

Informe VIH-sida y otras ITS en Galicia 2017

Diagnósticos de infección por el VIH: 2004-2016
Casos de sida: 1984-2016
Altas hospitalarias en relación con el VIH: 2000-2016
Mortalidad por el VIH-sida: 1984-2015
Pruebas de detección rápidas del VIH: 2011-2016
Infecciones de transmisión sexual no VIH: 2005-2016



Cita:

Dirección General de Salud Pública. Informe VIH-sida en Galicia 2017 [monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad; 2017. Disponible en: <http://www.sergas.es/saude-publica/informes-epidemioloxicos-de-vih-sida>

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2017

Informe VIH-sida en Galicia 2017

Diagnósticos de infección por el VIH en Galicia: 2004-2016

Casos de sida en Galicia: 1984-2016

Altas hospitalarias en relación con el VIH en Galicia: 2000-2016

Mortalidad por el VIH-sida en Galicia: 1984-2015

Pruebas de detección rápidas del VIH en Galicia: 2011-2016

Infecciones de transmisión sexual no VIH en Galicia: 2005-2016

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidad
Santiago de Compostela

2017

ABREVIATURAS.....	7
PRESENTACIÓN.....	9
RESUMEN EJECUTIVO.....	11
DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016.....	15
LA INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016.....	16
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.....	18
SEXO Y EDAD.....	20
CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN.....	23
ESTADIO CLÍNICO.....	33
PAÍS DE ORIGEN.....	36
DIAGNÓSTICO TARDÍO.....	39
PRINCIPALES CONCLUSIONES.....	45
CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016.....	47
EL SIDA EN GALICIA: 1984-2016.....	48
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.....	49
SEXO Y EDAD.....	53
CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN.....	56
ENFERMEDADES DIAGNÓSTICAS.....	64
INSTITUCIÓN DECLARANTE.....	65
INTERVALO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH Y CASO SIDA.....	65
PAÍS DE ORIGEN.....	67
PRINCIPALES CONCLUSIONES.....	69

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016.....	71
METODOLOGÍA.....	71
RESULTADOS DEL PERÍODO 2000 A 2016.....	72
PRINCIPALES CONCLUSIONES.....	87
MORTALIDAD POR EL VIH-SIDA EN GALICIA: 1984-2015.....	89
RESULTADOS DEL AÑO 2015.....	90
RESULTADOS DEL PERÍODO 1984 A 2015.....	92
PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DEL VIH EN GALICIA: 2011-2016.....	97
DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DEL VIH EN GALICIA.....	99
PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUIDO ORAL.....	101
RESULTADOS DE LA PRUEBA RÁPIDA ANÓNIMA DEL VIH EN GALICIA.....	105
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO VIH EN GALICIA: 2005-2016.....	107
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE GALICIA	108
HEPATITIS VÍRICAS	110
VIRUS DEL HERPES SIMPLE	114
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	115
SÍFILIS	116
GONOCOCIA	118
CLAMIDIASIS GENITAL	121
LINFOGRANULOMA VENÉREO	122
TRICOMONAS	122

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
DGSP	Dirección General de Salud 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
RGVSP	Red gallega de vigilancia en salud pública
SIAC AP	Sistema de información de análisis complejos de atención primaria
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGIVIH	Sistema de información gallego sobre la infección por el VIH
SIM	Sistema de información microbiológica

SGNOE	Sistema general de notificación obligatoria de enfermedades
TAR	Terapia antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
UDI	Usuarios de drogas inyectables
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 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 del Estado 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 2016, un 3,5 % cada año.

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 General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad 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 Sanidad 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.

Andrés Paz-Ares Rodríguez

Director general de Salud Pública

RESUMEN EJECUTIVO

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-sida.
- Describir la mortalidad por el VIH-sida.
- Evaluar los datos de las pruebas rápidas de detección del VIH en personas que no suelen acudir al sistema sanitario.

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 2016 y de los casos de sida desde 1984 a 2016.

La mortalidad se refiere al período de 1984 a 2015 y la morbilidad al de 2000 a 2016.

Las pruebas rápidas de detección del VIH son de 2011 a 2016.

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 General de Salud 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 han sido: año de diagnóstico del VIH, año de diagnóstico 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, definido como 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 ha usado el conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de Galicia.

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

Principales resultados

Entre 2004 y 2016 se han registrado en Galicia 2.501 nuevos diagnósticos de infección por el VIH (en estos trece años se observaron 885 casos de sida, por lo que hubo un 183 % más de registro de infección que de enfermedad), con una media anual de 192 infecciones, lo que representa una incidencia anual media de 69,5 casos por millón de 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 101,2 casos por millón de habitantes y año durante el período 2004 a 2015), de los cuales 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 trece años analizados fue la de las relaciones sexuales en el 77,5 % de las ocasiones (39,9 % entre hombres que tienen sexo con otros hombres -HSH- y 37,6 % heterosexual), las infecciones por compartir material de inyección para drogas suponen el 17,0 % de los casos registrados de nueva infección por el VIH (presentando una tendencia descendente, con un cambio relativo -CR- de un 19,2 % anual). Además, si consideramos aisladamente el sexo masculino es más frecuente la transmisión por relaciones entre HSH con un 50,2 % y sólo un 27,3 % por la vía heterosexual.

El 49 % de los infectados presentaba diagnóstico tardío cuando fueron diagnosticados y, además, algo más de la mitad de los casos de sida registrados en este período –72 % en los seis últimos años– conocía al mismo tiempo su condición de infectado por el VIH y la de su enfermedad (menos de 6 meses de una a otra situación).

De 2000 a 2016 se observó una importante disminución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH y la mayoría de estas personas ingresaban por patologías no relacionadas con el virus (disminuyen las hospitalizaciones con diagnóstico principal de infección por el VIH, así como aquellas de enfermedades definitivas de sida, y aumentan las altas por otras enfermedades no relacionadas con el VIH -desde 2012 más del 70 % 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 35 a 54 años.

Un 1,6 % de las pruebas rápidas de detección del VIH fueron reactivas.

Conclusiones

- Las tasas de nuevos diagnósticos por el VIH son inferiores a las de España.
- El virus se transmite mayoritariamente por vía sexual.
- La transmisión entre HSH es la categoría mayoritaria, con una importante tendencia al aumento año a año.
- El retraso diagnóstico es muy importante, mayoritariamente cuando la transmisión es por mantener prácticas sexuales no seguras.
- La mortalidad por el VIH-sida sigue disminuyendo poco a poco.
- El 1,6 % 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.

DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN

POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

En el informe de los nuevos casos de infección por el VIH en Galicia se evalúan 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 gallego sobre la infección por el VIH (SIGIVIH).

Este informe recoge información sobre los nuevos diagnósticos de la infección por el VIH en Galicia durante los años 2004 a 2016, datos que son facilitados por los médicos en ejercicio en el ámbito territorial de la comunidad gallega (tal como se recoge en el Decreto 33/2004, del 29 de enero, por el que se crea el SIGIVIH), 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 procedente del SIGIVIH complementa y aporta calidad al Registro Gallego del Sida, en el que el retraso de la aparición de la enfermedad con respecto al momento de la infección por el VIH supone un vacío excesivo en la toma de decisiones en materia de prevención. De este modo, tenemos información que nos acerca al tiempo real, que es el objetivo perseguido por todo sistema epidemiológico de estudio de las infecciones.

Los datos registrados son estrictamente confidenciales y sólo se utilizan para los fines expresamente 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 millón de habitantes, para lo que se tienen en cuenta los diferentes padrones correspondientes a cada año, y cuyas principales variables de

* Todas las tasas que se citan en este informe sobre el diagnóstico de infección por el VIH en Galicia 2004-2016 tienen en cuenta poblaciones a partir de la interpolación de los datos de los padrones correspondientes, y están referidas al 1 de julio de cada año.

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

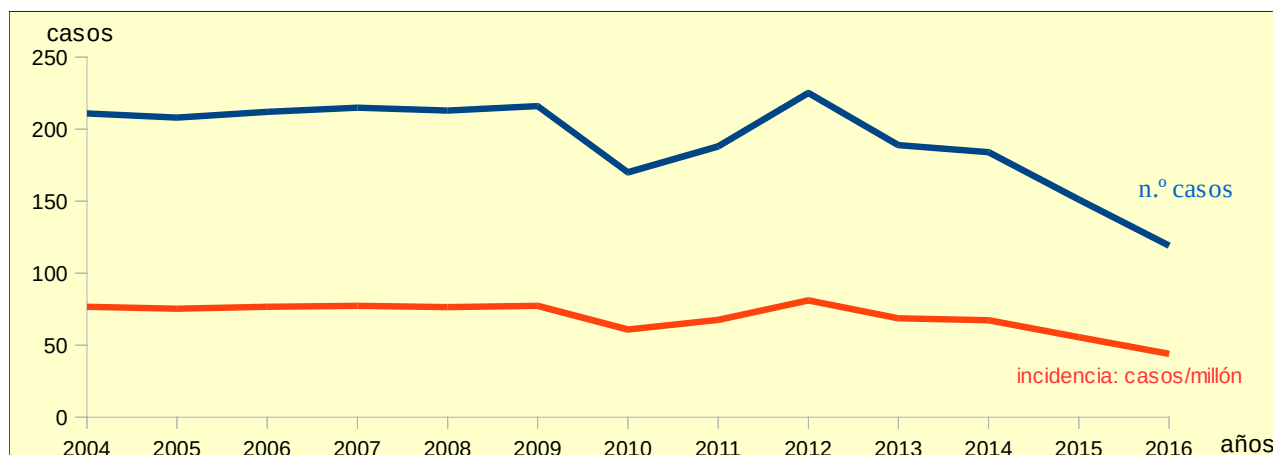
estudio son: año de diagnóstico del VIH, edad cuando se diagnostica el VIH, sexo, categoría de transmisión, provincia de origen y número de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico de la infección.

En el análisis se pone especial atención en el diagnóstico tardío, definido como pacientes con cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación de la infección por el VIH. Además, también categorizamos el grupo con menos de 200 células/ μ l, por presentar una inmunosupresión severa.

LA INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

En Galicia se registraron 2.501 casos de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana entre los años 2004 y 2016, con una media de 192 infecciones anuales, lo que representa una incidencia anual de 69,5 casos por millón de 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 101,2 casos por millón de habitantes y año en el período 2004-2015).

Gráfico 1. Número de casos e incidencia de infección por el VIH según el año de diagnóstico. Galicia 2004-2016

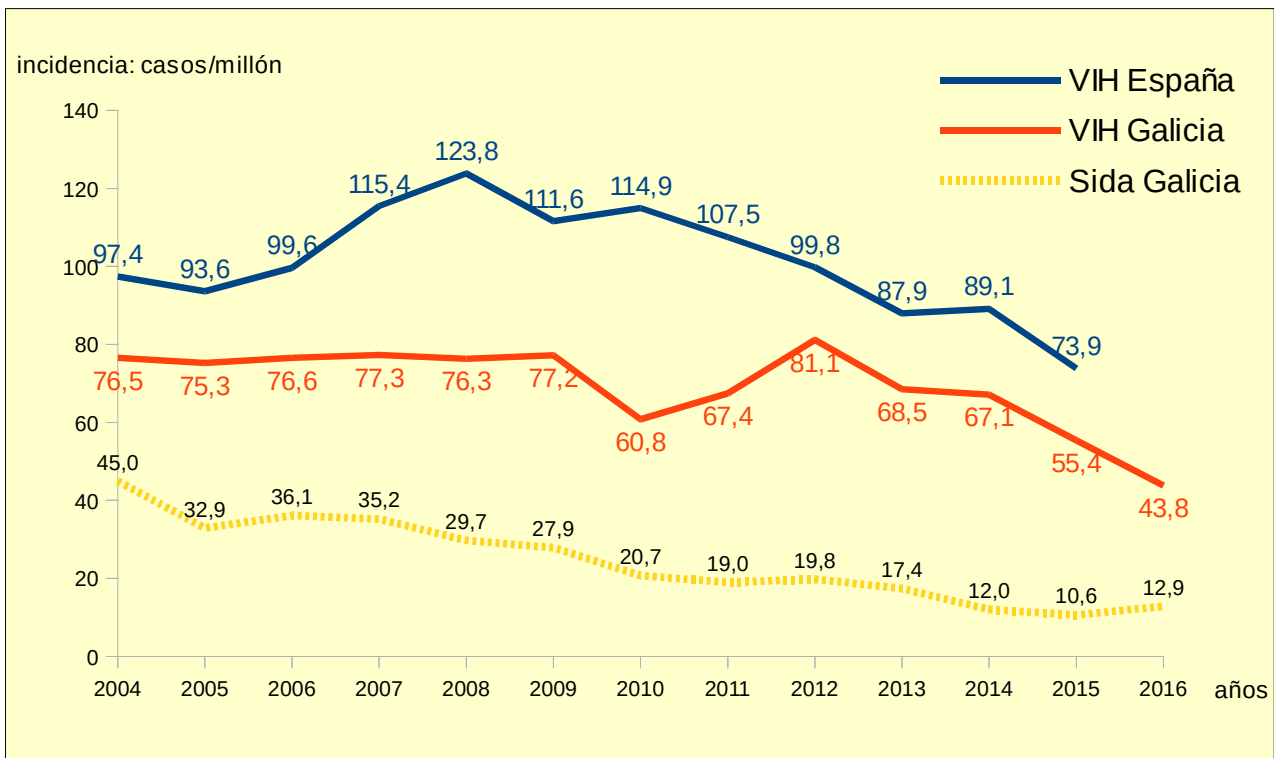


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Se observa una incidencia estable, con un ligero descenso en los últimos años, que es el 183 % más que la incidencia de sida para el mismo período (24,6 casos de sida por año y millón de habitantes). Esto pone de manifiesto la necesidad epidemiológica de ver este fenómeno de afectación por el VIH desde una perspectiva de infección y no de enfermedad.

Gráfico 2. Incidencia de infección por el VIH y sida por año de diagnóstico. Galicia e España 2004-2016

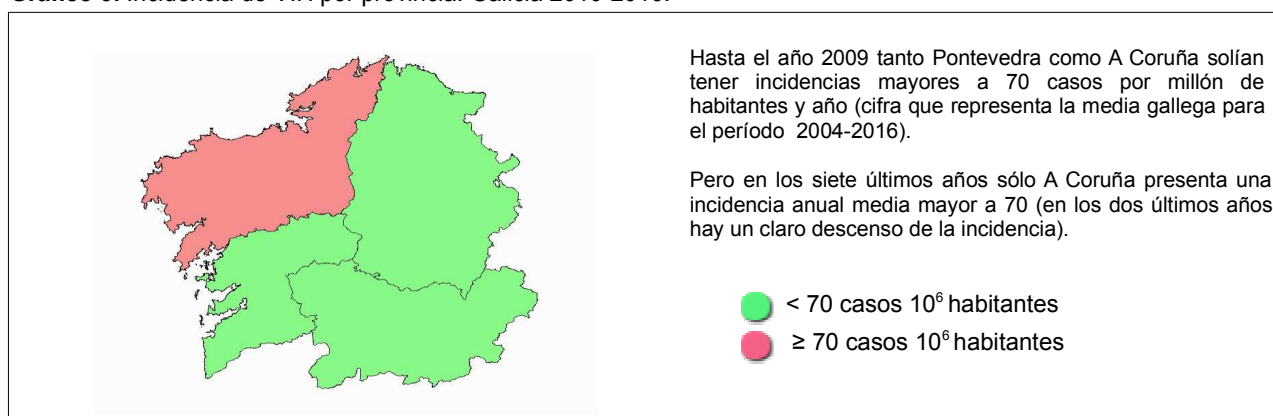


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Según la distribución geográfica entre 2004 y 2016 por provincias, A Coruña y Pontevedra son las zonas con mayor incidencia de infección por el VIH, con unas incidencias medias anuales de 79 y 71 casos/millón, respectivamente. Pero desde 2010 sólo A Coruña presenta incidencias anuales mayores a la media de cada año (Ourense de 2014 a 2016).

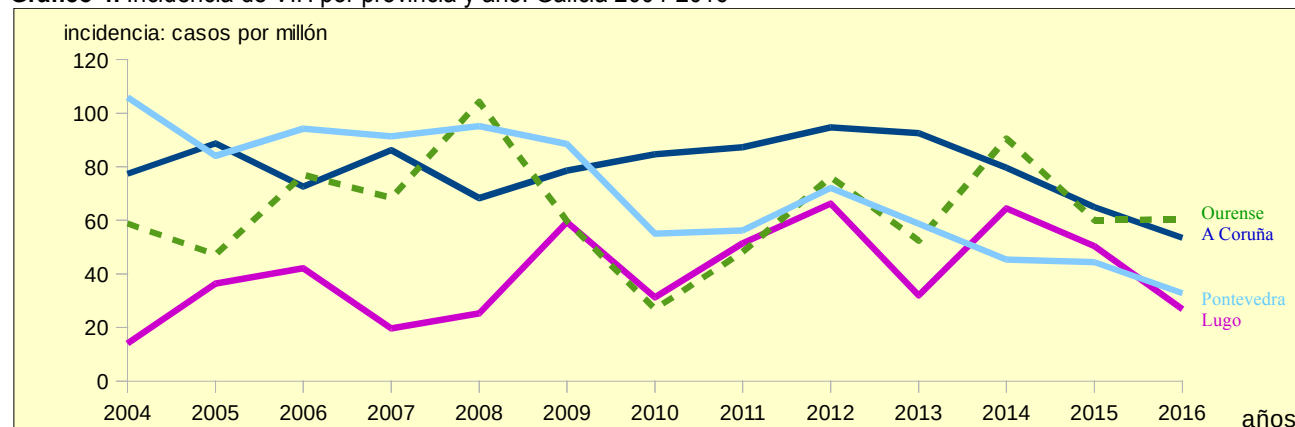
Gráfico 3. Incidencia de VIH por provincia. Galicia 2010-2016.



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Ourense presenta la incidencia intermedia con 64 casos/millón y año, entre 2004 y 2016, mientras que Lugo muestra una incidencia anual de 40 casos/millón y año.

Gráfico 4. Incidencia de VIH por provincia y año. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Aunque trece años representan un período de tiempo corto, parece que el comportamiento de la incidencia de infección en Ourense es el más irregular, y A Coruña es el que permanece más constantemente por encima de la incidencia media gallega.

Tabla 1. Número de diagnósticos VIH por provincia y año. Galicia 2004-2016

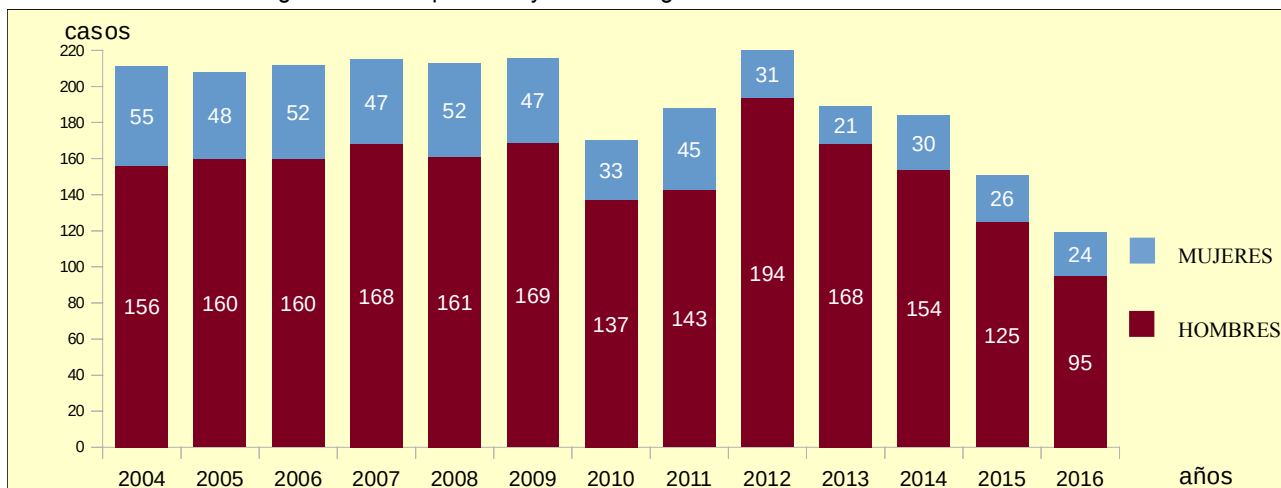
	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	Galicia
2004	87	5	20	99	211
2005	100	13	16	79	208
2006	82	15	26	89	212
2007	98	7	23	87	215
2008	78	9	35	91	213
2009	90	21	20	85	216
2010	97	11	9	53	170
2011	100	18	16	54	188
2012	108	23	25	69	225
2013	105	11	17	56	189
2014	90	22	29	43	184
2015	73	17	19	42	151
2016	60	9	19	31	119
Total:	1.168	181	274	878	2.501

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

SEXO Y EDAD

Respecto de la distribución por sexos de los casos acumulados, el 80 % pertenece al sexo masculino. La evolución del número de casos de ambos sexos a lo largo de los trece años queda reflejada en el gráfico siguiente:

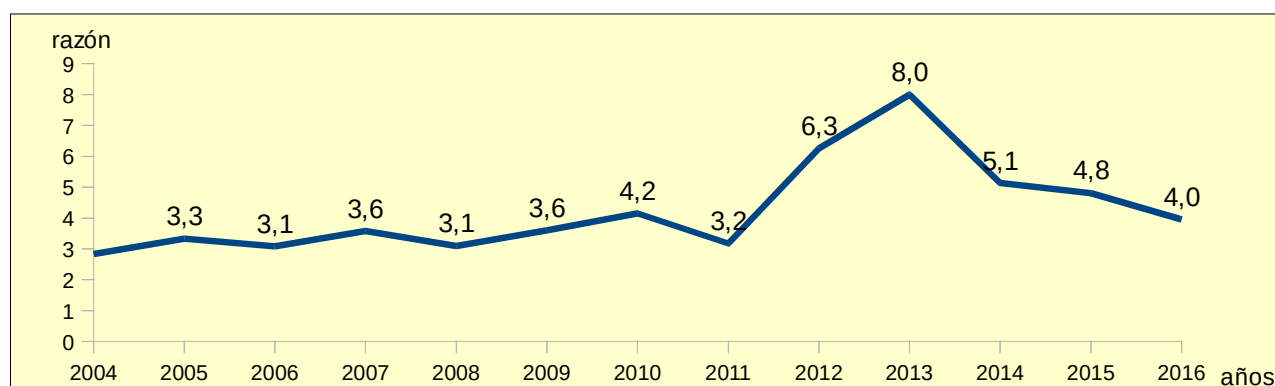
Gráfico 5. Número de diagnósticos VIH por sexo y año de diagnóstico. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

La razón de sexos es de 3,9 durante todo el período. Si sólo tuviésemos en cuenta a los que se infectan por relaciones heterosexuales no protegidas, la razón pasaría a ser de 1,4. En los usuarios de drogas inyectables (UDI), la razón es de 4,2.

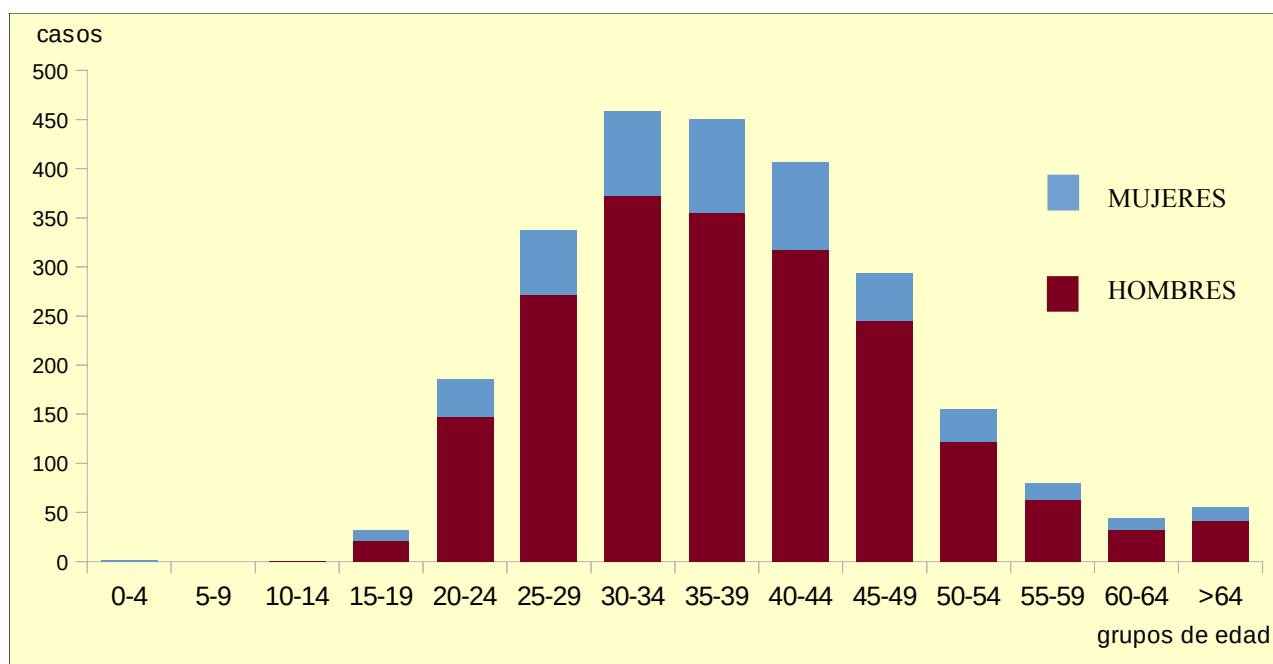
Gráfico 6. Razón de sexos en el diagnóstico VIH por año. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En cuanto a la edad, debemos señalar que la infección por el VIH afecta fundamentalmente a adultos jóvenes. El 78 % de todos los casos tenía en el momento del diagnóstico de la infección entre 25 y 49 años.

Gráfico 7. Número y porcentaje de diagnósticos VIH por grupo de edad y sexo. Galicia 2004-2016

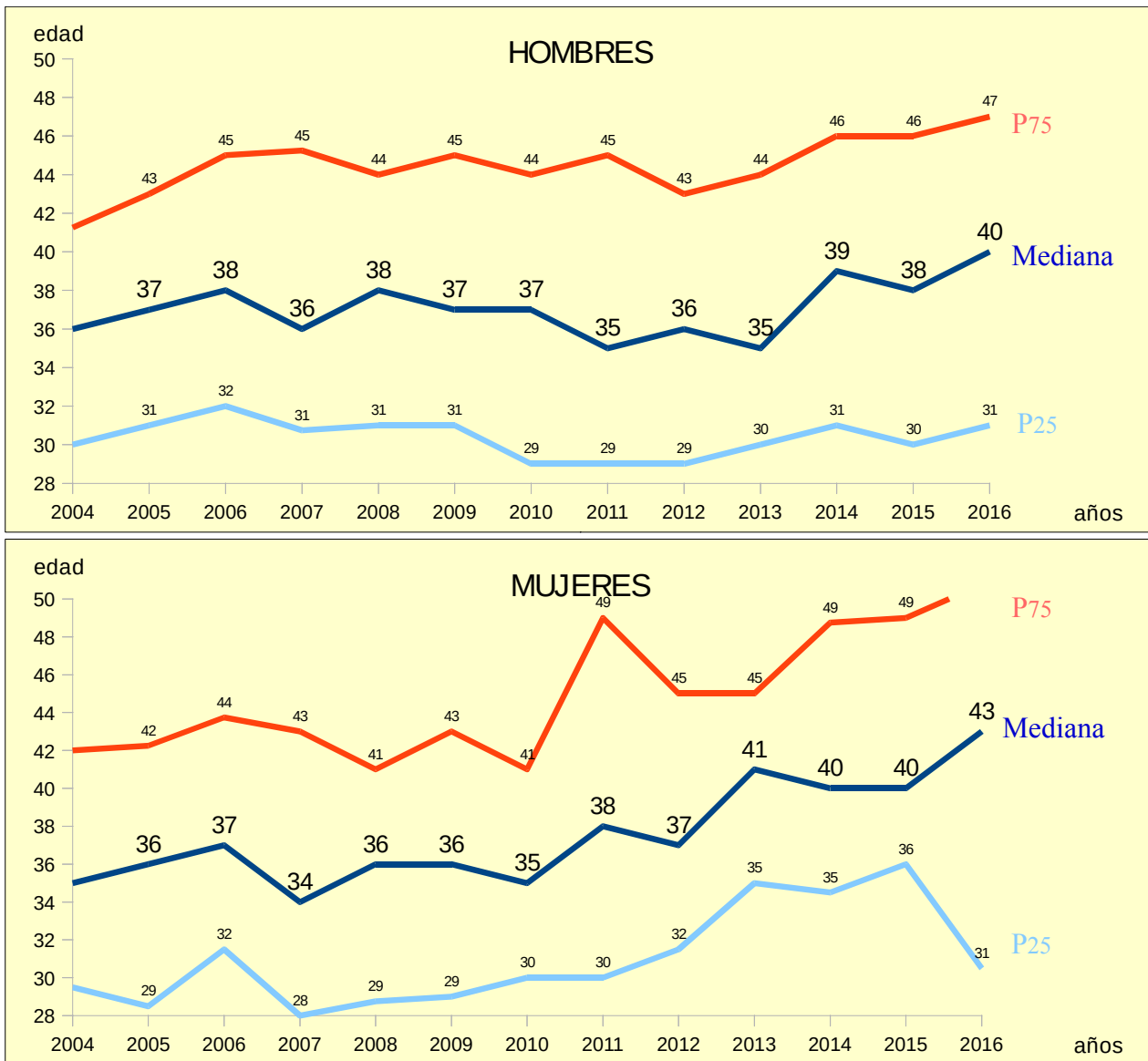


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

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

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Gráfico 8. Edad en el momento del diagnóstico de la infección por el VIH según sexos. Galicia 2004-2016

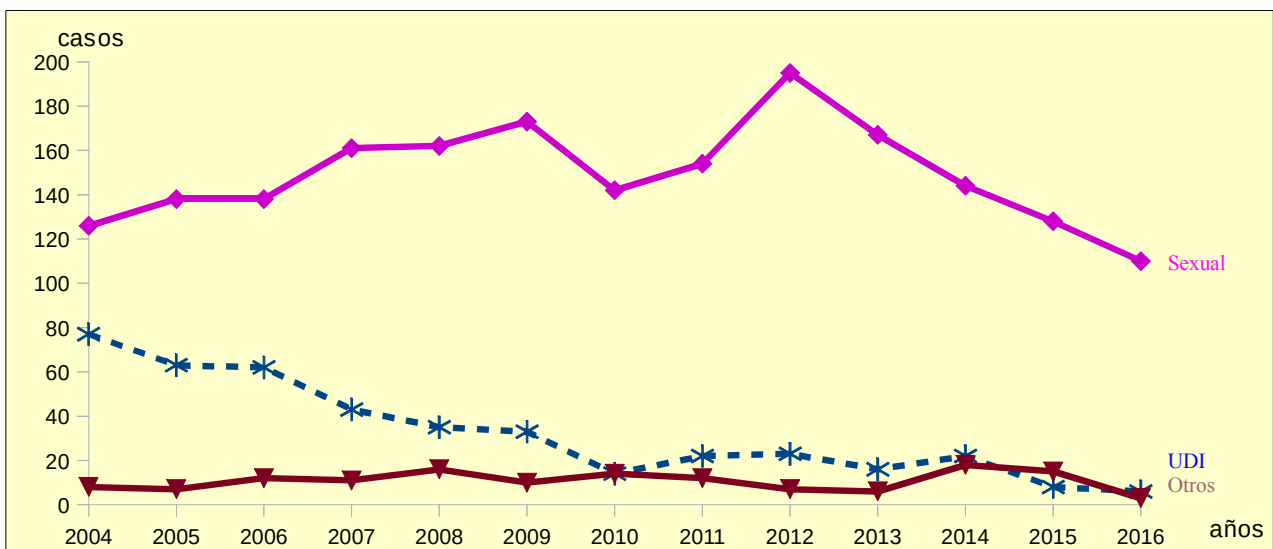


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

La categoría de transmisión más frecuente en la infección por el VIH en los trece años analizados fue la de las relaciones sexuales no protegidas, que supuso el 77,5 % de los casos (39,9 % entre hombres que tienen sexo con otros hombres [HSH] y el 37,5 % heterosexualmente), y presentan un incremento de peso relativo con respecto a los casos debidos al intercambio de jeringas entre usuarios de drogas inyectables (UDI), que suponen la segunda categoría de afectación del período, con un 17,0 % de las infecciones.

Gráfico 9. Número de diagnósticos VIH por año y categoría de transmisión. Galicia 2004-2016



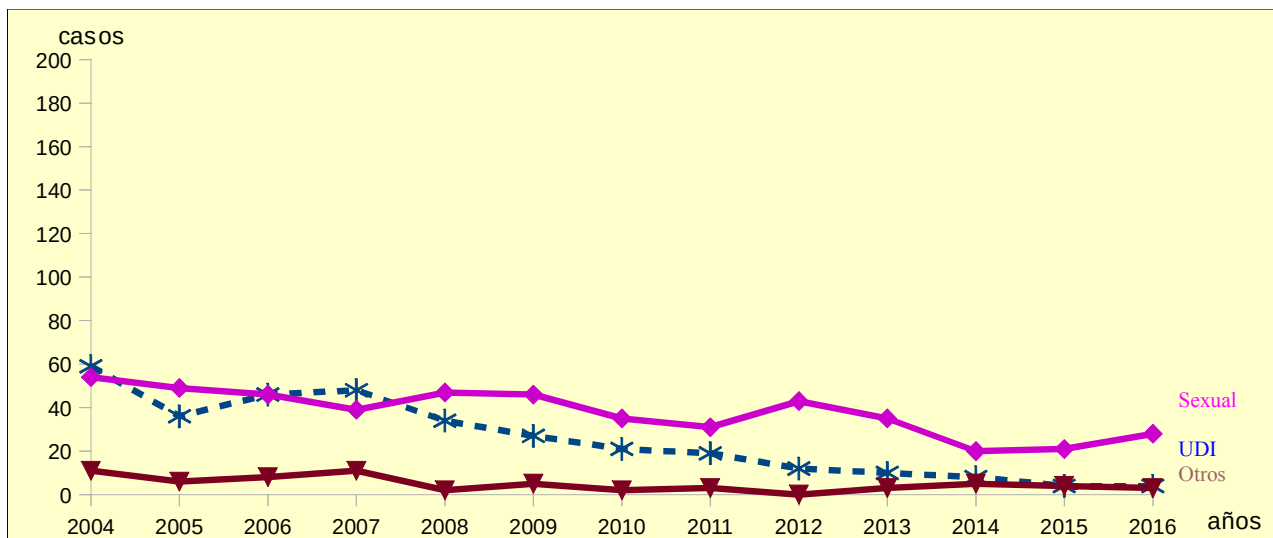
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Si comparamos los datos de infección por el VIH con los datos de sida en Galicia para el mismo período, se observa el gran cambio en el comportamiento epidemiológico de la transmisión que supone la información actualizada del registro de los casos VIH (claramente la transmisión por la vía sexual es predominante), frente a la demorada en el

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

tiempo que representan los datos del Registro Gallego del Sida (en que “parecía” una transmisión similar entre la vía sexual y la de los UDI en los primeros años del periodo).

