

Informe VIH e outras ITS en Galicia 2025

Infeccións polo VIH: 2004-2024
Altas hospitalarias en relación co VIH: 2000-2024
Mortalidade polo VIH: 1984-2023
Xenotipado do VIH-1: 1999-2024
Probas de detección rápidas do VIH: 2011-2024
Infeccións de transmisión sexual non VIH: 2015-2024





XUNTA
DE GALICIA

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

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2025

1. ABREVIATURAS.....	5
2. PRESENTACIÓN.....	7
3. RESUMO EXECUTIVO.....	8
4. INFECCIÓNS POLO VIH EN GALICIA:.....	12
5. 2004-2024.....	12
A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2024.....	12
DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA, POR SEXO E IDADE NA INFECCIÓN POLO VIH.....	14
CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN NA INFECCIÓN POLO VIH.....	19
ESTADIO CLÍNICO NA INFECCIÓN POLO VIH.....	26
ORIXE XEOGRÁFICO DAS PERSOAS INFECTADAS POLO VIH.....	29
DIAGNÓSTICO TARDÍO NA INFECCIÓN POLO VIH.....	32
A SIDA EN GALICIA: 1984-2024.....	37
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....	43
6. ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2024.....	45
METODOLOXÍA.....	45
RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2024.....	46
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....	60
7. MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA: 1984-2023.....	62
RESULTADOS DO ANO 2023.....	63
RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2023.....	65
8. PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2024.....	68
DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA.....	70
PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUÍDO ORAL.....	72
RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA.....	75

RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA DO VIRUS DA HEPATITE C EN GALICIA.....	77
9. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2015-2024.....	78
10. XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA: 1999-2024.....	100
11. BIBLIOGRAFÍA.....	110

ABREVIATURAS

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

SINIVIH	Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH
SIDIVIHG	Sistema de información dos diagnósticos sobre a infección polo VIH de Galicia
SIMG	Sistema de información microbiolóxica de Galicia
SXNOE	Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades
TAR	Terapia antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de grande actividade
VIH	Virus da inmunodeficiencia humana
VHA	Virus da hepatite A
VHB	Virus da hepatite B
VHC	Virus da hepatite C
VHS	Virus do herpes simple
VPH	Virus do papiloma humano

PRESENTACIÓN

Dende a Dirección Xeral de Saúde Pública presentamos este informe anual sobre a situación epidemiolóxica da infección polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH), así como das principais Infeccións de transmisión sexual en Galicia.

Este documento dá continuidade ao labor iniciado tras a detección dos primeiros casos de SIDA na nosa comunidade no ano 1984 e consolida o compromiso sostido da Consellería de Sanidade coa análise rigorosa, a transparencia informativa e a planificación sanitaria baseada en evidencia.

A difusión anual deste informe constitúe unha ferramenta esencial para orientar as políticas de prevención e control, así como para apoiar o traballo de profesionais asistenciais, laboratorios, entidades sociais, administracións locais e grupos comunitarios. O esforzo conxunto de todos eles contribuíu ao descenso de casos de VIH observado na última década e a avanzar nos obxectivos estratéxicos marcados pola Consellería de Sanidade.

Para rematar, quero expresar o meu máis profundo agradecemento a todas as persoas e equipos profesionais que colaboran de maneira constante na prevención das ITS. Grazas ao seu traballo rigoroso e á súa dedicación é posible dispoñer dunha visión precisa da evolución destas ITS, co obxectivo común de continuar reducindo o seu impacto na nosa sociedade.

Carmen Durán Parrondo

Directora xeral de Saúde Pública

RESUMO EXECUTIVO

Obxectivos do informe

- Cuantificar os novos diagnósticos de infección polo VIH e a súa evolución temporal.
- Cuantificar os novos diagnósticos de casos de SIDA e a súa evolución temporal.
- Describir a morbilidade polo VIH.
- Describir a mortalidade polo VIH.
- Avaliar os datos das probas rápidas de detección do VIH en persoas que non adoitan acudir ao sistema sanitario.
- Avaliar os datos do xenotipado de VIH 1 en Galicia.
- Cuantificar os novos diagnósticos de infección de transmisión sexual (ITS) non VIH máis importantes.

Ámbito xeográfico, poboación e períodos de estudo

Recóllense os novos diagnósticos de infección polo VIH das persoas residentes en Galicia dende 2004 ao 2024 e dos casos de SIDA dende 1984 ao 2024. A mortalidade refírese ao período de 1984 a 2023 e a morbilidade ao de 2000 a 2024. As probas rápidas de detección do VIH son de 2011 a 2024. As probas de xenotipado son do ano 2024. Os novos diagnósticos de ITS non VIH comprenden o período 2015-2024.

Metodoloxía e análise dos datos

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

As principais variables de análise foron: ano de diagnóstico do VIH, ano de diagnóstico da SIDA, idade no momento de diagnóstico do VIH, sexo, categoría de transmisión, pro-

vincia de orixe e número de linfocitos CD4 no momento do diagnóstico de infección polo VIH.

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

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

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

Os datos de probas rápidas de detección do VIH proceden das enquisas achegadas polas entidades colaboradoras coa DXSP na realización das probas.

Para a información de mortalidade usáronse datos do Rexistro de Mortalidade de Galicia.

A información do xenotipado de VIH-1 foi achegada polo Centro Nacional de Microbioloxía, do Instituto de Saúde Carlos III (ISCIII).

Para a información sobre ITS non VIH usáronse datos do sistema de vixilancia epidemiolóxica de Galicia (VIXIA).

Principais resultados

Entre 2004 e 2024 rexistráronse en Galicia 3.522 novos diagnósticos de infección polo VIH (nestes vinte anos presentáronse 1.049 casos de SIDA, polo que houbo dúas veces máis de rexistro de infección ca de enfermidade), cunha media anual de 168 infeccións, o que representa unha incidencia anual media de 6,1 casos por 100.000 habitantes (por debaixo da incidencia do conxunto das comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente ao Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH estatal, que foi de 9,5 casos por 100.000 habitantes e ano entre 2004 e 2023), dos cales as catro quintas partes foron homes e a idade media foi de 38,5 anos.

A práctica de risco máis asociada coa infección polo virus nos vinte anos analizados foi a das relacións sexuais no 80,5 % das ocasións (44,9 % entre homes que teñen sexo con outros homes -HSH- e 35,6 % heterosexual), as infeccións por compartir material de inxección para drogas supoñen o 13,1 % dos casos rexistrados de nova infección polo VIH (presentando unha tendencia descendente, cun cambio relativo –CR– dun 16,7 % anual).

Ademais, se consideramos illadamente o sexo masculino, é moito máis frecuente a transmisión por relacións entre HSH (55,6 %) ca a vía heterosexual (25,5 %).

O 48,6 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío (DT) cando foi diagnosticado (en homes o 48,2 % e o 54,9 % en mulleres).

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

De 2000 a 2024 observouse unha importante diminución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH e a maioría destas persoas ingresou por patoloxías non relacionadas co virus (diminúen as hospitalizacións con diagnóstico principal de infección polo VIH, así como aquelas de enfermidades definitorias da SIDA, e aumentan as altas por outras enfermidades non relacionadas co VIH –dende 2015 máis do 80 % dos ingresos foron por patoloxías non relacionadas co VIH–).

A mortalidade dende 2019 sitúase por debaixo de 1 morte por 100.000 habitantes, maioritariamente en persoas de 40 a 69 anos.

Un 1,5 % das probas rápidas de detección do VIH foron reactivas.

En relación coa sífilis e gonococia, obsérvase o aumento na tendencia anual, pero sempre por debaixo das cifras de casos de toda España.

Conclusións

- O VIH transmítese maioritariamente por vía sexual.
- A transmisión do VIH entre HSH é a categoría máis presente.
- Existe un maior atraso no diagnóstico polo VIH cando o mecanismo da transmisión está vinculado a prácticas sexuais non seguras, sen protección. O atraso no diagnóstico da infección polo VIH é moi importante, principalmente cando a transmisión é por manter prácticas sexuais non seguras.
- Os infectados non orixinarios de España representan o 21,5 % entre 2004 e 2024, pero no último ano representaron o 43,8 % dos casos.
- A mortalidade polo VIH segue diminuindo pouco a pouco.
- As taxas de novos diagnósticos polo VIH son inferiores ás de España.
- O 1,5 % das probas rápidas de detección do VIH foron reactivas, o que facilitou o diagnóstico precoz da infección e a posibilidade de chegar a colectivos con escaso contacto cos servizos de saúde.
- As infeccións de transmisión sexual non VIH mostran unha tendencia ao aumento o que leva ao aumento das taxa globais destas enfermidades.

INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2024

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

Este informe recolle información sobre os novos diagnósticos da infección polo VIH en Galicia durante os anos 2004 a 2024 e dos diagnósticos de casos de SIDA en Galicia entre os anos 1984 e 2024, datos que son facilitados polo persoal médico en exercicio no ámbito territorial da Comunidade galega (tal como se recolle no Decreto 136/2018, do 4 de outubro, polo que se crea e se regula o SIDIVIHG), o que permite coñecer a evolución temporal e xeográfica da infección e a súa distribución entre a poboación con diferentes prácticas de risco.

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

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

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

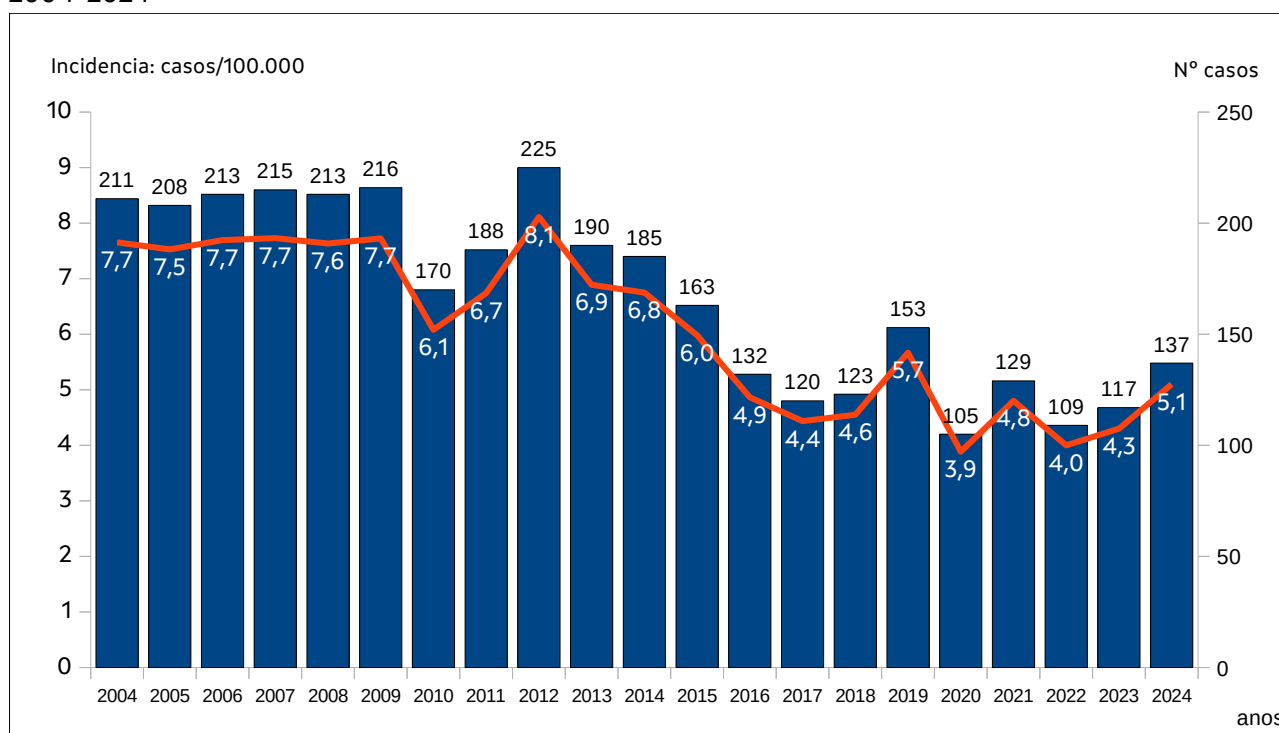
A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2024

No ano 2024 foran declarados en Galicia 137 novos diagnósticos, o que representa unha incidencia acumulada de 5,1%, aumentando con respecto ao ano anterior.

* Todas as taxas que se citan neste informe sobre o diagnóstico de infección polo VIH en Galicia 2004-2024 teñen en conta poboacións a partir da interpolación dos datos do padrón correspondentes e están referidas ao 1 de xullo de cada ano.

No conxunto do período 2004-2024, súmanse un total de 3.522 casos entre os anos 2004 e 2024, cunha media de 168 infeccións anuais. Representa unha incidencia anual de $6,1/10^5$ hab., por debaixo da incidencia do conxunto das comunidades autónomas españolas que declaran ao SINIVIH unha incidencia de $6,65/10^5$ hab. e ano entre 2004 e 2024*.

Gráfico 1. Número de casos e incidencia de infección polo VIH segundo ano de diagnóstico: Galicia 2004-2024

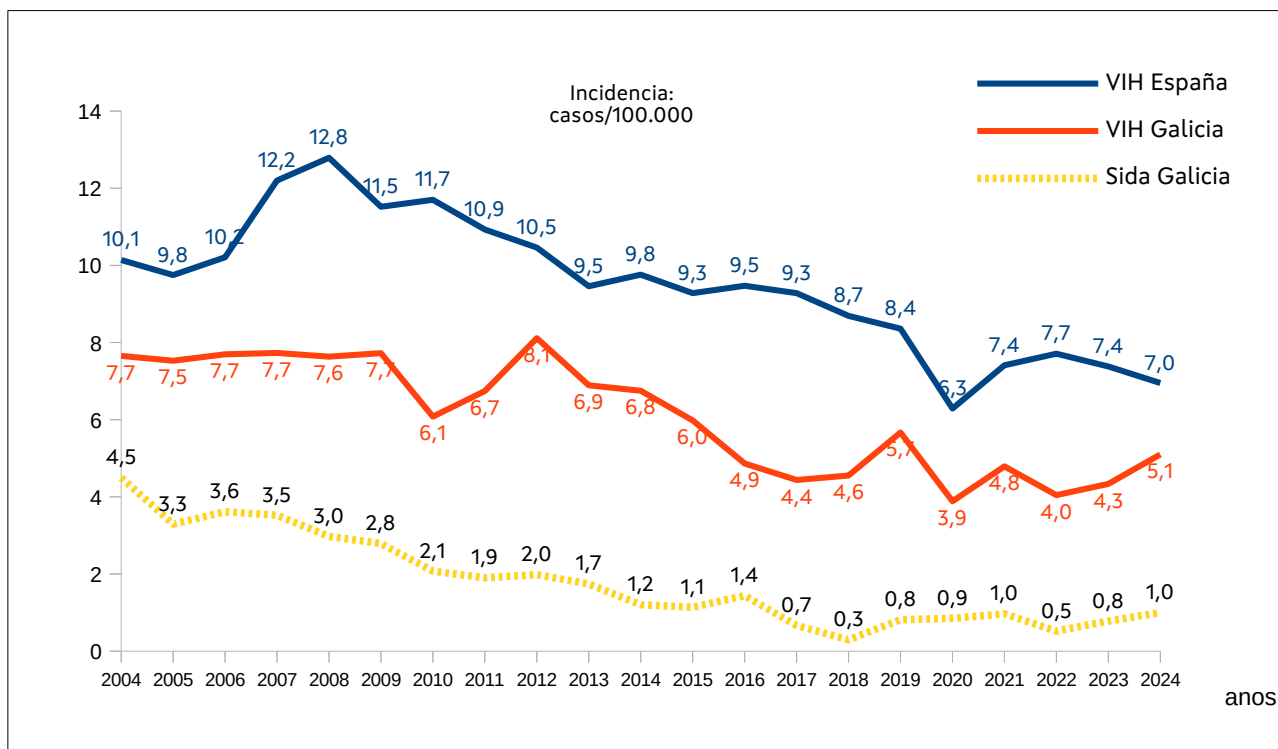


DXSP: datos no 30 de xuño de 2024

(*)Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2023. Actualización de 30 de junio de 2024. Ministerio de Sanidad.

Obsérvase unha incidencia estable ata 2012. Posteriormente obsérvase unha diminución de casos de infección ata o 2019 que soben novamente debido á declaración automática dos casos dende os laboratorios de microbioloxía dos diferentes hospitais do Servizo Galego de Saúde (Sergas), o que diminúe a infradeclaración de casos. A infradeclaración estimada en España sitúase en $6,95/10^5$ hab. anual.

Gráfico 2. Incidencia da infección polo VIH e SIDA por ano de diagnóstico. Galicia e España 2004-2024

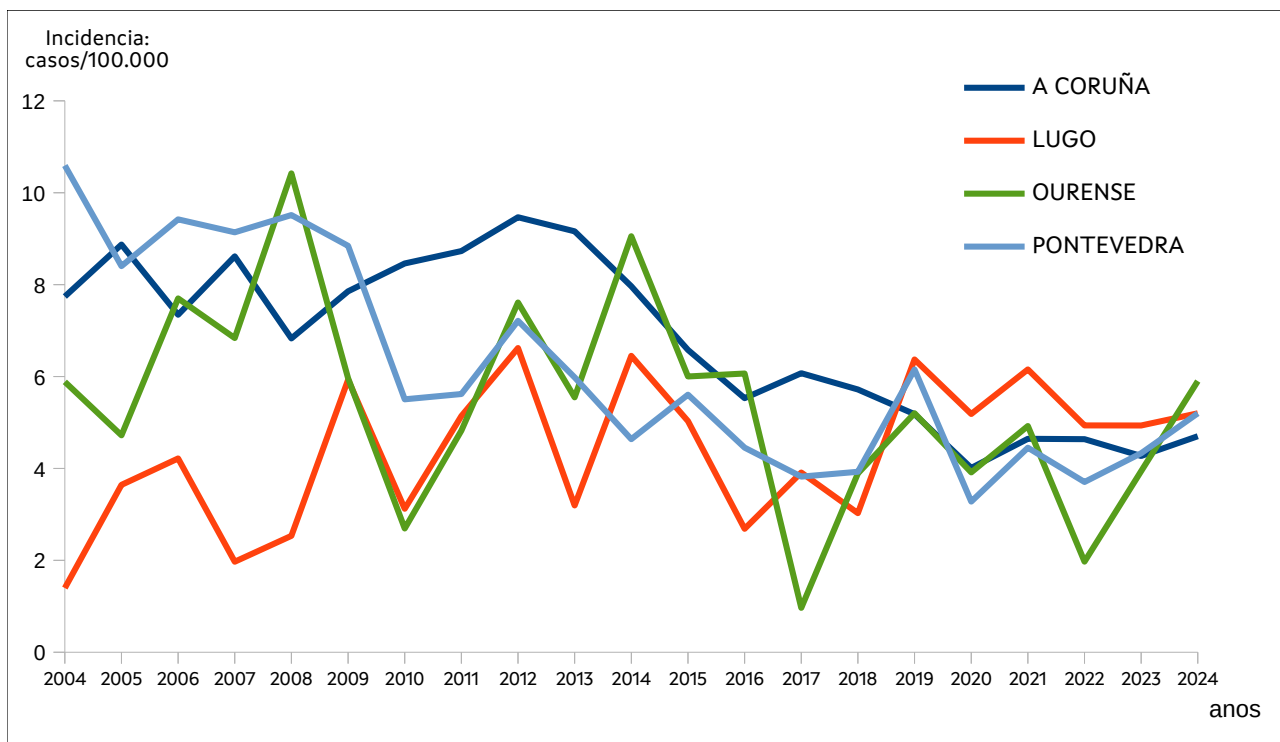


(DXSP: datos no 30 de xuño de 2024)

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA, POR SEXO E IDADE NA INFECCIÓN POLO VIH

A distribución xeográfica da incidencia entre 2004 e 2024, tendo sido moi variable en parte debido aos sistemas de notificación e mellora no acceso e realización de probas. A incidencia para o ano 2024 sitúase no 5,9% en Ourense, 5,2% en Lugo e Pontevedra e 4,7 en A Coruña. As incidencias medias anuais, cantidade de novos casos, son de 6,8 e 6,2 casos/10⁵hab. para a A Coruña e Pontevedra, Ourense 5,4 casos/10⁵ e ano e Lugo 4,4 casos/10⁵hab.

Gráfico 3. Incidencia do VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

Táboa 1. Número de diagnósticos VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2024

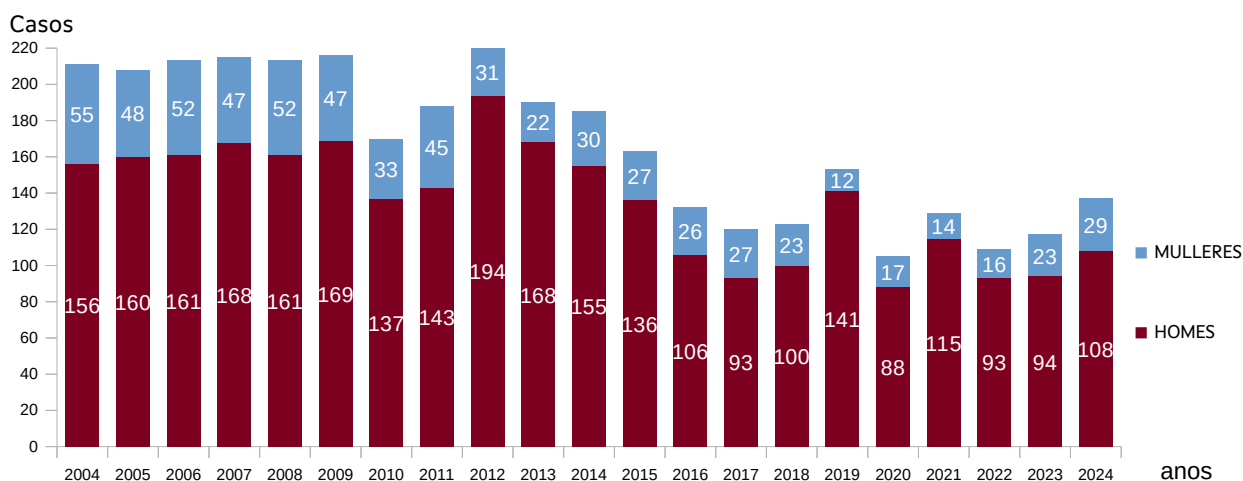
	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
2004	87	5	20	99	211
2005	100	13	16	79	208
2006	83	15	26	89	213
2007	98	7	23	87	215
2008	78	9	35	91	213
2009	90	21	20	85	216
2010	97	11	9	53	170
2011	100	18	16	54	188
2012	108	23	25	69	225
2013	104	11	18	57	190

	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
2014	90	22	29	44	185
2015	74	17	19	53	163
2016	62	9	19	42	132
2017	68	13	3	36	120
2018	64	10	12	37	123
2019	58	21	16	58	153
2020	45	17	12	31	105
2021	52	20	15	42	129
2022	52	16	6	35	109
2023	48	16	12	41	117
2024	53	17	18	49	137
Total:	1.611	311	369	1.231	3.522

(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

Respecto da distribución por sexos dos casos acumulados, o 78,8% pertence ao sexo masculino. Tense mantido maior declaración de casos entre os homes cunha incidencia sempre por cima do 75%

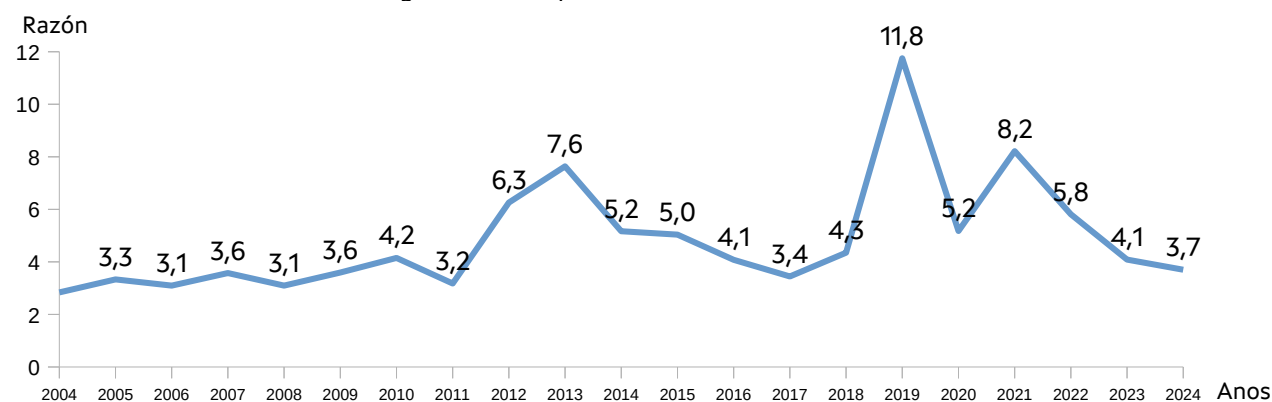
Gráfico 4. Número de diagnósticos VIH por sexo e ano de diagnóstico. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

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

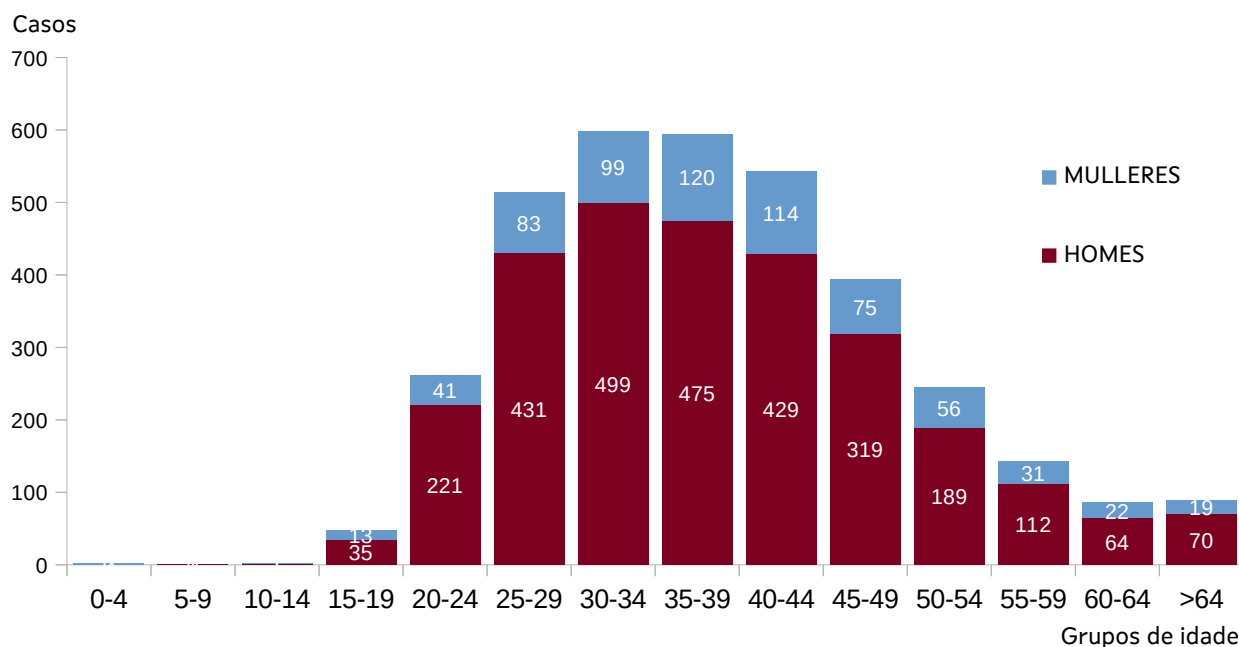
Gráfico 5. Razón de sexos no diagnóstico VIH por ano. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

En canto á idade, cómpre sinalar que a infección polo VIH afecta fundamentalmente a adultos mozos. O 75 % de todos os casos tiña no momento do diagnóstico da infección entre 25 e 49 anos. Os maiores de 49 anos son o 16 % dos casos.

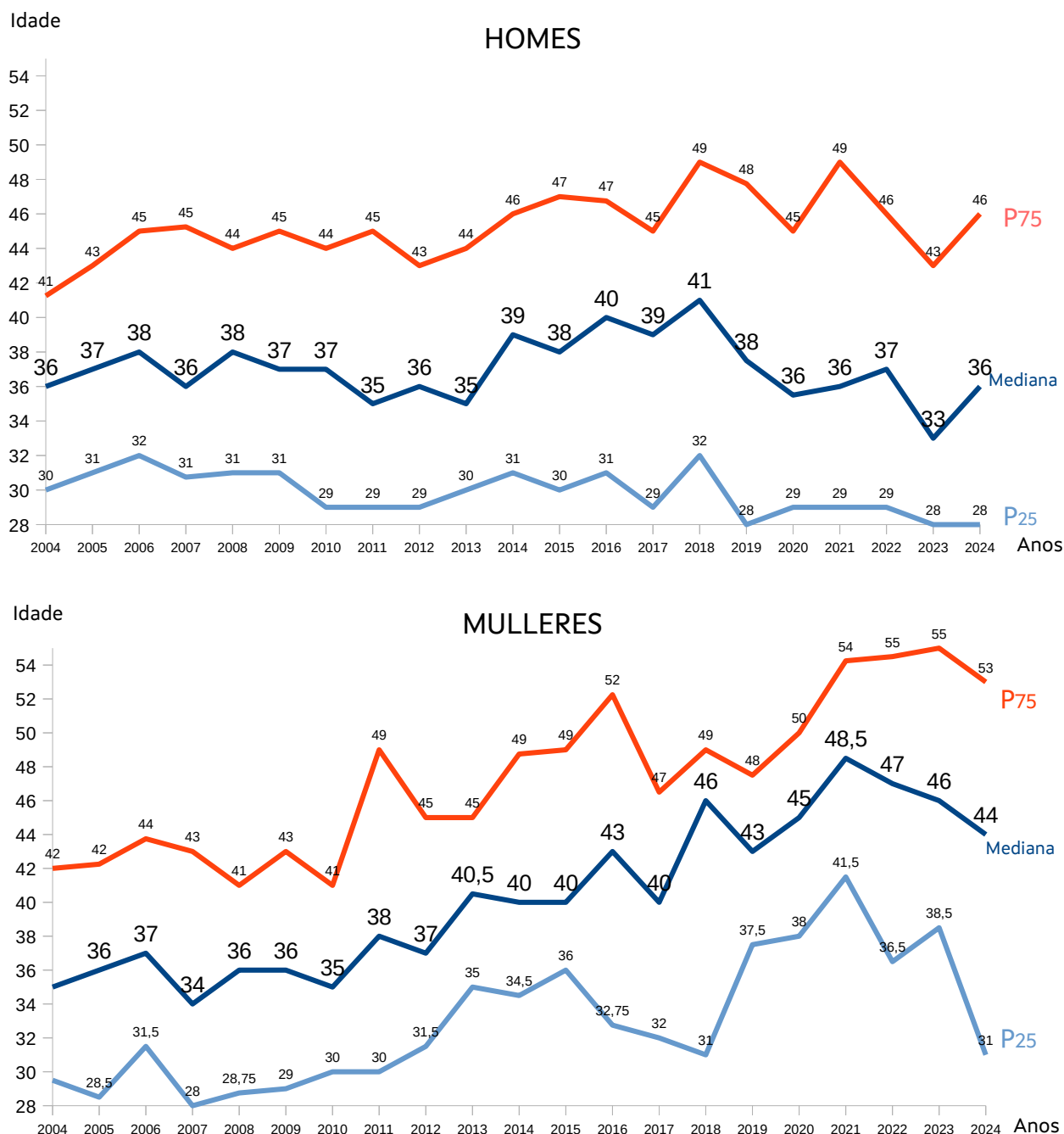
Gráfico 6. Número de diagnósticos VIH por grupo de idade e sexo. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

A mediana de idade no momento do diagnóstico da infección rolda os 38,5 anos, con valores similares en homes (38,2) e mulleres (39,6). Aínda que as mulleres amosan unha tendencia máis irregular tras un período de ascenso até o 2021, obsérvase unha evolución ao descenso nos tres últimos anos.

Gráfico 7. Idade no momento do diagnóstico da infección polo VIH segundo sexos. Galicia 2004-2024

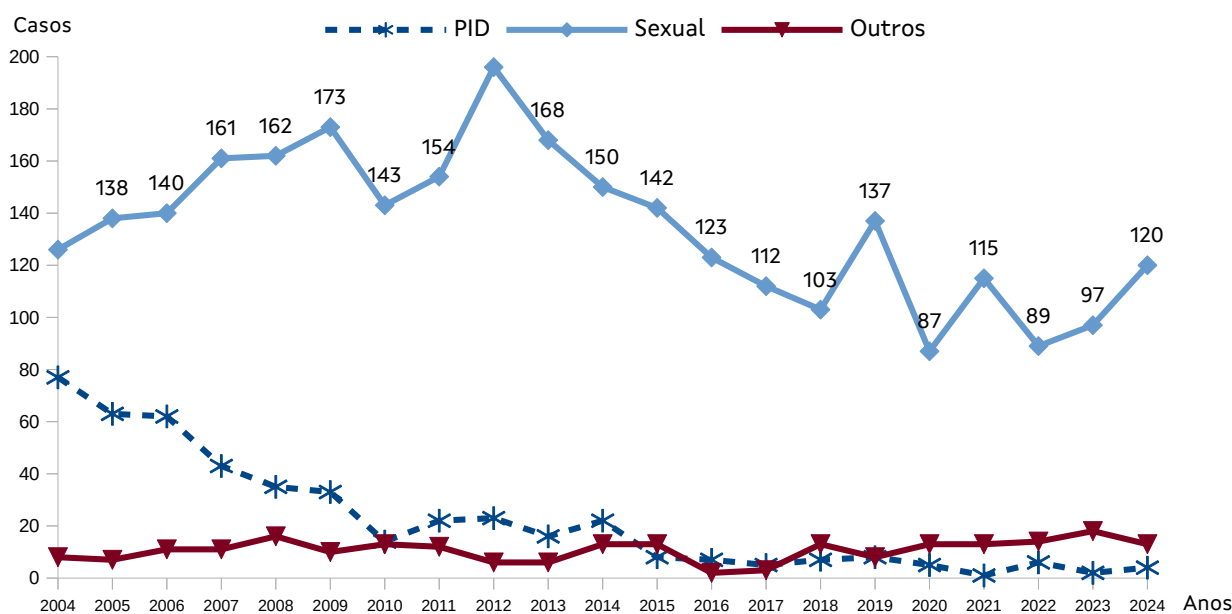


(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN NA INFECCIÓN POLO VIH

Neste ano 2024, a categoría de transmisión máis frecuente na infección polo VIH é a sexual que representa un 87,6% en ascenso relativo comparado coa serie histórica que se sitúa no 80,5 %. Entre as diferentes prácticas sexuais de risco obsérvase un 44,9 % entre HSH e o 35,6 % heterosexualmente. Por tanto a vía de transmisión sexual presenta un incremento progresivo significativo do peso relativo con respecto aos casos debidos ao intercambio de xiringas entre persoas que se inxectan drogas (PID), que supoñen a segunda categoría de afectación do período, cun 13,1 % das infeccións.

