota un acceso tardío al sistema sanitario y un fracaso del sistema de prestación sanitaria de cuidados prenatales y/o de los servicios sociales.

En España, los casos de sífilis sufren un importante descenso desde el año 1985 (3.976 casos) hasta 1995 (1.010 casos) y ha continuado descendiendo hasta el año 2001 en el que se alcanzó una tasa de 1,77 casos/10⁵ habitantes (700 casos). A partir de ese momento, empieza un ascenso con incrementos anuales continuados hasta el año 2019 en el que se registró una tasa de 13,3 casos/10⁵ habitantes ⁽⁸⁾.

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



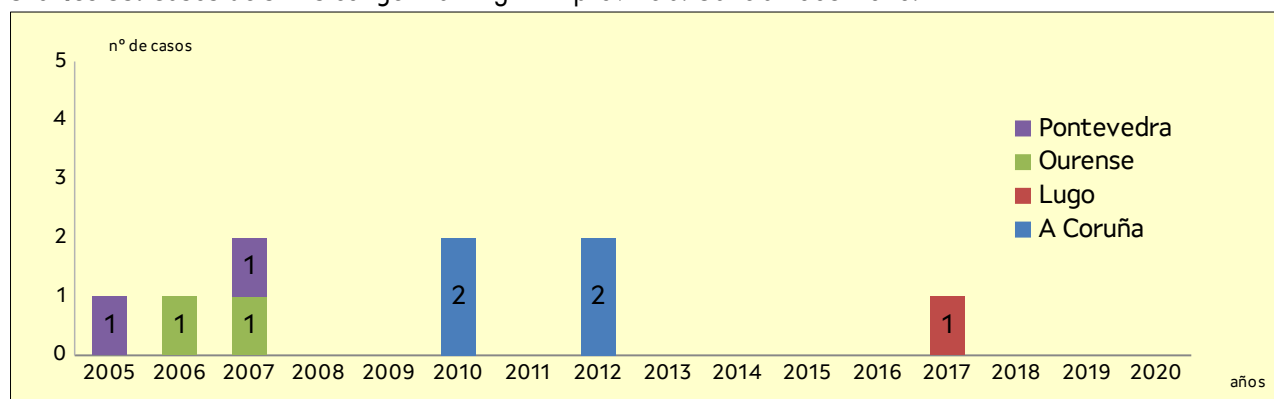
Fuente: DXSP e ISC III. Elaborado por la DXSP

Por otro lado, la lacra de la sífilis congénita en España continúa. Entre 2010 y 2019 se registraron 32 casos confirmados, lo que supone una tasa global de 0,76 por 10^5 nacidos vivos, y el 66 % de las madres eran inmigrantes ⁽⁹⁾.

En Galicia y desde comienzos de la década de 1980, el comportamiento de la sífilis declarada mostró una tendencia clara a la disminución hasta 1996. A partir de ese año fue creciendo de modo continuo hasta alcanzar una incidencia anual en 2007 de 4,71 casos/ 10^5 habitantes, cerca de la incidencia de 1988 (5,4 casos/ 10^5 habitantes). En el año 2008 comienza de nuevo una tendencia decreciente que se mantiene hasta el año 2011 (2,15 casos/ 10^5 habitantes), a partir del cual se produce un aumento hasta registrar en 2021 una tasa de 5,9 casos/ 10^5 habitantes.

Como ya comentamos anteriormente, la sífilis congénita evidencia un acceso tardío al sistema sanitario y un fracaso del sistema de prestación sanitaria de cuidados prenatales y/o servicios sociales. En Galicia, esto viene corroborado por el hecho de que la gran mayoría de los casos de nuestra comunidad autónoma se dá en hijos/as de mujeres, inmigrantes, que es uno de los grupos donde más se manifiestan las desigualdades en cuanto al acceso a estos sistemas. Desde el año 2005 hubo 9 casos de sífilis congénita en Galicia.

Gráfico 53. Casos de sífilis congénita según la provincia. Galicia 2005-2020.



(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

GONOCOCIA

En el ámbito mundial, la OMS calcula que en 2020 se produjeron 82 millones de nuevos casos de gonococia ⁽¹⁾.

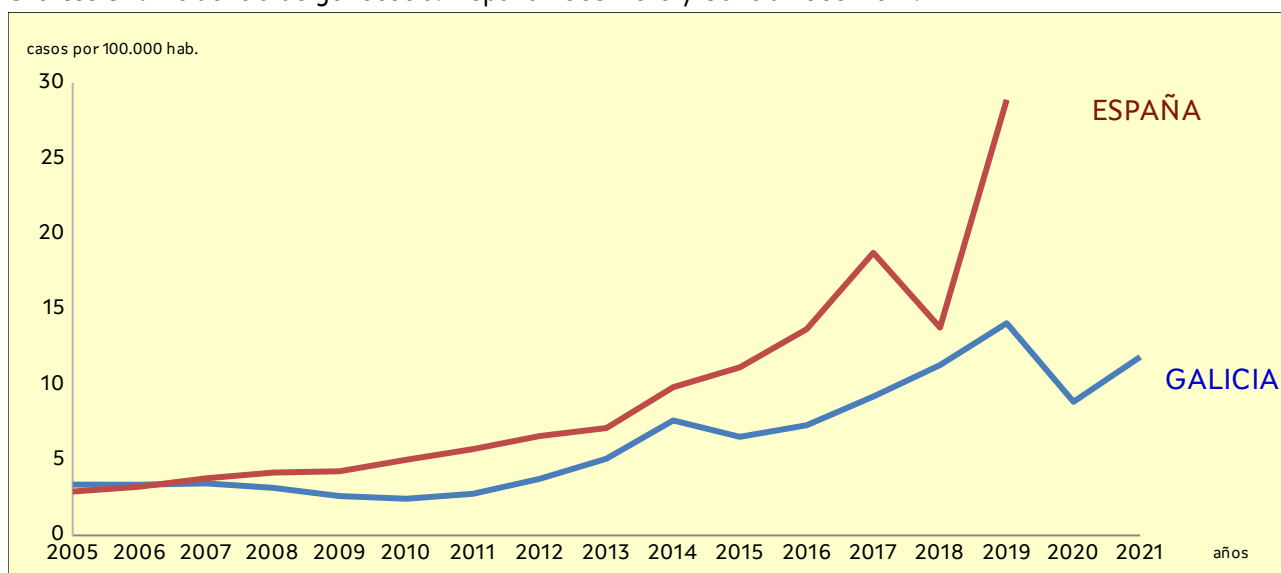
La incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países de la UE/EEA en 2018 fue de 26,4 casos/10⁵ habitantes (100.673 casos); las tasas más altas fueron comunicadas por Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia. El 48 % de los casos notificados fueron de HSH. Los hombres representaron el 76 % de todos los casos comunicados y el 34 % de los casos se dieron en menores de 25 años. La tasa anual se incrementó un 22 % de 2017 a 2018 ⁽¹⁰⁾.

Al analizar los datos en España de 1995 a 2019, se observa un marcado descenso en las tasas hasta el año 2001 seguido de un incremento continuado de la incidencia a partir de esa fecha. En el año 2019 se notificaron 12.359 casos de infección gonocócica (tasa de 28,9 casos/10⁵ habitantes) ⁽⁸⁾.

La historia de la infección gonocócica viene marcada por una continua resistencia del gonococo a los antibióticos, apareciendo ya gonococos resistentes a las cefalosporinas de tercera generación. La preocupación por esta capacidad del gonococo de hacerse resistente a los antibióticos puede abocarnos a quedar sin arsenal terapéutico para combatir la infección. Este hecho ha llevado a la OMS a poner en marcha en el 2012 un plan con el objeto de controlar la propagación de la enfermedad y minimizar la resistencia del gonococo a los antimicrobianos. El ECDC puso en marcha el plan de respuesta para controlar y gestionar la amenaza de la gonorrea resistente a múltiples fármacos en Europa.

En Galicia la infección gonocócica es la ITS que ha sufrido la disminución más espectacular. En 1985 se declararon 3.456 casos; en el año 2000 se declararon 295 casos, lo que representó una incidencia anual de 10,9 casos/10⁵ habitantes, y siguió disminuyendo hasta que en 2010 se alcanzó una tasa de 2,4 casos/10⁵ habitantes (68 casos). A partir del 2010 se produce un incremento anual hasta registrar una tasa en 2021 de 11,8 (319 casos), incremento que se da principalmente en varones jóvenes.