Gráfico 10. Casos de sida por año de diagnóstico e categoría de transmisión. Galicia 2004-2016

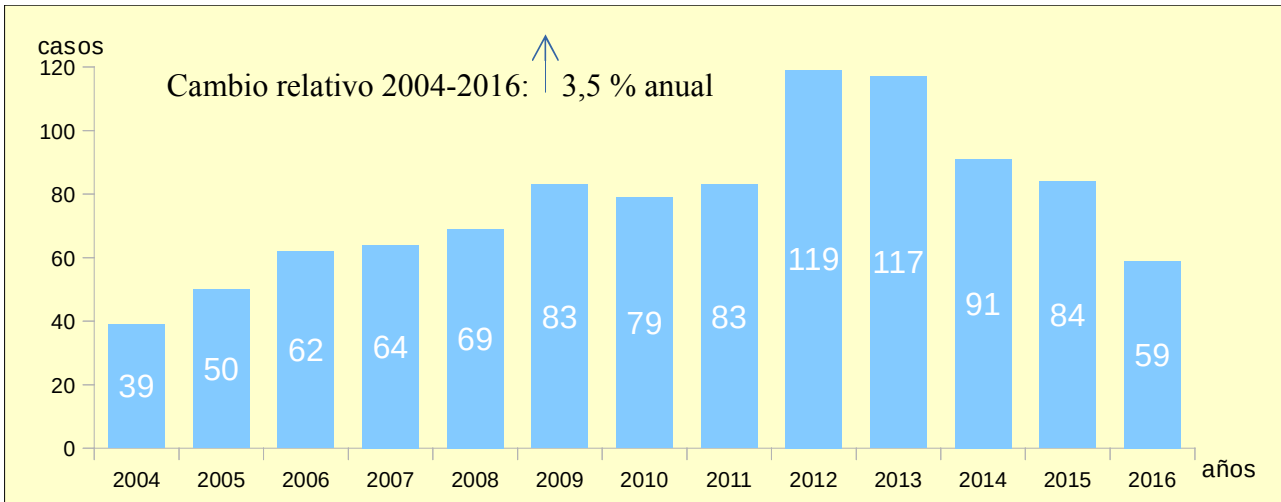


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

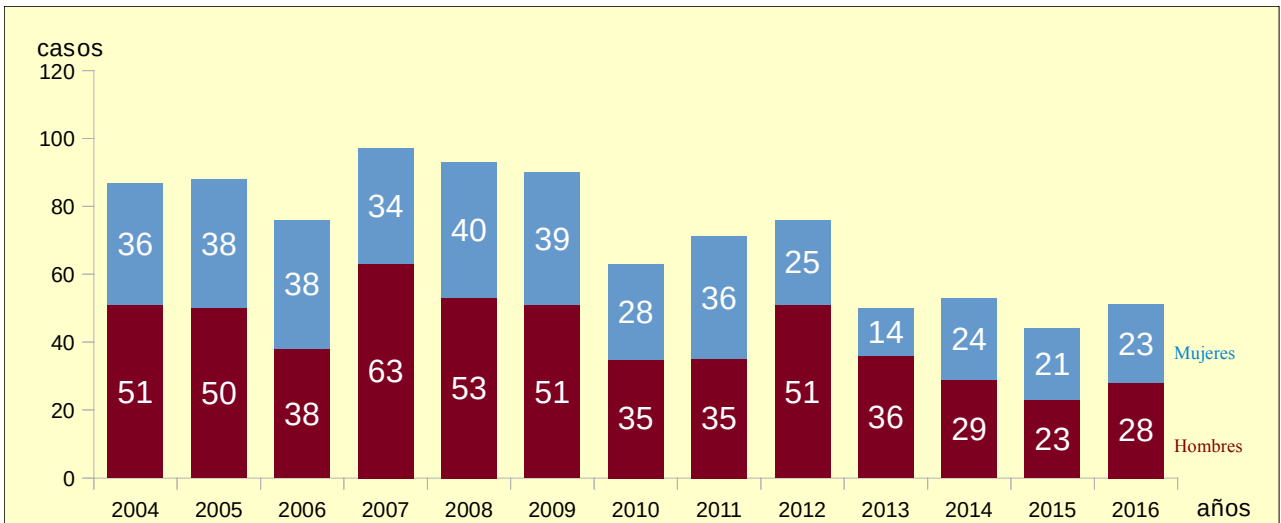
Es importante observar los datos de la transmisión sexual por sexos, ya que las categorías más asociadas a la infección cuando no los separamos son muy similares entre los HSH y heterosexuales. Si tenemos en cuenta sólo a los hombres, los HSH se sitúan claramente como los más afectados y presentan una evolución al ascenso gradual con el paso de los años, expresado en un cambio relativo (CR) ascendente del 3,5 % anual en el período 2004-2016.

Gráfico 11. Número de diagnósticos VIH en la categoría de transmisión sexual según sexos. Galicia 2004-2016

11 a. HSH



11 b. Heterosexual

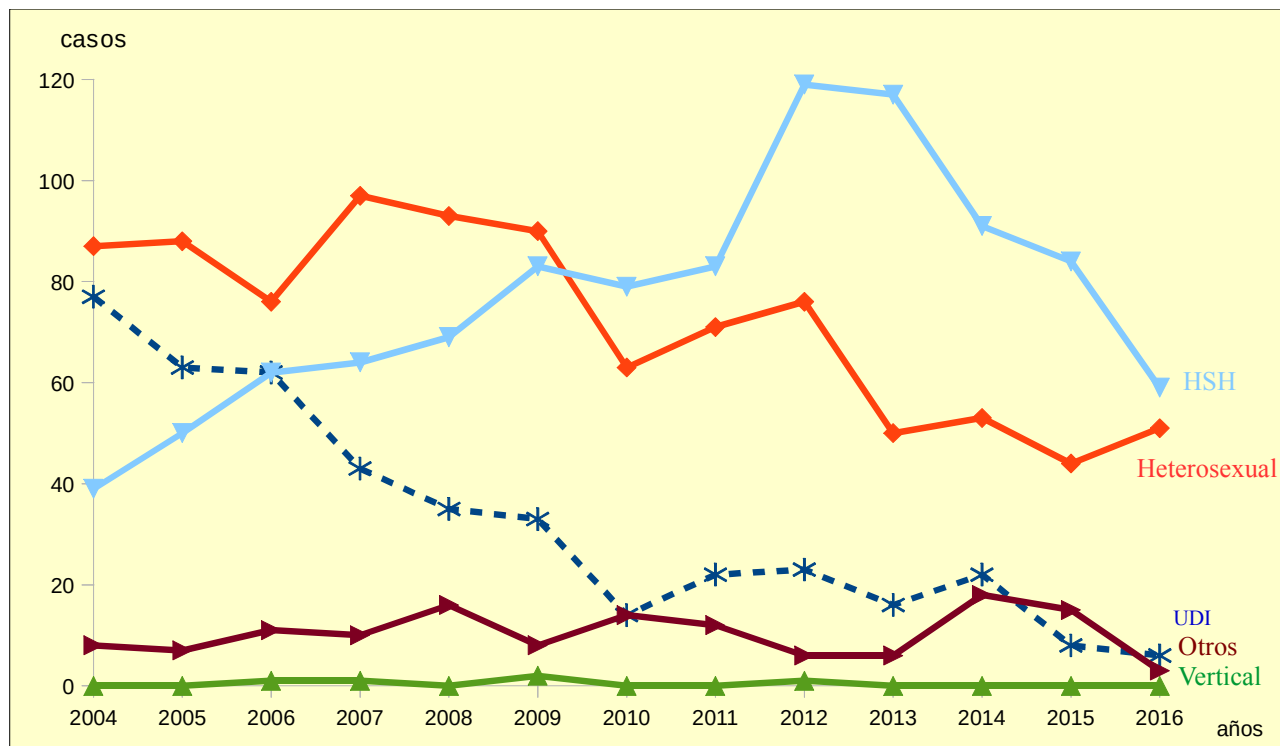


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

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), por encima de los casos de las categorías heterosexual y UDI (estos últimos en claro descenso).

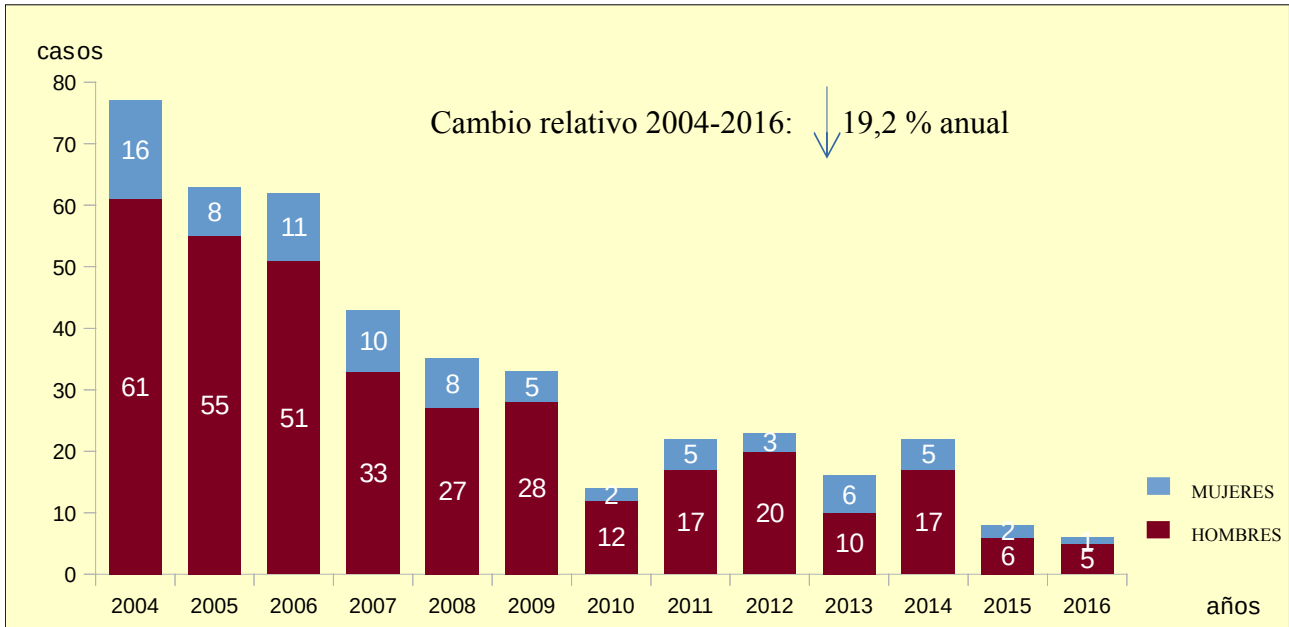
1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Gráfico 12. Número de diagnósticos VIH en hombres por año y categoría de transmisión. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Si volvemos a la totalidad de la población, en la categoría de los usuarios de drogas inyectables 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 19,2 % anual en el período 2004-2016.

Gráfico 13. Número de diagnósticos VIH asociados a usuarios de drogas que comparten material de inyección. Galicia 2004-2016

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Si estudiamos la distribución de los porcentajes referentes a las diferentes categorías de transmisión por sexos (gráfico 14), observamos que en las mujeres la categoría más frecuente es claramente la asociada a prácticas heterosexuales no protegidas, con un 77,5 % 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. La segunda categoría de transmisión sería la heterosexual, con una tendencia estable en el tiempo. Los UDI que comparten material de inyección tienen menos incidencia y, además, presentan una tendencia clara al descenso, con un CR de un 18,8 % en este período de trece años.

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Tabla 2. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en hombres. Galicia 2004-2016

	UDI	Heterosexual	HSH	Hemoderivados	Sangre	Hijos madre riesgo	Otros/desc.	TOTAL
2004	61	51	39	0	0	0	5	156
2005	55	50	50	0	0	0	5	160
2006	51	38	62	0	0	0	9	160
2007	33	63	64	1	0	0	7	168
2008	27	53	69	0	0	0	12	161
2009	28	51	83	1	0	0	6	169
2010	12	35	79	0	0	0	11	137
2011	17	35	83	0	0	0	8	143
2012	20	51	119	0	0	0	4	194
2013	10	36	117	0	0	0	5	168
2014	17	29	91	0	0	0	17	154
2015	6	23	84	0	0	0	12	125
2016	5	28	59	0	0	0	3	95
	342	543	999	2	0	0	104	1.990

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

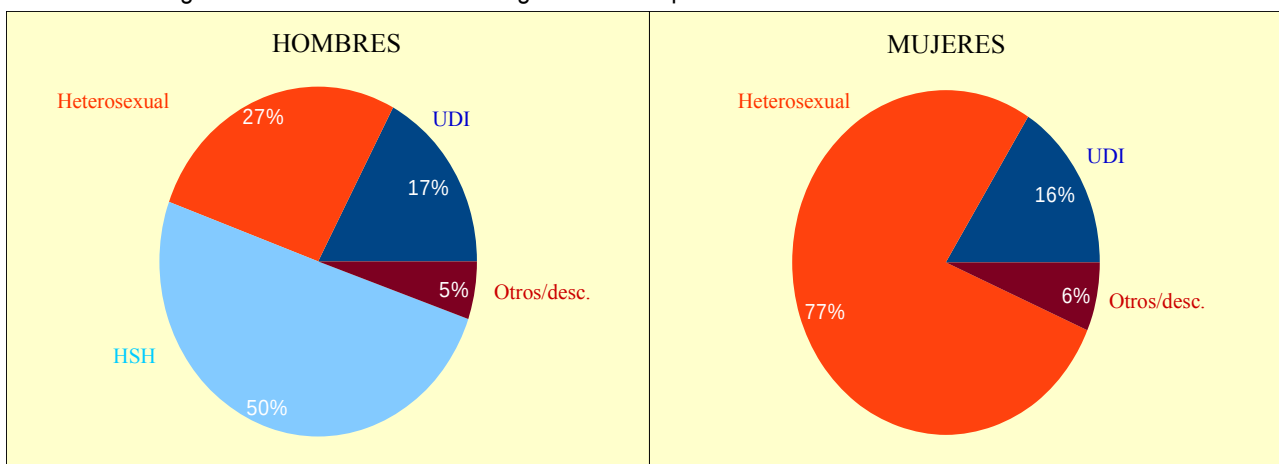
Tabla 3. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en mujeres. Galicia 2004-2016

	UDI	Heterosexual	Hemoderivados	Sangre	Hijos madre riesgo	Otros/desc.	TOTAL
2004	16	36	0	0	0	3	55
2005	8	38	0	0	1	1	48
2006	11	38	1	0	0	2	52
2007	10	34	0	0	0	3	47
2008	8	40	0	0	0	4	52
2009	5	39	0	1	1	1	47
2010	2	28	0	0	0	3	33
2011	5	36	0	0	0	4	45
2012	3	25	0	1	1	1	31
2013	6	14	0	0	0	1	21
2014	5	24	0	0	0	1	30
2015	2	21	0	0	0	3	26
2016	1	23	0	0	0	30	24
	82	396	1	2	3	27	511

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En los gráficos 14 y 16 se constata el predominio de la transmisión de la infección por el VIH a través de la vía sexual: 77 % (en el caso de los hombres: 50,2 % HSH y 27,3 % heterosexual).

Gráfico 14. Categorías de transmisión de los diagnósticos VIH por sexos. Galicia 2004-2016



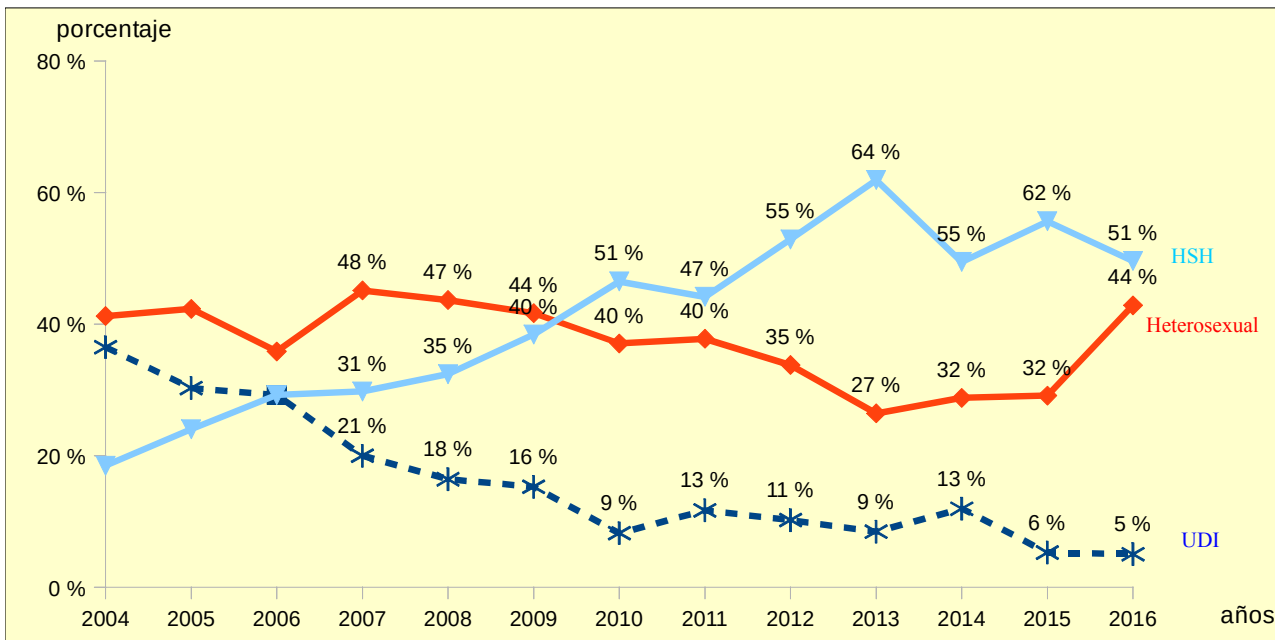
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En el gráfico 15 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 de la infección por el VIH (SIGIVIH) o del Registro de Casos de 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.

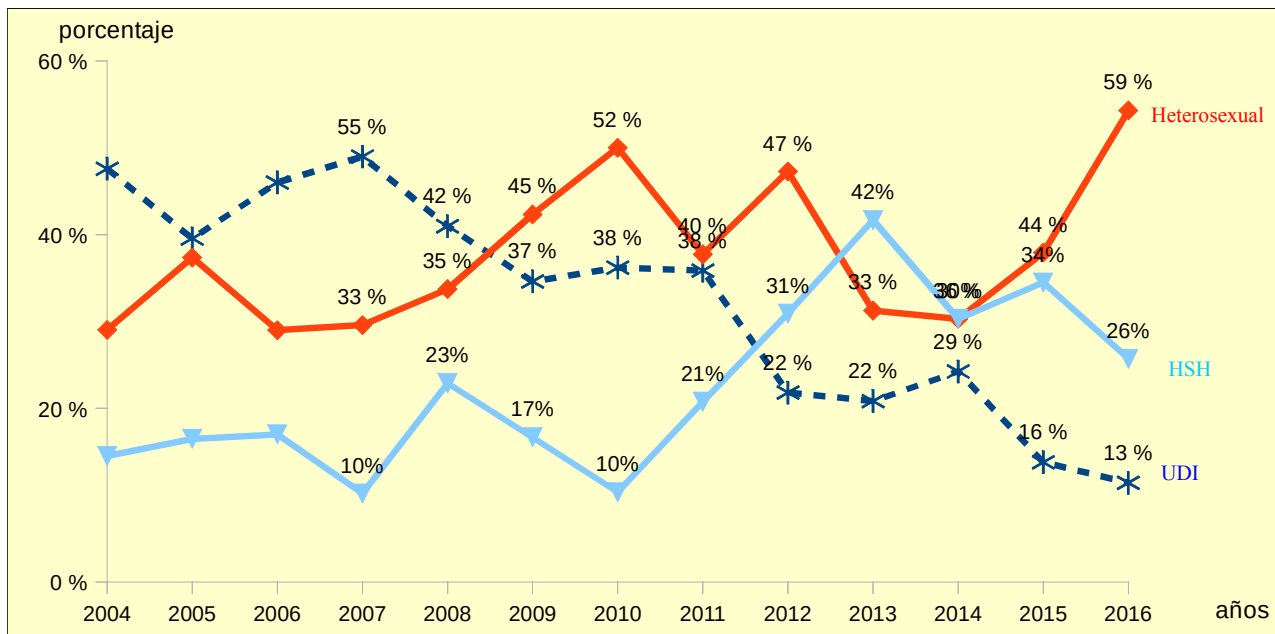
1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Gráfico 15. Porcentaje de diagnósticos VIH y sida según las principales prácticas de riesgo y años. Galicia 2004-2016

15 a. VIH



15 b. Sida

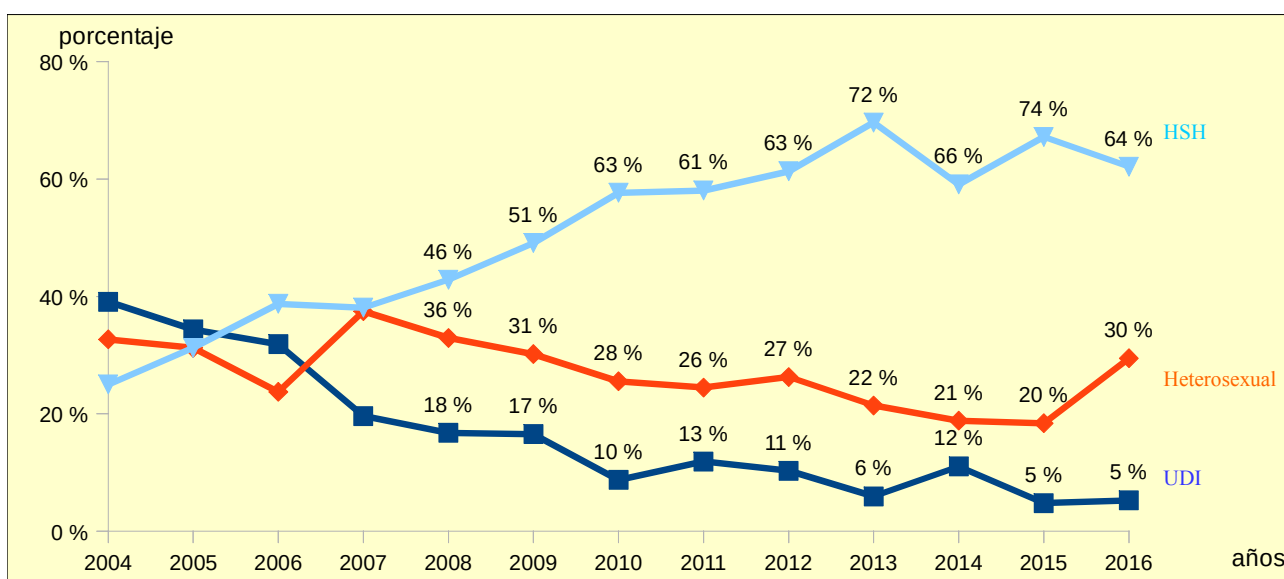


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

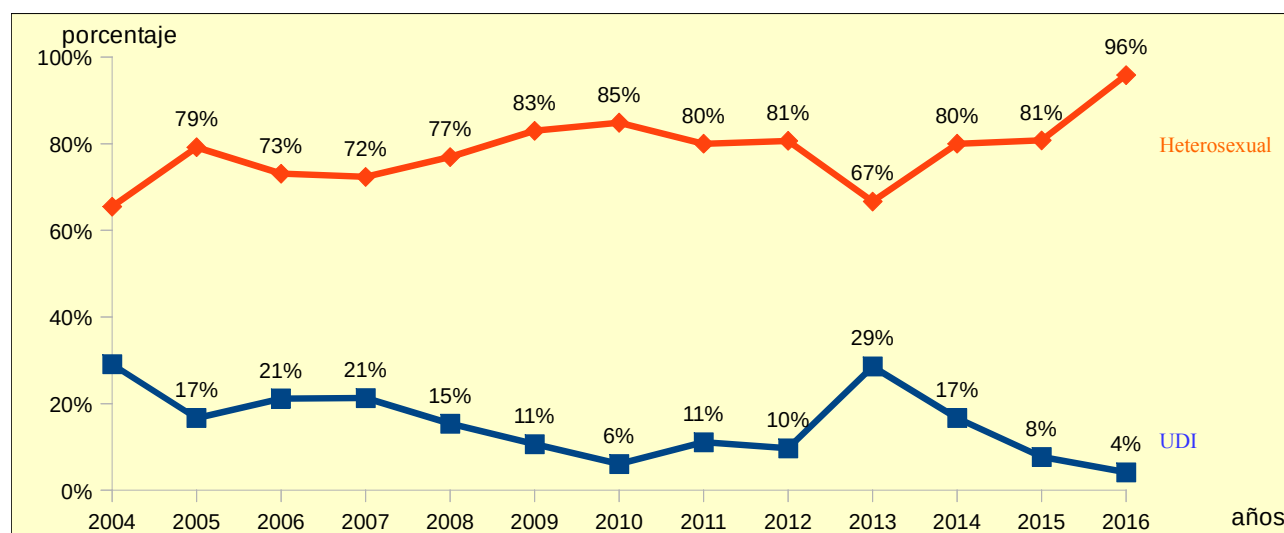
En el siguiente gráfico queda claro, como ya comentamos anteriormente, que la transmisión por vía sexual es predominante y que en el caso de los hombres la transmisión asociada a los HSH es superior a la heterosexual.

Gráfico 16. Porcentaje de diagnósticos VIH según el sexo, las principales prácticas de riesgo y años. Galicia 2004-2016

16 a. Hombres



16 b. Mujeres

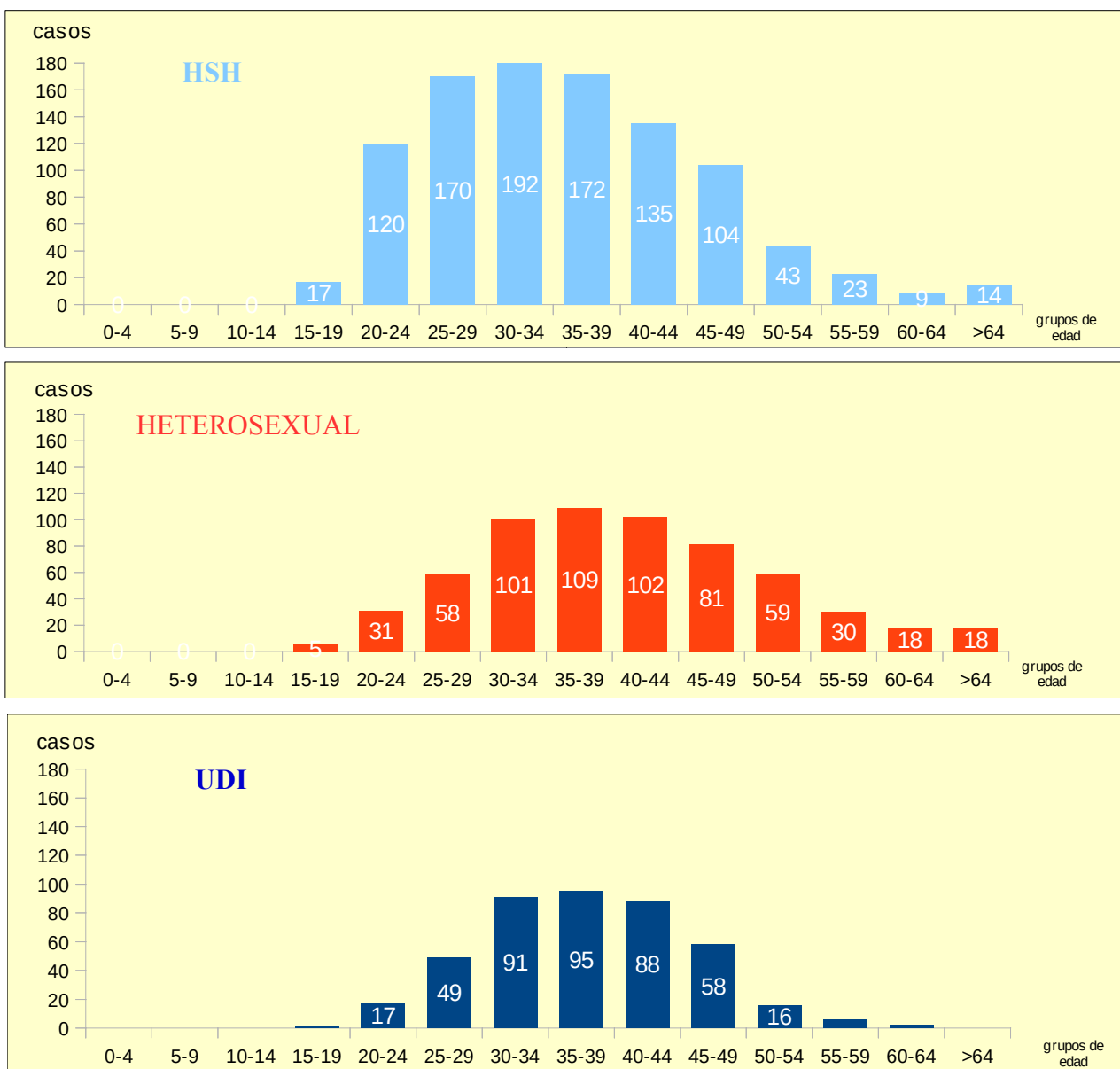


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

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 (90 % UDI, 77 % HSH y 74 % heterosexuales), pero destaca el hecho de que en la transmisión heterosexual halla una presencia importante de infección en personas mayores de 49 años (125 de 612 casos [20 %]).

Gráfico 17. Número de diagnósticos VIH por grupo de edad en las tres principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2016

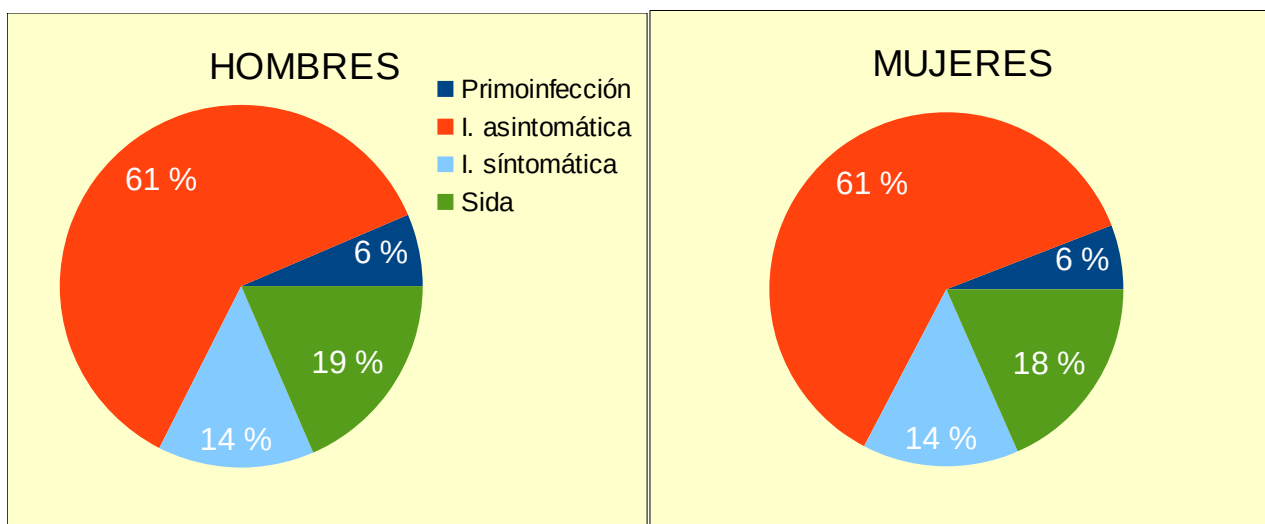


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

ESTADIO CLÍNICO

Al analizar el estadio clínico en el momento del diagnóstico, el 61,2 % se presentan como infecciones asintomáticas (61,1 % hombres, 61,4 % mujeres), el 18,5 % como casos sida (18,5 % hombres, 18,4 % mujeres), el 14,0 % como infecciones sintomáticas sin criterios de sida (13,9 % hombres, 14,3 % mujeres) y el 6,3 % como primoinfecciones (6,4 % hombres, 5,9 % mujeres).

Gráfico 18. Estadio clínico de los diagnósticos VIH* por sexos. Galicia 2004-2016



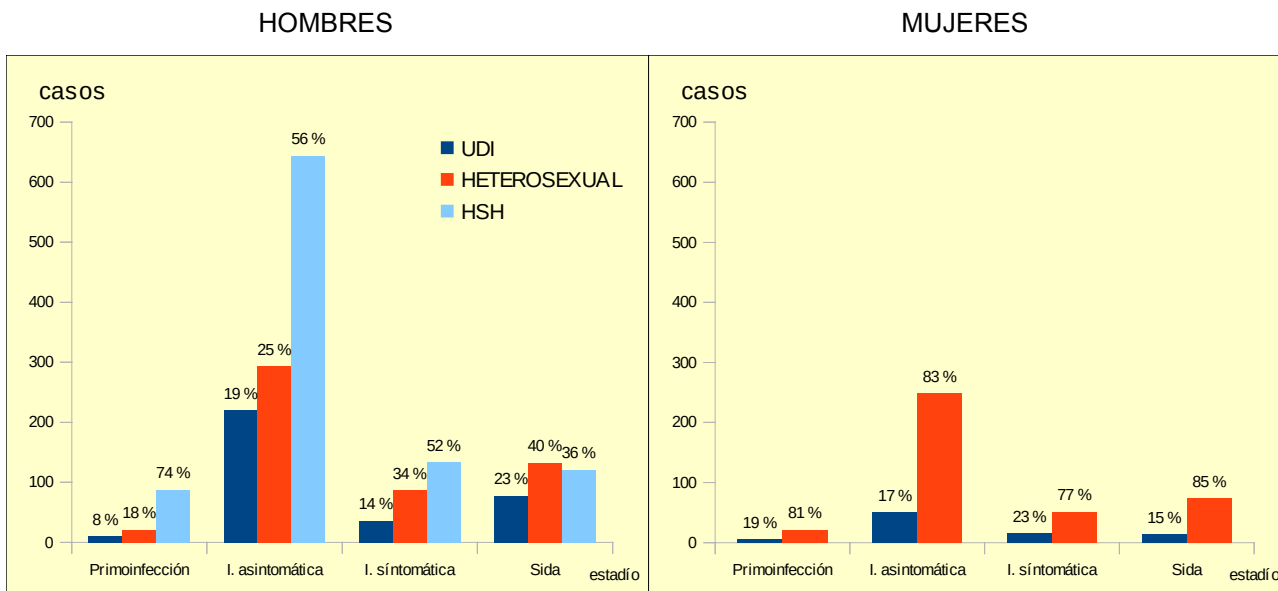
* En 18 diagnósticos VIH, lo que supone el 0,7 % de los registros, no constaba el estadio clínico.