Gráfico 8. Número de diagnósticos VIH por ano e categoría de transmisión. Galicia 2004-2024

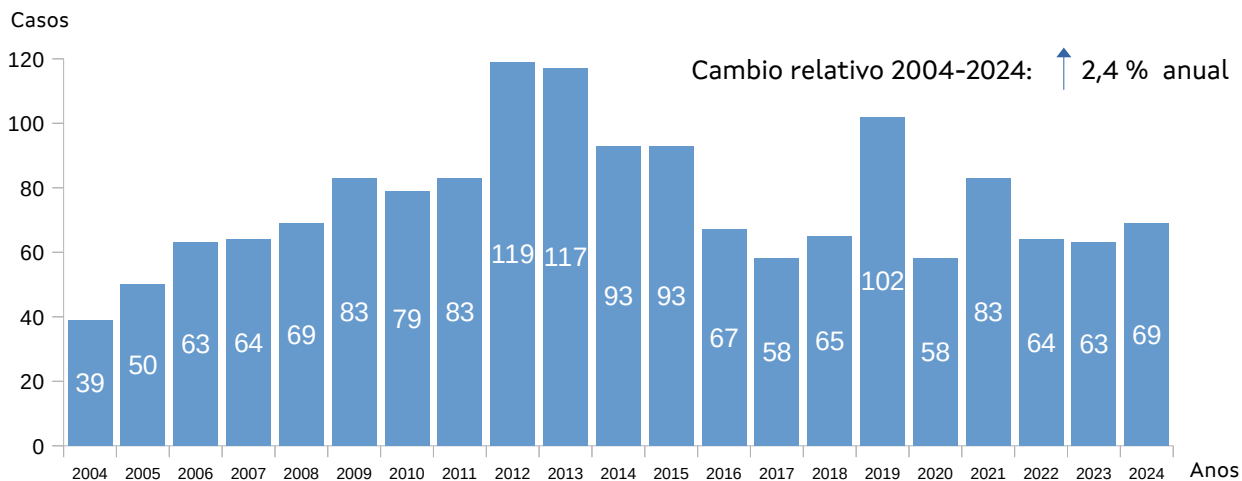


(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

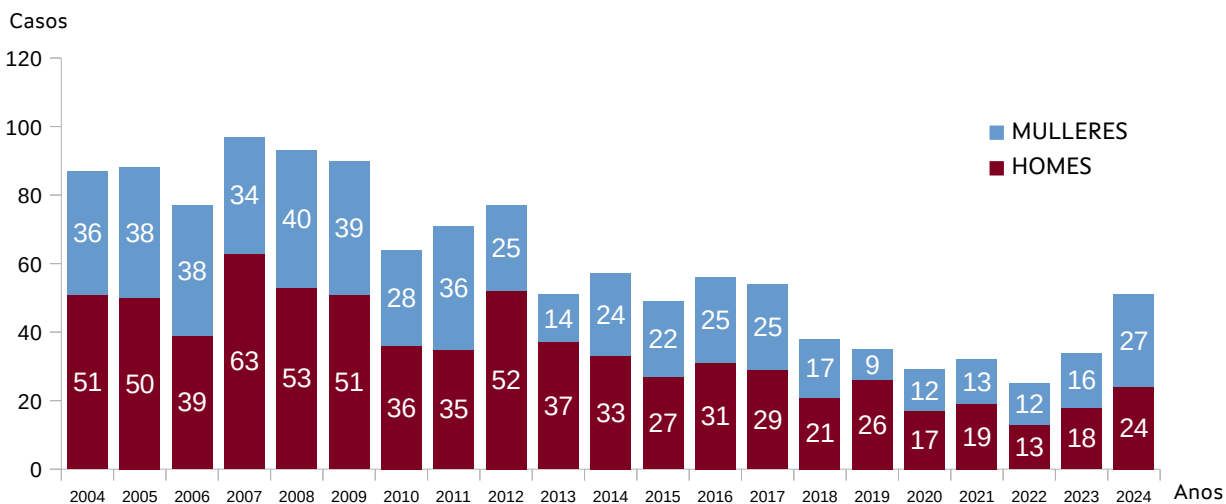
É importante observar os datos da transmisión sexual por sexos, xa que as categorías máis asociadas á infección cando non os separamos son moi similares entre os HSH e heterosexuais. Se temos en conta só os homes, os HSH sitúanse claramente como os máis afectados e presentan unha evolución ao ascenso gradual co paso dos anos, expresado nun cambio relativo (CR) ascendente do 2,4 % anual no período 2004-2024.

Gráfico 9. Número de diagnósticos VIH na categoría de transmisión sexual segundo sexos. Galicia 2004-2024

9 a. HSH



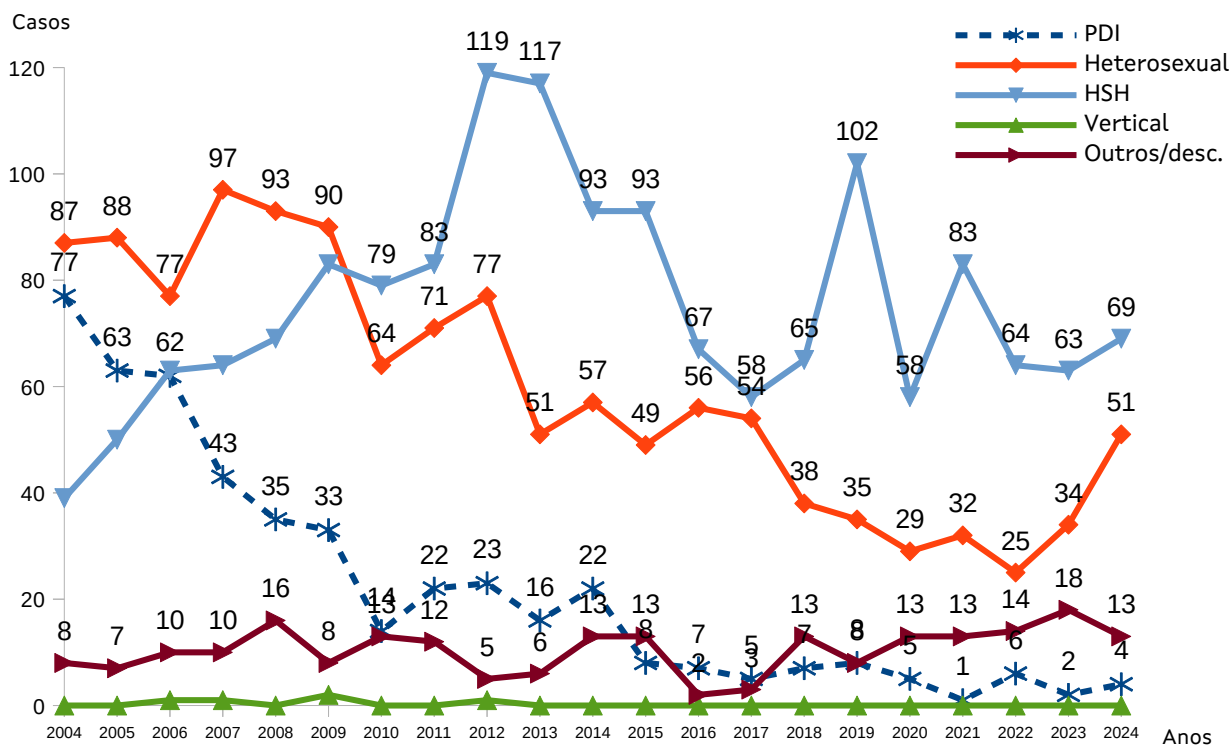
9 b. Heterosexual



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

Se describimos todas as categorías de transmisión nos homes, obsérvase que as infeccións asociadas aos HSH constitúen o grupo máis frecuente, en ascenso, sobre todo ata o ano 2013; e aínda que se mantén como a vía máis frecuente, a transmisión entre heterosexuais é aumentando desde o ano 2022 en paralelo co que sucede coas mulleres con claro predominio heterosexual e onde a transmisión entre PID ten menos peso.

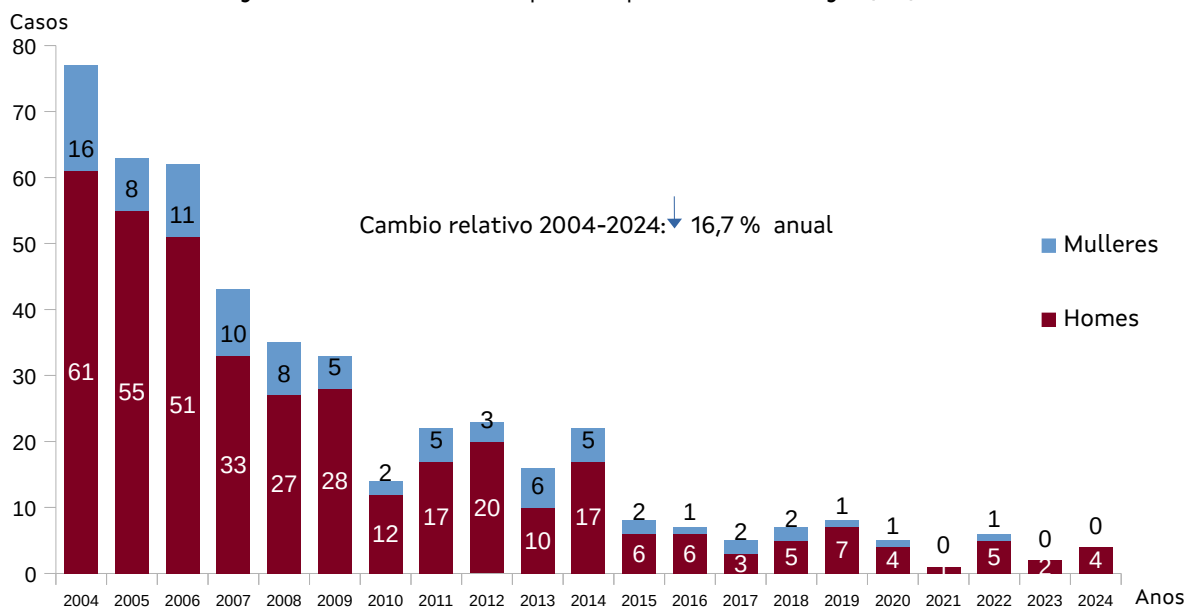
Gráfico 10. Número de diagnósticos VIH en homes por ano e categoría de transmisión. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

Se volvemos á totalidade da poboación, na categoría das persoas que se inxectan drogas e que comparten o material de inxección obsérvase unha tendencia clara á diminución do número de casos co paso dos anos, cun cambio relativo descendente do 16,7 % anual no período 2004-2024.

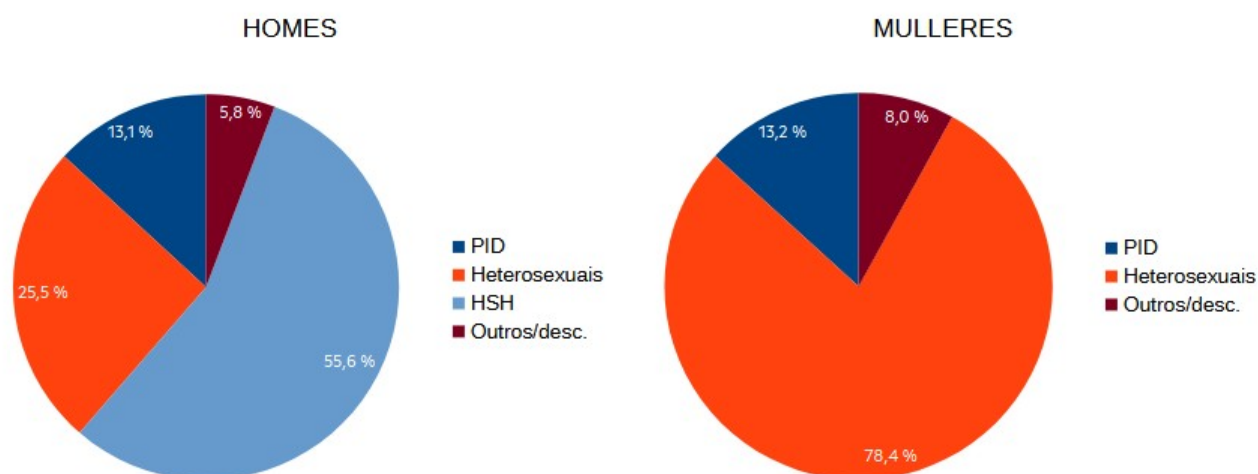
Gráfico 11. Número de diagnósticos VIH asociados ás persoas que se inxectan drogas (PID). Galicia 2004-2024



Referente á distribución nas diferentes categorías de transmisión por sexos, observamos que nos homes a categoría de transmisión con maior porcentaxe de afectación varía cos anos. Na maior parte do período, a categoría que predomina é a dos HSH cun 55,6 % dos casos e cunha tendencia ao aumento, sobre todo ata 2013 (gráf. 12).

A segunda categoría de transmisión sería a heterosexual, cun 25,5 %, cunha tendencia estable no tempo. Os PID que comparten material de inxección teñen menos incidencia e, ademais, presentan unha tendencia clara ao descenso, supoñendo o 13,1 % dos casos (táb. 2).

Gráfico 12. Categorías de transmisión dos diagnósticos VIH por sexos. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

En canto ás mulleres, a categoría máis frecuente é a asociada ás prácticas heterosexuais non protexidas, cun 78,4 % dos casos e cunha tendencia estable no tempo (táb.3).

Táboa 2. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en homes. Galicia 2004-2024

	PID	Heterosexual	HSH	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
04a10	267	343	447	2	0	0	53	1.112
	(38 ao ano)	(49 ao ano)	(64 ao ano)	(0 ao ano)	(0 ao ano)	(0 ao ano)	(8 ao ano)	(159 ao ano)
2011	17	35	83	0	0	0	8	143
2012	20	52	119	0	0	0	3	194
2013	10	37	117	0	0	0	4	168
2014	17	33	93	0	0	0	12	155
2015	6	27	93	0	0	0	10	136
2016	6	31	67	0	0	0	2	106

	PID	Heterosexual	HSH	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
2017	3	29	58	0	0	0	3	93
2018	5	21	65	0	0	0	9	100
2019	7	26	102	0	0	0	6	141
2020	4	17	58	0	0	0	9	88
2021	1	19	83	0	0	0	12	115
2022	5	13	64	0	0	0	11	93
2023	2	18	63	0	0	0	11	94
2024	4	24	69	0	0	0	11	108
	374	725	1.581	2	0	0	164	2.846

(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

Táboa 3. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en mulleres. Galicia 2004-2024

	PID	Heterosexual	Hemoderivados	Sangue	Fillos nai risco	Outros/Desc.	TOTAL
04a10	60 (9 ao ano)	253 (36 ao ano)	1 (0 ao ano)	1 (0 ao ano)	2 (0 ao ano)	17 (2 ao ano)	334 (48 ao ano)
2011	5	36	0	0	0	4	45
2012	3	25	0	1	1	1	31
2013	6	14	0	0	0	2	22
2014	5	24	0	0	0	1	30
2015	2	22	0	0	0	3	27
2016	1	25	0	0	0	0	26
2017	2	25	0	0	0	0	27
2018	2	17	0	0	0	4	23
2019	1	9	0	0	0	2	12
2020	1	12	0	0	0	4	17
2021	0	13	0	0	0	1	14
2022	1	12	0	0	0	3	16
2023	0	16	0	0	0	7	23
2024	0	27	0	0	0	2	29
	89	530	1	2	3	51	676

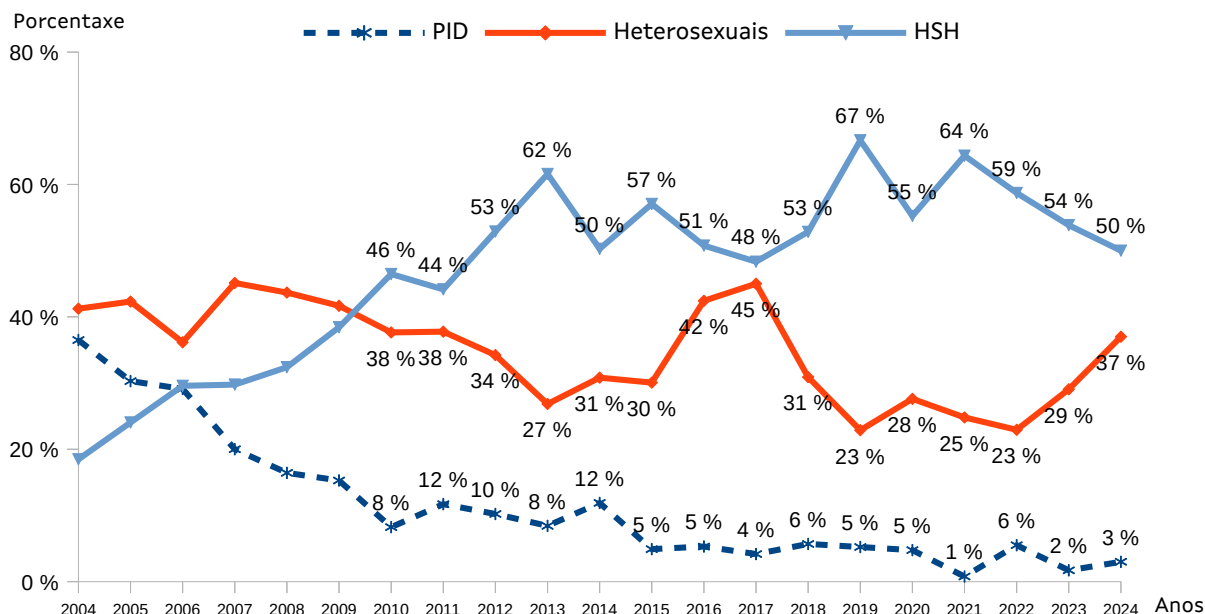
(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

No gráfico 13 vemos o cambio que supón observar o fenómeno da afectación polo virus segundo o apreciamos dende a perspectiva unicamente da infección ou de padecer a enfermidade (SIDA), de maneira que á hora de describir a situación do problema debemos facelo basicamente en termos de dinámica de infección e non de enfermidade, pois o cadro que representan é moi diferente.

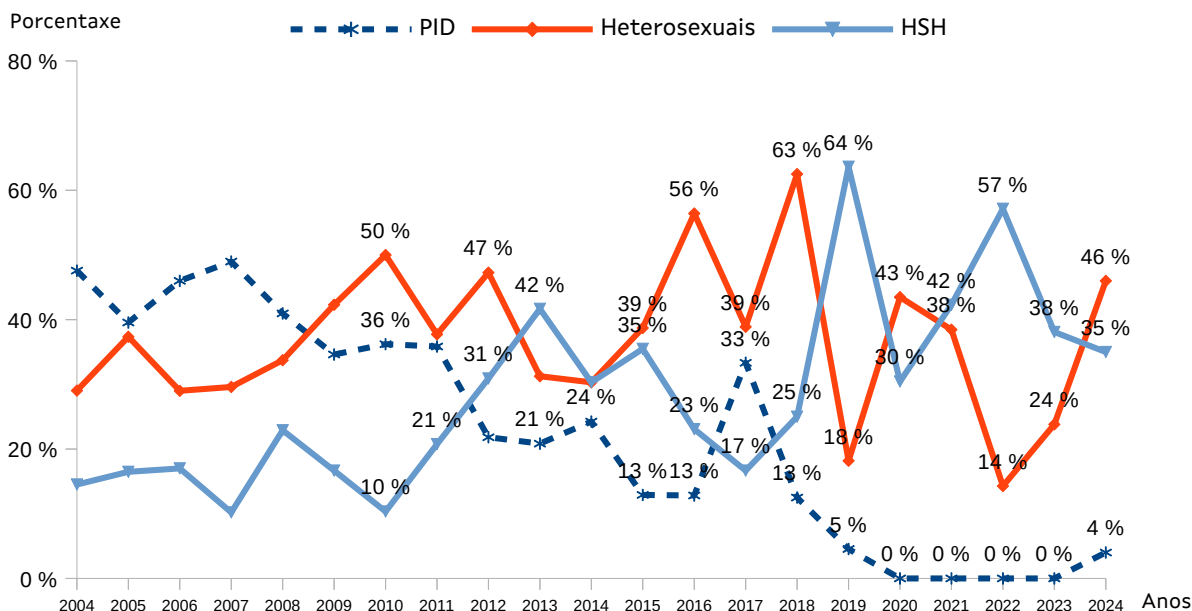
Así como o diagnóstico de VIH en xeral é superior en HSH cando temos en conta o diagnóstico de algunha enfermidade definitoria de SIDA é máis alto en heterosexuais con ascenso acentuado dende o 2022.

Gráfico 13. Porcentaxe de diagnósticos VIH e SIDA segundo as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2024

13 a. VIH



13 b. SIDA

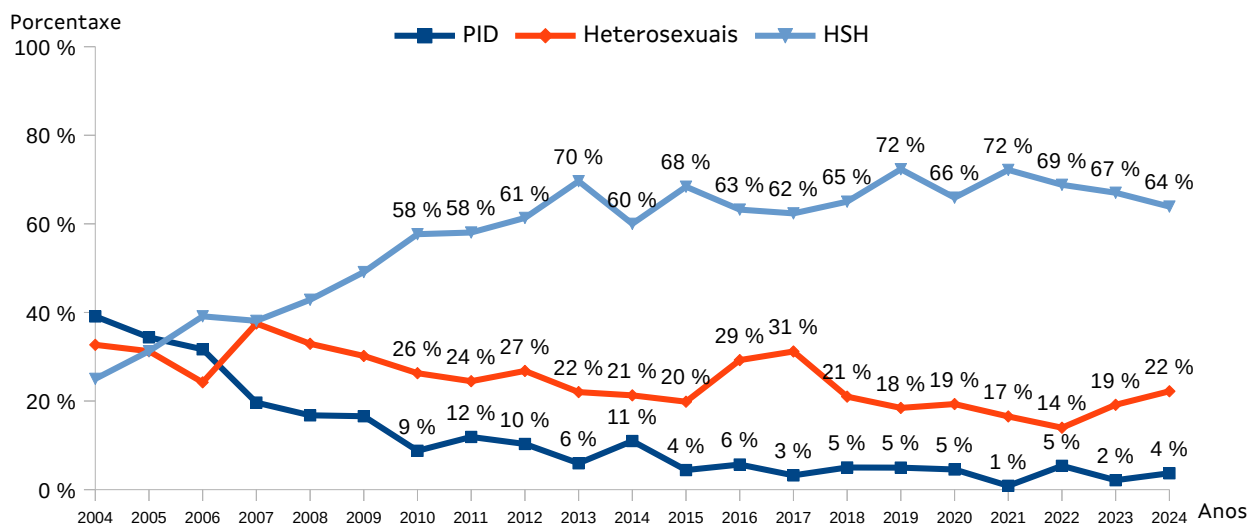


(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

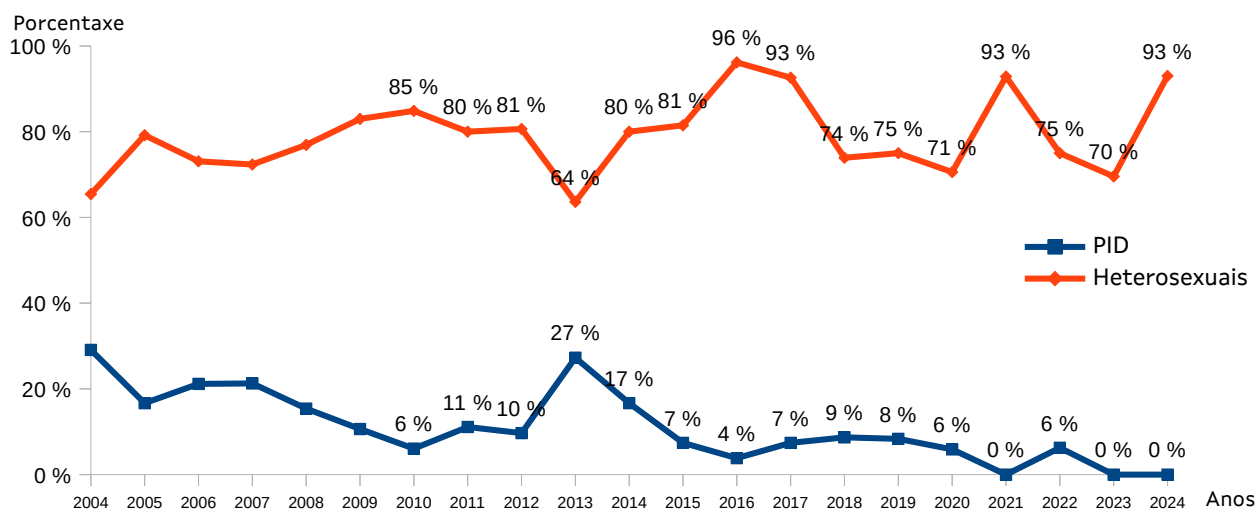
No seguinte gráfico queda claro que a transmisión por vía sexual é predominante e que no caso dos homes a transmisión asociada aos HSH é superior á heterosexual.

Gráfico 14. Porcentaxe de diagnósticos VIH segundo o sexo, as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2024

14 a. Homes



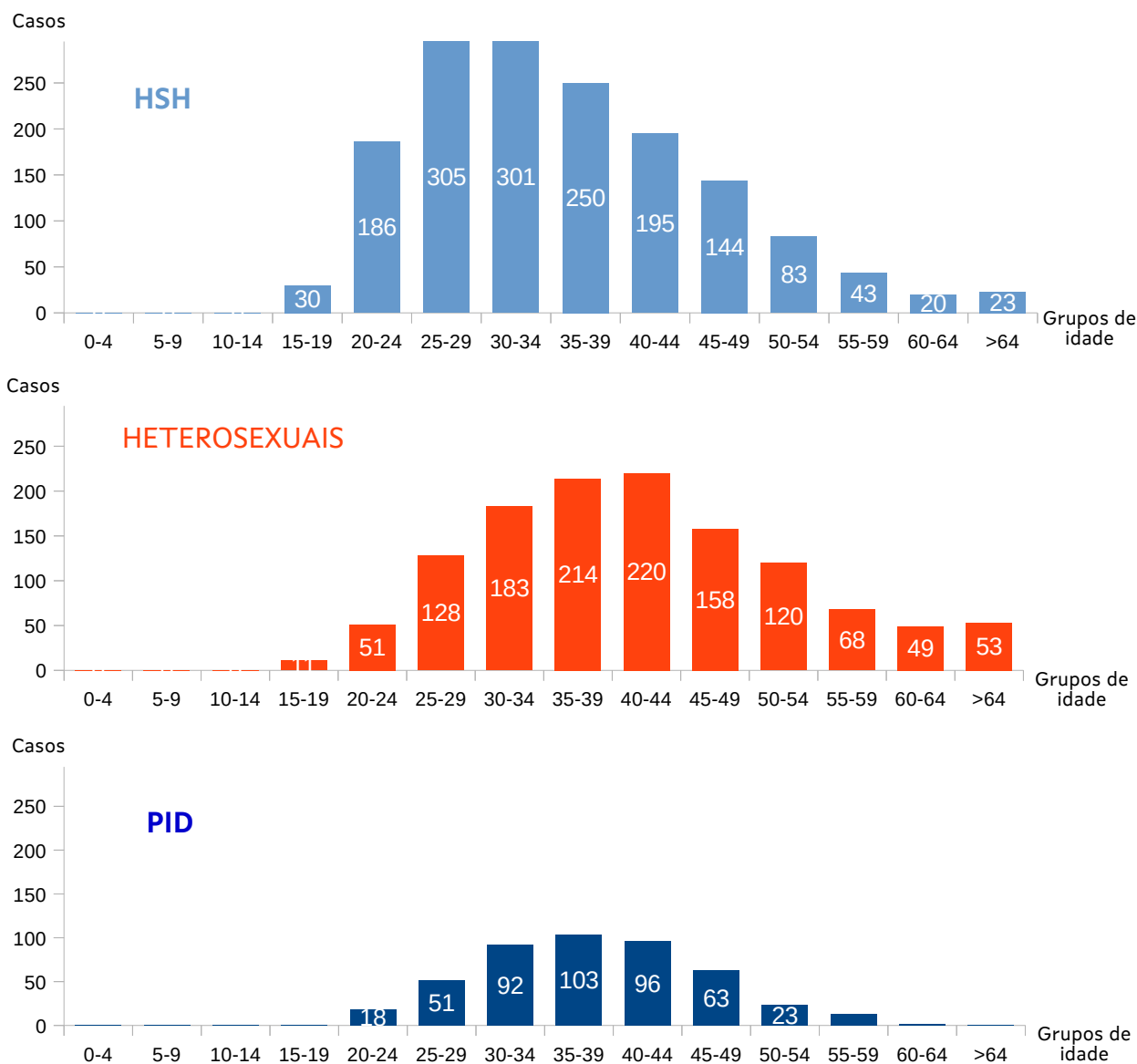
14 b. Mulleres



(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

Ao considerar a categoría de transmisión e os grupos de idade, obsérvase que os máis afectados son os que teñen entre 25 e 49 anos nas tres categorías principais: 87 % PID, 76 % HSH e 72 % heterosexuais. A transmisión heterosexual ten unha presenza importante de infección en persoas maiores de 49 anos con 290 de 1.255 casos (23 %).

Gráfico 15. Número de diagnósticos VIH por grupo de idade nas tres principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2024

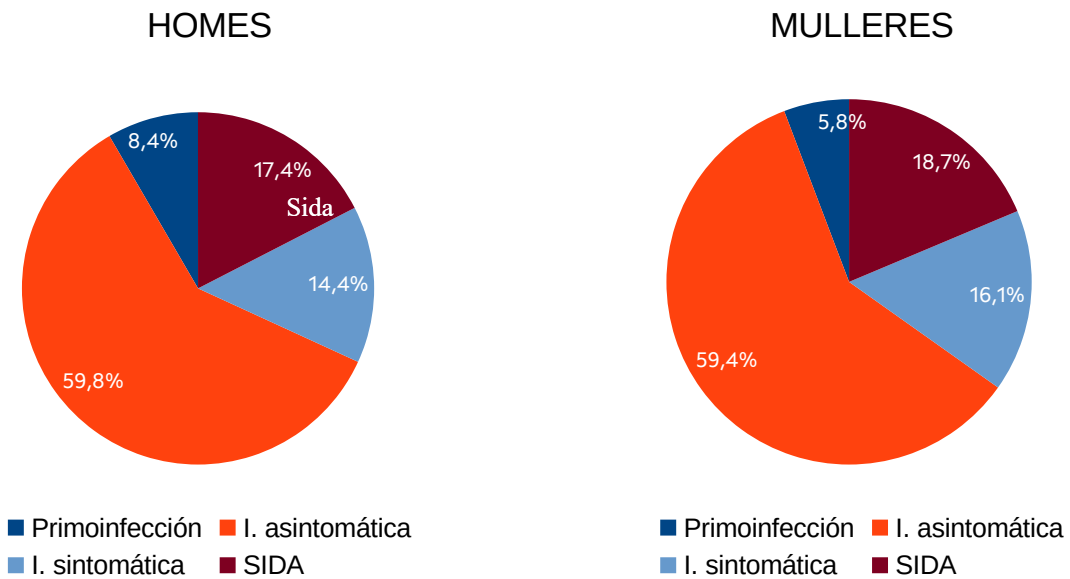


(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

ESTADIO CLÍNICO NA INFECCIÓN POLO VIH

Ao analizar o estadio clínico no momento do diagnóstico, neste ano 2024, o 59,7 % preséntanse como infeccións asintomáticas nunha distribución dun 59,8 % homes e 59,4 % mulleres). En situación SIDA obsérvase un 17,7 % dos casos (17,4 % homes, 18,7 % mulleres). Foron infeccións sintomáticas, sen criterios definitorios de SIDA, un 14,7 %, (14,4 % homes, 16,1 % mulleres). As primoinfeccións constituíron o 7,9 %, (8,4 % homes, 5,8 % mulleres).