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



Fuente: DXSP e ISC III. Elaborado por la DXSP

En nuestra comunidad autónoma tenemos en estos últimos años un incremento de casos notificados de gonococia. La investigación epidemiológica realizada nos indica que hubo fallos en el tratamiento, principalmente debidos a la utilización de quinolonas frente a las que la mayoría de las cepas de gonococo presentan una alta resistencia. Cabe, pues, incidir en la recomendación de los tratamientos con cefalosporinas de tercera generación (de elección: ceftriaxona) más azitromicina, reforzar la vigilancia de la susceptibilidad antibiótica y vigilar los fallos en los tratamientos.

CLAMIDIASIS GENITAL

Una de las ITS más comunes es la producida por diversos serotipos de *Chlamydia trachomatis* (D, E, F, G, H, I, J y K), que presentan apetencia por las mucosas. El número de nuevas infecciones es cada vez mayor en todo el mundo, de las cuales aproximadamente un 50-70 % es asintomático. La OMS calcula que en 2020 se produjeron en todo el mundo 129 millones de nuevos casos.

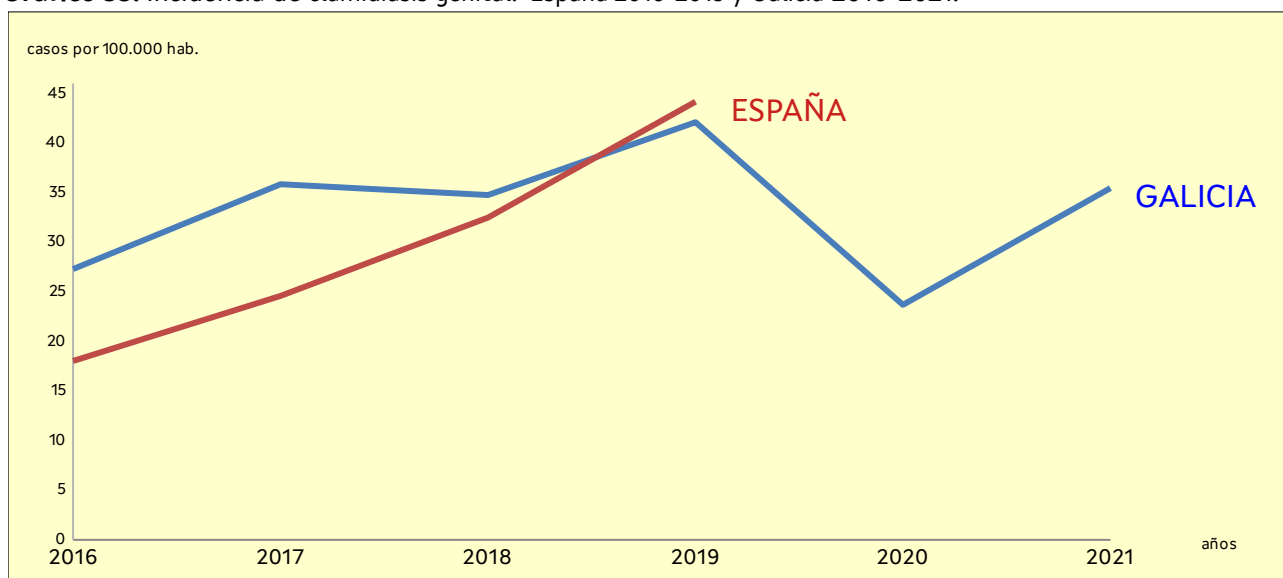
En Europa, la clamidiasis es la ITS más declarada. En 2018, se notificaron 406.406 casos, lo que representó una tasa de 146 casos/10⁵ habitantes. Esta infección afecta principalmente a la juventud (el 39 % de los casos dáse en personas de 20-24 años) y a mujeres jóvenes, siendo el mecanismo de transmisión más común las prácticas heterosexuales de riesgo ⁽¹¹⁾. La incidencia real posiblemente sea mucho mayor debido a la frecuencia de las infecciones asintomáticas y a la infradeclaración.

En España tenemos datos de la infección por *Chlamydia trachomatis* a través del SIM del ISC III que, informa de un aumento de la notificación anual; así, a modo de ejemplo, en el año 2000 se notificaron 91 casos, en el año 2009, 844 casos, en el año 2016, 7.236 casos y en 2019 17.718 casos (tasa de 44,2 10⁵ habitantes). La mayoría de los casos se produce en población de 20 a 24 años (28 %) y del sexo femenino ⁽⁸⁾.

En Galicia tenemos datos de procesos atendidos en atención primaria por ITS como la clamidiasis genital, la tricomoniasis genital y los condilomas acuminados (causados por muchos tipos de VPH). Estos datos se registran en el Sistema de información de análisis complejos de atención primaria (SIAC AP) y se codifican con la Clasificación Internacional de Atención Primaria segunda edición (CIAP 2) por lo que no tenemos datos de clamidiasis genital masculina (se codifican dentro de las uretritis) ni tricomoniasis genital masculina (se codifican dentro de las prostatitis/vesiculitis seminal) por estar en códigos no individualizados. Los datos debemos verlos con un poco de perspectiva por no

tener tan buena calidad como la de los datos que proceden del Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y que constan en el SIAC AE (atención especializada).

Gráfico 55. Incidencia de clamidiasis genital. España 2016-2019 y Galicia 2016-2021.



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

LINFOGRANULOMA VENÉREO

El linfogranuloma venéreo (LGV) producido por otros serotipos da *Chlamydia tracomatis* (L1, L2 e L3) que presentan trofismo por el sistema linfático era muy poco frecuente en Europa Occidental. No obstante, desde 2003, se registraron brotes de LGV en las principales ciudades de Europa (2.389 casos en 2018) relacionados principalmente con prácticas sexuales de riesgo en HSH infectados por el VIH (59 % de coinfección) ⁽¹²⁾.

En España en el 2019 se registraron 453 casos, con una tasa de 1,24 por 10⁵ habitantes, el 99 % eran hombres y mayoritariamente entre 25 y 44 años ⁽⁸⁾.

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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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>

GENOTIPADO DEL VIH-1 EN GALICIA:

1999-2021

Los logros conseguidos en Galicia frente a la infección por VIH son numerosos y relevantes pero aún así esta infección sigue representando un importante problema sanitario y social. Desde la aparición de los fármacos antirretrovirales, cada vez es mayor el número de pacientes a tratamiento, y disponemos de un mayor número de agentes terapéuticos.

Desde el campo de la Salud Pública es de gran interés realizar la vigilancia epidemiológica de las cepas causantes de las nuevas infecciones en Galicia, así como obtener información sobre grupos poblacionales entre los que se estén transmitiendo variantes virales con mayor rapidez, por si fuese necesario reforzar medidas preventivas para su control.

La colaboración con el Instituto de Salud Carlos III mediante convenios aporta conocimientos importantes sobre las cepas que circulan en nuestra comunidad y nos permite tener hoy una población estudiada de referencia a nivel mundial.

Por esto, desde 1999 se realizan convenios y actividades de colaboración entre la Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia y el Instituto de Salud Carlos III, con el fin de acercarnos a la realidad de la situación en Galicia y establecer un sistema de información de carácter prospectivo. Los datos que estos convenios nos aportaron durante estos años son de enorme importancia para las actividades de Salud Pública y para la planificación y asistencia en el campo sanitario y sus resultados ya fueron publicados en varias revistas de gran prestigio internacional.