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Teniendo en cuenta la vía de transmisión, en la categoría heterosexual el 58,3 % se encontraba asintomático (55 % hombres, 63 % mujeres), el 22,3 % como casos de sida (25 % hombres, 19 % mujeres), el 14,9 % sintomático sin criterios sida (16 % hombres, 13 % mujeres) y el 4,5 % eran primoinfecciones (4 % hombres, 5 % mujeres).

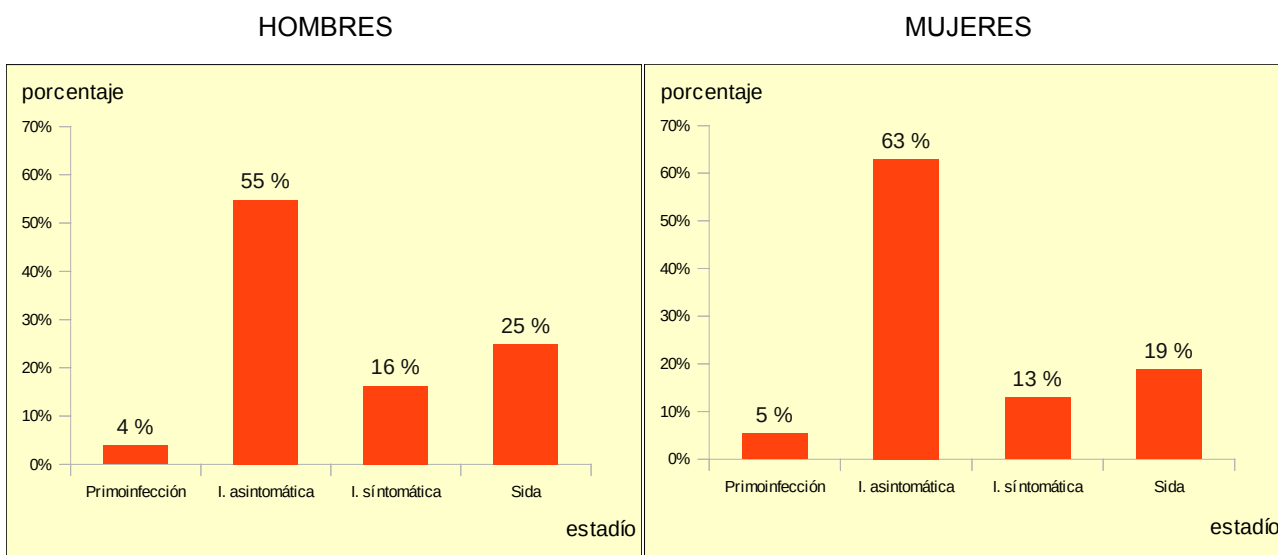
1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Gráfico 19. Estadio clínico de los diagnósticos VIH por las principales categorías de transmisión y sexos. Galicia 2004-2016



DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Gráfico 20. Estadio clínico de los diagnósticos VIH en la categoría de transmisión heterosexual según el sexo. Galicia 2004-2016

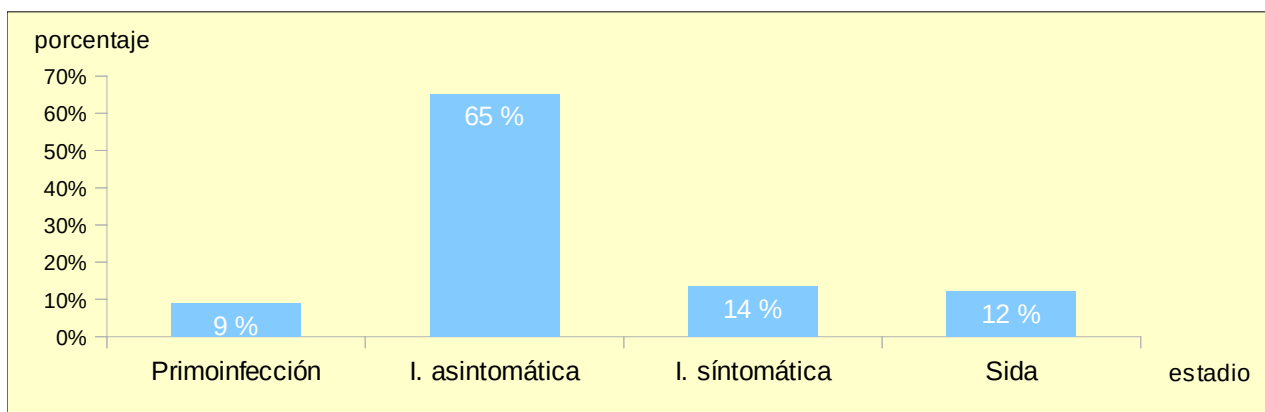


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

En los HSH el 65,2 % se encontraban asintomáticos, el 13,6 % sintomáticos sin criterios sida, el 12,3% eran sida y el 8,9 % primoinfecciones.

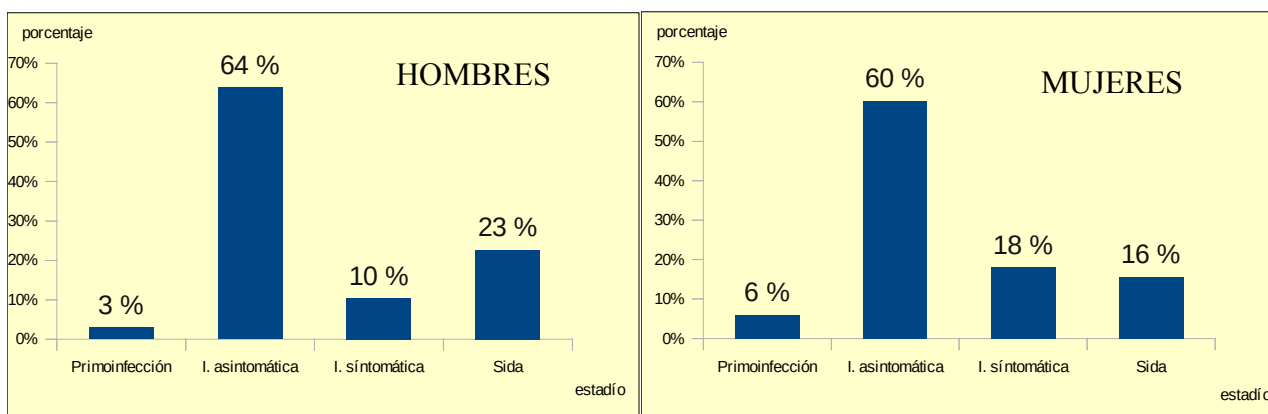
Gráfico 21. Estadio clínico de los diagnósticos VIH en la categoría de HSH. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En los infectados por compartir material de inyección, el 63,2 % se encontraban asintomáticos (64 % hombres y 60 % mujeres), el 21,3 % eran sida (23 % hombres y 16 % mujeres), el 11,9 % sintomáticos sin criterios de sida (10 % hombres y 18 % mujeres) y el 3,5 % era primoinfecciones (3 % hombres y 6 % mujeres).

Gráfico 22. Estadio clínico de los diagnósticos VIH en los usuarios de drogas inyectables según el sexo. Galicia 2004-2016

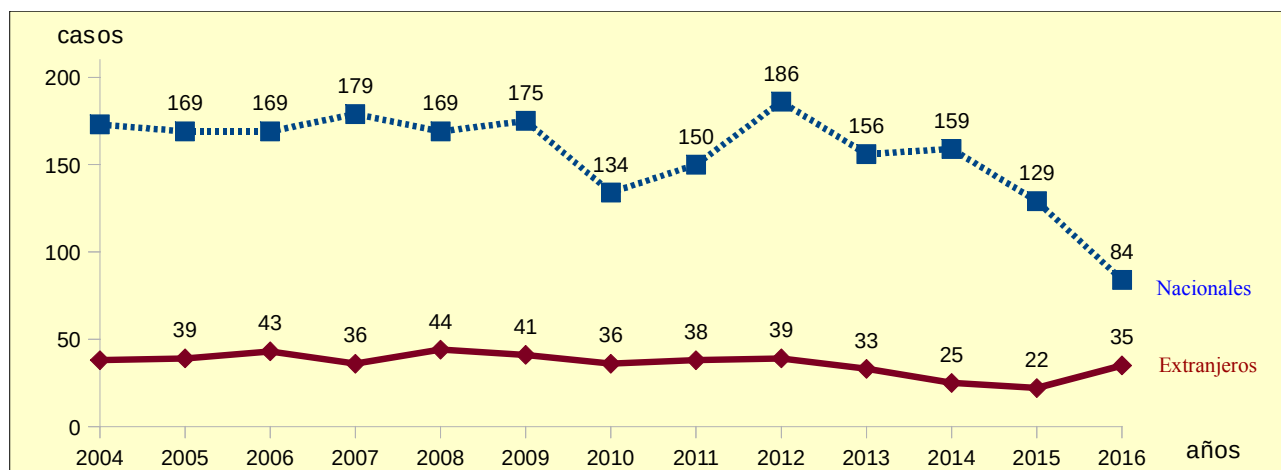


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

PAÍS DE ORIGEN

En el período estudiado, el 19 % de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH (16 % de los hombres y 30 % de las mujeres) se realizó en personas originarias de otros países. Los hombres eran el 68 % (razón de masculinidad de 2,1).

Gráfico 23. Número de diagnósticos VIH residentes en Galicia según su origen. Galicia 2004-2016

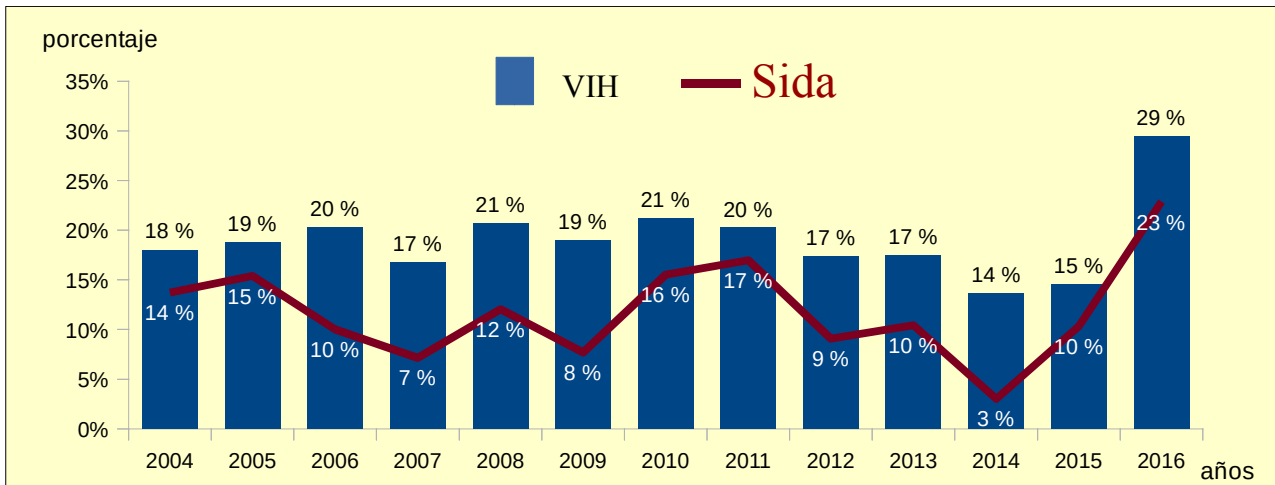


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

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

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

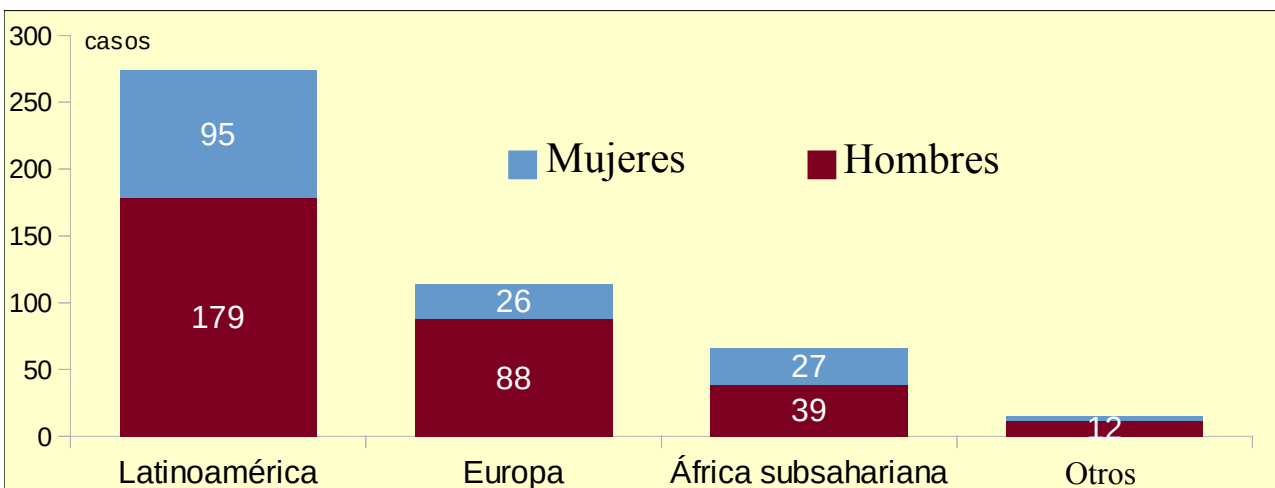
Gráfico 24. Porcentaje de diagnósticos VIH y sida residentes en Galicia que no son españoles. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Los más frecuentes fueron los casos en latinoamericanos, con un 57,6 % (de los que los hombres eran el 65 %), seguidos de los europeos, con un 25,1 % –la mayoría portugueses– (los hombres eran el 77 %), de los subsaharianos, con un 14,0 % (las mujeres llegaban al 41 %), y del resto de las áreas geográficas, con un 3,4 % (los hombres eran el 80 %).

Gráfico 25. Número de diagnósticos VIH en extranjeros según el área de origen y el sexo. Galicia 2004-2016

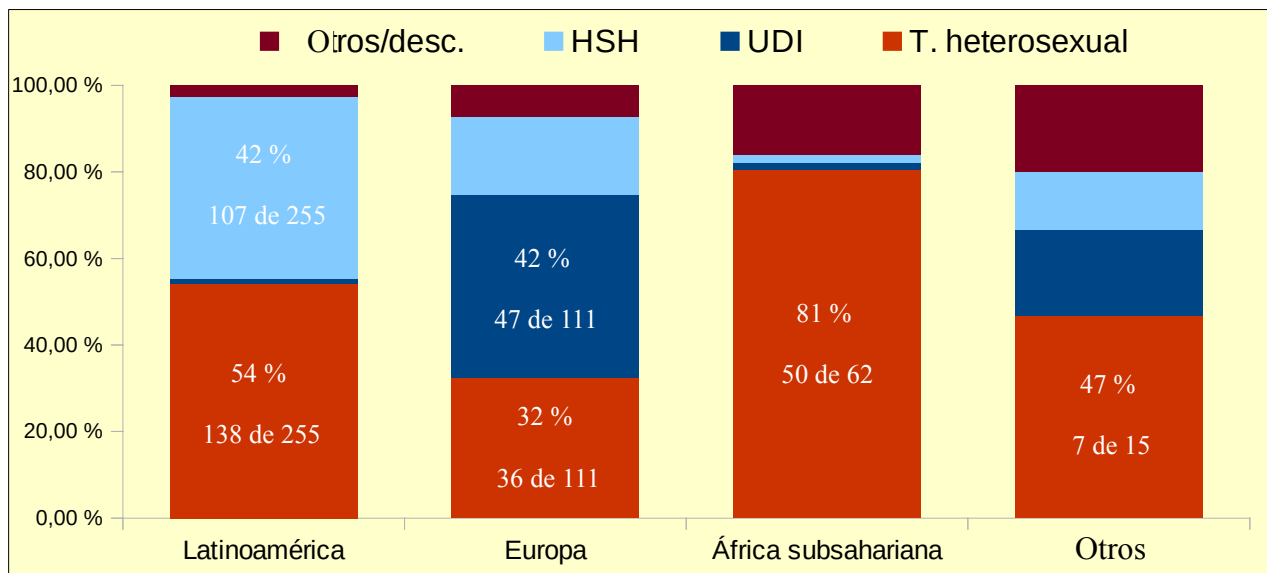


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Por categorías de transmisión, los procedentes de Latinoamérica están mayoritariamente asociados a la transmisión por relaciones sexuales no protegidas (96 %: 54 % heterosexuales y 42 % homosexuales). En los originarios de Europa, el 42 % se infectó por compartir material de inyección de drogas (32 % por relaciones heterosexuales no protegidas y 18 % asociado a relaciones entre HSH) y los que vinieron de África la mayoría se infectó por relaciones heterosexuales no protegidas.

Gráfico 26. Diagnósticos VIH en extranjeros según el área de origen y la práctica de riesgo. Galicia 2004-2016

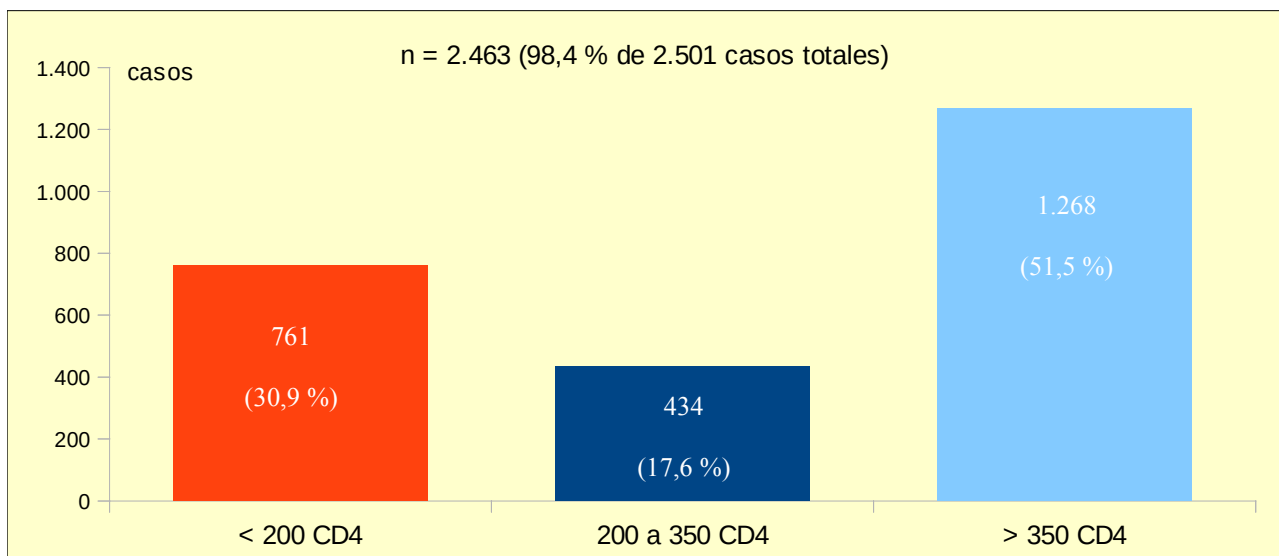


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

DIAGNÓSTICO TARDÍO

En este apartado 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 27. Nuevos diagnósticos VIH según el nivel de CD4. Galicia 2004-2016



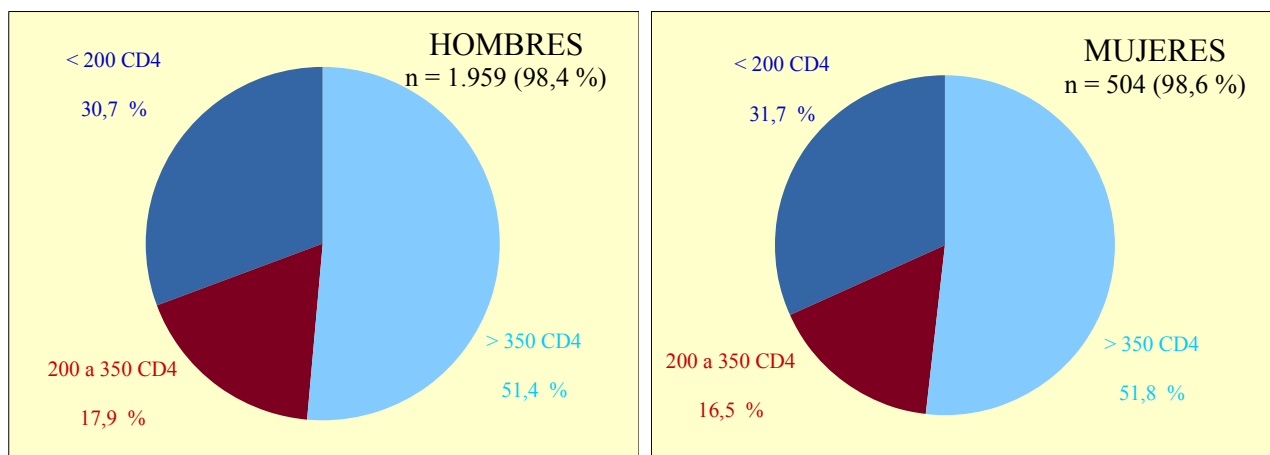
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

La mediana de CD4 en los nuevos diagnósticos fue de 362 y se observó que el 48,5 % de los infectados presentaba diagnóstico tardío, con una inmunosupresión con < 350 células/ μ l al ser diagnosticados (el 30,9% tenía menos de 200 CD4 –inmunosupresión severa– y el 17,6 % entre 200 y 350 CD4).

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

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

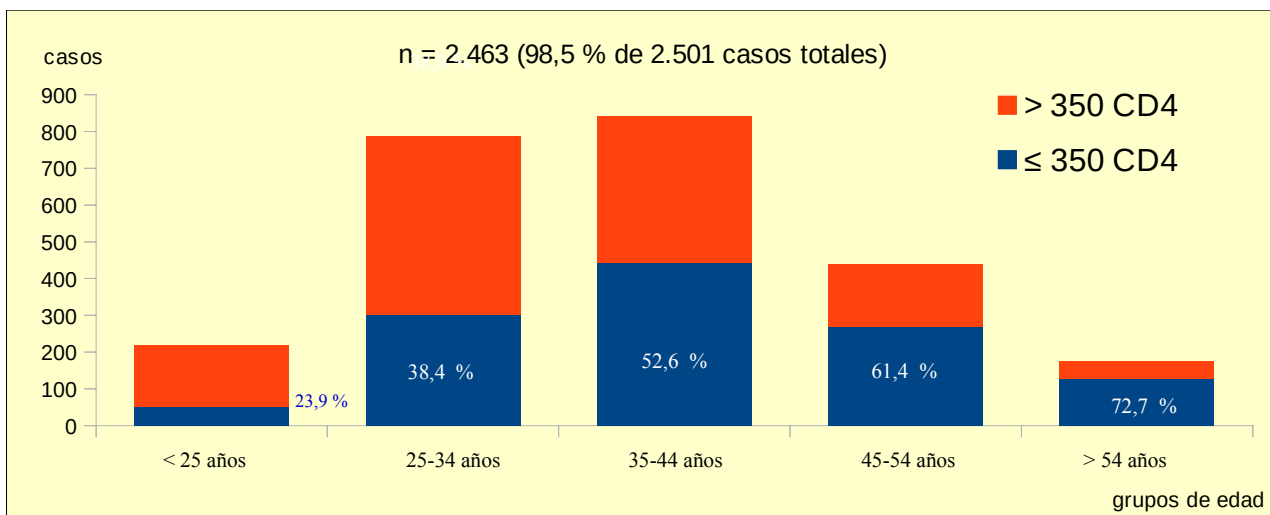
Gráfico 28. Nuevos diagnósticos VIH según el nivel de CD4 y sexo. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

El nivel de CD4 según la edad (< de 25 años, 25 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 54 años y > de 54 años) muestra que los mayores porcentajes de diagnóstico tardío aumentan con la edad, pasando de un 24 % en el grupo de menor edad (52 de 218 casos) hasta un 73 % en los mayores de 54 años (128 de 176 casos). Este mismo comportamiento se ve por igual en todas las categorías de transmisión.

Gráfico 29. Nuevos diagnósticos VIH según el nivel de CD4 e intervalos de edad. Galicia 2004-2016

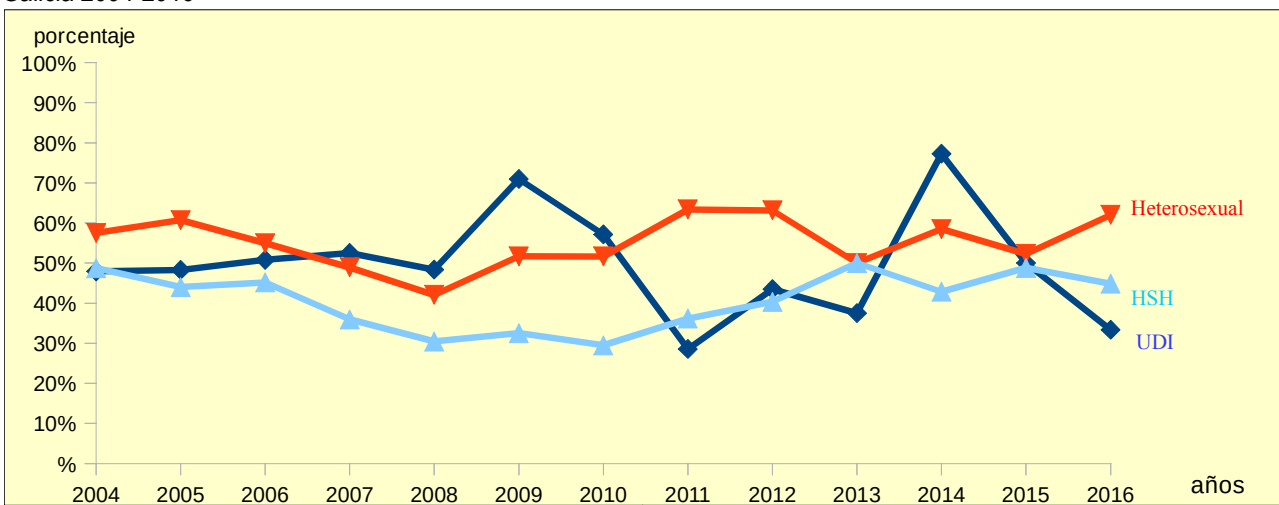


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

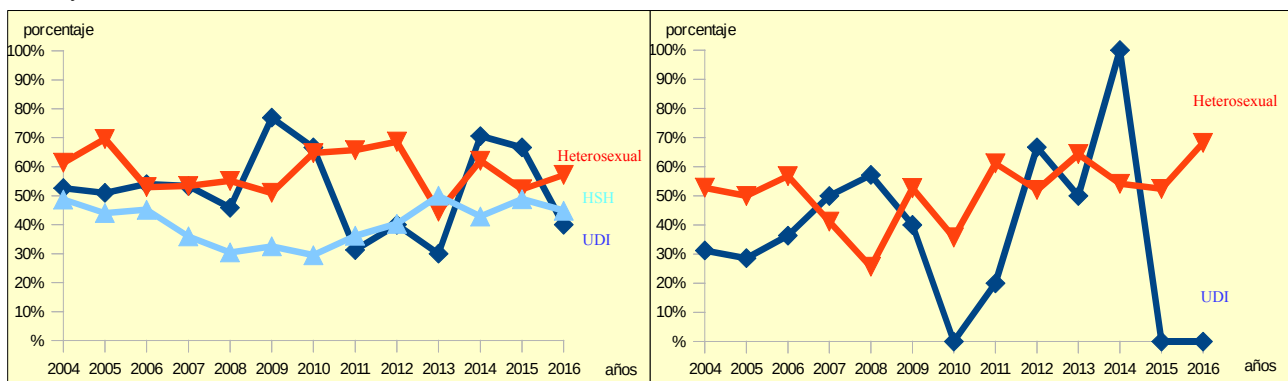
Si tenemos en cuenta las diferentes categorías de transmisión, el diagnóstico tardío para el período completo de trece años es mayor en infectados por relaciones heterosexuales sin protección. El 55 % (59 % en los hombres y 50 % en las mujeres) de los casos asociados a esta categoría de transmisión son tardíos; algo parecido sucede en UDI, con un 51 % (53 % en los hombres y 41 % en las mujeres), mientras que en HSH el porcentaje es del 41 %.

Gráfico 30. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH en las tres principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Gráfico 31. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH en las tres principales categorías de transmisión según el sexo y los años. Galicia 2004-2016

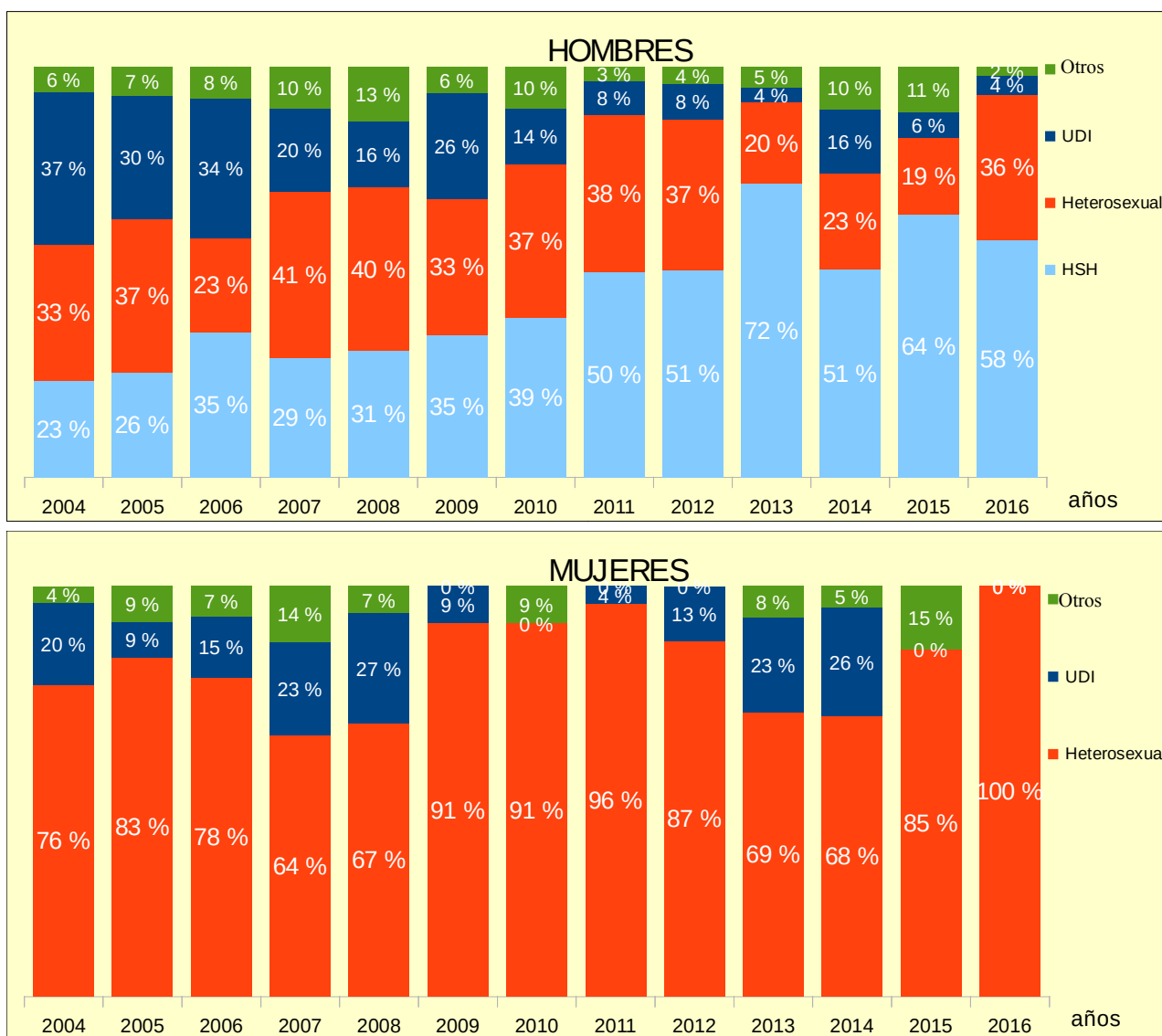


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Si estudiamos el porcentaje de cada una de las categorías de transmisión en los casos de retraso diagnóstico, observamos que el 42 % del diagnóstico tardío se asocia a la transmisión heterosexual (32 % para los hombres y 81 % en las mujeres), el 17 % a UDI (18 % para los hombres y 14 % en las mujeres) y el 43 % del diagnóstico tardío en hombres se asocia a la categoría HSH.

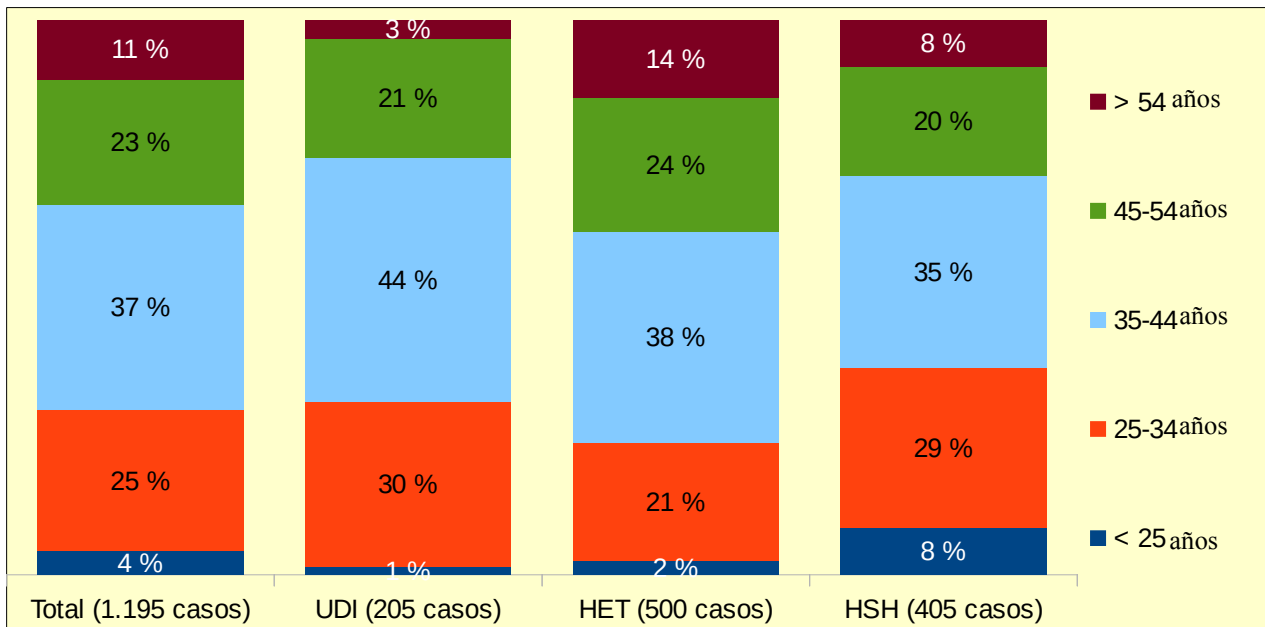
Gráfico 32. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH según el sexo, la categoría de transmisión y los años. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

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 37 % de todos los casos de diagnóstico tardío (44 % asociados a UDI, 38 % en heterosexuales y 35 % en HSH), seguidos de los que tenían entre 25-34 años, con un 25 %; los de 45-54 años, con un 23 %, los mayores de 54, con un 11 %, y los menores de 25 años con el 4 % restante.

