Informe VIH-sida e outras ITS en Galicia 2017

Diagnósticos de infección polo VIH: 2004-2016
Casos de sida: 1984-2016
Altas hospitalarias en relación co VIH: 2000-2016
Mortalidade polo VIH-sida: 1984-2015
Probas de detección rápidas do VIH: 2011-2016
Infeccións de transmisión sexual non VIH: 2005-2016

XUNTA DE GALICIA

Cita:

Dirección Xeral de Saúde Pública. Informe VIH-sida en Galicia 2017 [monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2017. Dispoñible en: http://www.sergas.es/saude-publica/informes-epidemioloxicos-de-vih-sida

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

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2017

Informe VIH-sida en Galicia 2017

Diagnósticos de infección polo VIH en Galicia: 2004-2016

Casos de sida en Galicia: 1984-2016

Altas hospitalarias en relación co VIH en Galicia: 2000-2016

Mortalidade polo VIH-sida en Galicia: 1984-2015

Probas de detección rápidas do VIH en Galicia: 2011-2016

Infeccións de transmisión sexual non VIH en Galicia: 2005-2016

XUNTA DE GALICIA

Consellería de Sanidade

Santiago de Compostela

2017

Índice

ABREVIATURAS **7**

PRESENTACIÓN **9**

RESUMO EXECUTIVO **11**

DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2016 ..... **15**

A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2016 16

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA 18

SEXO E IDADE 20

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN 23

ESTADIO CLÍNICO 33

PAÍS DE ORIXE 36

DIAGNÓSTICO TARDÍO 39

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS 45

CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016 ..... **47**

A SIDA EN GALICIA: 1984-2016 48

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA 49

SEXO E IDADE 53

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN 56

ENFERMIDADES DIAGNÓSTICAS 64

INSTITUCIÓN DECLARANTE 65

INTERVALO ENTRE O DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POLO VIH E CASO SIDA 65

PAÍS DE ORIXE 67

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS 69

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2016.....71
METODOLOXÍA.....71
RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2016.....72
PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS.....87

MORTALIDADE POLO VIH-SIDA EN GALICIA: 1984-2015.....89
RESULTADOS DO ANO 2015.....90
RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2015.....92

PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2016.....97
DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA.....99
PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DE VIH EN FLUÍDO ORAL.....101
RESULTADOS DA PROBA RÁPIDA ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA.....105

INFECCIÓNS DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2005-2016.....107
SISTEMA DE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA 108
HEPATITES VÍRICAS 110
VIRUS DO HERPES SIMPLE 114
VIRUS DO PAPILOMA HUMANO 115
SÍFILIS 116
GONOCOCIA 118
CLAMIDIASE XENITAL 121
LINFOGRANULOMA VENÉREO 122
TRICOMONAS 122

ABREVIATURAS

CIAP 2	Clasificación internacional de enfermidades 2.ª edición
CIE10-MC	Clasificación internacional de enfermidades 10.ª revisión-Modificación Clínica
CMBD	Conxunto mínimo básico de datos
CR	Cambio relativo
Desc.	Descoñecidos
DE	Desviación estándar
DT	Diagnóstico tardío
DXSP	Dirección Xeral de Saúde Pública
EDO	Enfermidades de declaración obrigatoria
Enf.	Enfermidades
EU/EEA	European Union / European Economic Area
Hetero.	Heterosexual
HSH	Homes que teñen sexo con outros homes
INE	Instituto Nacional de Estatística
ISC III	Instituto de Saúde Carlos III
LGV	Linfogranuloma venéreo
NC	Non consta
RGVSP	Rede galega de vixilancia en saúde pública
SIAC AP	Sistema de información de análises complexas de atención primaria
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGIVIH	Sistema de información galego sobre a infección polo VIH
SIM	Sistema de información microbiolóxica

SXNOE	Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades
TAR	Terapia antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de grande actividade
UDI	Usuarios de drogas inxectables
VIH	Virus da inmunodeficiencia humana
VHA	Virus da hepatite A
VHB	Virus da hepatite B
VHC	Virus da hepatite C
VHS	Virus do herpes simple
VPH	Virus do papiloma humano

PRESENTACIÓN

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

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

Esta nova forma de rexistrar a enfermidade ponnos de manifesto que os patróns de transmisión desta infección están variando, ao igual que ocorre no resto do Estado e no mundo occidental. Mentres que os rexistros anteriores (casos de sida) nos mostraban esta enfermidade vinculada á utilización compartida de material de inxección de drogas, o rexistro de VIH móstranos que actualmente en Galicia a infección polo virus da inmunodeficiencia humana deriva fundamentalmente de relacións sexuais sen preservativo. Destacamos ademais que o diagnóstico de casos de infección polo VIH transmitida entre homes que teñen relacións sexuais con outros homes se incrementa, entre 2004 e 2016, un 3,5 % cada ano.

Case a metade dos novos casos de infección polo VIH presentan diagnóstico tardío (DT: cifras de CD4 inferior a 350 células/µl na primeira determinación da infección polo virus) o que motiva a necesidade de promover a proba diagnóstica do VIH entre a poboación adulta nos centros de saúde de Galicia.

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

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

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

Andrés Paz-Ares Rodríguez

Director 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-sida.
- Describir a mortalidade polo VIH-sida.
- Avaliar os datos das probas rápidas de detección do VIH en persoas que non adoitan acudir ao sistema sanitario.

Ámbito xeográfico, poboación e períodos de estudo

Recóllense os novos diagnósticos de infección polo VIH das persoas residentes en Galicia dende 2004 a 2016 e dos casos de sida dende 1984 a 2016.

A mortalidade refírese ao período de 1984 a 2015 e a morbilidade ao de 2000 a 2016.

As probas rápidas de detección do VIH son de 2011 a 2016.

Metodoloxía e análise dos datos

Faise unha análise descritiva dos datos que facilitan os médicos en exercicio no ámbito territorial da comunidade galega e envíanse á Dirección Xeral de Saúde Pública sen identificadores persoais, polo que é moi posible que non se poidan eliminar todos os posibles duplicados que se puidesen xerar.

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

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

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

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

Os datos de probas rápidas de detección do VIH proceden dunhas enquisas que cobren as entidades colaboradoras coa Dirección Xeral de Saúde Pública na realización destas probas.

Principais resultados

Entre 2004 e 2016 rexistráronse en Galicia 2.501 novos diagnósticos de infección polo VIH (nestes trece anos presentáronse 885 casos de sida, polo que houbo un 183 % máis de rexistro de infección ca de enfermidade), cunha media anual de 192 infeccións, o que representa unha incidencia anual media de 69,5 casos por millón de habitantes (por debaixo da incidencia do conxunto das comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente ao Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH autonómicos, que foi de 101,2 casos por millón de habitantes e ano no período 2004 a 2015), dos cales as catro quintas partes foron homes e a idade media foi de 38 anos.

A práctica de risco máis asociada coa infección polo virus nos trece anos analizados foi a das relacións sexuais no 77,5 % das ocasións (39,9 % entre homes que teñen sexo con outros homes -HSH- e 37,6 % heterosexual), as infeccións por compartir material de inxección para drogas supoñen o 17,0 % dos casos rexistrados de nova infección polo VIH (presentando unha tendencia descendente, cun cambio relativo -CR- dun 19,2 % anual). Ademais, se consideramos illadamente ao sexo masculino é máis frecuente a transmisión por relacións entre HSH cun 50,2 % e só un 27,3 % pola vía heterosexual.

O 49 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío cando foron diagnosticados e, ademais, algo máis da metade dos casos de sida rexistrados neste período –72 % nos seis últimos anos– coñecía ao mesmo tempo a súa condición de infectado polo VIH e a da súa enfermidade (menos de 6 meses dunha a outra situación).

De 2000 a 2016 observouse unha importante diminución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH e a maioría destas persoas ingresaban por patoloxías non relacionadas co virus (diminúen as hospitalizacións con diagnóstico principal de infección polo VIH, así como aquelas de enfermidades definitorias de sida, e aumentan as altas por outras enfermidades non relacionadas co VIH -dende 2012 máis do 70 % dos ingresos eran por patoloxías non relacionadas co VIH-).

A mortalidade dende 2008 sitúase por debaixo das 3 mortes por 100.000 habitantes, maioritariamente en persoas de 35 a 54 anos.

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

Conclusións

- As taxas de novos diagnósticos polo VIH son menores ca as do Estado español.
- O virus transmítese maioritariamente por vía sexual.
- A transmisión entre HSH é a categoría máis afectada.
- O atraso diagnóstico é moi importante, maioritariamente cando a transmisión é por manter prácticas sexuais non seguras.
- A mortalidade polo VIH-sida segue diminuíndo pouco a pouco.
- O 1,6 % das probas rápidas de detección do VIH foron reactivas, facilitando o diagnóstico precoz da infección e a posibilidade de chegar a colectivos con escaso contacto cos servizos de saúde.

DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2016

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

Este informe recolle información sobre os novos diagnósticos da infección polo VIH en Galicia durante os anos 2004 a 2016, datos que son facilitados polos médicos en exercicio no ámbito territorial da comunidade galega (tal como se recolle no Decreto 33/2004, do 29 de xaneiro, polo que se crea o SIGIVIH), 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 procedente do SIGIVIH complementa e achégalle calidade ao Rexistro Galego da Sida, no que o atraso da aparición da enfermidade con respecto ao momento da infección polo VIH supón un baleiro excesivo na toma de decisións en materia de prevención. Deste xeito, temos información que nos achega ao tempo real, que é o obxectivo perseguido por todo sistema epidemiolóxico de estudo das infeccións.

A información recadada é estritamente confidencial e só se utiliza para os fins expresamente 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 millón de habitantes, para o que se teñen en conta os diferentes padróns correspondentes a cada ano, e cuxas principais variables de estudo son: ano de

* Todas as taxas que se citan neste informe sobre o diagnóstico de infección polo VIH en Galicia 2004-2016 teñen en conta poboacións a partir da interpolación dos datos do padrón correspondentes, e están referidas ao 1 de xullo de cada ano.

Os datos presentados non se corrixen por atraso na notificación, polo que debemos valorar menos profundamente os datos do último ano de rexistro.

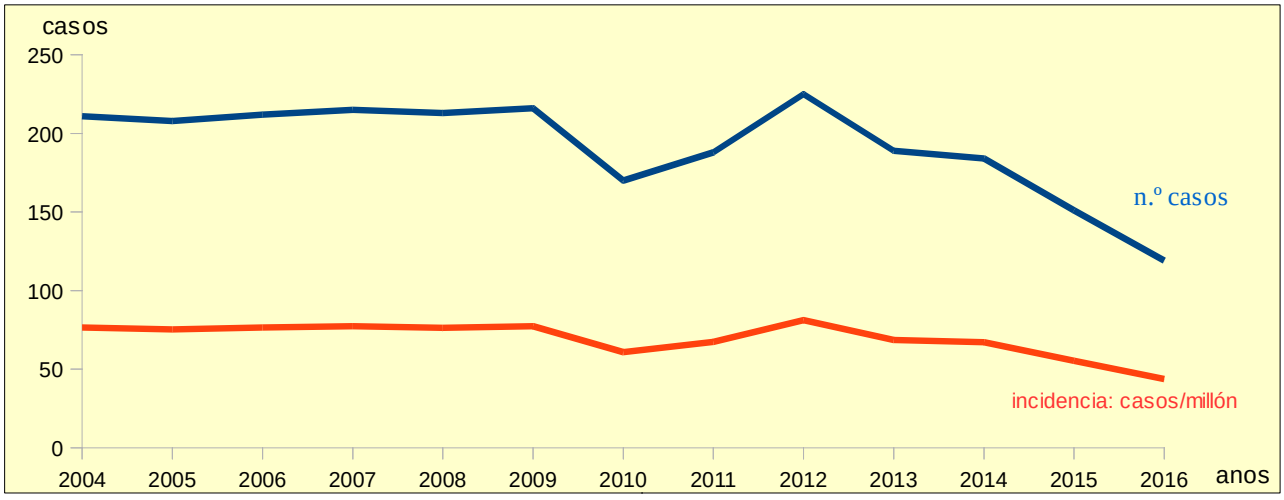
diagnóstico do VIH, idade cando se diagnóstica o VIH, sexo, categoría de transmisión, provincia de orixe e número de linfocitos CD4 no momento do diagnóstico da infección.

Na análise ponse especial atención no diagnóstico tardío, definido como pacientes con cifra de CD4 inferior a 350 células/µl na primeira determinación da infección polo VIH. Á parte, tamén categorizamos o grupo con menos de 200 células/µl, por presentar unha inmunosupresión severa.

A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA: 2004-2016

En Galicia rexistráronse 2.501 casos de persoas infectadas polo virus da inmunodeficiencia humana entre os anos 2004 e 2016, cunha media de 192 infeccións anuais, o que representa unha incidencia anual de 69,5 casos por millón de habitantes (por debaixo da incidencia do conxunto das comunidades autónomas españolas que declaran casos actualmente ao Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH, que foi de 101,2 casos por millón de habitantes e ano no período 2004-2015).

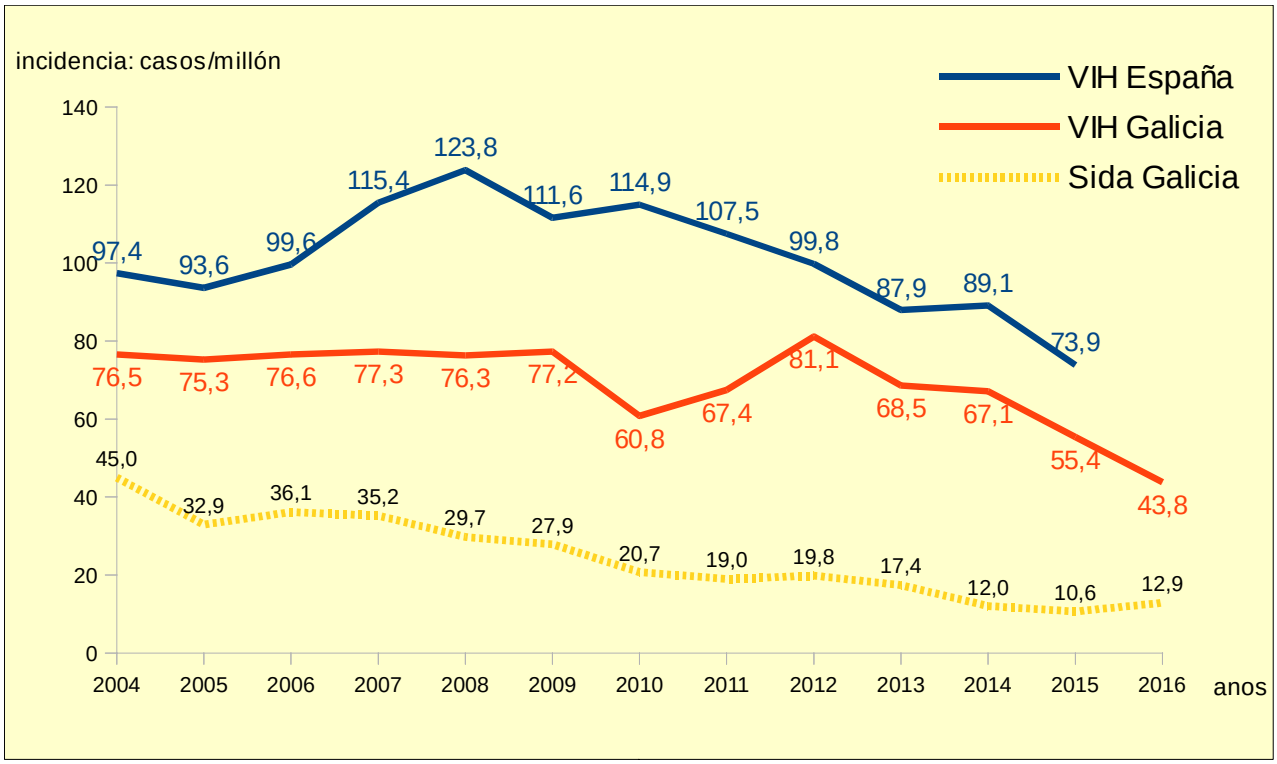
Gráfico 1. Número de casos e incidencia de infección polo VIH segundo ano de diagnóstico. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Obsérvase unha incidencia estable, cun lixeiro descenso nos últimos anos, que é o 183 % máis cá incidencia de sida para o mesmo período (24,6 casos de sida por ano e millón de habitantes). Isto pon de manifesto a necesidade epidemiolóxica de ver este fenómeno de afectación polo VIH dende unha perspectiva de infección e non de enfermidade.

Gráfico 2. Incidencia de infección polo VIH e sida por ano de diagnóstico. Galicia e España 2004-2016

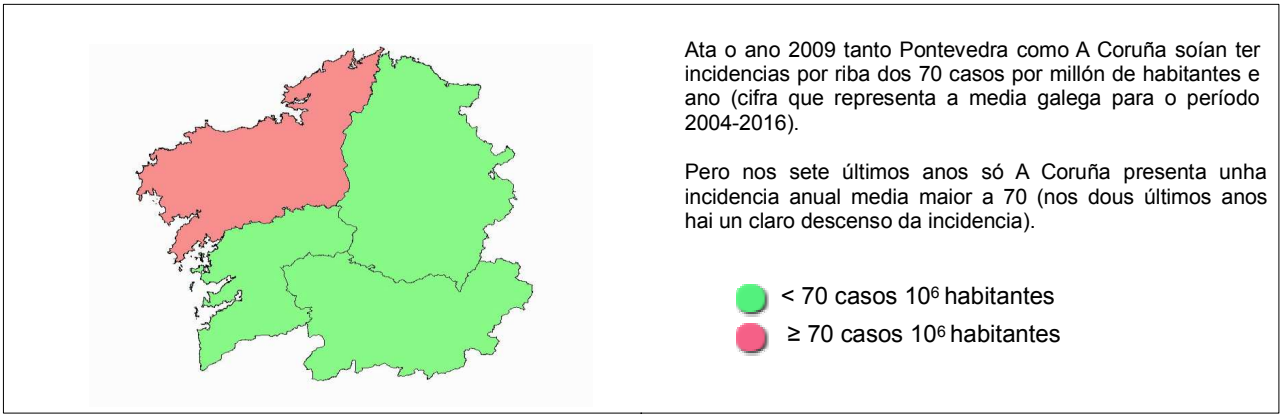


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA

Segundo a distribución xeográfica entre 2004 e 2016 por provincias, A Coruña e Pontevedra son as zonas con maior incidencia de infección polo VIH, cunhas incidencias medias anuais de 79 e 71 casos/millón, respectivamente. Pero dende 2010 só A Coruña presenta incidencias anuais por riba da media de cada ano (Ourense de 2014 a 2016).

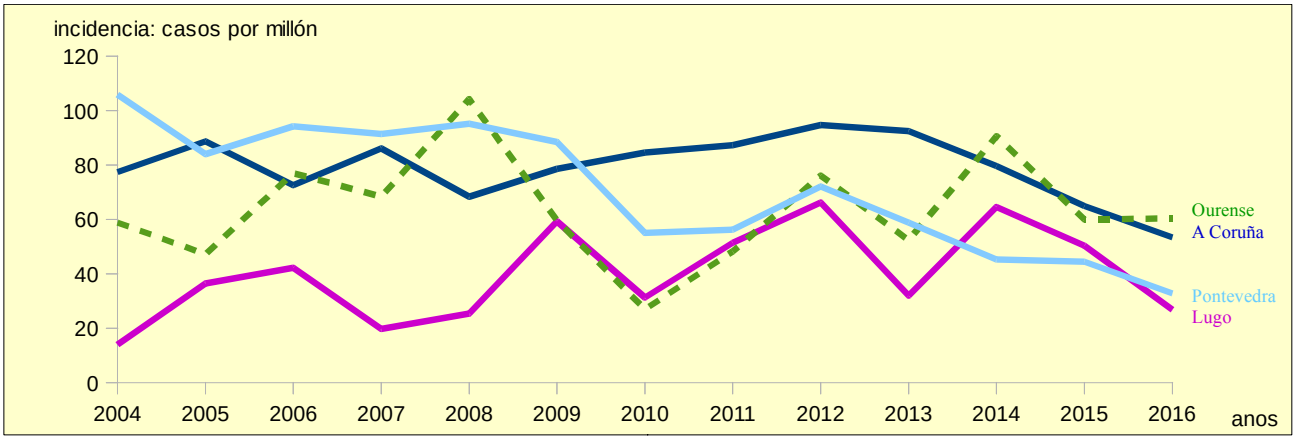
Gráfico 3. Incidencia de VIH por provincia. Galicia 2010-2016.



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Ourense presenta a incidencia intermedia con 64 casos/millón e ano, entre 2004 e 2016, mentres que Lugo amosa unha incidencia anual de 40 casos/millón e ano.

Gráfico 4. Incidencia de VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Aínda que trece anos representan un período de tempo curto, parece que o comportamento da incidencia de infección en Ourense é a máis irregular, e A Coruña é a que permanece máis constantemente por riba da incidencia media galega.

Táboa 1. Número de diagnósticos VIH por provincia e ano. Galicia 2004-2016

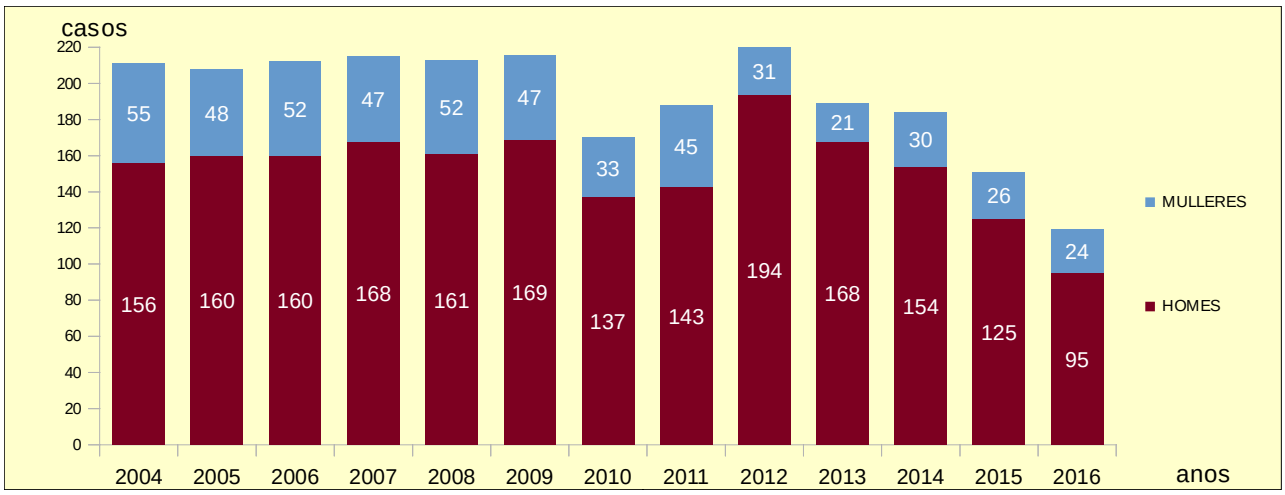
	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	Galicia
2004	87	5	20	99	211
2005	100	13	16	79	208
2006	82	15	26	89	212
2007	98	7	23	87	215
2008	78	9	35	91	213
2009	90	21	20	85	216
2010	97	11	9	53	170
2011	100	18	16	54	188
2012	108	23	25	69	225
2013	105	11	17	56	189
2014	90	22	29	43	184
2015	73	17	19	42	151
2016	60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

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

SEXO E IDADE

Respecto da distribución por sexos dos casos acumulados, o 80 % pertence ao sexo masculino. A evolución do número de casos de ambos os sexos ao longo dos trece anos queda reflectida no gráfico seguinte:

Gráfico 5. Número de diagnósticos VIH por sexo e ano de diagnóstico. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

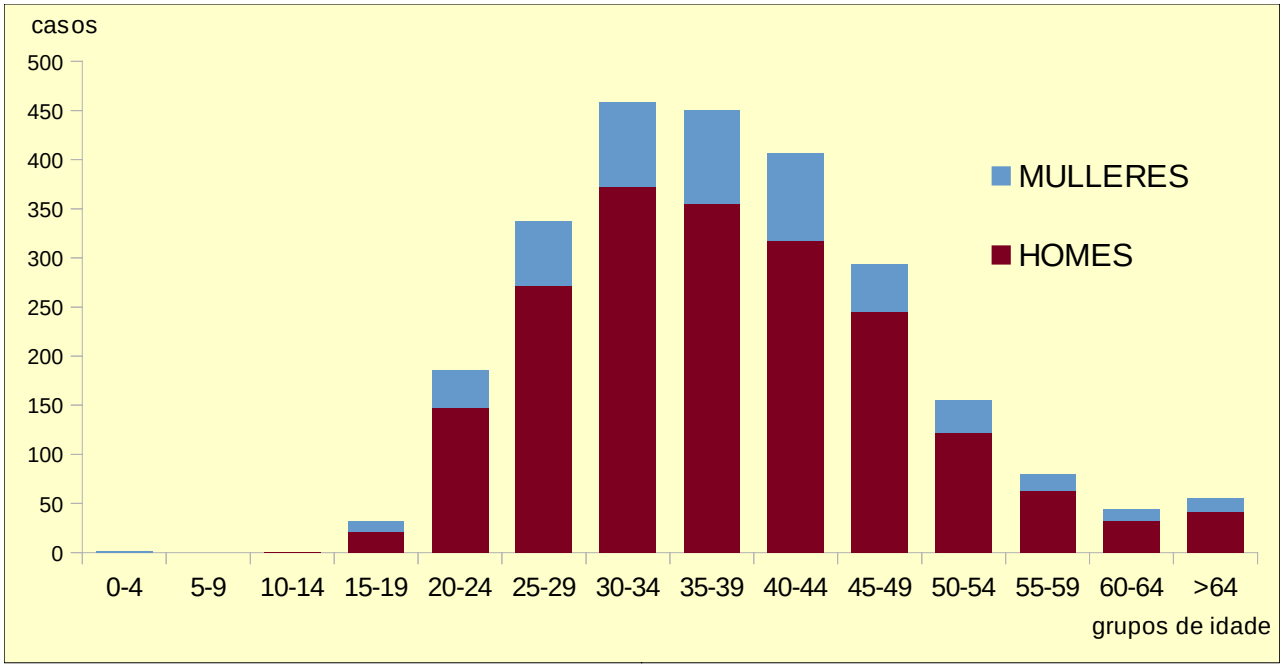
A razón de sexos (homes/mulleres) é de 3,9 durante todo o período. Se só tivésemos en conta os que se infectan por relacións heterosexuais non protexidas, a razón pasaría a ser de 1,4. E nos usuarios de drogas inxectables (UDI), a razón é de 4,2.

Gráfico 6. Razón de sexos no diagnóstico VIH por ano. Galicia 2004-2016

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

En canto á idade, cómpre sinalar que a infección polo VIH afecta fundamentalmente a adultos novos. O 78 % de todos os casos tiña no momento do diagnóstico da infección entre 25 e 49 anos.