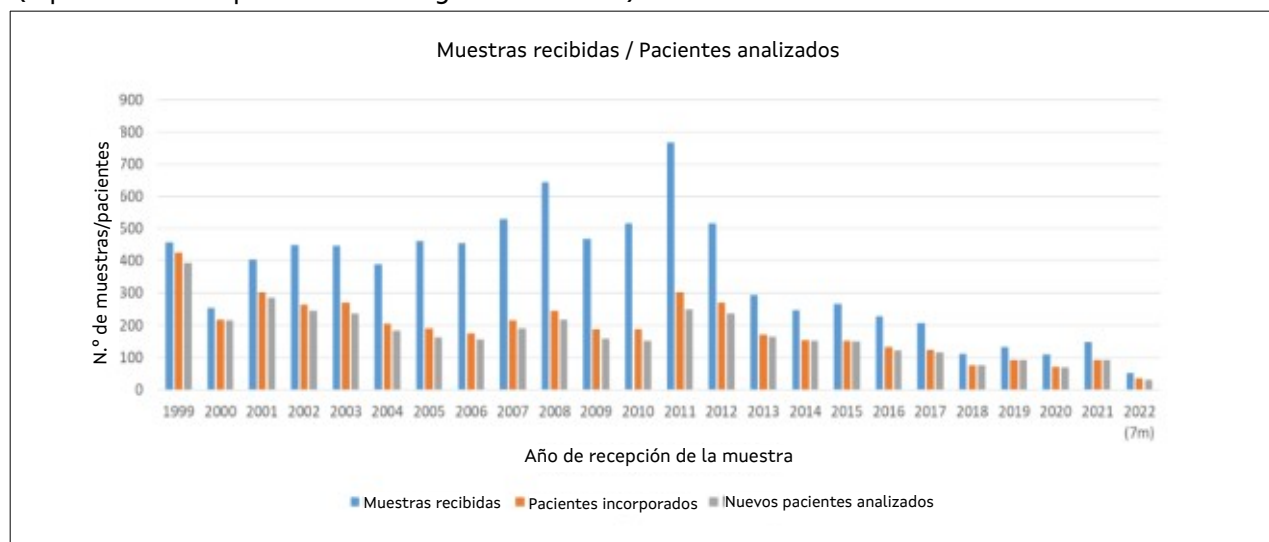
1. RESULTADOS

1.1. Muestras recibidas y pruebas realizadas

Desde 1999 se han recibido en el Instituto de Salud Carlos III 8.546 muestras de 4.551 pacientes procedentes de hospitales de Galicia. Se han analizado secuencias de 4.136 pacientes (91 %).

Se han solicitado 9.171 pruebas de genotipado*: 6.992 de determinación de resistencias en proteasa y retrotranscriptasa, 999 de resistencias en integrasa y 1.180 de predicción genotípica de tropismo. Además, todas las secuencias de VIH-1 obtenidas se han analizado filogenéticamente.

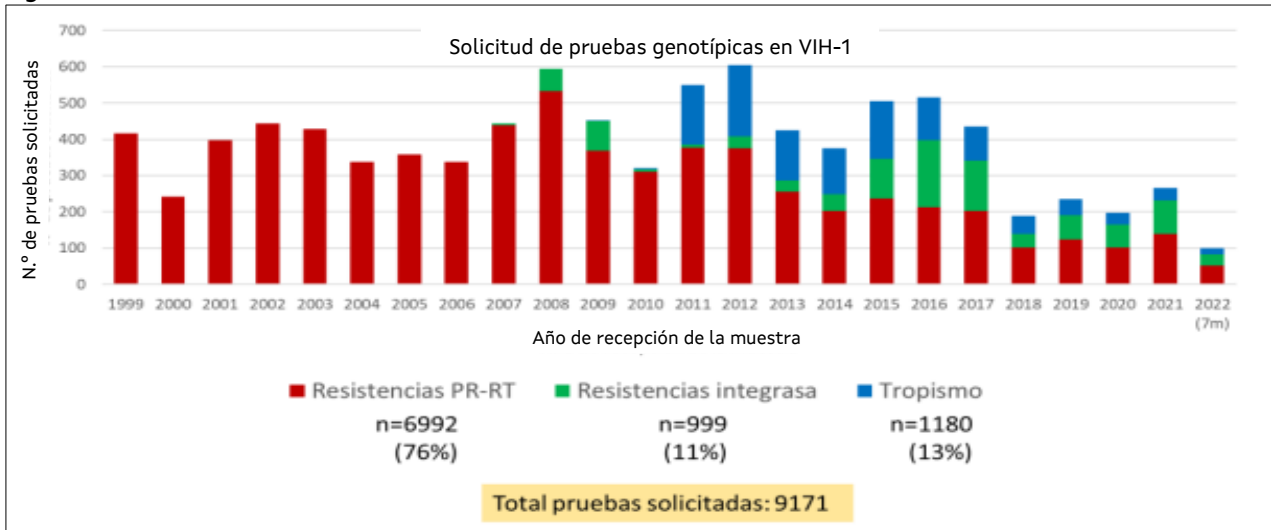
Fig. 1. Muestras recibidas, pacientes nuevamente incorporados y nuevos pacientes analizados (aquellos de los que se obtuvo alguna secuencia) en cada año.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

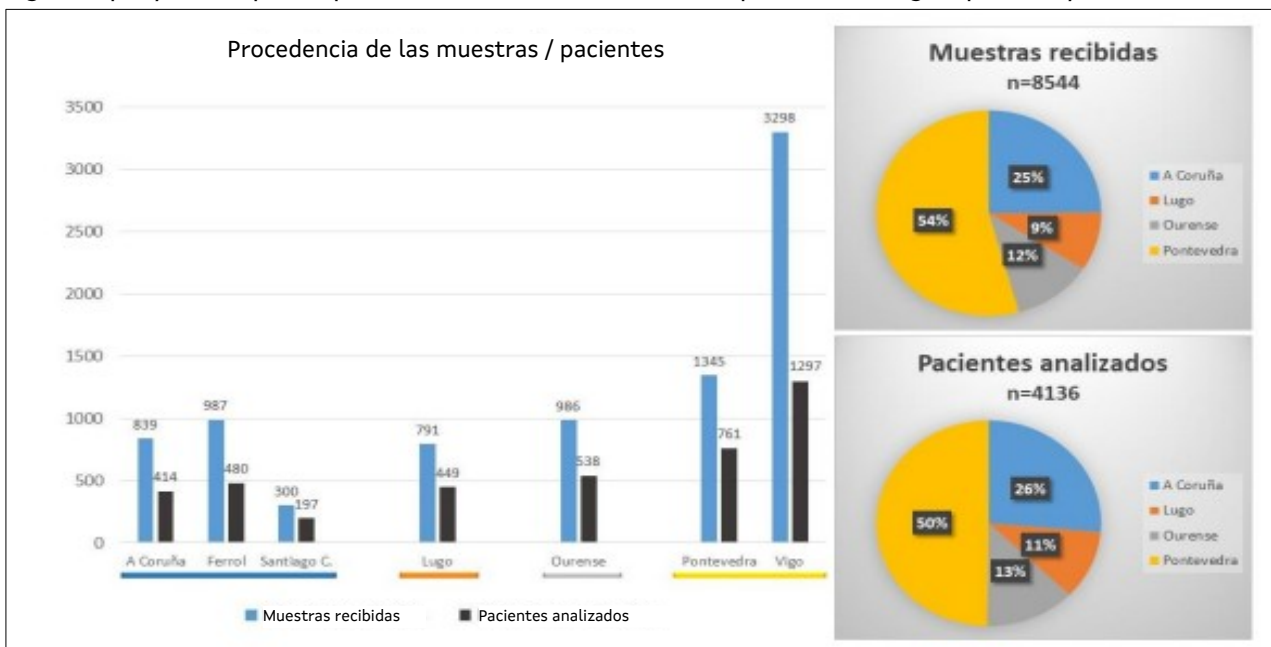
(*) Los datos de este apartado de genotipado fueron aportados por los técnicos del Centro Nacional de Microbiología: Elena Delgado y Miguel Thompson.

Fig. 2. Pruebas solicitadas cada año.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 3. Procedencia de las muestras y de los pacientes. Izquierda: números totales de los hospitales de cada ciudad. Derecha: proporciones de cada provincia. (La diferencia entre muestras recibidas y pacientes analizados se debe a las muestras de seguimiento de los pacientes y a la participación en algunos proyectos que requerían diferentes muestras del paciente (sangre, plasma y suero)).