Gráfico 33. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH según los intervalos de edad y las principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En general, podemos decir que el retraso en el diagnóstico según la edad aumenta con esta y pasa de un 24 % de diagnóstico tardío en el grupo de menores de 25 años hasta un 73 % en los mayores de 54. Este mismo comportamiento se ve por igual en las principales categorías de transmisión y durante todo el período entre 2004 y 2016.

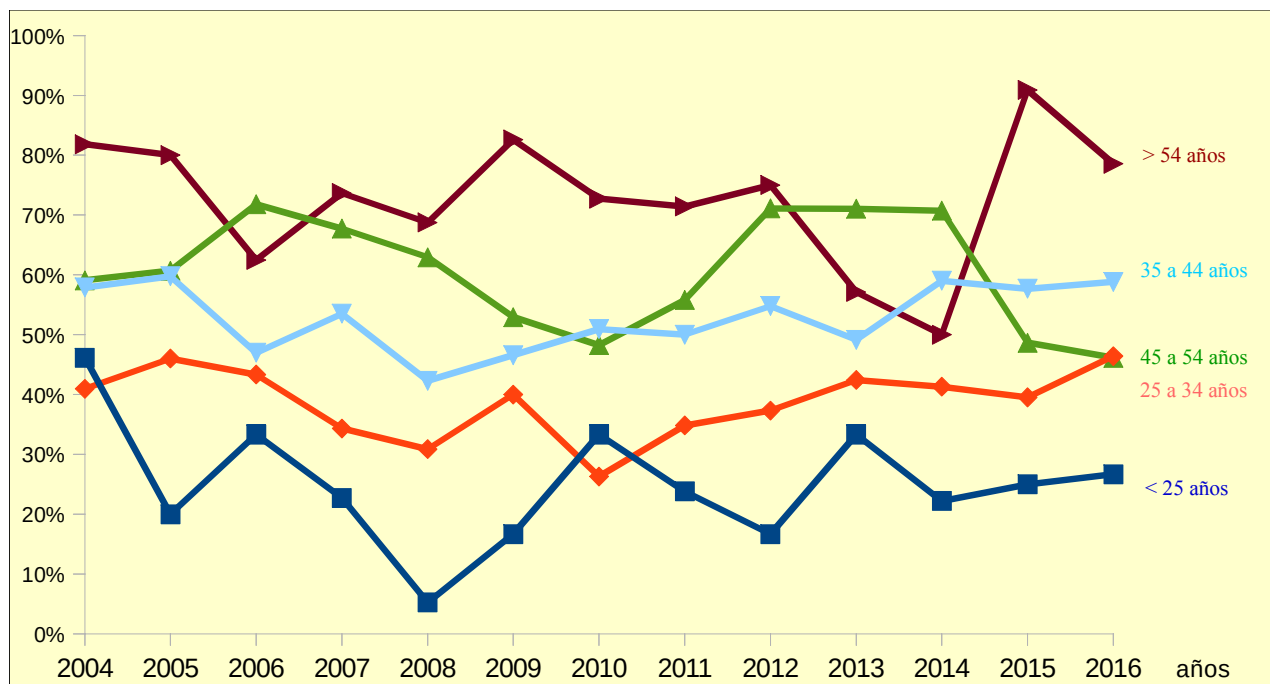
1. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN GALICIA: 2004-2016

Tabla 4. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH según los grupos de edad y principales categorías de transmisión. Galicia 2004-2016

	Casos totales	T. heterosexual	HSH	UDI
menores de 25 años	23,9 %	22,2 %	25,0 %	15,8 %
de 25 a 34 años	38,4 %	42,0 %	32,4 %	45,2 %
de 35 a 44 años	52,6 %	59,6 %	45,8 %	51,7 %
de 45 a 54 años	61,4 %	64,7 %	54,4 %	64,7 %
mayores de 54 años	72,7 %	72,2 %	73,9 %	87,5 %

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Gráfico 34. Diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos VIH en cada uno de los intervalos de edad según el año. Galicia 2004-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- a.** Los datos del SIGIVIH en Galicia en el período 2004-2016 presentan una incidencia de infección por el VIH de 70 casos/año por millón de habitantes, lo que nos sitúa por debajo de la incidencia anual española, que es de 101 para el intervalo 2004-2015.
- b.** La información procedente del SIGIVIH complementa y mejora la ofrecida por el Registro Gallego del Sida, dándonos unos datos más próximos al momento real de la infección por el virus. Entre 2004 y 2016 se declararon en Galicia 2.501 nuevos diagnósticos de infección por el VIH y solamente 885 casos de sida, lo que supone un 183 % más de registros de infección que de enfermedad.
- c.** El patrón epidemiológico predominante en la transmisión del virus es claramente la vía sexual, con un 77 % (39,9 % entre HSH y el 37,5 % por relaciones heterosexuales).
- d.** En el caso particular de los datos en hombres, también se confirma el predominio de la vía sexual, con un 77 % de los infectados, pero en este caso predomina la transmisión en HSH con un 50,2 % de los casos (con una tendencia ascendente en el período que parece frenarse los últimos años) por el 27,3 % 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 y sin variaciones anuales importantes, el 49 % de los nuevos diagnósticos de infección presentan diagnóstico tardío, con una inmunosupresión con < 350 CD4/ μ l cuando se diagnosticaron (el 31 % tenía inmunosupresión severa con menos de 200 CD4 y el 18 % 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 19 % de los casos registrados (30 % de las mujeres y 16 % de los 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.

CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

El Registro Gallego del Sida nos ofrece información sobre la evolución de esta patología en Galicia. Al interpretar los datos que se aportan, debemos tener en cuenta que la incidencia del sida es un indicador de la frecuencia y evolución de los estadios avanzados de la infección por el VIH en la población, por lo que es clave para la evaluación de la efectividad de los tratamientos y de la precocidad del diagnóstico de la infección por el VIH, pero no aporta datos sobre la frecuencia de nuevas infecciones por el VIH en la población ni sobre su evolución reciente. Se puede dar el hecho de que aumenten las nuevas infecciones mientras que los casos de sida sigan otra tendencia, como sucede en la actualidad.

El informe de los casos de sida declarados al Registro Gallego del Sida recoge información sobre los pacientes que fueron diagnosticados de sida en Galicia durante los años 1984 a 2016. Los datos son facilitados por los profesionales sanitarios que hacen el correspondiente diagnóstico (tal como se cita en la Orden del 4 de diciembre de 1998 por la que se regula el sistema específico de vigilancia del sida en Galicia). Para el análisis epidemiológico también se incluyen los casos registrados fuera de Galicia, pero que pertenecen a personas que residen habitualmente en nuestra comunidad y, por otro lado, no son tenidos en cuenta los casos declarados en instituciones sanitarias gallegas en que la residencia habitual no es Galicia.

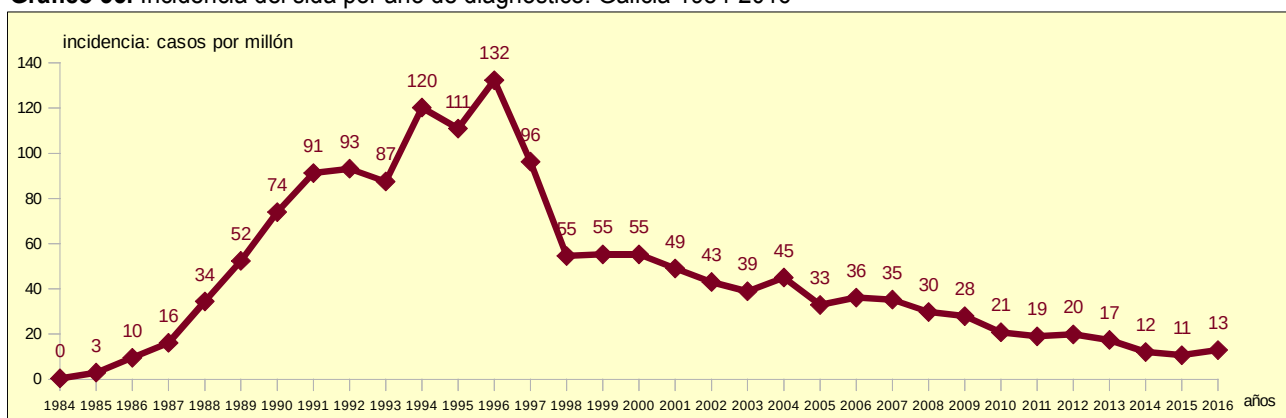
La base de datos que da lugar a este informe se actualiza continuamente, por lo que pueden existir cambios en años pasados con respecto a informes anteriores. Además, es importante tener en cuenta el retraso en el registro de los casos, sobre todo en los casos diagnosticados en el último año (los casos de este informe se refieren a los que se declararon hasta el 30 de junio de 2017), debido a los lapsos de tiempo que se producen entre el diagnóstico, la declaración y la introducción de los datos en el registro.

Durante la mayor parte de las dos últimas décadas del siglo XX, España fue el país del occidente europeo con mayores tasas* de incidencia de sida, y en el actual período de tiempo es Portugal el país con la mayor afectación por el sida en esta área. Nuestra comunidad autónoma presenta, en el conjunto de las comunidades autónomas del Estado, una incidencia anual de casos de sida siempre por debajo de la media estatal.

EL SIDA EN GALICIA: 1984-2016

Desde que se diagnosticó el primer caso de sida en Galicia en el año 1984 y hasta el año 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, la tendencia se estabiliza, con una tasa de incidencia que ronda los 31 casos por millón de habitantes. 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 2008 se notificaron menos de 90 nuevos casos anuales, lo que mantiene la tendencia a la estabilización antes comentada, y se sitúa la tasa en un promedio de 19 casos por millón de habitantes anuales en estos últimos nueve años.

Gráfico 35. Incidencia del sida por año de diagnóstico. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

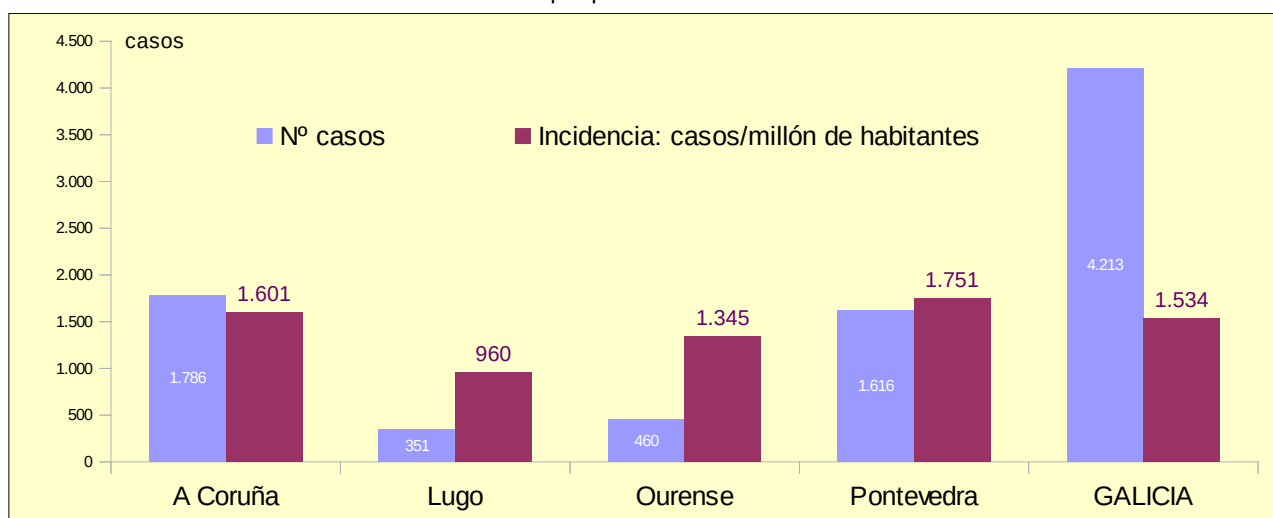
* Todas las tasas que se citan en este informe para los casos de sida en Galicia 1984-2016 tienen en cuenta poblaciones intercensales calculadas a partir de la interpolación entre los datos de los censos y padrones desde 1981 hasta 1998, y de los padrones desde 1999 a 2016, y están referidas al 1 de julio de cada año.

En este punto del informe comentaremos mayoritariamente la situación con respecto al sida, pero debemos tener siempre claro que la enfermedad sufre un retraso de una década con respecto a la infección por el VIH, período aproximado que suele tardar un infectado en desarrollar el sida en ausencia de tratamiento.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

El número acumulado de casos de sida hasta el 30 de junio de 2017, vivos y muertos, en Galicia es de 4.213 personas. La provincia de A Coruña es la que presenta mayor número de casos (1.786 frente a los 1.616 de Pontevedra, los 460 de Ourense y los 351 de Lugo). No obstante, al calcular las tasas acumuladas de 1984 hasta 2016, por millón de habitantes, la provincia con mayor tasa es Pontevedra con 1.752 por millón, frente a los 1.601 de A Coruña y los 1.345 de Ourense. Lugo es la provincia que, de forma acumulada, presenta la menor incidencia con 960 casos por millón de habitantes durante los 33 años en que se registraron casos.

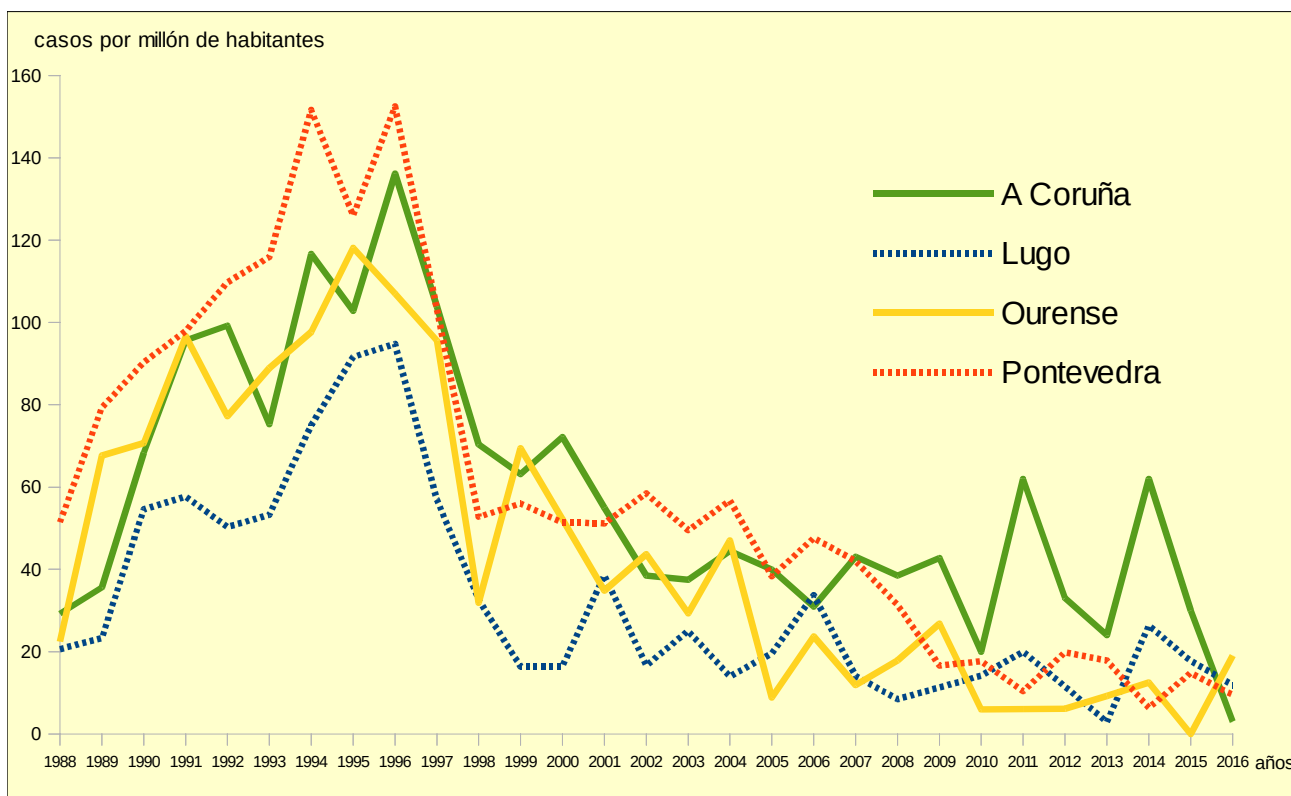
Gráfico 36. Número de casos e incidencia del sida por provincia. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

La incidencia anual por provincia es bastante irregular, como se observa en el gráfico 37, aunque queda clara la tendencia generalizada al descenso en las cuatro provincias, y Lugo es la provincia que suele estar por debajo de las demás la mayoría de los años (en los tres últimos años presenta una incidencia mayor que alguna de las otras provincias).

Gráfico 37. Incidencia del sida por provincia y año. Galicia 1988-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Tabla 5. Casos de sida por provincia y año de declaración. Galicia 1984-2016

	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
1984	0	0	0	1	1
1985	3	0	0	5	8
1986	7	3	2	14	26
1987	14	6	9	15	44
1988	32	8	8	46	94
1989	39	9	24	71	143
1990	75	21	25	81	202
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	33	5	4	18	60
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	14	29
2016	16	4	6	9	35
	1.786	351	460	1.616	4.213

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

2. CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

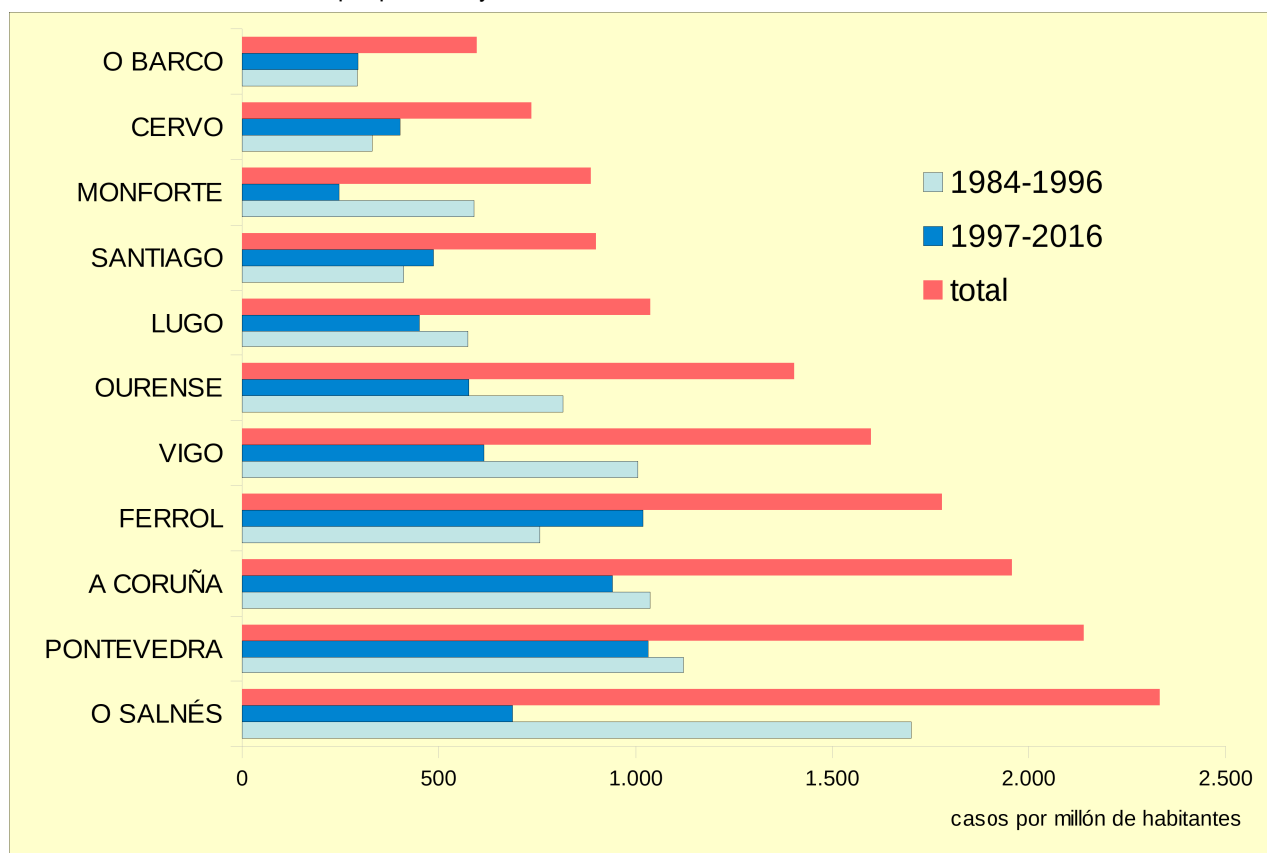
Tabla 6. Casos de sida por área de salud y año de declaración. Galicia 1984-2016

	O SALSÉS	O BARCO	CERVO	LUGO	MONFORTE	OURENSE	VIGO	PONTEVEDRA	SANTIAGO	A CORUÑA	FERROL	TOTAL
1984	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1985	1	0	0	0	0	0	1	3	0	2	1	8
1986	3	0	0	0	3	2	9	2	1	4	1	26
1987	0	0	1	3	2	9	6	8	2	12	0	44
1988	10	2	1	5	2	6	21	14	15	9	9	94
1989	5	0	1	6	2	24	43	20	11	25	4	143
1990	11	2	3	11	7	22	56	13	15	41	19	202
1991	12	1	3	12	7	31	46	23	20	72	13	249
1992	12	0	2	13	4	26	45	33	25	72	16	254
1993	13	2	1	19	0	28	61	28	17	49	17	239
1994	18	2	2	23	1	31	89	28	24	84	24	329
1995	7	3	6	24	3	38	72	34	21	77	18	304
1996	15	0	4	25	6	37	77	43	42	70	43	362
1997	5	3	3	15	3	30	62	24	33	62	20	263
1998	5	0	3	9	0	11	21	11	12	49	17	149
1999	2	0	2	4	0	21	8	4	19	32	20	151
2000	2	0	1	4	1	17	27	15	16	42	22	151
2001	3	0	5	9	0	12	20	22	17	30	16	134
2002	7	2	0	5	1	13	22	24	15	19	9	118
2003	4	2	5	4	0	8	24	18	8	27	7	107
2004	4	2	0	5	0	14	24	23	7	28	17	124
2005	3	0	1	5	1	3	15	15	10	32	6	91
2006	3	0	6	6	0	8	18	23	7	22	7	100
2007	5	0	1	3	1	4	21	14	9	31	9	98
2008	2	0	0	1	2	5	11	16	12	24	9	83
2009	0	0	1	3	0	9	12	4	7	35	7	78
2010	0	0	0	4	1	2	12	5	8	22	4	58
2011	0	0	1	6	0	2	4	4	11	16	9	53
2012	0	0	0	4	0	2	12	6	6	21	4	55
2013	0	1	0	1	0	2	10	6	10	7	11	48
2014	2	0	0	8	1	4	2	0	10	2	4	33
2015	0	0	0	6	0	0	8	6	5	0	4	29
2016	0	1	0	2	2	5	9	0	5	5	6	35
	155	23	53	245	50	426	868	489	420	1.023	373	4.213*

(*) 88 desconocidos (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En el gráfico 38 se presentan, de menor a mayor para el total de años, los datos de la incidencia de casos de sida para las diferentes áreas de salud de Galicia (1984-2016) y dos períodos de tiempo muy representativos –anterior y posterior al comienzo del tratamiento antirretroviral de grand actividad (TARGA)– de la evolución de la epidemia del sida en nuestra comunidad.

Gráfico 38. Incidencia del sida por períodos y área de salud. Galicia 1984-2016



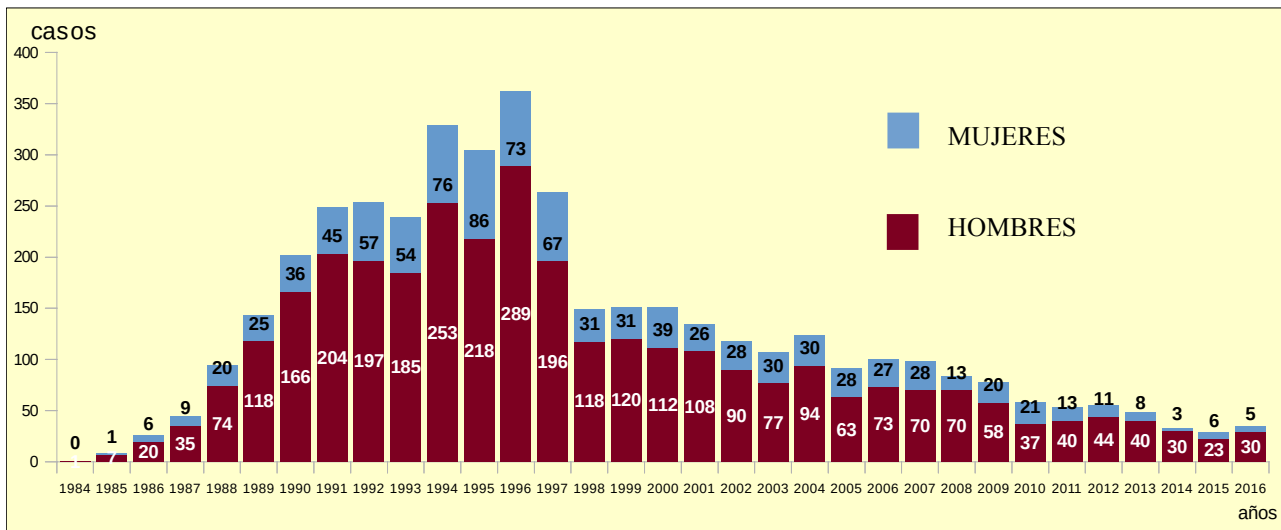
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

SEXO Y EDAD

Respecto de la distribución por sexos de los casos acumulados, el 77,4 % pertenece al sexo masculino. La evolución del número de casos de ambos sexos a lo largo de los años queda reflejada en el siguiente gráfico.

2. CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

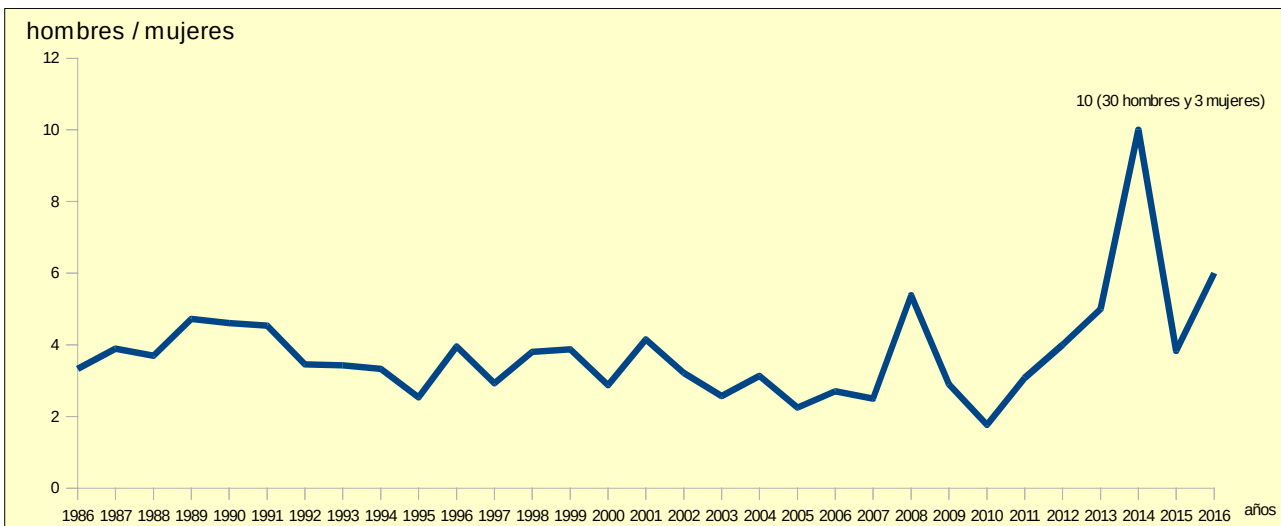
Gráfico 39: Casos de sida por sexo y año de diagnóstico. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

La razón de sexos (hombres/mujeres) desciende desde finales de los ochenta hasta mediados de los noventa, pero desde 1996 el comportamiento es más irregular debido al bajo número de casos. La razón de todo el período es de 3,4 (en el año 2014 es de 10 ya que hay treinta hombres y sólo tres mujeres).

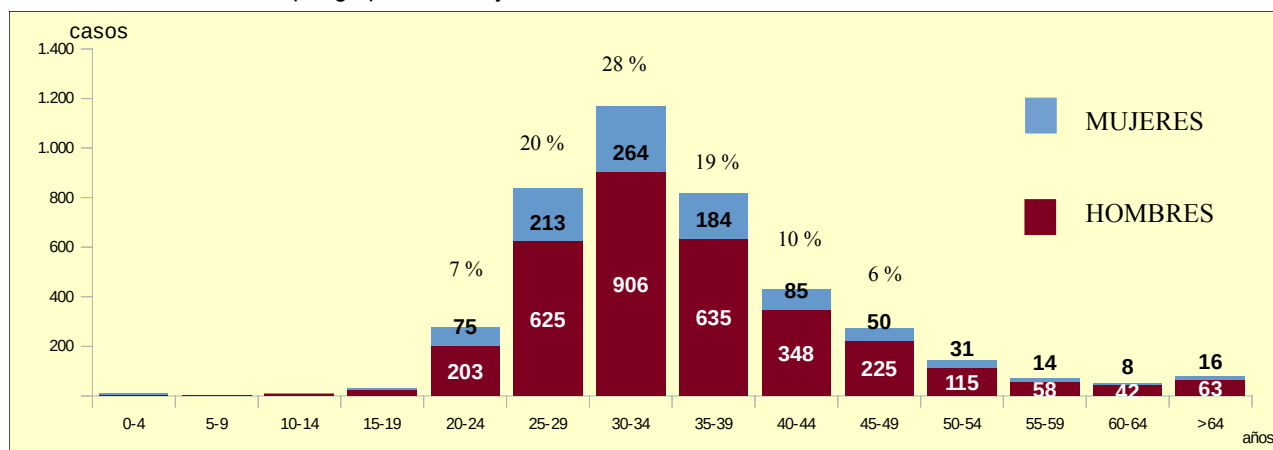
Gráfico 40: Razón de sexos en el sida por año de diagnóstico. Galicia 1986-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En cuanto a la edad, debemos señalar que el sida afecta fundamentalmente a los adultos jóvenes. El 67 % de todos los casos tenía en el momento del diagnóstico entre 25 y 39 años y un 84 % si aumentamos el intervalo a personas que tienen entre los 20 y 44 años.

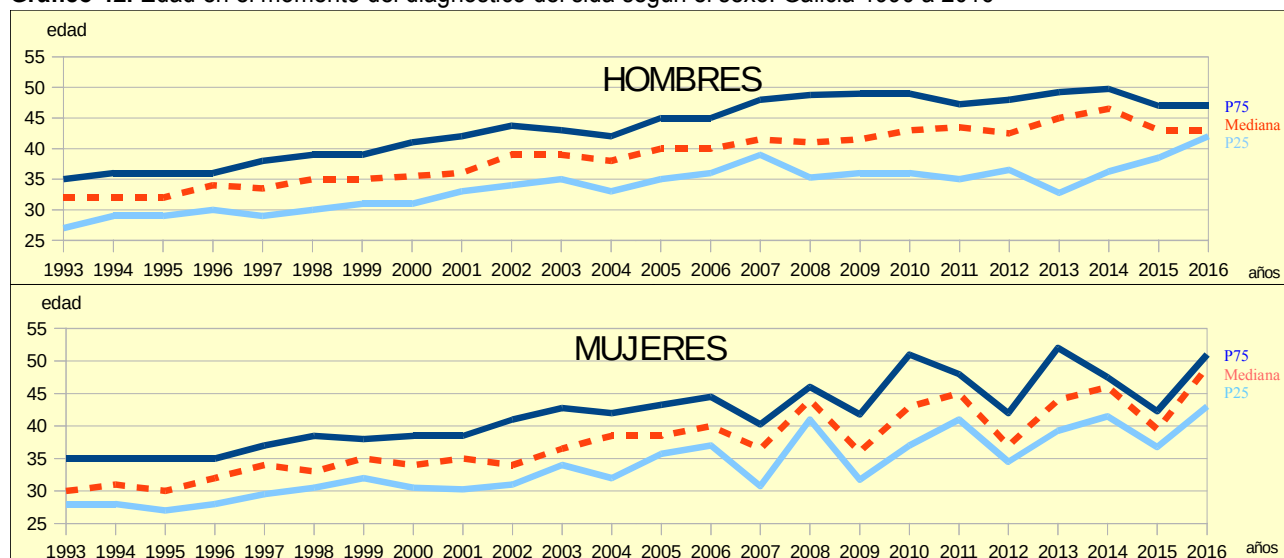
Gráfico 41. Casos de sida por grupo de edad y sexo. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

La edad en el momento del diagnóstico presenta una evolución creciente sostenida. Entre los años 2004 a 2016 la mediana (P50) mostraba un valor de 40 años y presentaba una situación más irregular en el caso de las mujeres.

Gráfico 42. Edad en el momento del diagnóstico del sida según el sexo. Galicia 1990 a 2016



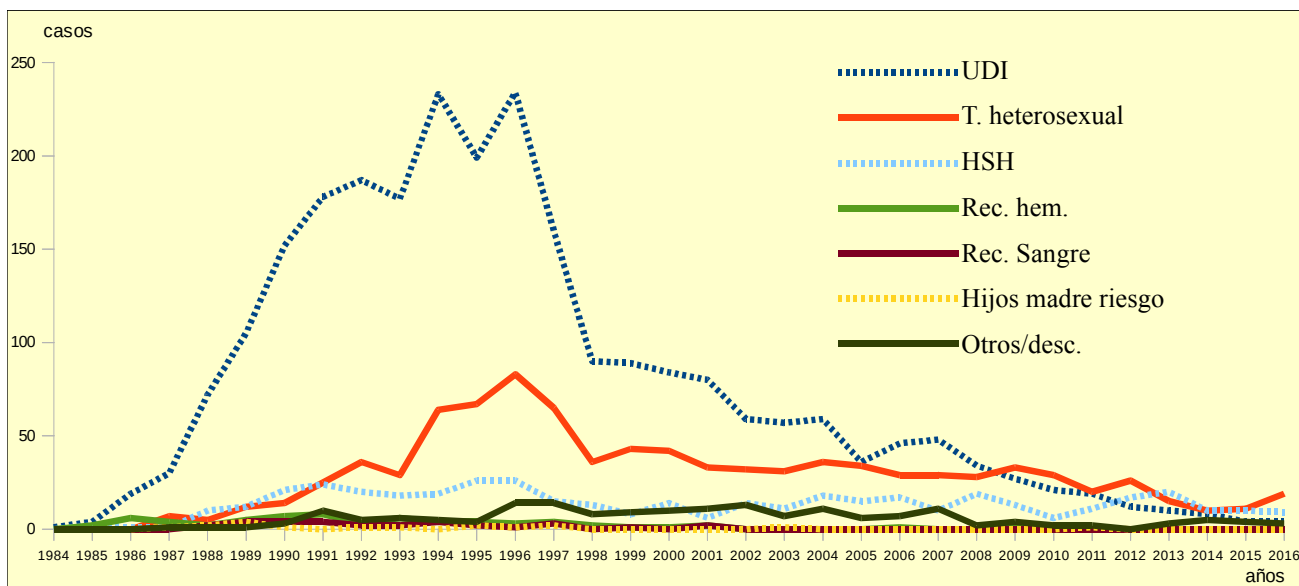
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En el registro constan 79 casos de sida en personas con 65 o más años (80 % son hombres), en los que la infección se produjo mayoritariamente por transmisión sexual.