Gráfico 16. Estadio clínico dos diagnósticos VIH* por sexos. Galicia 2004-2024

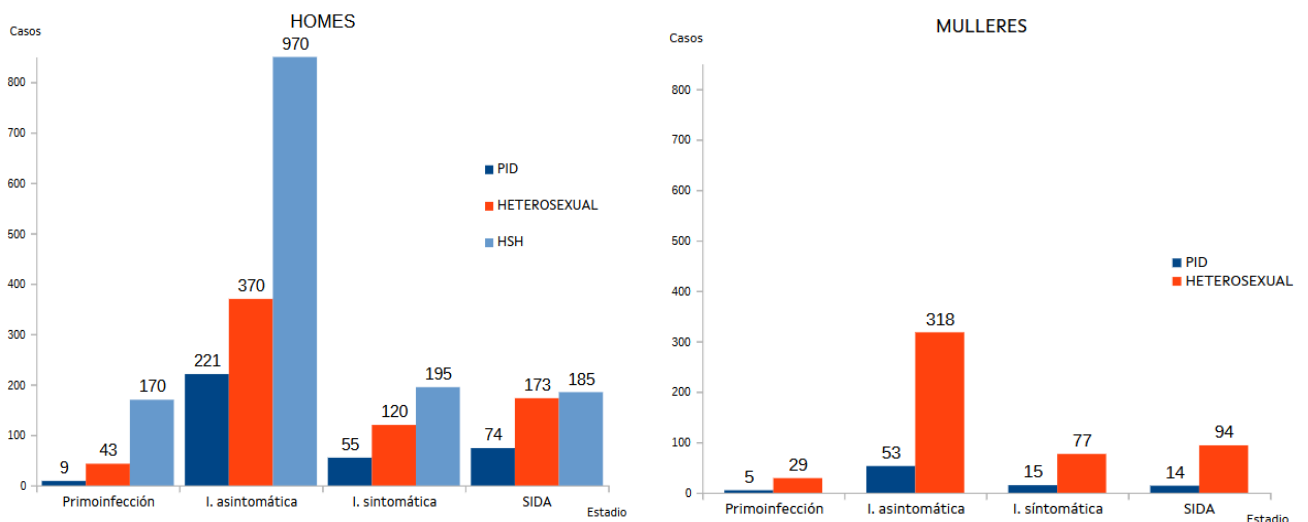


* En 21 diagnósticos VIH, o que supón o 0,6 % dos rexistros, non constaba o estadio clínico.

(DXSP: datos no 30 de xuño de 2025)

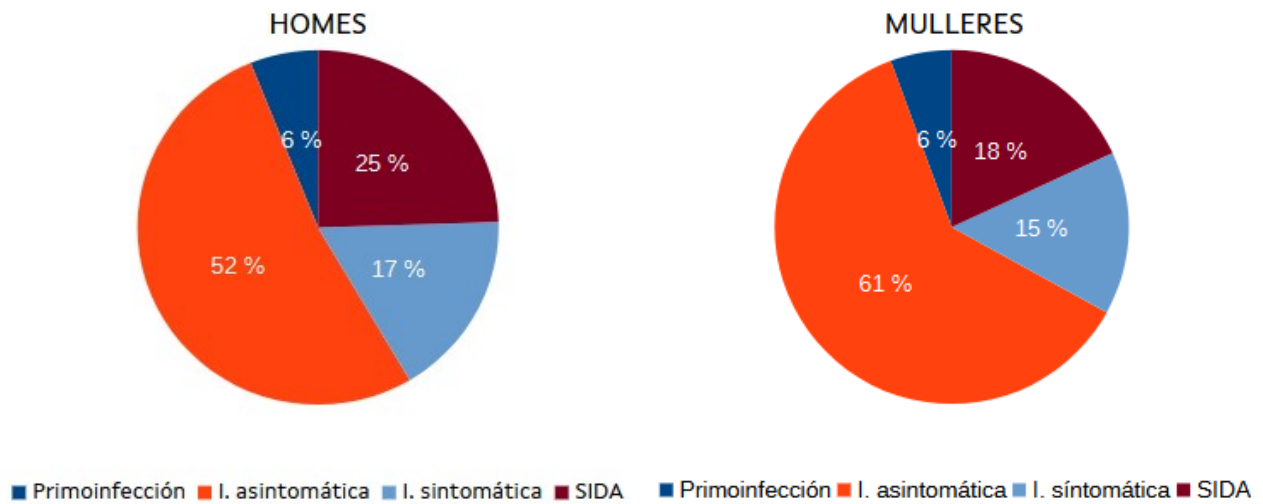
Tendo en conta a vía de transmisión, na categoría heterosexual, o 56,2 % atopábase asintomático (52,4 % homes, 61,4 % mulleres); o 21,8 %, como casos de SIDA (24,5 % homes, 18,1 % mulleres); o 16,1 %, sintomático sen criterios SIDA (17,0 % homes, 14,9 % mulleres) e o 5,9% eran primoinfeccións (6,1 % homes, 5,6 % mulleres).

Gráfico 17. Estadio clínico dos diagnósticos VIH polas principais categorías de transmisión e sexos. Galicia 2004-2025



DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)4

Gráfico 18. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de transmisión heterosexual segundo o sexo. Galicia 2004-2024

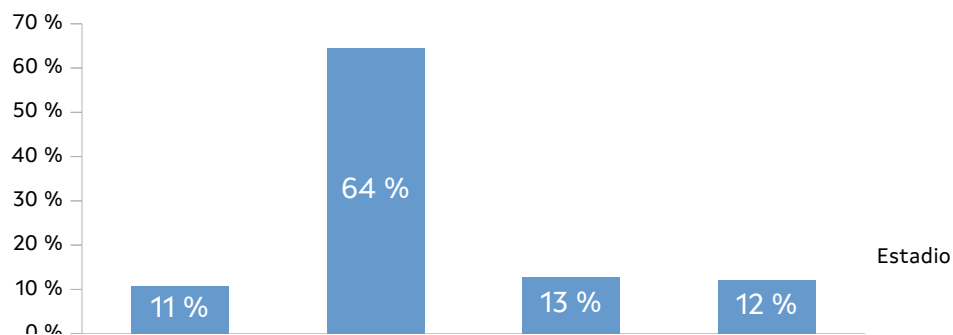


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Nos HSH o 63,8 % atopábase asintomático, o 12,8 %, sintomático sen criterios SIDA, o 12,2 % eran SIDA e o 11,2 %, primoinfeccións.

Gráfico 19. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de HSH. Galicia 2004-2024

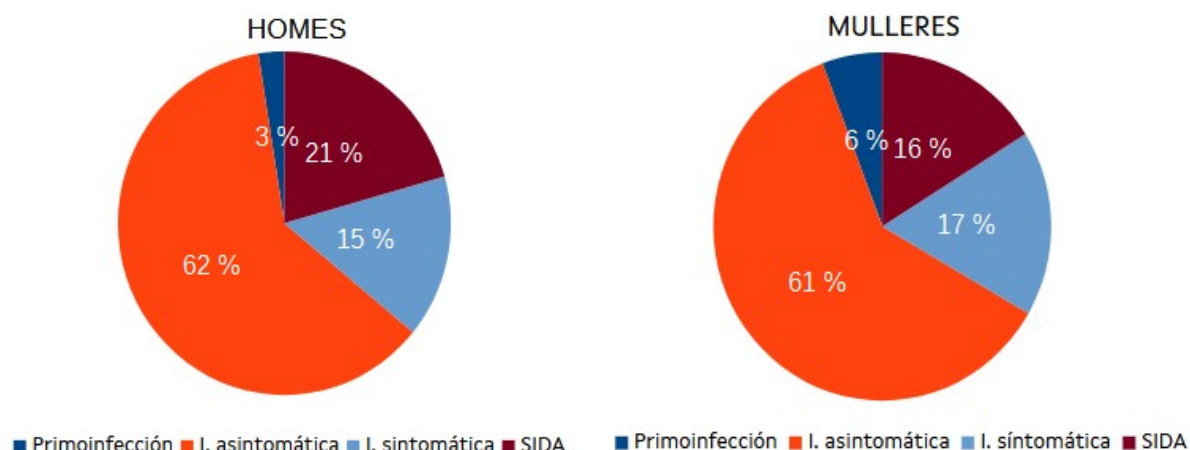
Porcentaxe



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Nos infectados por comparten material de inxección, o 61,4 % atopábase asintomático (61,6 % homes e 60,9 % mulleres), o 19,7 % era SIDA (20,6 % homes e 16,1 % mulleres), o 15,7 % sintomático sen criterios de SIDA (15,3 % homes e 17,2 % mulleres) e o 3,1 % era primoinfección (2,5 % homes e 5,7 % mulleres).

Gráfico 20. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de persoas que se inxectan drogas segundo o sexo. Galicia 2004-2024

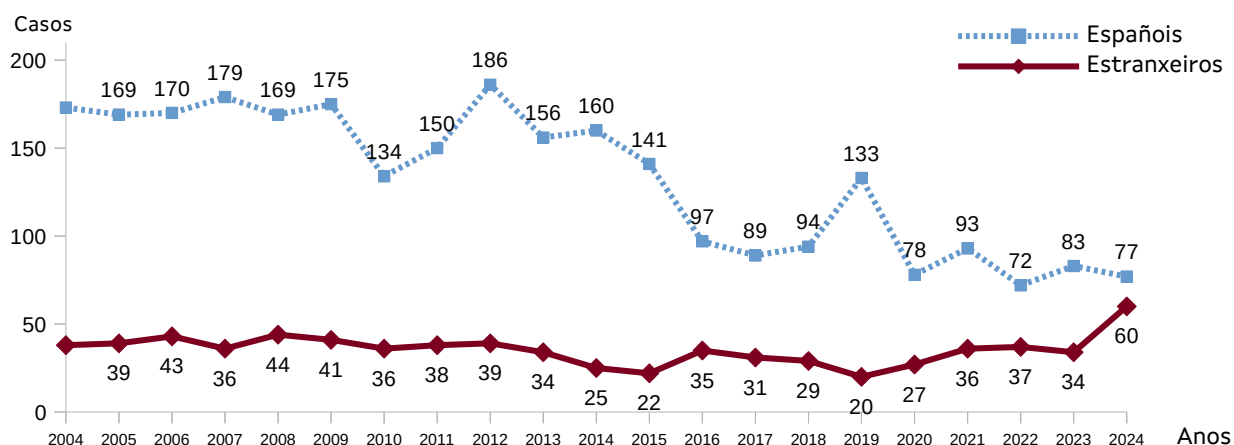


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

ORIXE XEOGRÁFICO DAS PERSOAS INFECTADAS POLO VIH

Definir o país de orixe dos novos diagnósticos de VIH é crucial para a vixilancia epidemiolóxica. Permite entender a dinámica da epidemia, identificar os patróns de transmisión por grupo demográfico e xeografía, e deseñar intervencións de saúde pública dirixidas e efectivas. Esta información axuda a adaptar as estratexias de prevención e control ás realidades específicas de cada poboación, como os países con alta prevalencia de transmisión heterosexual en contraste con aqueles onde é predominante a transmisión entre homes que teñen sexo con homes (HSH). No ano 2024, continuamos a ver un maior número de diagnóstico de casos en españois aínda que vai en descenso aumentado o diagnóstico entre os estranxeiros. Entre período estudado, o 21,5 % dos novos diagnósticos de infección polo VIH (19,5 % dos homes e 29,9 % das mulleres) realizouse en persoas orixinarias doutros países. Os homes eran o 73 % (razón de masculinidade de 2,8).

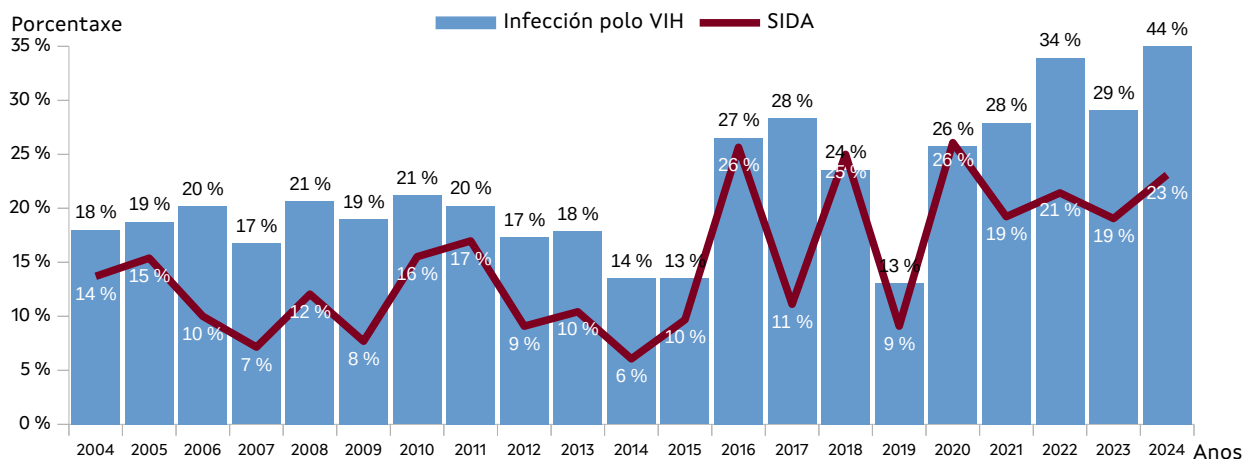
Gráfico 21. Número de diagnósticos VIH residentes en Galicia segundo a súa orixe. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

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

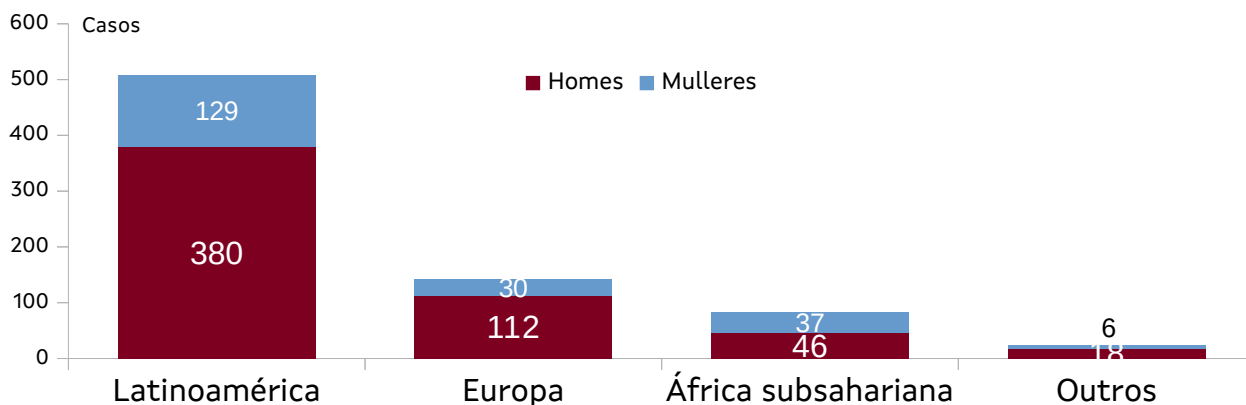
Gráfico 22. Porcentaxe dos diagnósticos VIH e SIDA residentes en Galicia que non son españois. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Os máis frecuentes foron os casos en latinoamericanos, cun 67 % (dos que os homes eran o 75 %), seguidos dos europeos, cun 19 % —maioritariamente portugueses— (dos que os homes eran o 79 %), dos subsaharianos, cun 11 % (dos que os homes eran o 55 %), e do resto das áreas xeográficas, cun 3 % (dos que os homes eran o 75 %).

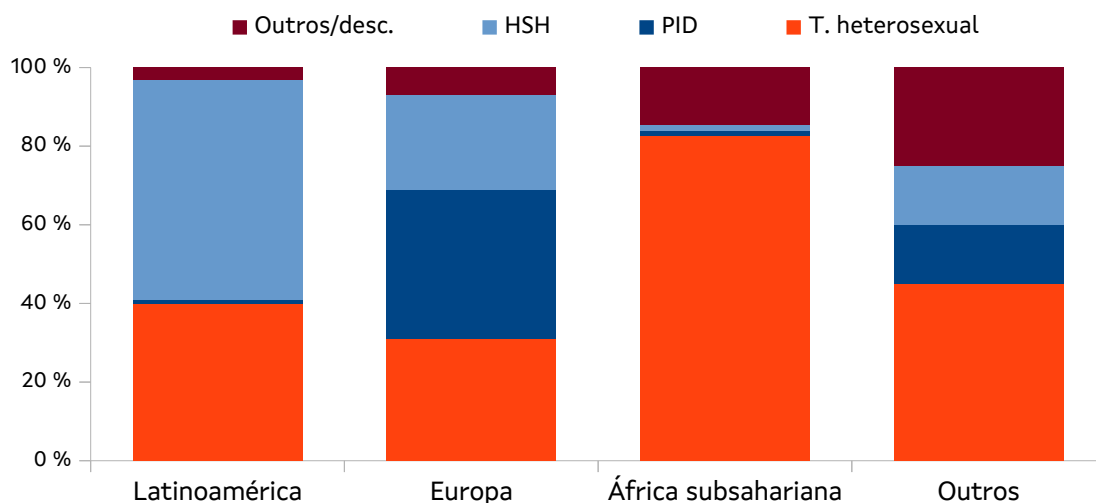
Gráfico 23. Número de diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e sexo. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Por categorías de transmisión, os de orixe latinoamericanos están asociados á transmisión por relacións sexuais non protexidas (94,3 %: 58,2 % homosexuais e 36,1 % heterosexuais). Nos orixinarios de Europa, o 34,5 % infectouse por compartir material de inxección de drogas (33,1 % por relacións heterosexuais non protexidas e 25,4 % asociado a relacións entre HSH) e dos que viñeron de África a maioría infectouse por relacións sexuais non protexidas cun 85,5 % (maioritariamente heterosexuais).

Gráfico 24. Diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e a práctica de risco. Galicia 2004-2024

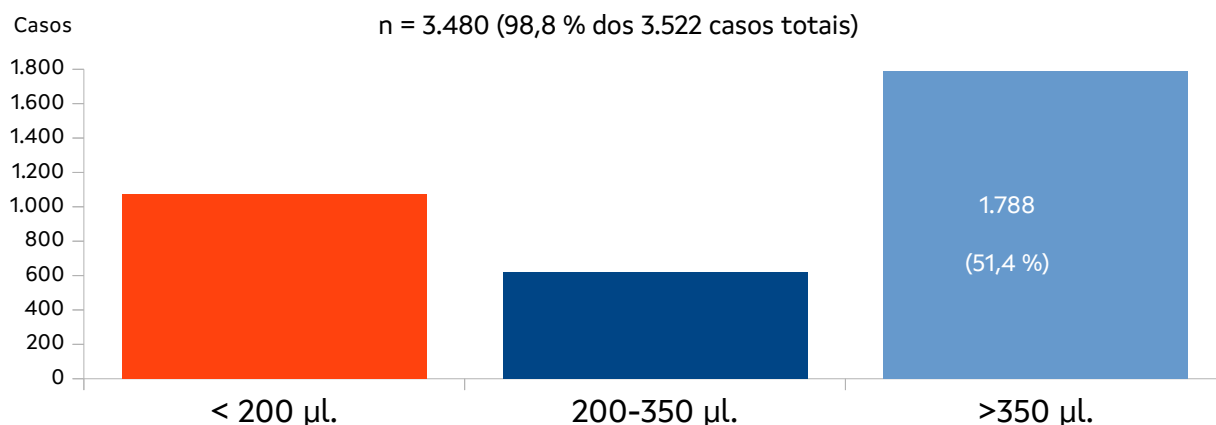


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

DIAGNÓSTICO TARDÍO NA INFECCIÓN POLO VIH

O diagnóstico tardío da infección polo VIH defínese como aquel no que a persoa presenta unha contaxe de linfocitos CD4 inferior a 350 células/ μ L ou xa mostra enfermidade definitiva de sida no momento do diagnóstico (*). Constitúe un problema relevante de saúde pública, xa que se asocia cun maior risco de morbilidade e mortalidade, unha peor resposta ao tratamento antirretroviral e unha maior probabilidade de transmisión non consciente do virus. A identificación temperá dos casos é esencial para romper cadeas de transmisión, optimizar o manexo clínico das persoas afectadas e avanzar cara aos obxectivos de control da epidemia establecidos polos organismos internacionais.

Gráfico 25. Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4. Galicia 2004-2024

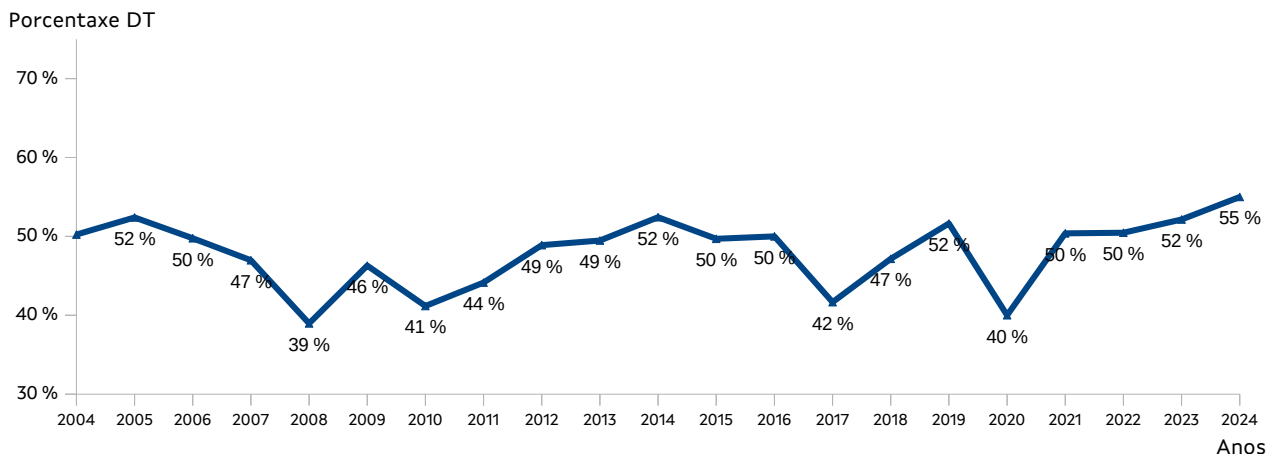


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

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

No ano 2024 sumáronse 68 novos casos en DT representando un 55% dos casos declarados. A mediana de CD4 nos novos diagnósticos foi de 360, e observouse que o 48,6 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío ao ser diagnosticados (48,2 % en homes e 50,4 % en mulleres). O único ano con DT menor do 40 % foi 2008 cun 39 %, e a maioría dos anos o diagnóstico tardío rolda o 50 %.

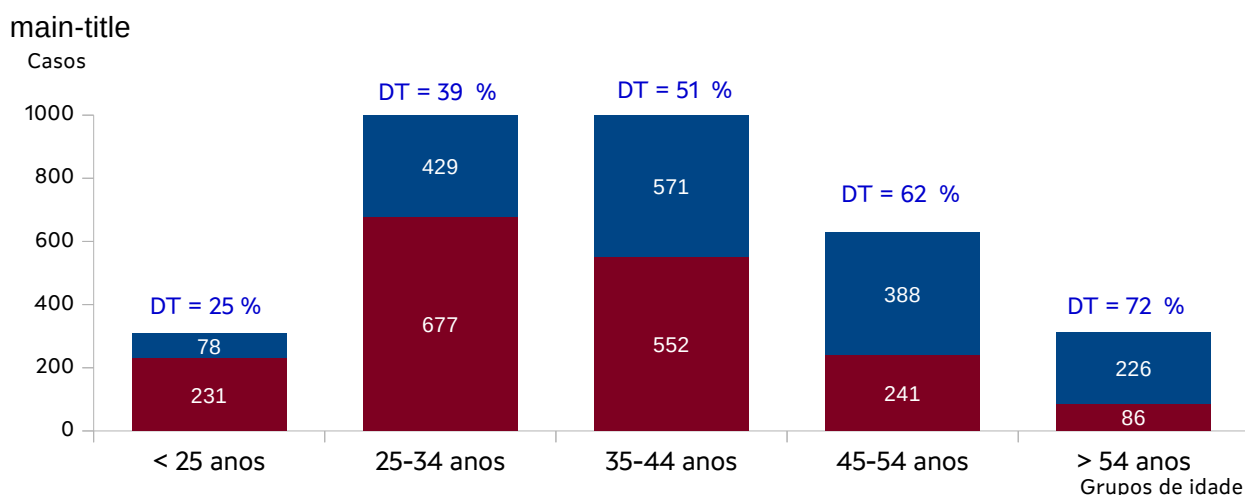
Gráfico 26. Porcentaxe de diagnóstico tardío (DT) na infección polo VIH segundo os anos. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

O nivel de CD4 segundo a idade men termos porcentuais o diagnóstico tardío aumenta coa idade, pasando dun 25 % no grupo de menos de 25 anos (78 de 309 casos) ata un 72 % nos maiores de 54 anos (226 de 312 casos), mantendo o predominio dos diferentes grupos de idade.

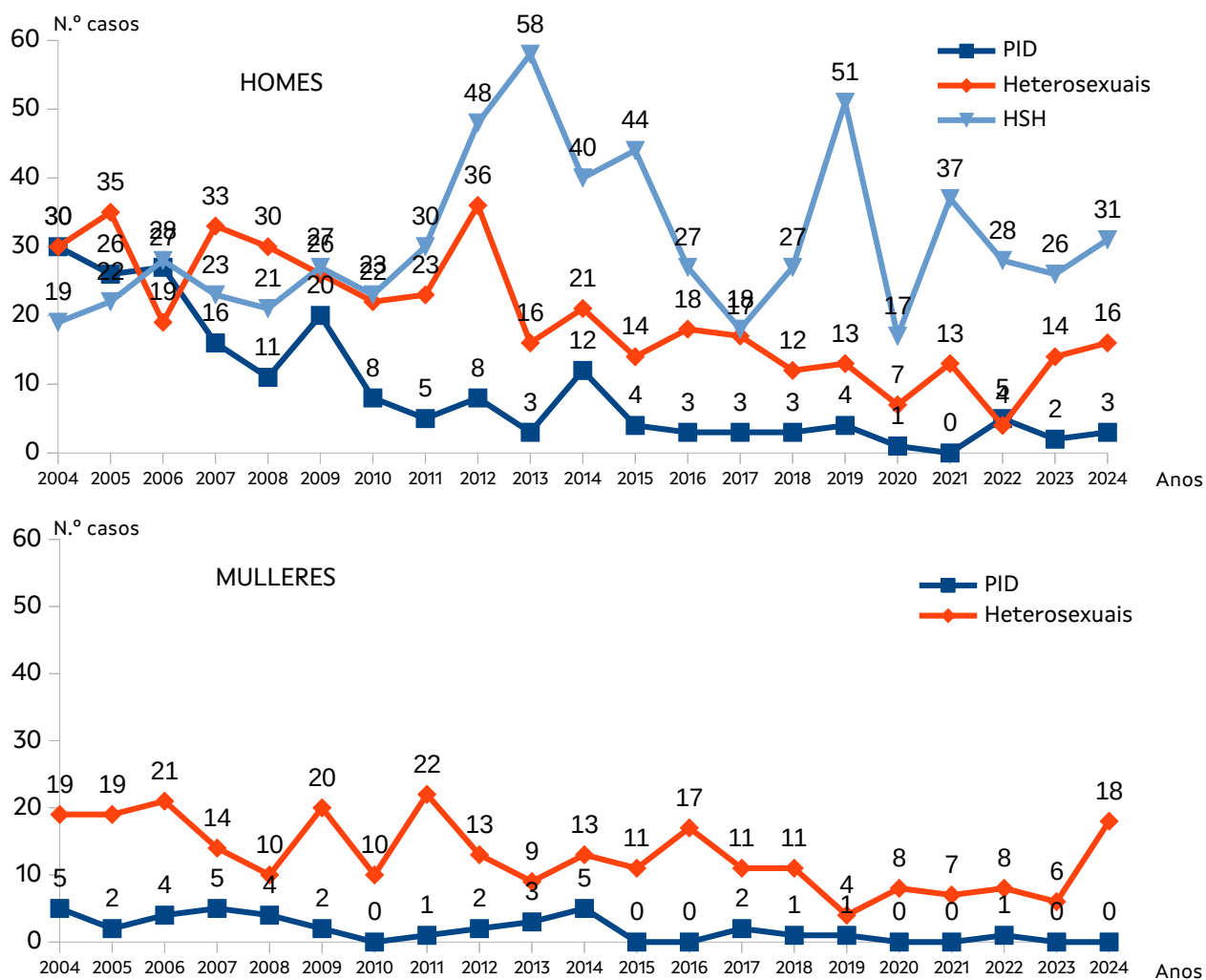
Gráfico 27. Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4 e intervalos de idade. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Este mesmo comportamento vese nas principais categorías de transmisión. Se temos en conta as diferentes categorías de transmisión, o diagnóstico tardío é maior en infectados por relacións heterosexuais sen protección, o 55,3 % (58,1 % nos homes e 51,5 % nas mulleres). En PID, mantense o predominio masculino cun 52,5 % (54,6 % nos homes e 43,7 % nas mulleres). En HSH a porcentaxe é do 40,9 % e continua a ser o transmisión predominante nos homes pese o crecente aumento en heterosexuais desde o 2022.

Gráfico 28. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH nas principais categorías de transmisión. Galicia 2004-

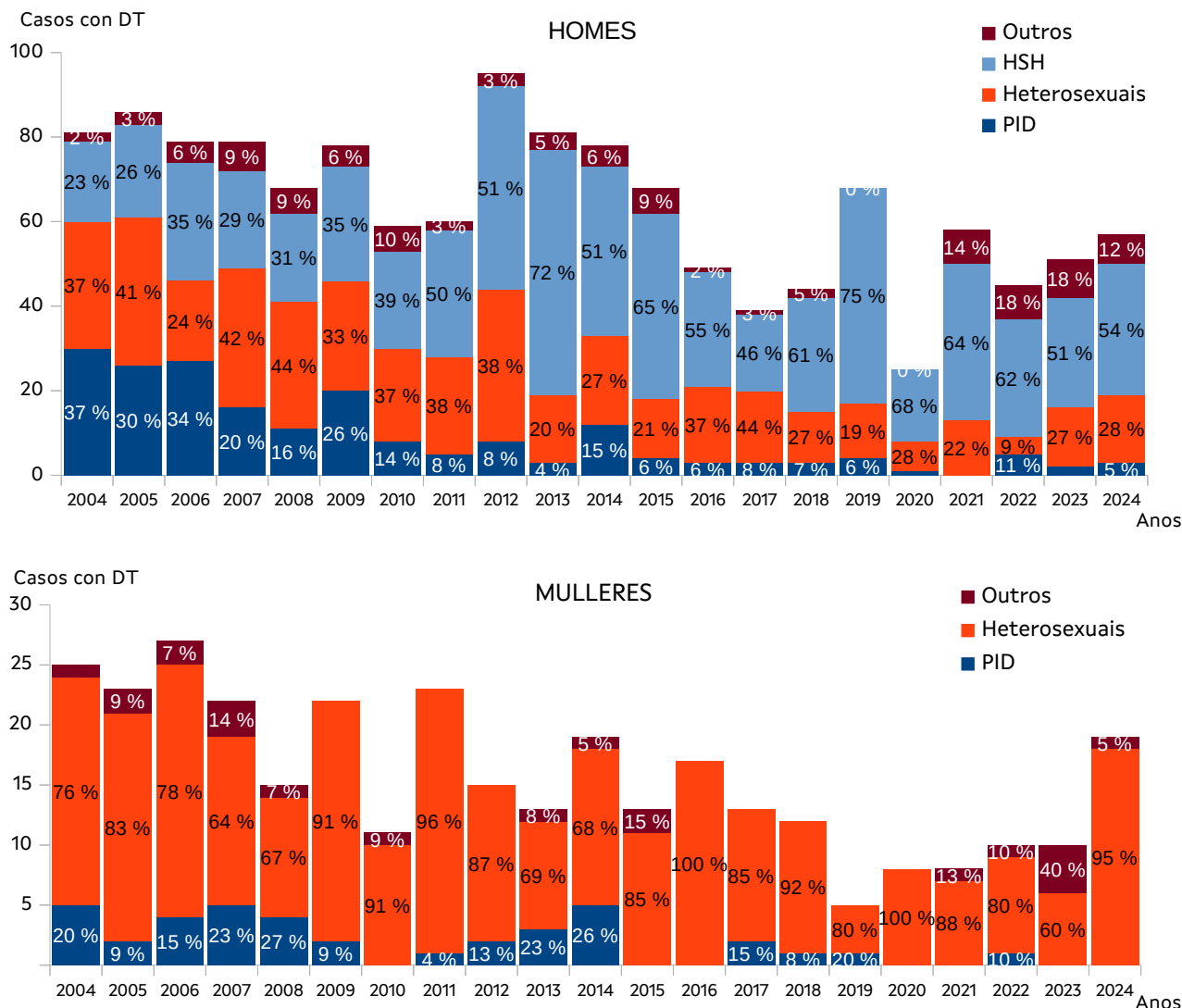


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Se estudamos a porcentaxe de cada unha das categorías de transmisión, observamos que o 41,2 % do diagnóstico tardío se asocia á transmisión heterossexual (31,1 % para os homes e 82,2 % nas mulleres), o 13,8 % a PID (14,3 % para os homes e 11,5 % nas mulle-

res) e o 47,9 % do diagnóstico tardío en homes asóciase á categoría HSH (38,4 % na po-
boación total).