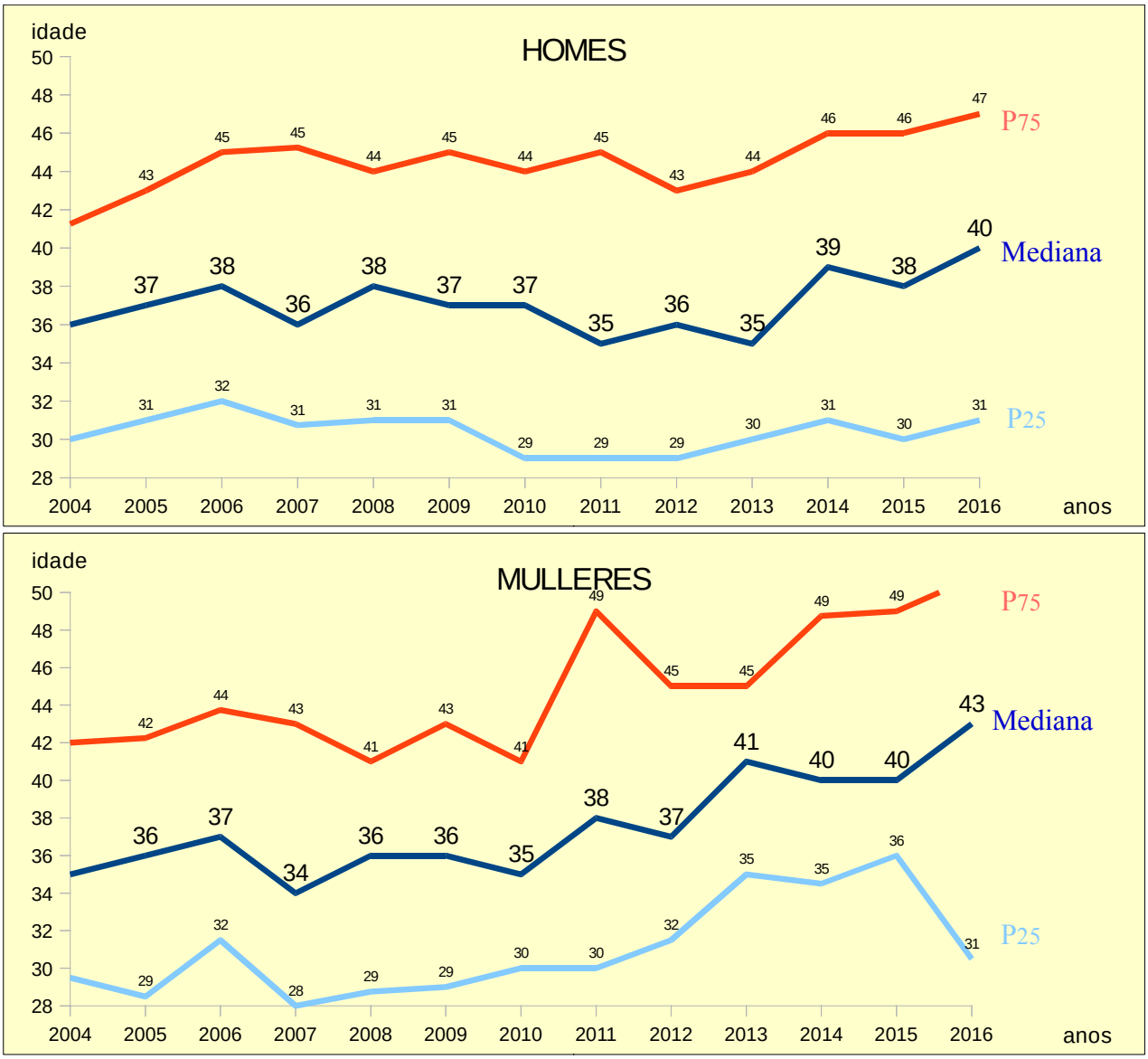
Gráfico 7. Número e porcentaxe de diagnósticos VIH por grupo de idade e sexo. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

A idade media no momento do diagnóstico da infección rolda os 38 anos, con valores moi similares en homes e mulleres, aínda que as mulleres amosan unha tendencia máis irregular e hacia o aumento da idade nos últimos anos.

Gráfico 8. Idade no momento do diagnóstico da infección polo VIH segundo sexos. Galicia 2004-2016

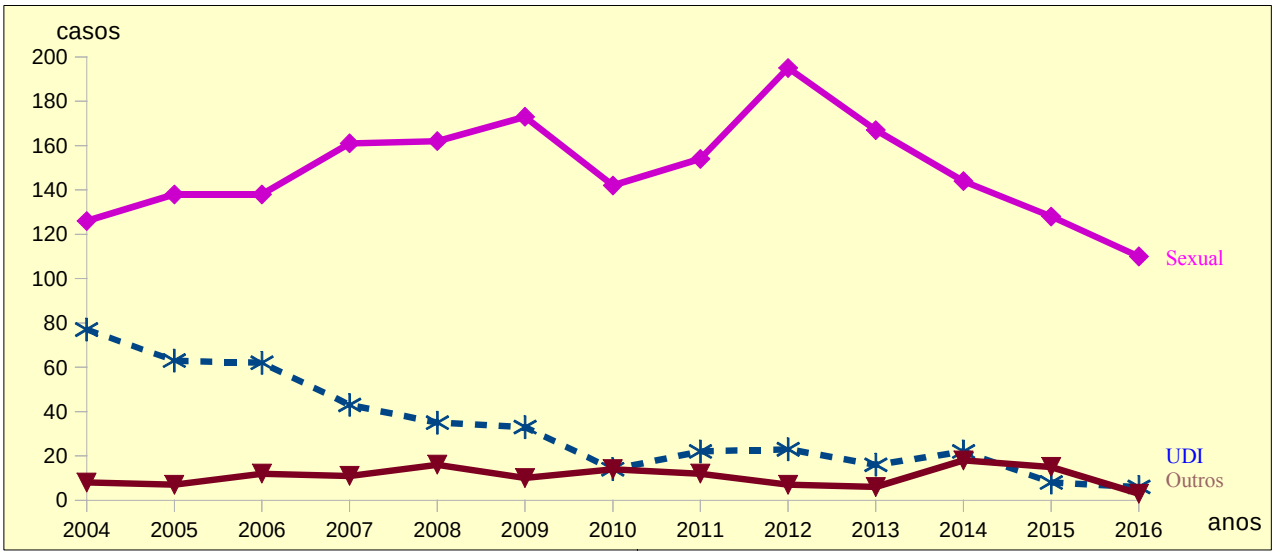


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

A categoría de transmisión máis frecuente na infección polo VIH nos trece anos analizados foi a das relacións sexuais non protexidas, que supuxo o 77,5 % dos casos (39,9 % entre homes que teñen sexo con outros homes [HSH] e o 37,5 heterosexualmente), e presentan un incremento de peso relativo con respecto aos casos debidos ao intercambio de xiringas entre usuarios de drogas inxectables (UDI), que supoñen a segunda categoría de afectación do período, cun 17,0 % das infeccións.

Gráfico 9. Número de diagnósticos VIH por ano e categoría de transmisión. Galicia 2004-2016

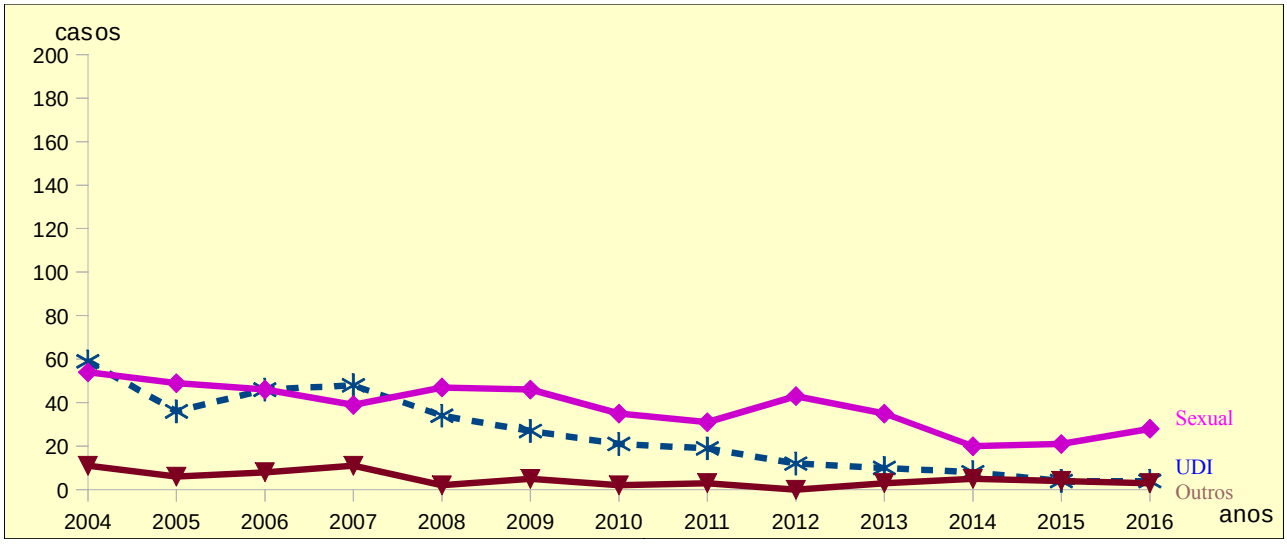


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se comparamos os datos de infección polo VIH cos datos de sida en Galicia para o mesmo período, obsérvase o gran cambio no comportamento epidemiolóxico da transmisión que supón a información actualizada do rexistro dos casos VIH (claramente a transmisión pola vía sexual é predominante), fronte á demorada no tempo que

representan os datos do Rexistro Galego da Sida (en que “parecía” unha transmisión similar entre a vía sexual e a dos UDI nos primeiros anos do periodo).

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

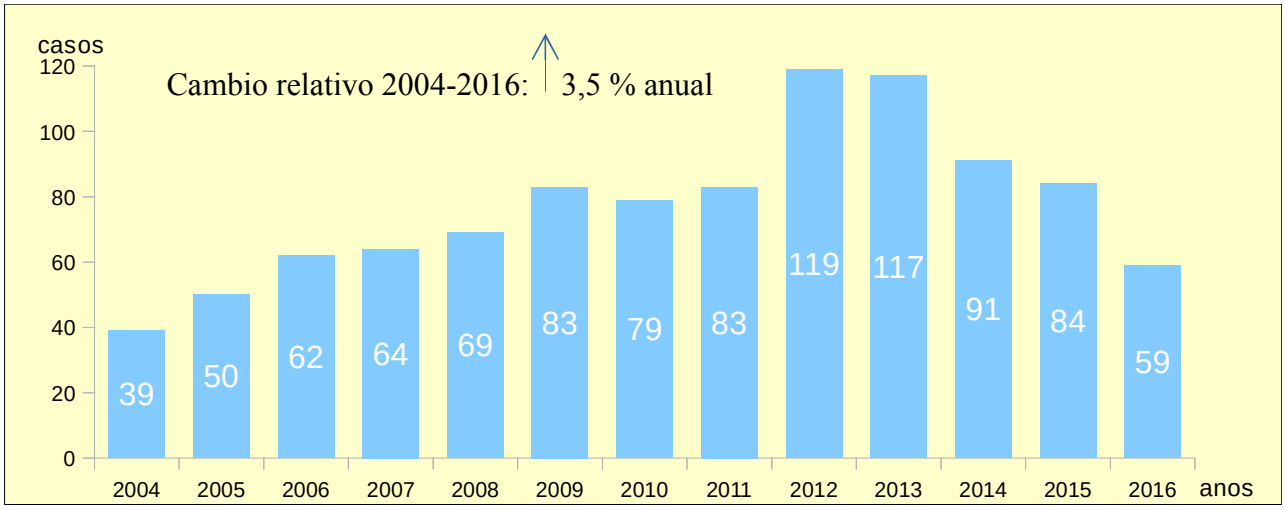


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

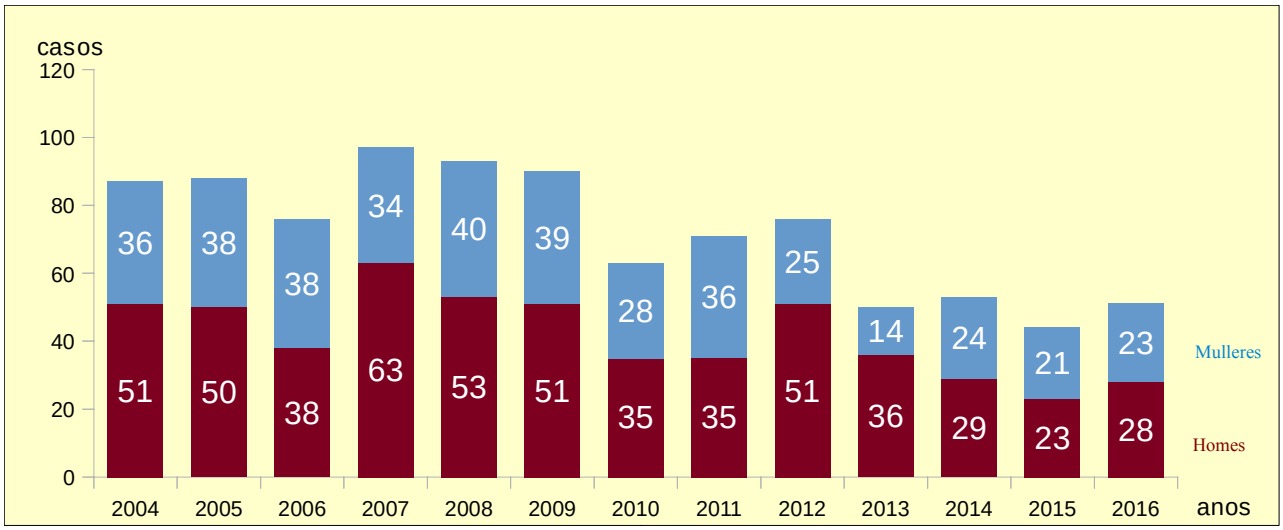
É importante observar os datos da transmisión sexual por sexos, xa que as categorías máis asociadas á infección cando non os separamos son moi similares entre os HSH e heterosexuais. Se temos en conta só aos homes, os HSH sitúanse claramente como os máis afectados e presentan unha evolución ao ascenso gradual co paso dos anos, expresado nun cambio relativo (CR) ascendente do 3,5 % anual no período 2004-2016.

Gráfico 11. Número de diagnósticos VIH na categoría de transmisión sexual segundo sexos. Galicia 2004-2016

11 a. HSH



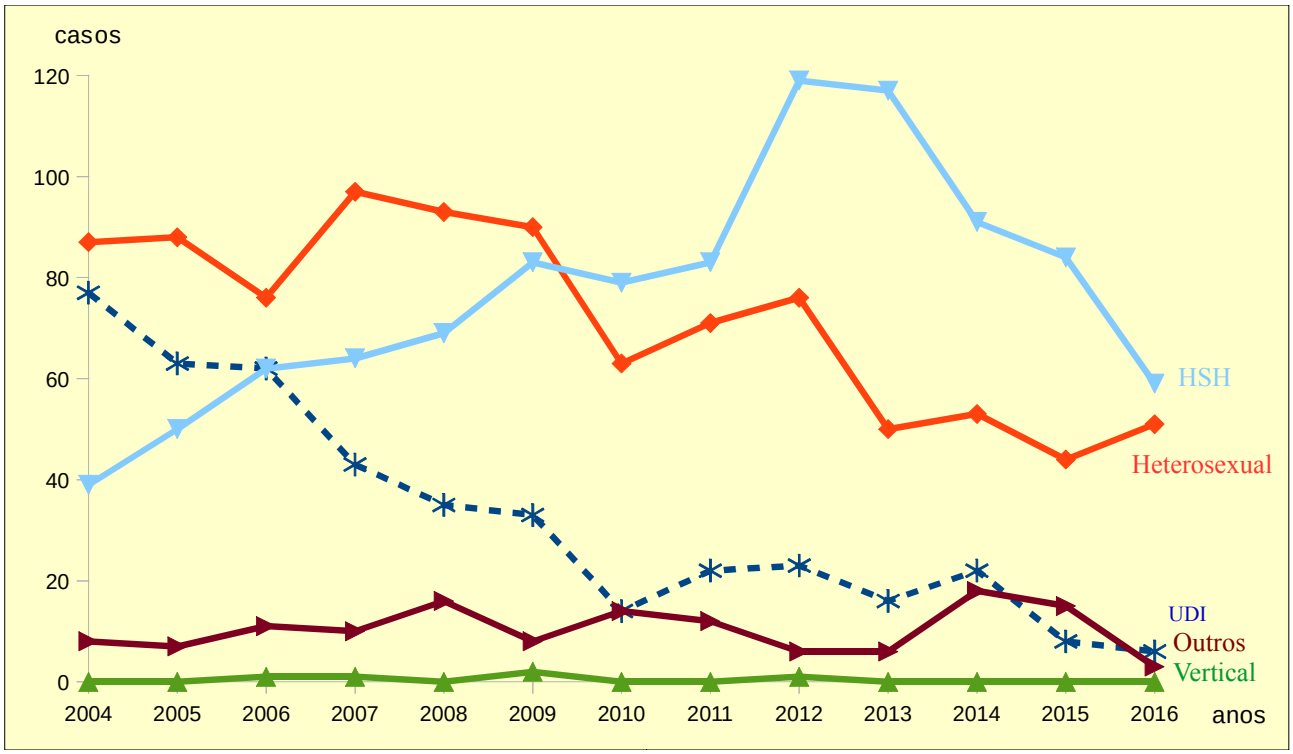
11 b. Heterosexual



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se describimos todas as categorías de transmisión nos homes, obsérvase que as infeccións asociadas aos HSH representan a primeira categoría de transmisión do período (en claro ascenso), por riba dos casos das categorías heterosexuais e UDI (estes últimos en claro descenso).

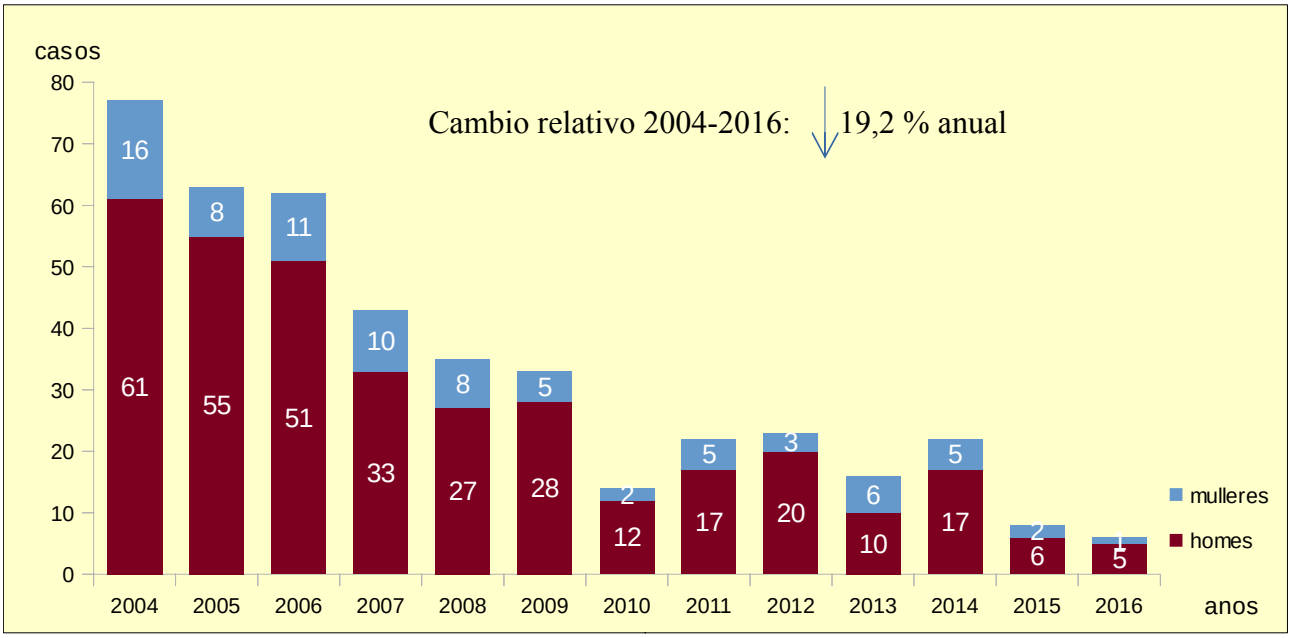
Gráfico 12. Número de diagnósticos VIH en homes por ano e categoría de transmisión. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se volvemos á totalidade da poboación, na categoría dos usuarios de drogas inxectables 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 19,2 % anual no período 2004-2016.

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



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se estudamos a distribución das porcentaxes referentes ás diferentes categorías de transmisión por sexos (gráfico 14), observamos que nas mulleres a categoría máis frecuente é claramente a asociada a prácticas heterosexuais non protexidas, cun 77,5 % dos casos e cunha tendencia estable no tempo (táboa 3).

No caso dos homes, hai máis variación (táboa 2) e obsérvase que a categoría de transmisión con maior porcentaxe de afectación varía cos anos, pero na maior parte do período a categoría que predomina é a dos HSH e cunha tendencia ao aumento que xa comentamos anteriormente. A segunda categoría de transmisión sería a heterosexual, cunha tendencia estable no tempo. Os UDI que comparten material de inxección teñen menos incidencia e, ademais, presentan unha tendencia clara ao descenso, cun CR dun 18,8 % neste período de trece anos.

Táboa 2. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en homes. Galicia 2004-2016

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

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

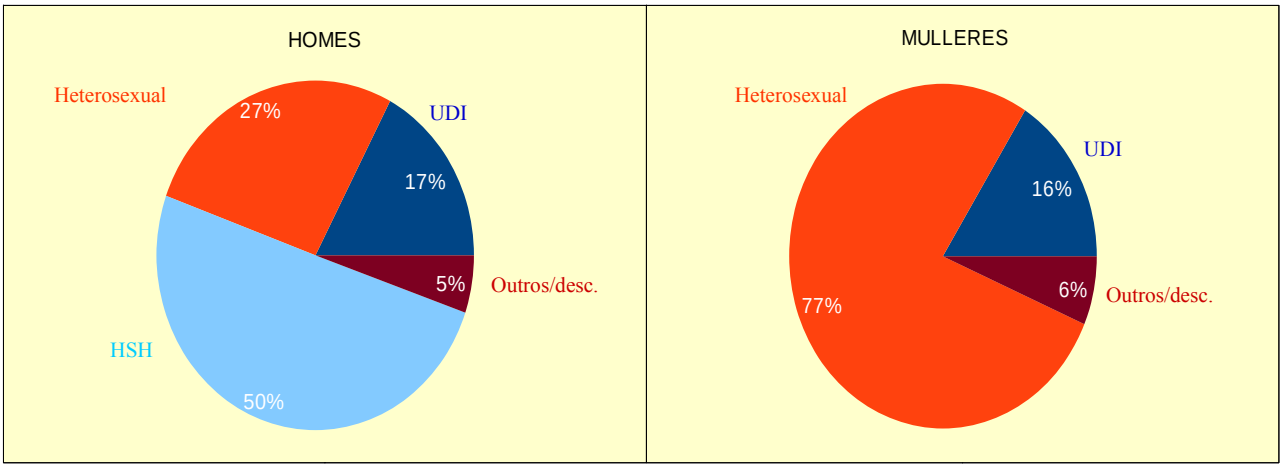
Táboa 3. Número de diagnósticos VIH por categoría de transmisión en mulleres. Galicia 2004-2016

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

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Nos gráficos 14 e 16 constátase o predominio da transmisión da infección polo VIH a través da vía sexual: 77 % (no caso dos homes: 50,2 % HSH e 27,3 % heterosexual).

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

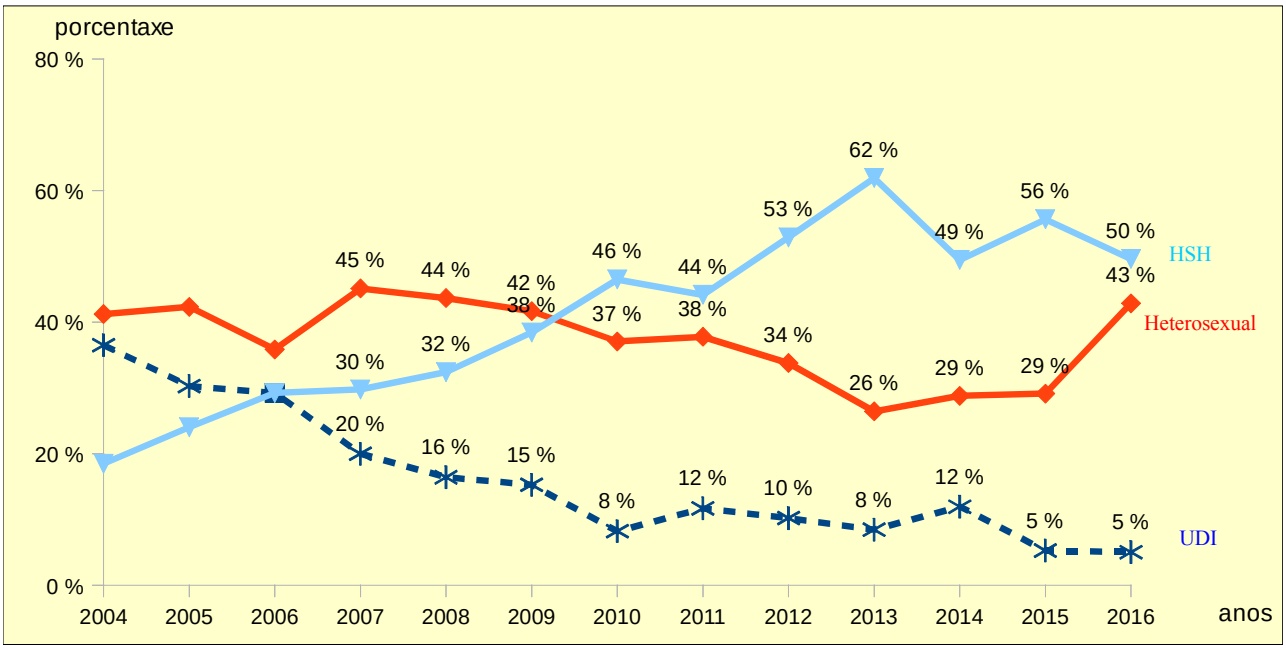


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

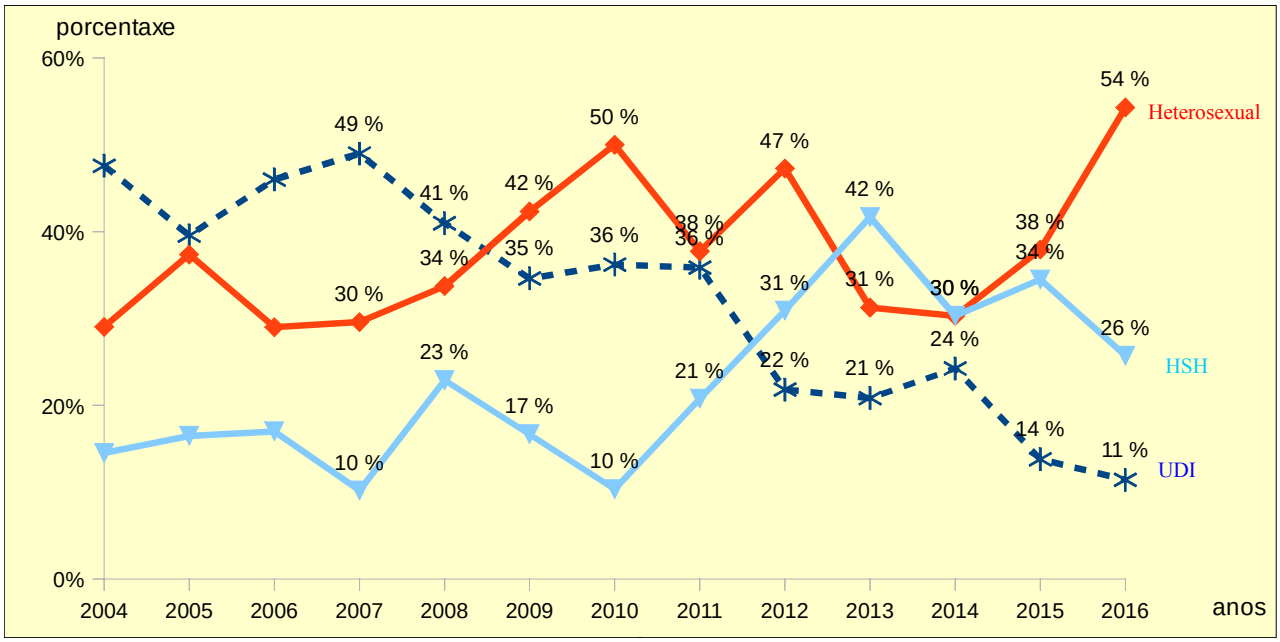
No gráfico 15 vemos, o mesmo ca noutros gráficos, o cambio que supón observar o fenómeno da afectación polo virus segundo o apreciemos dende a perspectiva da infección polo VIH (SIGIVIH) ou do Rexistro de Casos de Sida, de maneira que á hora de describir a situación do problema debemos facelo basicamente en termos de dinámica de infección e non de enfermidade, pois o cadro que representan é moi diferente.