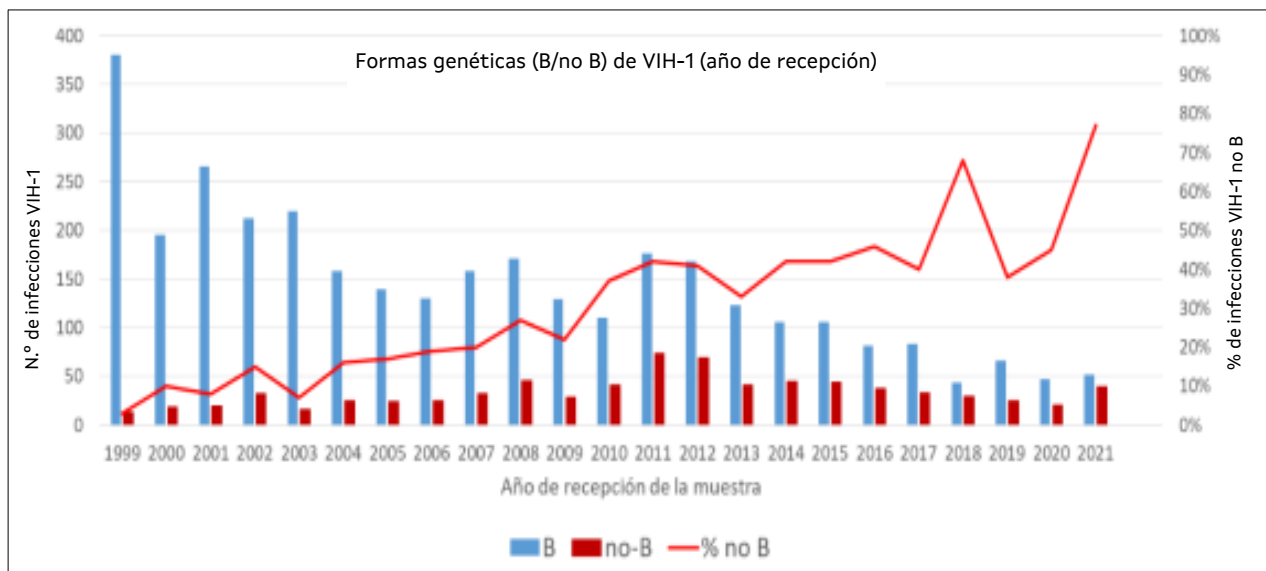


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

1.2. Formas genéticas del VIH-1

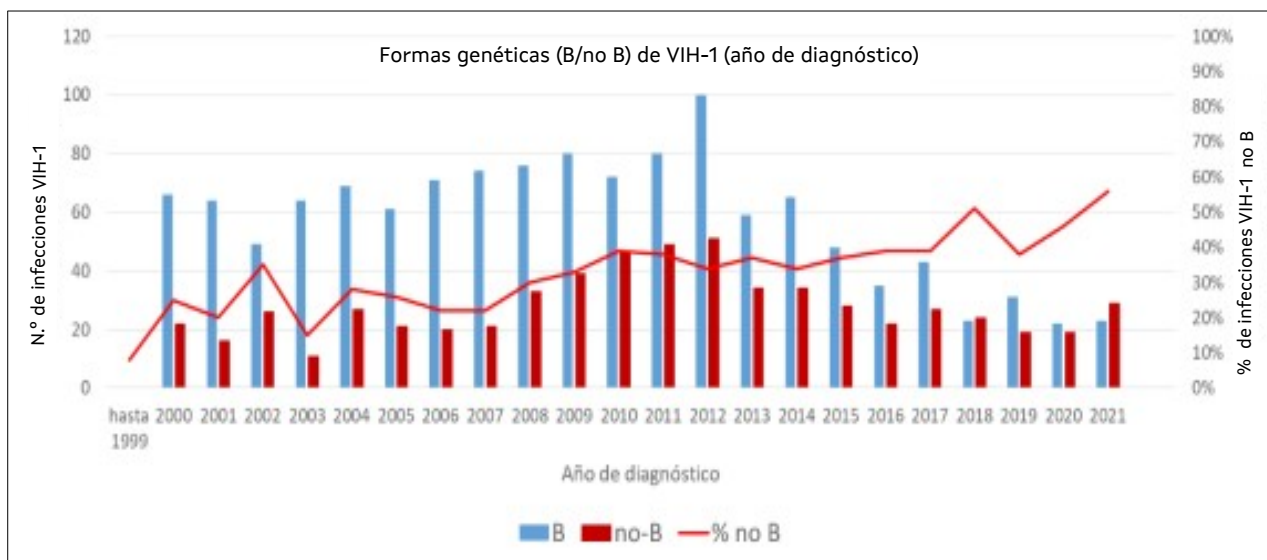
Se observa un incremento progresivo de la proporción de infecciones por formas genéticas diferentes del subtipo B (Figs. 4 y 5), alcanzándose en los diagnósticos de 2021 una proporción del 56 % (Fig. 5). Se observa una gran diversidad de formas genéticas (Figs. 6 y 7), con la expansión desde 2009 del subtipo F, que desde 2010 es la forma genética no B más frecuente, alcanzando el 29 % en 2021. El predominio del subtipo F entre las formas genéticas no B es característico de Galicia, pues en otras CC.AA. estudiadas por la Unidad de Biología y Variabilidad del VIH dicho subtipo representa un componente relativamente menor entre las variantes del VIH-1, y se debe a la expansión de un gran clúster de subtipo F (designado F1_1) originado en la provincia de A Coruña, con los primeros casos diagnosticados en Ferrol en 2009.

Fig. 4. Formas genéticas del VIH-1. Números totales de subtipo B y formas genéticas no B y porcentaje de no B de acuerdo con el año de recepción de la muestra.



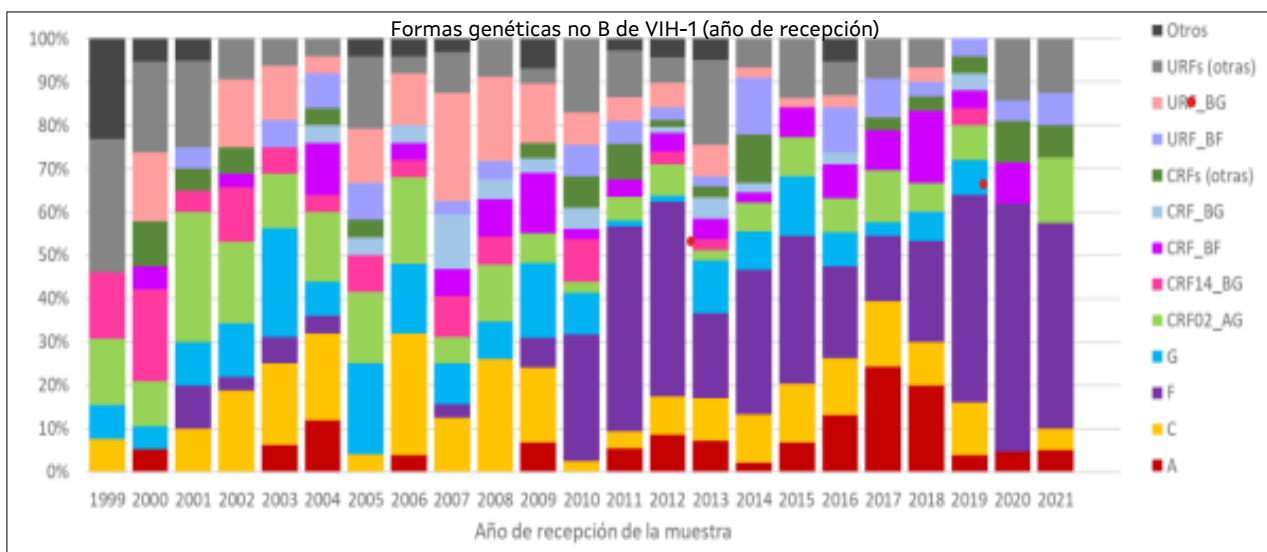
CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 5. Formas genéticas del VIH-1. Números totales de subtipo B y formas genéticas no B y porcentaje de no B de acuerdo con el año de diagnóstico de infección por VIH.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