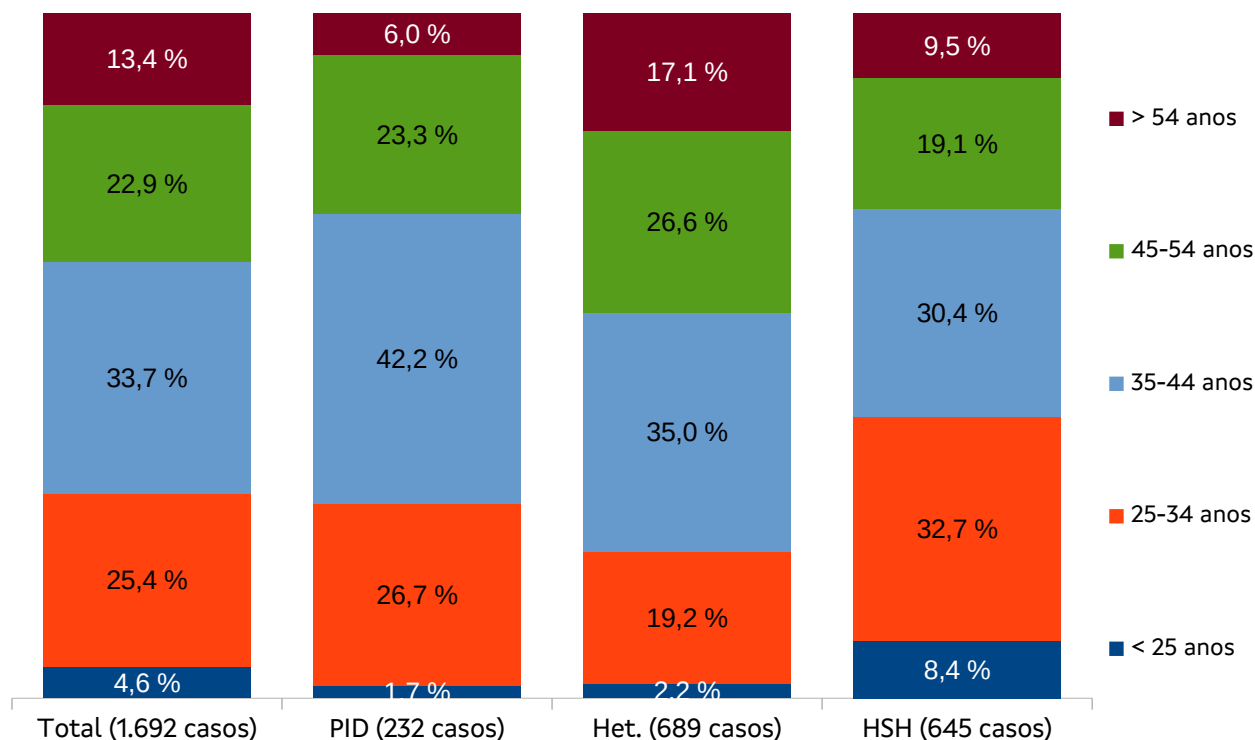
Gráfico 29. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo o sexo, a categoría de transmisión e os anos. Galicia 2004-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Ao estudar a relación do diagnóstico tardío e a idade, vemos que a maioría destes diag-
nósticos se deron entre persoas de 35 a 44 anos, que representan o 33,7 % de todos os
casos de diagnóstico tardío (42,2 % asociados a PID, 35,0 % en heterosexuais e 30,4 %
en HSH), seguidos dos que tiñan entre 25-34 anos, cun 25,4 %; os de 45-54 anos, cun
22,9 %, os maiores de 54, cun 13,4 %, e os menores de 25 anos co 4,6 % restante.

Gráfico 30. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os intervalos de idade e as principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2024



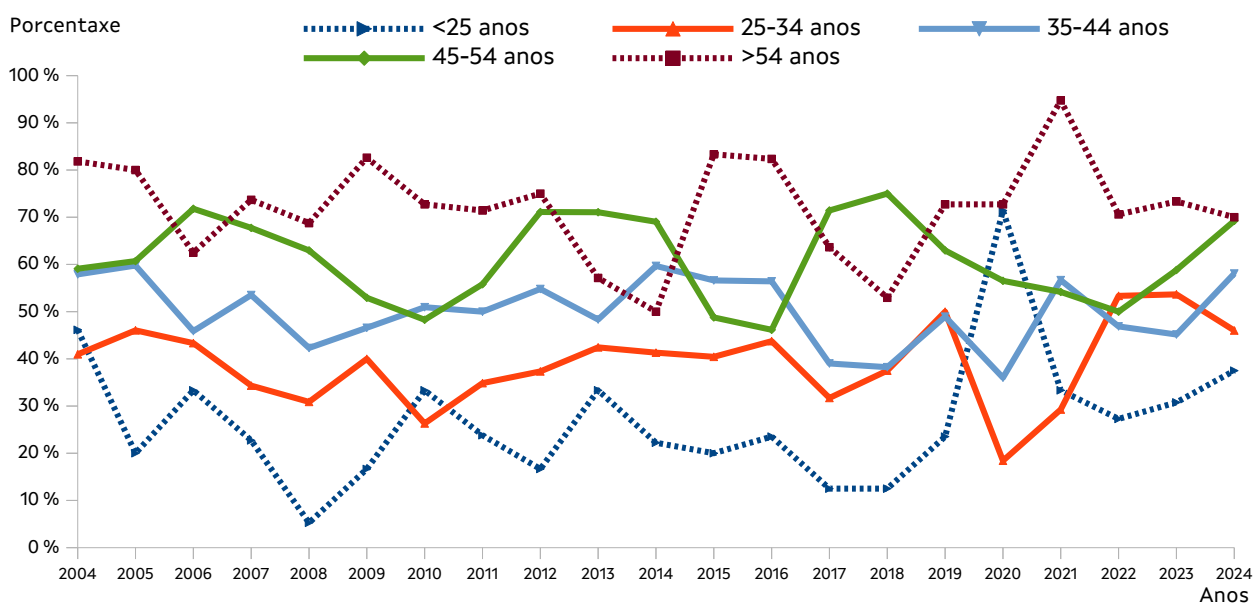
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Táboa 4. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os grupos de idade e principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2024

	Casos totais	T. heterosexual	HSH	PID
Menores de 25 anos	25,2 %	25,0 %	25,2 %	20,0 %
De 25 a 34 anos	38,8 %	42,9 %	34,7 %	44,9 %
De 35 a 44 anos	50,8 %	56,2 %	44,2 %	51,9 %
De 45 a 54 anos	61,7 %	65,6 %	54,4 %	68,4 %
Maiores de 54 anos	72,4 %	69,8 %	70,9 %	87,5 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Gráfico 31. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH en cada un dos intervalos de idade segundo o ano. Galicia 2004-2024

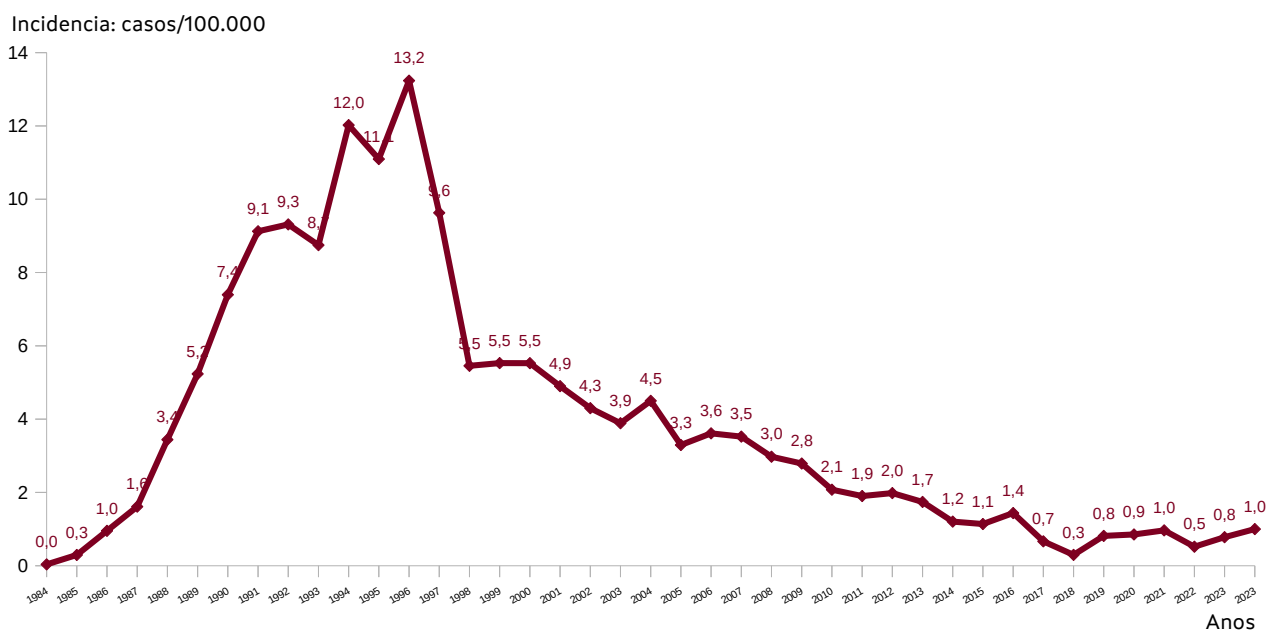


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

A SIDA EN GALICIA: 1984-2024

Dende que se diagnosticou o primeiro caso de SIDA en Galicia no ano 1984 e ata o ano 1996, a incidencia da SIDA mostrou unha evolución moi ascendente. A partir dese momento, a incidencia diminúe de forma considerable, cun punto deflexivo entre 1997 e 1998 de máis do 40 %. Durante os anos transcorridos do século XXI a tendencia é fluctuante decreciente, con discreto aumento da incidencia de 0,8% ao 1%. Esta diminución atribúese aos logros na prevención da enfermidade e, fundamentalmente, á utilización dos tratamentos antirretrovirais nas persoas infectadas polo VIH. Dende o ano 2010 notificáronse menos de 60 novos casos anuais, e sitúase a taxa nunha media de 1,2 casos por 100.000 habitantes anuais nestes últimos 15 anos.

Gráfico 32. Incidencia da SIDA por ano de diagnóstico. Galicia 1984-2024



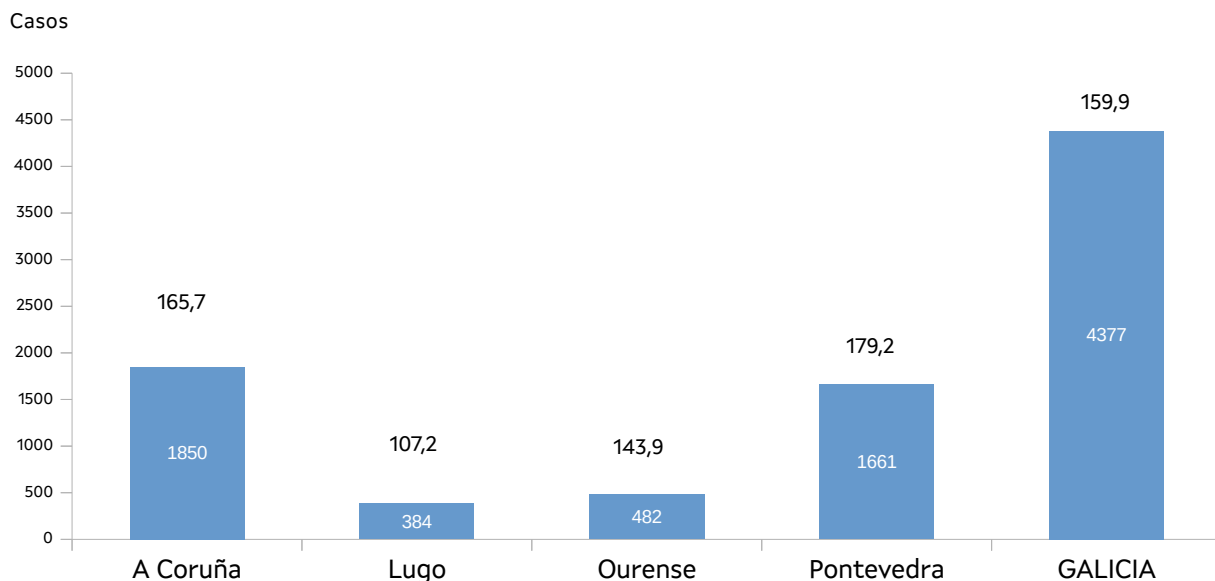
(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

O número acumulado de casos de SIDA ata o 30 de xuño de 2025, vivos e falecidos, en Galicia é de 4.377 persoas (78 % homes).

A relación global por provincias é a seguinte: A Coruña (1.850 casos) seguida de Pontevedra, Ourense e Lugo (1.661, 482, e 384 respectivamente).

Esta distribución modifícase ao calcular as taxas acumuladas de 1984 ata 2024, por 100.000 habitantes. A provincia con maior taxa é Pontevedra, con 179/10⁵hab., fronte aos 166 da Coruña, os 144 de Ourense e Lugo con 107 casos por 10⁵ habitantes durante os 41 anos.

Gráfico 33. Número de casos e incidencia da SIDA por provincia e por 100.000 hab. Galicia 1984-2024.



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

Táboa 5. Casos de SIDA por provincia e ano de declaración. Galicia 1984-2024

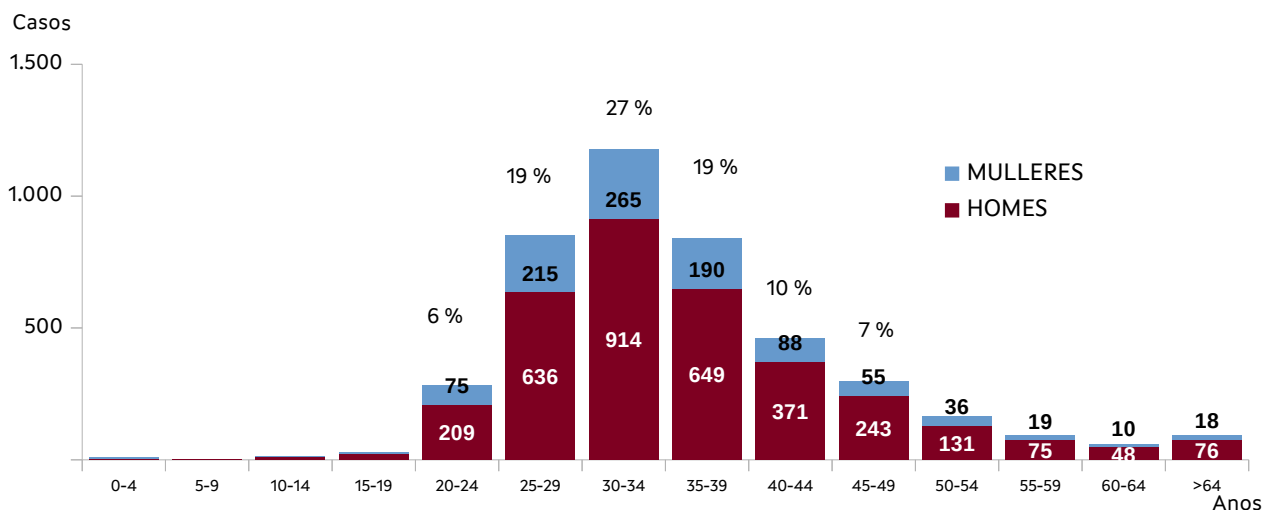
	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
1984 a 1990	170 (24 ao ano)	47 (7 ao ano)	68 (10 ao ano)	233 (33 ao ano)	518 (74 ao ano)
1991	105	22	34	88	249
1992	109	19	27	99	254
1993	83	20	31	105	239
1994	129	28	34	138	329
1995	114	34	41	115	304
1996	151	35	37	139	362
1997	115	21	33	94	263
1998	78	12	11	48	149
1999	70	6	24	51	151
2000	80	6	18	47	151
2001	61	14	12	47	134
2002	43	6	15	54	118
2003	42	9	10	46	107
2004	50	5	16	53	124
2005	45	7	3	36	91
2006	35	12	8	45	100

	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
2007	49	5	4	40	98
2008	44	3	6	30	83
2009	49	4	9	16	78
2010	34	5	2	17	58
2011	34	7	2	10	53
2012	30	4	2	19	55
2013	27	1	3	17	48
2014	14	9	4	6	33
2015	9	6	0	16	31
2016	16	4	6	13	39
2017	7	3	2	6	18
2018	5	0	1	2	8
2019	9	3	5	5	22
2020	10	8	2	3	23
2021	4	9	5	8	26
2022	6	1	2	5	14
2023	10	6	0	5	21
2024	13	3	5	5	26
	1.850	384	482	1.661	4.377

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

En canto á idade, cómpre sinalar que a SIDA se concentra no grupo dos adultos novos. O 65% de todos os casos tiña no momento do diagnóstico entre 25 e 39 anos que se aumentamos o intervalos dos 20 ata os 44 é de 81 % . Os maiores de 49 anos supoñen o 19 % dos casos de SIDA.

Gráfico 34. Casos de SIDA por grupo de idade e sexo. Galicia 1984-2024

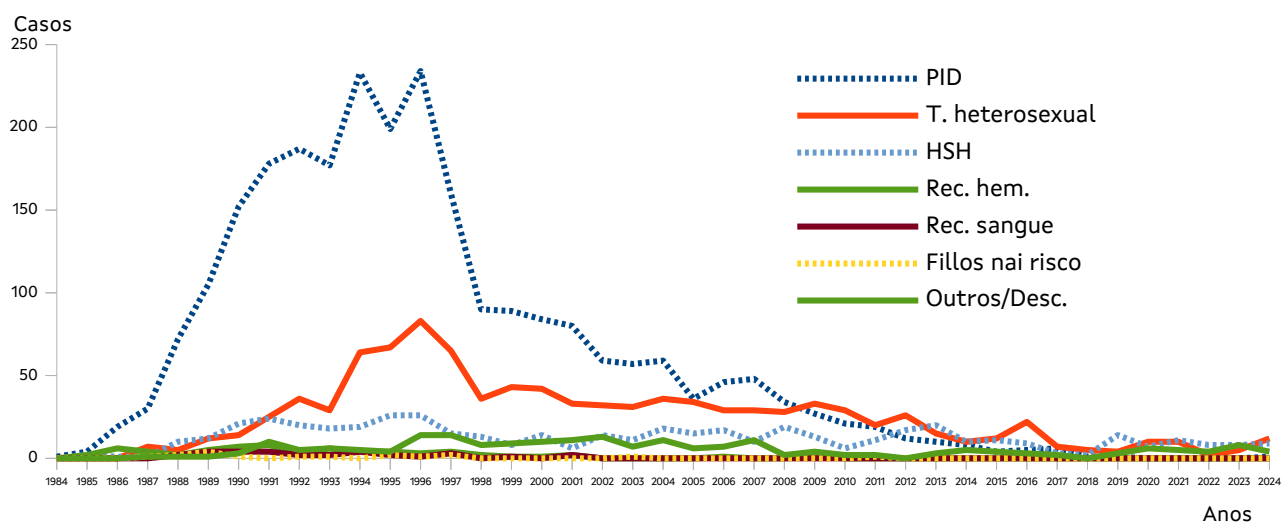


(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

A categoría de transmisión máis frecuente ao longo dos anos nos casos de SIDA declarados en Galicia é a asociada ao consumo de drogas inxectadas, cun 59 % dos casos rexistrados. No ano 2008, xa se comeza a observar predominio na transmisión sexual, heterosexual e HSH. No total do período, a transmisión heterosexual é a segunda categoría máis frecuente, cun 23 %, pero con tendencia relativa ao aumento. Contrariamente nos PID baixa o seu peso relativo nos últimos anos (18 % entre 2011 e 2024).

A tendencia da transmisión sexual cobra máis predominio no ano 2024 seguindo o patrón previo de maior incidencia en heterosexuais que HSH

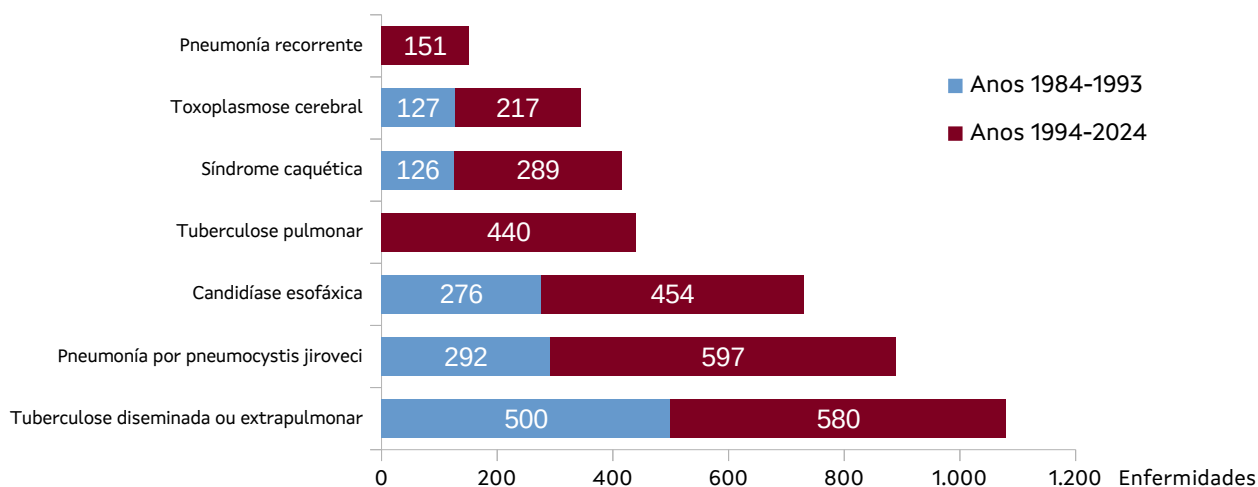
Gráfico 35. Casos de SIDA por ano de diagnóstico e categoría de transmisión. Galicia 1984-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

As enfermidades indicativas de SIDA máis frecuentes no momento do diagnóstico desde 1994 a 2024, son a pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* e a tuberculose diseminada ou extrapulmonar (cun 16,7 e 16,2 % das 3.117 enfermidades diagnosticadas), seguida da candidíase esofáxica (13 %) e da tuberculose pulmonar en maiores de 14 anos (12 %).

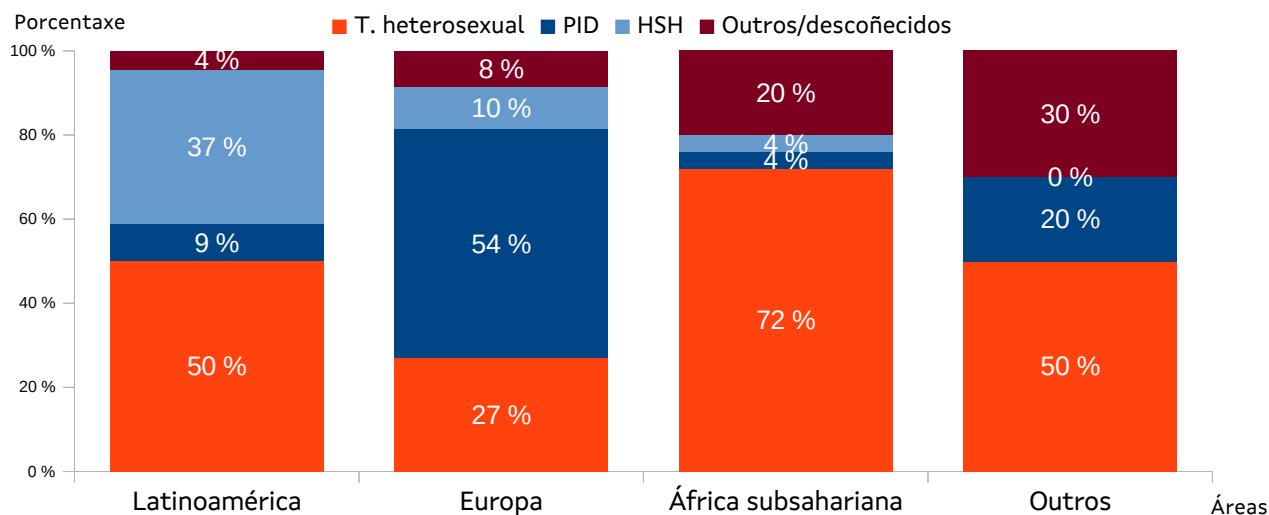
Gráfico 36. Enfermidades indicativas de SIDA máis frecuentes no momento do diagnóstico. Galicia 1984-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

O estudo da procedencia de persoas con diagnóstico de SIDA, para alén da nosa comunidade, é: Latinoamérica, cun 54 % dos casos, seguida de Europa, cun 29 % e África (12%).

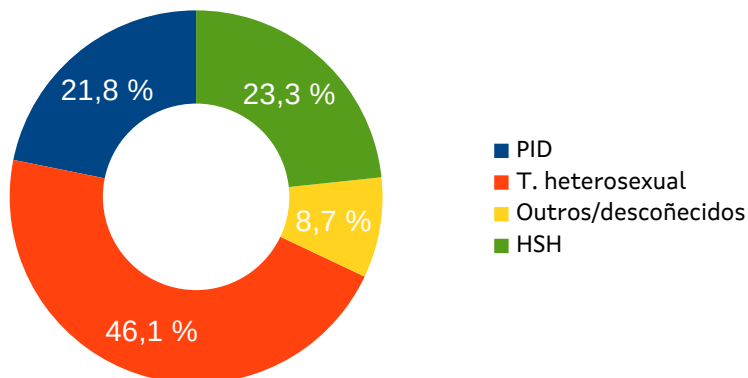
Gráfico 37. Casos de SIDA en persoas non españolas segundo a área de orixe e práctica de risco. Galicia 1984-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

En relación ás vías de transmisión neste grupo predomina a vía heterosexual cun 46,1 % dos casos, e a dos homes que teñen sexo con outros homes cun 23,3 %.

Gráfico 38. Casos de SIDA en persoas non españolas segundo a práctica de risco. Galicia 1984-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

a. Os datos do SIDIVIHG en Galicia no período 2004-2024 presentan unha incidencia de infección polo VIH de 6,1 casos/ano por 100.000 habitantes, o que nos sitúa por debaixo da incidencia anual española, que é de 6,65 para 2004 a 2023.

b. Entre 2004 e 2024 declaráronse en Galicia 3.522 novos diagnósticos de infección polo VIH nunha tendencia estable ata o ano 2012, e leve descenso ata o 2019 e moderado ascenso ata o 2024 en parte por melloras no sistema de diagnóstico e detección.

c. O patrón epidemiolóxico predominante na transmisión do virus é a vía sexual, cun 80,5 % constituído nun 44,9 % entre HSH e o 35,6 % por relacións heterosexuais.

d. No caso particular dos datos en homes, tamén se confirma o predominio da vía sexual, cun 81 % dos infectados. A transmisión en HSH corresponde a un 55,6 % dos casos, con menor tendencia ascendente, e asociado á vía heterosexual nun 25,5 %. As medidas preventivas na transmisión en HSH son cruciais para atallar a infección por este virus.

e. Ao longo do período estudado, o 48,6 % dos novos diagnósticos de infección presenta diagnóstico tardío definido por valores de linfocitos < 350 CD4/ μ l dos cales, 30,9 % tiña inmunosupresión severa con menos de 200 CD4 e o 17,7 % entre 200 e 350 CD4.

Polo tanto, a promoción do diagnóstico precoz entre a poboación e os profesionais sanitarios é prioritaria para obter o máximo beneficio, individual e colectivo, dos avances na prevención e o tratamento da infección polo VIH.

f. Os infectados non orixinarios de España representan o 21,5 % dos casos rexistrados (29,9 % das mulleres e 19,5 % dos homes), en 2024 supón o 43,8 %.

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2024

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

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

Os datos do CMBD son, xeralmente, recollidos polos servizos de admisión hospitalarios, agregados no ámbito autonómico e posteriormente integrados no ámbito estatal. Contén variables do paciente (sexo, data de nacemento...), variables de ingreso-alta (data de ingreso, tipo de ingreso, data de alta, circunstancia de alta...) e variables clínicas (diagnóstico principal e secundarios...). As variables clínicas codifícanse seguindo a Clasificación Internacional de Enfermidades, 10.^a revisión Modificación Clínica da OMS (CIE10-MC).

METODOLOXÍA

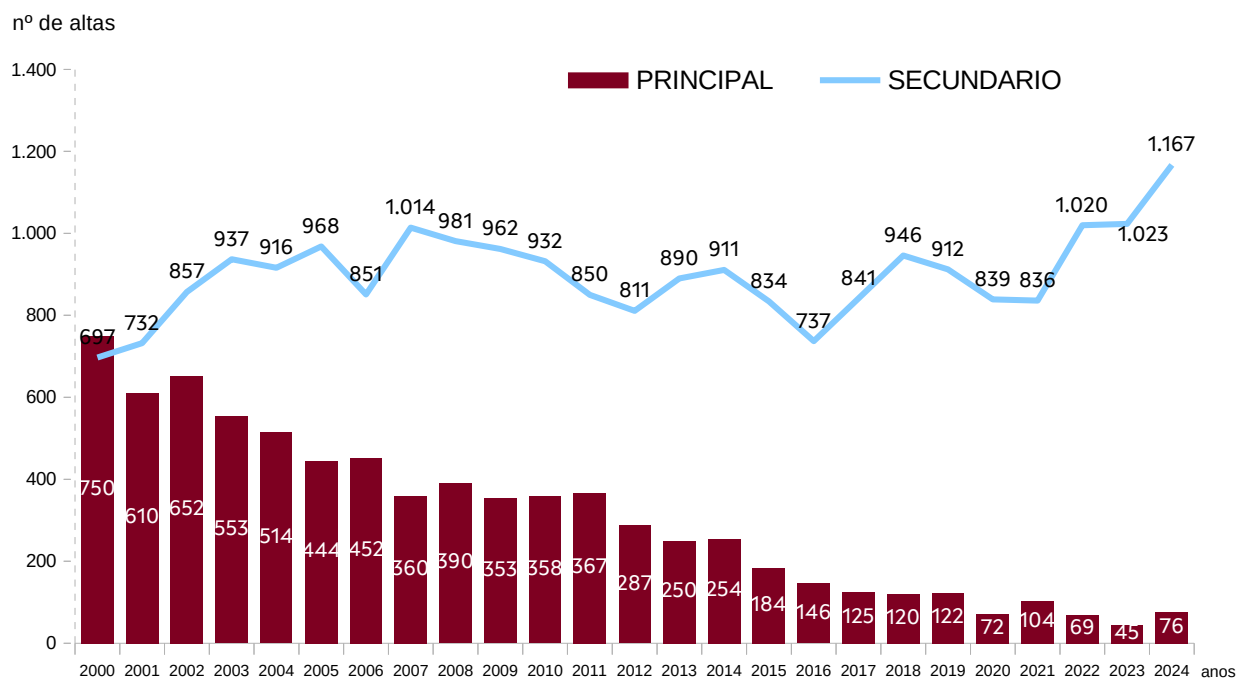
- Tipo de estudo: estudo descritivo das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH.
- Poboación de estudo: altas hospitalarias de pacientes infectados polo VIH en hospitais de Galicia de 2000 a 2024.
- Ámbito: hospitais públicos, administrados publicamente ou con concerto co Servizo Galego de Saúde.
- Fonte de datos: base de datos do CMBD dos anos 2000 a 2024.

- Criterios de inclusión: seleccionáronse todas as altas con un diagnóstico, principal ou secundario, co código B20 (Enfermidade por VIH resultante de infeccións oportunistas) ou Z21 (Estado seropositivo para o VIH sen manifestacións clínicas) da CIE10-MC.
- Variables: idade, sexo, tipo de ingreso, circunstancia no momento da alta, días de estada e diagnósticos B20 e Z21 da CIE10-MC. Defínese diagnóstico principal como aquel que foi a causa do ingreso. Son considerados diagnósticos secundarios, os diagnósticos que, non sendo o principal, coexisten no momento do ingreso ou se desenvolven ao longo da estada hospitalaria e inflúen na súa duración ou no tratamento administrado. Pola dificultade na codificación de infeccións recorrentes sen órgano especificado, non foron incluídas como variables.

RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2024

Nos 24 anos do estudo rexistráronse un total de 30121 altas hospitalarias de persoas con infección polo VIH (diagnóstico principal ou secundario). Ao longo do período obsérvase un descenso do 14 % no número de altas como diagnóstico principal do ano 2000 ata o 2024. Al altas no que o VIH é o diagnóstico principal reduciranse de 750 a 75 o que supón unha redución de 90% mentres que no secundario aumentaron un 64,7% no mesmo período, de 697 a 1167 número de altas, certificando que os motivos de ingreso por VIH son cada vez menores.

Gráfico 40. Altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnóstico e anos. Galicia 2000-2024



(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

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

A distribución por sexo mostra predominio dos homes (73,6 %), sen variacións durante os anos (rango: 70,1 % en 2011 a 77,6 % en 2018). Na idade obsérvase un aumento da idade media dende 36,4 anos no ano 2000 ata 56,4 anos no ano 2024. Este incremento é tanto para homes coma para mulleres, aínda que a idade media das mulleres é inferior á dos homes en todo o período (gráfico 41).