Gráfico 15. Porcentaxe de diagnósticos VIH e sida segundo as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2016

15 a. VIH



15 b. Sida

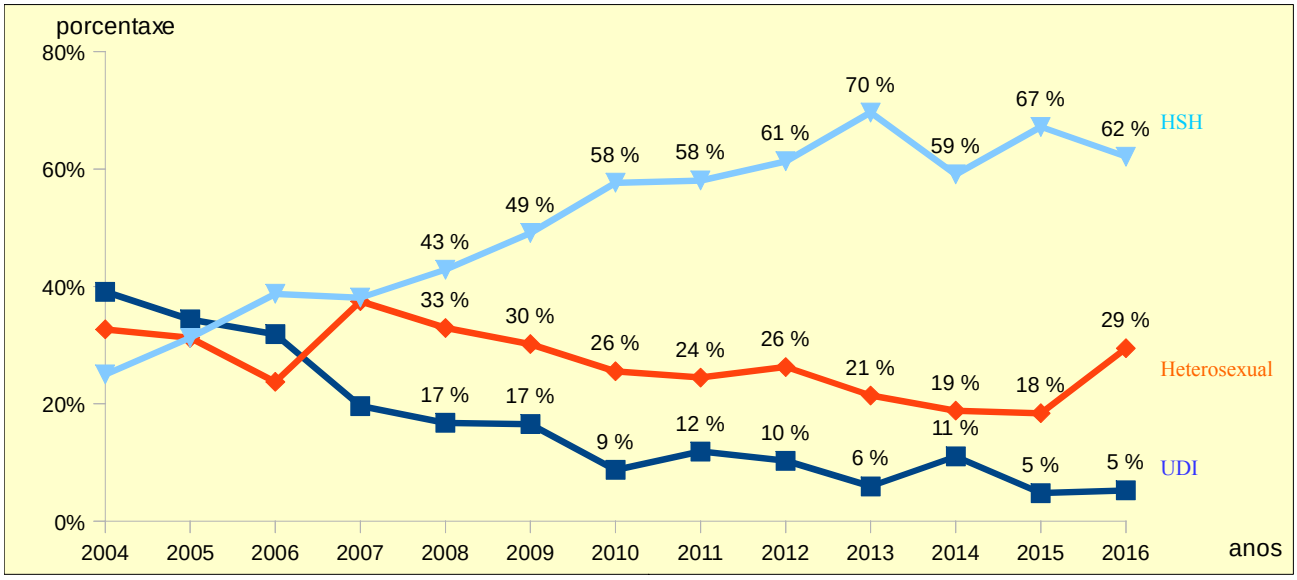


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

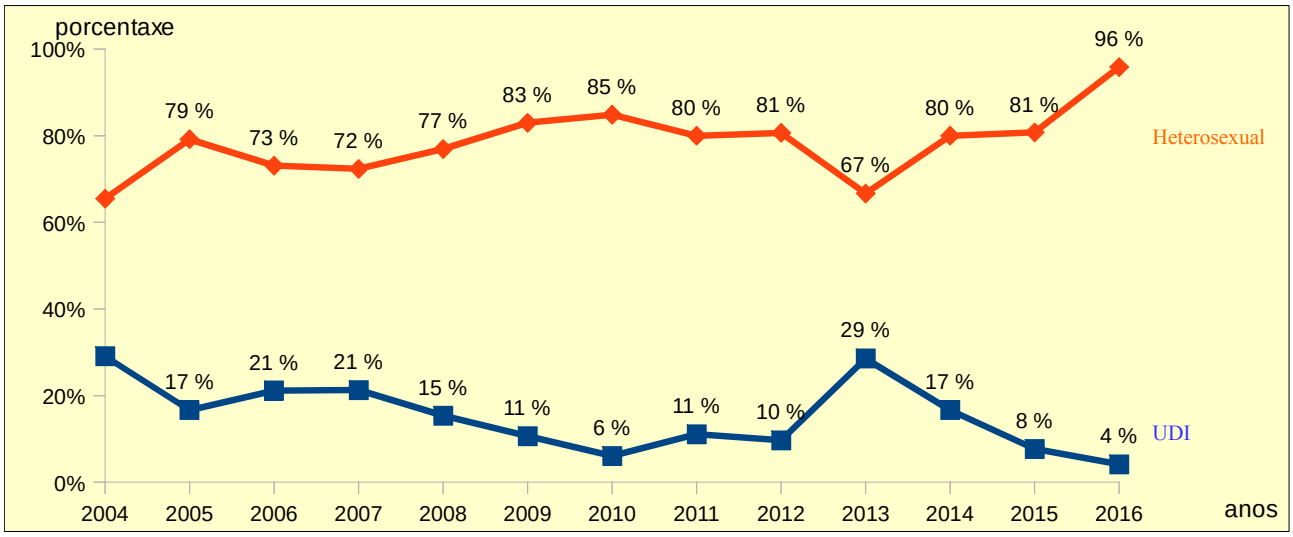
No seguinte gráfico queda claro, como xa comentamos anteriormente, que a transmisión por vía sexual é predominante e que no caso dos homes a transmisión asociada aos HSH é superior á heterosexual.

Gráfico 16. Porcentaxe de diagnósticos VIH segundo o sexo, as principais prácticas de risco e anos. Galicia 2004-2016

16 a. Homes



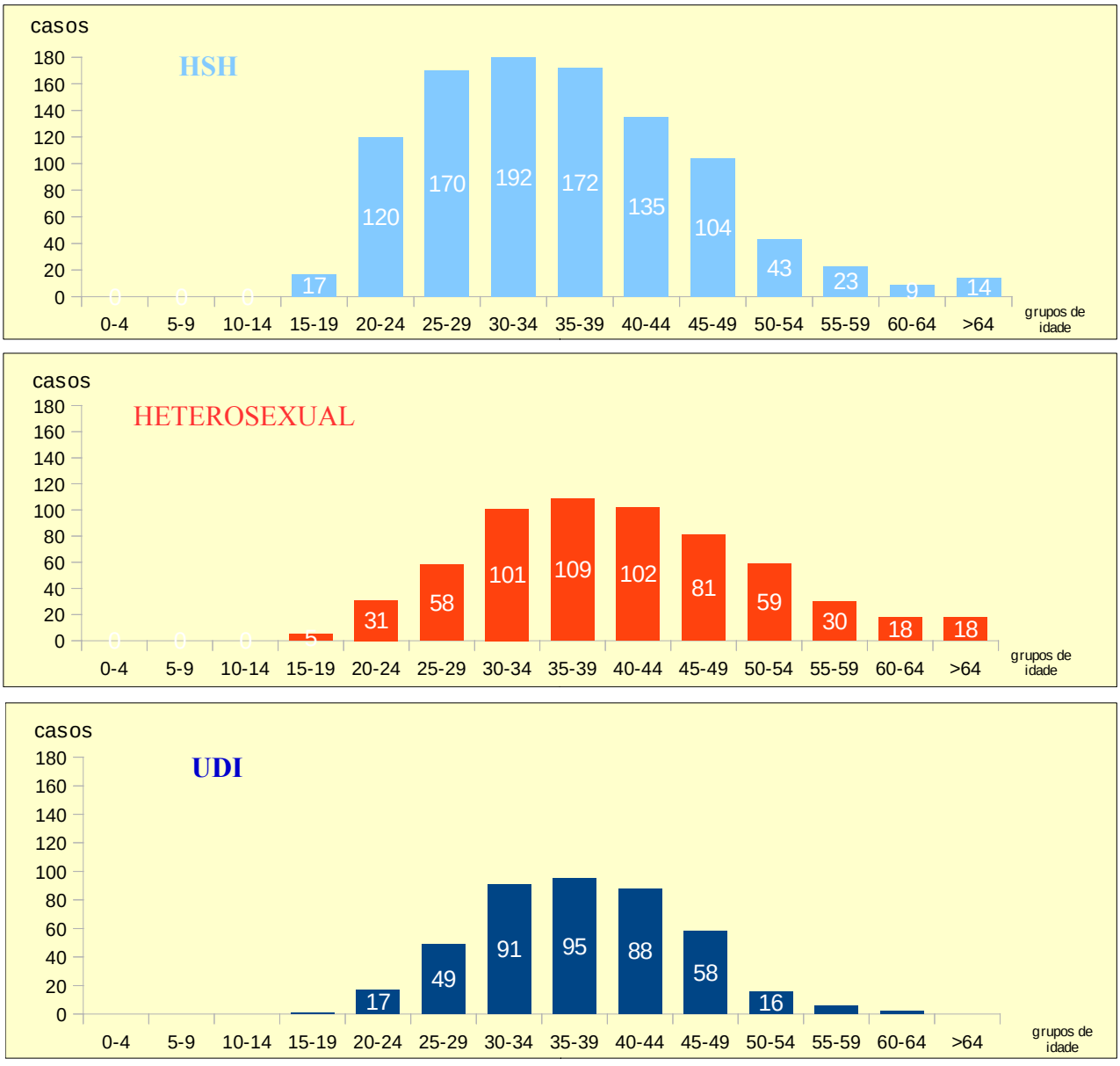
16 b. Mulleres



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

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 (90 % UDI, 77 % HSH e 74 % heterosexuais), pero destaca o feito de que na transmisión heterosexual haxa unha presenza importante de infección en persoas maiores de 49 anos (125 de 612 casos [20 %]).

Gráfico 17. Número de diagnósticos VIH por grupo de idade nas tres principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2016

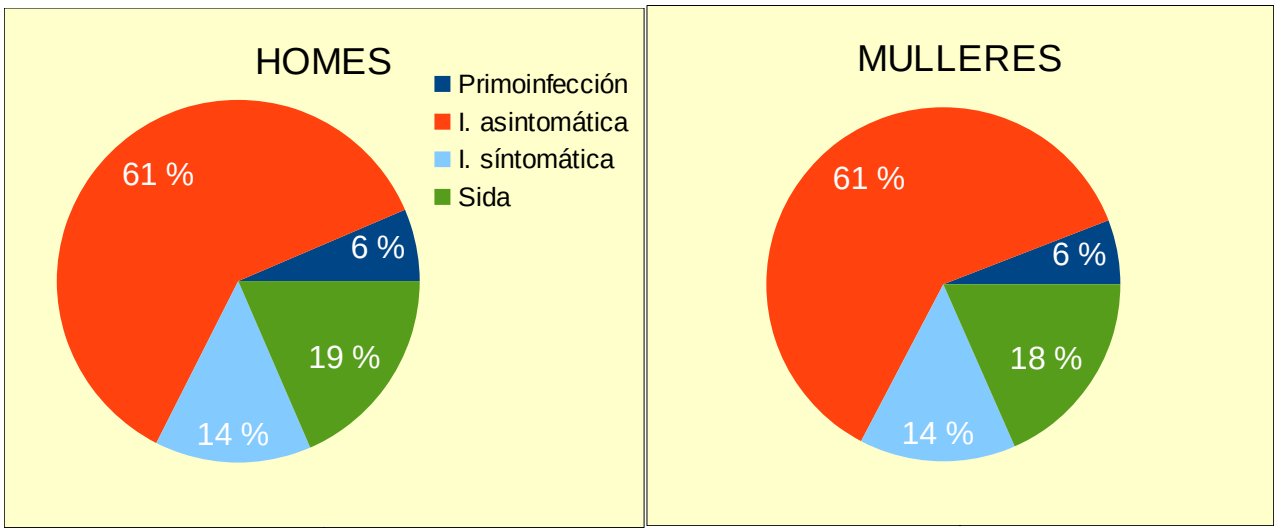


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

ESTADIO CLÍNICO

Ao analizar o estadio clínico no momento do diagnóstico, o 61,2 % preséntanse como infeccións asintomáticas (61,1 % homes, 61,4 % mulleres), o 18,5 % como casos sida (18,5 % homes, 18,4 % mulleres), o 14,0 % como infeccións sintomáticas sen criterios de sida (13,9 % homes, 14,3 % mulleres) e o 6,3 % como primoinfeccións (6,4 % homes, 5,9 % mulleres).

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

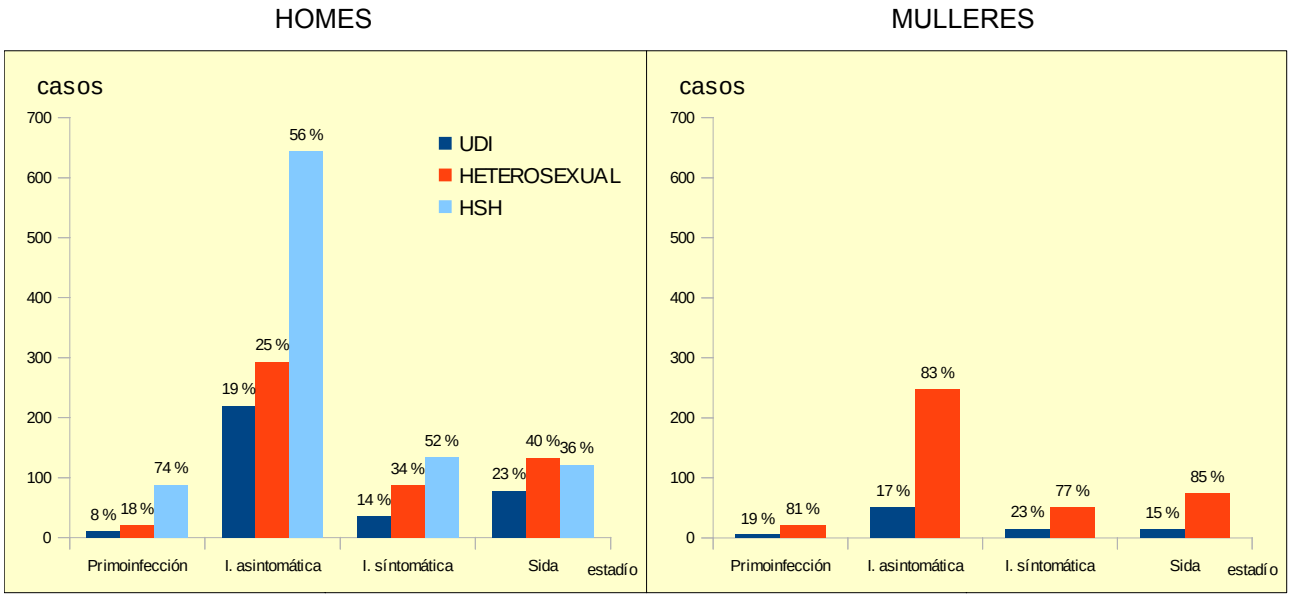


* En 18 diagnósticos VIH, o que supón o 0,7 % dos rexistros, non constaba o estadio clínico.

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

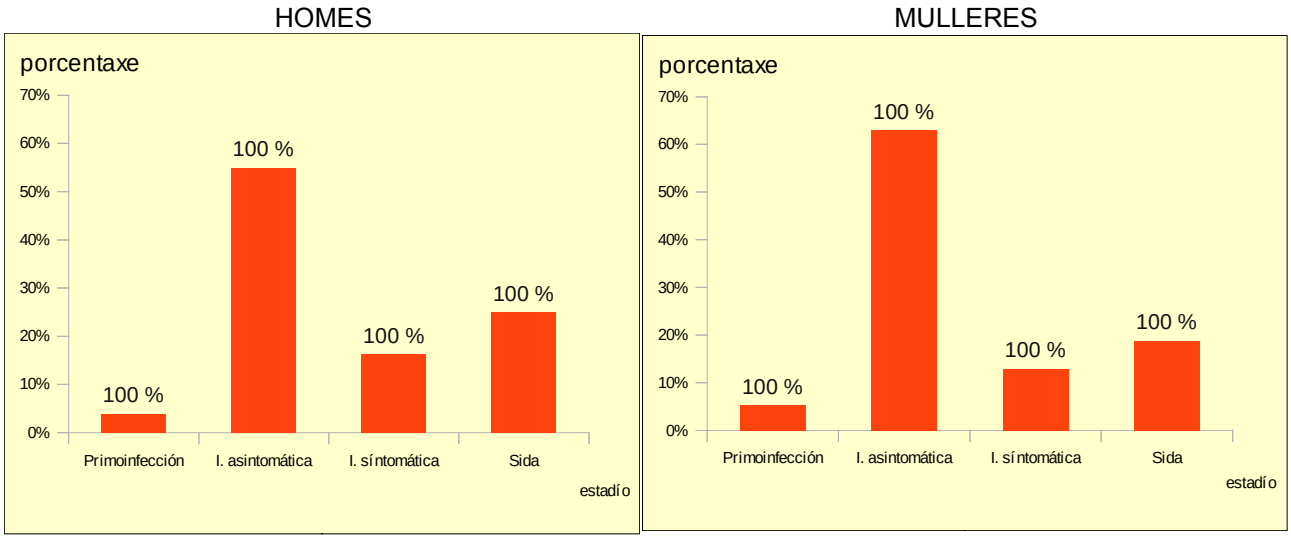
Tendo en conta a vía de transmisión, na categoría heterosexual o 58,3 % atopábanse asintomático (55 % homes, 63 % mulleres), o 22,3 % como casos de sida (25 % homes, 19 % mulleres), o 14,9 % sintomático sen criterios sida (16 % homes, 13 % mulleres) e o 4,5 % eran primoinfeccións (4 % homes, 5 % mulleres).

Gráfico 19. Estadio clínico dos diagnósticos VIH polas principais categorías de transmisión e sexos. Galicia 2004-2016



DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

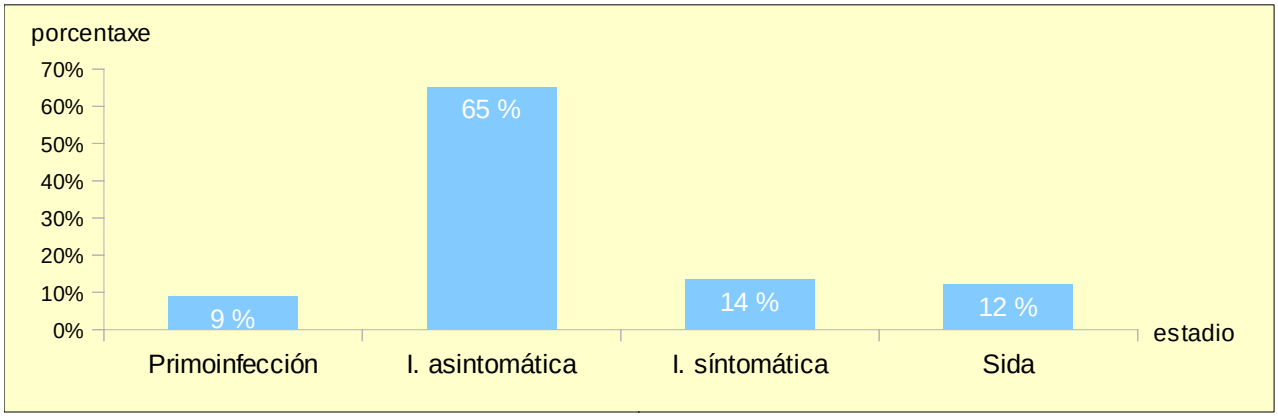
Gráfico 20. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de transmisión heterosexual segundo o sexo. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Nos HSH o 65,2 % atopábanse asintomáticos, o 13,6 % sintomáticos sen criterios sida, o 12,3% eran sida e o 8,9 % primoinfeccións.

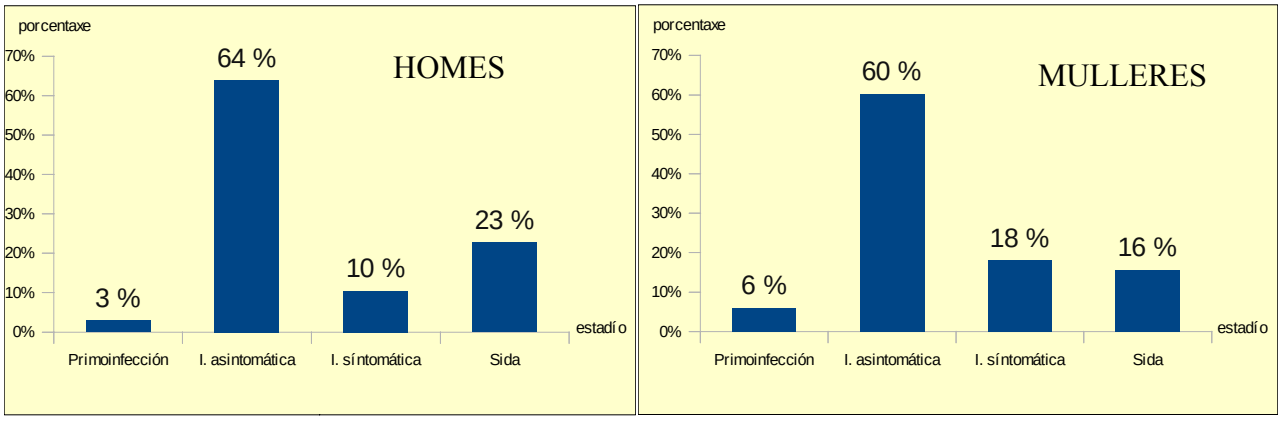
Gráfico 21. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de HSH. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Nos infectados por compartiren material de inxección, o 63,2 % atopábanse asintomáticos (64 % homes e 60 % mulleres), o 21,3 % era sida (23 % homes e 16 % mulleres), o 11,9 % sintomático sen criterios de sida (10 % homes e 18 % mulleres) e o 3,5 % era primoinfección (3 % homes e 6 % mulleres).

Gráfico 22. Estadio clínico dos diagnósticos VIH na categoría de usuarios de drogas inxectables segundo o sexo. Galicia 2004-2016

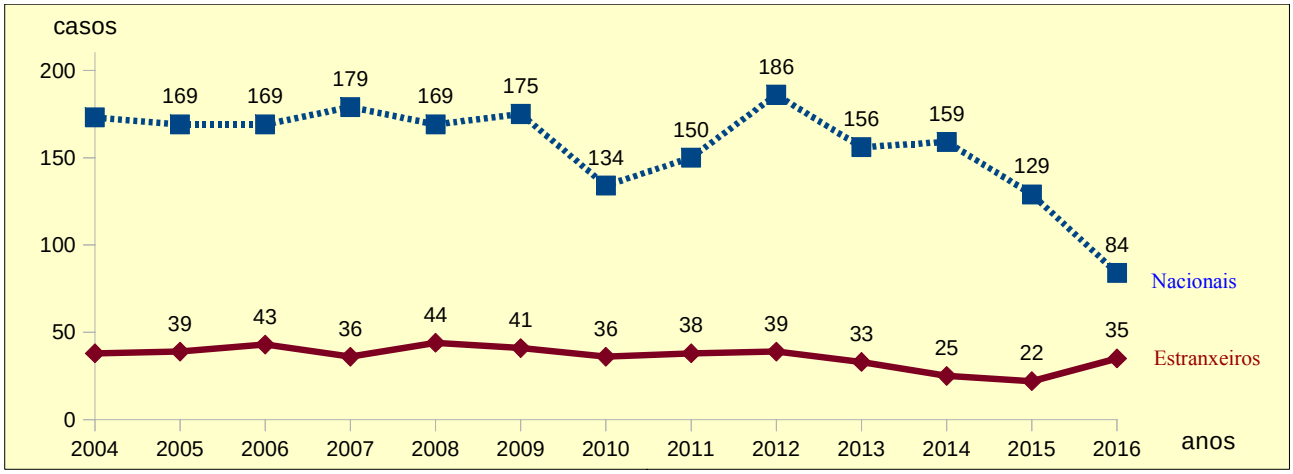


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

PAÍS DE ORIXE

No período estudado, o 19 % dos novos diagnósticos de infección polo VIH (16 % dos homes e 30 % das mulleres) realizouse en persoas orixinarias doutros países. Os homes eran o 68 % (razón de masculinidade de 2,1).

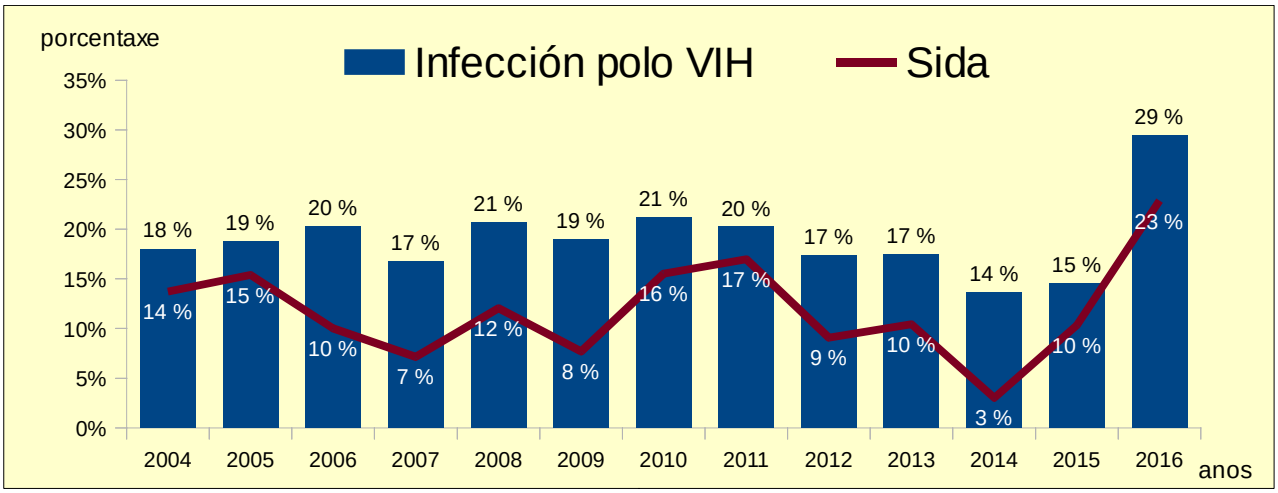
Gráfico 23. Número de diagnósticos VIH residentes en Galicia segundo a súa orixe. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

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

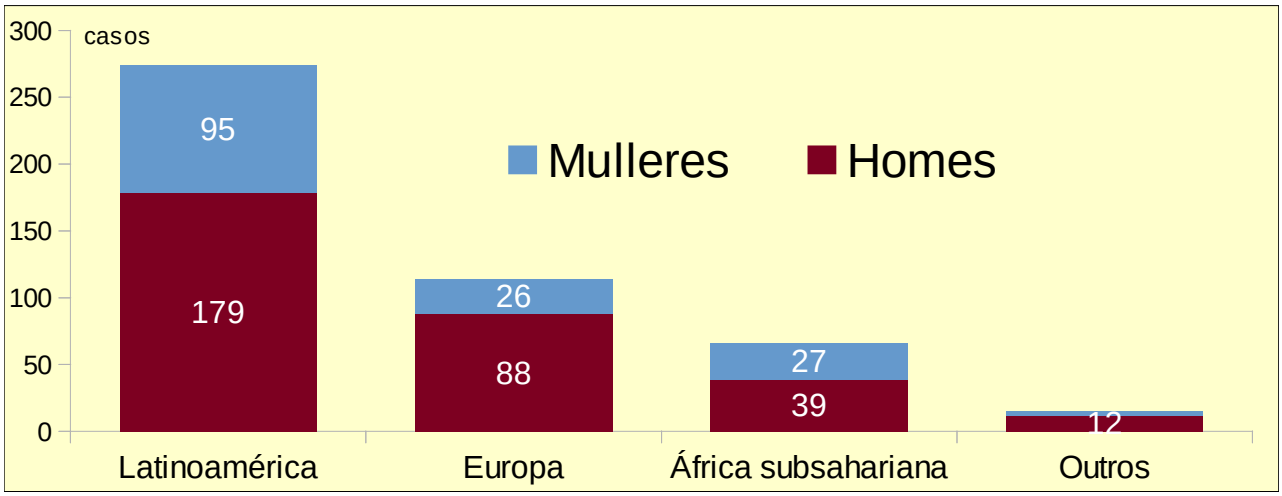
Gráfico 24. Porcentaxe dos diagnósticos VIH e sida residentes en Galicia que non son españois. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Os máis frecuentes foron os casos en latinoamericanos, cun 57,6 % (dos que os homes eran o 65 % e as mulleres o 35 %), seguidos dos europeos, cun 25,1 % –maioritariamente portugueses– (dos que os homes eran o 77 % e as mulleres o 23 %), dos subsaharianos, cun 14,0 % (dos que os homes eran o 59 % e as mulleres o 41 %), e do resto das áreas xeográficas, cun 3,4 % (dos que os homes eran o 80 % e as mulleres o 20 %).