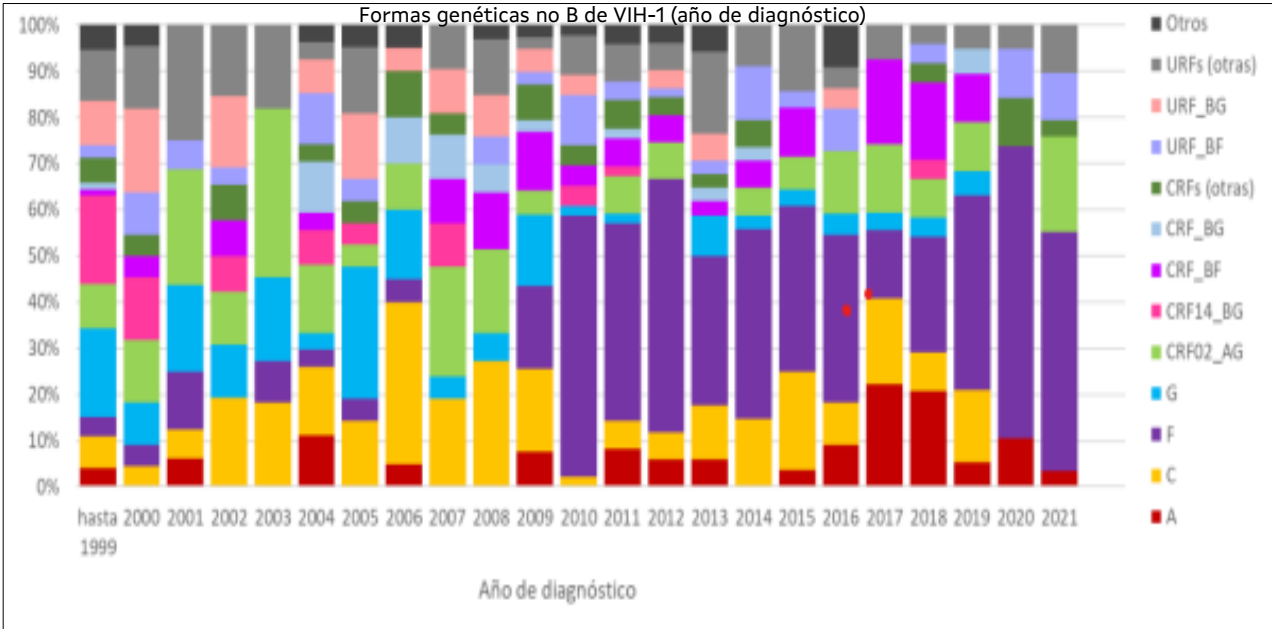
Fig. 6. Formas genéticas no B del VIH-1 Porcentaje de cada forma genética de acuerdo con el año de recepción de la muestra.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

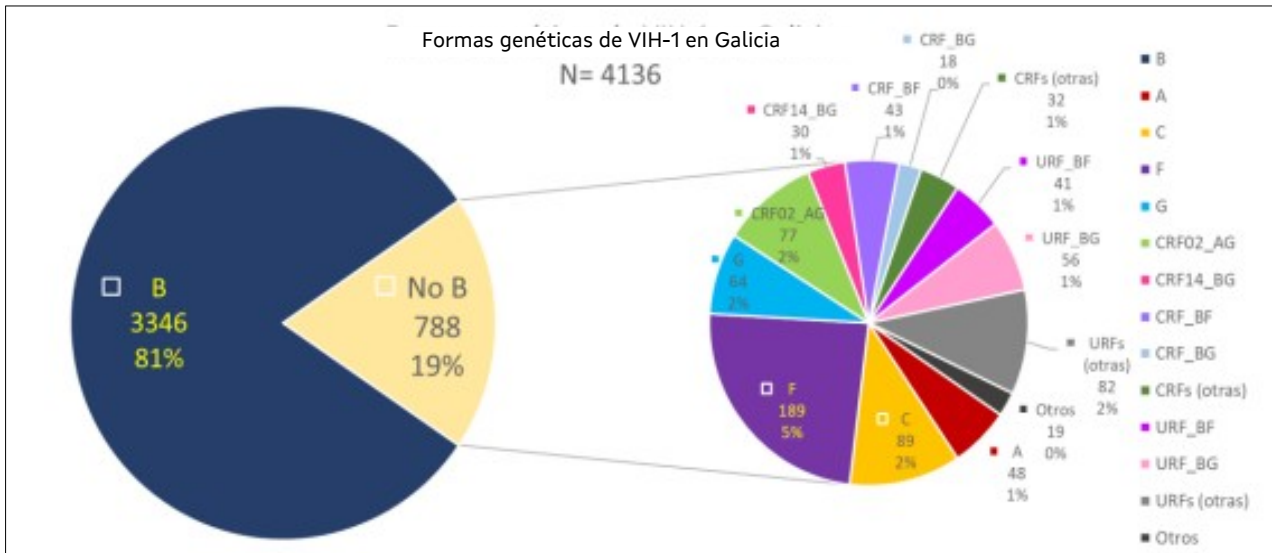
6. GENOTIPADO DEL VIH-1 EN GALICIA: 1999-2021

Fig. 7. Formas genéticas no B del VIH-1. Porcentaje de cada forma genética de acuerdo con el año de diagnóstico.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 8. Distribución global de las formas genéticas de VIH-1 detectadas en Galicia en el período 1999-2021



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

1.2.1 Nuevas formas genéticas del VIH-1 identificadas en Galicia.

En Galicia se identificó, la primera forma recombinante circulante (CRF) del VIH-1 descrita en Europa occidental, la CRF14_BG, así como la cepa de subtipo G parental de dicha CRF. Ambas variantes son las primeras formas genéticas del VIH-1 diferentes del subtipo B que se han descrito circulando en la población autóctona de Europa occidental, describiéndose posteriormente en Portugal, donde la mencionada variante de subtipo G circula ampliamente (representando aproximadamente el 30 % de infecciones por VIH-1) (Esteves et al., 2002, *AIDS Res Hum Retroviruses*, 18:313-325).

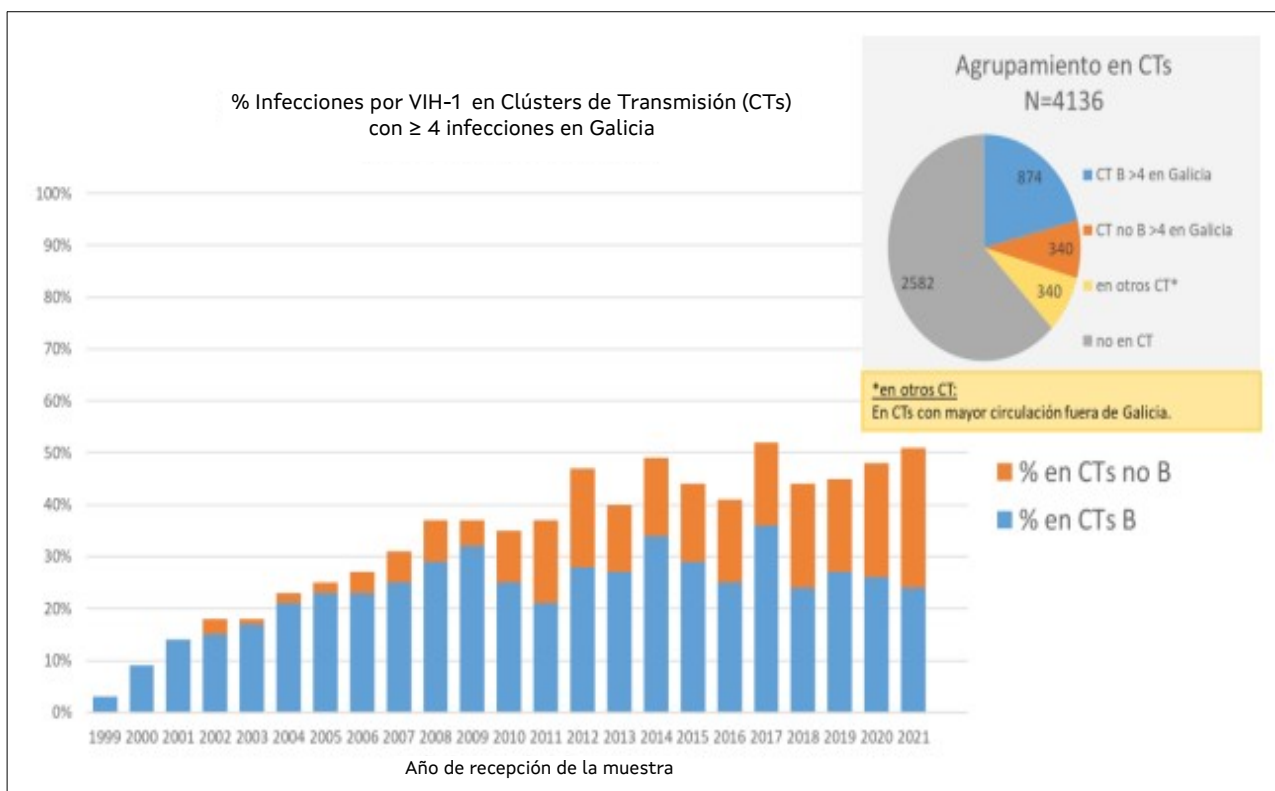
Desde el punto de vista biológico, la CRF14_BG tiene interés por ser la forma genética del VIH-1 con más alta frecuencia de tropismo a CXCR4 (90 % en nuevos diagnósticos), asociado a progresión clínica más rápida y a resistencia al fármaco antagonista del coreceptor CCR5 maraviroc. Posteriormente, se describió en Galicia otra nueva CRF del VIH-1, la CRF73_BG, relacionada con la CRF14_BG, pero con una estructura recombinante ligeramente diferente, y que también circula en Portugal. Otras dos CRFs descritas en Galicia han sido presentadas en congresos y están pendientes de publicación.