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

La categoría de transmisión más frecuente a lo largo de los años en los casos de sida declarados en Galicia es la asociada al consumo de drogas inyectadas, con un 61 % 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 usuarios de drogas inyectables (UDI). 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 UDI, en los que baja claramente su peso relativo en los últimos años.

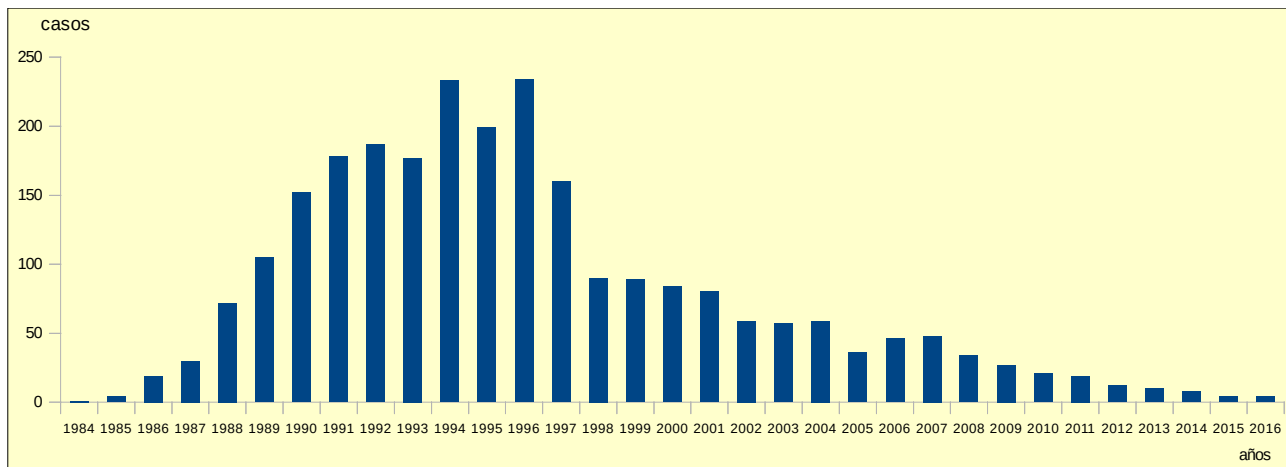
Gráfico 43. Casos de sida por año de diagnóstico y categoría de transmisión. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Si observamos los casos nuevos de sida en usuarios de drogas inyectables, detectamos un descenso continuo a partir del año 1997.

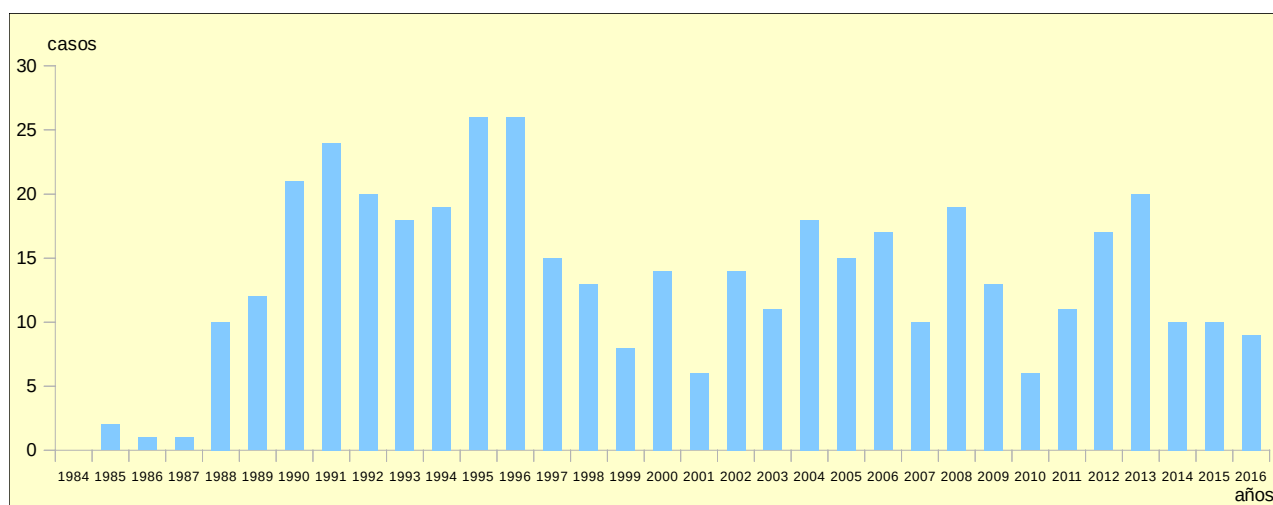
Gráfico 44. Casos de sida en usuarios de drogas inyectables (UDI). Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

En los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), la evolución es más irregular, y se observa un ascenso relativo de los casos registrados en el siglo XXI.

Gráfico 45. Casos de sida en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Galicia 1984-2016

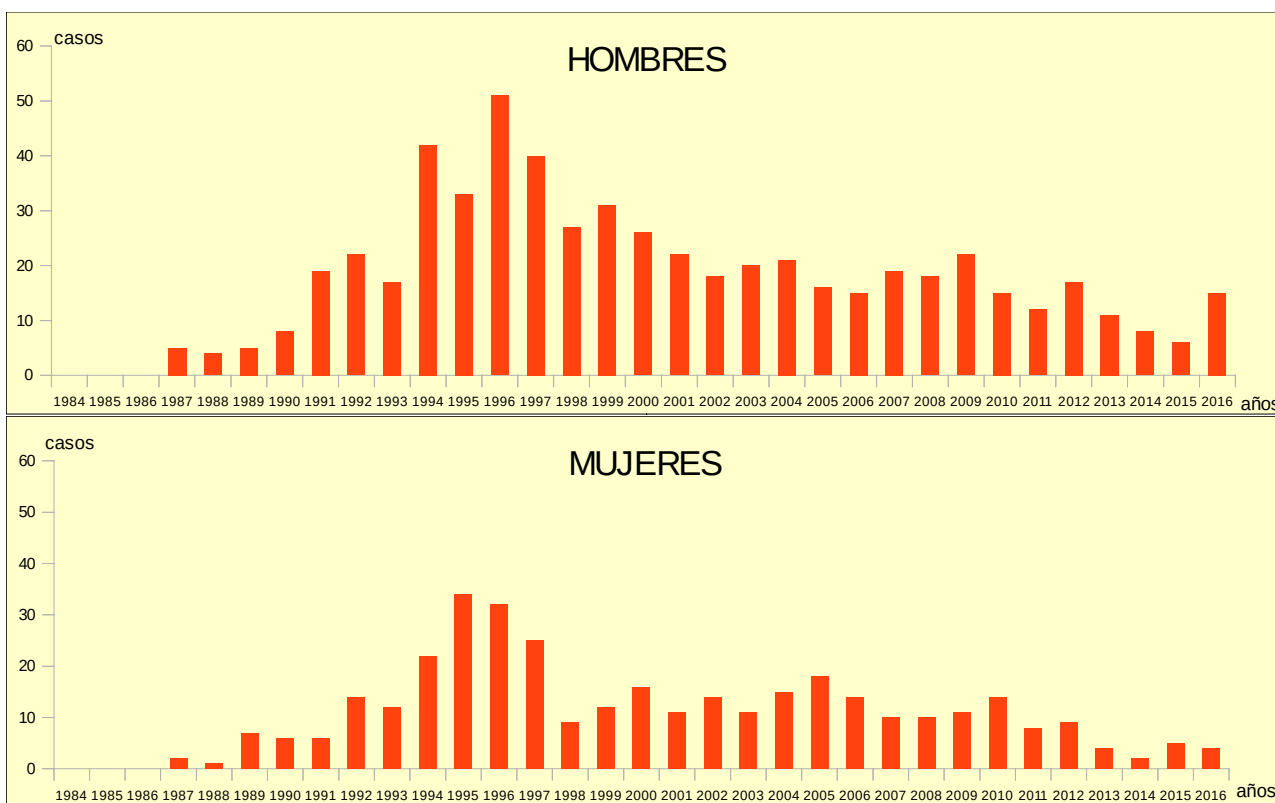


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

2. CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

En la categoría de transmisión heterosexual hacemos el análisis teniendo en cuenta los hombres y las mujeres por separado. En los hombres se observa una evolución parecida a la del consumo de drogas inyectables, aunque menos espectacular, pero en el caso de las mujeres hubo una tendencia a la estabilización de los casos por transmisión heterosexual a partir de 1998, con suaves ondas de subida y bajada.

Gráfico 46. Casos de sida por transmisión heterosexual según el sexo. Galicia 1984-2016

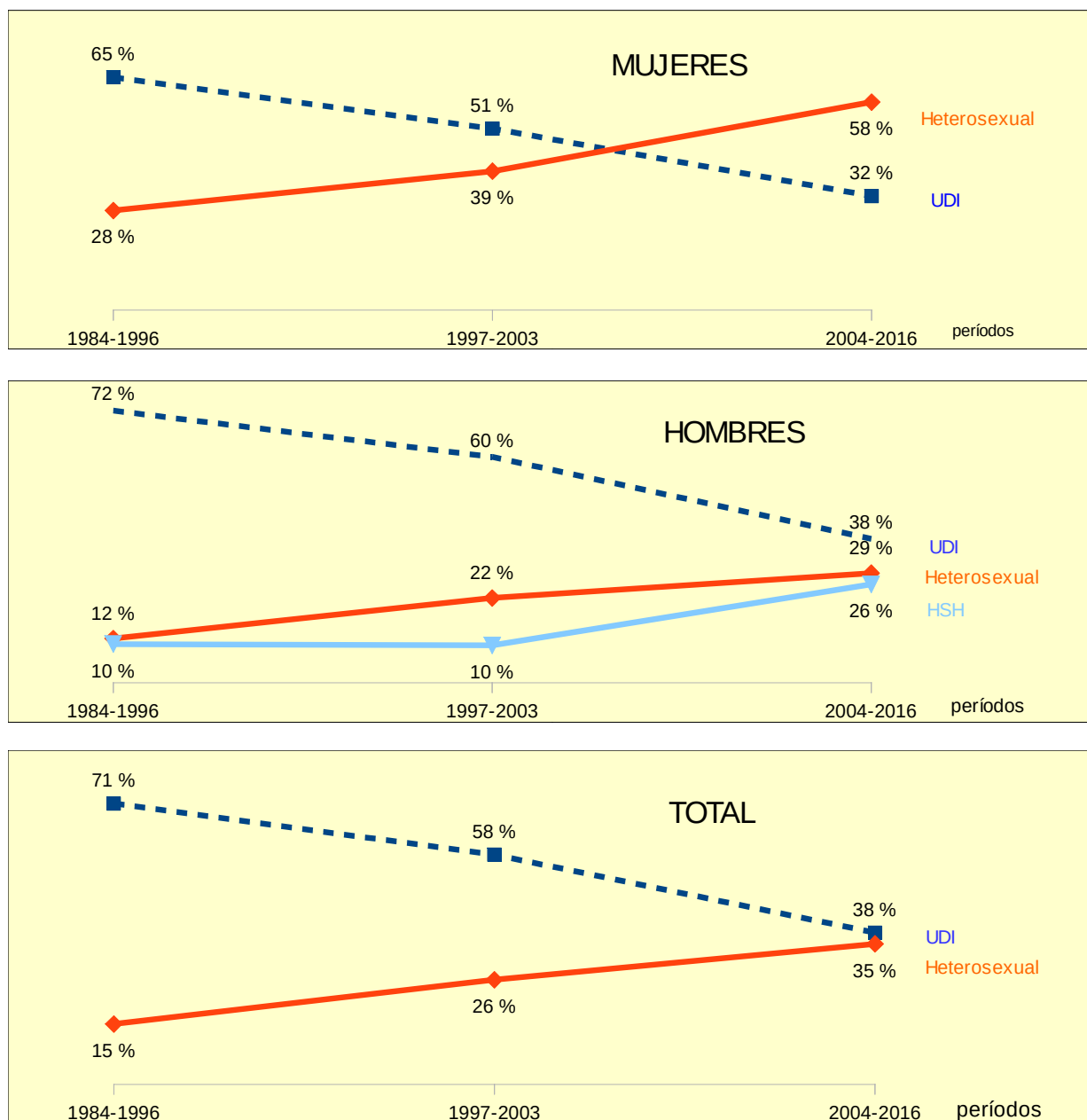


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Si estudiamos la distribución de los porcentajes referentes a las diferentes categorías de transmisión por sexos, observamos que existen diferencias notorias. A pesar de que la categoría asociada al consumo de drogas inyectadas es la más frecuente en ambos sexos para el total de los 33 años, en el período 2004-2016 representa aún un 38 % en los hombres y el 32 % en las mujeres. Debemos destacar que la transmisión

heterosexual, en este último período, supuso el 58 % de los casos en las mujeres diagnosticadas de sida y en el 29 % de los hombres. Tiene consideración a parte el hecho de que, en el caso de los hombres, la transmisión por prácticas homosexuales de riesgo suponga ya el 26 % de los casos de sida entre los años 2004 y 2016.

Gráfico 47. % de casos de sida según el sexo, principales prácticas de riesgo y períodos anuales. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

2. CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

Tabla 7. Número de casos de sida por categoría de transmisión en hombres. Galicia 1984-2016

	UDI	Transmisión heterosexual	HSH	Receptores hemoderivados	Receptores sangre	Hijos madre riesgo	Otros/desc.	TOTAL
1984	1	0	0	0	0	0	0	1
1985	3	0	2	2	0	0	0	7
1986	13	0	1	6	0	0	0	20
1987	24	5	1	4	0	1	0	35
1988	53	4	10	2	2	2	1	74
1989	93	5	12	5	2	0	1	118
1990	124	8	21	7	3	0	3	166
1991	142	19	24	8	3	0	8	204
1992	147	22	20	1	2	0	5	197
1993	138	17	18	5	1	1	5	185
1994	184	42	19	3	1	0	4	253
1995	151	33	26	4	0	1	3	218
1996	200	51	26	3	0	0	9	289
1997	127	40	15	2	3	0	9	196
1998	72	27	13	2	0	0	4	118
1999	75	31	8	0	0	0	6	120
2000	62	26	14	1	0	0	9	112
2001	68	22	6	2	1	0	9	108
2002	46	18	14	0	0	0	12	90
2003	41	20	11	0	0	0	5	77
2004	48	21	18	0	0	0	7	94
2005	29	16	15	0	0	0	3	63
2006	36	15	17	1	0	0	4	73
2007	34	19	10	0	0	0	7	70
2008	31	18	19	0	0	0	2	70
2009	21	22	13	1	0	0	1	58
2010	15	15	6	0	0	0	1	37
2011	14	12	11	0	0	1	2	40
2012	10	17	17	0	0	0	0	44
2013	7	11	20	0	0	0	2	40
2014	7	8	10	0	0	0	5	30
2015	4	6	10	0	0	0	3	23
2016	4	15	9	0	0	0	2	30
2.024	585	436	59	18	6	132	3.260	

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Tabla 8. Número de casos de sida por categoría de transmisión en mujeres. Galicia 1984-2016

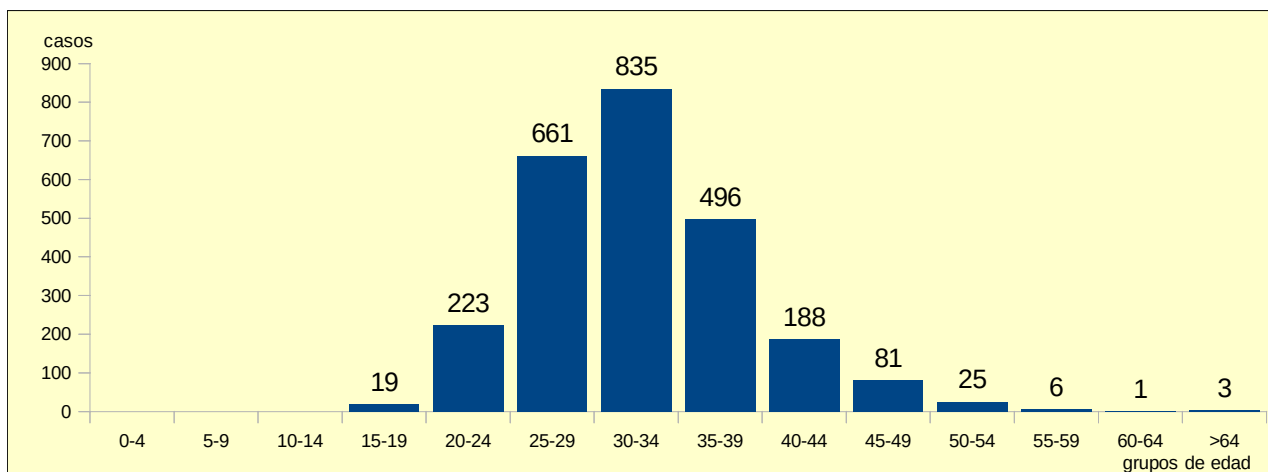
	UDI	Transmisión heterosexual	Receptores hemoderivados	Receptores sangre	Hijos madre riesgo	Otros/desc.	TOTAL
1984	0	0	0	0	0	0	0
1985	1	0	0	0	0	0	1
1986	6	0	0	0	0	0	6
1987	6	2	0	0	0	1	9
1988	19	1	0	0	0	0	20
1989	12	7	0	2	4	0	25
1990	28	6	0	1	1	0	36
1991	36	6	0	1	0	2	45
1992	40	14	2	0	1	0	57
1993	39	12	1	1	0	1	54
1994	49	22	1	3	0	1	76
1995	48	34	0	2	1	1	86
1996	34	32	0	1	1	5	73
1997	33	25	2	0	2	5	67
1998	18	9	0	0	0	4	31
1999	14	12	1	1	0	3	31
2000	22	16	0	0	0	1	39
2001	12	11	0	1	0	2	26
2002	13	14	0	0	0	1	28
2003	16	11	0	0	1	2	30
2004	11	15	0	0	0	4	30
2005	7	18	0	0	0	3	28
2006	10	14	0	0	0	3	27
2007	14	10	0	0	0	4	28
2008	3	10	0	0	0	0	13
2009	6	11	0	0	0	3	20
2010	6	14	0	0	0	1	21
2011	5	8	0	0	0	0	13
2012	2	9	0	0	0	0	11
2013	3	4	0	0	0	1	8
2014	1	2	0	0	0	0	3
2015	0	5	0	0	0	1	6
2016	0	4	0	0	0	1	5
	514	358	7	13	11	50	953

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

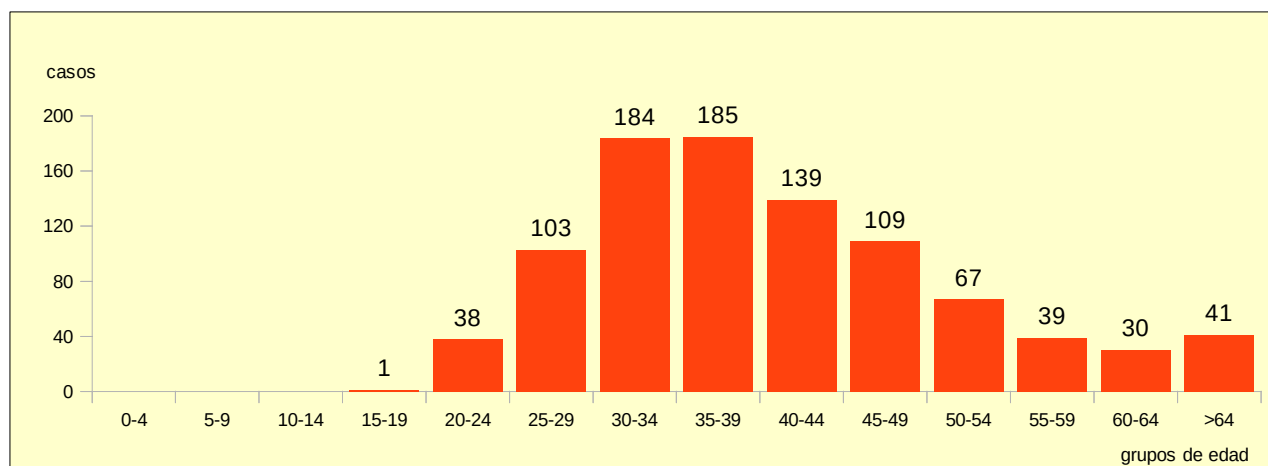
2. CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

Gráfico 48. Casos de sida por grupo de edad en las tres principales categorías de transmisión. Galicia 1984-2016

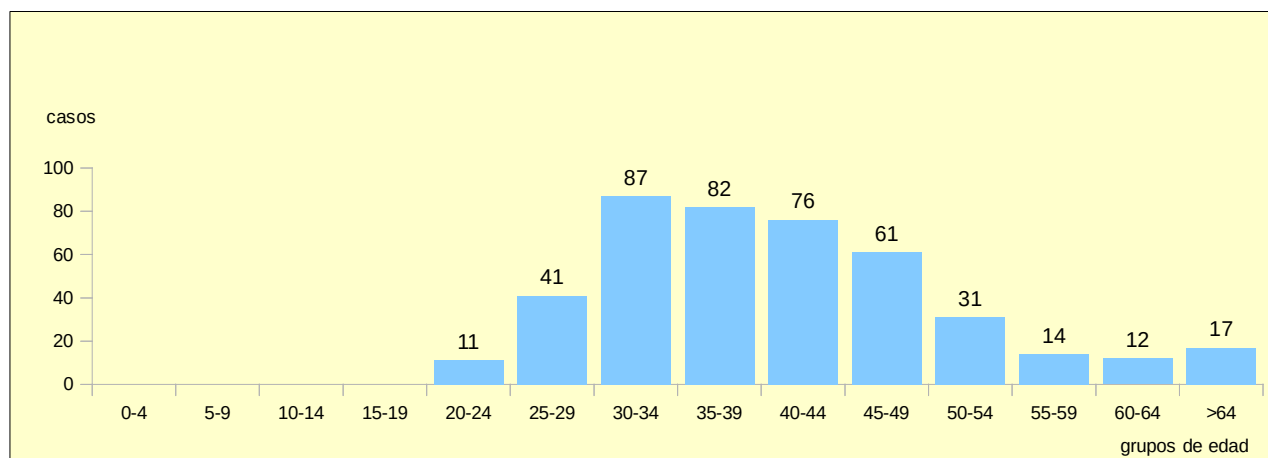
48 a. Transmisión en UDI



48 b. Transmisión heterosexual



48 c. Transmisión en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)

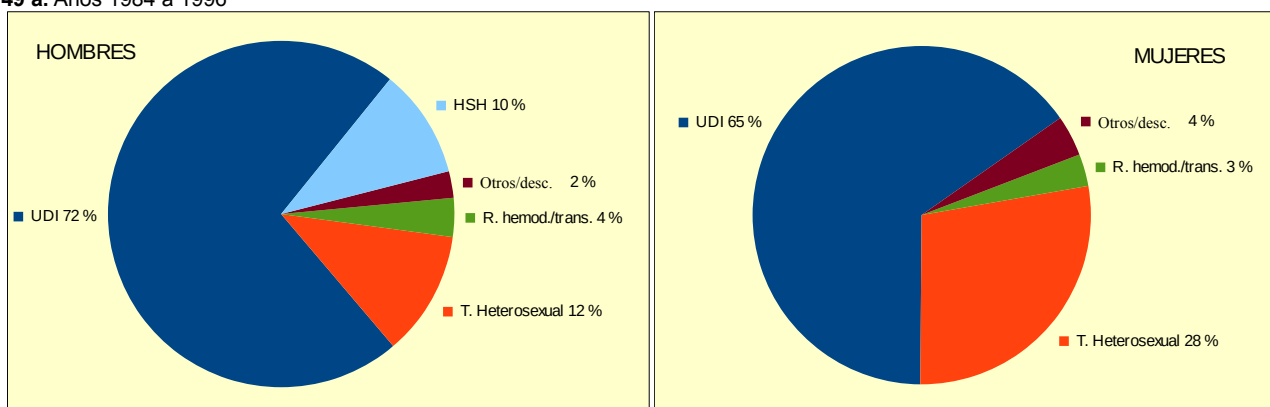


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

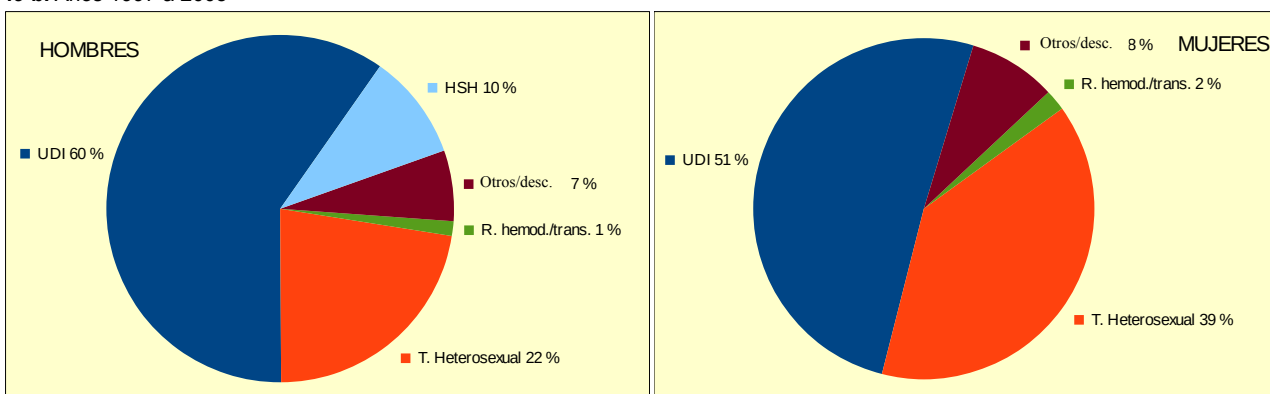
Para facilitar la comparación de la transmisión por sexos, presentamos los datos agrupados por períodos y constatamos la tendencia al aumento relativo de la importancia de la transmisión por prácticas heterosexuales no protegidas. Y en el caso particular de los hombres, se ve también el incremento de la transmisión por prácticas homosexuales de riesgo, donde por primera vez entre 2013 y 2015 son mayoritarios los HSH (tabla 7).

Gráfico 49. Categorías de transmisión del sida por sexos y períodos de tiempo. Galicia 1984-2016

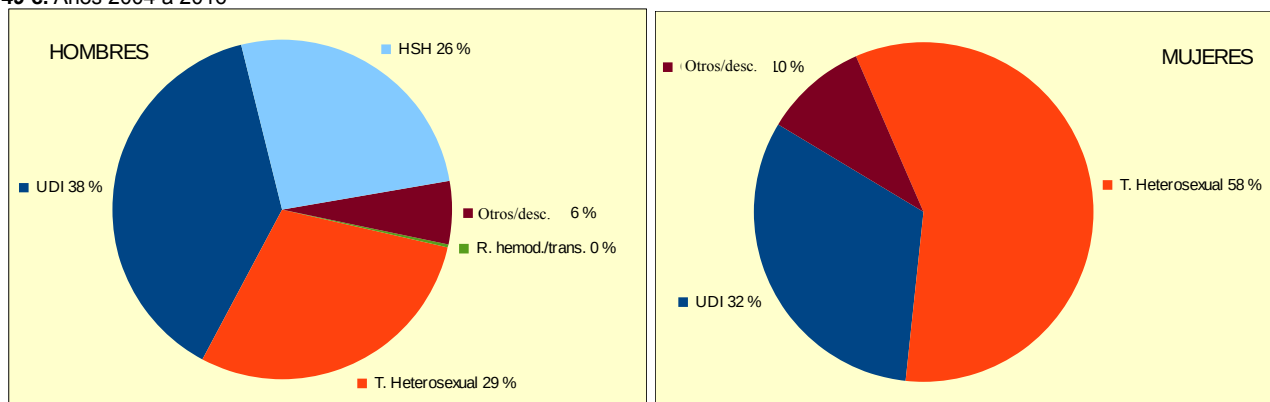
49 a. Años 1984 a 1996



49 b. Años 1997 a 2003



49 c. Años 2004 a 2016

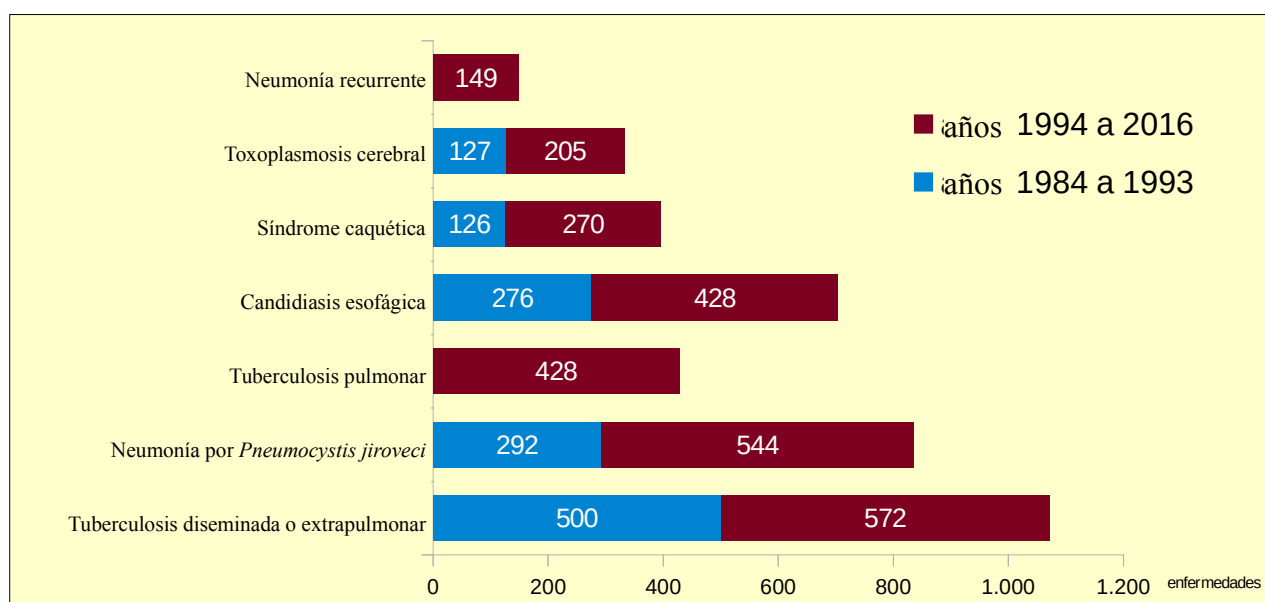


(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

ENFERMEDADES DIAGNÓSTICAS

La enfermedad indicativa de sida más frecuente en el momento del diagnóstico, en los casos acumulados de sida en Galicia desde 1994 a 2016, es la tuberculosis diseminada o extrapulmonar (17,0 % de las 2.953 enfermedades diagnosticadas), seguida de la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (16,2 %) y de la tuberculosis pulmonar en mayores de 12 años (12,7 %).

Gráfico 50. Enfermedades indicativas de sida más frecuentes en el momento del diagnóstico. Galicia 1984-2016



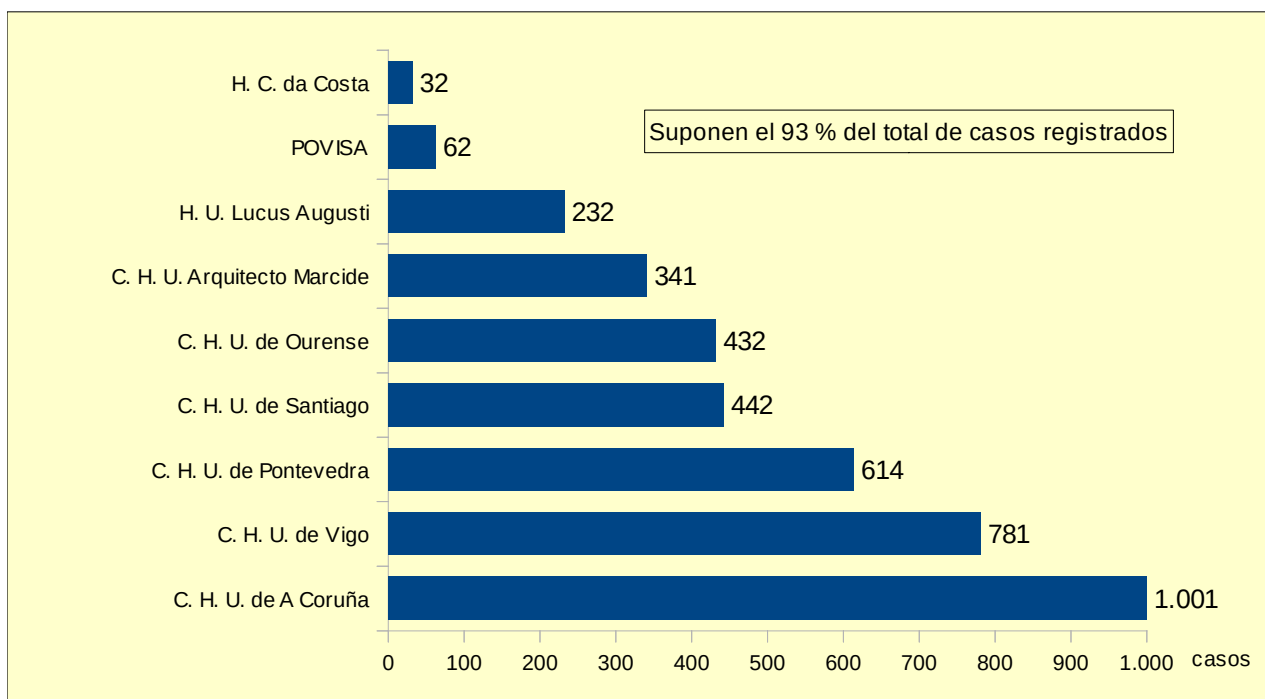
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

El motivo por el que comentamos el período de 1994 a 2016 es porque en el año 1994 se amplió la definición de caso sida para la vigilancia epidemiológica y se añadieron tres nuevas entidades: la tuberculosis pulmonar en mayores de 12 años, las neumonías bacterianas recurrentes (dos episodios o más en un período de 12 meses) y el cáncer invasivo de cuello uterino.