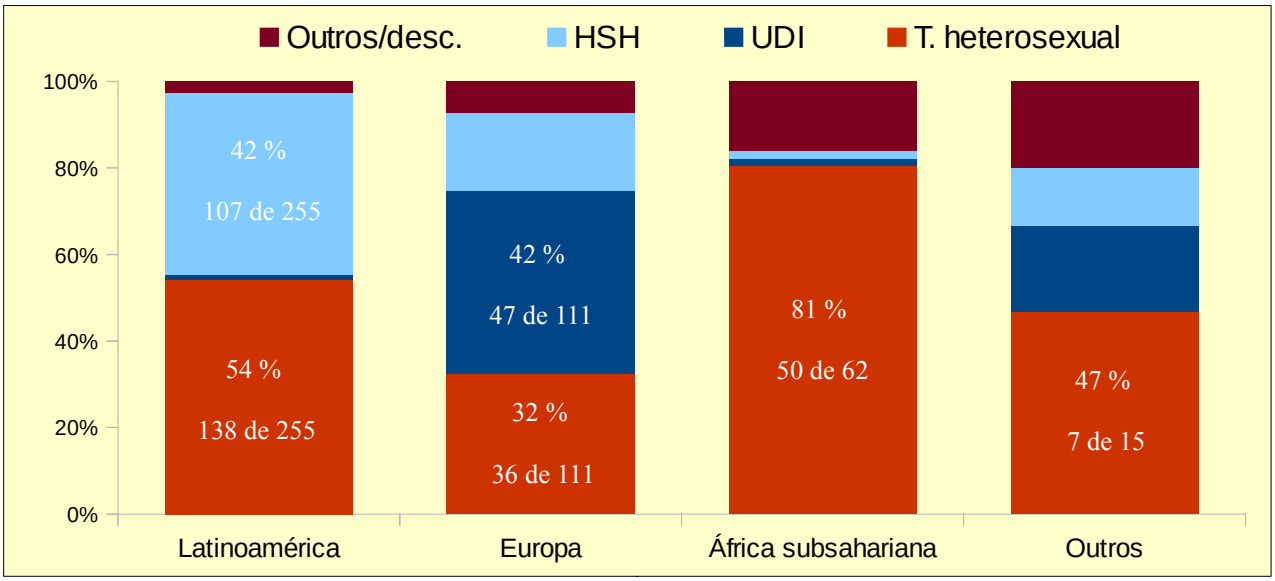
Gráfico 25. Número de diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e sexo. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Por categorías de transmisión, os procedentes de Latinoamérica están maioritariamente asociados á transmisión por relacións sexuais non protexidas (96 %: 54 % heterosexuais e 42 % homosexuais). Nos orixinarios de Europa, o 42 % infectouse por compartir material de inxección de drogas (32 % por relacións heterosexuais non protexidas e 18 % asociado a relacións entre HSH) e os que viñeron de África a maioría infectouse por relacións heterosexuais non protexidas.

Gráfico 26. Diagnósticos VIH en estranxeiros segundo a área de orixe e a práctica de risco. Galicia 2004-2016

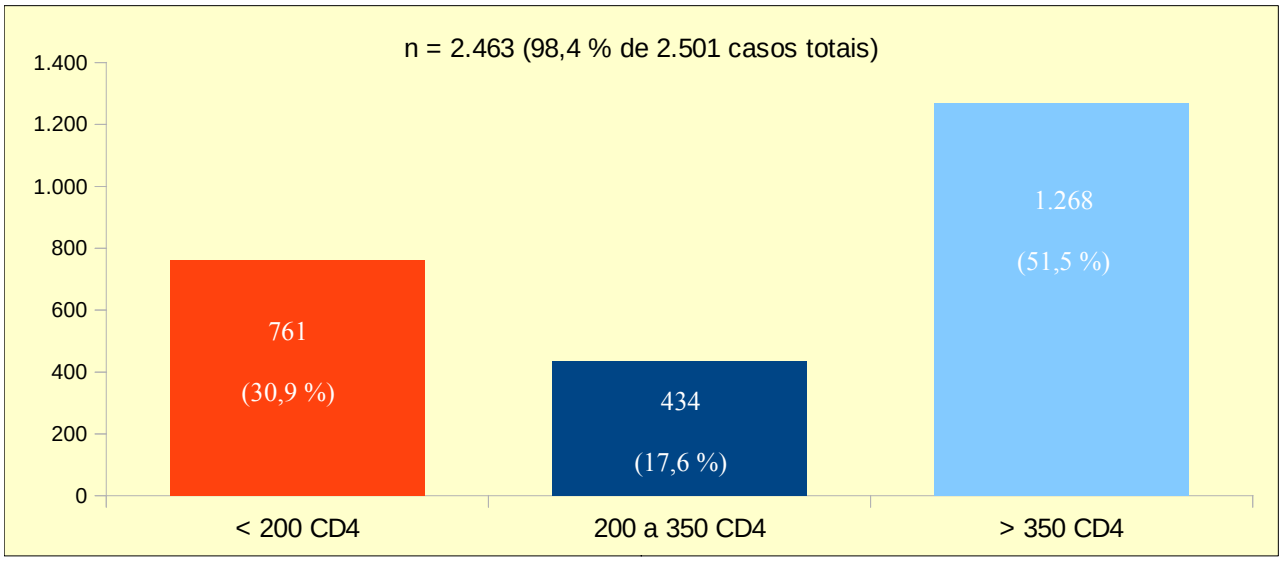


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

DIAGNÓSTICO TARDÍO

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

Gráfico 27. Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4. Galicia 2004-2016

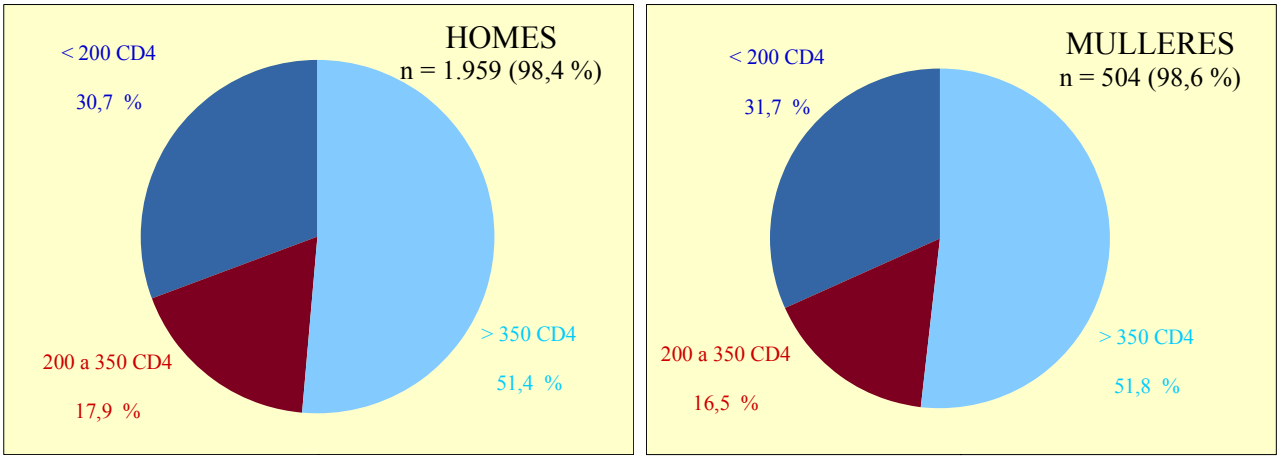


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

A mediana de CD4 nos novos diagnósticos foi de 362 e observouse que o 48,5 % dos infectados presentaba diagnóstico tardío, cunha inmunosupresión con < 350 células/µl ao ser diagnosticados (o 30,9% tiña menos de 200 CD4 –inmunosupresión severa– e o 17,6 % entre 200 e 350 CD4).

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

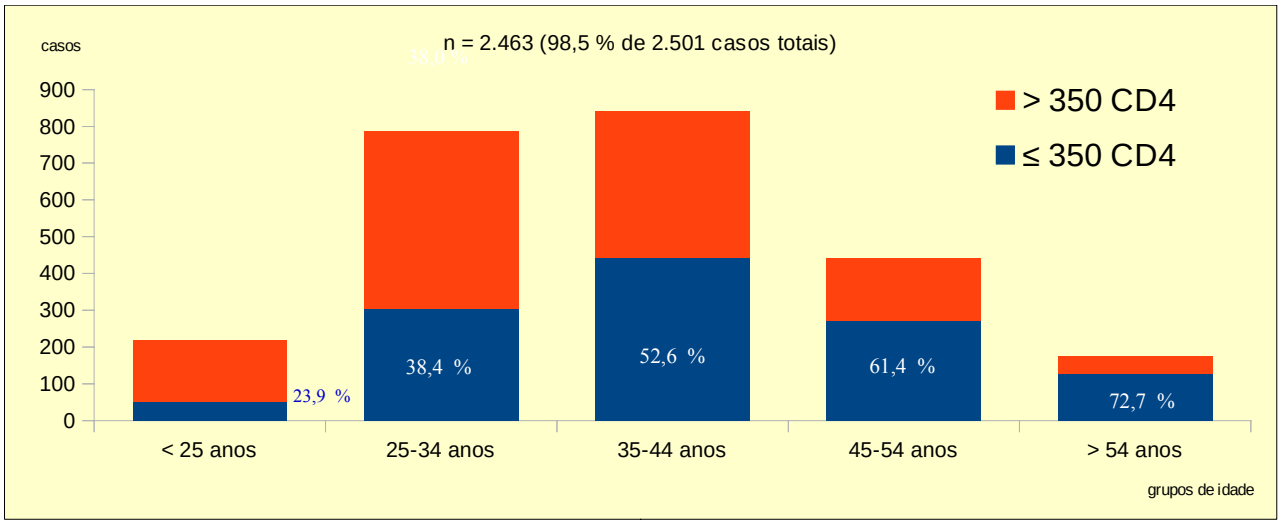
Gráfico 28. Novos diagnósticos VIH segundo o nivel de CD4 e sexo. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

O nivel de CD4 segundo a idade (< de 25 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos e > de 54 anos) mostra que as maiores porcentaxes de diagnóstico tardío aumentan coa idade, pasando dun 24 % no grupo de menor idade (52 de 218 casos) ata un 73 % nos maiores de 54 anos (128 de 176 casos). Este mesmo comportamento vese por igual en todas as categorías de transmisión.

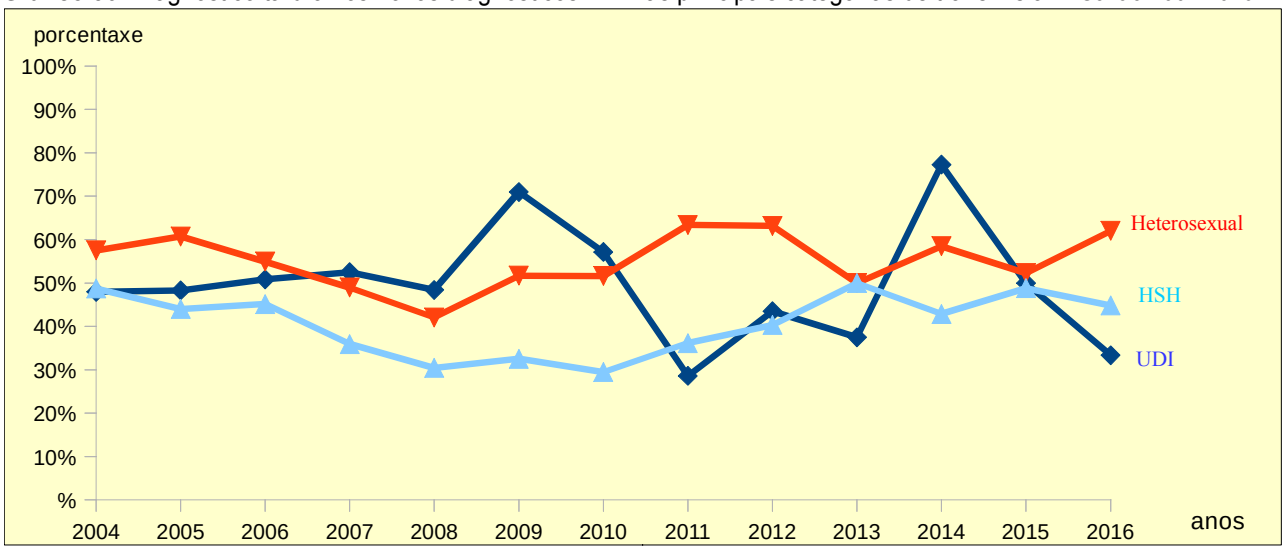
Gráfico 29. Novos diagnósticos VIH segundo nivel de CD4 e intervalos de idade. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

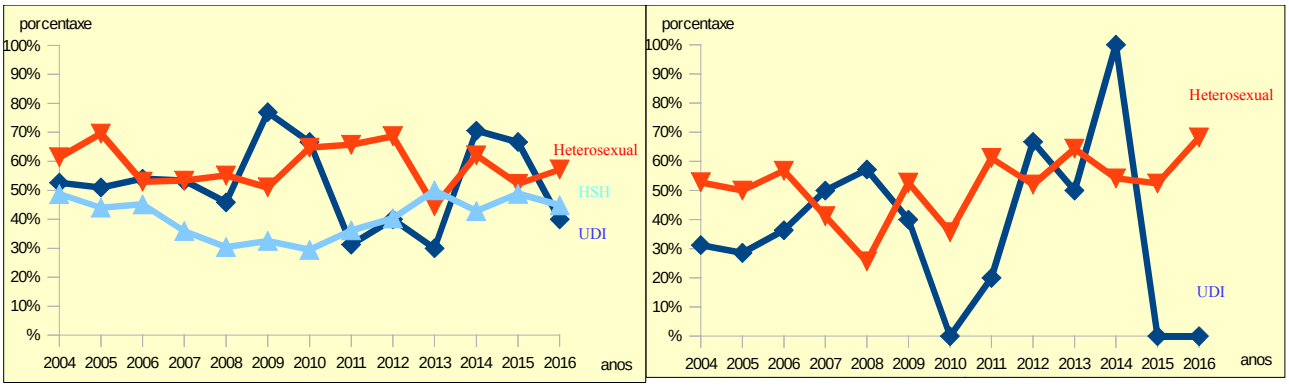
Se temos en conta as diferentes categorías de transmisión, o diagnóstico tardío para o período completo de trece anos é maior en infectados por relacións heterosexuais sen protección. O 55 % (59 % nos homes e 50 % nas mulleres) dos casos asociados a esta categoría de transmisión son tardíos; algo parecido sucede en UDI, cun 51 % (53 % nos homes e 41 % nas mulleres), mentres que en HSH a porcentaxe é do 41 %.

Gráfico 30. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH nas principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

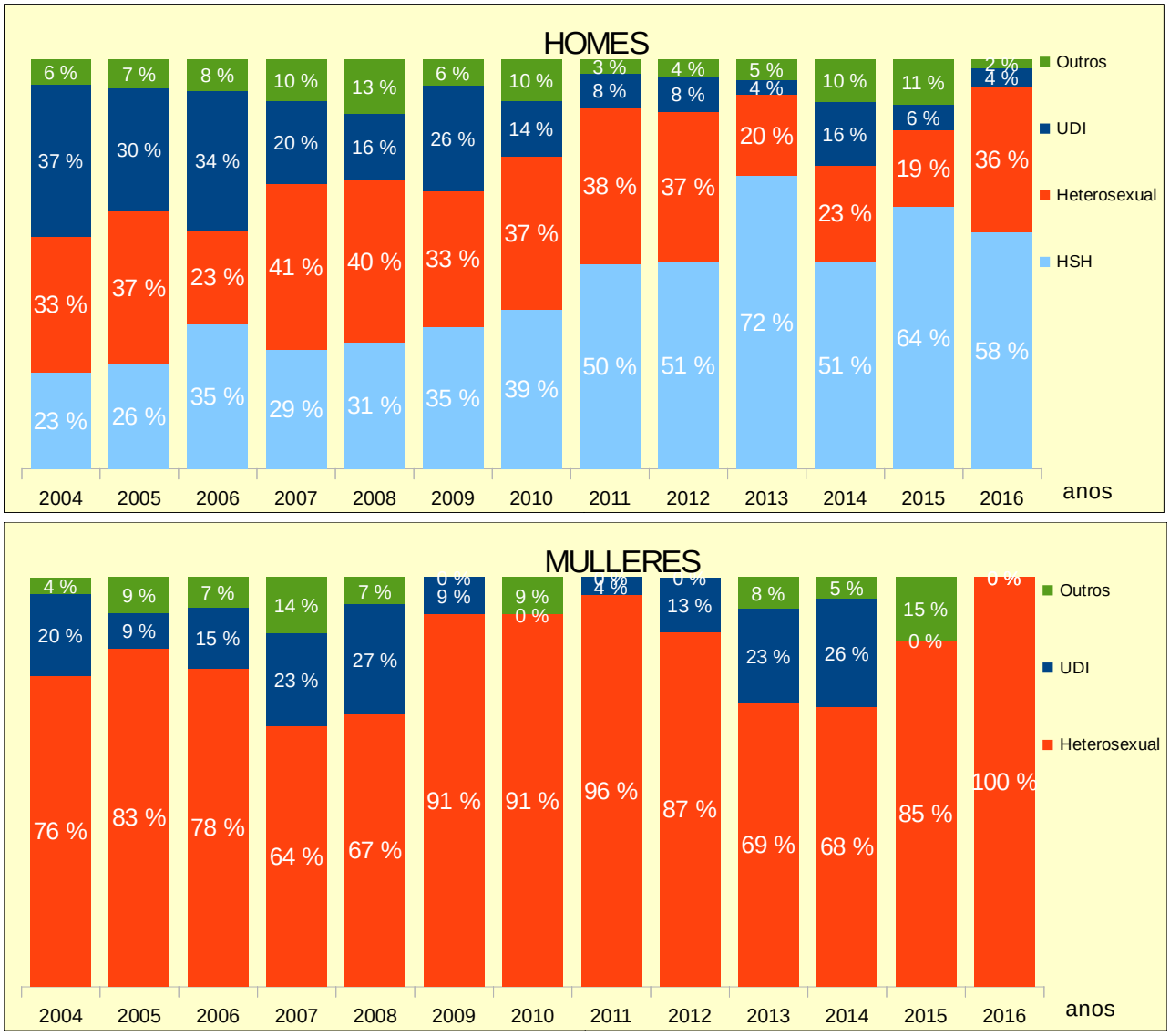
Gráfico 31. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH nas principais categorías de transmisión segundo o sexo e os anos. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se estudamos a porcentaxe de cada unha das categorías de transmisión nos casos de atraso diagnóstico, observamos que o 42 % do diagnóstico tardío se asocia á transmisión heterosexual (32 % para os homes e 81 % nas mulleres), o 17 % a UDI (18 % para os homes e 14 % nas mulleres) e o 43 % do diagnóstico tardío en homes asóciase á categoría HSH.

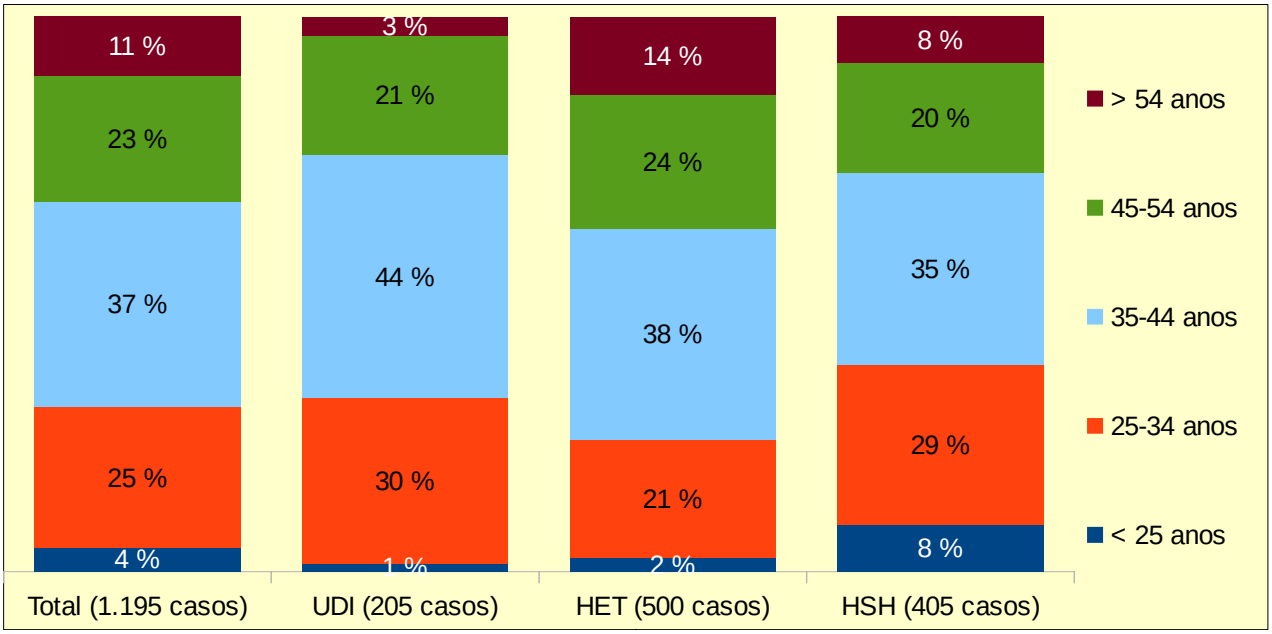
Gráfico 32. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo o sexo, a categoría de transmisión e os anos. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Ao estudar o diagnóstico tardío e a idade, vemos que a maioría destes diagnósticos se deron entre persoas de 35 a 44 anos, que representan o 37 % de todos os casos de diagnóstico tardío (44 % asociados a UDI, 38 % en heterosexuais e 35 % en HSH), seguidos dos que tiñan entre 25-34 anos, cun 25 %; os de 45-54 anos, cun 23 %, os maiores de 54, cun 11 %, e os menores de 25 anos co 4 % restante.

Gráfico 33. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os intervalos de idade e as principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

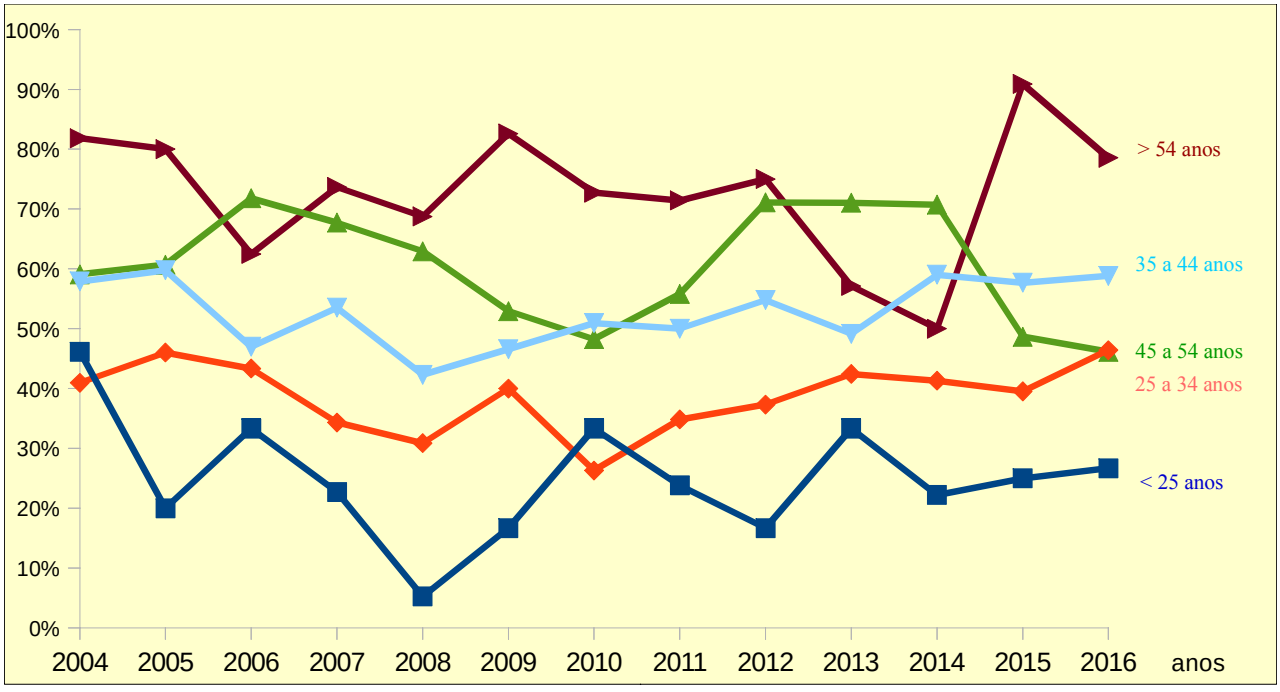
En xeral, podemos dicir que o atraso no diagnóstico segundo a idade aumenta con esta e pasa dun 24 % de diagnóstico tardío no grupo de menores de 25 anos ata un 73 % nos maiores de 54. Este mesmo comportamento vese por igual nas principais categorías de transmisión e durante todo o período entre 2004 e 2016.

Táboa 4. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH segundo os grupos de idade e principais categorías de transmisión. Galicia 2004-2016

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

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Gráfico 34. Diagnóstico tardío nos novos diagnósticos VIH en cada un dos intervalos de idade segundo o ano. Galicia 2004-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

a. Os datos do SIGIVIH en Galicia no período 2004-2016 presentan unha incidencia de infección polo VIH de 70 casos/ano por millón de habitantes, o que nos sitúa por debaixo da incidencia anual española, que é de 101 para o intervalo 2004-2015.

b. Entre 2004 e 2016 declaráronse en Galicia 2.501 novos diagnósticos de infección polo VIH que presentaban unha tendencia bastante estable ata 2012, ano a partir do cal obsérvase unha clara diminución de casos de infección (cunha incidencia nos catro últimos anos por debaixo da media xa citada anteriormente de 70 casos/ano por millón de habitantes).

c. O patrón epidemiolóxico predominante na transmisión do virus é claramente a vía sexual, cun 77 % (39,9 % entre HSH e o 37,5 % por relacións heterosexuais).

d. No caso particular dos datos en homes, tamén se confirma o predominio da vía sexual, cun 77 % dos infectados, pero neste caso predomina a transmisión en HSH cun 50,2 % dos casos (cunha tendencia ascendente no período que parece frearse os últimos anos) polo 27,3 % asociado á vía heterosexual. Isto xustifica o reforzo das medidas preventivas neste colectivo para atallar a elevada presenza de infección por este virus nestas persoas.

e. Ao longo do período e sen variacións anuais importantes, o 49 % dos novos diagnósticos de infección presentan diagnóstico tardío, cunha inmunosupresión con < 350 CD4/µl cando se diagnosticaron (o 31 % tiña inmunosupresión severa con menos de 200 CD4 e o 18 % 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 19 % dos casos rexistrados (30 % das mulleres e 16 % dos homes), o que supón a necesidade de diversificar os programas de prevención para adaptalos á poboación inmigrante, grupo social e culturalmente moi heteroxéneo, e especialmente vulnerable, sobre todo as mulleres.

CASOS DE SIDA EN GALICIA: 1984-2016

O Rexistro Galego da Sida ofrécenos información sobre a evolución desta patoloxía en Galicia. Ao interpretar os datos que se achegan, debemos ter en conta que a incidencia da sida é un indicador da frecuencia e evolución dos estadios avanzados da infección polo VIH na poboación, polo que é clave para a avaliación da efectividade dos tratamentos e da precocidade do diagnóstico da infección polo VIH, pero non achega datos sobre a frecuencia de novas infeccións polo VIH na poboación nin sobre a súa evolución recente. Pódese dar o feito de que aumenten as novas infeccións mentres os casos de sida sigan outra tendencia, como sucede na actualidade.