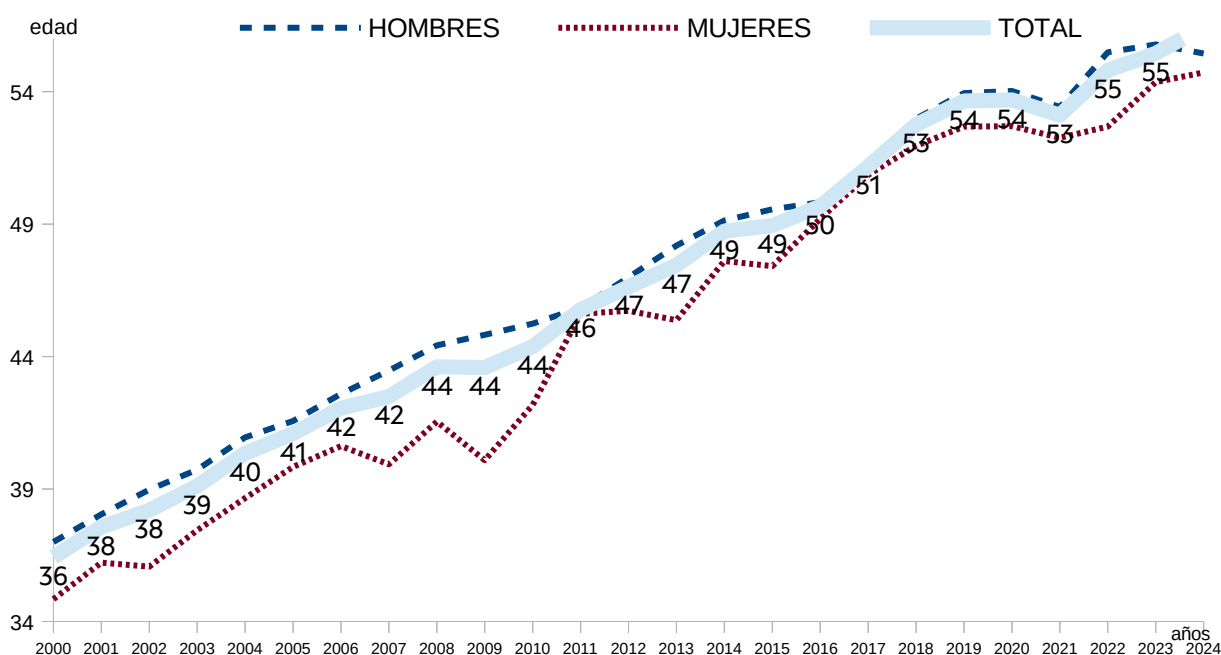
Táboa 6. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH segundo sexo e grupos de idade. Galicia 2000 a 2024

	SEXO				GRUPOS DE IDADE								total
	Homes		Mulleres		< 25 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		> 49 anos		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
2000	1.068	73,8 %	379	26,2 %	71	4,9 %	635	43,9 %	650	44,9 %	91	6,3 %	1.447
2001	988	73,6 %	354	26,4 %	38	2,8 %	517	38,5 %	699	52,1 %	88	6,6 %	1.342
2002	1.107	73,4 %	402	26,6 %	61	4,0 %	478	31,7 %	848	56,2 %	122	8,1 %	1.509
2003	1.091	73,2 %	399	26,8 %	52	3,5 %	377	25,3 %	931	62,5 %	130	8,7 %	1.490
2004	1.054	73,7 %	376	26,3 %	40	2,8 %	338	23,6 %	885	61,9 %	167	11,7 %	1.430
2005	1.029	72,9 %	383	27,1 %	19	1,3 %	280	19,8 %	952	67,4 %	161	11,4 %	1.412
2006	945	72,5 %	358	27,5 %	18	1,4 %	215	16,5 %	906	69,5 %	164	12,6 %	1.303
2007	993	72,3 %	381	27,7 %	44	3,2 %	170	12,4 %	946	68,9 %	214	15,6 %	1.374
2008	985	71,8 %	386	28,2 %	33	2,4 %	165	12,0 %	892	65,1 %	281	20,5 %	1.371
2009	972	73,9 %	343	26,1 %	35	2,7 %	173	13,2 %	845	64,3 %	262	19,9 %	1.315
2010	926	71,8 %	364	28,2 %	31	2,4 %	134	10,4 %	836	64,8 %	289	22,4 %	1.290
2011	853	70,1 %	364	29,9 %	13	1,1 %	116	9,5 %	775	63,7 %	313	25,7 %	1.217
2012	790	71,9 %	308	28,1 %	13	1,2 %	74	6,7 %	699	63,7 %	312	28,4 %	1.098
2013	841	73,8 %	299	26,2 %	10	0,9 %	86	7,5 %	635	55,7 %	409	35,9 %	1.140
2014	857	73,6 %	308	26,4 %	7	0,6 %	61	5,2 %	635	54,5 %	462	39,7 %	1.165
2015	728	71,5 %	290	28,5 %	12	1,2 %	54	5,3 %	486	47,7 %	466	45,8 %	1.018
2016	659	74,6 %	224	25,4 %	6	0,7 %	43	4,9 %	435	49,3 %	399	45,2 %	883
2017	715	74,0 %	251	26,0 %	5	0,5 %	53	5,5 %	374	38,7 %	534	55,3 %	966
2018	827	77,6 %	239	22,4 %	9	0,8 %	41	3,8 %	350	32,8 %	666	62,5 %	1.066
2019	793	76,7 %	241	23,3 %	10	1,0 %	40	3,9 %	261	25,2 %	723	69,9 %	1.034
2020	682	74,9 %	229	25,1 %	12	1,3 %	41	4,5 %	222	24,4 %	636	69,8 %	911
2021	688	73,2 %	252	26,8 %	7	0,7 %	47	5,0 %	255	27,1 %	631	67,1 %	940
2022	825	75,8 %	264	24,2 %	5	0,5 %	59	5,4 %	218	20,0 %	807	74,1 %	1.089
2023	815	76,3 %	253	23,7 %	4	0,4 %	59	5,5 %	202	18,9 %	803	75,2 %	1.068
2024	949	76,3 %	294	23,7 %	7	0,6 %	70	5,6 %	237	19,1 %	929	74,7 %	1243
	22180	73,6%	7941	23,7 %	562	1,9 %	4.326	14,4 %	15.174	50,4 %	10.059	33,4 %	30.121

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

A maior proporción de altas concéntrase no grupo etario de 35 a 49 anos (50,4 %; rango: 20,0 % en 2022 a 69,5 % en 2006). Sin embargo desde o ano 2017 tendencia é a ingresar en idades máis avanzadas paralela a evolución natural da enfermidade e que corresponde ao grupo de maiores de 49 anos. Ao longo do período obsérvase un aumento na porcentaxe de altas con máis de 49 anos, que supuxeron o 6,3 % no 2000 e o 74,7 % no 2024.

Gráfico 41. Idade media das hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo o sexo e os anos. Galicia 2000-2024.



(Fonte: CMDB-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

A maioría dos ingresos foron admitidos nos hospitais desde os Servizos de Urxencias (80,9 %; rango: 72,7 % en 2001 a 85,4 % en 2007) (táboa 7). A estancia media do período foi de 11,5 días.

Táboa 7. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH segundo o tipo de ingreso e circunstancia no momento da alta. Galicia 2000 a 2024

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

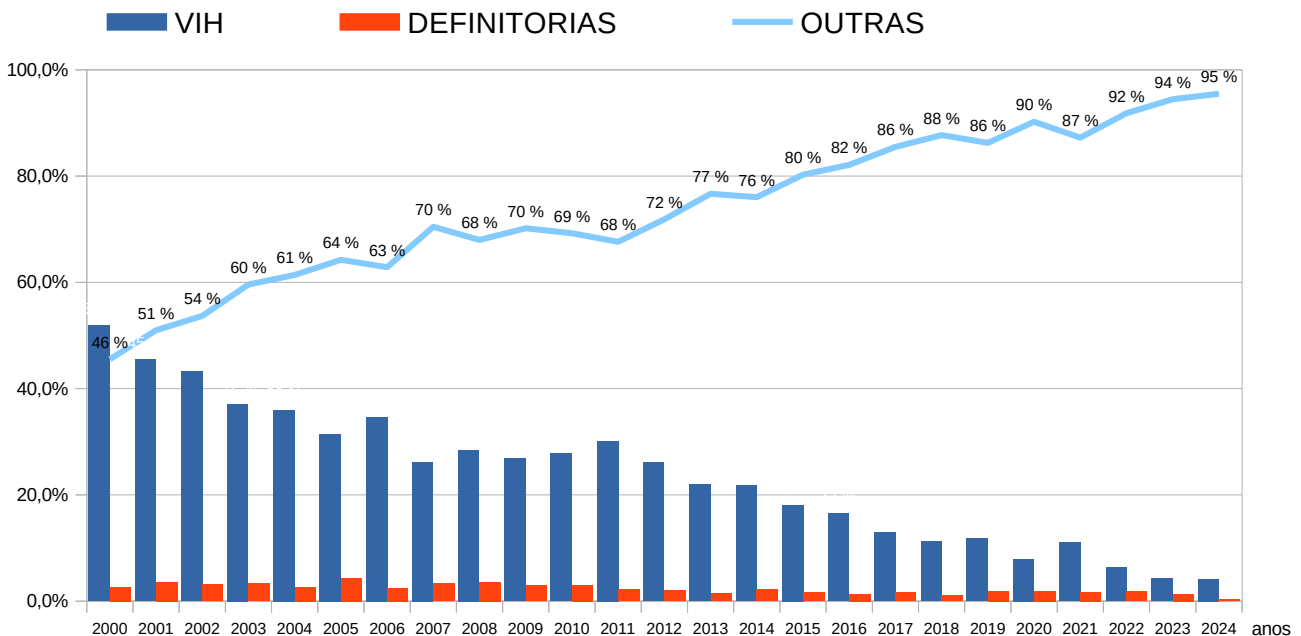
Año	TIPO DE INGRESO						CIRCUNSTANCIA Á ALTA									Total	
	744	81,7 %	167	18,3 %	0	0,0 %	814	89,4 %	11	1,2 %	25	2,7 %	44	4,8 %	17		1,9 %
2020	744	81,7 %	167	18,3 %	0	0,0 %	814	89,4 %	11	1,2 %	25	2,7 %	44	4,8 %	17	1,9 %	911
2021	741	78,8 %	194	20,6 %	5	0,5 %	842	89,6 %	21	2,2 %	19	2,0 %	43	4,6 %	15	1,6 %	940
2022	851	78,1 %	238	21,9 %	0	0,0 %	982	90,2 %	21	1,9 %	14	1,3 %	57	5,2 %	15	1,4 %	1.089
2023	844	79,0 %	224	21,0 %	0	0,0 %	949	88,9 %	16	1,5 %	25	2,3 %	65	6,1 %	13	1,2 %	1.068
2024	1006	80,9 %	237	19,1 %	0	0,0 %	1113	89,5 %	30	2,4 %	26	2,1 %	59	4,7 %	15	1,2 %	1.243
Total	24.446	81,2 %	5.642	18,7 %	33	0,1 %	26.391	87,6 %	228	0,8 %	1.129	3,7 %	1.869	6,2 %	504	1,7 %	30.121

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

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

O número total de altas hospitalarias en que figuran os códigos B20 ou Z21 no diagnóstico principal foi de 7.633 que representa o 25,3 % do total. Ao longo dos anos esta proporción diminuíu un 94 %, dende as 750 altas no 2000 ata as 52 altas no 2024. Non obstante foi lixeiramente superior ao do ano anterior.

Gráfico 42. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnóstico principal e os anos. Galicia 2000-2024



(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

Esta mesma tendencia observouse no diagnóstico principal das altas por enfermidades definitivas de SIDA do 2,6 % ata o 0,3 %. Outras patoloxías non asociadas ao VIH como motivo de ingreso aumentaron de 659 (45,5 %) no 2000 a 1.187 (95,5 %) en 2024. A relación das enfermidades definitivas de SIDA máis frecuentes no diagnóstico principal foron os linfomas(*).

Táboa 8. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades definitivas de SIDA no diagnóstico principal e os anos. Galicia 2000-2024

Tuberculose	106	41	41	0	2	2	9	0	5	4	2	0
Pneumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	38	11	9	4	3	2	1	2	1	2	3	0
Toxoplasmose cerebral	8	4	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	18	9	5	0	1	0	1	0	0	1	1	0
Candidíase esofáxica	10	4	1	0	1	0	0	0	1	2	1	0
Criptococose extrapulmonar	13	6	1	0	2	0	2	0	1	1	0	1
Cancro invasivo de colo	31	18	7	1	2	2	0	0	0	1	0	0
Septicemia por salmonella	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	13	1	2	0	0	1	1	2	4	2	0	1
Pneumonía intersticial linfoide	9	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	8	1	2	0	0	1	0	1	1	2	0	0
Criptosporidiase	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Micobacterium outras especies	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caquexia	4	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Micobacterium avium ou kansasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isosporidase	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Candidíase traqueal, bronquial ou pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Histoplasmose diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	126	32	55	7	4	3	4	9	2	4	6	4
Encefalopatía VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple bronquial, pulmonar ou esofáxico	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Coccidiomicose diseminada	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	397	139	132	12	15	12	20	17	16	20	14	7

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

(*) Conforme definición do vixente protocolo RENAVE. Versión 1 de junio de 2013. Revisado el de 3 de setembro de 2016.

(**)Excluídas as infeccións bacterianas recorrentes e as pneumonías bacterianas recorrentes.

Respecto das altas por outras patoloxías, as enfermidades respiratorias foron as máis frecuentes, seguidas das enfermidades dixestivas.

Táboa 9. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e ano. Galicia 2000-2024

	00-23	00-06	00-15	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Neoplasias:	1791	323	666	64	67	89	69	68	79	149	94	123
Traquea, bronquios, pulmón	228	40	89	7	9	12	6	15	10	10	16	14
Larinxe	82	17	28	6	4	1	3	2	4	6	2	9
Hodgkin	80	31	19	5	3	2	3	2	2	7	1	5
Recto, ano	74	12	34	2	3	3	5	1	6	4	2	2
Fígado	143	20	69	3	5	9	11	4	5	8	6	3
Enf. endócrino-metabólicas:	320	73	109	11	10	17	16	27	15	15	13	14
Lipodistrofia	47	4	17	1	0	2	4	8	4	2	2	3
Enf. respiratorias	4.054	775	1440	182	207	246	204	174	131	172	223	300
Enf. do sangue	530	151	175	5	30	7	14	20	27	42	30	29
Enf. aparato circulatorio	1.711	380	591	60	71	94	93	100	82	92	84	64
Enf. dos riles	641	124	210	24	25	32	27	40	44	38	47	30
Hepatites víricas:	509	296	185	5	4	3	1	1	1	3	1	9
Hepatite B aguda	15	6	5	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Hepatite B crónica	18	7	8	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hepatite C aguda	11	6	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Hepatite C crónica	436	275	158	1	0	0	1	0	1	0	0	0
Hepatite B sen especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatite C sen especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras enf. infecciosas	1.363	507	482	40	34	46	40	34	38	35	49	58
Enf. dixestivas	3.101	844	1149	95	118	129	121	117	113	127	142	146
Lesións e envelenamentos	2.074	575	757	55	61	62	94	64	95	88	113	110
Enf. aparato xenital	344	83	123	13	12	19	16	11	12	22	10	23
Trastornos mentais	1.973	599	801	48	62	67	67	65	68	61	68	67
Complicacións embarazo	679	316	267	16	17	10	7	5	4	10	10	17
Enf. da pel	571	186	207	18	18	20	18	15	23	25	13	28
Enf. aparato osteoarticular	680	159	236	23	36	39	35	18	25	29	42	38
Anomalías conxénitas	38	12	15	0	1	2	2	0	0	2	3	1
Enf. perinatais	10	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mal definidas e outras	1.578	530	675	50	30	35	38	39	46	54	44	37
	22.073	5.645	8.520	704	799	914	861	797	802	961	985	1.085

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

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

A porcentaxe de altas en que figuraba algunha enfermidade definitoria de SIDA no diagnóstico principal ou en calquera dos secundarios diminuíu do 30,1 % ao 6,8 % entre os anos 2000 e 2023. Os diagnósticos máis frecuentes no ano 2024 foron a *Pneumocystis jiroveci* 26%, linfomas 17%, caquexia 11,6% e tuberculose 9,8%; obsérvase unha tendencia descendente cos anos na maioría delas (táboa 10).

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

Así, algúns exemplos do anterior son as altas das enfermidades respiratorias, do 21,7% ao 39,8%, das enfermidades dixestivas, do 18,1% ao 29,1%, dos tumores que pasaron do 7,1% ao 21,4% (o tumor con maior tendencia ao aumento é o de fígado, 0 casos nos dous primeiros anos do período a 21 en 2023 (táboa 11).

Táboa 10. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades* definitorias de SIDA no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2024

	00-24	00-06	07-15	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tuberculose	1.142	647	396	12	18	13	18	4	10	11	8	5
Pneumonía por <i>P. Jiroveci</i>	892	355	346	25	23	16	20	21	22	24	11	29
Toxoplasmose cerebral	381	233	123	3	6	2	1	4	5	2	1	1
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	415	171	183	7	8	6	16	6	6	5	3	4
Candidíase esofáxica	561	258	186	26	15	14	13	7	11	11	9	11
Criptococose extrapulmonar	196	87	70	7	9	3	4	5	1	2	2	6
Cancro invasivo de colo	77	41	21	2	5	4	0	0	0	3	1	0
Septicemia por salmonella	32	28	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	235	61	86	9	8	5	16	10	12	12	10	6
Pneumonía intersticial linfoide	41	20	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	290	67	129	8	8	7	13	15	9	13	11	10
Criptosporidíase	51	31	13	1	1	2	0	0	1	0	1	1
Micobacterium outras especies	48	36	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Caquexia	788	338	324	14	9	15	25	12	14	15	9	13
Micobacterium avium ou kansasi	112	52	48	0	1	0	1	0	7	1	0	2
Isosporidíase	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	43	9	20	3	0	3	2	1	0	2	1	2
Candidíase traqueal, bronquial ou pulmonar	30	12	15	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Histoplasmose diseminada	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	861	257	393	28	29	18	24	28	7	41	17	19
Encefalopatía VIH	13	0	0	2	2	3	1	0	3	0	0	2
Herpes simple bronquial, pulmonar ou esofáxico	25	4	17	0	0	0	0	1	0	1	2	0
Coccidiomicose diseminada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6.238	2.708	2.409	149	143	111	154	114	108	144	86	112

(Fonte:CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

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

Táboa 11. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades* non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2024

	00-24	00-06	00-15	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Neoplasias:	3.850	776	1.409	126	137	176	128	151	180	265	229	273
Traquea, bronquios, pulmón	468	81	175	18	22	22	13	25	22	27	30	33
Larinxe	132	34	46	7	5	1	3	2	6	9	5	14
Hodgkin	278	82	118	8	9	5	5	7	15	8	12	9
Recto, ano	135	16	66	10	5	3	6	5	12	4	7	1
Fígado	296	38	127	5	8	23	19	14	15	16	21	10
Enf. endócrino-metabólicas:	6.265	996	2.217	206	231	324	346	355	349	382	419	440
Lipodistrofia	216	64	102	3	0	6	5	10	7	4	7	8
Enf. respiratorias	9.523	2.493	3.609	325	385	417	386	320	298	364	425	501
Enf. do sangue	4.544	1.460	1.810	116	131	143	147	117	142	204	136	138
Enf. aparato circulatorio	7.680	1.458	2.714	237	270	381	411	377	360	492	459	521
Enf. dos riles	3.805	811	1.379	129	123	173	168	172	187	234	213	216
Enf. infecciosas:	17.855	6.105	6.980	534	544	664	590	528	442	490	463	515
Hepatite B aguda	191	124	59	2	0	1	1	1	0	0	1	2
Hepatite B crónica	949	462	296	17	14	27	23	24	17	27	25	17
Hepatite C aguda	160	133	21	2	1	0	0	1	0	1	0	1
Hepatite C crónica	8.885	2.874	3.861	276	273	347	307	234	183	187	182	161
Hepatite B sen especificar	0	0	0	5	6	0	3	3	1	0	7	6
Hepatite C sen especificar	0	0	0	16	23	25	17	24	14	15	30	31
Enf. dixestivas	7.740	2.142	3.013	243	251	296	291	266	274	310	311	343
Lesións e envelenamentos	4.114	984	1.489	129	151	148	207	163	193	197	218	235
Enf. aparato xenital	888	222	342	28	31	40	32	26	40	46	38	43
Trastornos mentais	18.781	6.126	7.119	467	491	626	669	569	595	658	694	767
Complicacións embarazo	680	316	268	16	17	10	7	5	4	10	10	17
Enf. da pel	2.337	824	835	64	54	73	83	75	77	84	68	100
Enf. aparato osteoarticular	2.008	444	714	70	74	95	86	73	92	98	132	130
Anomalías conxénitas	281	80	112	10	10	11	7	8	3	19	12	9
Enf. perinatais	16	10	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	57.934	9.858	38.887	881	966	1.065	1.030	911	939	1.087	1.067	1.243

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

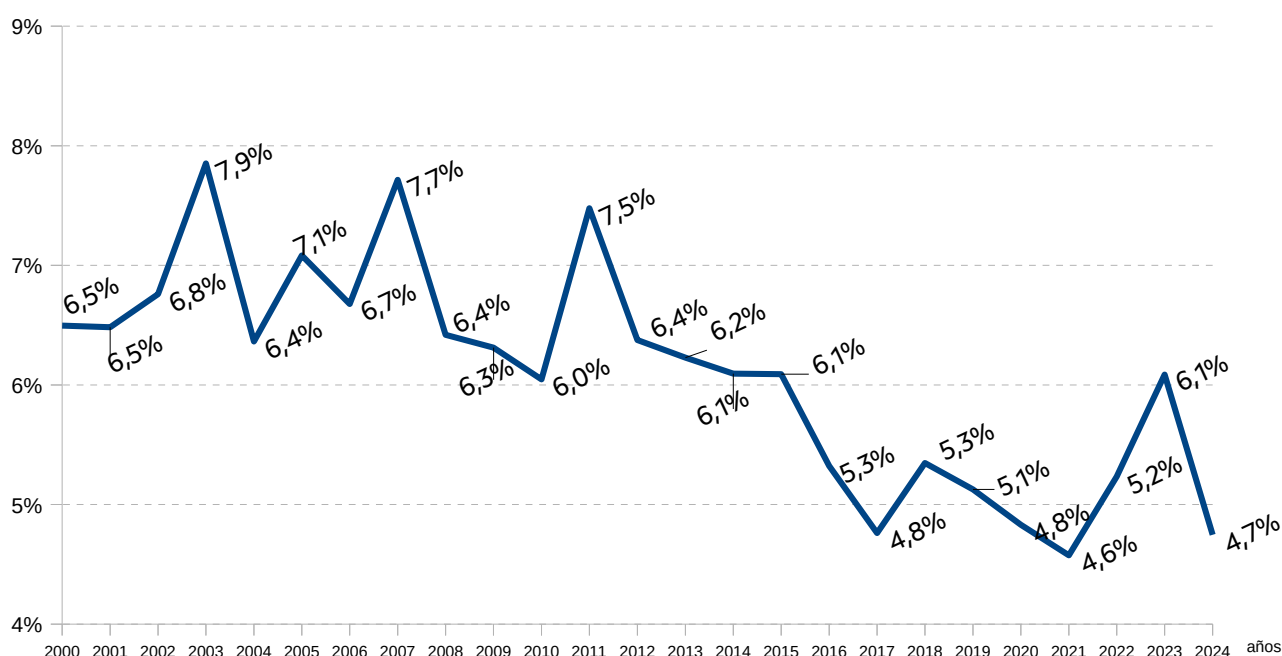
(*) Unha mesma persoa pode ter máis dun diagnóstico

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

Durante o período rexistráronse 1.869 altas por falecemento en pacientes hospitalizados con infección polo VIH, o que supuxo o 6,2% do total. A porcentaxe de altas por falecemento permaneceu bastante estable nos anos (6,2% cun rango: 4,6% en 2021; 7,9% en 2003).

En todo o período, a maior parte dos exitus foron homes (79,2%) e no grupo de idade de 35 a 49 anos (50,2%); os maiores de 49 anos representan o 40,9% (dende o 14,9% no 2000 ata o 89,2% no 2023) (táboa 12).

Gráfico 43. Número e % de altas hospitalarias por falecemento en pacientes con infección polo VIH. Galicia 2000-2024



(CMBD-HA da SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA)

A idade media no momento do falecemento foi de 48,1 anos, pasouse de 40,9 en 2000 ata 62,2 en 2024.

Táboa 12. Distribución das altas por falecemento segundo sexo e idade. Galicia 2000-2024

	SEXO				GRUPOS DE IDADE								total
	Homes		Mulleres		< 25 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		> 49 anos		
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
2000	75	79,8 %	19	20,2 %	2	2,1 %	31	33,0 %	47	50,0 %	14	14,9 %	94
2001	70	80,5 %	17	19,5 %	0	0,0 %	18	20,7 %	61	70,1 %	8	9,2 %	87
2002	77	75,5 %	25	24,5 %	1	1,0 %	23	22,5 %	64	62,7 %	14	13,7 %	102
2003	95	81,2 %	22	18,8 %	1	0,9 %	19	16,2 %	74	63,2 %	23	19,7 %	117
2004	75	82,4 %	16	17,6 %	1	1,1 %	15	16,5 %	57	62,6 %	18	19,8 %	91
2005	83	83,0 %	17	17,0 %	0	0,0 %	9	9,0 %	69	69,0 %	22	22,0 %	100
2006	73	83,9 %	14	16,1 %	0	0,0 %	8	9,2 %	65	74,7 %	14	16,1 %	87
2007	85	80,2 %	21	19,8 %	1	0,9 %	11	10,4 %	71	67,0 %	23	21,7 %	106
2008	70	79,5 %	18	20,5 %	0	0,0 %	2	2,3 %	62	70,5 %	24	27,3 %	88
2009	67	80,7 %	16	19,3 %	0	0,0 %	7	8,4 %	49	59,0 %	27	32,5 %	83
2010	56	71,8 %	22	28,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %	47	60,3 %	31	39,7 %	78
2011	67	73,6 %	24	26,4 %	0	0,0 %	5	5,5 %	58	63,7 %	28	30,8 %	91
2012	54	77,1 %	16	22,9 %	0	0,0 %	4	5,7 %	40	57,1 %	26	37,1 %	70
2013	57	80,3 %	14	19,7 %	0	0,0 %	4	5,6 %	34	47,9 %	33	46,5 %	71
2014	59	83,1 %	12	16,9 %	0	0,0 %	4	5,6 %	33	46,5 %	34	47,9 %	71
2015	43	69,4 %	19	30,6 %	1	1,6 %	3	4,8 %	26	41,9 %	32	51,6 %	62
2016	37	78,7 %	10	21,3 %	0	0,0 %	0	5,6 %	19	40,4 %	28	59,6 %	47
2017	35	76,1 %	11	23,9 %	0	0,0 %	3	6,5 %	11	23,9 %	32	69,6 %	46
2018	44	77,2 %	13	22,8 %	0	0,0 %	1	1,8 %	11	19,3 %	45	78,9 %	57
2019	41	77,4 %	12	22,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %	7	13,2 %	46	86,8 %	53
2020	35	79,5 %	9	20,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6	13,6 %	38	86,4 %	44
2021	35	81,4 %	8	18,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %	9	20,9 %	34	79,1 %	43
2022	50	87,7 %	7	12,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6	10,5 %	51	89,5 %	57
2023	53	81,5 %	12	18,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	7	10,8 %	58	89,2 %	65
2024	45	76,3 %	14	23,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6	10,2 %	53	89,8 %	59
	1.481	79,2 %	388	20,8 %	7	0,4 %	167	9,2 %	933	51,5 %	703	38,8 %	1.869

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

Ao analizar o diagnóstico principal do total de falecementos, os códigos de infección polo VIH figuraban en 754 altas (40,3 %), en 65 (3,5 %) está presente algún código de enfermidade definitiva de SIDA e nas 1050 restantes (56,2 %) outra patoloxía non rela-

cionada coa infección polo VIH. Obsérvase unha tendencia descendente na presenza da enfermidade polo VIH á custa dun aumento noutras patoloxías non asociadas co VIH.

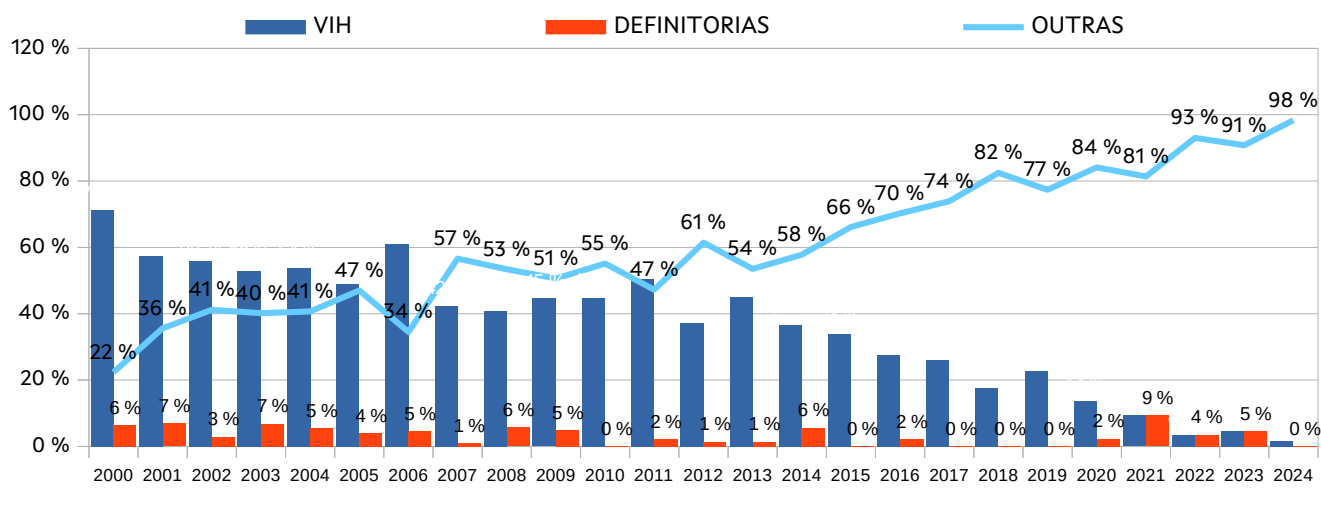
Táboa 13. Distribución das altas por morte segundo patoloxías do diagnóstico principal. Galicia 2000-2024

Enfermidade polo VIH	754	40,30 %
Algunha enfermidade indicativa de SIDA	65	3,5 %
Linfomas asociados ao VIH	21	1,1 %
Tuberculose	8	0,4 %
Pneumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>	7	0,4 %
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4	0,2 %
Criptococose extrapulmonar	5	0,3 %
Cancro invasivo de colo uterino	2	0,1 %
Pneumonía intersticial linfoide	2	0,1 %
Outras	16	0,9 %
Outros diagnósticos non relacionados co VIH	1050	56,2 %
Enfermidades dixestivas	189	10,1 %
Neoplasias:	254	13,6 %
Traquea, bronquios e pulmón	66	3,6 %
Fígado	34	1,8 %
Enfermidades respiratorias	160	8,6 %
Enfermidades infecciosas:	101	5,4 %
Hepatite B crónica	4	0,2 %
Hepatite C crónica	31	1,7 %
Enfermidades aparato circulatorio	108	5,8 %
Lesións e envelenamentos	75	4,0 %
Outras	163	8,7 %
total	1.869	100 %

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

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

Gráfico 44: Diagnóstico principal das altas por falecemento en doentes con infección polo VIH. Galicia 2000-2024



Anos

(Fonte: CMBD-HA da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria)

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

- a.** Durante o período de estudo obsérvase un descenso do número de altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH. As altas maioritariamente son de homes e cunha idade media en aumento.
- b.** Diminúen as hospitalizacións con diagnóstico principal de infección polo VIH, así como aquelas de enfermidades definitórias de SIDA, e aumentan as altas por outras enfermidades non relacionadas co VIH.
- c.** Baixan as altas en que tanto no diagnóstico principal coma nos secundarios figuran diagnósticos de enfermidades definitórias de SIDA. A pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* e os linfomas foron os máis frecuentes destas enfermidades definitórias de SIDA.
- d.** Aumentan as altas con diagnóstico principal ou secundarios con patoloxías non relacionadas coa infección polo VIH nalgún dos grandes grupos de patoloxías como son as neoplasias, as enfermidades endócrino-metabólicas, as enfermidades do aparato circulatorio e as enfermidades dixestivas, e baixan os trastornos mentais e as complicacións relacionadas co embarazo.

e. A porcentaxe de altas por falecemento permaneceu bastante estable nestes anos, ao redor do 6,3 % anual. Obsérvase unha tendencia descendente na presenza da enfermidade polo VIH no diagnóstico principal á custa dun incremento noutras patoloxías non asociadas co VIH.

MORTALIDADE POLO VIH EN GALICIA:

1984-2023

A supervivencia dos pacientes con infección polo VIH mellorou moito coa introdución dos tratamentos antirretrovirais de alta eficacia, conseguindo a cronificación da enfermidade. O seguimento das mortes polo VIH supón un indicador para avaliar a efectividade dos tratamentos e as actividades de prevención dirixidas á loita contra a infección polo virus.

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

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

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

RESULTADOS DO ANO 2023

No ano 2023 producíronse en Galicia un total de 34.730 mortes, das que 17 (0,52 ‰) foron por VIH-SIDA. Destas, 14 (82,4 ‰) producíronse en homes e tres en mulleres. A taxa de mortalidade global polo VIH foi de 0,63 por 100.000 habitantes.

Táboa 14. Mortalidade polo VIH (mortalidade proporcional por mil e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes) segundo o sexo. Galicia ano 2023

	Defuncións totais	Defuncións polo VIH/SIDA	Defuncións polo VIH/SIDA (‰)	Taxa de mortalidade VIH/SIDA
Homes	16.296	14	0,86	1,08
Mulleres	16.434	3	0,18	0,21
	32.730	17	0,52	0,52

(DXSP: datos non consolidados no 1 de novembro de 2025)

A idade media dos falecidos polo VIH foi de 58 anos, os homes 58 anos e as mulleres 56 anos.

Segundo os grupos de idade, o maior número de mortes, 10 (76 ‰ do total de falecidos), rexistrouse entre os 40 e 69 anos, este patrón repítese en homes pero en mulleres todas as mortes ocorreron entre os 55 e os 59 anos. Maiores de 64 anos foron 3 homes (18 ‰ das mortes). Esta distribución é paralela ós datos descritos previamente en cuanto ao predominio masculino e os grupos de idade.