INSTITUCIÓN DECLARANTE

La institución que más casos declara al Registro Gallego del Sida es el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (24 % de los casos), seguido por el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (19 %).

Gráfico 51. Casos de sida en las nueve instituciones que más declaran. Galicia 1984-2016



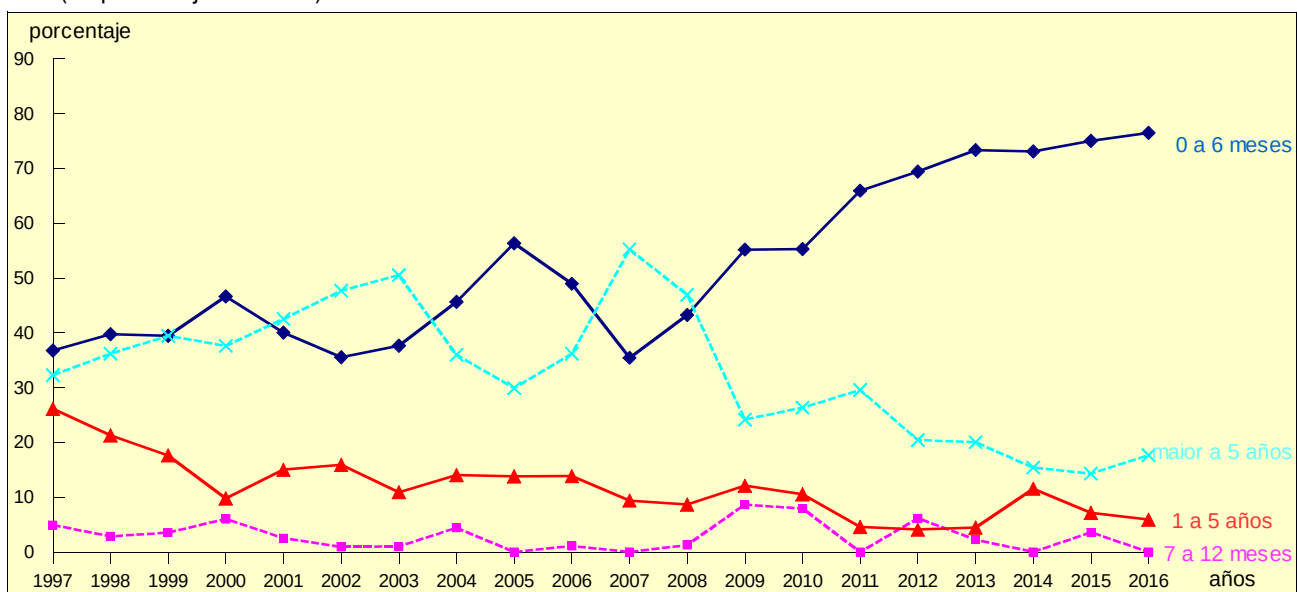
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

INTERVALO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH Y CASO SIDA

En los primeros años de la epidemia en nuestra comunidad, este intervalo de tiempo solía ser pequeño, y también era frecuente que las personas supiesen que estaban infectadas por el VIH cuando eran diagnosticadas de sida porque ya apareciera alguna de las enfermedades indicativas de la disminución de inmunidad que provoca la infección por el virus.

Hasta mediados de los años noventa fue aumentando la proporción de personas que, cuando eran diagnosticadas de sida, ya conocían desde años atrás que estaban infectadas por el VIH.

Gráfico 52. Evolución del intervalo entre la confirmación de persona infectada por el VIH y su diagnóstico de caso de sida (en porcentaje de casos). Galicia 1997-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

No obstante, en los últimos años, aumenta preocupantemente, el porcentaje de registros en los que el conocimiento de saberse infectado coincide con el conocimiento de que ya se es un enfermo de sida (el 54 % entre 2004 y 2016, el 72 % en los últimos 6 años).

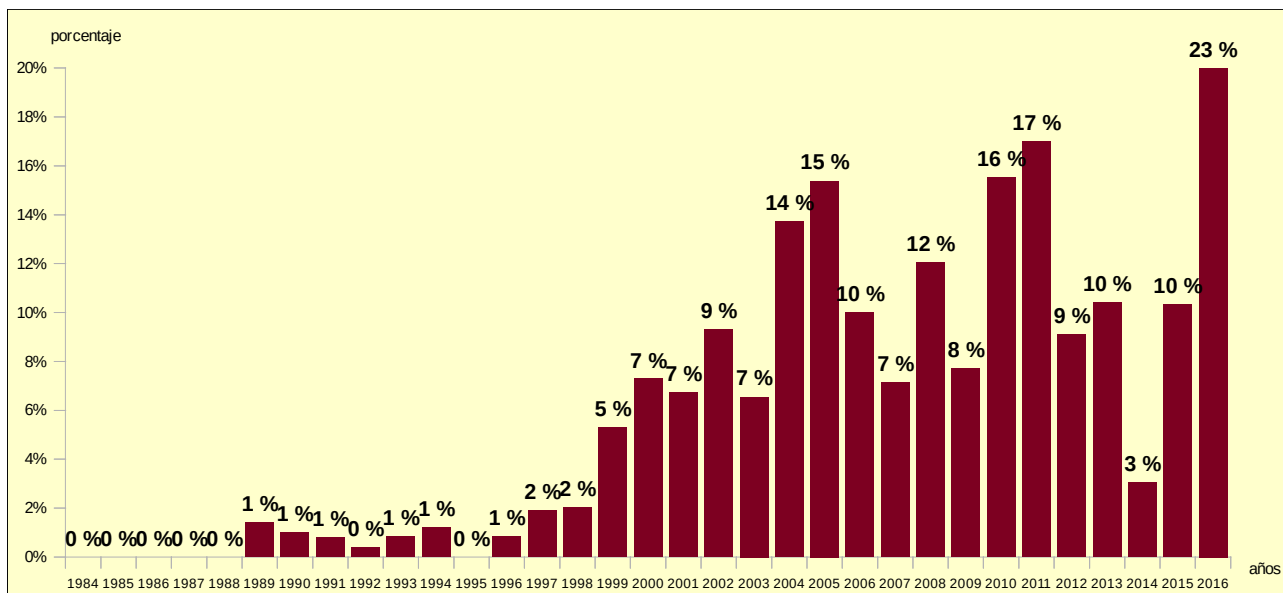
Esto nos indica que, pese a los grandes avances en el abordaje de la infección por el VIH, hoy en día una proporción importante de las personas afectadas no se beneficia de las ventajas del diagnóstico precoz en términos de ganancia en cantidad y calidad de vida, además de la prevención de la transmisión a otras personas.

Así pues, la promoción del diagnóstico precoz entre las personas con prácticas de riesgo debe ser una actividad prioritaria para la prevención y control de la infección en nuestro entorno.

PAÍS DE ORIGEN

Hasta el año 1998 el porcentaje de casos de sida declarados en el Registro Gallego del Sida correspondientes a personas extranjeras (nacidos fuera de España y residentes en Galicia) era testimonial, sin superar nunca el 2 % de los casos anuales. En el año 1999 cambió la tendencia y ya constituyó el 5,3 % de los casos, y entre 2004-2016 representa un 11,8 % de los casos registrados.

Gráfico 53. Porcentaje de casos de sida en personas no españolas que residen en Galicia. Galicia 1984-2016



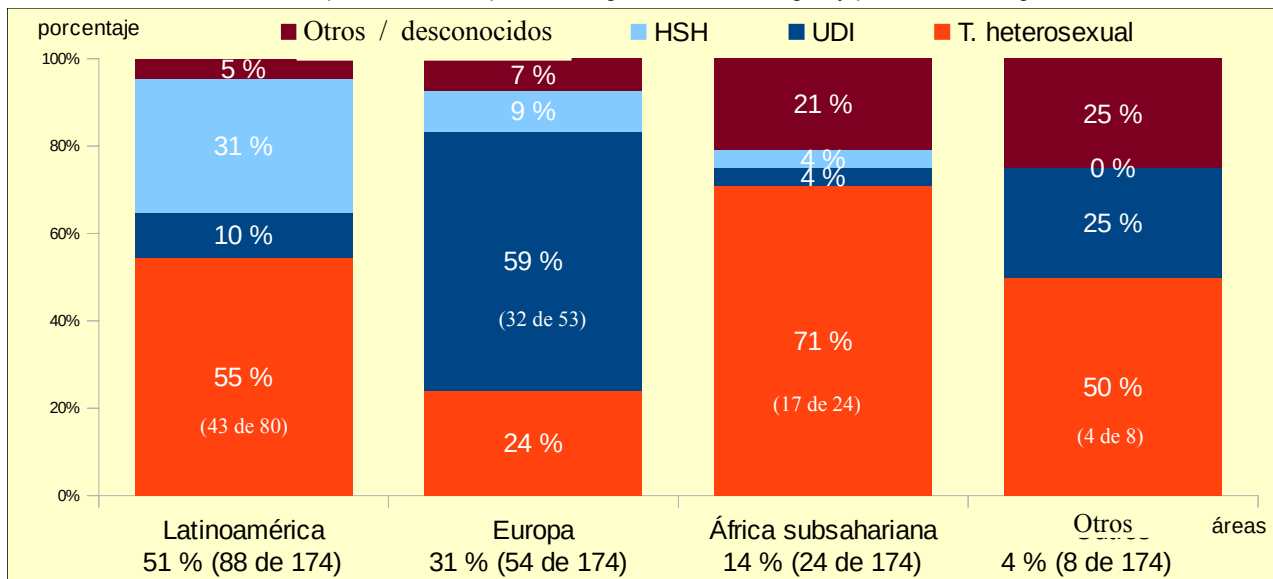
(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

El número acumulado de casos de estos pacientes desde 1984 a 2016 es de 174, de un total de 4.213 casos registrados, y mayoritariamente son hombres (65 %).

El área geográfica de donde proceden principalmente es Latinoamérica, con un 51 % de los casos (54 hombres y 34 mujeres), seguida de Europa, con un 31 % (42 hombres y 12 mujeres), y África subsahariana, con un 14 %.

2. CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

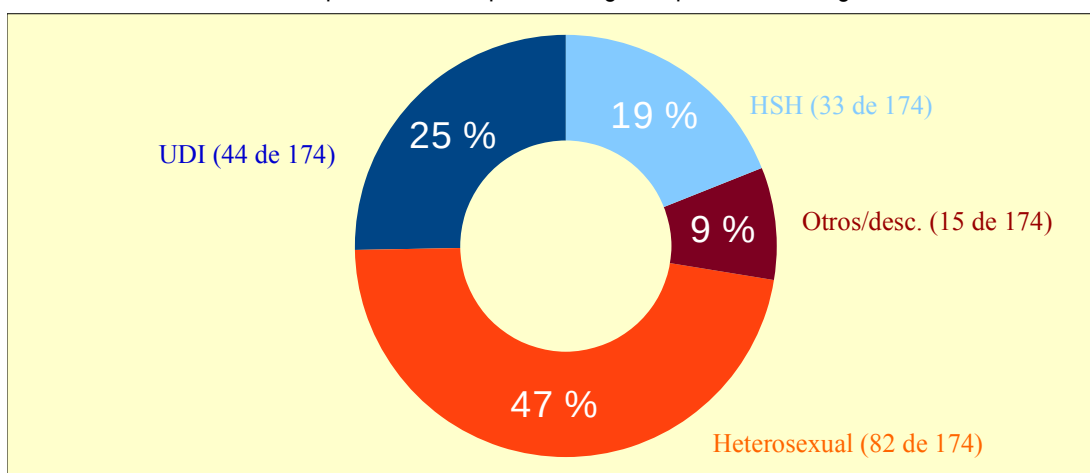
Gráfico 54. Casos de sida en personas no españolas según el área de origen y práctica de riesgo. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Las categorías de transmisión más corrientes en el total de estas personas es la transmisión por vía heterosexual, con un 47 % de los casos (82 de 174), y la de los UDI que comparten las jeringas, con un 25 % (en el caso de los europeos, esta es la conducta de riesgo más presente, con 32 casos de 54), y los HSH son un 19 %.

Gráfico 55. Casos de sida en personas no españolas según la práctica de riesgo. Galicia 1984-2016



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- a.** La incidencia anual de los casos de sida está estabilizada en menos de 20 casos por millón de habitantes desde el año 2011.
- b.** En Galicia las personas que tienen prácticas de riesgo en relación con el hecho de compartir el material de inyección para el consumo de drogas eran las más afectadas, pero actualmente, y dado el aumento relativo de las infecciones por prácticas de riesgo en relaciones sexuales no protegidas, debemos insistir en que son estas prácticas de riesgo el aspecto más importante en la transmisión de la infección. Además, y por primera vez, entre los años 2013 y 2015 los HSH representan el grupo con más casos registrados entre los hombres.
- c.** La edad más frecuente de diagnóstico de los casos de sida está alrededor de los 40 años, pero ya tenemos registrados 79 casos en personas mayores de 64 años (80 % hombres), y mayoritariamente por vía heterosexual, de manera que debemos tenerlo en cuenta ante una exploración de las personas mayores en la práctica asistencial.
- d.** Hasta ahora, y dada la inexistencia de tratamiento curativo para el VIH/sida, consideramos la prevención como la alternativa principal de control del problema. Esta circunstancia tiene más importancia, si cabe, por la tendencia actual del aumento de las infecciones por prácticas de riesgo asociadas a la transmisión sexual y, debido a la no percepción de riesgo que tienen estas personas, el diagnóstico precoz de la infección debe ser el mecanismo principal de actuación a corto y medio plazo en Galicia.
- e.** Dada la utilidad limitada de los datos del sida en la epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, sobre todo por el tiempo que pasa entre la infección por este virus y la aparición de las enfermedades indicativas de sida, cumple trabajar más con datos de infección VIH que de enfermedad por sida. Por esta razón, le daremos un fuerte impulso al Sistema de información gallego sobre la infección por el VIH (SIGIVIH), que hace hincapié en los comienzos del problema y no en las etapas finales de la evolución natural de la infección, y trabajar en la futura unificación de los dos registros de casos VIH con los de sida.

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

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 por el VIH, 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 de la 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 modificación clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión Modificación Clínica de la OMS (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 2016.
- Ámbito: hospitales públicos, administrados públicamente o con concierto con el Servicio Gallego de Salud.
- Fuente de datos: base de datos del CMBD de los años 2000 a 2016.

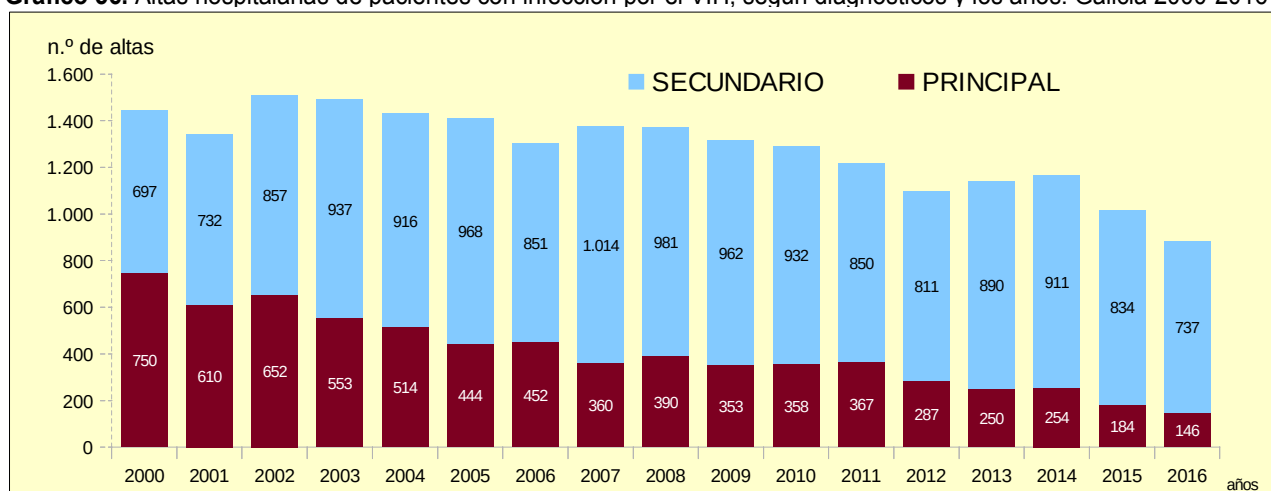
3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

- 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 el en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria e influyen en su duración o tratamiento administrado. No tenemos en cuenta las "múltiples infecciones bacterianas recurrentes" ni las "neumonías bacterianas recurrentes" como enfermedades definatorias de sida por su dificultad de codificación.

RESULTADOS DEL PERÍODO 2000 A 2016

En los 17 años del estudio se registraron un total de 21.804 altas hospitalarias de personas con infección por el VIH (diagnóstico principal o secundario). A lo largo del período se observa un descenso del 39 % en el número de altas entre el primer y último año de la serie.

Gráfico 56. Altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, según diagnósticos y los años. Galicia 2000-2016



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

La distribución por sexo muestra un claro predominio de los hombres (72,9 %), sin variaciones durante los años (rango: 70,1 % a 74,6 %) (tabla 9). En la edad se observa un aumento de la edad media desde 36,4 años (DE: 8,8) en el año 2000 hasta 49,7 años (DE: 9,7) en el año 2016. 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 57).

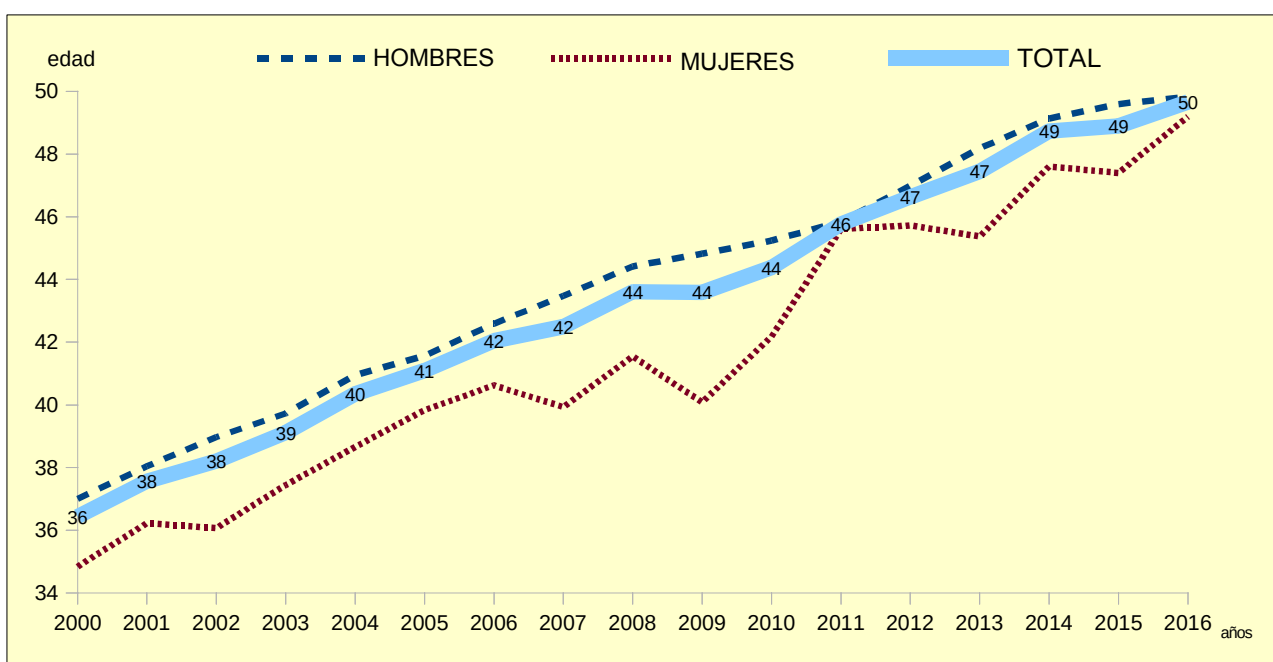
Tabla 9. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH según el sexo y grupos de edad. Galicia 2000 a 2016

	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	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
	15.886	72,8 %	5.918	27,2 %	503	2,3 %	3.916	18,0 %	13.055	59,9 %	4.330	19,9 %	21.804

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

La mayor proporción de altas se concentra en el grupo etario de 35 a 49 años en todos los años (59,9 %; rango: 44,9 % a 69,5 %). 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 45,2 % en el 2016.

Gráfico 57. Edad media de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, según el sexo y los años. Galicia 2000-2016



La mayoría de los ingresos fueron de manera urgente (81,3 %; rango: 72,7 % a 85,4 %) (tabla 10). La estancia media del período fue de 12,2 días (DE: 17,9).

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

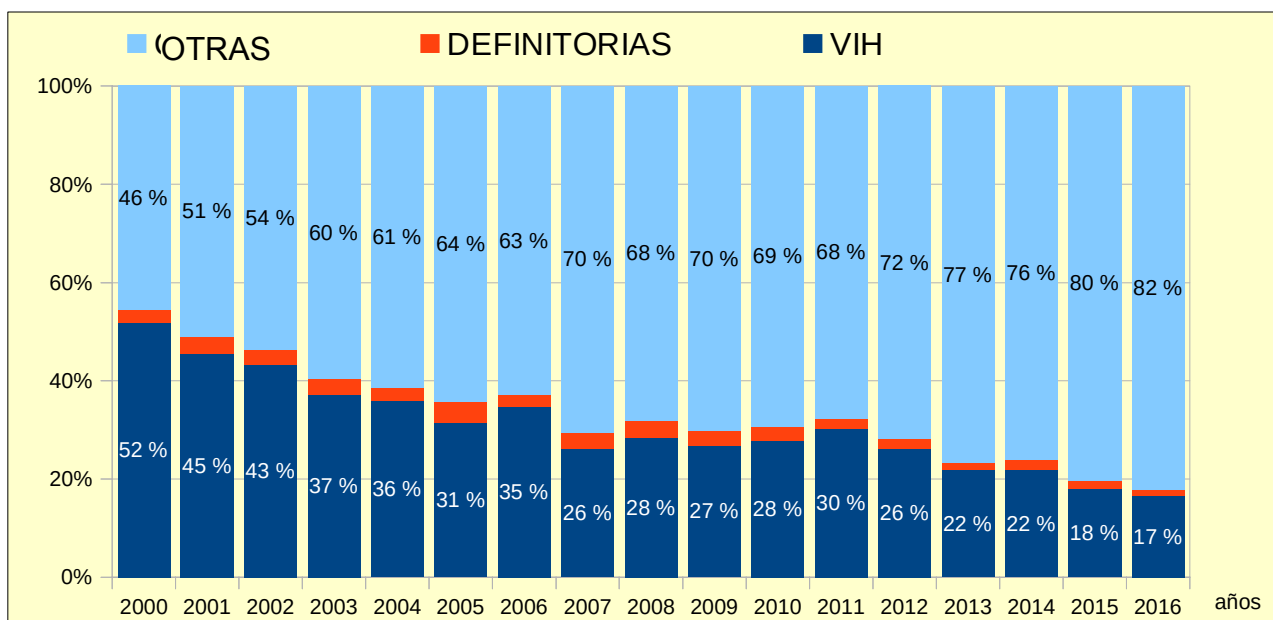
Tabla 10. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH según el tipo de ingreso y circunstancia en el momento del alta. Galicia 2000 a 2016

	TIPO DE INGRESO						CIRCUNSTANCIA AL ALTA										total
	Urgente		Programado		Otros		Domicilio		Traslado		Voluntaria		Fallecimiento		Otros		
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
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
	17.001	81,3 %	3.914	18,7 %	6	0,0 %	18.208	87,0 %	41	0,2 %	916	4,4 %	1.398	6,7 %	358	1,7 %	21.804

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 6.924 (31,8 % del total de altas en relación con el VIH del período). A lo largo de los años esta proporción disminuyó un 80,5 %, desde las 750 altas en el 2000 hasta las 146 altas en el 2016. Esta misma tendencia se observó en el diagnóstico principal de las altas por enfermedades definitorias de sida (desde el 2,6 % hasta el 1,4 %). Aquellas en que figuraban otras patologías no asociadas al VIH como motivo de ingreso aumentaron de 659 (45,5 %) en el 2000 a 725 (82,1 %) en 2016.

Gráfico 58. Distribución de las altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, según el diagnóstico principal y los años. Galicia 2000-2016



3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

Las enfermedades definitorias de sida más frecuentes en el diagnóstico principal fueron los linfomas y la tuberculosis (tabla 11).

Tabla 11. Distribución de las altas hospitalarias según la presencia de enfermedades definitorias de sida en el diagnóstico principal* y los años. Galicia 2000-2016

	00-16	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	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	82	5	12	5	8	2	5	4	7	12	4	4	3	4	1	4	2	0
Neumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	24	1	4	3	0	0	2	1	2	1	0	2	1	1	0	2	0	4
Toxoplasmosis cerebral	4	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	14	0	2	2	1	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0
Candidiasis esofágica	5	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Criptococosis extrapulmonar	7	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cáncer invasivo de cuello	26	4	2	1	5	0	5	1	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1
Septiemia por salmonella	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Neumonía intersticial linfoide	9	0	0	1	1	1	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Criptosporidiasis	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Micobacterium otras especies	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caquexia	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Micobacterium avium o kansasii	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	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	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
Histoplasmosis diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	94	5	1	6	5	2	10	3	4	10	5	8	13	4	0	11	0	7
Encefalopatía VIH	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	0	0	0	0	1	0	0	0
Coccidiomicosis diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	283	19	25	22	23	8	31	11	17	26	11	16	22	14	5	18	3	12

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

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

Respecto de los ingresos por otras patologías, las enfermedades respiratorias fueron las más frecuentes (16,3 % en el período), seguidas de las enfermedades digestivas.

Tabla 12. 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 2000-2016

	00-16	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	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:	1.053	34	23	51	55	59	56	45	66	68	73	71	69	65	81	92	81	64
Traquea, bronquios, pulmón	136	2	1	5	11	7	9	5	11	9	10	16	8	7	6	9	13	7
Laringe	51	0	0	6	1	7	3	0	0	2	1	1	2	7	7	6	2	6
Hodgkin	55	5	4	6	5	4	5	2	1	0	3	2	0	2	4	6	1	5
Recto, ano	48	0	1	1	2	0	2	6	3	1	4	8	4	2	3	7	2	2
Hígado	92	0	0	4	7	1	8	0	15	2	8	3	2	10	11	12	6	3
Enf endócrino-metabólicas:	193	6	8	9	10	13	14	13	11	12	10	14	26	15	6	7	8	11
Lipodistrofia	22	0	0	0	1	0	1	2	0	0	2	4	8	1	0	0	2	1
Enf respiratorias	2.397	82	86	118	114	100	151	124	187	184	184	174	128	128	150	143	162	182
Enf de la sangre	331	12	19	17	23	28	26	26	27	25	22	18	23	20	11	22	7	5
Enf aparato circulatorio	1.031	46	46	54	48	57	78	51	61	67	58	54	52	60	73	101	65	60
Enf de los riñones	358	17	20	18	21	18	13	17	20	22	26	22	24	23	30	27	16	24
Hepatitis víricas:	486	32	42	32	55	51	51	33	49	18	25	12	14	25	17	15	10	5
Hepatitis B aguda	11	2	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0
Hepatitis B crónica	15	0	1	0	1	2	3	0	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0
Hepatitis C aguda	9	0	0	1	1	0	1	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Hepatitis C crónica	434	30	40	30	51	49	47	28	40	16	19	12	14	21	13	13	10	1
Hepatitis B sin especificar	0																	0
Hepatitis C sin especificar	0																	0
Otras enf infecciosas	1.029	49	68	63	78	81	103	65	83	56	54	32	42	59	49	55	52	40
Enf digestivas	2.088	89	102	103	142	150	123	135	171	147	134	139	120	115	131	94	98	95
Lesiones y envenenamientos	1.387	87	89	96	76	71	77	79	84	86	85	94	92	83	71	89	73	55
Enf aparato genital	219	2	15	5	16	19	18	8	11	11	12	14	9	13	17	21	15	13
Trastornos mentales	1.448	28	21	21	45	27	32	26	21	22	31	42	26	30	35	41	27	0
Complicaciones embarazo	599	78	73	95	95	95	77	86	79	94	87	101	89	88	94	77	92	48
Enf de la piel	411	60	38	54	48	42	32	42	36	36	46	31	37	24	20	13	24	16
Enf aparato osteoarticular	418	19	16	20	32	34	32	33	32	19	25	21	25	12	23	29	21	18
Anomalías congénitas	27	19	22	16	33	21	25	23	22	26	29	30	19	33	30	23	24	23
Enf perinatales	10	0	2	8	1	1	0	0	2	1	1	2	3	0	4	1	1	0
Mal definidas y otras	1.255	1	0	4	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	14.254	659	684	810	888	878	907	819	968	932	923	893	823	789	874	886	817	704

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 14,4 % entre los años 2000 y 2016. Los diagnósticos más frecuentes fueron la tuberculosis (20 %), la neumonía por *Pneumocystis Jiroveci* (14 %), los linfomas y la caquexia (13 % cada uno de ellos), y se observa una tendencia descendente con los años en la mayoría de ellos (tabla 13).

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 infecciosas que pasaron del 51,9 % al 66,8 % (importante el incremento en el número de altas con hepatitis C crónica hasta el año 2015 y con un gran descenso en el último año 2016), de las enfermedades respiratorias, del 21,7 % al 38,7 %, de las enfermedades digestivas, del 18,1 % al 28,8 %, de los tumores que pasaron del 7,1 % al 21,0 % (el tumor con mayor tendencia al aumento es el de hígado, 0 casos en los dos primeros años del período a 21 en 2014, para descender en los dos últimos años), etc. (tabla 14).

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

Tabla 13. Distribución de las altas hospitalarias según la presencia de enfermedades* definitorias de sida en el diagnóstico principal y/o secundario. Galicia 2000-2016

	00-16	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	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	1.055	120	114	88	108	88	67	62	73	61	60	45	48	28	34	30	17	12
Neumonía por <i>P. Jiroveci</i>	726	64	50	58	40	61	31	51	42	48	53	35	34	40	31	37	26	25
Toxoplasmosis cerebral	359	42	32	47	37	31	26	18	26	15	16	9	8	16	15	6	12	3
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	361	19	20	27	22	31	21	31	32	26	35	11	14	12	19	17	17	7
Candidiasis esofágica	470	40	29	37	47	42	29	34	27	24	20	24	18	15	24	14	20	26
Criptococosis extrapulmonar	164	15	17	18	8	8	17	4	10	5	10	10	11	6	9	6	3	7
Cáncer invasivo de cuello	64	6	4	5	6	5	11	4	1	3	6	1	0	7	3	0	0	2
Septitemia por salmonella	32	9	3	2	3	2	7	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Sarcoma de Kaposi	156	11	8	15	7	5	10	5	4	7	6	11	9	11	11	12	15	9
Neumonía intersticial linfoide	41	1	5	1	4	2	5	2	2	1	1	3	3	2	5	0	4	0
Infección por citomegalovirus	204	13	7	6	10	11	13	7	10	11	31	13	14	13	14	7	16	8
Criptosporidiasis	45	3	4	1	6	5	3	9	2	1	5	2	0	2	1	0	0	1
Micobacterium otras especies	47	11	1	8	9	1	6	0	1	0	4	0	1	0	2	2	1	0
Caquexia	676	46	38	49	58	58	52	37	40	41	48	37	29	32	29	42	26	14
Micobacterium avium o kansasi	100	0	7	4	9	7	16	9	3	3	20	8	3	5	4	2	0	0
Isosporidiasis	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	32	0	1	2	3	1	0	2	3	0	1	1	7	2	2	2	2	3
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	28	1	1	0	1	5	3	1	1	5	0	1	3	2	2	0	1	1
Histoplasmosis diseminada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Linfomas	678	23	36	33	42	32	50	41	45	46	37	55	42	40	34	52	42	28
Encefalopatía VIH	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico	21	0	0	0	1	2	0	1	1	2	1	1	4	2	4	1	1	0
Coccidiomicosis diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5.266	424	377	401	421	397	368	320	325	300	356	267	249	235	243	231	203	149

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

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

Tabla 14. Distribución de las altas hospitalarias según la presencia de enfermedades* no relacionadas con la infección por el VIH en el diagnóstico principal y/o secundario. Galicia 2000-2016

	00-16	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		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:	2.311	103	59	109	124	138	142	101	137	150	159	144	147	145	162	196	169	126
Traquea, bronquios, pulmón	274	14	3	10	12	17	19	6	18	23	23	31	17	12	14	18	19	18
Laringe	87	0	0	9	2	11	10	2	0	3	1	2	5	15	9	9	2	7
Hodgkin	208	10	19	18	11	8	9	7	4	19	22	12	6	7	16	27	5	8
Recto, ano	92	0	1	2	3	1	2	7	8	2	8	11	6	8	12	7	4	10
Hígado	170	0	0	5	8	6	17	2	19	5	12	9	13	19	17	21	12	5
Enf endócrino-metabólicas:	3.419	117	132	127	131	152	163	174	190	204	203	240	252	252	300	295	281	206
Lipodistrofia	169	8	8	9	14	7	8	10	12	7	11	9	19	10	15	10	9	3
Enf respiratorias	6.427	314	308	370	363	367	404	367	444	441	407	433	395	358	397	393	341	325
Enf de la sangre	3.386	206	187	190	202	207	249	219	254	247	216	224	196	178	189	181	125	116
Enf aparato circulatorio	4.409	153	140	197	205	240	270	253	276	291	271	290	320	291	322	346	307	237
Enf de los riñones	2.319	122	112	130	116	99	124	108	145	161	161	141	170	142	166	173	120	129
Enf infecciosas:	13.619	751	777	944	1.003	932	872	826	842	834	808	834	822	730	708	747	655	534
Hepatitis B aguda	185	30	18	23	11	11	14	17	9	9	6	6	8	3	7	8	3	2
Hepatitis B crónica	775	68	56	55	94	80	50	59	56	44	30	40	28	37	27	16	18	17
Hepatitis C aguda	156	25	13	28	26	11	16	14	5	5	4	3	2	1	0	0	1	2
Hepatitis C crónica	7.011	287	351	447	490	468	425	406	419	456	442	479	469	403	386	413	394	276
Hepatitis B sin especificar																		5
Hepatitis C sin especificar																		16
Enf digestivas	5.398	262	274	303	341	324	308	330	409	405	321	346	343	328	332	292	237	243
Lesiones y envenenamientos	2.602	140	125	157	135	134	143	150	178	177	164	173	164	156	159	173	145	129
Enf aparato genital	592	20	32	26	36	42	40	26	36	27	36	37	31	42	49	52	32	28
Trastornos mentales	13.712	851	796	966	951	877	874	811	875	905	866	839	771	720	733	748	662	467
Complicaciones embarazo	600	60	38	54	48	42	32	42	36	36	47	31	37	24	20	13	24	16
Enf de la piel	1.723	92	93	129	117	124	140	129	104	89	121	93	99	77	89	85	78	64
Enf aparato osteoarticular	1.228	50	60	66	75	70	52	71	67	80	89	77	80	86	88	87	60	70
Anomalías congénitas	202	6	7	25	15	14	4	9	12	18	7	19	15	6	8	12	15	10
Enf perinatales	16	2	0	4	1	1	2	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0
	21.680	1.426	1.324	1.496	1.480	1.425	1.409	1.298	1.372	1.371	1.303	1.278	1.211	1.090	1.136	1.165	1.015	881

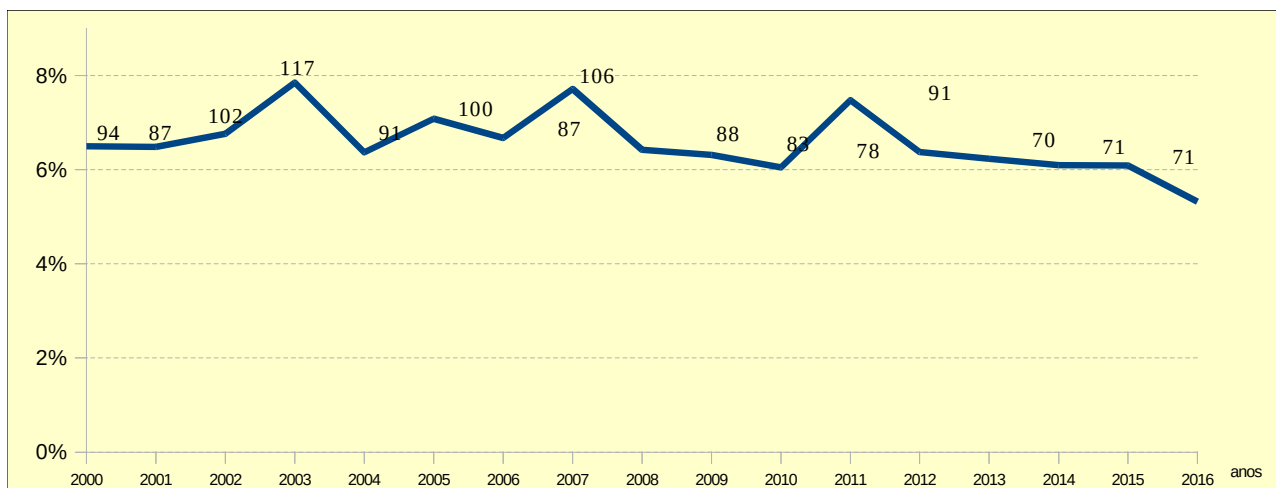
(*) una misma persona puede tener más de un diagnóstico

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

Durante el período se registraron 1.445 altas por fallecimiento en pacientes hospitalizados con infección por el VIH, lo que supuso el 6,6 % del total de altas de los 17 años. el porcentaje de altas por fallecimiento permaneció bastante estable con la excepción del último año (6,6 % con un rango: 5,3 % en 2016 y 7,9 % en 2003).