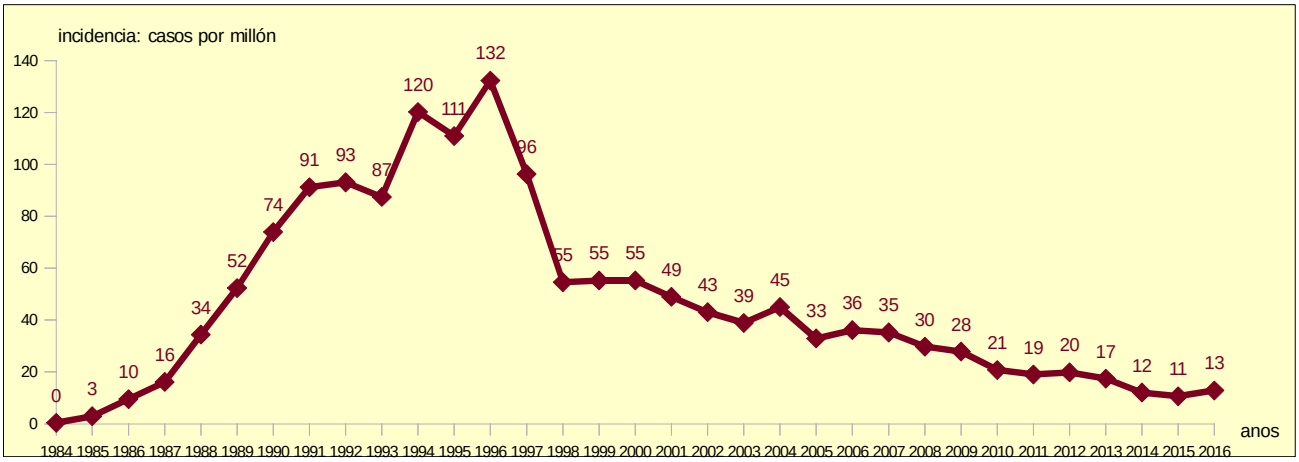
O informe dos casos de sida declarados ao Rexistro Galego da Sida recolle información sobre os pacientes que foron diagnosticados de sida en Galicia durante os anos 1984 a 2016. Os datos son facilitados polos profesionais sanitarios que fan o correspondente diagnóstico (tal como se cita na Orde do 4 de decembro de 1998 pola que se regula o sistema específico de vixilancia da sida en Galicia). Para a análise epidemiolóxica tamén se inclúen os casos rexistrados fóra de Galicia, pero que pertencen a persoas que residen habitualmente na nosa comunidade e, por outro lado, non son tidos en conta os casos declarados en institucións sanitarias galegas en que a residencia habitual non é Galicia.

A base de datos que dá lugar a este informe actualízase continuamente, polo que poden existir cambios en anos pasados con respecto a informes anteriores. Ademais, é importante ter en conta o atraso no rexistro dos casos, sobre todo nos casos diagnosticados no último ano (os casos deste informe refírense aos que se declararon ata o 30 de xuño de 2017), debido aos lapsos de tempo que se producen entre o diagnóstico, a declaración e a introdución dos datos no rexistro.

Durante a maior parte das dúas últimas décadas do século XX, España foi o país do occidente europeo con maiores taxas* de incidencia de sida, e no actual período de tempo é Portugal o país coa maior afectación pola sida nesta área. A nosa comunidade autónoma presenta, no conxunto das comunidades autónomas do Estado, unha incidencia anual de casos de sida sempre por debaixo da media estatal.

A SIDA EN GALICIA: 1984-2016

Dende que se diagnosticou o primeiro caso de sida en Galicia no ano 1984 e ata o ano 1996, a incidencia da sida mostrou unha evolución moi ascendente. A partir dese momento, a incidencia diminúe de forma considerable, descenso que supón máis do 40 % entre 1997 e 1998. Durante os anos transcorridos do século XXI, a tendencia estabilízase, cunha taxa de incidencia que rolda os 31 casos por millón de habitantes. Esta diminución atribúese aos logros na prevención da enfermidade e, fundamentalmente, á utilización dos tratamentos antirretrovirais nas persoas infectadas polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH). Dende o ano 2008 notificáronse menos de 90 novos casos anuais, o que mantén a tendencia á estabilización antes comentada, e sitúase a taxa nun promedio de 19 casos por millón de habitantes anuais nestes últimos nove anos.



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

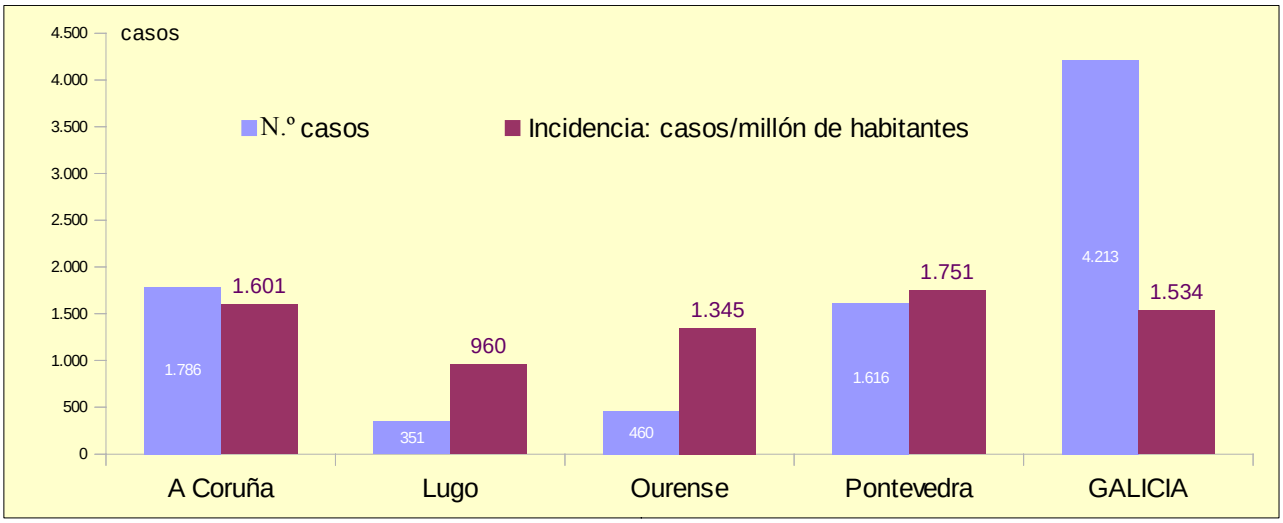
* Todas as taxas que se citan neste informe para os casos de sida en Galicia 1984-2016 teñen en conta poboacións intercensuais calculadas a partir da interpolación entre os datos dos censos e padróns dende 1981 ata 1998, e dos padróns dende 1999 a 2016, e están referidas ao 1 de xullo de cada ano.

Neste punto do informe comentaremos maioritariamente a situación con respecto á sida, pero debemos ter sempre claro que a enfermidade sofre un atraso dunha década con respecto á infección polo VIH, período aproximado que adoita tardar un infectado en desenvolver a sida en ausencia de tratamento.

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA

O número acumulado de casos de sida ata o 30 de xuño de 2017, vivos e falecidos, en Galicia é de 4.213 personas. A provincia da Coruña é a que presenta maior número de casos (1.786 fronte aos 1.616 de Pontevedra, os 460 de Ourense e os 351 de Lugo). Non obstante, ao calcular as taxas acumuladas de 1984 ata 2016, por millón de habitantes, a provincia con maior taxa é Pontevedra con 1.752 por millón, fronte aos 1.601 da Coruña e os 1.345 de Ourense. Lugo é a provincia que, de forma acumulada, presenta a menor incidencia con 960 casos por millón de habitantes durante os 33 anos en que se rexistraron casos.

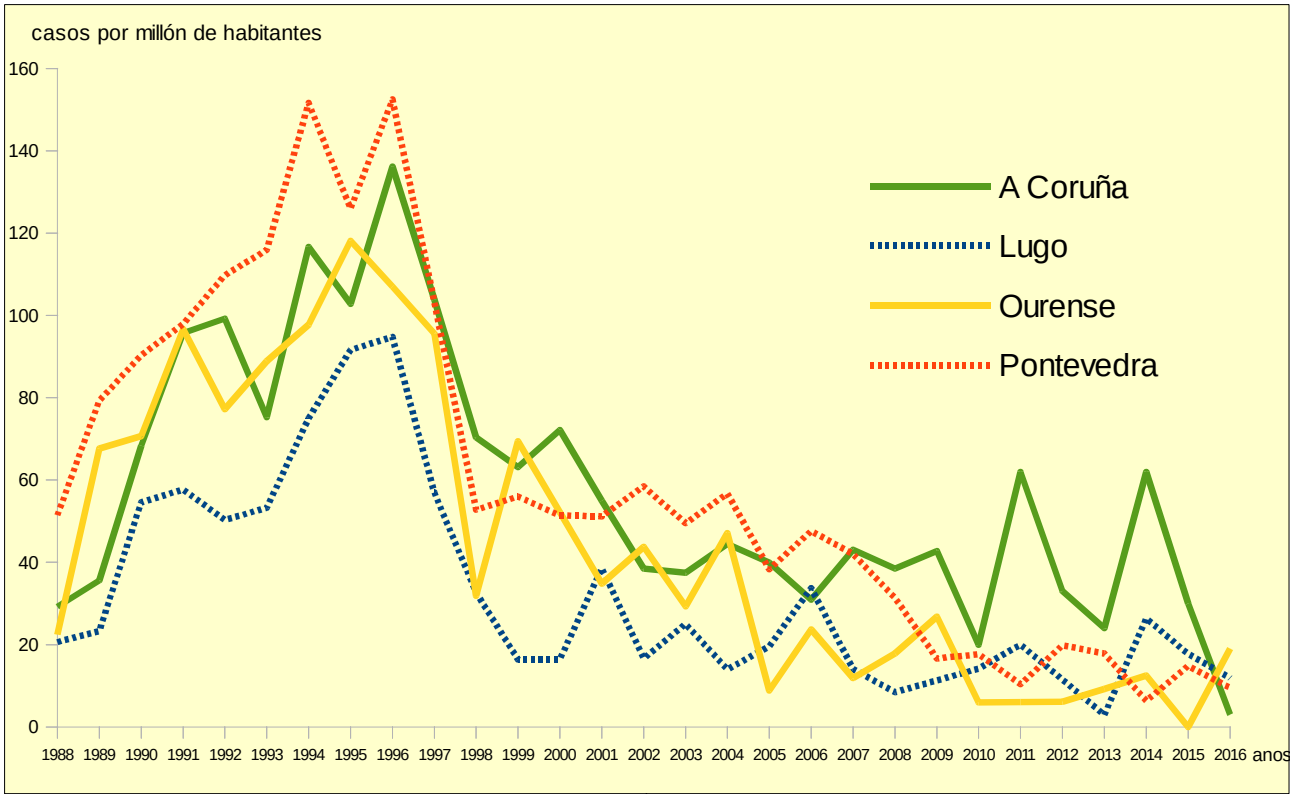
Gráfico 36. Número de casos e incidencia da sida por provincia. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

A incidencia anual por provincia é bastante irregular, como se observa no gráfico 37, aínda que queda clara a tendencia xeneralizada ao descenso nas catro provincias, e Lugo é a provincia que adoita estar por debaixo das demais a maioría dos anos (nos tres últimos anos presenta unha incidencia maior que algunha das outras provincias).

Gráfico 37. Incidencia da sida por provincia e ano. Galicia 1988-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Táboa 5. Casos de sida por provincia e ano de declaración. Galicia 1984-2016

	A CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
1984	0	0	0	1	**1**
1985	3	0	0	5	**8**
1986	7	3	2	14	**26**
1987	14	6	9	15	**44**
1988	32	8	8	46	**94**
1989	39	9	24	71	**143**
1990	75	21	25	81	**202**
1991	105	22	34	88	**249**
1992	109	19	27	99	**254**
1993	83	20	31	105	**239**
1994	129	28	34	138	**329**
1995	114	34	41	115	**304**
1996	151	35	37	139	**362**
1997	115	21	33	94	**263**
1998	78	12	11	48	**149**
1999	70	6	24	51	**151**
2000	80	6	18	47	**151**
2001	61	14	12	47	**134**
2002	43	6	15	54	**118**
2003	42	9	10	46	**107**
2004	50	5	16	53	**124**
2005	45	7	3	36	**91**
2006	35	12	8	45	100
2007	49	5	4	40	98
2008	44	3	6	30	83
2009	49	4	9	16	78
2010	33	5	4	18	60
2011	34	7	2	10	53
2012	30	4	2	19	55
2013	27	1	3	17	48
2014	14	9	4	6	33
2015	9	6	0	14	29
2016	16	4	6	9	35
	1.786	**351**	**460**	**1.616**	**4.213**

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

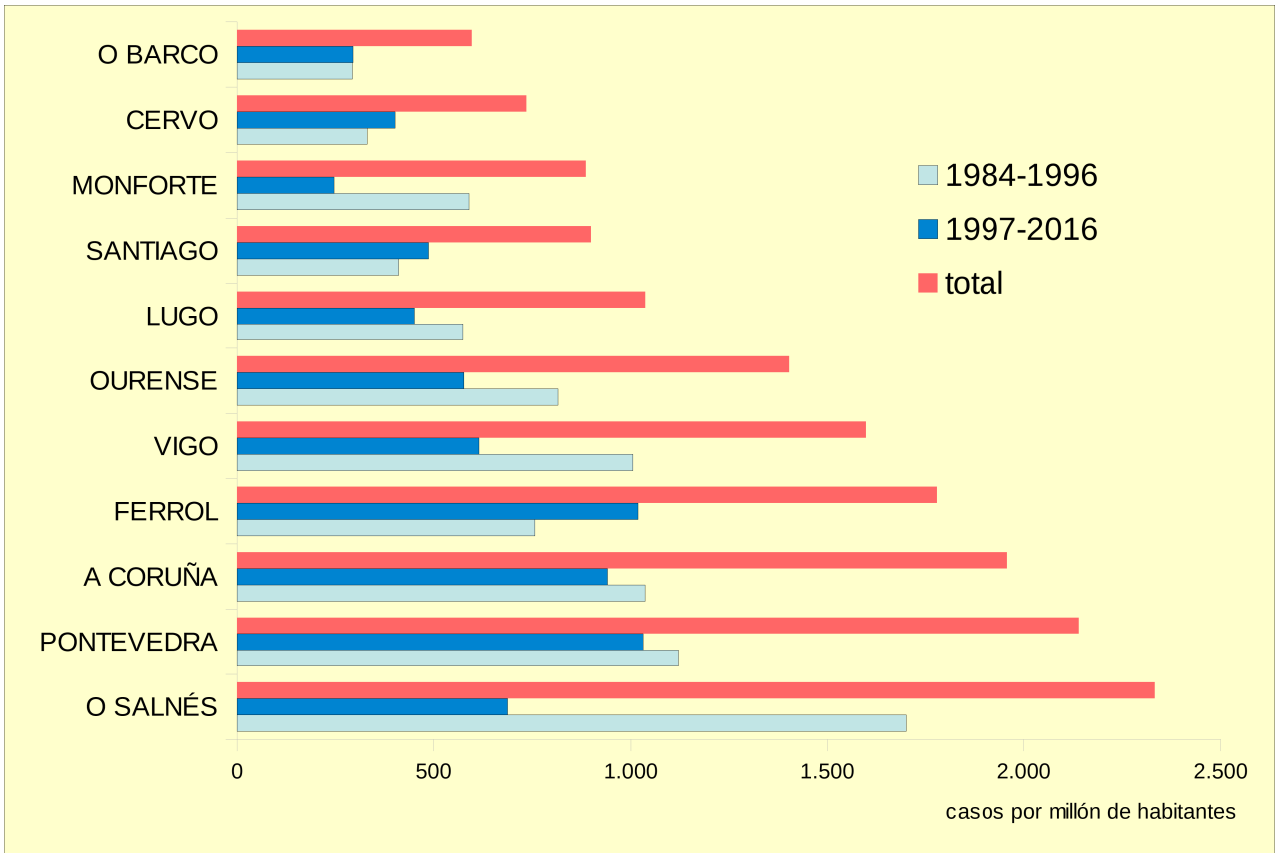
Táboa 6. Casos de sida por área de saúde e ano de declaración. Galicia 1984-2016

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

(*) 88 descoñecidos (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

No gráfico 38 preséntanse, de menor a maior para o total de anos, os datos da incidencia de casos de sida para as diferentes áreas de saúde de Galicia (1984-2016) e dous períodos de tempo moi representativos –anterior e posterior ao comezo do tratamento antirretroviral de grande actividade (TARGA)– da evolución da epidemia da sida na nosa comunidade.

Gráfico 38. Incidencia da sida por períodos e área de saúde. Galicia 1984-2016

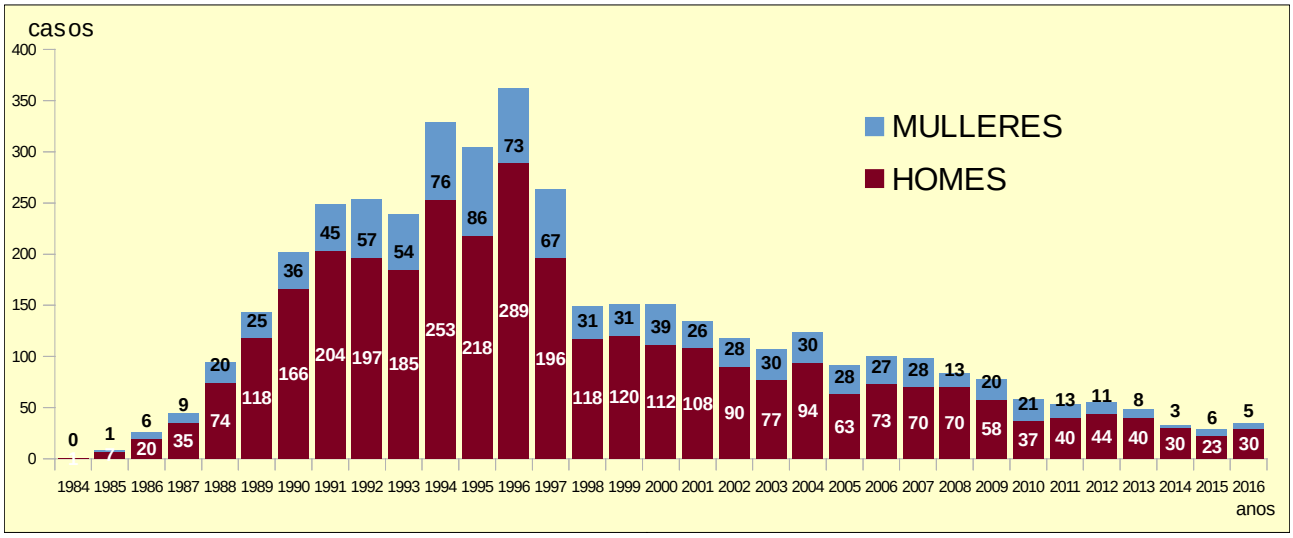


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

SEXO E IDADE

Respecto da distribución por sexos dos casos acumulados, o 77,4 % pertence ao sexo masculino. A evolución do número de casos de ambos os sexos ao longo dos anos queda reflectida no seguinte gráfico.

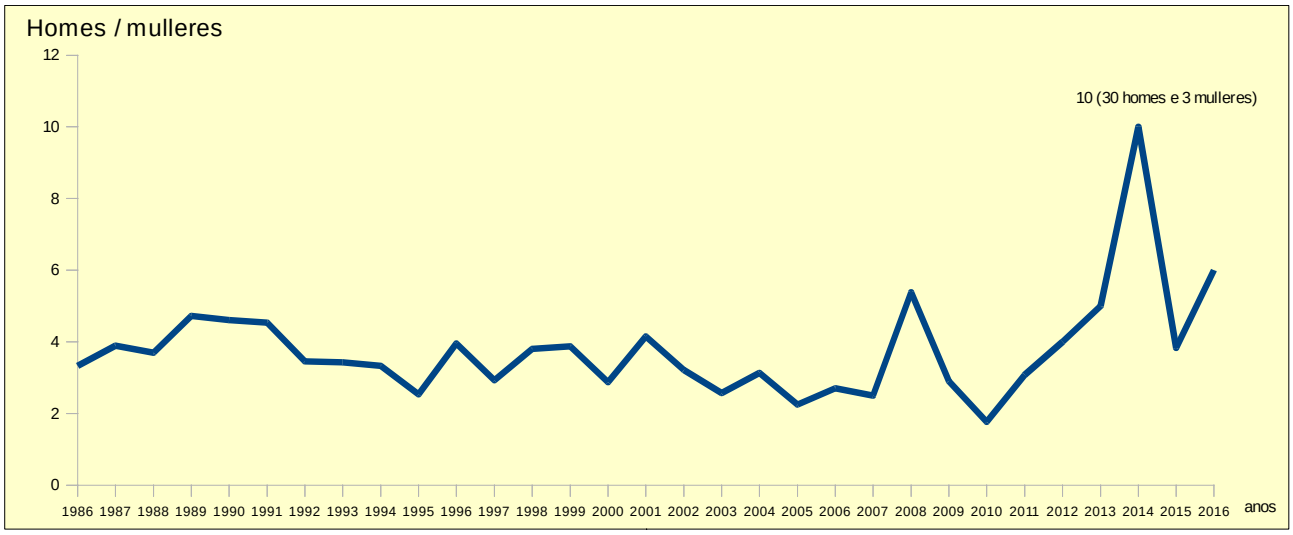
Gráfico 39: Casos de sida por sexo e ano de diagnóstico. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

A razón de sexos (homes/mulleres) descende dende finais dos oitenta ata mediados dos noventa, pero dende 1996 o comportamento é máis irregular debido ao baixo número de casos. A razón de todo o período é de 3,4 (no ano 2014 é de 10 xa que hai trinta homes e só tres mulleres).

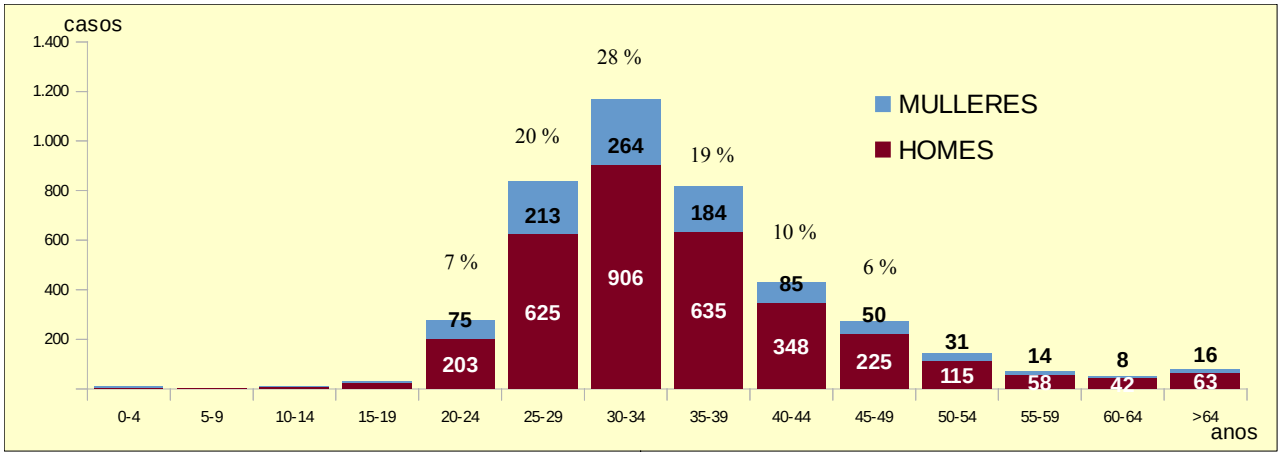
Gráfico 40. Razón de sexos na sida por ano de diagnóstico. Galicia 1986-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

En canto á idade, cómpre sinalar que a sida afecta fundamentalmente aos adultos novos. O 67 % de todos os casos tiña no momento do diagnóstico entre 25 e 39 anos e un 84 % se aumentamos o intervalo a persoas que teñen entre os 20 e 44 anos.

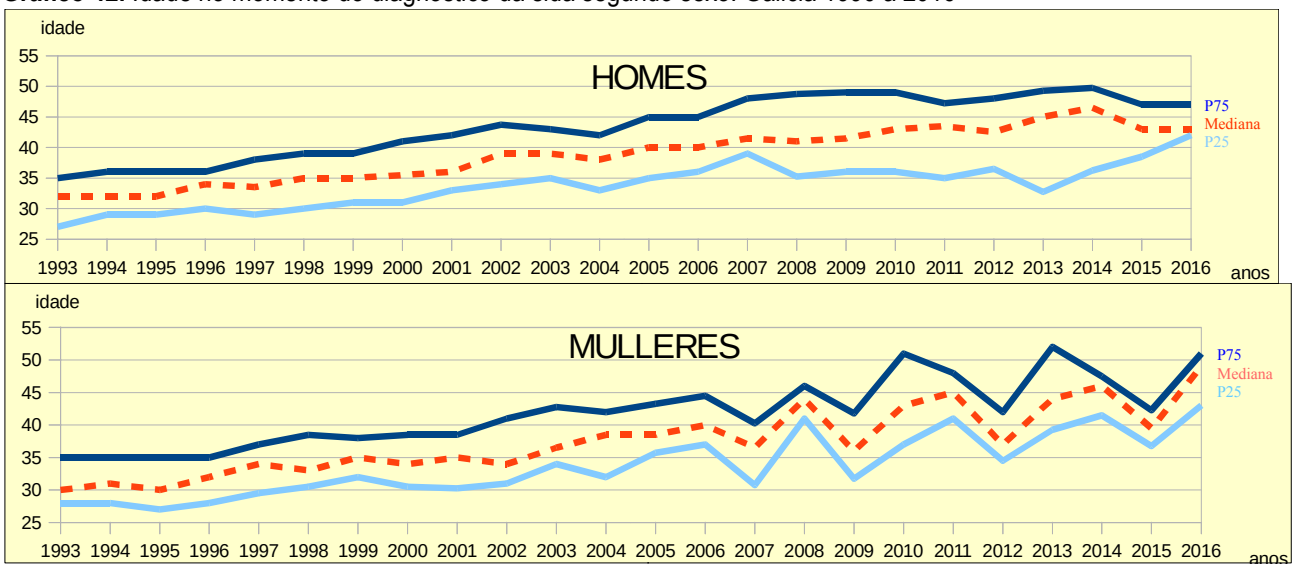
Gráfico 41. Casos de sida por grupo de idade e sexo. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

A idade no momento do diagnóstico presenta unha evolución crecente sostida. Entre os anos 2004 a 2016 a mediana (P50) amosaba un valor de 40 anos e presentaba unha situación máis irregular no caso das mulleres.

Gráfico 42. Idade no momento do diagnóstico da sida segundo sexo. Galicia 1990 a 2016



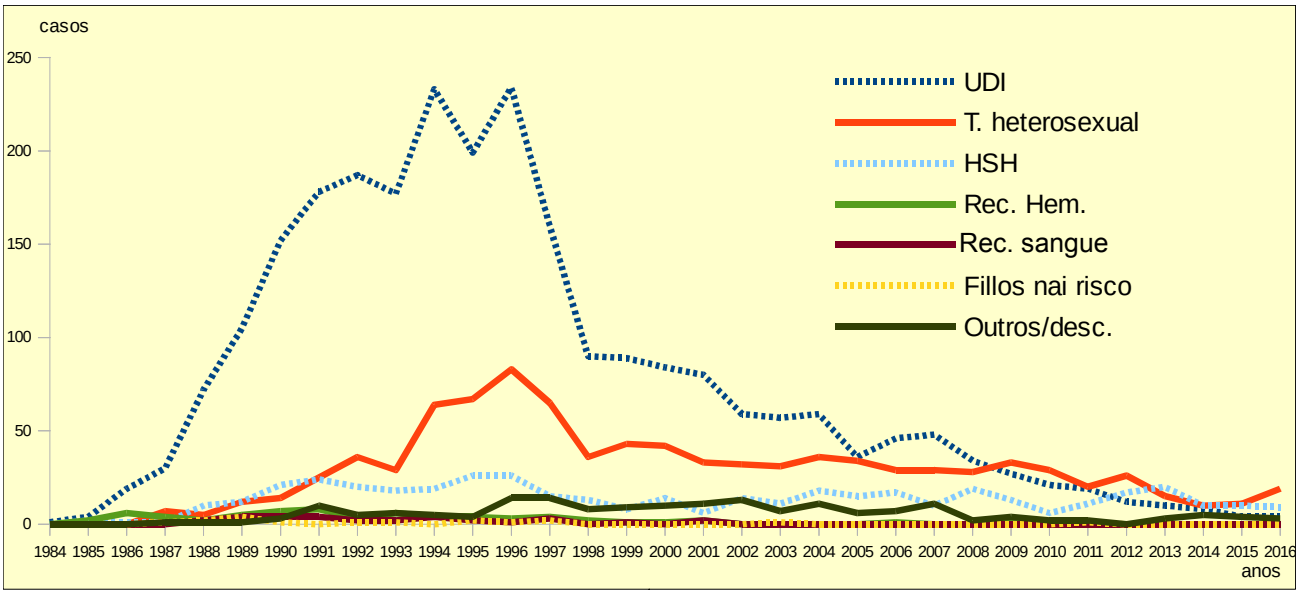
(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

No rexistro constan 79 casos de sida en persoas con 65 ou máis anos (80 % son homes), nos que a infección se produciu maioritariamente por transmisión sexual.