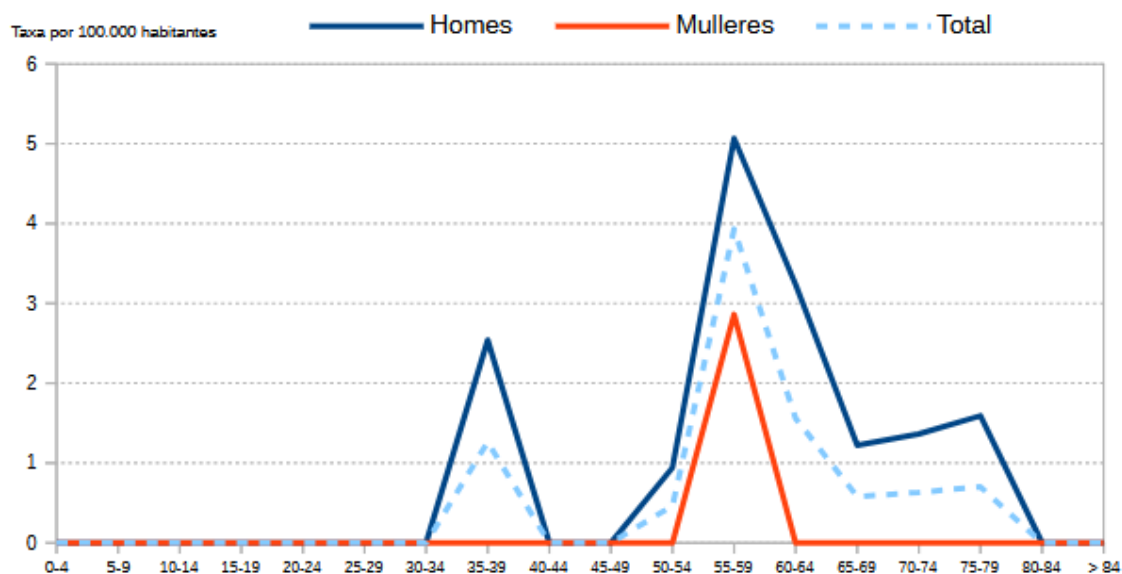
Táboa 15. Defuncións polo VIH-SIDA. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo sexo e grupos de idade. Galicia ano 2023

	Total (N)	Taxa por 10⁵ habitantes	HOMES (N)	Taxa por 10⁵ habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 10⁵ habitantes
0 a 4 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 a 9 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 a 24 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25 a 29 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00

	Total (N)	Taxa por 10 ⁵ habitantes	HOMES (N)	Taxa por 10 ⁵ habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 10 ⁵ habitantes
30 a 34 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
35 a 39 anos	2	1,26	2	2,54	0	0,00
40 a 44 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
45 a 49 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50 a 54 anos	1	0,46	1	0,94	0	0,00
55 a 59 anos	8	3,93	5	5,07	3	2,86
60 a 64 anos	3	1,56	3	3,24	0	0,00
65 a 69 anos	1	0,58	1	1,22	0	0,00
70 a 74 anos	1	0,63	1	1,36	0	0,00
75 a 79 anos	1	0,70	1	1,59	0	0,00
80 a 84 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
> 84 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	17	0,63	14	1,08	3	0,21

(DXSP: datos non consolidados no 1 de novembro de 2025)

Gráfico 46. Taxas de mortalidade polo VIH segundo os grupos de idade. Galicia ano 2023

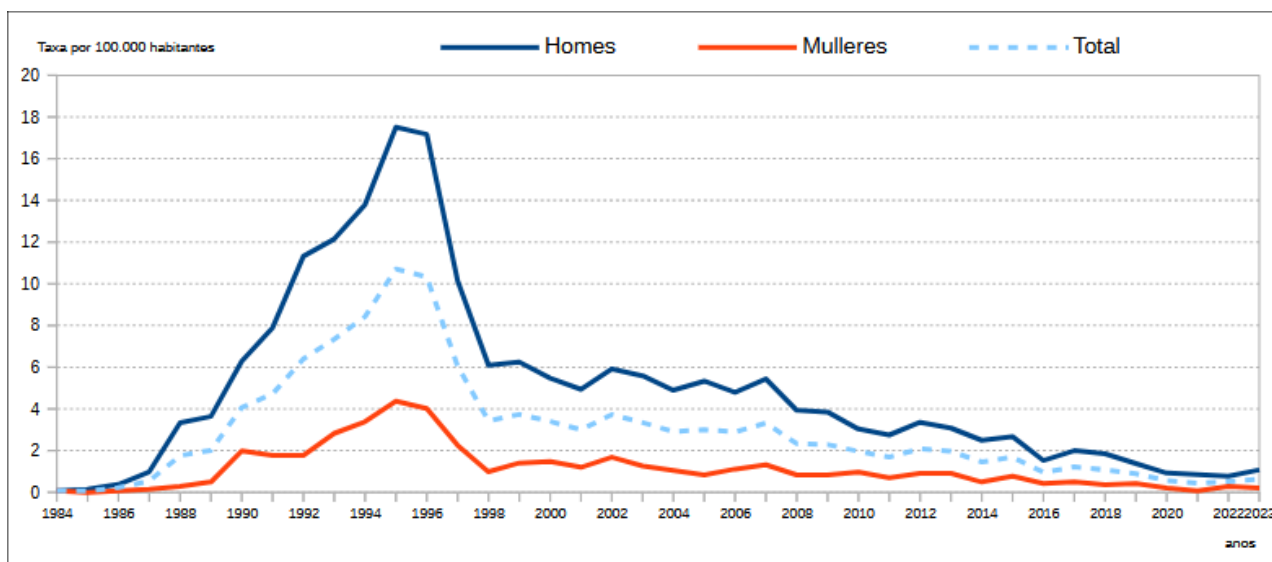


(DXSP: datos non consolidados no 1 de novembro de 2025)

RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2023

Se consideramos o período completo dende 1984 a 2023, producíronse en Galicia un total de 3.212 mortes polo VIH, dos cales o 80 % eran homes.

Gráfico 47. Taxas de mortalidade polo VIH segundo o sexo e os anos. Galicia 1984-2023



(DXSP: datos non consolidados no 1 de novembro de 2025)

O número de defuncións acadou o seu máximo nos anos 1995 e 1996 para, posteriormente, diminuír nos anos seguintes e estabilizarse en menos de 25 mortes anuais dende 2019.

Táboa 16. Defuncións polo VIH-SIDA. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo o sexo. Galicia 1984-2023

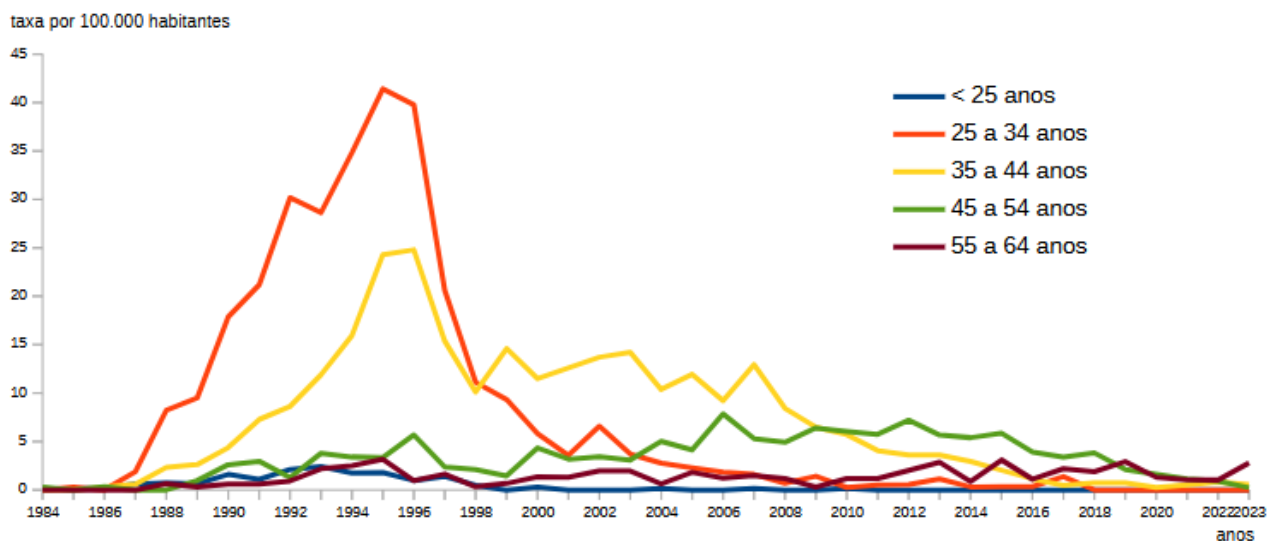
	Total (N)	Taxa por 100.000 habitantes	HOMES (N)	Taxa por 100.000 habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 100.000 habitantes
1984 a 1990	239	1,25	196	2,12	43	0,44
1991	129	4,72	104	7,90	25	1,77
1992	174	6,40	149	11,32	25	1,77
1993	200	7,34	160	12,15	40	2,83
1994	230	8,43	182	13,80	48	3,39
1995	293	10,71	231	17,51	62	4,36
1996	283	10,33	226	17,17	57	4,02
1997	165	6,05	133	10,14	32	2,25
1998	94	3,43	80	6,10	14	0,99
1999	102	3,74	82	6,25	20	1,41

	Total (N)	Taxa por 100.000 habitantes	HOMES (N)	Taxa por 100.000 habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 100.000 habitantes
2000	93	3,40	72	5,48	21	1,48
2001	82	3,00	65	4,94	17	1,20
2002	102	3,73	78	5,91	24	1,69
2003	92	3,34	74	5,59	18	1,26
2004	80	2,91	65	4,90	15	1,05
2005	83	3,00	71	5,33	12	0,84
2006	80	2,89	64	4,80	16	1,12
2007	92	3,32	73	5,44	19	1,32
2008	65	2,33	53	3,93	12	0,83
2009	64	2,29	52	3,85	12	0,83
2010	55	1,97	41	3,04	14	0,97
2011	47	1,69	37	2,75	10	0,69
2012	58	2,09	45	3,36	13	0,91
2013	54	1,96	41	3,08	13	0,91
2014	40	1,46	33	2,50	7	0,49
2015	46	1,69	35	2,66	11	0,78
2016	26	0,96	20	1,53	6	0,43
2017	33	1,22	26	2,00	7	0,50
2018	29	1,07	24	1,85	5	0,36
2019	24	0,89	18	1,39	6	0,43
2020	15	0,56	12	0,92	3	0,21
2021	12	0,45	11	0,85	1	0,07
2022	14	0,52	10	0,77	4	0,29
2023	17	0,63	14	1,08	3	0,21
	3.212		2.577		635	

(DXSP: datos provisionais no 1 de novembro de 2025)

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

Gráfico 48. Taxas de mortalidade polo VIH segundo intervalos de idade e os anos. Galicia 1984-2023



(DXSP: datos provisionais no 1 de novembro de 2025)

Así, dende 1984 a 1998 eran maiores as taxas de mortalidade no grupo de persoas de 25 a 34 anos, dende 1999 a 2009 eran maiores no grupo de 35 a 44 anos e dende o ano 2010 as maiores taxas danse nas persoas de 45 a 54 anos, co que é evidente o desprazamento continuado da mortalidade cara aos grupos de maior idade, comezándose a ver nos últimos anos un pequeno ascenso de mortalidade no grupo de 55 a 64 anos (dende 2022 xa é superior á do grupo de 45 a 54 anos).

PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2024

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

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

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

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

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

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

DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA

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

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

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

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

O proxecto lévase a cabo no ámbito territorial da Comunidade Autónoma de Galicia, en localidades de máis de 10.000 habitantes. As probas realízanse nos locais e dispositivos que faciliten, como entidades colaboradoras, os centros Quérote+ da Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado, as asociacións do movemento de resposta social fronte ao VIH/SIDA e outras institucións que cumpran os requisitos esixidos pola DXSP e estean

autorizadas para levar a cabo este proxecto de detección precoz anónima de VIH. Inicialmente comezouse o proxecto de probas rápidas de VIH a través dos centros Quérote+ e algunhas asociacións.

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

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

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

a) Persoa solicitante da proba

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

b) Confidencialidade e anonimato

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

c) Consello asistido anterior á realización da proba

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

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

d) Consentimento

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

de que se rexeite a realización da proba, esta información tamén debería ser recollida no formulario de enquisa epidemiolóxica.

e) Preparación da área de traballo

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

f) Preparación do material para a proba

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

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

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

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

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

Os resultados lense despois de vinte minutos, pero non en máis de corenta. Cando se comeza a realizar a proba aparece un líquido rosa que sobe a través da ventá de resultados, este irá desaparecendo a medida que se revela a proba. Para a toma da mostra

de fluído oral e manipulación dos materiais recoméndase a utilización de luvas dun só uso e manterase a hixiene debida en todo o proceso.

h) Lectura do resultado da proba rápida

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

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

- Se non é reactivo, reforzase o consello asistido sobre prácticas seguras.
- Se é reactivo, recomendaráselle á persoa a necesidade de establecer un diagnóstico de certeza e explicaráselle que a proba rápida non é unha proba diagnóstica. Se está de acordo, será derivada a un centro sanitario onde poidan realizarlle unha proba convencional de laboratorio para o diagnóstico da infección VIH.
Saliéntanse os beneficios do establecemento dun control e tratamento precoz e os importantes avances do tratamento antirretroviral, así como a necesidade de adoptar prácticas seguras para evitar a reinfección e a posible transmisión a outras persoas.
- Se o resultado é non válido, recomendarase que acuda a realizar unha proba diagnóstica de laboratorio nun centro sanitario xa que non é posible descartar a infección coa proba rápida.

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

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

k) Derivación ao centro de referencia determinado pola DXSP e o Servizo Galego de

Saúde das persoas con probas de VIH reactivas ou non válidas, para a realización da proba diagnóstica en sangue (o persoal médico debe cubrir o resultado da proba diagnóstica na copia correspondente da enquisa e enviala á DXSP).

l) Evitarase a realización da proba rápida en venres, sábado e véspera de festivo

para facilitar a confirmación ou exclusión, por parte dun centro sanitario, de probas reactivas ou non válidas o día seguinte ao da súa realización.

RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA

Comezáronse a facer probas rápidas do VIH en relación con este proxecto en Galicia en xuño de 2011 e ata o 31 de decembro de 2024 realizáronse 11.460 probas, das que 176 (1,5 %) foron «reactivas».

Táboa 17. Probas rápidas anónimas do VIH segundo sexo, idade e principais prácticas de risco. Galicia 2011-2024

		TOTAL		REACTIVAS		NON REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	homes	6.599	58 %	140	80 %	6.459	58 %
	mulleres	4.842	42 %	36	20 %	4.806	42 %
	NC	19	0 %	0	0 %	19	0 %
IDADES	16-24 anos	2.961	26 %	39	22 %	2.922	26 %
	25-34 anos	4.120	36 %	74	42 %	4.046	39 %
	35-44 anos	2.806	24 %	39	22 %	2.767	25 %
	45-54 anos	1.169	10 %	18	10 %	1.151	7 %
	55-64 anos	313	3 %	4	1 %	309	2 %
	65-74 anos	53	0 %	1	1 %	52	0 %
	>74 anos	8	0 %	0	0 %	8	0 %
	NC	30	0 %	1	1 %	29	0 %

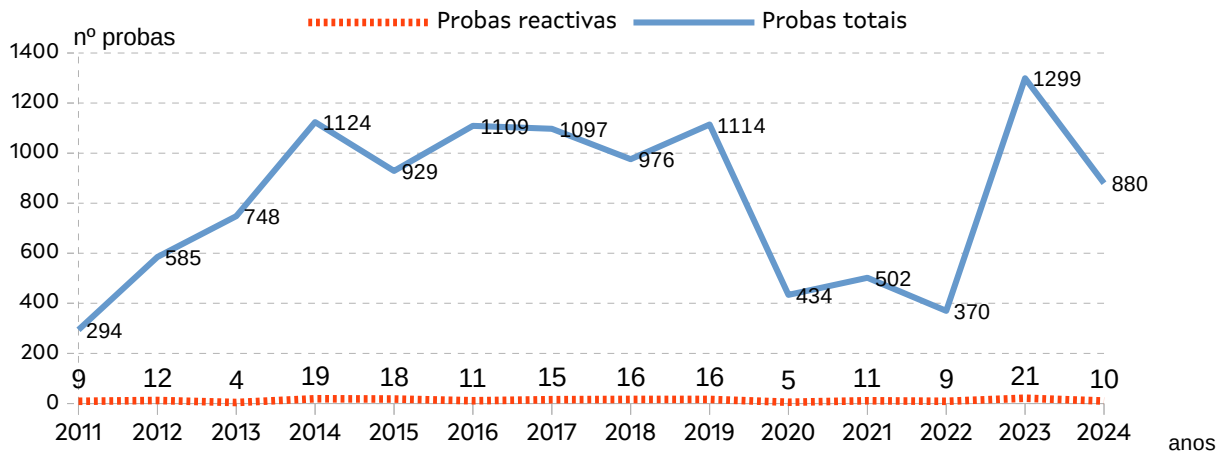
		TOTAL		REACTIVAS		NON REACTIVAS	
PRÁCTICA RISCO	HSH	2.967	26 %	105	60 %	2.862	24 %
	Heterosexual	7.407	65 %	61	35 %	7.346	65 %
	PID	120	1 %	4	2 %	116	1 %
	Outros e NC	966	8 %	6	3 %	960	6 %

(DXSP: datos de xuño de 2011 a decembro de 2024)

O 58 % das probas realizadas correspondeu a homes, o 86 % tiña entre 16 e 44 anos, e a práctica de risco máis presente nos rexistros foi a das relacións heterosexuais non seguras en dous terzos das enquisas.

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

Gráfico 49. Probas rápidas de detección do VIH segundo os anos. Galicia 2011-2024



(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA DO VIRUS DA HEPATITE C EN GALICIA

Comezáronse a facer probas rápidas do VHC en relación con este proxecto en Galicia en 2023. Das 1.686 probas realizadas, 7 foron «reactivas» (0,42 %).

Táboa 18. Probas rápidas anónimas do VHC segundo sexo, idade e principais prácticas de risco. Galicia 2023 A 2024

		TOTAL		REACTIVAS		NON REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	homes	901	54 %	4	57 %	897	54 %
	mulleres	779	46 %	3	43 %	776	46 %
	NC	6	0 %	0	0 %	6	0 %
IDADES	16-24 anos	507	30 %	1	14 %	506	30 %
	25-34 anos	552	33 %	0	0 %	552	33 %
	35-44 anos	306	18 %	3	43 %	303	18 %
	45-54 anos	222	13 %	1	14 %	221	13 %
	55-64 anos	74	4 %	2	29 %	72	3 %
	65-74 anos	14	0 %	0	0 %	14	0 %
	>74 anos	4	0 %	0	0 %	4	0 %
	NC	7	0 %	0	0 %	7	0 %
PRÁCTICA RISCO	HSH	371	22 %	1	14 %	370	22 %
	Heterosexual	1.005	60 %	5	72 %	1.000	60 %
	PID	4	0 %	0	0 %	4	0 %
	Outros e NC	306	18 %	1	14 %	305	18 %

(DXSP: datos do 30 de xuño de 2025)

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2015-2024

As infeccións de transmisión sexual (ITS) representan un relevante problema de saúde pública a nivel mundial. Constitúen unha das principais causas de enfermidade aguda, infertilidade, discapacidade a longo prazo e incluso morte, ademais de provocar importantes repercusións médicas, psicolóxicas, sociais e económicas para millóns de persoas.

Enténdese por ITS non só aquelas infeccións cuxa transmisión é case exclusivamente sexual, senón tamén aquelas nas que as relacións sexuais constitúen unha vía de transmisión importante ou relevante desde o punto de vista epidemiolóxico.

Tradicionalmente, baixo o termo ITS incluíanse só enfermidades como a sífilis, a gonococia, ou o linfogranuloma venéreo (LGV), principalmente de orixe bacteriana e transmitidas case exclusivamente por contacto sexual. Porén, na actualidade están descritos máis de 30 microorganismos entre bacterias, virus, fungos e protozoos capaces de transmitirse por esta vía. Conforme ás tendencias de transmisibilidade estamos presenciando como algunhas enfermidades de declaración obrigatoria (EDO) con vía de transmisión oral, alimentaria, modifican o padrón de transmisión a unha vía sexual; como a hepatite A, a hepatite B e a Shigelose, polo que tamén se inclúen. A maiores, pese a non ser EDO inclúese MPOX, dado que actualmente é unha alerta e o seu principal mecanismo de transmisión son as relacións sexuais. No noso estudo exclúense datos do linfogranuloma venéreo dado que non temos activa a vixilancia en Galicia. Todos os casos recollidos cumpren os criterios de declaración da RENAVE. Son datos consolidados nos últimos 10 anos sobre unha poboación de referencia segundo o Instituto Galego de Estadística expresando a incidencia acumulada (IA) por 100.000 habitantes.

Nos países desenvolvidos, a detección precoz e a utilización de antibióticos permitiron reducir a incidencia de infeccións como a sífilis e a gonococia. Con todo, segundo datos da OMS⁽¹⁾, no ano 2020 rexistráronse no mundo arredor de 374 millóns de novos casos de ITS curables: 129 millóns de clamidiase, 82 millóns de gonococia, 7,1 millóns de sífilis

e 156 millóns de tricomoniasis. Para a sífilis especificamente, en 2022 a incidencia estimada global en adultos (15-49 anos) era de 8 millóns de novos casos. Estímase, ademais, que máis de 500 millóns de persoas presentan infección xenital polo virus do herpes simple (VHS) e que máis de 300 millóns de mulleres están infectadas polo virus do papiloma humano (VPH), principal axente causante do cancro de colo uterino. Tamén se notifican cada ano millóns de novas infeccións asociadas ao VIH, ao virus da hepatite B (VHB) e outras ITS.

En termos xerais, as consecuencias destas infeccións son máis graves nos países en desenvolvemento –especialmente para o VIH–, aínda que as rexións con sistemas sanitarios avanzados tampouco están alleas ao problema. Nelas, observouse unha diminución de sífilis e gonococia durante os anos oitenta, en parte pola mellora dos servizos sanitarios e polos cambios nos hábitos sexuais motivados pola aparición do VIH/SIDA. Porén, nos últimos anos detectouse un incremento das ITS asociado ao aumento das prácticas sexuais de risco.

A isto engádense factores como as dinámicas socioculturais, os movementos migratorios e a aparición de resistencias aos tratamentos habituais, especialmente fronte ao gonococo e á *Chlamydia trachomatis*, o que pode agravar o panorama epidemiolóxico.

Na nosa comunidade, a transmisión sexual é a principal vía de contaxio en infeccións como o VIH, o VPH, o herpes xenital e a hepatite B. Ademais, algunhas destas infeccións presentan risco de transmisión vertical, é dicir, da nai ao fillo durante o embarazo, o parto ou a lactación.

SISTEMA DE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

Ata hai poucos anos as ITS non VIH eran consideradas de declaración obrigatoria, e notificábanse a través do Sistema xeral de Notificación Obrigatoria de Enfermidades de Galicia (SXNOE), que é un dos compoñentes do sistema básico da Rede Galega de Vixilancia en Saúde Pública (RGVSP) e, ademais, forma parte da Rede Nacional de Vixilancia

Epidemiolóxica. Neste sistema só se declaraban a sífilis, sífilis conxénita, gonococia, hepatite A, hepatite B e outras hepatites.

Tanto no ámbito estatal coma no autonómico, e a partir de 2015, modificouse o sistema, das variables que hai que recoller e das enfermidades que hai que vixiar. Unha das novidades máis importantes é a incorporación da infección por *Chlamydia trachomatis* (diferenciando a clamidíase xenital e o LGV) e a infección polo virus da hepatite C.

A inclusión de novas variables permítenos caracterizar mellor estas infeccións, coñecendo ademais da súa distribución espazo-temporal, a poboación á que afecta, proporcionándonos información sobre os grupos de risco.

No Plan galego anti VIH/SIDA e outras infeccións de transmisión sexual, prórroga 2019 a 2022 ⁽²⁾, constan os seguintes obxectivos específicos respecto ás ITS:

- Manter a incidencia anual de sífilis por debaixo de 5 casos/10⁵ habitantes.
- Eliminar a sífilis conxénita, en fillos/as de mulleres que leven residindo en Galicia, como mínimo, dende os nove meses anteriores ao parto.
- Manter a incidencia anual da gonococia por debaixo dos 7 casos/10⁵ habitantes. Realizar estudos de resistencias en máis do 50 % dos casos de gonococia.
- Modificar o Sistema de vixilancia epidemiolóxica para caracterizar as infeccións producidas polo virus da hepatite C e *Chlamydia trachomatis*, diferenciando a clamidíase do linfogranuloma venéreo (LGV).

HEPATITES VÍRICAS

O papel da transmisión sexual é importante para as hepatites A, B e C na que a porcentaxe de infectados entre as PID ou receptores de hemoderivados tende a diminuír fronte o ascenso da transmisión sexual.

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

A pesar da dispoñibilidade dunha vacina contra a hepatite B, que diminuíu significativamente a incidencia nos países desenvolvidos, a infección segue a ser un problema de saúde pública mundial. Estímase que en 2022 había uns 254 millóns de persoas vivindo

con infección crónica por virus da hepatite B (VHB) no mundo. No mesmo ano, estimáronse arredor de 1,23 millóns de novas infeccións por VHB a nivel global. Tamén en 2022, as mortes asociadas coa hepatites viral (B e C combinadas) foron aproximadamente 1,3 millóns. A porcentaxe de persoas con infección crónica por VHB que están diagnosticadas é moi baixa (13,4 %). O tratamento entre aquelas que deberían terse tratado tamén é reducido (2,6 %). Cada ano prodúcese 1,2 millóns de novas infeccións e, en 2022 1,1 millóns de persoas morreron por causa da hepatite crónica, a cirrose ou o cancro de fígado. En Europa, a taxa de infección na poboación xeral é de 3,2 %, e uns 14 millóns de persoas teñen infección crónica, das que cada ano falecen preto de 43.000⁽³⁾.

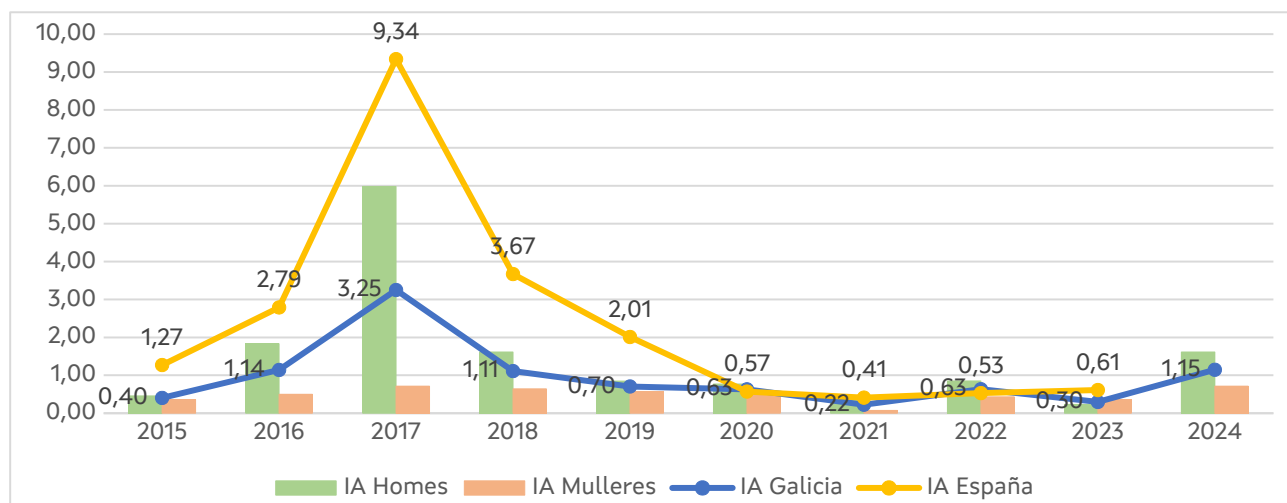
Con respecto á evolución na declaración de hepatite A, non hai un patrón homoxéneo, debido a que é unha infección de transmisión feco-oral. Segundo a información das enfermidades de declaración obrigatoria (EDO) publicada polo Centro Nacional de Epidemioloxía do Instituto de Saúde Carlos III (ISC III), no ano 2023⁽⁴⁾, a taxa é de 0,61 casos/10⁵ habitantes, o que supón un 17% de aumento respecto á do ano previo (0,52).

A evolución na declaración de hepatite B, segundo o informe sobre hepatite B elaborado polo Centro Nacional de Epidemioloxía do ISCIII, no ano 2023, a taxa declarada foi de 0,77 casos/10⁵ habitantes no conxunto da poboación española, observándose un repunte dende o ano 2021 en adiante⁽⁵⁾.

No caso concreto da hepatite C en España, no ano 2023 notificáronse 2.287 novos diagnósticos de hepatite C, o que supuxo unha IA de 4,76 casos/10⁵ habitantes⁽⁶⁾. Segundo un estudo de seroprevalencia de 2020, a prevalencia de infección activa por hepatite C en poboación de 20 a 80 anos foi de 0,22 % (IC95%: 0,12-0,32%) cunha taxa de 4,96 casos/10⁵ habitantes⁽⁶⁾.

A evolución da incidencia da hepatite A en Galicia presentou unha repunta en 2017 debido a abrochos asociados a HSH, acadando os 3,25 casos/100.000 habitantes. Posteriormente mantívose arredor de 0,5 ata un novo ascenso en 2024 (1,15). O 66,6% dos casos correspondeu a homes, chegando a superar o 80% nalgúns anos, cunha razón de masculinidade variable (0,6 – 7,8), habitualmente >1,5. Non obstante, a finais de 2008, observouse un aumento do número de casos con diversos modos de transmisión implicados, entre eles, a vía sexual; en 2016 e 2017 en persoas HSH

Gráfico 50. Evolución anual da incidencia acumulada (IA) de hepatite A por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa IA en España (2015–2024)



Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

Táboa 19. Número e porcentaxe de casos de hepatite A, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2015–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulle-res (M)	To-tais	H	M	H	M	Galicia	
2015	6	5	11	54,55%	45,45%	0,46	0,35	0,40	1,20
2016	24	7	31	77,42%	22,58%	1,83	0,50	1,14	3,43
2017	78	10	88	88,6%	11,36%	5,98	0,71	3,25	7,80
2018	21	9	30	70,00%	30,00%	1,61	0,64	1,11	2,33
2019	11	8	19	57,89%	42,11%	0,85	0,57	0,70	1,38
2020	10	7	17	58,82%	41,18%	0,77	0,50	0,63	1,43
2021	5	1	6	83,33%	16,67%	0,39	0,07	0,22	5,00
2022	11	6	17	64,71%	35,29%	0,85	0,43	0,63	1,83
2023	3	5	8	37,50%	62,50%	0,23	0,36	0,30	0,60
2024	21	10	31	67,74%	32,26%	1,61	0,71	1,15	2,10
Mediana	11	7	18	66,2 %	33,78%	0,85	0,50	0,67	1,57

Fonte: DXSP. Elaborado pola DXSP

Máis do 65% dos casos masculinos concentráronse entre os 25-54 anos, en concordancia cos patróns de transmisión observados.

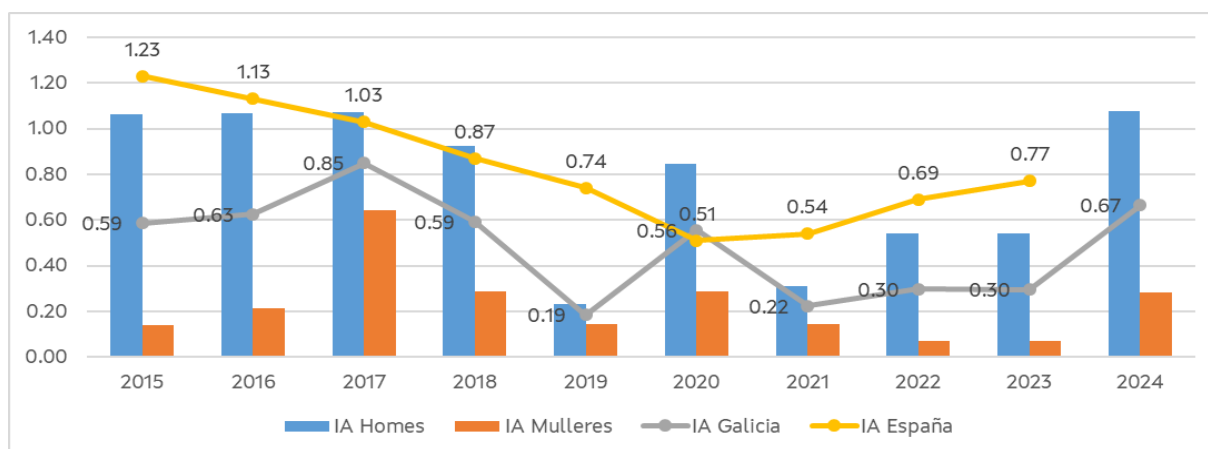
Táboa 20. Número e porcentaxe de casos de Hepatite A segundo sexo, intervalos de idade e anos. Galicia 2015-2024

Grupo idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	20	10,53%	15	22,06%	35	13,57%
15 a 19 anos	9	4,74%	2	2,94%	11	4,26%
20 a 24 anos	13	6,84%	3	4,41%	16	6,20%
25 a 34 anos	49	25,79%	14	20,59%	63	24,42%
35 a 44 anos	52	27,37%	13	19,12%	65	25,19%
45 a 54 anos	27	14,21%	7	10,29%	34	13,18%
55 a 64 anos	6	3,16%	5	7,35%	11	4,26%
> 64 anos	14	7,37%	9	13,24%	23	8,91%
Total	190	100,00%	68	100,00%	258	100,00%

Fonte: DXSP. Elaborado pola DXSP

En resumo, o predominio claro de casos de hepatite A en varóns mozos confirma o papel das redes de transmisión asociadas a HSH como principal motor epidemiolóxico recente. Estas tendencias subliñan a importancia de manter a vixilancia e reforzar as medidas preventivas dirixidas aos grupos de maior risco. En canto á evolución temporal da hepatite B, entre 2015 e 2024 declaráronse entre 5 e 23 casos anuais (mediana 15,5), o que supuxo unha IA entre os 0,30 e os 0,85 casos por 10⁵ habitantes, cunha mediana de 0,57.

Gráfico 51. Evolución anual da IA de hepatite B por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa IA en España (2015–2024).



Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

Táboa 21. Número e porcentaxe de casos de hepatite B, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2015–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulle-res (M)	To-tais	H	M	H	M	Galicia	
2015	14	2	16	87,50%	12,50%	1,06	0,14	0,59	7,00
2016	14	3	17	82,35%	17,65%	1,07	0,21	0,63	4,67
2017	14	9	23	60,87%	39,13%	1,07	0,64	0,85	1,56
2018	12	4	16	75,00%	25,00%	0,92	0,29	0,59	3,00
2019	3	2	5	60,00%	40,00%	0,23	0,14	0,19	1,50
2020	11	4	15	73,33%	26,67%	0,85	0,29	0,56	2,75
2021	4	2	6	66,67%	33,33%	0,31	0,14	0,22	2,00
2022	7	1	8	87,50%	12,50%	0,54	0,07	0,30	7,00
2023	7	1	8	87,50%	12,50%	0,54	0,07	0,30	7,00
2024	14	4	18	77,78%	22,22%	1,08	0,28	0,67	3,50
Mediana	11,5	2,5	15,5	76,39%	23,61%	0,88	0,18	0,57	4,60

Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

Os casos ocorreron principalmente en homes (máis do 75% dos casos), cunha razón de masculinidade mediana para o período de 4,6. A maioría dos casos concéntranse entre os 35-64 anos (68%), mentres que son escasos en menores de 15 anos, o que suxire boa protección vacinal e un perfil coherente con exposicións de risco máis frecuentes en homes e cohortes adultas non vacinadas.