Como se mencionó arriba, se ha identificado en Galicia un amplio clúster de subtipo F1 de rápido crecimiento, de origen brasileño, que se continúa expandiendo en Galicia, con diseminación a otras CC.AA. Los virus de dicho clúster se han asociado a mayor virulencia (recuentos de linfocitos CD4+ en el diagnóstico más bajos) y respuesta subóptima a la terapia antirretroviral, tanto virológica como inmunológica (Cid-Silva et al., 2018; *AIDS*, 32:121-125. doi: 10.1097/QAD.0000000000001679).

1.3. Clústers de transmisión

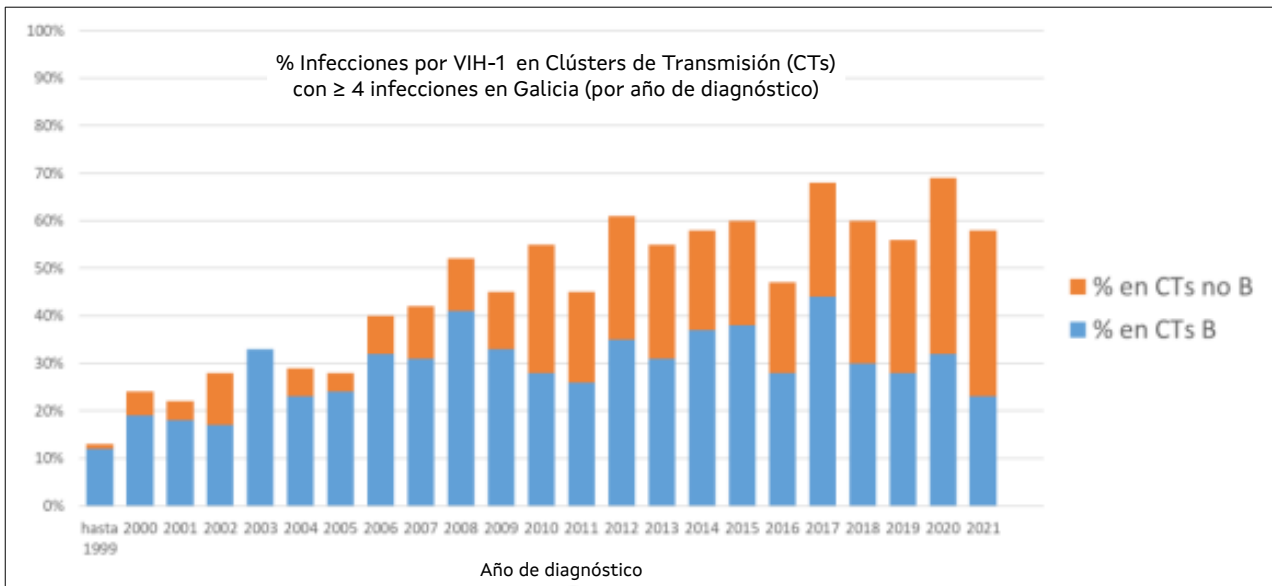
Se observa un incremento progresivo de la proporción de infecciones por VIH-1 que agrupan en clústers de transmisión (CT) con 4 o más pacientes de Galicia hasta 2012 (Figs. 9 y 10), estabilizándose desde entonces en torno al 60 % de nuevos diagnósticos (Fig. 10).

Fig. 9. Frecuencia de agrupamiento en clústers de transmisión con ≥ 4 infecciones en Galicia de acuerdo con el año de recepción de la muestra (izda.) y distribución global, incluyendo muestras en clústers con < 4 individuos de Galicia (dcha.).



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 10. Frecuencia de agrupamiento en clústers de transmisión con ≥ 4 infecciones en Galicia de acuerdo con el año de diagnóstico.

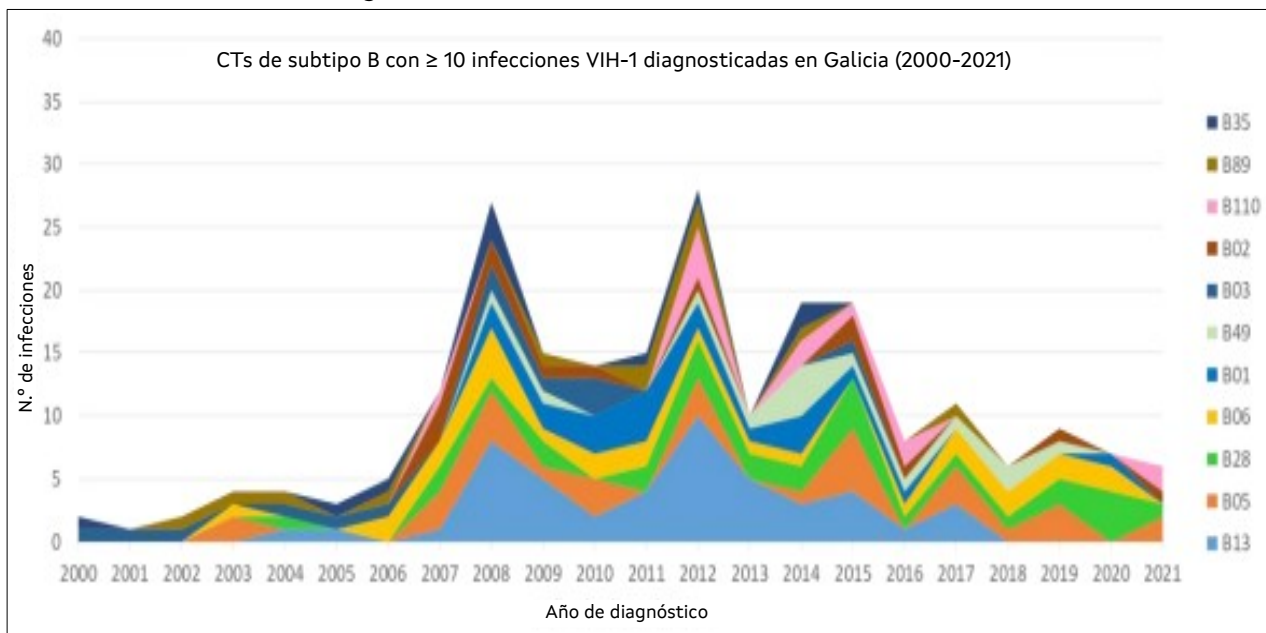


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

En los últimos dos años, se observa un incremento de la frecuencia de agrupación en clústers de subtipos no B, debido al resurgimiento del clúster F1_1. En las figuras 11 y 12 se muestra la evolución del número de diagnósticos pertenecientes a clústers de subtipo B y no B con 10 o más pacientes de Galicia, con individualización de los clústers, observándose un gran incremento en los clústers B a partir de 2007 y en los no B a partir de 2009, coincidiendo en estos últimos con la expansión del clúster F1_1. Desde 2013 se observa un descenso en el número de infecciones que agrupan en clústers de 10 o más individuos de Galicia, pero esta tendencia se revierte en los clústers no B desde 2019, debido al resurgimiento de las infecciones por virus del clúster F1_1. Es de destacar también el alto porcentaje de infecciones no B en un clúster de subtipo A1 (A1_1), de origen portugués, en 2017 y 2018, aunque su frecuencia ha descendido notablemente en años posteriores.