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

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 61 % dos casos rexistrados, pero no ano 2008 xa se comeza a observar que os casos por transmisión sexual son máis ca os de usuarios de drogas inxectables (UDI). Por outra parte, a transmisión heterosexual é a segunda categoría máis frecuente, cun 23 % no total do período, pero cunha tendencia relativa ao aumento, cousa que non sucede nos UDI, nos cales baixa claramente o seu peso relativo nos últimos anos.

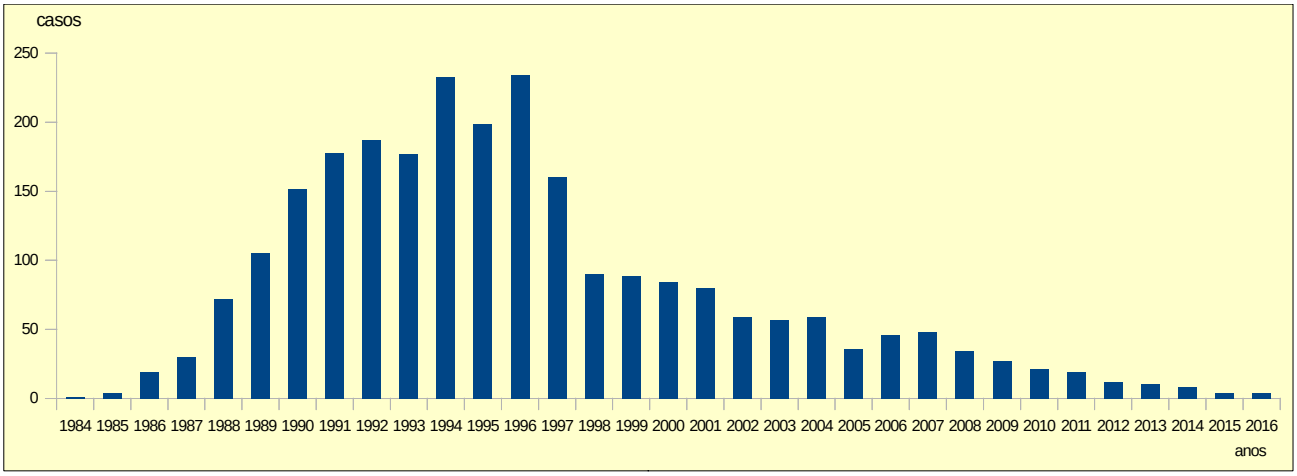
Gráfico 43. Casos de sida por ano de diagnóstico e categoría de transmisión. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se observamos os casos novos de sida en usuarios de drogas inxectables, detectamos un descenso continuo a partir do ano 1997.

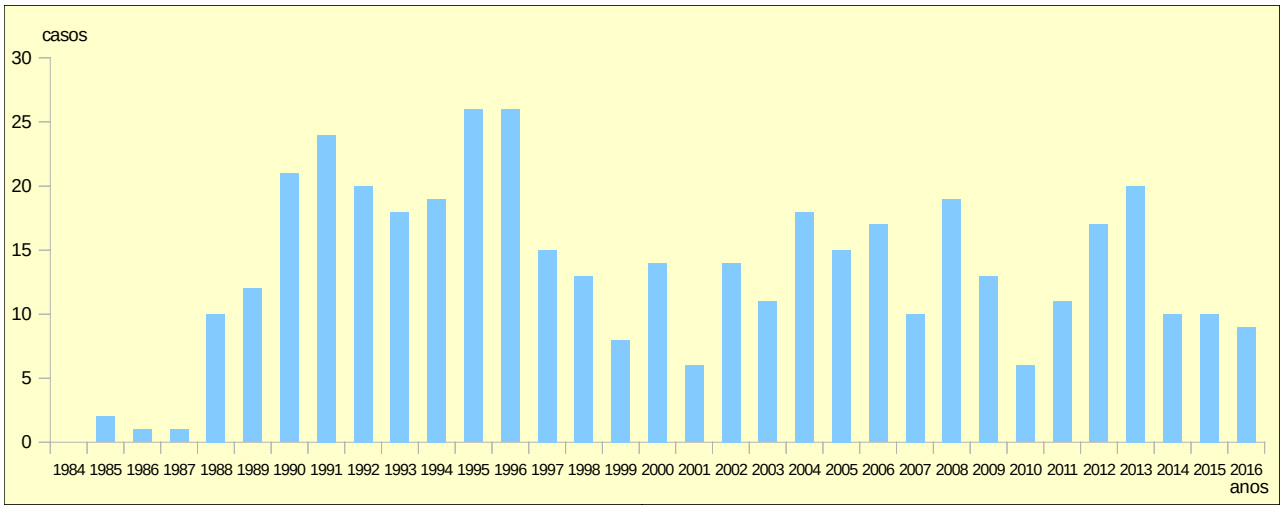
Gráfico 44. Casos de sida en usuarios de drogas inxectables (UDI). Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Na categoría de homes que teñen relacións sexuais con outros homes (HSH), a evolución é máis irregular, e obsérvase un ascenso relativo dos casos rexistrados no século XXI.

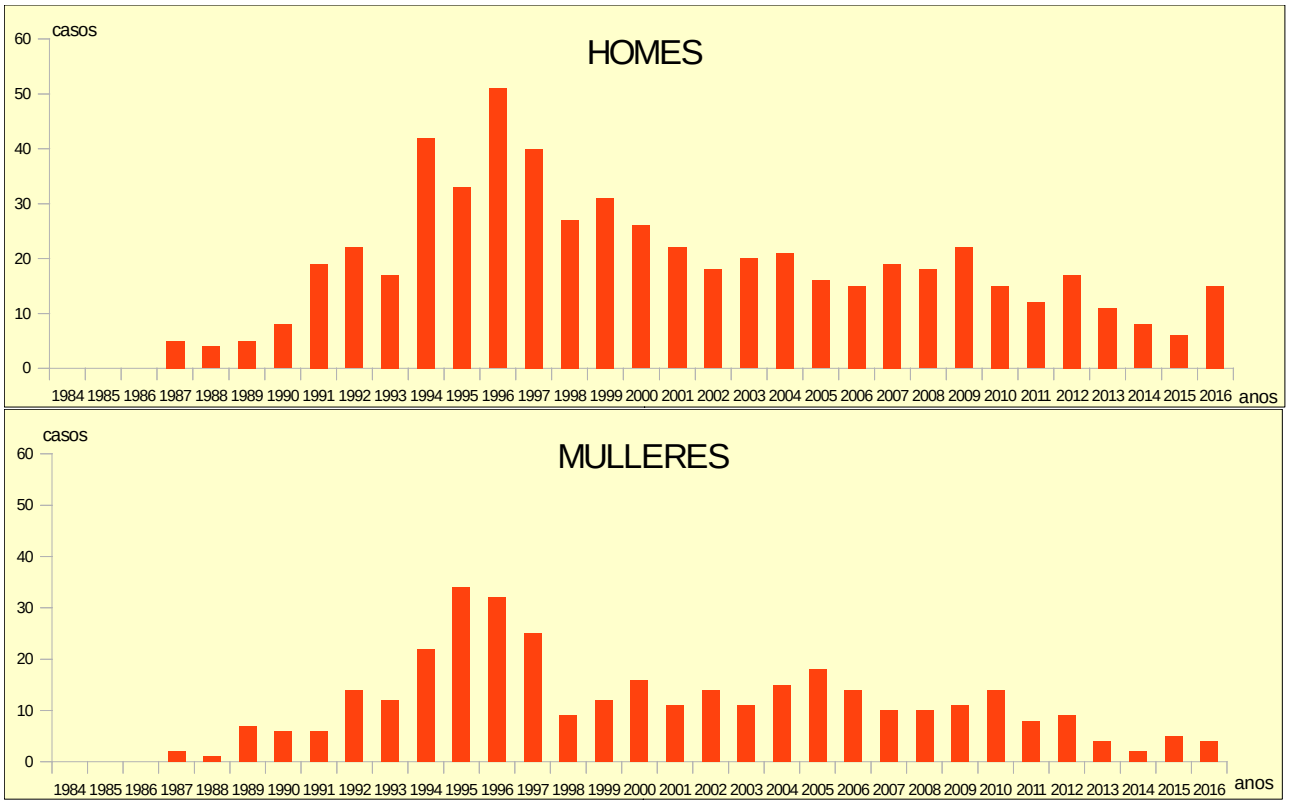
Gráfico 45. Casos de sida en homes que teñen relacións sexuais con outros homes (HSH). Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Na categoría de transmisión heterosexual facemos a análise tendo en conta os homes e as mulleres por separado. Nos homes obsérvase unha evolución parecida á do consumo de drogas inxectables, aínda que menos espectacular, pero no caso das mulleres houbo unha tendencia á estabilización dos casos por transmisión heterosexual a partir de 1998, con suaves ondas de subida e baixada.

Gráfico 46. Casos de sida por transmisión heterosexual segundo o sexo. Galicia 1984-2016

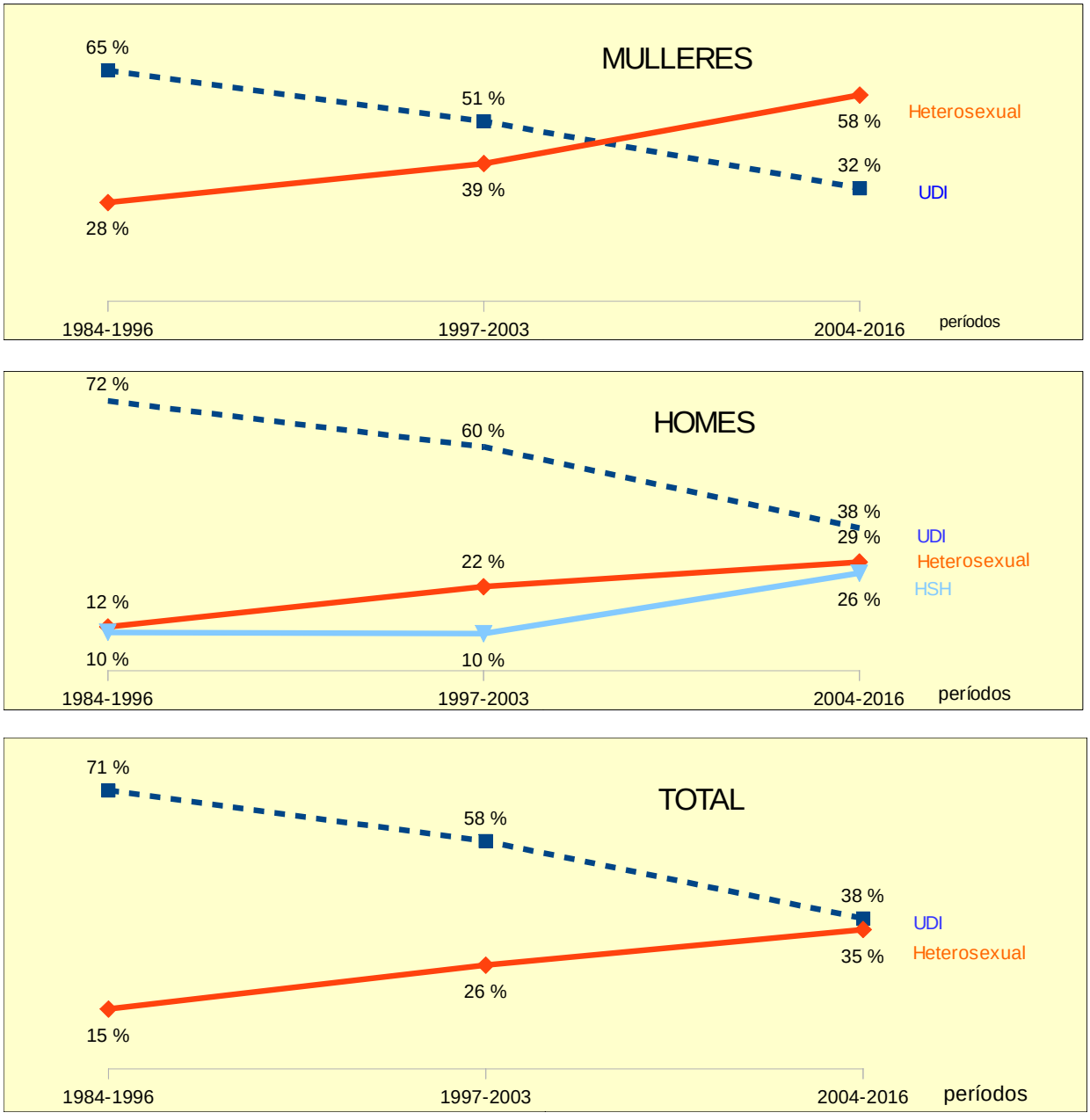


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Se estudamos a distribución das porcentaxes referentes ás diferentes categorías de transmisión por sexos, observamos que existen diferenzas notorias. A pesar de que a categoría asociada ao consumo de drogas inxectadas é a máis frecuente en ambos os sexos para o total dos 33 anos, no período 2004-2016 representa aínda un 38 % nos homes e o 32 % nas mulleres. Debemos destacar que a transmisión heterosexual, neste

último período, supuxo o 58 % dos casos nas mulleres diagnosticadas de sida e no 29 % dos homes. Ten consideración á parte o feito de que, no caso dos homes, a transmisión por prácticas homosexuais de risco supoña xa o 26 % dos casos da sida entre os anos 2004 e 2016.

Gráfico 47. % de casos de sida segundo o sexo, principais prácticas de risco e períodos anuais. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Táboa 7. Número de casos de sida por categoría de transmisión en homes. Galicia 1984-2016

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

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

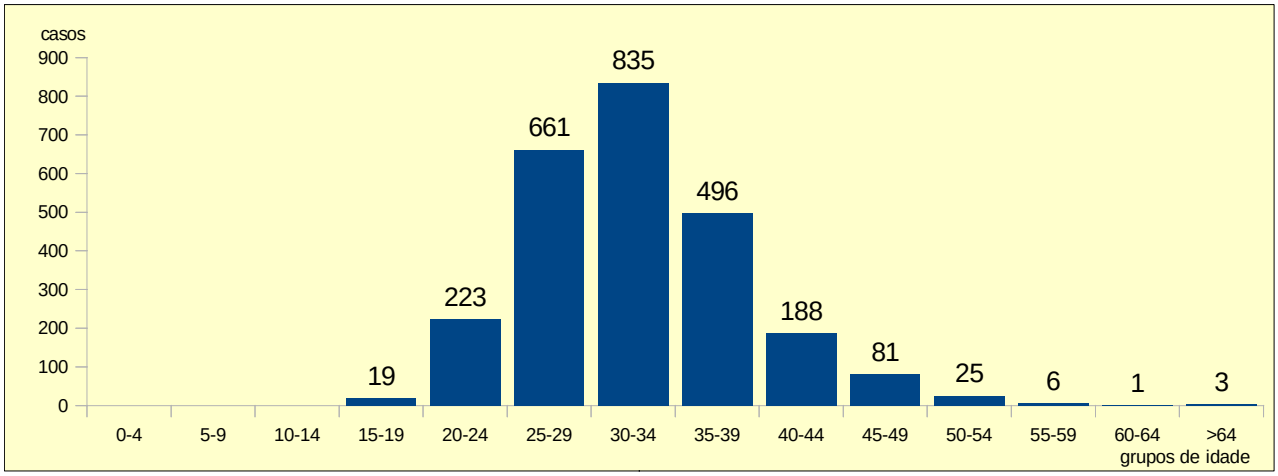
Táboa 8. Número de casos de sida por categoría de transmisión en mulleres. Galicia 1984-2016

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

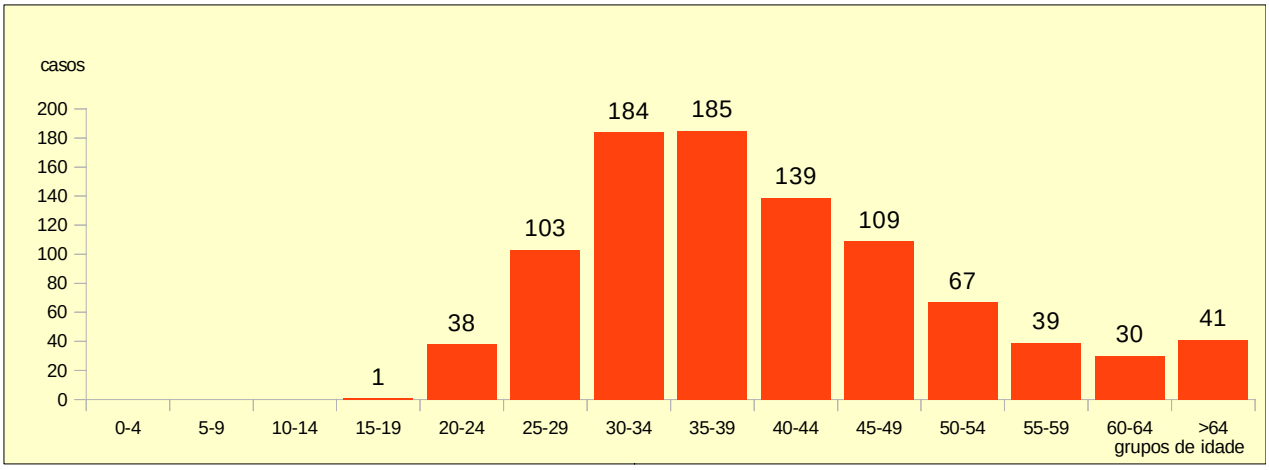
(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Gráfico 48. Casos de sida por grupo de idade nas tres principais categorías de transmisión. Galicia 1984-2016

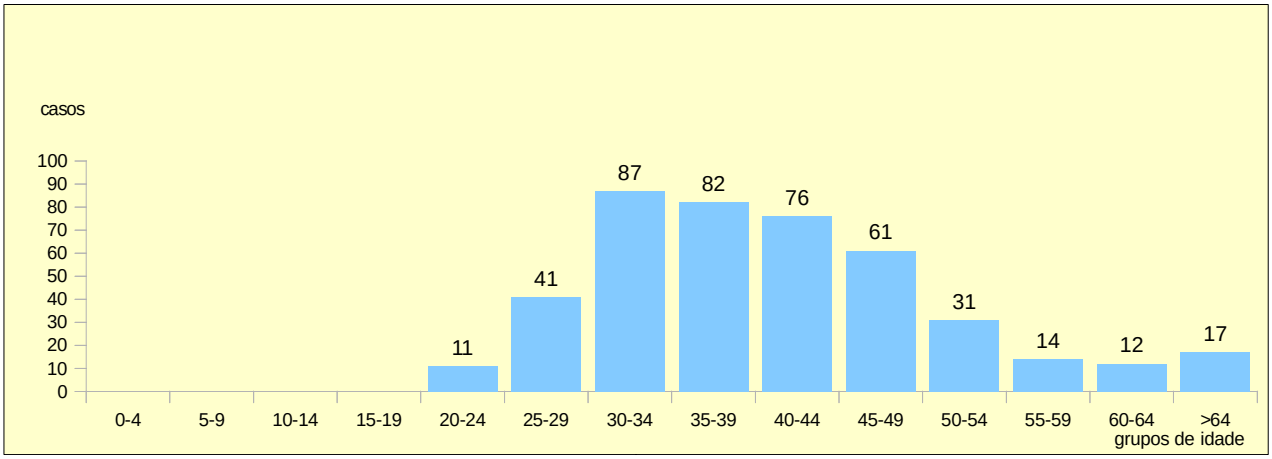
48 a. Transmisión en UDI



48 b. Transmisión heterosexual



48 c. Transmisión en homes que teñen relacións sexuais con outros homes (HSH)

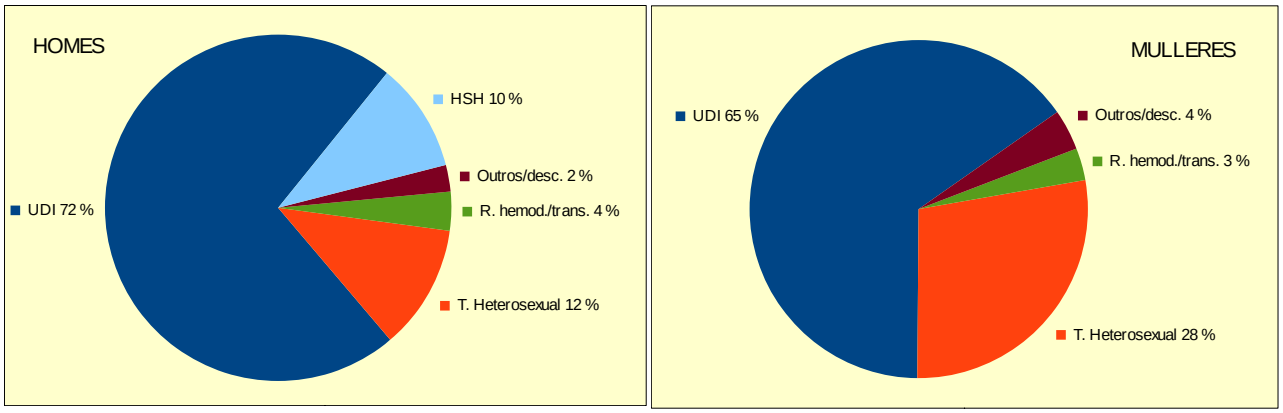


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

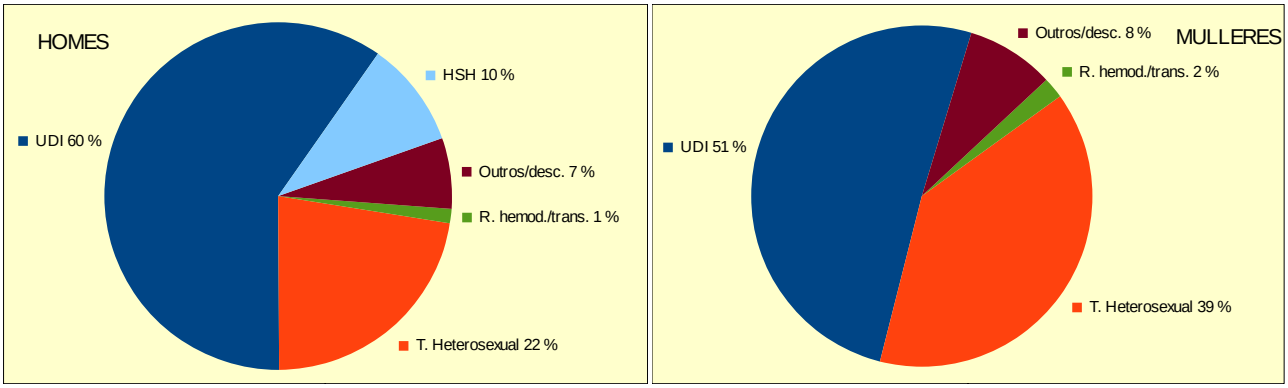
Para facilitar a comparación das categorías de transmisión por sexos, presentamos os datos agrupados por períodos e constatamos a tendencia ao aumento relativo da importancia da transmisión por prácticas heterosexuais non protexidas. E no caso particular dos homes, vese tamén o incremento da transmisión por prácticas homosexuais de risco, onde por primeira vez entre 2013 e 2015 son maioritarios os HSH (táboa 7).

Gráfico 49. Categorías de transmisión da sida por sexos e períodos de tempo. Galicia 1984-2016

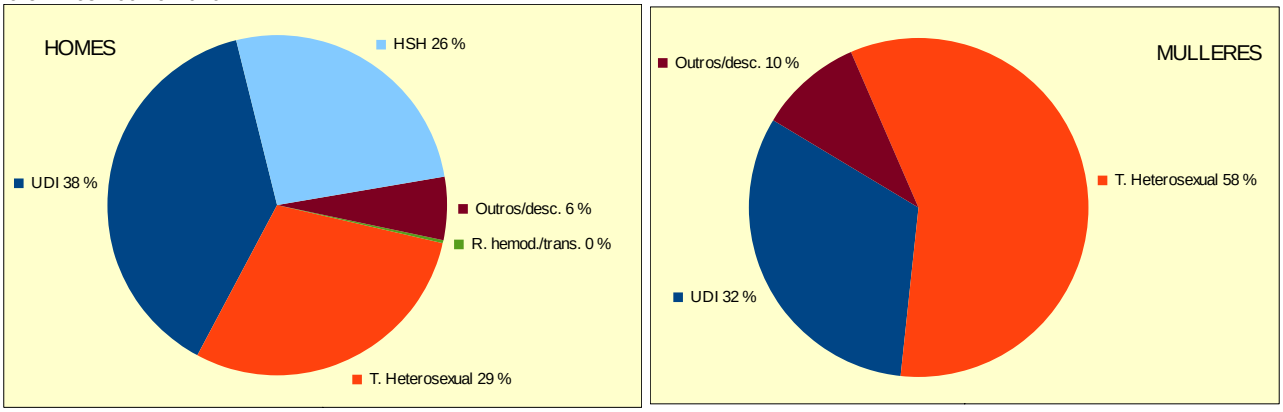
49 a. Anos 1984 a 1996



49 b. Anos 1997 a 2003



49 c. Anos 2004 a 2016

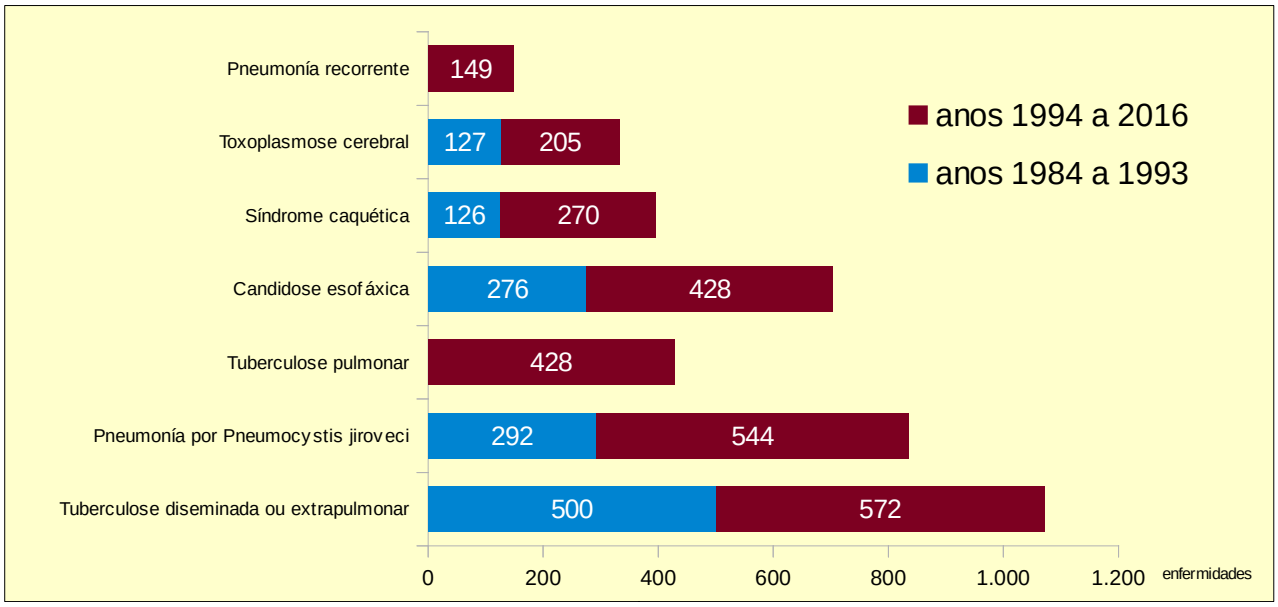


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

ENFERMIDADES DIAGNÓSTICAS

A enfermidade indicativa de sida máis frecuente no momento do diagnóstico, nos casos acumulados de sida en Galicia dende 1994 a 2016, é a tuberculose diseminada ou extrapulmonar (17,0 % das 2.953 enfermidades diagnosticadas), seguida da pneumonía por *Pneumocystis jiroveci* (16,2 %) e da tuberculose pulmonar en maiores de 12 anos (12,7 %).