Táboa 22. Número e porcentaxe de casos de hepatite B segundo sexo, intervalos de idade e anos. Galicia 2015-2024

Grupo de idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	1	1,00%	1	3,13%	2	1,52%
15 a 19 anos	2	2,00%	1	3,13%	3	2,27%
20 a 24 anos	3	3,00%	1	3,13%	4	3,03%
25 a 34 anos	9	9,00%	2	6,25%	11	8,33%
35 a 44 anos	32	32,00%	7	21,88%	39	29,55%
45 a 54 anos	21	21,00%	11	34,38%	32	24,24%
55 a 64 anos	16	16,00%	3	9,38%	19	14,39%
> 64 anos	16	16,00%	6	18,75%	22	16,67%
Total	100	100,00%	32	100,00%	132	100,00%

Fonte: DXSP. Elaborado pola DXSP

En resumo, a hepatite B en Galicia afecta principalmente a adultos, con marcada predominancia masculina e maior concentración en homes de mediana idade. Este patrón suxire infección adquirida antes da introdución da vacina ou diagnóstico tardío. Non segue o perfil doutras ITS máis frecuentes en mozos, polo que sería de interese reforzar a vacinación e o cribado activo en persoas de 35-64 anos, especialmente homes, así como integrar o seu diagnóstico nos programas de atención á infección crónica e á saúde comunitaria.

SÍFILIS

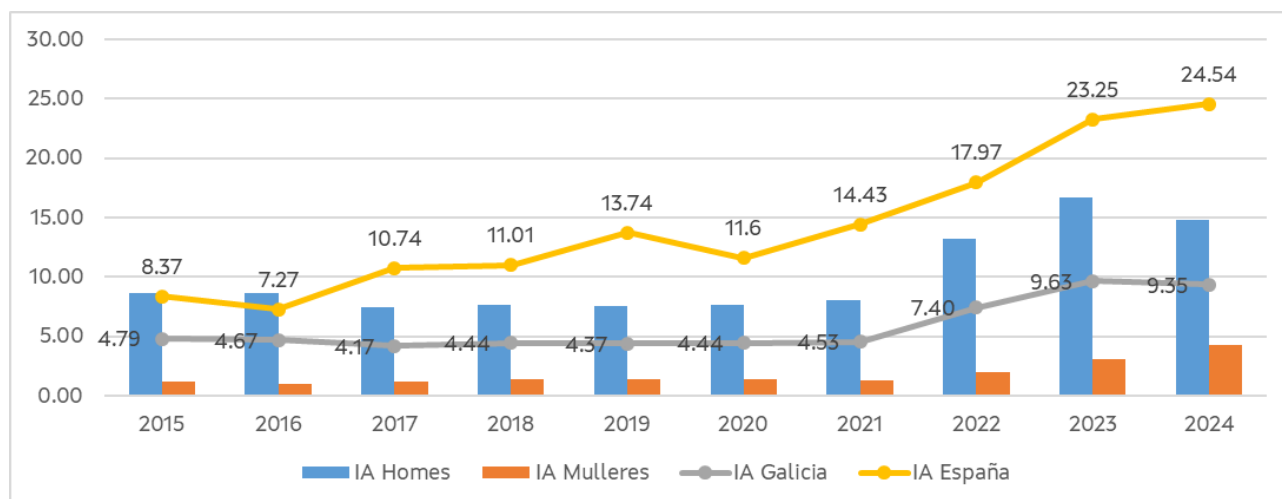
A maioría das infeccións por *Treponema pallidum* son asintomáticas e pasan desapercibidas, e aínda así, a OMS calcula que en 2022 se infectaron de sífilis 8 millóns de persoas ⁽¹⁾. En 2023, 29 países da EU/EEA comunicaron 41.051 novos casos de sífilis, o que supuxo unha taxa de 9,9 casos/10⁵ habitantes, rexistrándose un aumento do 13% respecto a 2022 e situándose España entre os países coas taxas máis altas, igual que en 2022. Os casos en homes foron oito veces máis frecuentes e naqueles casos con información sobre a categoría da transmisión, o 72 % foron en HSH⁽⁷⁾.

En España, os casos de sífilis sofren un importante descenso dende o ano 1985 (3.976 casos) ata 1995 (1.010 casos) e continuou descendendo ata o ano 2001, en que se acadou unha taxa de 1,77 casos/10⁵ hab. (700 casos). A partir dese momento, empeza un ascenso con incrementos anuais continuados ata o ano 2023 no que se acadou unha taxa de 22,6 casos/10⁵ hab. e continuou ascendendo no ano 2024 con 11.930 casos declarados cunha taxa de 24,54casos/ 10⁵ hab.⁽⁹⁾.

En Galicia e dende comezos da década de 1980, o comportamento da sífilis declarada mostrou unha tendencia clara á diminución ata 1996. A partir dese ano foi medrando de xeito continuo ata acadar unha incidencia anual en 2007 de 4,71 casos/10⁵ hab., que se atopa preto da incidencia de 1988 (5,4 casos/10⁵ hab.). No ano 2008 comeza de novo unha tendencia decrecente que se mantén ata o ano 2011 (2,15 casos/10⁵ hab.), mais no período 2015–2024 obsérvase que, tras un período inicial cunha IA que se mantén estable en torno ós 4,6 casos/10⁵hab., se produce un aumento da IA entre 2022 e 2023 de 9,63 casos/10⁵hab.

En 2024 permanece case estable, cunha IA de 9,35 casos/10⁵ hab. aínda que esa estabilidade é por descenso de casos declarados en homes e aumento nas mulleres

Gráfico 52. Evolución anual da incidencia acumulada de sífilis por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa incidencia acumulada en España (2015–2024).



Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

Táboa 23. Número e porcentaxe de casos de sífilis, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2015–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulleres (M)	Totais	H	M	H	M	Galicia	
2015	114	17	131	87,02%	12,98%	8,66	1,20	4,79	6,71
2016	113	14	127	88,98%	11,02%	8,63	0,99	4,67	8,07
2017	97	16	113	85,84%	14,16%	7,44	1,14	4,17	6,06
2018	100	20	120	83,33%	16,67%	7,69	1,43	4,44	5,00
2019	98	20	118	83,05%	16,95%	7,54	1,43	4,37	4,90
2020	100	20	120	83,33%	16,67%	7,69	1,43	4,44	5,00
2021	104	18	122	85,25%	14,75%	8,02	1,29	4,53	5,78
2022	171	28	199	85,93%	14,07%	13,21	2,01	7,40	6,11
2023	217	43	260	83,46%	16,54%	16,70	3,07	9,63	5,05
2024	193	60	253	76,28%	23,72%	14,83	4,27	9,35	3,22
Mediana	108,5	20	124,5	84,35%	15,65%	8,32	1,43	4,60	5,43

Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

A distribución por sexo dos casos mostra de forma consistente que a maioría se dá en homes, cunha porcentaxe que oscila entre o 76% e o 89%, situándose a mediana en

84,35%. As mulleres supoñen arredor do 15-24% dos casos, sendo máis elevada esta proporción en 2024 respecto aos anos anteriores. A razón de masculinidade mantívose en valores entre 5 e 8, aínda que en 2024 diminúe ata 3,22. En consonancia, a IA por sexo mostra tamén unha maior carga nos homes. A mediana da incidencia masculina é de 8,32 casos/10⁵ hab., mentres que a mediana da incidencia feminina se sitúa en 1,43 casos/10⁵ hab.

En canto á distribución por grupos de idade, a maioría dos casos prodúcense entre os 25 e os 54 anos en ambos os sexos (69% en homes e 52% en mulleres). Cabe destacar a elevada porcentaxe de casos en mulleres >64 anos durante o período (10,94%).

Táboa 24. Número e porcentaxe de casos de sífilis segundo o sexo e a idade en Galicia (2015-2024).

Grupo idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
15 a 19 anos	32	2,45%	8	3,13%	40	2,56%
20 a 24 anos	188	14,38%	37	14,45%	225	14,40%
25 a 34 anos	398	30,45%	55	21,48%	453	28,98%
35 a 44 anos	316	24,18%	66	25,78%	382	24,44%
45 a 54 anos	206	15,76%	41	16,02%	247	15,80%
55 a 64 anos	101	7,73%	21	8,20%	122	7,81%
> 64 anos	66	5,05%	28	10,94%	94	6,01%
Total	1307	100,00%	256	100,00%	1563	100,00%

Fonte: DXSP . Elaborado pola DXSP

En conclusión, o número de casos e a IA de sífilis duplicáronse dende 2022, observándose unha clara predominancia dos casos en homes ao longo de todo o período de estudo. En 2024 obsérvase un incremento proporcional maior en mulleres, aínda que a carga continúa a ser máis alta en homes. A evolución recente indica un reinicio e intensificación da transmisión, polo que sería recomendable reforzar as accións dirixidas á prevención e educación en saúde sexual, ao cribado nos grupos de maior risco e ao diagnóstico precoz da enfermidade.

SÍFILIS CONXÉNITA

Entre 2005 e 2024 rexistráronse en España 100 casos confirmados de sífilis conxénita, cun rango das taxas por 100.000 nados vivos entre 2,23 do ano 2007 e 0 do ano 2024⁽⁹⁾. A sífilis conxénita evidencia un acceso tardío ao sistema sanitario e un fracaso do sistema de prestación sanitaria de coidados prenatais e/ou dos servizos sociais.

En Galicia, isto vén corroborado polo feito de que a gran maioría dos casos da nosa Comunidade Autónoma se dá en fillos de mulleres inmigrantes, un dos grupos onde máis se manifestan as desigualdades en canto ao acceso a estes sistemas.

Durante o período de estudo declarouse 1 caso probable en Galicia, do ano 2017, que tras revisión posterior non foi confirmado. Polo tanto, a incidencia acumulada no período 2015-2024 por cada 100.000 nados vivos é de 0 (España 2,71).

GONOCOCIA

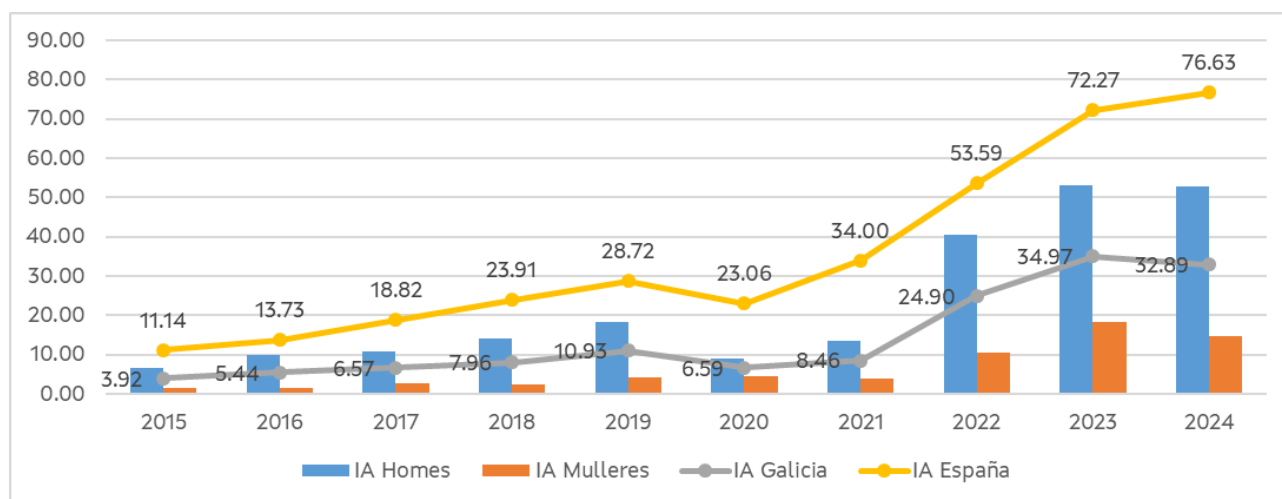
No ámbito mundial, a OMS calcula que en 2020 producíronse 82 millóns de novos casos de gonococia⁽¹⁾. A incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países da UE/EEA en 2023 foi de 25 casos/10⁵ habitantes (96.969 casos), sendo a máis alta rexistrada dende o inicio da vixilancia europea en 2009, situándose España entre os países coas taxas máis elevadas⁽¹⁰⁾. Os homes representaron o 80% dos casos notificados, sendo o modo de transmisión maioritario entre HSH (60%).

Ao analizar os datos en España de 1995 a 2024, obsérvase un marcado descenso nas taxas ata o ano 2001 seguido dun incremento continuado da incidencia a partires desadada. No ano 2024 notificáronse 37.257 casos de infección gonocócica (taxa de 76,63 casos/10⁵ habitantes)⁽⁹⁾. A preocupación pola capacidade de xerar resistencias antimicrobianas do gonococo pode limitar o tratamento. Este feito levou a OMS a poñer en marcha no 2012 un plan co obxecto de controlar a propagación da enfermidade e minimizar a resistencia do gonococo aos antimicrobianos. O Centro Europeo para a Prevención e o Control das Enfermidades (ECDC) puxo en marcha o plan de resposta para controlar e xestionar a ameaza da gonorrea resistente a múltiples fármacos en Europa.

En Galicia, viñamos dunha etapa anterior na que se producira un continuo e marcado descenso da incidencia de gonococia, baixando dos 3456 casos rexistrados en 1985 aos 68 en 2010 (2,4 casos/10⁵ habitantes). Desde o ano 2015 o numero de casos declarados ten vindo a aumentar sobre todo desde o 2022 con 670 casos e unha IA de 24,9 .

En 2024 foran declarados 890 casos cunha IA de 32,89 con máis de triplo de casos declarados entre homes que mulleres cunhas IA de 52,7 e 14,53 respectivamente.

Gráfico 53. Evolución anual da incidencia acumulada de gonococia por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa incidencia acumulada en España (2015–2024).



Fonte: Datos da DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

A maior parte dos casos rexístranse en homes, cunha porcentaxe media do 78%, e unha razón de masculinidade que oscila entre o 1,9 de 2019 e o 6,4 de 2016, manténdose estable dende 2022 arredor do 3,2.

Táboa 25. Número e porcentaxe de casos de gonococia, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2015–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulleres (M)	Totais	H	M	H	M	Galicia	
2015	85	22	107	79,44%	20,56%	6,45	1,55	3,92	3,86
2016	128	20	148	86,49%	13,51%	9,77	1,42	5,44	6,40
2017	140	38	178	78,65%	21,35%	10,73	2,71	6,57	3,68
2018	183	32	215	85,12%	14,88%	14,07	2,28	7,96	5,72
2019	237	58	295	80,34%	19,66%	18,25	4,14	10,93	4,09
2020	116	62	178	65,17%	34,83%	8,92	4,42	6,59	1,87
2021	175	53	228	76,75%	23,25%	13,49	3,79	8,46	3,30
2022	523	147	670	78,06%	21,94%	40,40	10,53	24,90	3,56
2023	688	256	944	72,88%	27,12%	52,96	18,28	34,97	2,69
2024	686	204	890	77,08%	22,92%	52,70	14,53	32,89	3,36
Mediana	179,0	55,5	221,5	78,36%	21,64%	13,78	3,97	8,21	3,23

Fonte: DXSP . Elaborado pola DXSP

A incidencia en mulleres experimentou un aumento dende 2022, pasando dunha taxa máxima de 4,4 casos/10⁵ habitantes na etapa anterior a 14,5 en 2024, o que apunta a un cambio no patrón de transmisión.

Táboa 26. Número e porcentaxe de casos de gonococia segundo o sexo e idade en Galicia (2015-2024).

Grupo idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	1	0,03%	6	0,67%	7	0,18%
15 a 19 anos	142	4,80%	95	10,65%	237	6,15%
20 a 24 anos	634	21,41%	256	28,70%	890	23,10%
25 a 34 anos	1115	37,66%	258	28,92%	1373	35,63%
35 a 44 anos	664	22,42%	142	15,92%	806	20,92%
45 a 54 anos	302	10,20%	87	9,75%	389	10,10%
55 a 64 anos	77	2,60%	41	4,60%	118	3,06%
> 64 anos	26	0,88%	7	0,78%	33	0,86%
Total	2961	100,00%	892	100,00%	3853	100,00%

Fonte: DXSP . Elaborado pola DXSP

A distribución por idade dos casos mostra unha clara concentración da infección nos grupos de idade mozos e de mediana idade, especialmente entre os 20 e os 44 anos, que en conxunto representan case o 80% dos casos totais para ambos sexos. Esta distribución indica que a infección afecta fundamentalmente á poboación en etapas de alta actividade social e sexual, coherente co patrón epidemiolóxico habitual desta enfermidade.

En conclusión, en Galicia estase a producir un ascenso na incidencia da enfermidade gonocócica. Este dáse principalmente en varóns mozos, máis tamén se ven observando nas mulleres nos últimos anos, o que suxire un cambio nos patróns de transmisión habituais. Cómpre pois incidir nas medidas preventivas como: as campañas de educación sexual, vacinación e promoción do uso do preservativo. A vixilancia, seguimento dos casos e unha prescrición adecuada cobran unha importancia determinante para evitar a aparición de resistencias ós tratamentos de elección.

CLAMIDIÁSE XENITAL

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

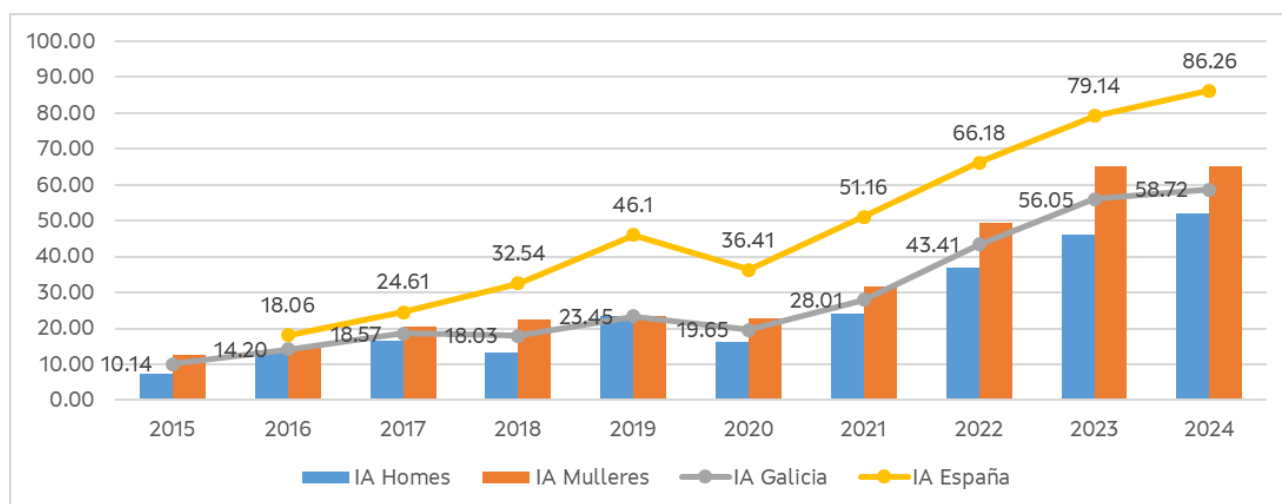
En Europa os datos a 2023, foran 230.199 casos, o que representou unha taxa de 93 casos/10⁵ habitantes, producíndose un aumento respecto ó ano previo (88 casos/10⁵ habitantes). Afecta principalmente ás mulleres mozas entre os 15 e os 24 anos, sendo o mecanismo de transmisión máis común as prácticas heterosexuais de risco (79%)⁽¹¹⁾.

En España temos datos da infección por *Chlamydia trachomatis* a través do Sistema de Información Microbiolóxica do ISCIII, que informa dun aumento da notificación anual. Dos 91 casos notificados no ano 2000 no ano 2024 foran notificados 41.918 casos que corresponde a unha taxa de 88,2 casos /10⁵ habitantes. A maioría dos casos prodúcense en poboación menor de 35 anos (75 %) ⁽⁹⁾.

En Galicia , a notificación dos casos de clamidíase prodúcese mediante a captación dos casos confirmados microbiolóxicamente de *Chlamydia trachomatis* a través do Sistema de Información de Microbioloxía de Galicia (SIMG).

A evolución dos casos de clamidia no período 2015-2024 mostra unha tendencia ascendente moi marcada, tanto en número absoluto de casos como en IA, especialmente a partir de 2019. Entre 2015 e 2024, os casos pasaron de 277 a 1.589, o que supón un incremento de máis do 470 %, e quintuplicándose a IA, que pasou de 10,14 casos/100.000 habitantes en 2015 a 58,72 en 2024. O aumento máis pronunciado prodúcese a partir de 2021.

Gráfico 54. Evolución anual da incidencia acumulada de clamidíase por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa incidencia acumulada en España (2015–2024).



Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP

En canto á distribución por sexos, obsérvase unha maior proporción de casos en mulleres, cunha media do 59 % fronte ao 41 % en homes e unha razón de masculinidade que se mantén por debaixo de 1 en todos os anos, en consonancia co observado a nivel español e europeo. O aumento da incidencia prodúcese en ambos sexos, multiplicándose por 7 en homes e por 5 en mulleres ó longo do período, mostrándose ademais un incre-

mento é sostido, o que apunta a unha transmisión comunitaria activa e persistente cun incremento real dos casos, e non só á mellora na detección.

A distribución por idade dos casos é tamén consistente co observado para o contexto español e europeo, cunha predominancia en persoas mozas, producíndose máis do 80% dos casos entre os 15 e os 44 anos en ambos sexos.

Táboa 27. Número e porcentaxe de casos de clamidiase, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2015–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulleres (M)	Totais	H	M	H	M	Galicia	
2015	97	180	277	35,02%	64,98%	7,36	12,72	10,14	0,54
2016	181	205	386	46,89%	53,11%	13,82	14,55	14,20	0,88
2017	215	288	503	42,74%	57,26%	16,48	20,51	18,57	0,75
2018	174	313	487	35,73%	64,27%	13,38	22,34	18,03	0,56
2019	306	327	633	48,34%	51,66%	23,56	23,35	23,45	0,94
2020	211	320	531	39,74%	60,26%	16,23	22,83	19,65	0,66
2021	312	443	755	41,32%	58,68%	24,05	31,68	28,01	0,70
2022	477	691	1168	40,84%	59,16%	36,84	49,51	43,41	0,69
2023	599	914	1513	39,59%	60,41%	46,11	65,27	56,05	0,66
2024	676	913	1589	42,54%	57,46%	51,93	65,02	58,72	0,74
Mediana	260,5	323,5	582	41,08%	58,92%	20,02	23,09	21,55	0,81

Táboa 28. Número e porcentaxe de casos de clamidiase segundo o sexo e idade en Galicia (2015-2024).

Grupo de idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	5	0,15%	15	0,33%	20	0,26%
15 a 19 anos	154	4,74%	611	13,30%	765	9,76%
20 a 24 anos	690	21,24%	1362	29,65%	2052	26,17%
25 a 34 anos	1280	39,41%	1505	32,76%	2785	35,51%
35 a 44 anos	687	21,15%	717	15,61%	1404	17,90%
45 a 54 anos	334	10,28%	303	6,60%	637	8,12%
55 a 64 anos	75	2,31%	70	1,52%	145	1,85%
> 64 anos	23	0,71%	11	0,24%	34	0,43%
Total	3248	100,00%	4594	100,00%	7842	100,00%

En suma, o comportamento da clamidiase en Galicia durante o período de estudo é consistente co observado en España e Europa, onde a clamidia é a ITS bacteriana máis frecuente, con altas taxas en mulleres novas e incrementos asociados a melloras diagnósticas e campañas de detección precoz, aínda que o aumento sostido dende o inicio da vixilancia apunta a un patrón de transmisión comunitaria activo.

MPOX

A MPOX é unha zoonose viral causada por un virus do xénero Orthopoxvirus, do cal existen dous clados distintos, o I e II, este último menos virulento. Tradicionalmente circulaba en rexións de África central e occidental. A vía de transmisión predominante é o contacto físico estreito persoa a persoa, e o contexto de relacións sexuais o mais destacado.

En maio de 2022 declarouse un abrocho global que leva causado máis de 160.000 casos a nivel mundial que implicou á declaración de Emerxencia de Saúde Pública de Importancia Internacional (ESPII) que permaneceu vixente ata maio de 2023. Isto levou a obrigatoriedade na declaración dos casos desde o ano 2022 ata a actualidade.

A aparición da variante do virus clado Ib, provocou á declaración doutra ESPII en agosto de 2024. Os casos de MPOX debidos ao clado Ib detectados dende entón, en varios países da UE e no Reino Unido, non se asociaron a unha maior transmisibilidade ou gravidade⁽¹²⁾, polo que o 4 de setembro de 2024 determinouse que a MPOX xa non era obxecto de ESPII.

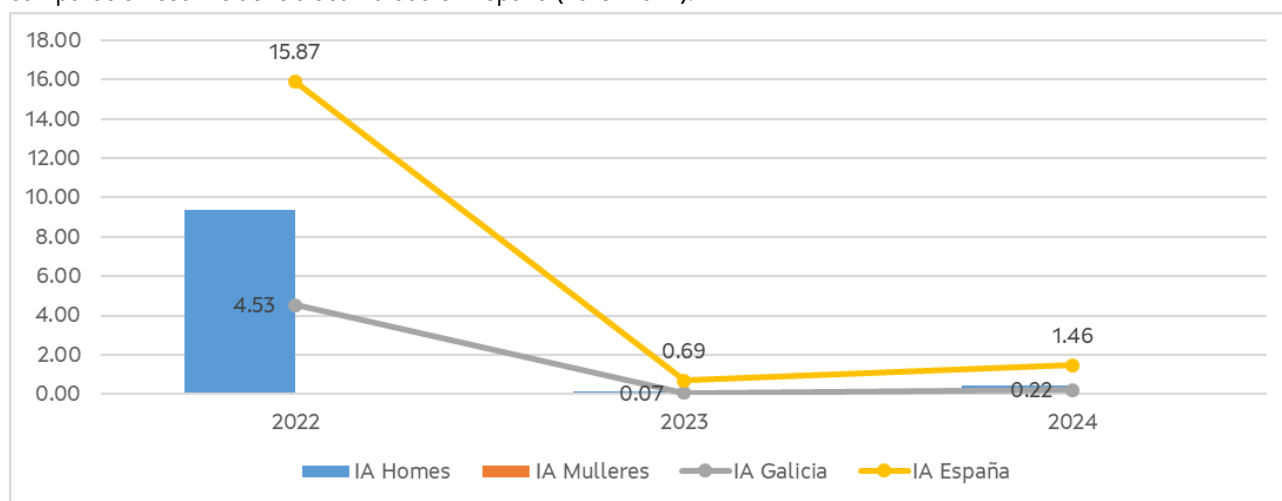
Máis do 95% dos casos detectáronse en homes, maioritariamente entre HSH, cunha taxa de mortalidade moi baixa en contornas con acceso a atención sanitaria (< 0,1%).

En España, dende o inicio do abrocho en 2022, declaráronse 9111 casos, observándose unha redución no número de casos entre 2022 (7521) e 2024 (695). A maioría producíronse en homes (97,6%), cunha idade media de 36 anos (64,4% dos casos entre 30 e 49 anos) e as relacións sexuais entre HSH como principal medio de transmisión. Ademais,

notificáronse posteriormente ao fin da ESPII os dous primeiros casos de MPOX debidos ó clado Ib no noso país, o segundo deles sen antecedentes de viaxe a unha rexión endémica⁽¹³⁾.

En Galicia, 2022 foi o ano de maior impacto epidemiolóxico da MPOX na nosa contorna, cun total de 122 casos, o que supuxo unha incidencia acumulada de 4,53 casos por 10⁵ habitantes. Nos anos posteriores (2023 e 2024) obsérvase un pronunciado descenso, con só 2 casos en 2023 (0,07 casos por 10⁵ habitantes) e 6 en 2024 (0,22) .

Gráfico 55. Evolución anual da incidencia acumulada de MPOX por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa incidencia acumulada en España (2015–2024).



Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP.

A distribución por sexo é marcadamente desigual. En 2022, máis do 99% de casos diagnosticáronse en homes, principalmente varóns mozos, cun 70% dos casos entre os 25 e os 44 anos. Isto coincide coa dinámica observada a nivel internacional, onde o abrocho se asociou maioritariamente a contactos estreitos en redes sexuais entre homes que teñen sexo con homes (HSH). A enfermidade actualmente mantense en circulación moi baixa, sen indicios de expansión á poboación xeral.

Táboa 29. Número e porcentaxe de casos de MPOX, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2022–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulleres (M)	Totais	H	M	H	M	Galicia	
2022	121	1	122	99,18%	0,82%	9,35	0,07	4,53	121,00
2023	2	0	2	100,00%	0,00%	0,15	0,00	0,07	-
2024	6	0	6	100,00%	0,00%	0,46	0,00	0,22	-
Mediana	6	0	6	100,00%	0,00%	0,46	0,00	0,22	-

Táboa 30. Número e porcentaxe de casos de MPOX segundo o sexo e idade en Galicia (2022-2024).

Grupo de idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
15 a 19 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 a 24 anos	8	6,20%	1	100,00%	9	6,92%
25 a 34 anos	47	36,43%	0	0,00%	47	36,15%
35 a 44 anos	43	33,33%	0	0,00%	43	33,08%
45 a 54 anos	21	16,28%	0	0,00%	21	16,15%
55 a 64 anos	10	7,75%	0	0,00%	10	7,69%
> 64 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	129	100,00%	1	100,00%	130	100,00%

Fonte: DXSP. Elaborado pola DXSP

En resumo, a MPOX exemplifica un abrocho de transmisión ligada a redes de contacto moi específicas, onde a resposta sanitaria rápida e orientada (detección, vacinación selectiva, mensaxes preventivas en saúde sexual) resultou altamente efectiva para deter a difusión do virus. Con todo, a persistencia dunha elevada transmisión da MPOX a nivel global e recente detección de transmisión comunitaria do clado Ib fan recomendable manter as medidas de vixilancia e control realizadas.

SHIGELOSE (DISENTERÍA BACILAR)

A shigelose é unha infección intestinal causada por bacterias do xénero *Shigella*. Existen catro especies principais, sendo *Shigella sonnei* e *Shigella flexneri* as máis frecuentes. Pode cursar con diarrea (pode ser acuosa ou con sangue), dor abdominal, febre e cólicos, evolucionando nos casos graves a un cadro disentérico (inflamación intensa do colon). Adoita ser autolimitada, pero pode ser grave en nenos/as, persoas maiores ou inmunodeprimidas. A vía de transmisión é principalmente fecal-oral, mais tamén se pode transmitir durante contacto sexual, especialmente entre HSH e prácticas sexuais orais-anais. A dose infectiva é moi baixa, polo que se transmite con facilidade en contornos de proximidade.

Estímase que a shigelose causa un mínimo de 80 millóns de casos e 700.000 mortes cada ano no mundo, principalmente en nenos menores de 5 anos en países con acceso limitado a saneamento e auga potable. Nos últimos anos observouse un incremento de cepas resistentes a múltiples antibióticos, o que preocupa á OMS., que considera á *Shigella sonnei* multirresistente unha ameaza sanitaria emerxente⁽¹⁴⁾.

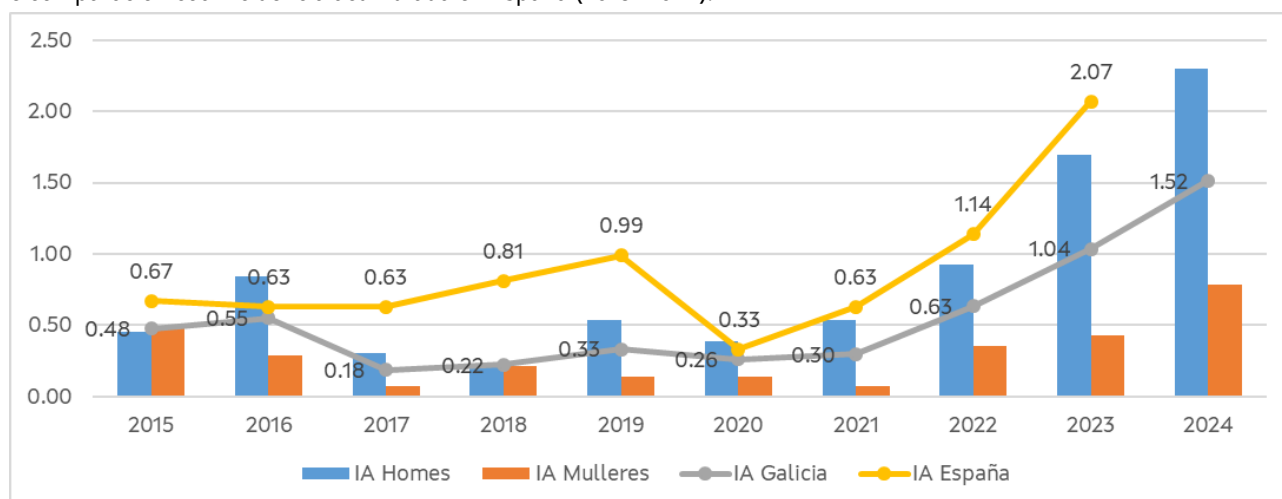
En Europa 30 países notificaron en 2022 4149 casos de shigelose (1,5 casos por 10⁵ habitantes) incrementándose respecto a 2020 e 2021, pero similar á observada na situación prepandémica. En 2024 varios países de UE publicaron os seus datos, cunha tendencia ao alza significativa pero non hai datos publicados a nivel europeo. Nos análises realizados deste aumento de incidencia foi contemplada a vía de transmisión sexual consolidándose como a vía principal de transmisión en Europa^(15,16).