En todo el periodo la mayor parte de los exitus fueron hombres (79,1 %) y en el grupo de edad de 35 a 49 años (60,6 %), siendo los mayores de 49 años el 27,6 % (desde el 14,9 % en el 2000 hasta el 59,6 % en el 2016) (tabla 15).

Gráfico 59. Número y porcentaje de altas hospitalarias por fallecimiento en pacientes con infección por el VIH. Galicia 2000-2016



La edad media en el momento del fallecimiento fue de 45,6 años (DE: 10,2), se pasó de 40,9 en 2000 hasta 53,0 en 2016.

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

Tabla 15. Distribución de las altas por fallecimiento según el sexo y la edad. Galicia 2000-2016

	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
	1.143	79,1 %	302	20,9 %	7	0,5 %	163	11,3 %	876	60,6 %	399	27,6 %	1.445

3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

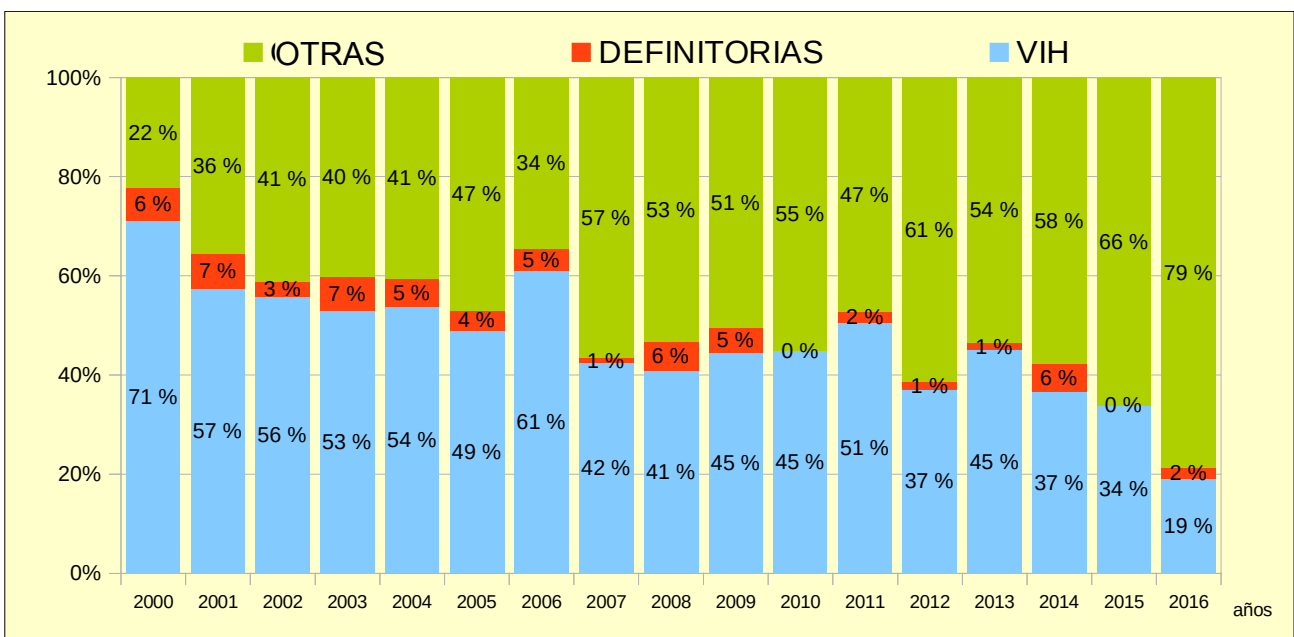
Al analizar el diagnóstico principal del total de fallecimientos, los códigos de infección por el VIH figuraban en 700 altas (48,5 %), en 55 (3,8 %) está presente algún código de enfermedad definitiva de sida y en las 688 restantes (47,7 %) otra patología no relacionada con la infección por el VIH. Se observa una tendencia descendente en la presencia de la enfermedad por el VIH a cuota de un aumento en otras patologías no asociadas con el VIH (gráfico 60).

Tabla 16. Distribución de las altas por muerte según patologías del diagnóstico principal. Galicia 2000-2016

Enfermedad por el VIH	700	48,4 %
Alguna enfermedad indicativa de sida	55	3,8 %
Neumonía bacteriana recurrente	14	1,0 %
Linfomas asociados al VIH	15	1,0 %
Tuberculosis	8	0,6 %
Neumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	7	0,5 %
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4	0,3 %
Criptococosis extrapulmonar	3	0,2 %
Cáncer invasivo de cuello uterino	2	0,1 %
Neumonía intersticial linfoide	2	0,1 %
Otras	0	0,0 %
Otros diagnósticos no relacionados con el VIH	690	47,8 %
Enfermedades digestivas	146	10,1 %
Neoplasias:	157	10,9 %
Traquea, bronquios y pulmón	39	2,7 %
Hígado	21	1,5 %
Enfermedades respiratorias	101	7,0 %
Enfermedades infecciosas:	70	4,9 %
Hepatitis B crónica	4	0,3 %
Hepatitis C crónica	30	2,1 %
Enfermedades aparato circulatorio	64	4,4 %
Lesiones y envenenamientos	53	3,7 %
Otras	99	6,9 %
total	1.445	100 %

Dentro de las enfermedades definatorias de sida, 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 y las enfermedades digestivas.

Gráfico 60: Diagnóstico principal de las altas por fallecimiento en pacientes con infección por el VIH. Galicia 2000-2016



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 vamos a tener en cuenta un estudio* que concluye que el 60 % de los costes en estos pacientes se deben al tratamiento en antirretrovirales (son de dispensación hospitalaria), el 15 % por otras medicaciones y el 25 % restante por 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.

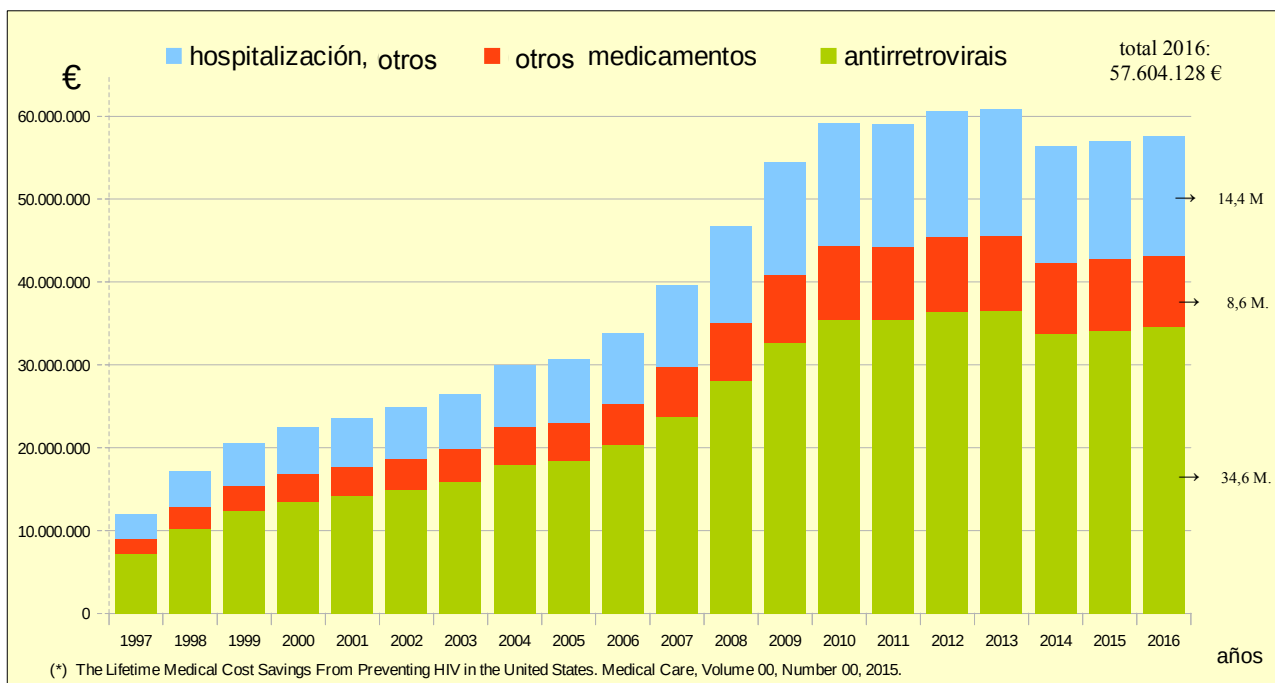
3. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CON EL VIH EN GALICIA: 2000-2016

El gasto real en antirretrovirales de las personas infectadas por el VIH en Galicia, que en los ocho últimos años del período estudiado 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 2016 serían de 57.604.129 euros:

- 34.562.477 € en antirretrovirales (60 %)
- 8.640.619 € en otros medicamentos (15 %)
- 14.401.032 € en hospitalización y otros (25 %)

Gráfico 61. Costes* (60 % antirretrovirais, 15 % otros medicamentos, 25 % hospitalización y otros) en pacientes con infección por el VIH según los años. Galicia 1997-2016



PRINCIPALES CONCLUSIONES

a. Durante el período de estudio se observa un descenso del número de altas hospitalarias de pacientes con infección por el VIH, sobre todo en los últimos 5 años. 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 definitorias 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 definitorias de sida. Se mantienen la tuberculosis, la neumonía por *Pneumocystis Jiroveci* y los linfomas como las más frecuentes de estas enfermedades definitorias 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 neoplasias (aunque bajan bastante en el último año), las enfermedades endocrino metabólicas, las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del aparato osteoarticular, y bajan las complicaciones relacionadas con el embarazo.

Son particularmente importantes los aumentos en las hepatitis C crónicas y los tumores de hígado (aunque los dos tipos de procesos presentan un importante descenso en el último año).

e. El porcentaje de altas por fallecimiento permaneció bastante estable en estos años, alrededor del 6,6 % anual. 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 algo en los tres últimos años.

MORTALIDAD POR EL VIH-SIDA EN GALICIA:

1984-2015

La supervivencia de los pacientes con infección por el VIH mejoró 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 analizar 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 comunidades autónomas.

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 9.^a revisión, en la cual 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 279.8 (infección por el VIH). Desde el año 1999 comienza a aplicarse la CIE 10.^a revisión, en la que se incluyen códigos específicos para el VIH (B20, B21, B22, B23, B24 y R75), por lo que desde el año 2000 sólo se tienen en cuenta dichos códigos para el cálculo de la mortalidad.

RESULTADOS DEL AÑO 2015

En el año 2015* se produjeron en Galicia un total de 31.685 muertes, de las que 44 (1,4 ‰) fueron por VIH-sida. De estas, 33 (75 ‰) se produjeron en hombres y 11 en mujeres. La tasa de mortalidad global por el VIH fue de 1,61 por 100.000 habitantes.

Tabla 17. Mortalidad por el VIH (mortalidad proporcional por mil y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes) según el sexo. Galicia año 2015*

	Defunciones totales	Defunciones por el VIH/sida	Defunciones por el VIH/sida (‰)	Tasa de mortalidad VIH/sida
Hombres	15.784	33	2,09	2,51
Mujeres	15.901	11	0,69	0,78
	31.685	44	1,39	1,61

(*) datos provisionales (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

La edad media de los fallecidos por el VIH fue de 50,5 años (DE 7,8 años), con pocas diferencias por sexo (hombres 50,9 con una DE 7,8 años y mujeres 47,4 con una DE 7,4 años).

Según grupos de edad, el mayor número de muertes, 36 (82 ‰ del total de fallecidos), se registró entre los 40 y 59 años. Este patrón se repite en hombres, pero en mujeres, y quizás por los pocos casos existentes, todos los casos se distribuyen por igual entre los 35 y los 64 años.

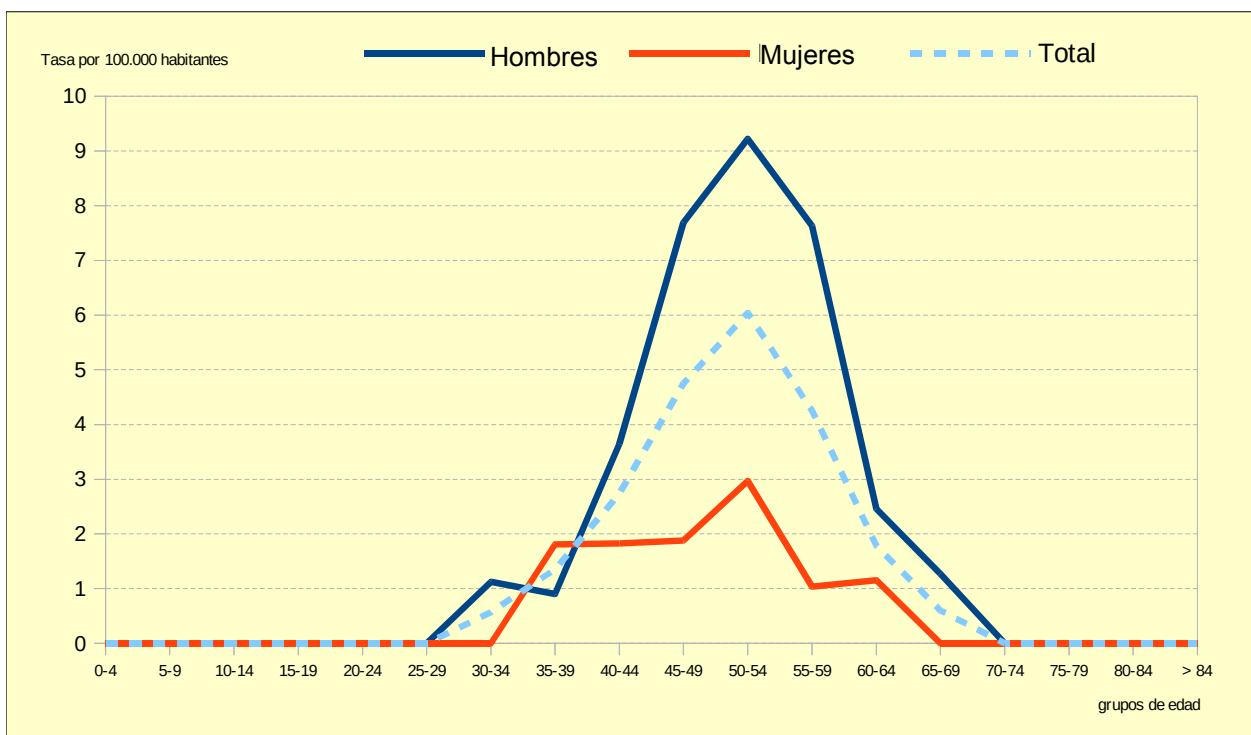
(*) datos provisionales para el año 2015

Tabla 18. Defunciones por el VIH-sida. Número y tasa por 100.000 habitantes según el sexo y los grupos de edad. Galicia año 2015^(*)

	Total (N)	Tasa por 10⁵ habitantes	HOMBRES (N)	Tasa por 10⁵ habitantes	MUJERES (N)	Tasa por 10⁵ 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	1	0,57	1	1,13	0	0,00
35 a 39 años	3	1,35	1	0,90	2	1,81
40 a 44 años	6	2,74	4	3,65	2	1,83
45 a 49 años	10	4,75	8	7,69	2	1,88
50 a 54 años	12	6,04	9	9,22	3	2,97
55 a 59 años	8	4,25	7	7,63	1	1,04
60 a 64 años	3	1,79	2	2,46	1	1,15
65 a 69 años	1	0,60	1	1,27	0	0,00
70 a 74 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
75 a 79 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
80 a 84 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
> 84 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	44	1,61	33	2,51	11	0,78

(*) datos provisionales (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Gráfico 62. tasas de mortalidad por el VIH según los grupos de edad. Galicia año 2015*



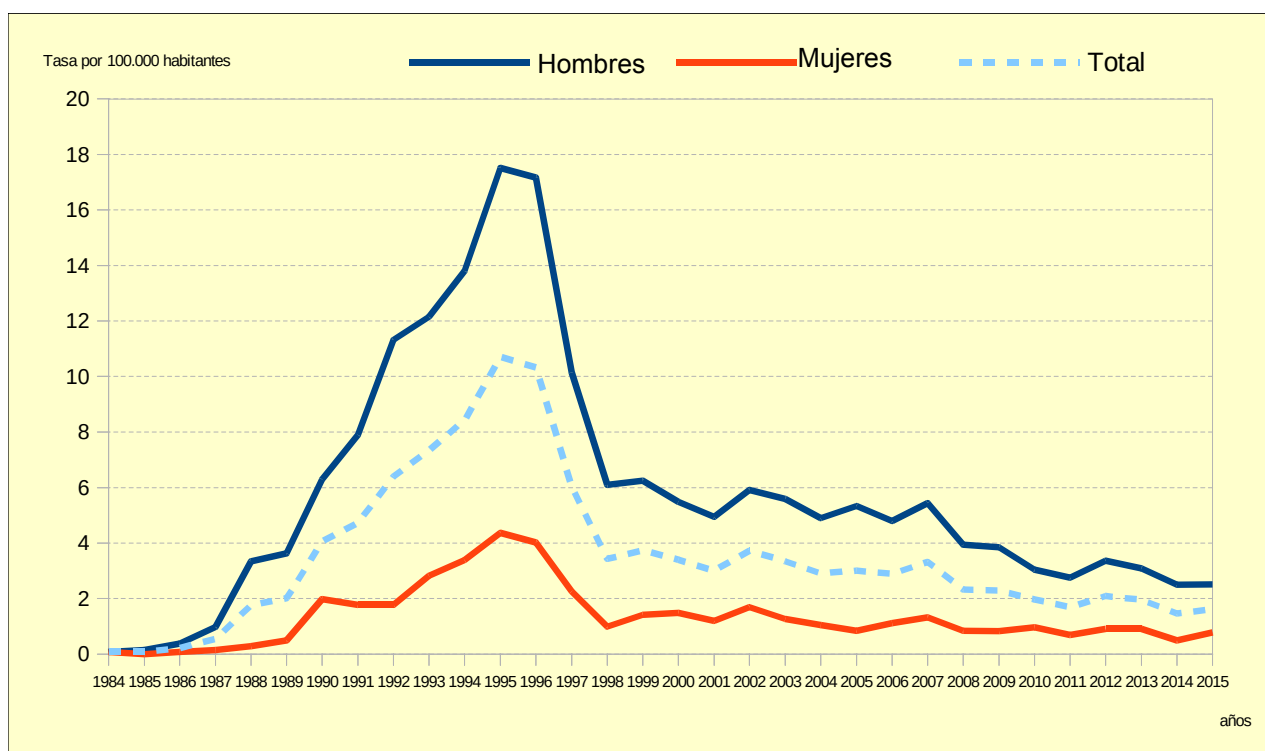
(*) datos provisionales (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

RESULTADOS DEL PERÍODO 1984-2015

Si consideramos el período completo desde 1984 a 2015* (dato provisional este último año), se produjeron en Galicia un total de 3.040 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 70 muertes anuales desde 2008.

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 2008 la tasa no supera las 3 muertes por 100.000 habitantes anuales (no supera los 4 en hombres ni 1 en mujeres).

Gráfico 63. Tasas de mortalidad por el VIH según el sexo y los años. Galicia 1984-2015*



(*) datos provisionales (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

4. MORTALIDAD POR EL VIH-SIDA EN GALICIA: 1984-2015

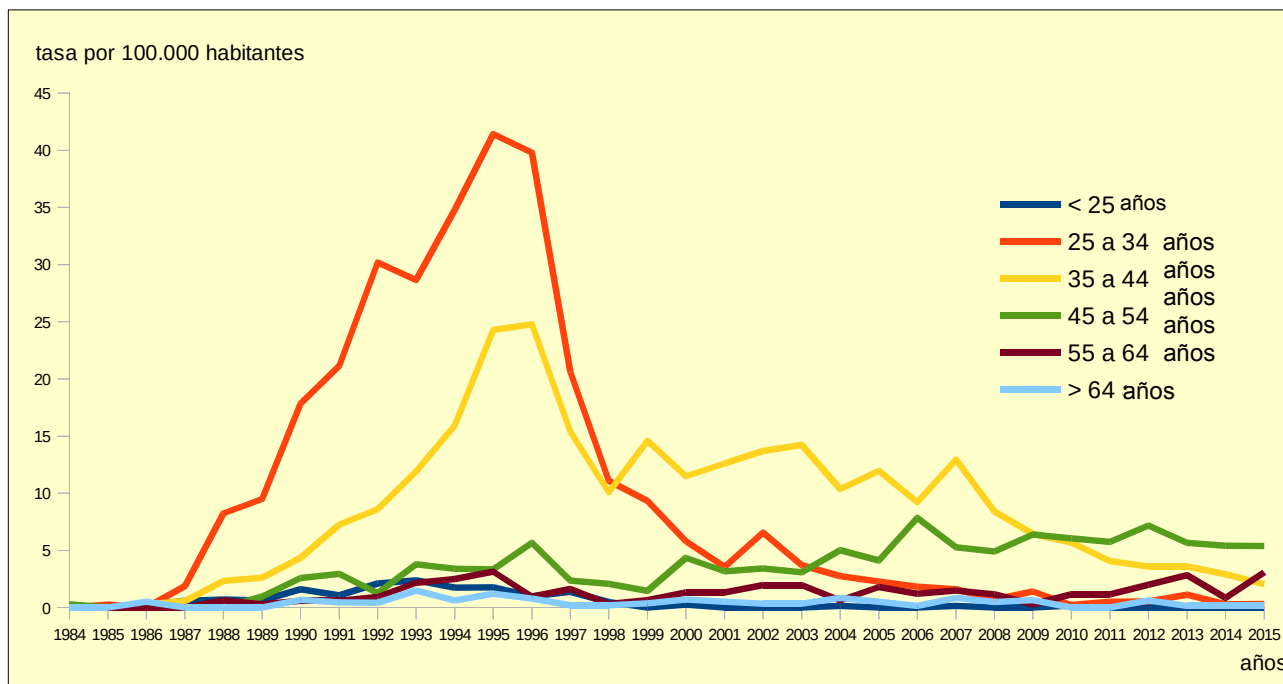
Tabla 19. Defunciones por el VIH-sida. Número y tasa por 100.000 habitantes según el sexo. Galicia 1984-2015*

	Total (N)	Tasa por 100.000 habitantes	HOMBRES (N)	Tasa por 100.000 habitantes	MUJERES (N)	Tasa por 100.000 habitantes
1984	2	0,07	1	0,08	1	0,07
1985	2	0,07	2	0,15	0	0,00
1986	6	0,22	5	0,38	1	0,07
1987	15	0,55	13	0,99	2	0,14
1988	48	1,76	44	3,33	4	0,28
1989	55	2,01	48	3,64	7	0,50
1990	111	4,06	83	6,29	28	1,98
1991	129	4,73	104	7,90	25	1,77
1992	174	6,38	149	11,32	25	1,77
1993	200	7,32	160	12,15	40	2,83
1994	230	8,40	182	13,80	48	3,39
1995	293	10,69	231	17,51	62	4,36
1996	283	10,35	226	17,17	57	4,02
1997	165	6,04	133	10,14	32	2,25
1998	94	3,44	80	6,10	14	0,99
1999	102	3,73	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	3,72	78	5,91	24	1,69
2003	92	3,34	74	5,59	18	1,26
2004	80	2,90	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	3,31	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	44	1,61	33	2,51	11	0,78
	3.040		2.440		600	

(*) datos provisionales (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

Para el total de años las mayores mortalidades se producen en el intervalo de edad de 25 a 44 años pero con unas importantes diferencias según diferentes períodos anuales.

Gráfico 64. tasas de mortalidad por el VIH según los intervalos de edad y los años. Galicia 1984-2015*



(*) datos provisionales (DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

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: 2011-2015

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 primer resultado **que, de ser reactivo, deberá ser confirmado posteriormente** (para la confirmación la prueba más utilizada es la de inmunoelectrofluorescencia o Western-Blot).

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

- Alta sensibilidad (> 99 %) y especificidad (> 99 %), así como elevada reproductibilidad.
- 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 por causas variadas.

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 acuden con frecuencia al sistema sanitario, mediante la realización de una prueba rápida en fluido 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 DGSP y estén autorizadas 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. En el futuro, si los datos procedentes de la fase inicial del proyecto confirman las previsiones de resultados esperados, se estudiará la posibilidad de ofrecer este servicio en algunas oficinas de farmacia a través de un acuerdo con los colegios oficiales de farmacéuticos de Galicia y con los titulares de las oficinas de farmacia interesadas en participar en el proyecto.

Esta formación específica podrán adquirirla las personas que no la tengan en los cursos que la DGSP 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 los resultados de las pruebas rápidas de VIH y de la 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 PROBA 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.

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 exime 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, con el fin de evitar 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 frotará 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 debida 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 del documento de resultados y encuesta epidemiológica

k) **Derivación** al centro de referencia determinado por la DGSP y el Servicio Gallego de Salud de las personas con pruebas de VIH reactivas o no válidas.

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 rápidas del VIH en relación con este proyecto en Galicia en junio de 2011 y hasta el 31 de diciembre de 2016 se realizaron 4.694 pruebas, de las que 73 (1,6 %) fueron “reactivas” y 30 presentaron un resultado “no válido”.

Tabla 20. Pruebas rápidas anónimas del VIH según el sexo, la edad y principales prácticas de riesgo. Galicia 2011-2016*

		TOTAL		REACTIVAS		NO REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	hombres	2.766	59 %	64	88 %	2.702	58 %
	mujeres	1.918	41 %	9	12 %	1.909	41 %
	NC	10	0 %	0	0 %	10	0 %
EDADES	16-24 años	1.213	26 %	19	26 %	1.194	26 %
	25-34 años	1.839	39 %	32	44 %	1.807	39 %
	35-44 años	1.183	25 %	12	16 %	1.171	25 %
	45-54 años	346	7 %	10	14 %	336	7 %
	55-64 años	85	2 %	0	0 %	85	2 %
	65-74 años	17	0 %	0	0 %	17	0 %
	>74 años	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	NC	11	0 %	0	0 %	11	0 %
PRÁCTICA riesgo	HSH	1.127	24 %	48	66 %	1.079	23 %
	Heterosexual	3.192	68 %	19	26 %	3.173	69 %
	UDI	59	1 %	3	4 %	56	1 %
	Otros y NC	315	7 %	3	4 %	313	7 %

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

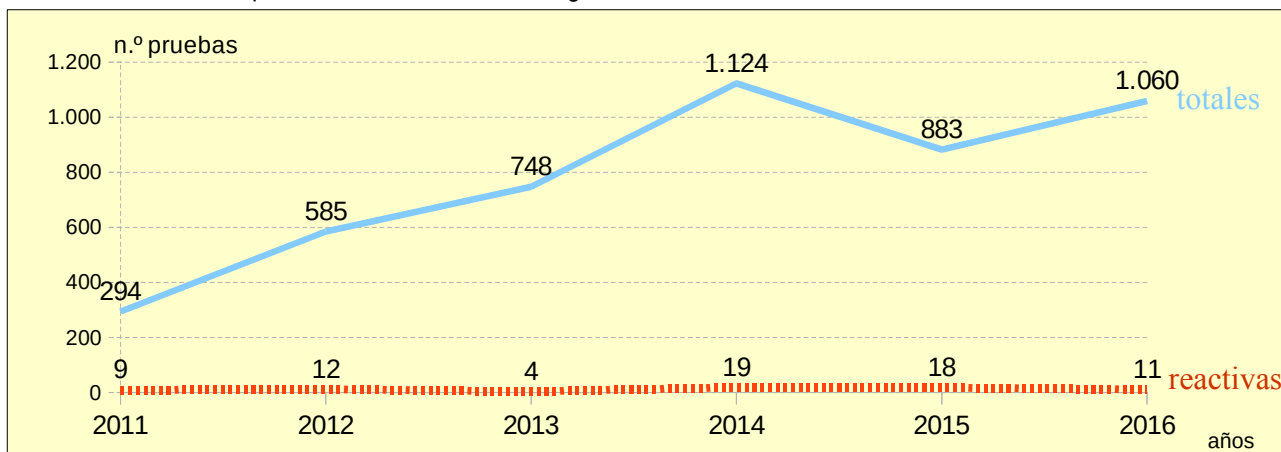
(*) junio de 2011 a diciembre de 2016

El 59 % de las pruebas realizadas correspondió a hombres, el 90 % 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.

5. PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DEL VIH EN GALICIA: 2011-2016

El porcentaje de pruebas reactivas del período fue de 1,6 % (3,1 % en 2011; 2,1 % en 2012; 0,5 % en 2013; 1,7 % en 2014; 2,0 % en 2015; y 1,0 % en 2016).

Gráfico 65. Pruebas rápidas de detección del VIH según los años. Galicia 2011-2016*



(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

(*) junio de 2011 a diciembre de 2016

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

Tabla 21. Nivel de satisfacción con las pruebas rápidas anónimas del VIH realizadas. Galicia 2011-2016*

SATISFACCIÓN CON LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS RÁPIDAS ANÓNIMAS DEL VIH		Número	%
	nada	1	0 %
	poco	1	0 %
	bastante	451	10 %
	mucho	3.778	80 %
	nc/ns	463	10 %

(DGSP: datos a 30 de junio de 2017)

(*) junio de 2011 a diciembre de 2016

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO VIH EN GALICIA: 2005-2016

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel 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, si no 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 piojos (“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, cada año se registran, en todo el mundo, más de 448 millones de casos nuevos curables de ITS (bacterianas y protozoarias) entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. También se producen todos los años millones de ITS atribuibles principalmente al VIH, herpesvirus humanos, al virus del papiloma humano (VPH) y al virus de la hepatitis B (VHB).

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 disminuyó en la década de los 80 gracias a la mejora de los servicios sanitarios y a los cambios de los comportamientos debidos a la aparición del VIH/sida. 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 enfermedades como la infección por el VIH/sida, 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 ahora las ITS no VIH eran consideradas de declaración obligatoria, notificándose a través del Sistema general de notificación obligatoria de enfermedades de Galicia (SGNOE), 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, sífilis congénita, gonococia, hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis.

Tanto a nivel estatal como a nivel 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 2015-2018, constan como objetivos y tareas a controlar las siguientes cuestiones:

Objetivos:

- Obtener información sobre la incidencia de las ITS en Galicia.
- Vigilar la resistencia antimicrobiana de la *Neisseria gonorrhoeae*.
- Vigilar los fallos del tratamiento con los antibióticos recomendados en la infección gonocócica.
- Analizar y difundir la epidemiología de las ITS.

Actividades:

- Modificación del SGNOE para aumentar y mejorar la información sobre ITS en Galicia.
- Desarrollo del protocolo de vigilancia de las resistencias antimicrobianas del gonococo.
- Seguimiento de las gonococias para detectar fallos terapéuticos.

Indicador:

- Informe sobre las ITS en Galicia.
- Informe sobre la resistencia antimicrobiana de la *Neisseria gonorrhoeae*.
- Informe sobre el tratamiento en la infección gonocócica.

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 350 millones evolucionaron a hepatitis crónica. Cada año se producen más de cuatro millones de casos clínicos agudos y anualmente un millón de personas mueren por causa de la hepatitis crónica, la cirrosis o el cáncer de hígado. En Europa, cada año más de un millón de ciudadanos se infectan con el VHB y unos 14 millones de personas tienen infección crónica, de las que cada año fallecen cerca de 40.000.

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 Salud Carlos III (ISC III), en el período 1997-2013, se observa una tendencia a la disminución en la declaración de la hepatitis B con la excepción de un incremento que se inicia en el 2006 hasta el 2008, a partir del cual, se inicia de nuevo una disminución continuada hasta alcanzar en el 2012 el mínimo de toda la serie, 1,31 casos/10⁵ habitantes. En el 2013 hay un pequeño incremento en la notificación que eleva la tasa a 1,38 casos/10⁵ habitantes.

El grupo de otras hepatitis víricas, también sufrió un importante y continuado descenso desde el año 1997. En el caso concreto de la hepatitis C, la prevalencia estimada en España está entre el 1,6 % y el 2,6 %.

La evolución de la incidencia de la 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 observó 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 indican que en este aumento de casos hubo diversos modos de transmisión implicados, entre ellos, la vía sexual. En noviembre de 2016 se produjo un brote en A Coruña asociado principalmente con personas HSH.

Gráfico 66. Incidencia de hepatitis A según a provincia. Galicia 2005-2016.