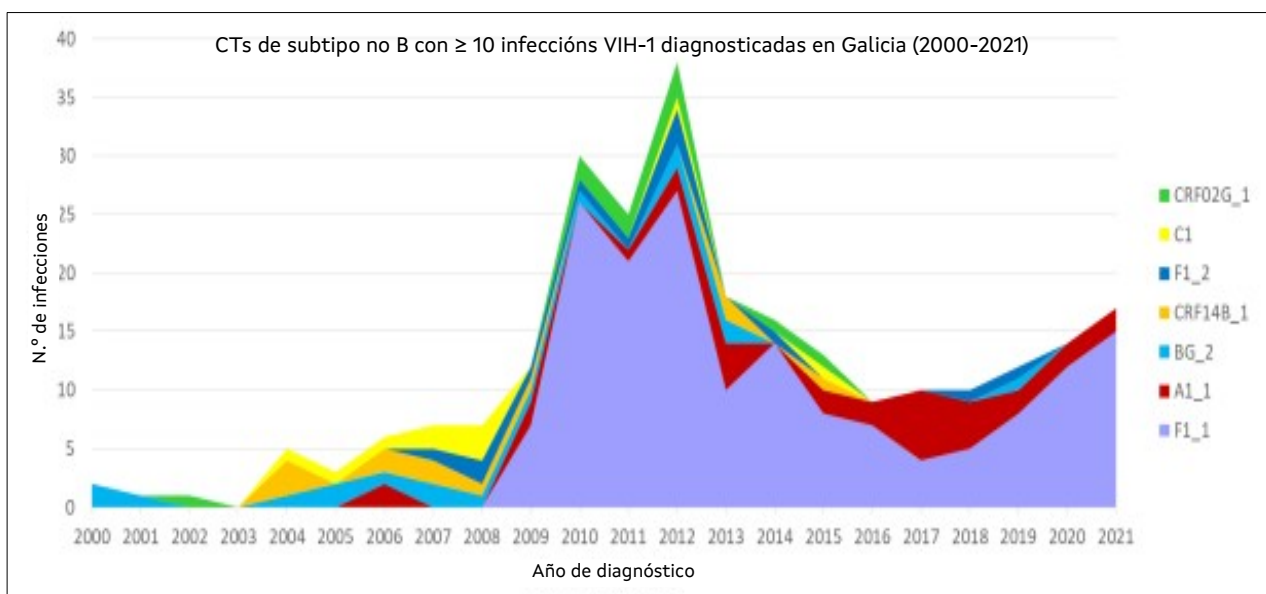
6. GENOTIPADO DEL VIH-1 EN GALICIA: 1999-2021

Fig. 11. Número de infecciones en clústers de transmisión de subtipo B con ≥ 10 infecciones en Galicia de acuerdo con el año de diagnóstico.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 12. Número de infecciones en clústers de transmisión de subtipos no B con ≥ 10 infecciones en Galicia de acuerdo con el año de diagnóstico.

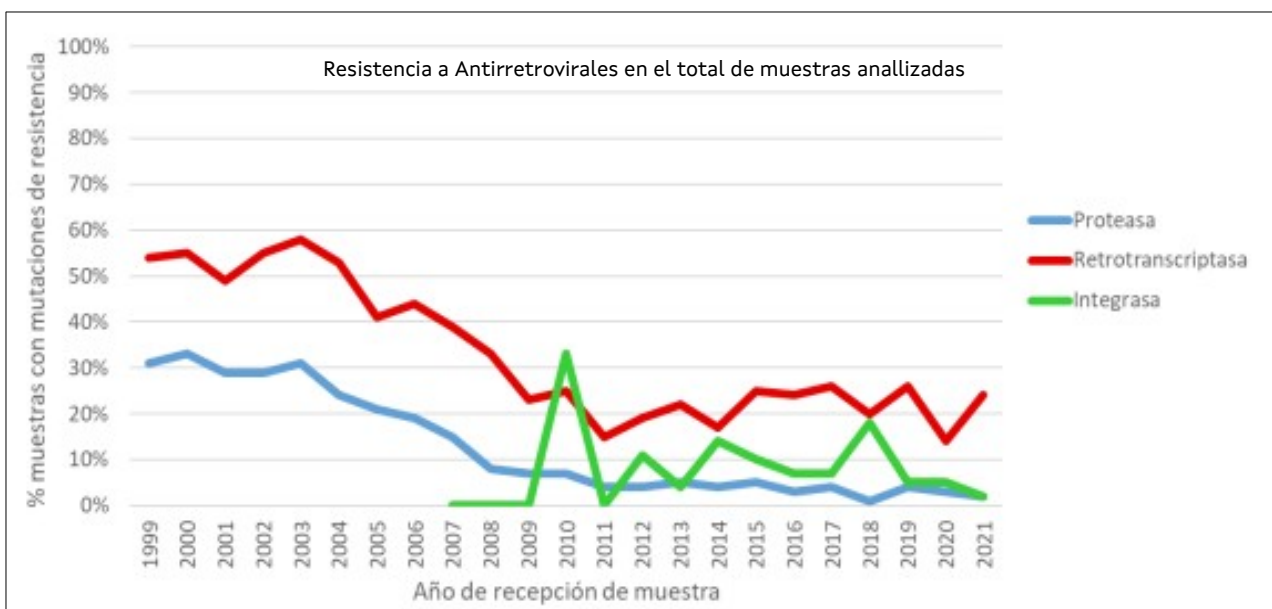


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

1.4. Resistencias a antirretrovirales

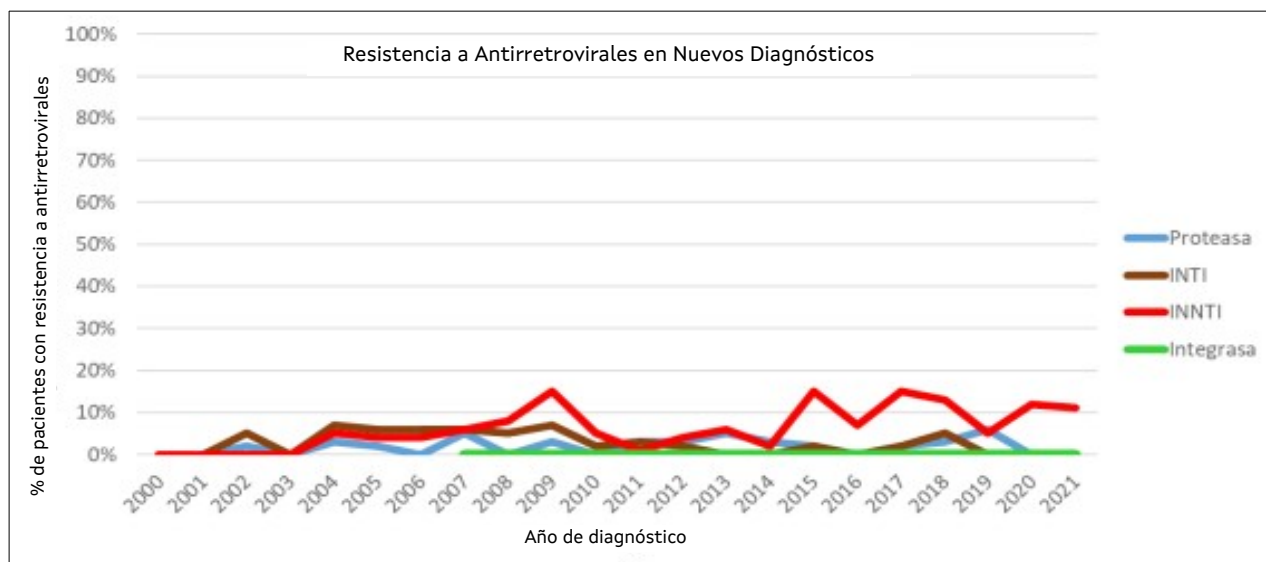
En las figuras 13 y 14 se muestra la evolución de la frecuencia de resistencias a distintas clases de antirretrovirales en el total de muestras analizadas (Fig. 13) y en los nuevos diagnósticos (ND) de infección por VIH (Fig. 14). Desde el punto de vista de salud pública, las resistencias transmitidas, observadas en los NDs, son las más relevantes, observándose porcentajes de virus resistentes que se mantienen estables en torno al 10- 15 % en los últimos 7 años, correspondiendo la mayoría a virus con resistencias a inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa. No se ha detectado resistencia a inhibidores de integrasa en ningún ND.