Os homes entre 25 e 44 foron o segundo grupo con maior taxa de incidencia tras os nenos menores de 5 anos, o que apunta a un patrón de transmisión entre HSH^(15,16).

No caso de España, o aumento de casos detectado en 2023 respecto a 2022 (1005 vs. 544, un 86% máis e unha IA de 2,07. Os datos declarados en 2024 elevan esta cifra ata 696 casos, excluindo os 182 casos importados. Isto comportou á realización dunha avaliación de risco polo *Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias*, onde se constata un patrón de transmisión similar, cunha maior incidencia entre homes de 25 a 44 anos e a presenza de cepas resistentes ó tratamento antimicrobiano⁽¹⁷⁾.

A shigelose presenta en Galicia unha incidencia global baixa, pero cun aumento progresivo nos últimos anos, onde se quintuplicou o número de casos entre 2021 (8) e 2024 (41), o que supuxo un aumento da IA de 0,3 a 1,5 casos por 10⁵ habitantes.

Gráfico 55. Evolución anual da incidencia acumulada de clamidíase por 100.000 habitantes en Galicia segundo o sexo e comparación coa incidencia acumulada en España (2015–2024).



Fonte: DXSP e ISCIII. Elaborado pola DXSP.

Dende 2019, máis do 70% dos casos prodúcense en homes (mediana do 73%), cunha razón de masculinidade de 2,73 en 2024 (mediana de 2).

Táboa 31. Número e porcentaxe de casos de shigelose, incidencia acumulada por 100.000 habitantes e razón de masculinidade anuais por sexo en Galicia e mediana de 2015–2024.

Ano	Casos			Porcentaxe		Incidencia acumulada			Razón masculinidade
	Homes (H)	Mulleres (M)	Totais	H	M	H	M	Galicia	
2015	6	7	13	46,15%	53,85%	0,46	0,49	0,48	0,86
2016	11	4	15	73,33%	26,67%	0,84	0,28	0,55	2,75
2017	4	1	5	80,00%	20,00%	0,31	0,07	0,18	4,00
2018	3	3	6	50,00%	50,00%	0,23	0,21	0,22	1,00
2019	7	2	9	77,78%	22,22%	0,54	0,14	0,33	3,50
2020	5	2	7	71,43%	28,57%	0,38	0,14	0,26	2,50
2021	7	1	8	87,50%	12,50%	0,54	0,07	0,30	7,00
2022	12	5	17	70,59%	29,41%	0,93	0,36	0,63	2,40
2023	22	6	28	78,57%	21,43%	1,69	0,43	1,04	3,67
2024	30	11	41	73,17%	26,83%	2,30	0,78	1,52	2,73
Mediana	7	3,5	11	73,25%	26,75%	0,54	0,25	0,40	2,00

O estudo por idade mostra maior número de casos entre adultos novos, especialmente entre os 25 e os 44 anos, que concentran máis da metade dos casos. A transmisión está ligada con frecuencia a prácticas sexuais, sobre todo entre homes que teñen sexo con homes, o que explica a maior proporción de casos masculinos. Nas mulleres tamén ob-

sérvase un pico nos 25–34 anos, aínda que cun volume moito menor; destaca, porén, a presenza de casos en menores de 15 anos, asociada probablemente a contornos familiares ou escolares. En menores e maiores de 64 anos a incidencia é baixa, reforzando que a transmisión adoita darse por contacto estreito máis que por vías comunitarias ou alimentarias.

Táboa 32. Número e porcentaxe de casos de shigelose por sexo e idade en Galicia (2015-2024).

Grupo de idade	Homes		Mulleres		Total	
	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe	Casos	Porcentaxe
< 15 anos	11	10,28%	8	19,05%	19	12,75%
15 a 19 anos	3	2,80%		0,00%	3	2,01%
20 a 24 anos	9	8,41%	2	4,76%	11	7,38%
25 a 34 anos	31	28,97%	14	33,33%	45	30,20%
35 a 44 anos	28	26,17%	9	21,43%	37	24,83%
45 a 54 anos	15	14,02%	2	4,76%	17	11,41%
55 a 64 anos	8	7,48%	4	9,52%	12	8,05%
> 64 anos	2	1,87%	3	7,14%	5	3,36%
Total	107	100,00%	42	100,00%	149	100,00%

Fonte: DXSP. Elaborado pola DXSP

As implicacións para a saúde pública da situación descrita comportan o reforzo da educación sexual centrada na transmisión fecal-oral, consellos específicos sobre prácticas de risco, así coma a vixilancia das cepas multirresistentes, xa reportadas nacional e internacionalmente.

XENOTIPADO DO VIH-1 EN GALICIA:

1999-2024

En Galicia observouse un avance substancial no manexo da infección polo VIH, asociado á incorporación progresiva de terapias antirretrovirais de elevada eficacia e á consolidación do seguimento clínico a longo prazo das persoas infectadas. Non obstante, a infección polo VIH continúa constituíndo un problema de saúde pública relevante, debido tanto á persistencia de novas infeccións como ás implicacións sociosanitarias derivadas da súa cronicidade.

Desde a perspectiva da saúde pública, resulta esencial manter un sistema de vixilancia epidemiolóxica que permita caracterizar as cepas virais circulantes e identificar os segmentos poboacionais nos que se concentran as novas transmisións. Esta información é clave para detectar variacións na dinámica epidémica, avaliar a aparición de variantes con maior capacidade de diseminación ou resistencia terapéutica e orientar a toma de decisións en materia de prevención e control.

A colaboración estable entre a Consellería de Sanidade e o Instituto de Saúde Carlos III, iniciada en 1999, proporcionou unha infraestrutura estable de análise viroxenómica e epidemiolóxica. A través destes convenios xerouse unha base de datos de referencia, cunha caracterización detallada das cepas de VIH presentes en Galicia, constituíndo un recurso de valor estratéxico tanto para a planificación sanitaria como para a investigación clínica e molecular.

Os resultados derivados deste programa teñen contribuído ao desenvolvemento de accións de saúde pública máis específicas e baseadas en evidencia, e foron difundidos en diversas publicacións científicas de ámbito internacional, consolidando a relevancia da vixilancia e análise sistemática da infección polo VIH na comunidade autónoma.

1. RESULTADOS

1.1. Mostras recibidas e probas realizadas

Dende 1999 recibíronse no Instituto de Salud Carlos III 9253 mostras de 5123 pacientes procedentes de hospitais de Galicia, analizándose secuencias de 4686 pacientes (91,5%). Solicitáronse 10.398 probas de xenotipado*, 7578 de determinación de proteasa-retrotranscriptasa, 1.381 de integrasa e 1.439 de predición xenotípica de tropismo. Ademais, todas as secuencias de VIH-1 obtidas analizáronse filoxeneticamente.

Figura 1. Mostras recibidas, pacientes novamente incorporados e novos pacientes analizados (aqueles dos que se obtivo algunha secuencia) en cada ano. 1999 a 2024.

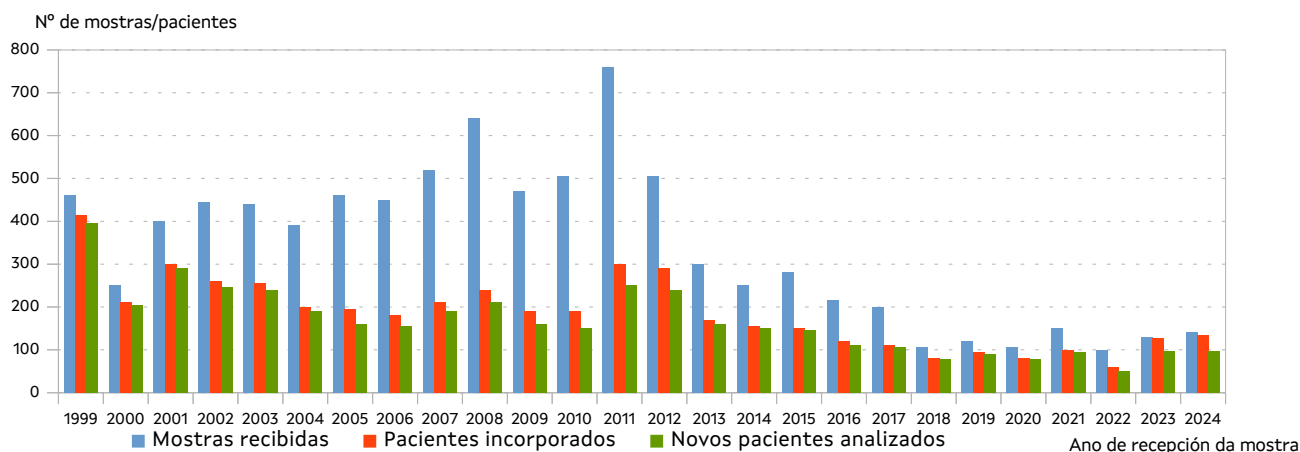
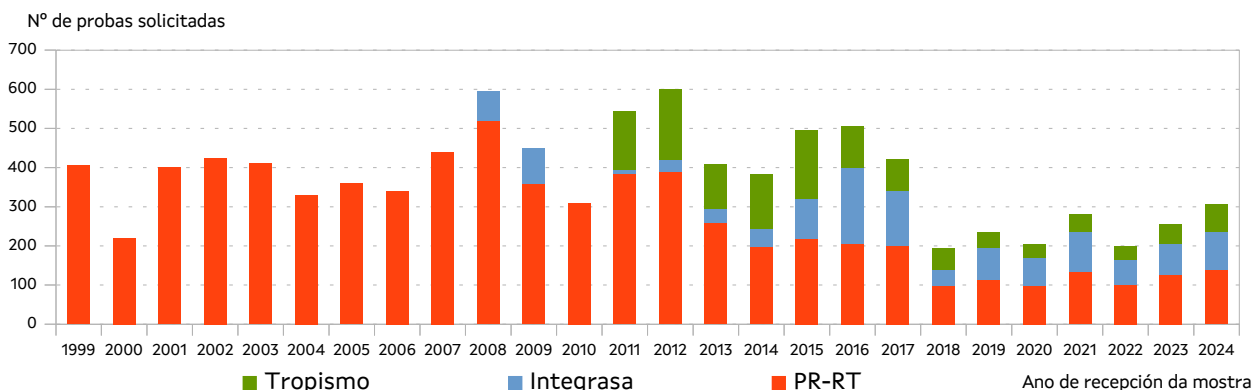


Figura 2. Probas solicitadas cada ano. 1999 a 2024.



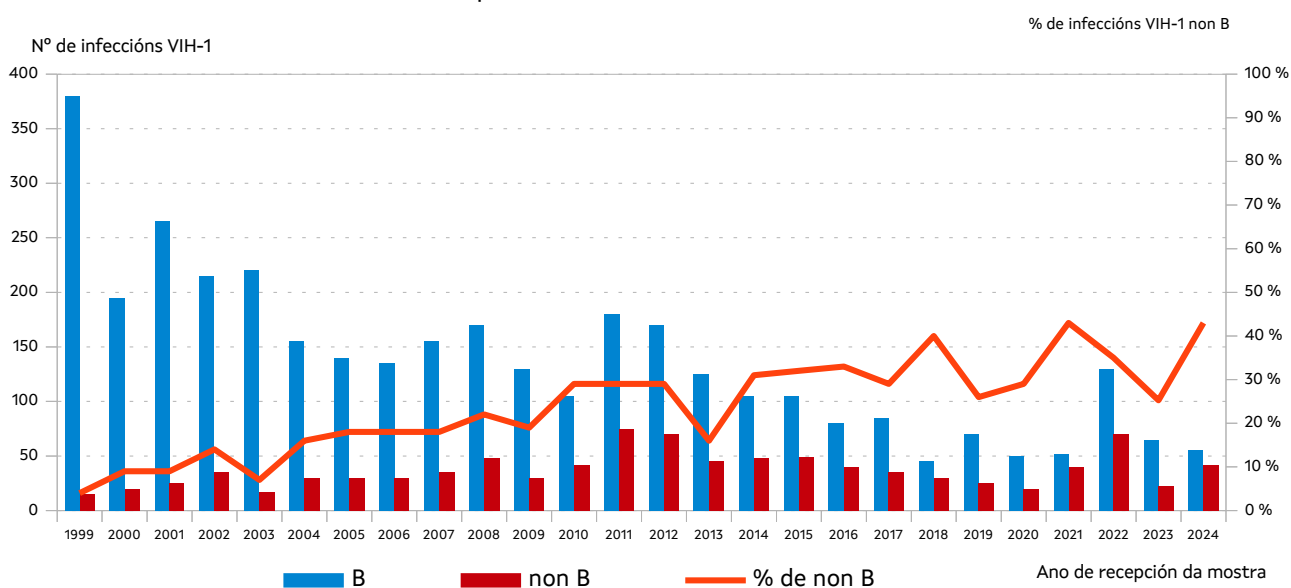
CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

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

1.2. Formas xenéticas do VIH-1

Obsérvase un incremento progresivo da proporción de infeccións por formas xenéticas diferentes do subtipo B (figs. 3 e 4), alcanzándose nos diagnósticos de 2023 unha proporción do 25 % e en 2024 do 43 % (fig. 5). Obsérvase unha gran diversidade de formas xenéticas, coa expansión dende 2009 do subtipo F, que dende 2010 é a forma xenética non B máis frecuente, acadando o 9 % en 2023 e o 6 % en 2024. O predominio do subtipo F entre as formas xenéticas non B é característico de Galicia, pois noutras CC.AA. estudadas pola Unidade de Bioloxía e Variabilidade do VIH o dito subtipo representa un compoñente relativamente menor entre as variantes do VIH-1. Este predominio en Galicia débese á expansión dun gran clúster de subtipo F (chamado F1_1) orixinado na provincia da Coruña, cos primeiros casos diagnosticados en Ferrol en 2009.

Figura 3. Formas xenéticas do VIH-1. Números totais de subtipo B e de formas xenéticas non B e porcentaxe de non B de acordo co ano de recepción da mostra. 1999 a 2024.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Figura 4. Formas xenéticas do VIH-1. Números totais de subtipo B e de formas xenéticas non B e porcentaxe de non B de acordo co ano de diagnóstico da infección. 1999 a 2024.

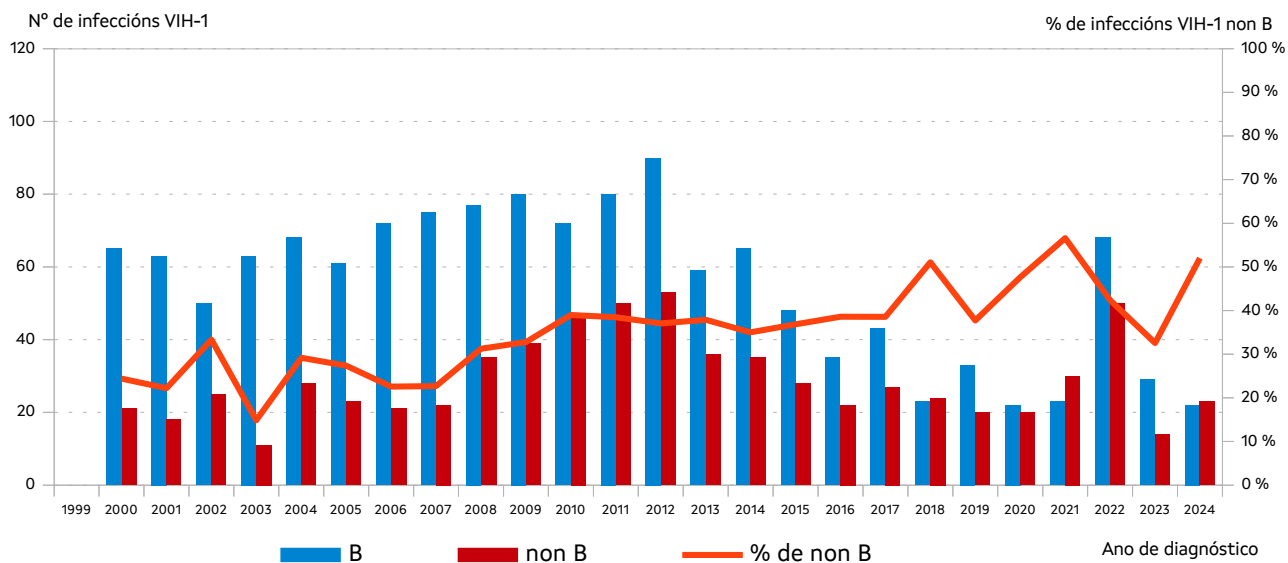
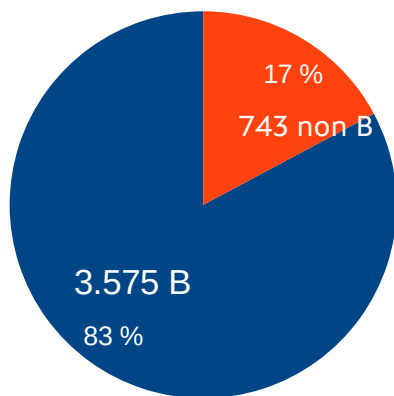


Figura 5. Distribución global das formas xenéticas de VIH-1 detectadas en Galicia no período 1999-2024.

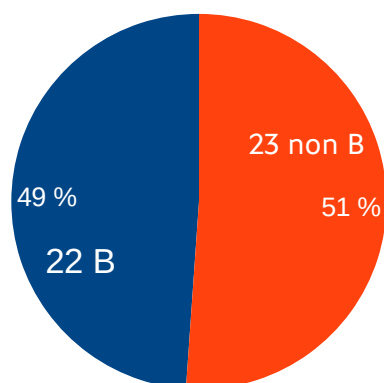


CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

Das persoas incorporadas no ano 2024, obtívose secuencia de polo menos un fragmento en mostras de 97 pacientes. A distribución das formas xenéticas de VIH-1 nestes pacientes foi a seguinte: subtipo B, o 57 %, e formas xenéticas non B o 43 %. Entre estas últimas, a maioría foron infeccións por subtipo F1 nun 6 % (figura 6).

En canto aos 45 pacientes de novo diagnóstico con polo menos unha secuencia, o 48 % estaba infectado por virus de subtipo B e o 52 % por virus de formas xenéticas non B, sendo predominante entre estas últimas o subtipo F1 (9 %).

Figura. 6. Distribución global das formas xenéticas de VIH-1 detectadas en Galicia no ano 2024.



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

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

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

Dende o punto de vista biolóxico, a CRF14_BG ten interese por ser a forma xenética do VIH-1 con máis alta frecuencia de tropismo a CXCR4 (90 % en novos diagnósticos), asociado á progresión clínica máis rápida e á resistencia ao fármaco antagonista do co-receptor CCR5 Maraviroc. Posteriormente, describiuse en Galicia outra nova CRF do VIH-1, a CRF73_BG, relacionada coa CRF14_BG, pero cunha estrutura recombinante lixeira-

mente diferente, e que tamén circula en Portugal. Outras dúas CRFs descritas en Galicia foron presentadas en congresos.

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

1.3. Clústeres de transmisión

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

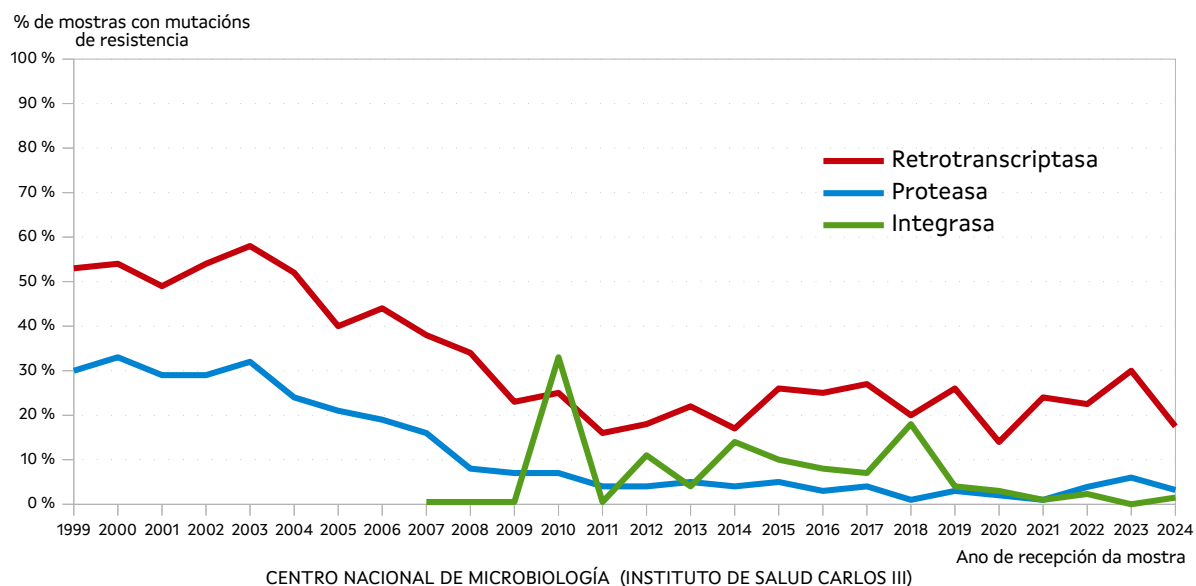
No ano 2024 o 50 % dos pacientes de nova incorporación ao estudo agrupaban en CT. Nos pacientes de novo diagnóstico dese último ano, o 56 % agrupaban en CT. O clúster de transmisión de maior tamaño en Galicia é o subtipo F1 no que agrupan o 9 % dos novos diagnósticos.

1.4. Resistencias a antirretrovirais

Na figura 7 móstrase a evolución da frecuencia de resistencias a distintas clases de antirretrovirais no total de mostras analizadas. Dende o punto de vista de saúde pública, as resistencias transmitidas, observadas nos novos diagnósticos, son as máis relevan-

tes, observándose porcentaxes de virus resistentes que se manteñen estables ao redor do 15-20 % nos últimos 8 anos, correspondendo a maioría a virus con resistencias a inhibidores non nucleosídicos da transcriptasa inversa. Non se detectou resistencia a inhibidores de integrasa en ningún novo diagnóstico.

Figura 7. Evolución ao longo dos anos das porcentaxes do total de mostras con resistencias a inhibidores de proteasa, transcriptasa inversa e integrasa, relativo ao total de mostras analizadas en cada fragmento. 1999 a 2024.



Das 126 secuencias de proteasas ou transcriptasa inversa analizadas para o ano 2024, 29 (23 %) presentaban resistencia fronte a fármacos antirretrovirais. En total, 3 (2,4 %) pacientes presentaban resistencia fronte a inhibidores da proteasa, e 22 (17,5 %) fronte a inhibidores da transcriptasa inversa.

Das 77 secuencias de integrasa analizadas ese último ano, en 2 (2,6 %) detectouse resistencia a inhibidores da integrasa.

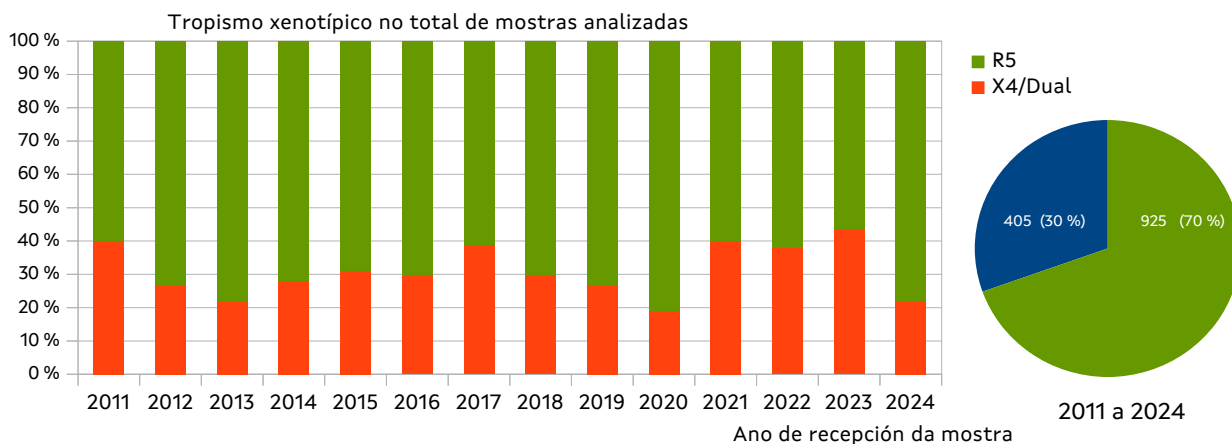
Dos 43 novos diagnósticos do ano 2023 con análises de secuencias de proteasas ou transcriptasa inversa, detectáronse mutacións de resistencia a antirretrovirais en 10 (22,2 %). En canto a mutacións de resistencias a inhibidores de integrasa dese ano, non se detectaron mutacións nos 21 novos diagnósticos que foron analizados.

1.5. Tropismo

Comenzáronse a realizar predicións de tropismo baseadas en secuencias do bucle V3 da envoltura e análise co programa Geno2pheno a partir de 2010, aínda que, debido ao es-

caso número de mostras analizadas no dito ano, só se presentan datos de infeccións por virus CCR5-trópicos (R5) e CXCR4-trópicos (X4 ou dual R5X4 ou mestura R5+X4) dende 2011. Os virus CXCR4-trópicos asóciase á progresión clínica máis rápida e novos diagnósticos poden indicar diagnóstico tardío.

Figura 8. Porcentaxes de mostras totais analizadas con predición de tropismo xenotípico R5 ou X4/dual R5X4/mestura R5+X4

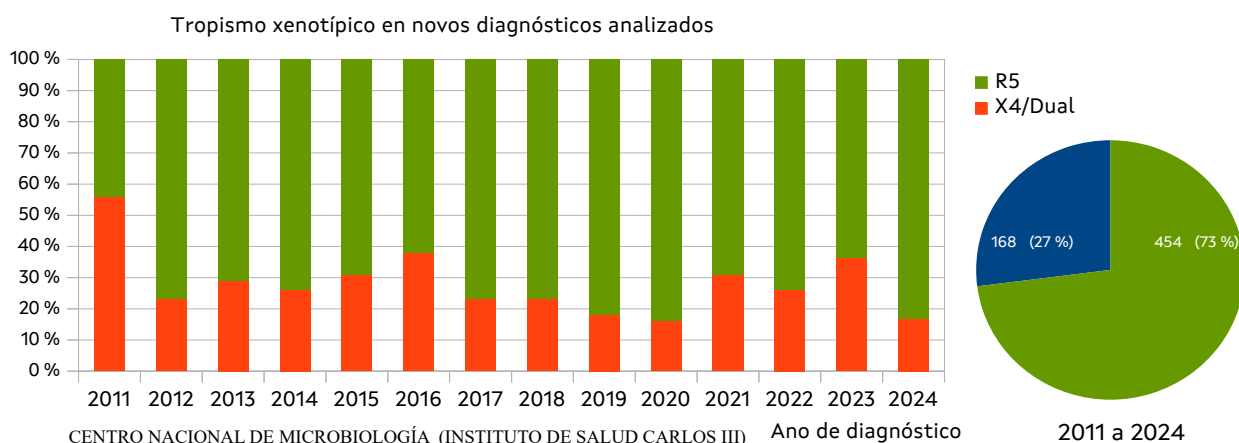


Esquerda: evolución anual entre 2011 e 2023. Dereita: proporcións globais de infeccións con virus CCR5-trópicos puros e CXCR4-trópicos.

É importante determinar o tropismo en pacientes nos que se valore o tratamento co antagonista do correceptor CCR5 Maraviroc, que está contraindicado en infeccións con virus CXCR4- 13 trópicos.

Na gráfica dos novos diagnósticos (fig. 9) obsérvanse fluctuacións nas proporcións de virus CXCR4-trópicos ao redor do 20-30 %, sen unha tendencia clara. En 2023 analizouse o tropismo de 48 mostras, resultando tropismo R5 en 47 (78,3 %) e X4 ou tropismo dual R5X4 en 13 (21,7 %).

Figura 9. Porcentaxes de mostras de novos diagnósticos de infección por VIH con predición de tropismo xenotípico R5 ou X4/dual R5X4/mestura R5+X4



CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III) Ano de diagnóstico

Esquerda: evolución anual entre 2011 e 2023. Dereita: proporcións globais de infeccións con virus CCR5-trópicos puros e CXCR4-trópicos.

En novos diagnósticos dese último ano, analizáronse 24 pacientes, con tropismo R5 en 20 (83,3 %) e X4 ou R5X4 en 4 (16,7 %).

2. CONCLUSIÓNS

- En Galicia obsérvase un aumento progresivo de infeccións por VIH-1 subtipos non B, acadando o 25 % nos novos diagnósticos de 2023 e o 43 % en 2024.
- O subtipo non B predominante en Galicia dende 2010 é o F1, que representa en 2023 e 2024 o 9 % e 6 %, respectivamente, das infeccións por subtipos non B.
- A alta frecuencia do subtipo F1 en Galicia débese á expansión, dende 2009, dun clúster que se propagou rapidamente, probablemente dende Ferrol, onde se diagnosticaron os primeiros casos, entre homes que teñen sexo con outros homes. Tras un descenso transitorio, dende 2019 obsérvase un rexurdimento do dito clúster. Os virus do dito clúster asóciáanse á maior virulencia e resposta subóptima á terapia antirretroviral.
- En Galicia describíronse as primeiras formas xenéticas recombinantes circulantes non B do VIH-1 que circulan en Europa occidental (CRF14_BG e a cepa parental de subtipo G), posteriormente descritas tamén en Portugal. Máis adiante describíronse en Galicia outras novas CRF.
- A proporción de infeccións que se agrupan en clústeres foise incrementando progresivamente, acadando porcentaxes ao redor do 60 % nos novos diagnósticos dos últimos anos.
- A proporción de virus resistentes a antirretrovirais en novos diagnósticos mantense estable nos últimos 8 anos ao redor do 20 %, a maioría deles con resistencias a inhibidores da transcriptasa inversa. Non se detectou ningún caso de transmisión de virus resistente a inhibidores de integrasa.

En conclusión, os estudos de vixilancia epidemiolóxica molecular do VIH-1 en Galicia (unha das rexións mellor estudadas de Europa, grazas aos convenios entre a Consellería de Sanidade e o ISCIII), mostran a súa utilidade para detectar as variantes circulantes e os clústeres de transmisión do virus, algúns deles de rápida expansión e con propieda-

des biolóxicas peculiares, cuxa pronta detección pode permitir a rápida adopción de medidas preventivas de saúde pública destinadas a frear o seu crecemento (estratexia que se incorporou ao plan de EE.UU. para acabar coa epidemia de VIH no dito país. Fauci et al, 2019, JAMA; 321:844-845, doi:10.1001/jama.2019.1343).

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

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

1. World Health Organization. *Infecciones de transmisión sexual (ITS)* [Internet]. Ginebra: WHO; 10 de septiembre de 2025 [citado 12/11/2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Xunta de Galicia. *Plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS). Pró-rroga 2019-2022* [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública; 2019. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6287/Plan_GalegoAntiVIH_galego.pdf
3. World Health Organization. Hepatitis B [Internet]. Ginebra: OMS; 23 de xullo de 2025 [citado 12/11/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
4. Instituto de Salud Carlos III. *Informe epidemiológico sobre la situación de la hepatitis A en España. Año 2023* [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 9 de setembro de 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_hepa_2023_final-1
5. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España, 2023* [Internet]. Madrid: ISCIII / Centro Nacional de Epidemiología; 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_hepatitisb_2023
6. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C en España, 2023* [Internet]. Madrid: ISCIII; 2025. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_hepatitisc_2023.
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *2.º Estudio de seroprevalencia de las enfermedades inmunoprevenibles y otras. España, septiembre 2020* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
8. European Centre for Disease Prevention and Control. *Syphilis*. En: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2023. Estocolmo: ECDC; 2025. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH_AER_2023_Report.pdf
9. Unidade de vixilancia de VIH, ITS e hepatites B e C. *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 1995-2023*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III / Centro Nacional de Epidemiología; 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_its_1995_2023-2
10. European Centre for Disease Prevention and Control. *Gonorrhoea*. En: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Estocolmo: ECDC; 2025. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/GONO_AER_2023_Report.pdf
11. European Centre for Disease Prevention and Control. *Chlamydia*. En: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2023. Estocolmo: ECDC; 2025. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/CHLAM_AER_2023_Report.pdf

12. European Centre for Disease Prevention and Control. *MPOX–worldwide overview*. En: European Centre for Disease Prevention and Control. MPOX worldwide overview [Internet]. Estocolmo: ECDC; [citado 12/11/2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/MPOX-worldwide-overview>
13. Instituto de Salud Carlos III. *Situación epidemiológica de los casos de MPOX. Informe del 4 de noviembre de 2025* [Internet]. Madrid: ISCIII; 2025. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/situacion-epidemiologica-de-los-casos-de-MPOX_20251104
14. Organización Mundial de la Salud. *Infecciones por Shigella sonnei extensamente resistente – Europa*. En: Infecciones emergentes [Internet]. 24 marzo 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2022-DON364>
15. European Centre for Disease Prevention and Control. *Shigelosis*. En: Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. Estocolmo: ECDC; 2024. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SHIG_AER_2022_Report.pdf
16. [Shigelosis | Water-borne disease | European Climate and Health Observatory Climate-ADAPT](https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory/topics/health-impacts/water-and-food-borne-diseases/shigelosis-factsheet). <https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory/topics/health-impacts/water-and-food-borne-diseases/shigelosis-factsheet>
17. Ministerio de Sanidad. *Evaluación rápida de riesgo: Aumento de casos de shigelosis en España, 2023-2024* [Internet]. Madrid: CCAES / Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 20 de diciembre de 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/shigella/docs/20241220_ERR_Shigelosis.pdf

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

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

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

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

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

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

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

- COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO
Servizo de Medicina Interna
Unidade de Patoloxía Infecciosa
Estrada de Clara Campoamor, 341,
36312 Vigo, Pontevedra
Tel.: 986 861111

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



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA
DE SANIDADE