Gráfico 50. Enfermidades indicativas de sida máis frecuentes no momento do diagnóstico. Galicia 1984-2016



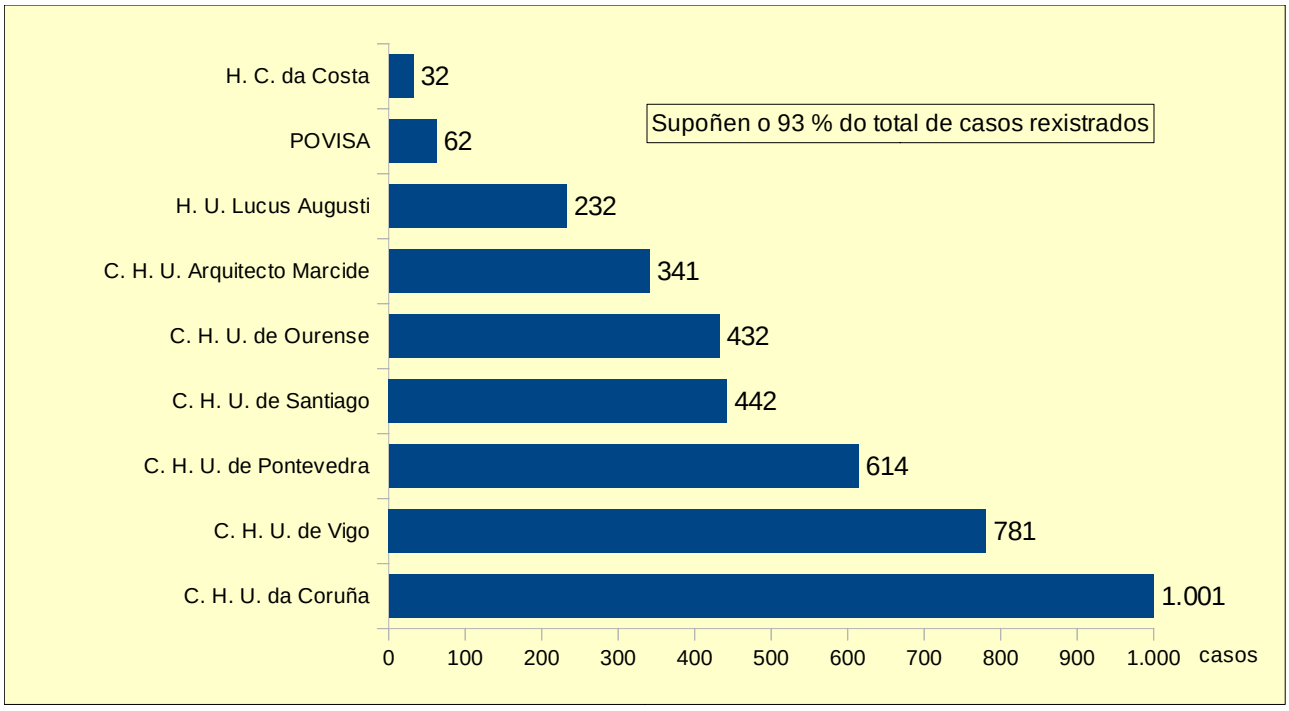
(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

O motivo polo que comentamos o período de 1994 a 2016 é porque no ano 1994 se ampliou a definición de caso sida para a vixilancia epidemiolóxica e engadíronse tres novas entidades: a tuberculose pulmonar en maiores de 12 anos, as pneumonías bacterianas recorrentes (dous episodios ou máis nun período de 12 meses) e o cancro invasivo de colo uterino.

INSTITUCIÓN DECLARANTE

A institución que máis casos declara ao Rexistro Galego da Sida é o Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (24 % dos casos), seguido polo Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (19 %).

Gráfico 51. Casos de sida nas nove institucións que máis declaran. Galicia 1984-2016



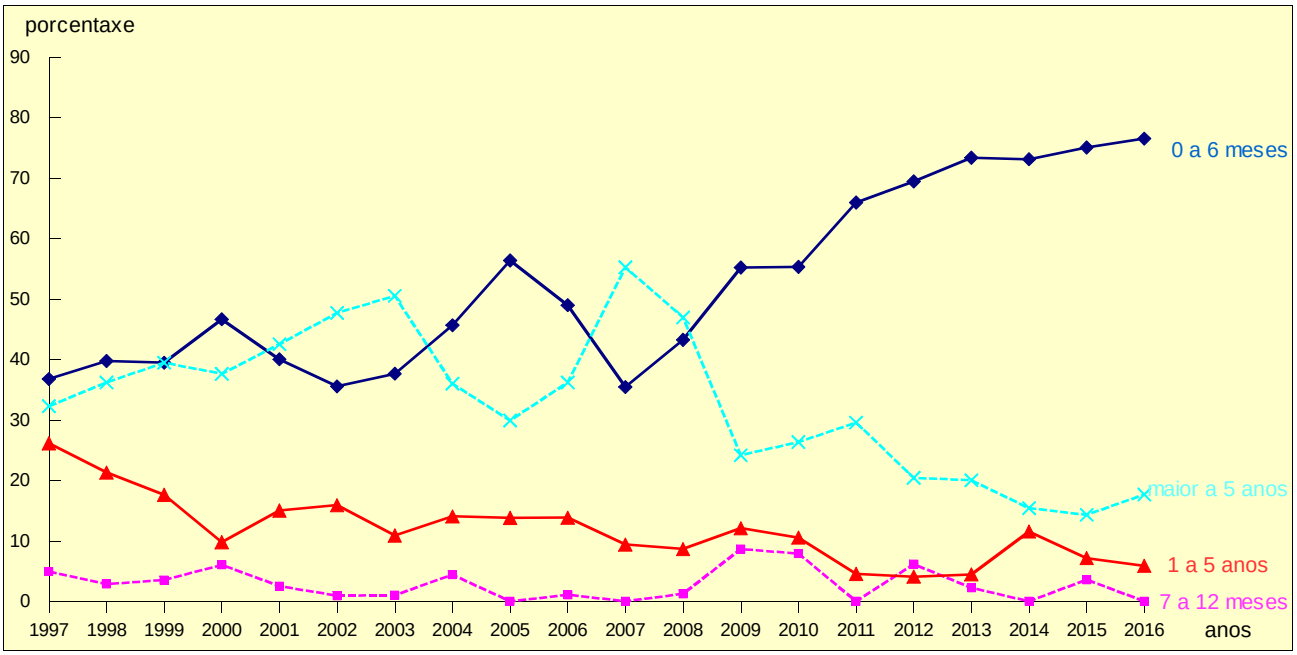
(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

INTERVALO ENTRE O DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POLO VIH E CASO SIDA

Nos primeiros anos da epidemia na nosa comunidade, este intervalo de tempo adoitaba ser pequeno, e mesmo era frecuente que as persoas soubesen que estaban infectadas polo VIH cando eran diagnosticadas de sida porque xa aparecera algunha das enfermidades indicativas da diminución de inmunidade que provoca a infección polo virus.

Ata mediados dos anos noventa foi aumentando a proporción de persoas que, cando eran diagnosticadas de sida, xa coñecían dende anos atrás que estaban infectadas polo VIH.

Gráfico 52. Evolución do intervalo entre a confirmación de persoa infectada polo VIH e o seu diagnóstico de caso de sida (en porcentaxe dos casos). Galicia 1997-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Non obstante, nos últimos anos, aumenta preocupantemente, a porcentaxe de rexistros nos que o coñecemento da situación de estar infectado coincide co coñecemento de que xa se é un enfermo de sida (o 54 % entre 2004 e 2016, o 72 % nos últimos 6 anos).

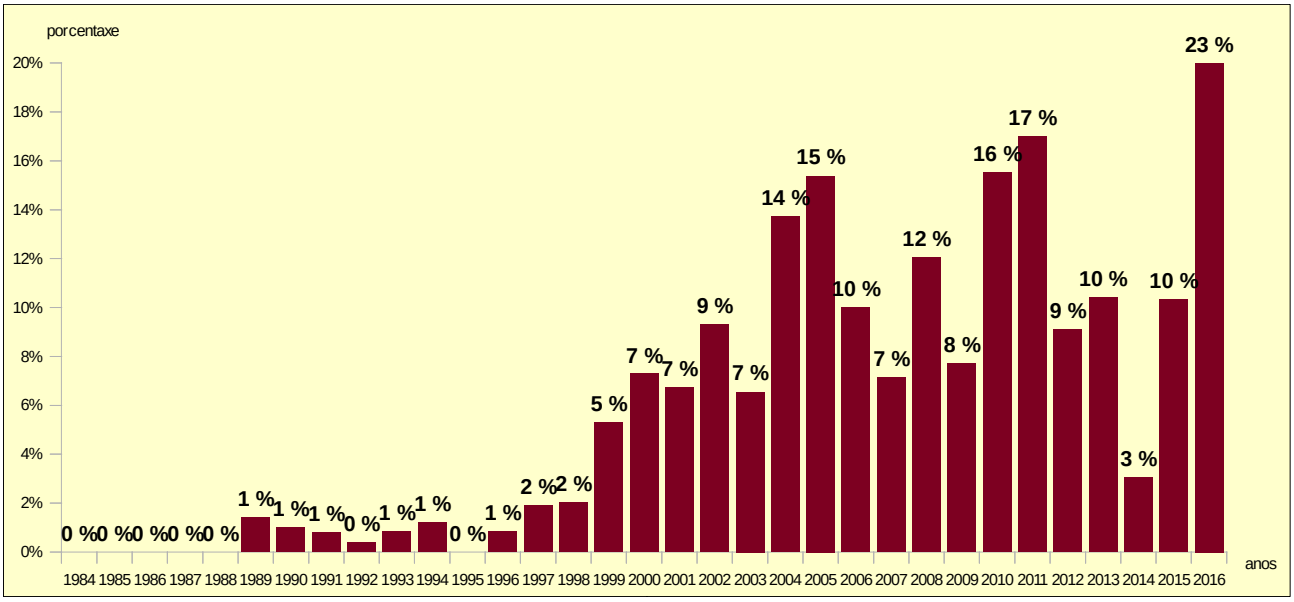
Isto indícanos que, malia os grandes avances na abordaxe da infección polo VIH, hoxe en día unha proporción importante das persoas afectadas non se beneficia das vantaxes do diagnóstico precoz en termos de ganancia en cantidade e calidade de vida, ademais da prevención da transmisión a outras persoas.

Así pois, a promoción do diagnóstico precoz entre as persoas con prácticas de risco debe ser unha actividade prioritaria para a prevención e control da infección no noso contorno.

PAÍS DE ORIXE

Ata o ano 1998 a porcentaxe de casos de sida declarados no Rexistro Galego da Sida correspondentes a persoas estranxeiras (nacidos fóra de España e residentes en Galicia) era testemuñal, sen superar nunca o 2 % dos casos anuais. No ano 1999 cambiou a tendencia e xa constituíu o 5,3 % dos casos, e entre 2004-2016 representa un 11,8 % dos casos rexistrados.

Gráfico 53. Porcentaxe de casos de sida en persoas non españolas que residen en Galicia. Galicia 1984-2016

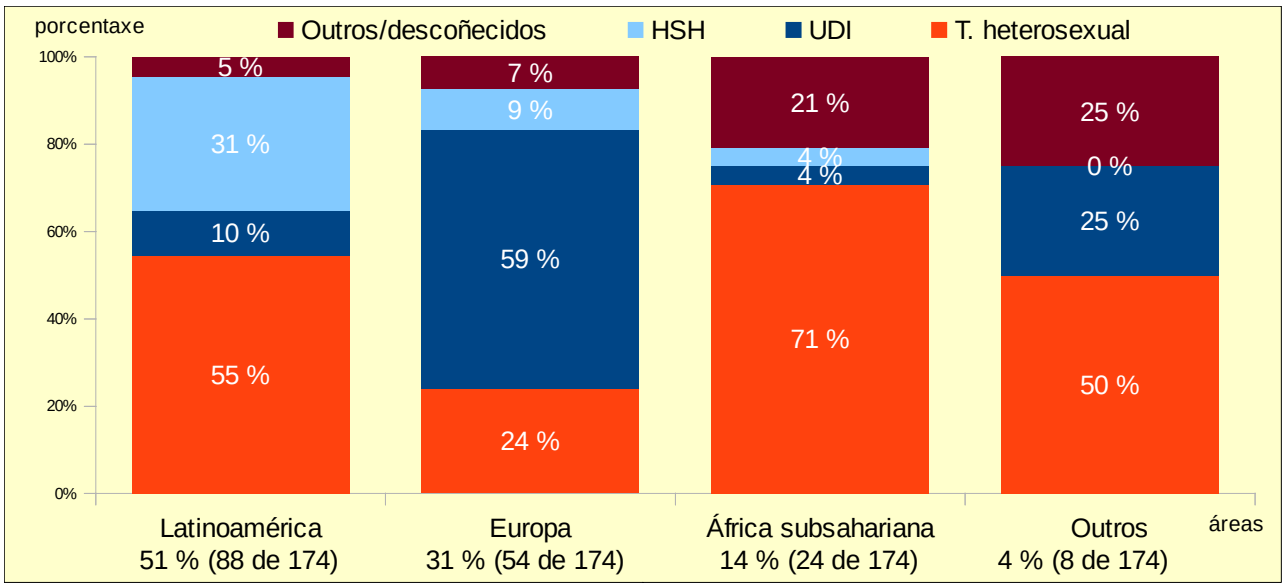


(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

O número acumulado de casos destes pacientes dende 1984 a 2016 é de 174, dun total de 4.213 casos rexistrados, e maioritariamente son homes (65 %).

A área xeográfica de onde proceden principalmente é Latinoamérica, cun 51 % dos casos (54 homes e 34 mulleres), seguida de Europa, cun 31 % (42 homes e 12 mulleres), e África subsahariana, cun 14 %.

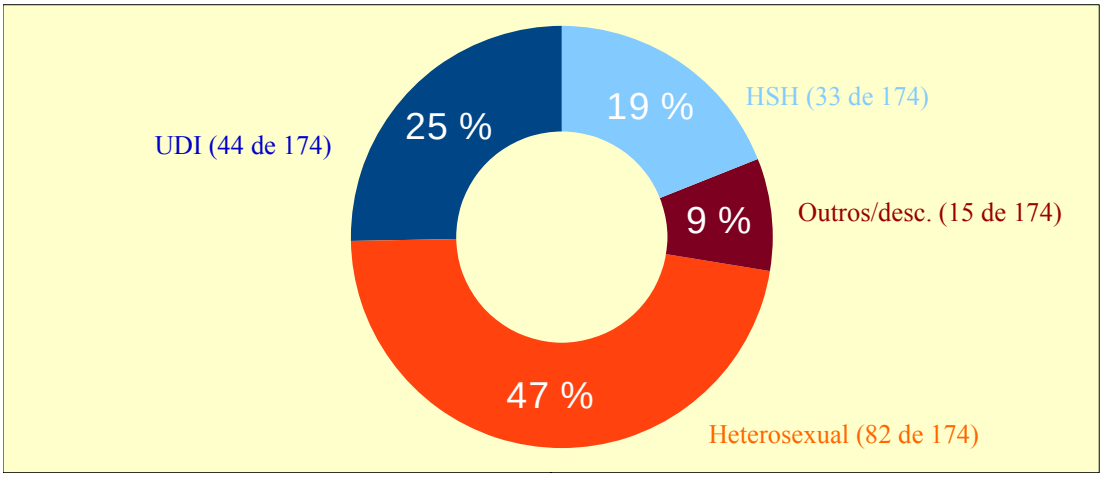
Gráfico 54. Casos de sida en persoas non españolas segundo a área de orixe e práctica de risco. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

As categorías de transmisión máis correntes no total destas persoas é a transmisión por vía heterosexual, cun 47 % dos casos (82 de 174), e a dos UDI que comparten as xiringas, cun 25 % (no caso dos europeos, esta é a conduta de risco máis presente, con 32 casos de 54), e os HSH son un 19 %.

Gráfico 55. Casos de sida en persoas non españolas segundo a práctica de risco. Galicia 1984-2016



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

a. A incidencia anual dos casos de sida está estabilizada en menos de 20 casos por millón de habitantes dende o ano 2011.

b. En Galicia as persoas que teñen prácticas de risco en relación co feito de compartiren o material de inxección para o consumo de drogas eran as máis afectadas, pero actualmente, e dado o aumento relativo das infeccións por prácticas de risco en relacións sexuais non protexidas, debemos insistir en que son estas prácticas de risco o aspecto máis importante na transmisión da infección. Ademais, e por primeira vez, entre os anos 2013 e 2015 os HSH representan o grupo con máis casos rexistrados entre os homes.

c. A idade máis frecuente de diagnóstico dos casos de sida está arredor dos 40 anos, pero xa temos rexistrados 79 casos en persoas maiores de 64 anos (80 % homes), e maioritariamente pola vía heterosexual, de maneira que debemos ter en conta este feito ante unha exploración das persoas maiores na práctica asistencial.

d. Ata agora, e dada a inexistencia de tratamento curativo para o VIH/sida, consideramos a prevención como alternativa principal de control do problema. Esta circunstancia ten máis importancia, se cabe, pola tendencia actual do aumento das infeccións por prácticas de risco asociadas á transmisión sexual e, debido á non percepción de risco que teñen estas persoas, o diagnóstico precoz da infección debe ser o mecanismo principal de actuación a curto e medio prazo en Galicia.

e. Dada a utilidade limitada dos datos da sida na epidemioloxía da infección polo virus da inmunodeficiencia humana, sobre todo polo tempo que pasa entre a infección por este virus e a aparición das enfermidades indicativas de sida, cómpre traballar máis con datos de infección VIH ca de enfermidade por sida. Por esta razón, darémoslle un forte pulo ao Sistema de información galego sobre a infección polo VIH (SIGIVIH), que fai fincapé nos comezos do problema e non nas etapas finais da evolución natural da infección, e traballar na futura unificación dos dous rexistros de casos VIH cos de sida.

ALTAS HOSPITALARIAS EN RELACIÓN CO VIH EN GALICIA: 2000-2016

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 modificación clínica da Clasificación Internacional de Enfermidades, 10.ª revisión Modificación Clínica da OMS (CIE10-MC).

METODOLOXÍA

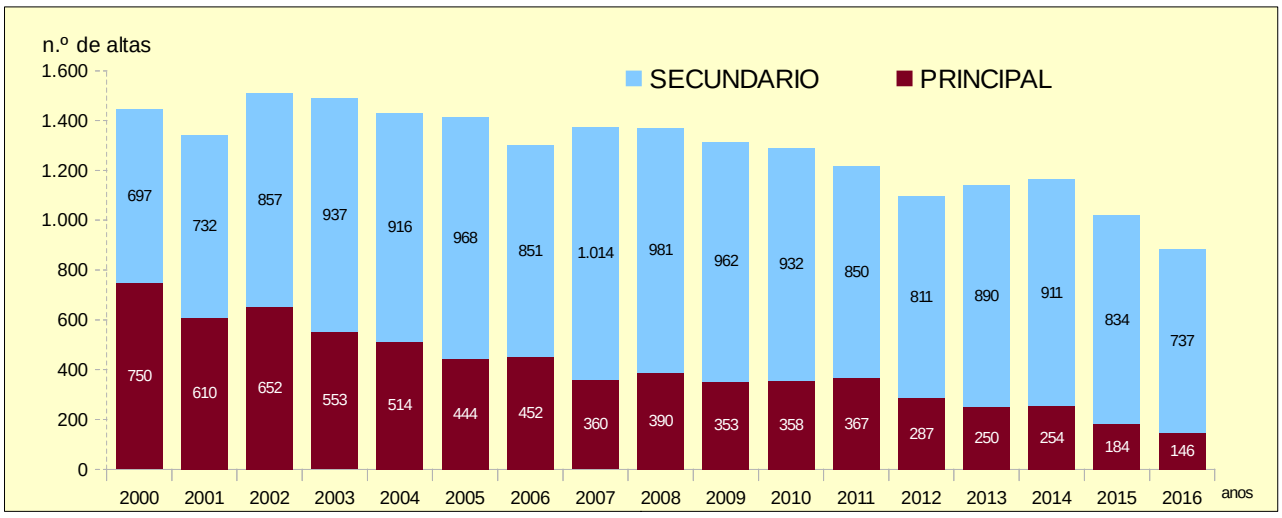
- Tipo de estudo: estudo descritivo das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH.
- Poboación de estudo: altas hospitalarias de pacientes infectados polo VIH en hospitais de Galicia de 2000 a 2016.
- Ámbito: hospitais públicos, administrados publicamente ou con concerto co Servizo Galego de Saúde.
- Fonte de datos: base de datos do CMBD dos anos 2000 a 2016.

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

RESULTADOS DO PERÍODO 2000 A 2016

Nos 17 anos do estudo rexistráronse un total de 21.804 altas hospitalarias de persoas con infección polo VIH (diagnóstico principal ou secundario). Ao longo do período obsérvase un descenso do 39 % no número de altas entre o primeiro e último ano da serie.

Gráfico 56. Altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnósticos e os anos. Galicia 2000-2016



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

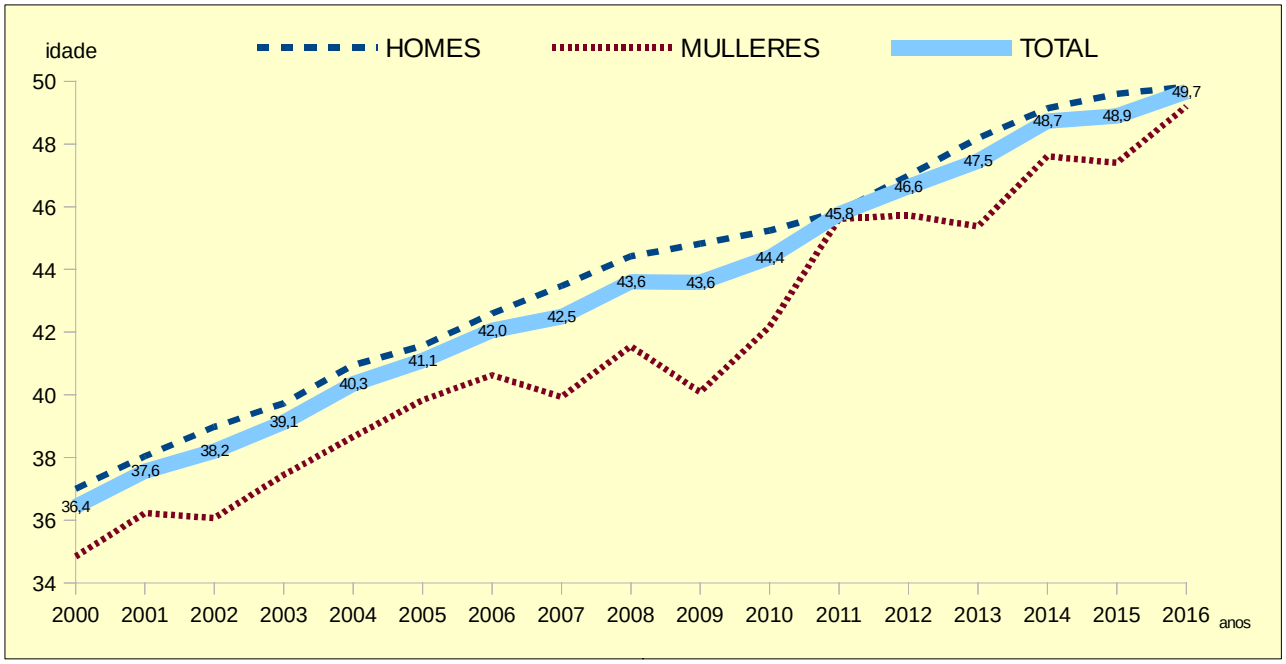
A distribución por sexo mostra un claro predominio dos homes (72,9 %), sen variacións durante os anos (rango: 70,1 % a 74,6 %) (táboa 9). Na idade obsérvase un aumento da idade media dende 36,4 anos (DE: 8,8) no ano 2000 ata 49,7 anos (DE: 9,7) no ano 2016. Este incremento é tanto para homes coma para mulleres, aínda que a idade media das mulleres é algo inferior á dos homes en todo o período (gráfico 57).

Táboa 9. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH segundo sexo e grupos de idade. Galicia 2000 a 2016

	SEXO				GRUPOS DE IDADE								
	Homes		Mulleres		< 25 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		> 49 anos		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	total
2000	1.068	73,8 %	379	26,2 %	71	4,9 %	635	43,9 %	650	44,9 %	91	6,3 %	1.447
2001	988	73,6 %	354	26,4 %	38	2,8 %	517	38,5 %	699	52,1 %	88	6,6 %	1.342
2002	1.107	73,4 %	402	26,6 %	61	4,0 %	478	31,7 %	848	56,2 %	122	8,1 %	1.509
2003	1.091	73,2 %	399	26,8 %	52	3,5 %	377	25,3 %	931	62,5 %	130	8,7 %	1.490
2004	1.054	73,7 %	376	26,3 %	40	2,8 %	338	23,6 %	885	61,9 %	167	11,7 %	1.430
2005	1.029	72,9 %	383	27,1 %	19	1,3 %	280	19,8 %	952	67,4 %	161	11,4 %	1.412
2006	945	72,5 %	358	27,5 %	18	1,4 %	215	16,5 %	906	69,5 %	164	12,6 %	1.303
2007	993	72,3 %	381	27,7 %	44	3,2 %	170	12,4 %	946	68,9 %	214	15,6 %	1.374
2008	985	71,8 %	386	28,2 %	33	2,4 %	165	12,0 %	892	65,1 %	281	20,5 %	1.371
2009	972	73,9 %	343	26,1 %	35	2,7 %	173	13,2 %	845	64,3 %	262	19,9 %	1.315
2010	926	71,8 %	364	28,2 %	31	2,4 %	134	10,4 %	836	64,8 %	289	22,4 %	1.290
2011	853	70,1 %	364	29,9 %	13	1,1 %	116	9,5 %	775	63,7 %	313	25,7 %	1.217
2012	790	71,9 %	308	28,1 %	13	1,2 %	74	6,7 %	699	63,7 %	312	28,4 %	1.098
2013	841	73,8 %	299	26,2 %	10	0,9 %	86	7,5 %	635	55,7 %	409	35,9 %	1.140
2014	857	73,6 %	308	26,4 %	7	0,6 %	61	5,2 %	635	54,5 %	462	39,7 %	1.165
2015	728	71,5 %	290	28,5 %	12	1,2 %	54	5,3 %	486	47,7 %	466	45,8 %	1.018
2016	659	74,6 %	224	25,4 %	6	0,7 %	43	4,9 %	435	49,3 %	399	45,2 %	883
	15.886	72,8 %	5.918	27,2 %	503	2,3 %	3.916	18,0 %	13.055	59,9 %	4.330	19,9 %	21.804

A maior proporción de altas concéntrase no grupo etario de 35 a 49 anos en todos os anos (59,9 %; rango: 44,9 % a 69,5 %). 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 45,2 % no 2016.

Gráfico 57. Idade media das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo sexo e os anos. Galicia 2000-2016



A maioría dos ingresos foron de maneira urxente (81,3 %; rango: 72,7 % a 85,4 %) (táboa 10). A estancia media do período foi de 12,2 días (DE: 17,9).