Fig. 13. Evolución a lo largo de los años de los porcentajes del total de muestras con resistencias a inhibidores de proteasa, transcriptasa inversa e integrasa, relativo al total de muestras analizadas en cada fragmento.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 14. Evolución a lo largo de los años de los porcentajes de pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH con resistencias a inhibidores de proteasa, inhibidores nucleosídicos de transcriptasa inversa (INTI), inhibidores no nucleosídicos de transcriptasa inversa (INNTI) e inhibidores de integrasa, relativos al total de muestras de nuevos diagnósticos analizadas en cada fragmento.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

1.5. Tropismo

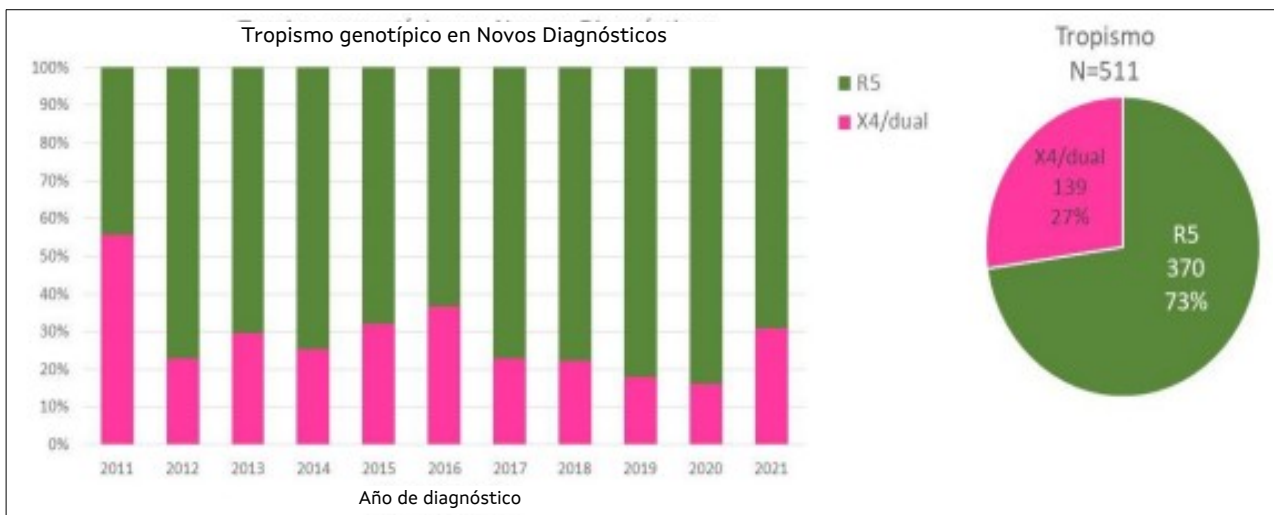
Se comenzaron a realizar predicciones de tropismo basadas en secuencias del bucle V3 de la envoltura y análisis con el programa Geno2pheno a partir de 2010, aunque, debido al escaso número de muestras analizadas en dicho año, solo se muestran datos de infecciones por virus CCR5-trópicos (R5) y CXCR4-trópicos (X4 o dual R5X4 o mezcla R5+X4) desde 2011. Los virus CXCR4-trópicos se asocian a progresión clínica más rápida y en los nuevos diagnósticos pueden indicar diagnóstico tardío. Es importante determinar el tropismo en pacientes en los que se contemple tratamiento con el antagonista del correceptor CCR5 maraviroc, que está contraindicado en infecciones con virus CXCR4-13 trópicos. En la gráfica de los nuevos diagnósticos (Fig. 16), se observan fluctuaciones en las proporciones de virus CXCR4-trópicos en torno al 20-30 %, sin una tendencia clara.

Fig. 15. Porcentajes de muestras totales analizadas con predicción de tropismo genotípico R5 o X4/dual R5X4/mezcla R5+X4. Izquierda: evolución anual entre 2011 y 2021. Derecha: proporciones globales de infecciones con virus CCR5-trópicos puros y CXCR4-trópicos.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Fig. 16. Porcentajes de muestras de nuevos diagnósticos de infección por VIH con predicción de tropismo genotípico R5 o X4/dual R5X4/mezcla R5+X4. Izquierda: evolución entre 2011 y 2021. Derecha: proporciones globales de infecciones con virus CCR5-trópicos puros y CXCR4-trópicos.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

2. CONCLUSIONES

1. En Galicia se observa desde 1999 un aumento progresivo de las infecciones de VIH-1 por subtipos no B, alcanzándose el 56 % en los diagnósticos de 2021.
2. El subtipo no B predominante en Galicia desde 2010 es el F1, que representa en 2020 y 2021 el 63 % y 52 %, respectivamente, de las infecciones por subtipos no B, y el 29 % (ambos años) del total de infecciones.
3. La alta frecuencia del subtipo F1 en Galicia se debe a la expansión, desde 2009, de un clúster que se propagó rápidamente, probablemente desde Ferrol, donde se diagnosticaron los primeros casos, entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Tras un descenso transitorio, desde 2019 se observa un resurgimiento de dicho clúster. Los virus de dicho clúster se han asociado a mayor virulencia y respuesta subóptima a la terapia antirretroviral.
4. Se han descrito en Galicia las primeras formas genéticas recombinantes circulantes no B del VIH-1 que circulan en Europa occidental (CRF14_BG y la cepa parental de subtipo G), posteriormente descritas también en Portugal. Posteriormente se han descrito en Galicia otras 3 nuevas CRFs.
5. La proporción de infecciones que agrupan en clústers ha ido incrementándose progresivamente, alcanzando porcentajes en torno al 60 % en los nuevos diagnósticos de los últimos años. En los últimos dos años se observa un incremento de agrupamiento en clústers no B, principalmente debido al resurgimiento del clúster F1_1.
6. La proporción de virus resistentes a antirretrovirales en NDs se mantiene estable en los últimos 7 años en torno al 10-15 %, la mayoría de ellos con resistencias a INNTIs. No se ha detectado ningún caso de transmisión de virus resistente a inhibidores de integrasa.

7. En conclusión, los estudios de vigilancia epidemiológica molecular del VIH-1 en Galicia (una de las regiones mejor estudiadas de Europa, gracias a los convenios entre la Consellería de Sanidade y el ISCIII), muestran su utilidad para detectar las variantes circulantes y los clústers de transmisión del virus, algunos de ellos de rápida expansión y con propiedades biológicas peculiares, cuya pronta detección puede permitir la rápida adopción de medidas preventivas de salud pública destinadas a frenar su crecimiento (estrategia que ha sido incorporada al plan de EE.UU. para acabar con la epidemia de VIH en dicho país. Fauci et al, 2019, JAMA; 321:844-845, doi:10.1001/jama.2019.1343).

El conocimiento de la diversidad genética de las variantes de VIH-1 que circulan en Galicia, que tiene características propias que difieren de otras CC.AA., y de su evolución a lo largo del tiempo permitirá adaptar el diseño de una futura vacuna frente al VIH-1 a las formas genéticas predominantes en Galicia, ya que (al igual que ocurre con las variantes de SARS-CoV-2), se han descrito diferentes susceptibilidades a respuestas inmunes de diferentes variantes del VIH-1 (Hrabel et al. 2014, 88:12623-43. doi:10.1128/JVI.01705-14).

Finalmente, aunque las resistencias a antirretrovirales transmitidas se mantienen estables y no se han detectado resistencias transmitidas a inhibidores de integrasa, es importante mantener la vigilancia epidemiológica molecular, que permitiría detectar rápidamente cualquier incremento o propagación en clústers de variantes virales 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