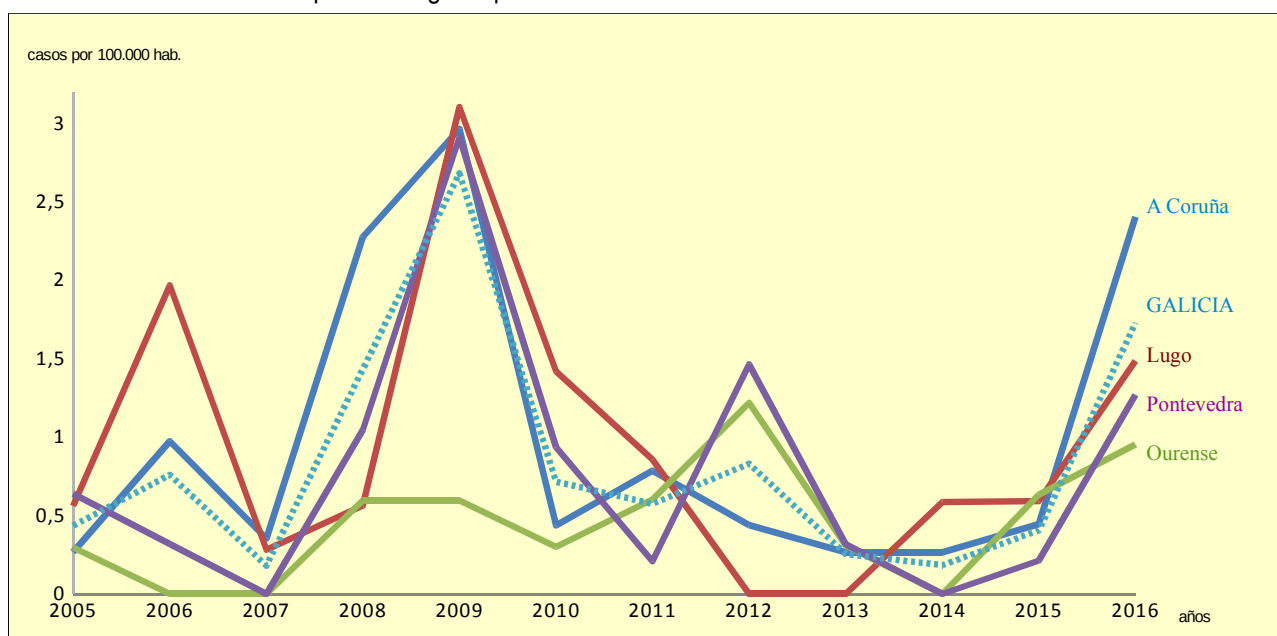
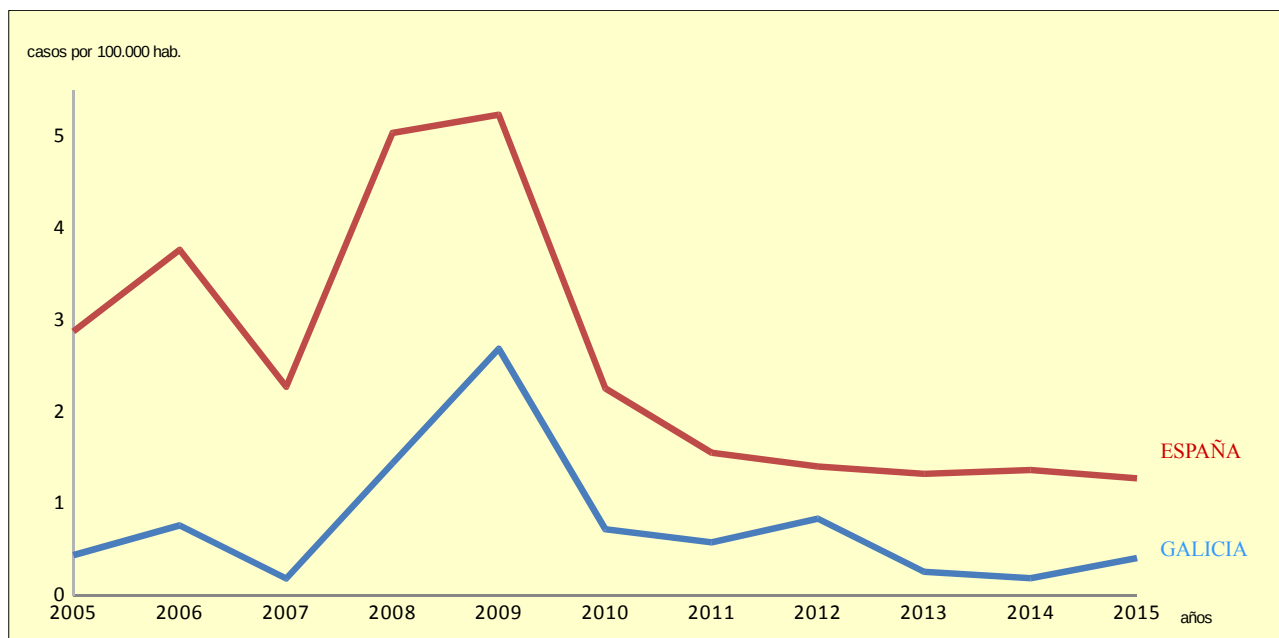


Gráfico 67. Incidencia de hepatitis A. España y Galicia 2005-2015.



Fuente: DGSP e ISC III. Elaborado por la DGSP

Analizando la evolución temporal de la hepatitis B, se ve que, igual que sucede a nivel 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 hay 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 los tenían entre 24 y 57 años (rango: 24-83). La investigación que se desarrolló, orientó a que una buena parte del aumento de casos estuvo relacionado con la transmisión heterosexual con antecedentes de contacto con prostitución.

Gráfico 68. Incidencia de hepatitis B según la provincia. Galicia 2005-2016.

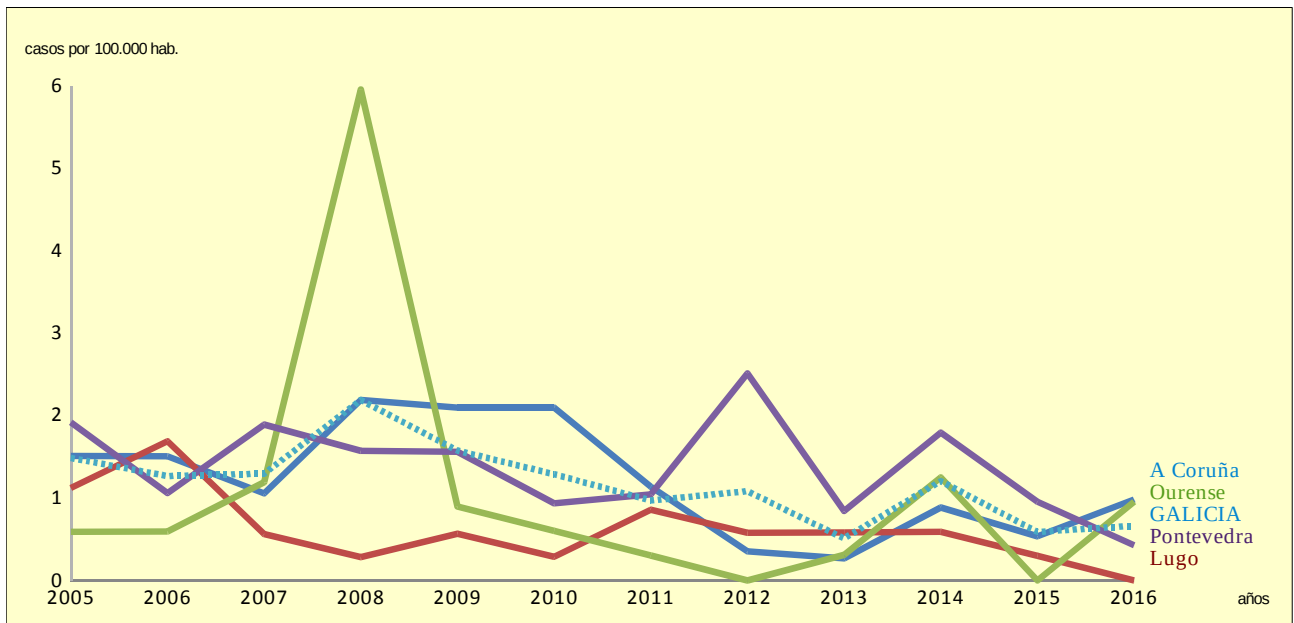
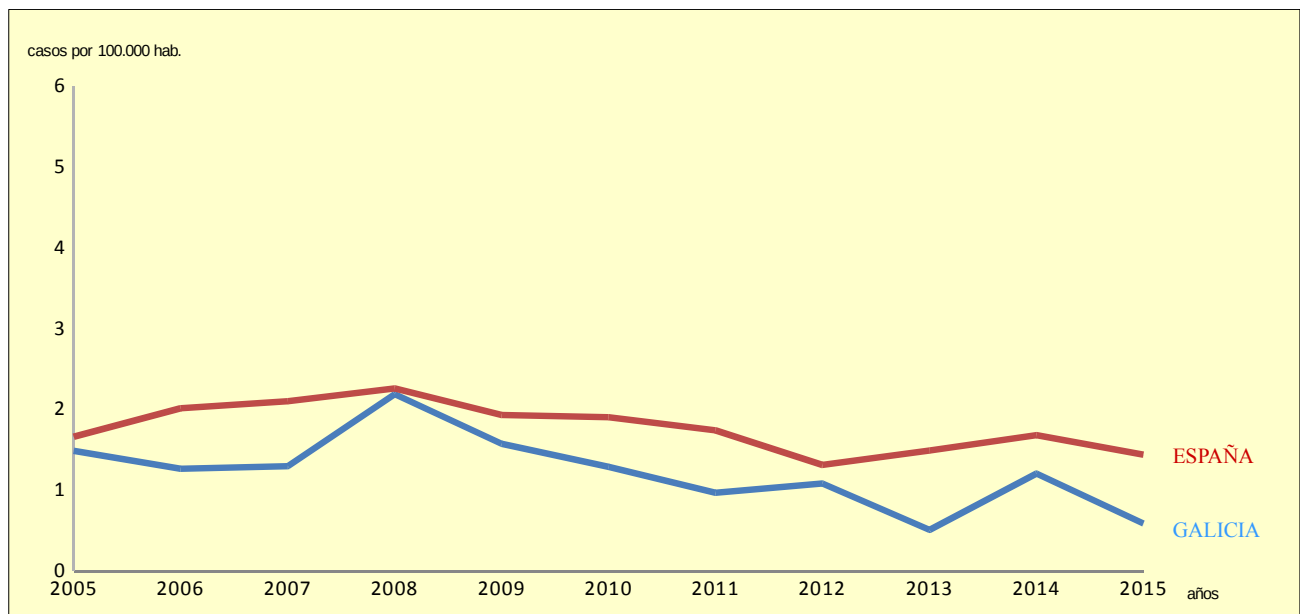


Gráfico 69. Incidencia de la hepatitis B. España y Galicia 2005-2015.



Fuente: DGSP e ISC III. Elaborado por la DGSP

VIRUS DEL HERPES SIMPLE

La principal causa de úlceras genitales en los países en vías de desarrollo es la infección por el virus del herpes simple (VHS), principalmente por el VHS-2. El VHS-1 suele presentarse en los labios, boca o cara y se adquiere principalmente en la infancia. Este virus también era responsable de úlceras genitales en mucha menor medida que el VHS-2 pero la incidencia está aumentando, posiblemente debido a la disminución de las primoinfecciones en la infancia y a los cambios en el comportamiento sexual oro-genital que hacen que la presentación de la enfermedad en la zona genital aumente en la edad adulta.

También en nuestro entorno, el VHS es la principal causa de úlceras anogenitales y favorece la transmisión de la infección por el VIH.

La incidencia y prevalencia de esta infección es muy variable de unos países a otros y también entre grupos de población. En todo el mundo, la infección aumenta con la edad, afecta más a las mujeres y se da más en grupos con prácticas sexuales de riesgo.

Encuestas transversales serológicas realizadas en ocho países europeos muestran una prevalencia del 4 % al 24 % en mayores de 12 años. Con carácter general, la infección por el VHS-2 es más frecuente en el norte de Europa que en el sur.

A nivel estatal, tenemos datos de la infección genital por herpes a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM) que, aunque son datos limitados por el número de laboratorios, CCAA participantes y por los factores que influyen en el número de muestras tomadas, informan de un aumento de la notificación anual (198 casos en 2009 y 546 en 2013 /14).

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Hay más de 40 serotipos de virus del papiloma humano (VPH) responsables de ITS en humanos, de los cuales, unos 18 pueden provocar cáncer. Los tipos 16 y 18 son los causantes del 70 % de los cánceres de cérvix.

Al VPH se le atribuyen anualmente, en todo el mundo, unos 500.000 casos de cáncer de cérvix y unas 240.000 defunciones por este cáncer. También es responsable, en menor medida, de ciertos cánceres en ano, vulva, vagina, pene, cabeza y cuello; así como de las verrugas anogenitales y de la papilomatosis respiratoria recurrente.

Más de 58.000 cánceres de cérvix son diagnosticados anualmente en Europa. La prevalencia media de la infección en mujeres con citología normal se estima en torno al 11 %, siendo muy variable entre los diferentes países y regiones (9,8 % en el norte de Europa, 11,7 % en el sur, 9,5 % en el oeste y 14,2 % en la Europa del este).

En España, el Estudio Cleopatra, realizado en una muestra de 3.261 mujeres de 18 a 65 años, mostró una prevalencia de infección por VPH del 14,3 % (12,2 % de serotipos de alto riesgo), que aumenta hasta el 28,8 % en las mujeres de 18 a 25 años. Los serotipos de alto riesgo más frecuentes fueron el 16 (prevalencia del 2,9 %), el 52 (1,8 %), el 51 (1,6 %), el 31 (1,3 %), y el 66 (1,2 %). El serotipo 16 estaba presente en el 16,9 % de las muestras positivas.

Los datos sobre la prevalencia de la infección por VPH en España en los hombres son parciales. En un estudio se obtuvieron muestras en el pene de las parejas de mujeres con cáncer cervical. La prevalencia de infección por VPH fue de 21,6 % en las parejas de mujeres con carcinoma in situ, de 11,9 % en las parejas de mujeres con cáncer cervical invasivo y de 3,6 % en las parejas de mujeres del grupo control.

La incidencia de verrugas genitales en España, en la población de 14 a 64 años, se estima en 118 casos/10⁵ habitantes (137 en hombres y 100 en mujeres) y la prevalencia en ese mismo grupo de edad fue de 182 casos/10⁵ habitantes (203 en hombres y 162 en mujeres).

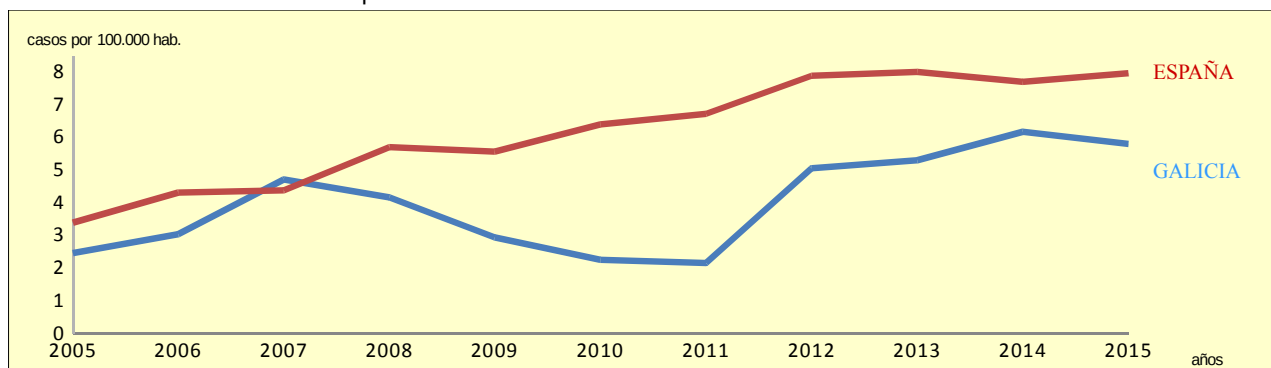
SÍFILIS

Según la OMS, se infectan anualmente con el *Treponema Pallidum* casi 11 millones de personas. En el año 2011, 29 países de la EU/EEA comunicaron 19.798 nuevos casos de sífilis, lo que supuso una tasa de 4,9 casos/10⁵ habitantes; de los que el 63 % de los casos fueron comunicados por Alemania, Reino Unido, España y Rumanía. Los casos en hombres fueron casi 4 veces más frecuentes que en las mujeres y en aquellos casos con información sobre la categoría de transmisión, el 42 % fueron en HSH. Uno de cada 6 casos se produjeron en jóvenes de 15 a 24 años de edad. La evolución por países es divergente, del 2007 al 2011 los mayores aumentos se dieron en Dinamarca, Malta, Eslovenia, Eslovaquia, Irlanda y Noruega.

La sífilis congénita sigue presente en Europa, aunque el número de casos es bajo. Este hecho debería ser inadmisiblemente 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 continuó 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 2013 en el que se alcanzó una tasa de 8 casos/10⁵ habitantes.

Gráfico 70. Incidencia de sífilis.España e Galicia 2005-2015.

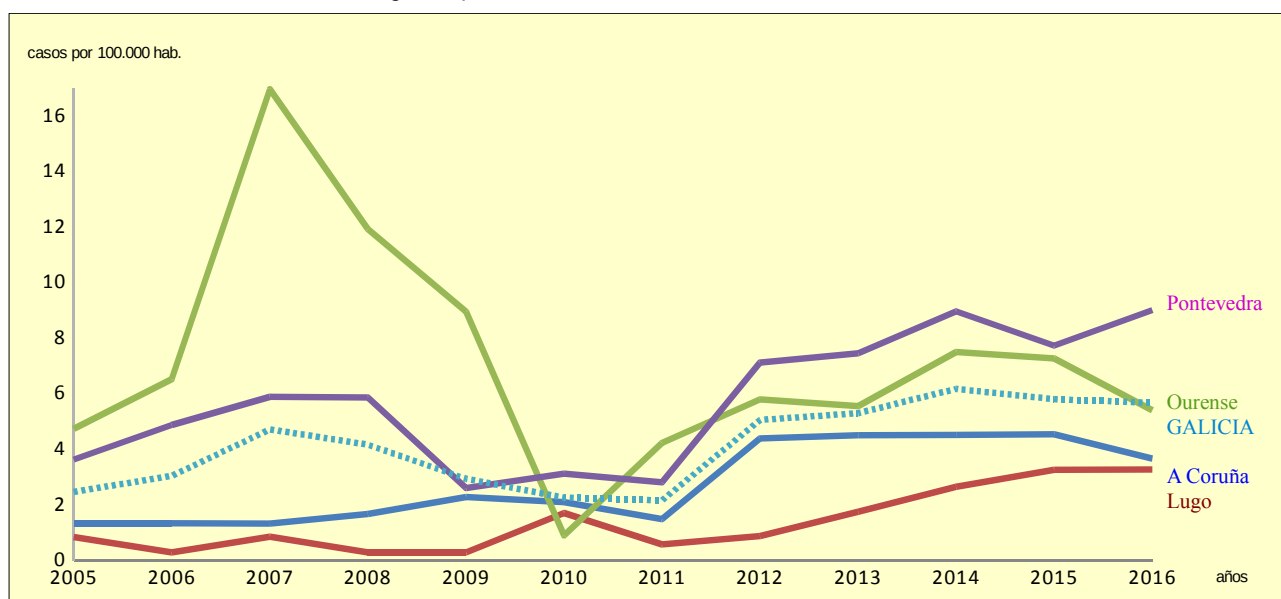


Fuente: DGSP e ISC III. Elaborado por la DGSP

Por otro lado, la lacra de la sífilis congénita continúa. En la primera década de este siglo, hubo una media de case 14 casos declarados por año; en el comienzo de esta segunda década hay una disminución con 7, 6 y 7 casos declarados en el 2011, 2012 y 2013 respectivamente (datos del ISC III).

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 aumentando continuamente hasta alcanzar una incidencia anual en 2007 de 4,72 casos/10⁵ habitantes, que está cerca de la incidencia de 1988 (5,4 casos/10⁵ habitantes). en el año 2008 comienza de nuevo una tendencia decreciente que se mantiene hasta el año 2011 (2,15 casos /10⁵ habitantes), a partir del cual se produce un aumento hasta alcanzar en el 2013 una tasa de 5,3 casos/10⁵ habitantes.

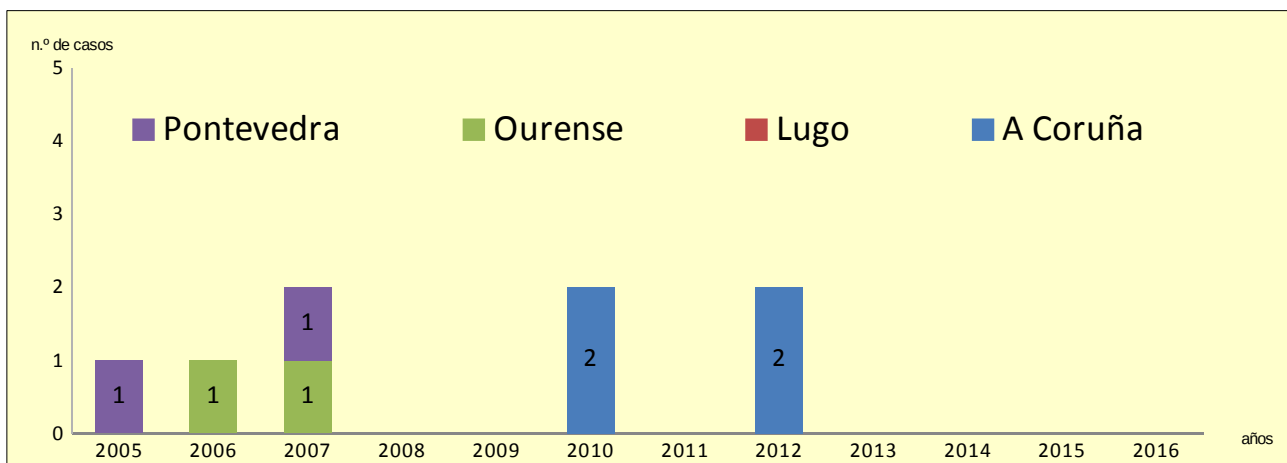
Gráfico 71. Incidencia de la sífilis según la provincia. Galicia 2005-2016.



Si nos comparamos con la situación estatal, la incidencia estatal es mayor, siendo la evolución muy parecida (salvo en el descenso de los años 2008-2011).

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 de los servicios sociales. En Galicia, esto viene corroborado por el hecho de que la gran mayoría de los casos de nuestra comunidad autónoma se dan en hijos 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 8 casos de sífilis congénita.

Gráfico 72. Casos de sífilis congénita según la provincia. Galicia 2005-2016.



GONOCOCIA

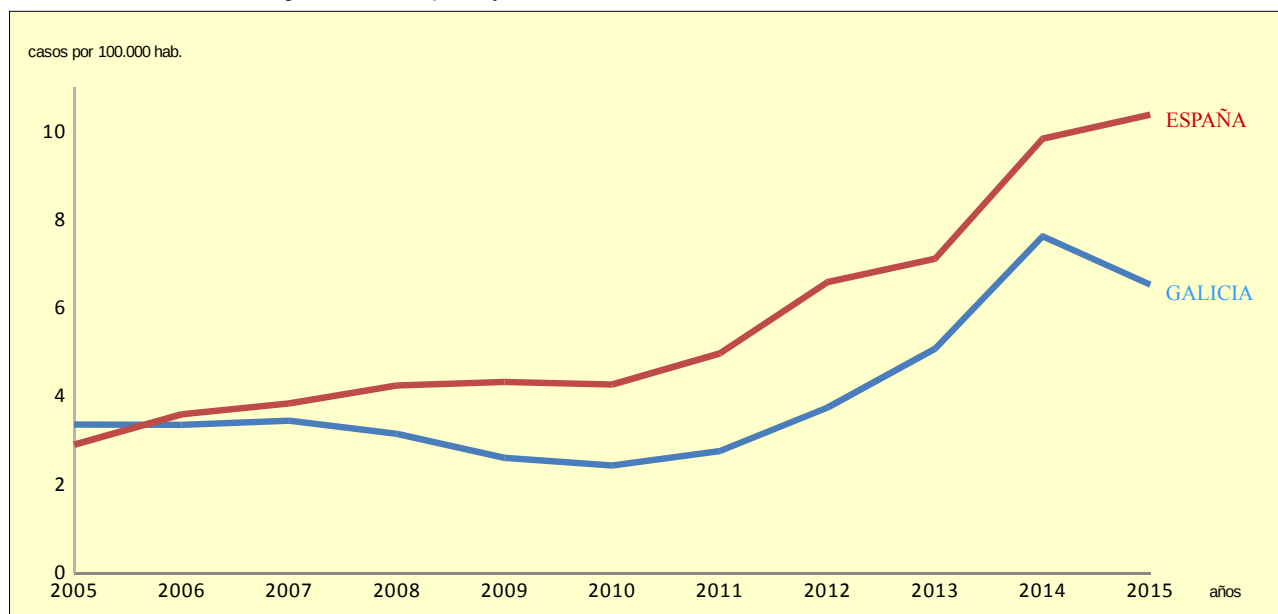
A nivel mundial, la OMS calcula que se producen cada año 106 millones de nuevos casos de gonococia.

La incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países de la UE/EEA en 2011 fue de 12,6 casos/10⁵ habitantes (39.179 casos) en los que el 33 % de los casos notificados fueron en HSH. Los hombres representaron el 73% de todos los casos comunicados y más del 40 % de los casos se dieron en menores de 25 años. La tasa anual se incrementó un 19 % de 2007 al 2011.

En España, en la década de 1986 a 1995 se produjo el descenso más acusado pasando de 31.250 casos a 4.599. Los casos siguieron disminuyendo hasta el año 2004 y desde ese año comienza a aumentar continuamente hasta el año 2012; con una incidencia anual de 11,7 casos/10⁵ habitantes en 1995, de 2,5 casos/10⁵ habitantes en 2004 y de 7,1 casos/10⁵ habitantes en 2013 (datos del ISC III).

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 llevó 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.

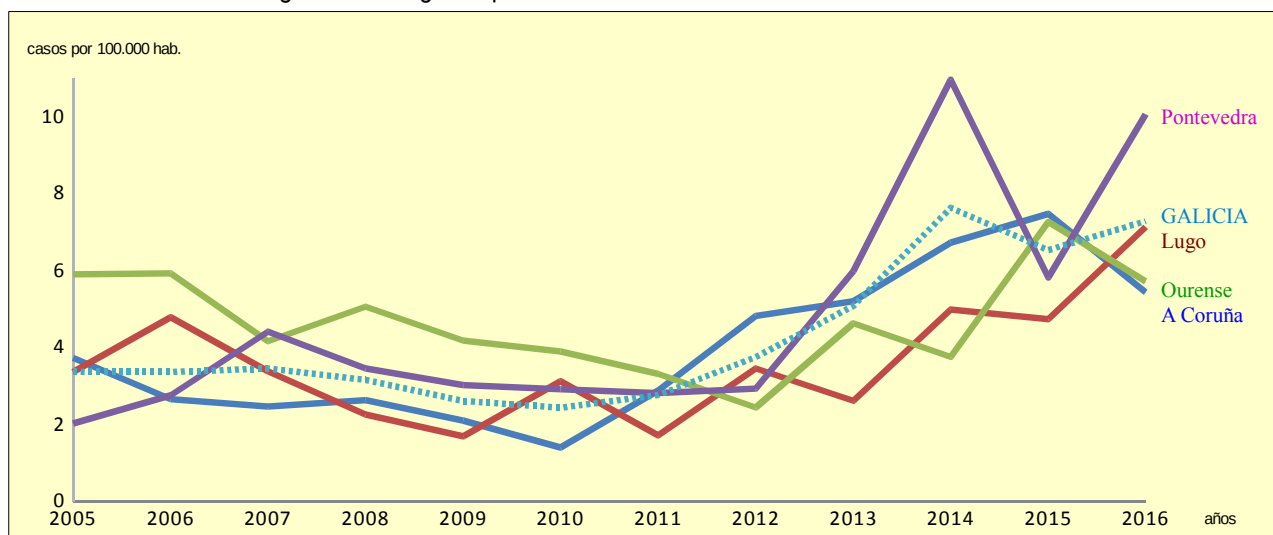
Gráfico 73. Incidencia de gonococia. España y Galicia 1997-2015.



Fuente: DGSP e ISC III. Elaborado por la DGSP

En Galicia la infección gonocócica es la ITS que sufrió la disminución más espectacular. En 1985 se declararon 3.456 casos; en el año 2000 fueron 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). En los años 2007, 2008 y 2009, la incidencia de sífilis superó a la de la gonococia por primera vez en la historia. A partir de 2010 se produce un incremento anual hasta alcanzar una tasa en el 2013 de 5,1 (140 casos), incremento que se da principalmente en varones jóvenes.

Gráfico 74. Incidencia de gonococia según la provincia. Galicia 2005-2016



Si analizamos la distribución provincial de la sífilis y gonococia en el período 2005-2012, observamos que tanto la incidencia anual de la sífilis como la de la gonococia son, en general, superiores en la provincia de Ourense.

En Galicia tenemos en estos últimos años un incremento de casos notificados de gonococia. La investigación epidemiológica que se realizó 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. Cumple 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

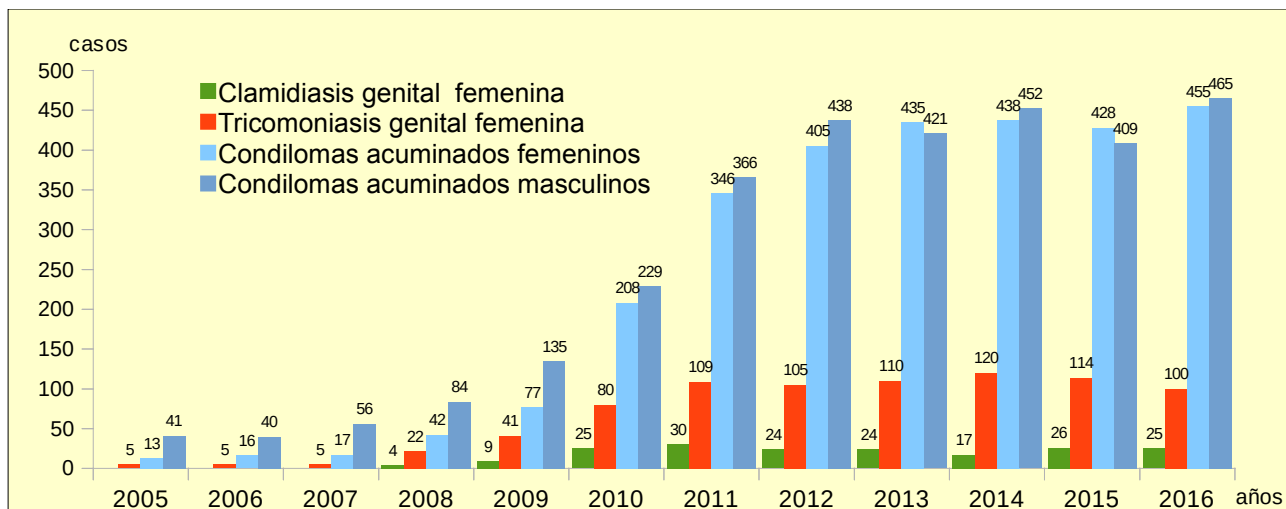
Una de las ITS más comunes es la producida por unos serotipos determinados de la *Chlamydia Tracomatis*, que presentan apetencia por las mucosas. El número de nuevas infecciones es cada vez mayor en todo el mundo, de las cuales aproximadamente un 50-70 % son asintomáticas. La OMS calcula que se producen anualmente en todo el mundo 105,7 millones de nuevos casos.

En Europa, la clamidiasis es la ITS más declarada. En 2011, se notificaron 346.911 casos, lo que representó una tasa de 175 casos/10⁵ habitantes. Esta infección afecta principalmente a la juventud (73% se dan en personas de 15-24 años) y a mujeres jóvenes en las que la tasa es de 1.748 casos/10⁵ habitantes. La incidencia real posiblemente sea mucho mayor debido a la frecuencia de las infecciones asintomáticas y a una infradeclaración.

Como no caso do herpes genital, a nivel estatal, tenemos datos de la infección por *Chlamydia Tracomatis* a través del SIM del ISC III que, con las limitaciones ya comentadas, informan 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 y en el año 2013, 1.404 casos. La mayoría de los casos son en población de 15 a 34 años.

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 protatitis/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 75. Casos de diversas ITS según el sexo y los años. Galicia 2005-2016



(codificadas con CIAP 2 y registrados en el SIAC AP)

LINFOGRANULOMA VENÉREO

El linfogranuloma venéreo (LGV) producido por otros serotipos de la *Chlamydia Tracomatis* que presentan trofismo por el sistema linfático, era muy poco frecuente en Europa Occidental y los casos que había eran importados. No obstante, desde 2003, se registraron brotes de LGV en las principales ciudades de Europa, América del Norte y Australia relacionados principalmente con prácticas sexuales de riesgo en HSH infectados por el VIH.

En España el primer caso identificado fue en Barcelona en el año 2005, y desde entonces se produjeron varios brotes en diversas regiones del territorio.

TRICOMONAS

A pesar de que la tricomoniasis es posiblemente la ITS más común, los datos sobre su prevalencia e incidencia son limitados. En el año 2008, la OMS calculaba que se producían anualmente en todo el mundo 276,4 millones de casos nuevos, de los que 22,6 millones se producen en Europa (incluida Rusia).

Estos informes son resultado del esfuerzo y dedicación de los sanitarios que colaboran con la Dirección General de Salud Pública. La mayoría de estos profesionales de la salud trabajan en los siguientes centros sanitarios:

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA
Servicio de Medicina Interna
As Xubias de Arriba, 84
15006 A Coruña
Tel.: 981 178 000
- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO
Servicio de Medicina Interna
Travesía de la Choupana, s/n
15706 Santiago de Compostela
Tel.: 981 950 000
- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO ARQUITECTO MARCIDE
Servicio de Medicina Interna
Estrada de San Pedro de Leixa, s/n
15045 Ferrol
Tel.: 981 334 000
- HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI
Servicio de Medicina Interna
San Cibrao, s/n
27004 Lugo
Tel.: 982 296 000
- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE
Servicio de Medicina Interna
Rúa Ramón Puga, 54
32005 Ourense
Tel.: 988 385 500
- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA
Servicio de Medicina Interna
Rúa Loureiro Crespo, 2
32002 Pontevedra
Tel.: 986 800 000
- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO
Servicio de Medicina Interna del Xeral-Cíes
Rúa Pizarro, 22
36204 Vigo
Tel.: 986 816 000
Unidad de Patología Infecciosa del Meixoeiro
O Meixoeiro, s/n
36200 Vigo
Tel.: 986 811 111
- POLICLÍNICO VIGO, SA (POVISA)
Servicio de Medicina Interna
Rúa Salamanca, 5
36211 Vigo
Tel.: 986 413 144

galicia

Consellería
de Sanidade

Dirección Xeral
de Saúde Pública

Informes

54

F