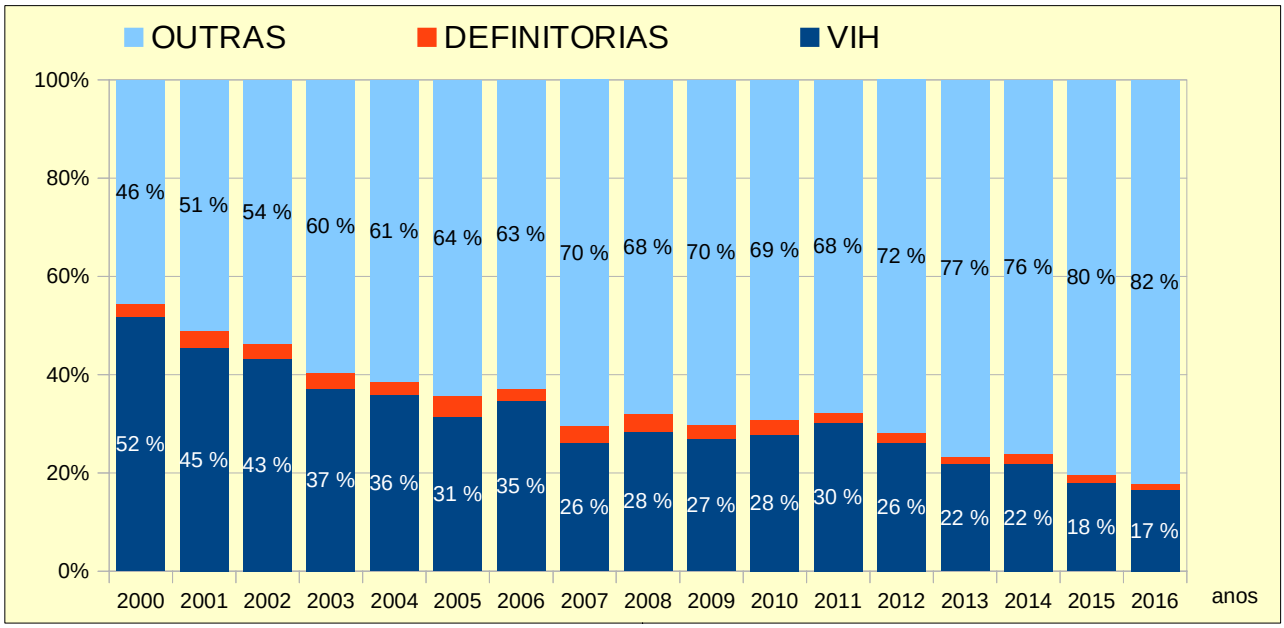
Táboa 10. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH segundo tipo de ingreso e circunstancia no momento da alta. Galicia 2000 a 2016

	TIPO DE INGRESO						CIRCUNSTANCIA Á ALTA										
	Urxente		Programado		Outros		Domicilio		Traslado		Voluntaria		Falecemento		Outros		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	total
2000	1.079	74,6 %	368	25,4 %	0	0,0 %	1.263	87,3 %	1	0,1 %	60	4,1 %	94	6,5 %	29	2,0 %	1.447
2001	975	72,7 %	367	27,3 %	0	0,0 %	1.190	88,7 %	1	0,1 %	43	3,2 %	87	6,5 %	21	1,6 %	1.342
2002	1.150	76,2 %	359	23,8 %	0	0,0 %	1.316	87,2 %	3	0,2 %	60	4,0 %	102	6,8 %	28	1,9 %	1.509
2003	1.204	80,8 %	286	19,2 %	0	0,0 %	1.311	88,0 %	2	0,1 %	37	2,5 %	117	7,9 %	23	1,5 %	1.490
2004	1.190	83,2 %	240	16,8 %	0	0,0 %	1.263	88,3 %	0	0,0 %	51	3,6 %	91	6,4 %	25	1,7 %	1.430
2005	1.147	81,2 %	264	18,7 %	1	0,1 %	1.224	86,7 %	4	0,3 %	65	4,6 %	100	7,1 %	19	1,3 %	1.412
2006	1.080	82,9 %	222	17,0 %	1	0,1 %	1.124	86,3 %	2	0,2 %	75	5,8 %	87	6,7 %	15	1,2 %	1.303
2007	1.174	85,4 %	197	14,3 %	3	0,2 %	1.167	84,9 %	3	0,2 %	74	5,4 %	106	7,7 %	24	1,7 %	1.374
2008	1.163	84,8 %	207	15,1 %	1	0,1 %	1.173	85,6 %	1	0,1 %	82	6,0 %	88	6,4 %	27	2,0 %	1.371
2009	1.122	85,3 %	193	14,7 %	0	0,0 %	1.144	87,0 %	1	0,1 %	74	5,6 %	83	6,3 %	13	1,0 %	1.315
2010	1.060	82,2 %	230	17,8 %	0	0,0 %	1.125	87,2 %	1	0,1 %	60	4,7 %	78	6,0 %	26	2,0 %	1.290
2011	1.026	84,3 %	191	15,7 %	0	0,0 %	1.058	86,9 %	3	0,2 %	46	3,8 %	91	7,5 %	19	1,6 %	1.217
2012	912	83,1 %	186	16,9 %	0	0,0 %	965	87,9 %	1	0,1 %	42	3,8 %	70	6,4 %	20	1,8 %	1.098
2013	933	81,8 %	207	18,2 %	0	0,0 %	986	86,5 %	6	0,5 %	52	4,6 %	71	6,2 %	25	2,2 %	1.140
2014	944	81,0 %	221	19,0 %	0	0,0 %	1.012	86,9 %	4	0,3 %	50	4,3 %	71	6,1 %	28	2,4 %	1.165
2015	842	82,7 %	176	17,3 %	0	0,0 %	887	87,1 %	8	0,8 %	45	4,4 %	62	6,1 %	16	1,6 %	1.018
2016	730	82,7 %	138	15,6 %	15	1,7 %	786	89,0 %	19	2,2 %	25	2,8 %	47	5,3 %	6	0,7 %	883
	17.001	81,3 %	3.914	18,7 %	6	0,0 %	18.208	87,0 %	41	0,2 %	916	4,4 %	1.398	6,7 %	358	1,7 %	21.804

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

O número total de altas hospitalarias en que figura a infección polo VIH (códigos B20 ou Z21 da CIE10-MC) no diagnóstico principal foi de 6.924 (31,8 % do total de altas en relación co VIH do período). Ao longo dos anos esta proporción diminuíu un 80,5 %, dende as 750 altas no 2000 ata as 146 altas no 2016. Esta mesma tendencia observouse no diagnóstico principal das altas por enfermidades definitorias de sida (dende o 2,6 % ata o 1,4 %). Aquelas en que figuraban outras patoloxías non asociadas ao VIH como motivo de ingreso aumentaron de 659 (45,5 %) no 2000 a 725 (82,1 %) en 2016.

Gráfico 58. Distribución das altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, segundo diagnóstico principal e os anos. Galicia 2000-2016



As enfermidades definitorias de sida máis frecuentes no diagnóstico principal foron os linfomas e a tuberculose (táboa 11).

Táboa 11. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades definitorias de sida no diagnóstico principal* e os anos. Galicia 2000-2016

	00-16	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º	n.º
Tuberculose	**82**	5	12	5	8	2	5	4	7	12	4	4	3	4	1	4	2	0
Pneumonía por *Pneumocystis Jiroveci*	**24**	1	4	3	0	0	2	1	2	1	0	2	1	1	0	2	0	4
Toxoplasmose cerebral	**4**	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	**14**	0	2	2	1	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0
Candidose esofáxica	**5**	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Criptococose extrapulmonar	**7**	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cancro invasivo de colo	**26**	4	2	1	5	0	5	1	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1
Septicemia por salmonella	**3**	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sarcoma de Kaposi	**3**	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pneumonía intersticial linfoide	**9**	0	0	1	1	1	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0
Infección por citomegalovirus	**3**	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Criptosporidiase	**2**	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Micobacterium outras especies	**1**	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caquexia	**1**	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Micobacterium avium ou kansasi	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isosporidase	**1**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple mucocutáneo	**3**	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Candidose traqueal, bronquial ou pulmonar	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Histoplasmose diseminada	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfomas	**94**	5	1	6	5	2	10	3	4	10	5	8	13	4	0	11	0	7
Encefalopatía VIH	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes simple bronquial, pulmonar ou esofáxico	**1**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Coccidiomicose diseminada	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	283	**19**	**25**	**22**	**23**	**8**	**31**	**11**	**17**	**26**	**11**	**16**	**22**	**14**	**5**	**18**	**3**	**12**

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

Respecto dos ingresos por outras patoloxías, as enfermidades respiratorias foron as máis frecuentes (16,3 % no período), seguidas das enfermidades dixestivas.

Táboa 12. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e ano. Galicia 2000-2016

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

c. 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 14,4 % entre os anos 2000 e 2016. Os diagnósticos máis frecuentes foron a tuberculose (20 %), a pneumonía por *Pneumocystis Jiroveci* (14 %), os linfomas e a caquexia (13 % cada un deles), e obsérvase unha tendencia descendente cos anos na maioría delas (táboa 13).

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 infecciosas que pasaron do 51,9 % ao 66,8 % (importante o incremento no número de altas con hepatite C crónica ata o ano 2015 e cun gran descenso no último ano 2016), das enfermidades respiratorias, do 21,7 % ao 38,7 %, das enfermidades dixestivas, do 18,1 % ao 28,8 %, dos tumores que pasaron do 7,1 % ao 21,0 % (o tumor con maior tendencia ao aumento é o de fígado, 0 casos nos dous primeiros anos do período a 21 en 2014, para descender nos dous últimos anos), etc. (táboa 14).

Táboa 13. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades* definitorias de sida no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2016

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

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

Táboa 14. Distribución das altas hospitalarias segundo presenza de enfermidades* non relacionadas coa infección polo VIH no diagnóstico principal e/ou secundario. Galicia 2000-2016

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

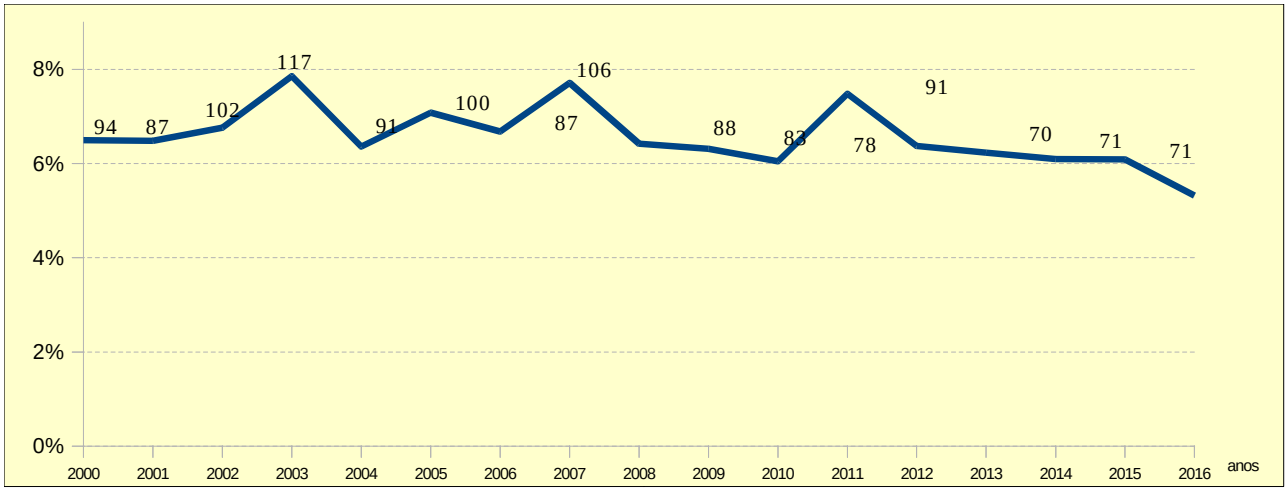
(*) Unha mesma persoa pode ter máis dun diagnóstico

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

Durante o período rexistráronse 1.445 altas por falecemento en pacientes hospitalizados con infección polo VIH, o que supuxo o 6,6 % do total de altas dos 17 anos. A porcentaxe de altas por falecemento permaneceu bastante estable nos anos coa excepción do último ano (6,6 % cun rango: 5,3 % en 2016 e 7,9 % en 2003).

En todo o periodo a maior parte dos exitus foron homes (79,1 %) e no grupo de idade de 35 a 49 anos (60,6 %), sendo os maiores de 49 anos o 27,6 % (dende o 14,9 % no 2000 ata o 59,6 % no 2016) (táboa 15).

Gráfico 59. Número e % de altas hospitalarias por falecemento en pacientes con infección polo VIH. Galicia 2000-2016



A idade media no momento do falecemento foi de 45,6 anos (DE: 10,2), pasouse de 40,9 en 2000 ata 53,0 en 2016.

Táboa 15. Distribución das altas por falecemento segundo sexo e idade. Galicia 2000-2016

	SEXO				GRUPOS DE IDADE								
	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	%	total
2000	75	79,8 %	19	20,2 %	2	2,1 %	31	33,0 %	47	50,0 %	14	14,9 %	94
2001	70	80,5 %	17	19,5 %	0	0,0 %	18	20,7 %	61	70,1 %	8	9,2 %	87
2002	77	75,5 %	25	24,5 %	1	1,0 %	23	22,5 %	64	62,7 %	14	13,7 %	102
2003	95	81,2 %	22	18,8 %	1	0,9 %	19	16,2 %	74	63,2 %	23	19,7 %	117
2004	75	82,4 %	16	17,6 %	1	1,1 %	15	16,5 %	57	62,6 %	18	19,8 %	91
2005	83	83,0 %	17	17,0 %	0	0,0 %	9	9,0 %	69	69,0 %	22	22,0 %	100
2006	73	83,9 %	14	16,1 %	0	0,0 %	8	9,2 %	65	74,7 %	14	16,1 %	87
2007	85	80,2 %	21	19,8 %	1	0,9 %	11	10,4 %	71	67,0 %	23	21,7 %	106
2008	70	79,5 %	18	20,5 %	0	0,0 %	2	2,3 %	62	70,5 %	24	27,3 %	88
2009	67	80,7 %	16	19,3 %	0	0,0 %	7	8,4 %	49	59,0 %	27	32,5 %	83
2010	56	71,8 %	22	28,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %	47	60,3 %	31	39,7 %	78
2011	67	73,6 %	24	26,4 %	0	0,0 %	5	5,5 %	58	63,7 %	28	30,8 %	91
2012	54	77,1 %	16	22,9 %	0	0,0 %	4	5,7 %	40	57,1 %	26	37,1 %	70
2013	57	80,3 %	14	19,7 %	0	0,0 %	4	5,6 %	34	47,9 %	33	46,5 %	71
2014	59	83,1 %	12	16,9 %	0	0,0 %	4	5,6 %	33	46,5 %	34	47,9 %	71
2015	43	69,4 %	19	30,6 %	1	1,6 %	3	4,8 %	26	41,9 %	32	51,6 %	62
2016	37	78,7 %	10	21,3 %	0	0,0 %	0	5,6 %	19	40,4 %	28	59,6 %	47
	1.143	79,1 %	302	20,9 %	7	0,5 %	163	11,3 %	876	60,6 %	399	27,6 %	1.445

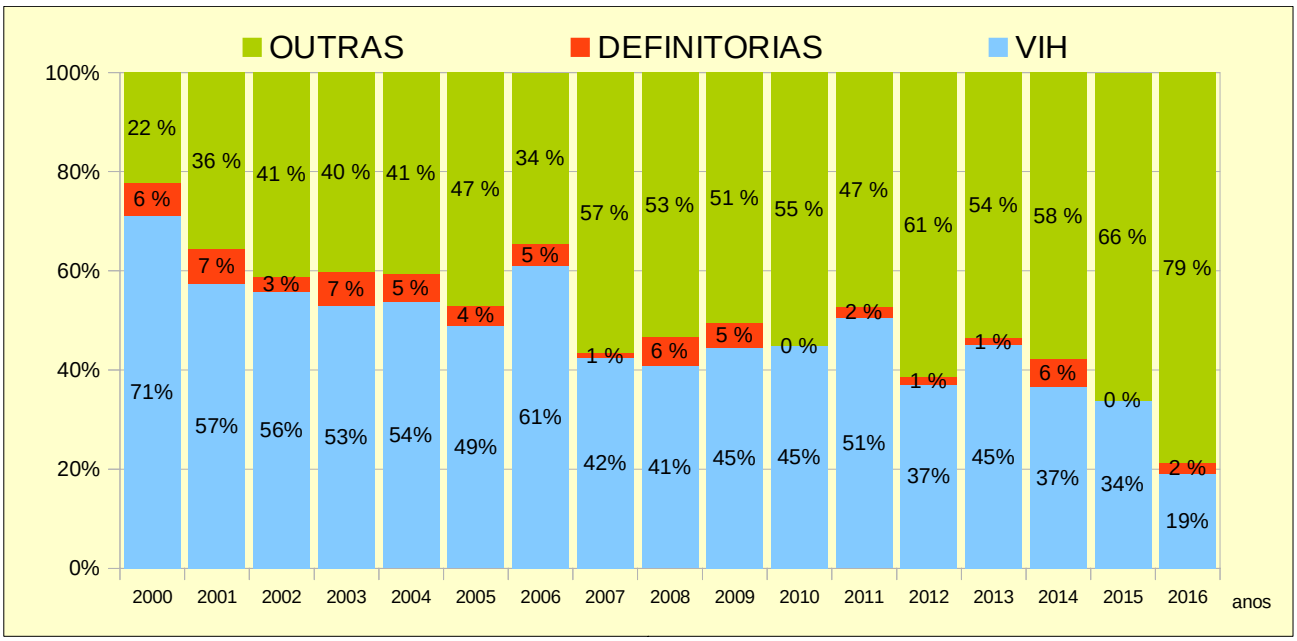
Ao analizar o diagnóstico principal do total de falecementos, os códigos de infección polo VIH figuraba en 700 altas (48,5 %), en 55 (3,8 %) está presente algún código de enfermidade definitoria de sida e nas 688 restantes (47,7 %) outra patoloxía non relacionada coa infección polo VIH. Obsérvase unha tendencia descendente na presenza da enfermidade polo VIH a custa dun aumento noutras patoloxías non asociadas co VIH (gráfico 60).

Táboa 16. Distribución das altas por morte segundo patoloxías do diagnóstico principal. Galicia 2000-2016

Enfermidade polo VIH	**700**	**48,4 %**
Algunha enfermidade indicativa de sida	**55**	**3,8 %**
Pneumonía bacteriana recorrente	14	1.0 %
Linfomas asociados ao VIH	15	1.0 %
Tuberculose	8	0,6 %
Pneumonía por *Pneumocystis Jiroveci*	7	0,5 %
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4	0,3 %
Criptococose extrapulmonar	3	0,2 %
Cancro invasivo de colo uterino	2	0,1 %
Pneumonía intersticial linfoide	2	0,1 %
Outras	0	0,0 %
Outros diagnósticos non relacionados co VIH	**690**	**47,8 %**
Enfermidades dixestivas	146	10,1 %
Neoplasias:	157	10,9 %
Traquea, bronquios e pulmón	39	2,7 %
Fígado	21	1,5 %
Enfermidades respiratorias	101	7,0 %
Enfermidades infecciosas:	70	4,9 %
Hepatite B crónica	4	0,3 %
Hepatite C crónica	30	2,1 %
Enfermidades aparato circulatorio	64	4,4 %
Lesións e envelenamentos	53	3,7 %
Outras	99	6,9 %
total	**1.445**	**100 %**

Dentro das enfermidades definitorias de sida, 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 e as enfermidades dixestivas.

Gráfico 60: Diagnóstico principal das altas por falecemento en doentes con infección polo VIH. Galicia 2000-2016



e. Custos hospitalarios relacionados cos pacientes con infección polo VIH

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

(*) Documento de referencia:

The Lifetime Medical Cost Savings From Preventing HIV in the United States. Medical Care, Volume 00, Number 00, 2015.

O gasto real en antirretrovirais das persoas infectadas polo VIH en Galicia, que nos oito últimos anos do período estudado superaron os 30 millóns de euros anuais, fálannos do importante aspecto económico da infección polo VIH en Galicia.

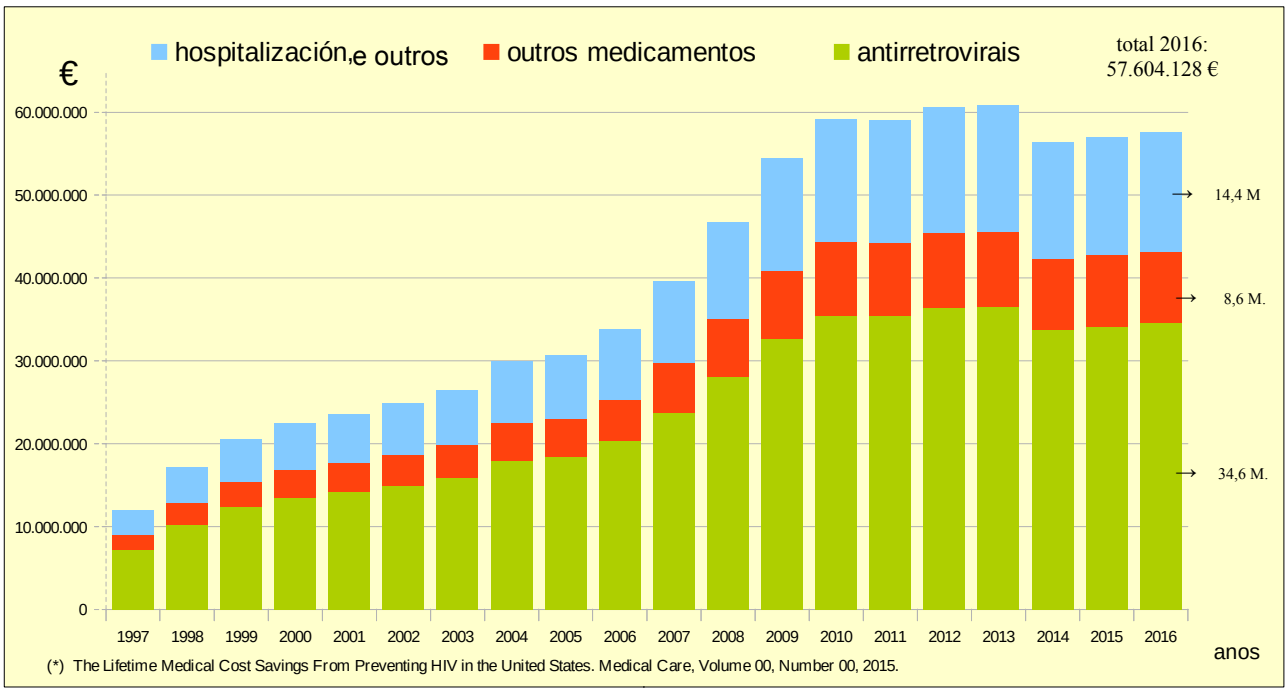
Tendo en conta as porcentaxes do estudo de referencia os custos para o ano 2016 serían de 57.604.129 euros:

34.562.477 € en antirretrovirais ..... (60 %)

8.640.619 € en outros medicamentos ..... (15 %)

14.401.032 € en hospitalización e outros ... (25 %)

Gráfico 61. Custos* (60 % antirretrovirais, 15 % outros medicamentos, 25 % hospitalización e outros) en pacientes con infección polo VIH segundo os anos. Galicia 1997-2016



PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

a. Durante o período de estudo obsérvase un descenso do número de altas hospitalarias de pacientes con infección polo VIH, sobre todo nos últimos 5 anos. As altas maioritariamente son de homes e cunha idade media en aumento.

b. Diminúen as hospitalizacións con diagnóstico principal de infección polo VIH, así como aquelas de enfermidades definitorias de sida, e aumentan as altas por outras enfermidades non relacionadas co VIH.

c. Baixan as altas en que tanto no diagnóstico principal coma nos secundarios figuran diagnósticos de enfermidades definitorias de sida. Mantense a tuberculose, a pneumonía por *Pneumocystis Jiroveci* e os linfomas como os máis frecuentes destas enfermidades definitorias de sida.

d. Aumentan as altas con diagnóstico principal ou secundarios con patoloxías non relacionadas coa infección polo VIH en algún dos grandes grupos de patoloxías como son as neoplasias (aínda que baixan bastante no último ano), as enfermidades endócrino metabólicas, as enfermidades do aparato circulatorio e as enfermidades do aparato osteoarticular, e baixan as complicacións relacionadas co embarazo.

Son particularmente importantes os aumentos nas hepatites C crónicas e os tumores de fígado (aínda que os dous tipos de procesos presentan un importante descenso no último ano).

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

f. Constátase un importante gasto en pacientes con VIH, que presenta unha tendencia crecente ata o ano 2010, pero que logo se estabiliza para baixar algo nos 3 últimos anos.

MORTALIDADE POLO VIH-SIDA EN GALICIA: 1984-2015

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

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

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

Por este motivo, ata 1989 as defuncións polo VIH rexistrábanse no grupo 279 (trastornos do mecanismo da inmunidade) e os seus códigos (279.1, 279.3, 279.8 e 279.9). A partir de 1989, estableceuse que as mortes polo virus debían incluírse nun dos seguintes códigos: 279.5 (sida), 279.6 (complexo relacionado coa sida) e 795.8 (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 ditos códigos para o cálculo da mortalidade.

RESULTADOS DO ANO 2015

No ano 2015* producíronse en Galicia un total de 31.685 mortes, das que 44 (1,4 ‰) foron por VIH-sida. Destas, 33 (75 %) producíronse en homes e 11 en mulleres. A taxa de mortalidade global polo VIH foi de 1,61 por 100.000 habitantes.

Táboa 17. Mortalidade polo VIH (mortalidade proporcional por mil e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes) segundo o sexo. Galicia ano 2015*

	Defuncións totais	Defuncións polo VIH/sida	Defuncións polo VIH/sida (‰)	Taxa de mortalidade VIH/sida
Homes	15.784	33	2,09	2,51
Mulleres	15.901	11	0,69	0,78
	31.685	44	1,39	1,61

(*) datos provisionais (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

A idade media dos falecidos polo VIH foi de 50,5 anos (DE 7,8 anos), con poucas diferenzas por sexo (homes 50,9 cunha DE 7,8 anos e mulleres 47,4 cunha DE 7,4 anos).

Segundo grupos de idade, o maior número de mortes, 36 (82 % do total de falecidos), rexistrouse entre os 40 e 59 anos. Este patrón repítese en homes, pero en mulleres, e quizais polos poucos casos existentes, todos os casos distribúense por igual entre os 35 e os 64 anos.

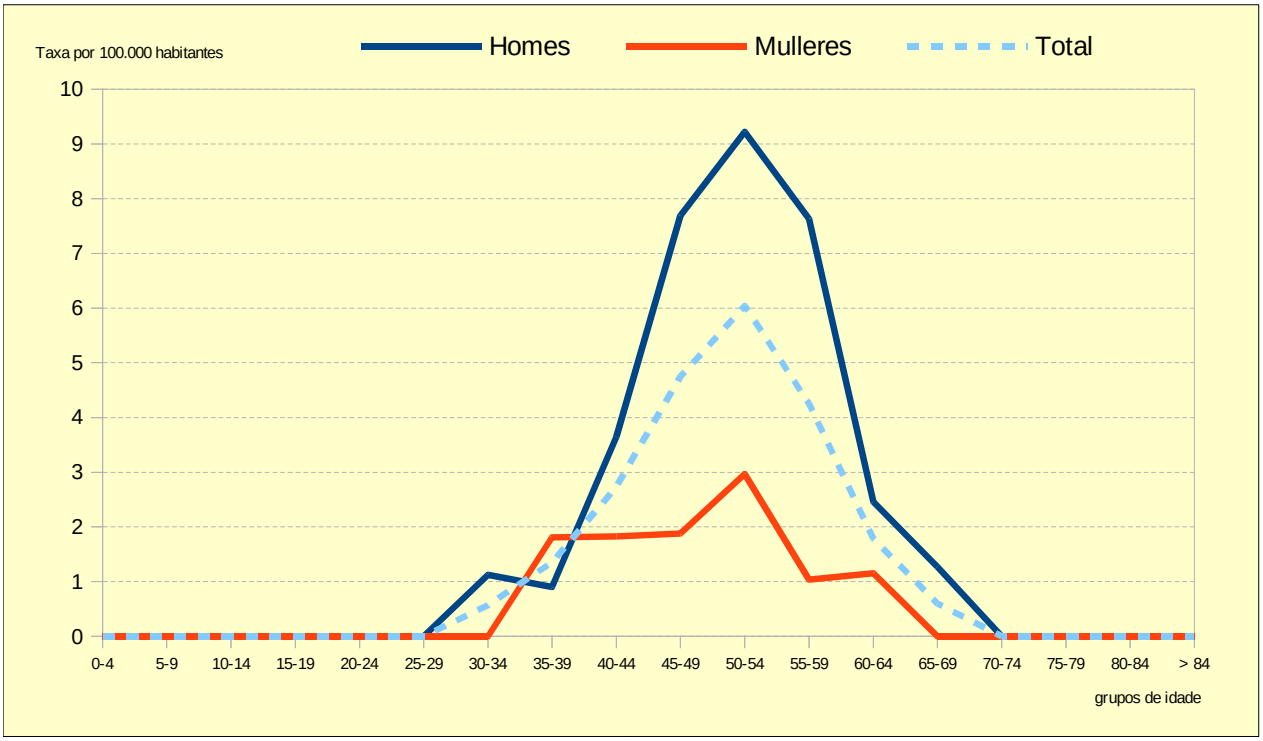
(*) datos provisionais para o ano 2015

Táboa 18. Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo sexo e grupos de idade. Galicia ano 2015*

	Total (N)	Taxa por 10^5 habitantes	HOMES (N)	Taxa por 10^5 habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 10^5 habitantes
0 a 4 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 a 9 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 a 24 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25 a 29 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30 a 34 anos	1	0,57	1	1,13	0	0,00
35 a 39 anos	3	1,35	1	0,90	2	1,81
40 a 44 anos	6	2,74	4	3,65	2	1,83
45 a 49 anos	10	4,75	8	7,69	2	1,88
50 a 54 anos	12	6,04	9	9,22	3	2,97
55 a 59 anos	8	4,25	7	7,63	1	1,04
60 a 64 anos	3	1,79	2	2,46	1	1,15
65 a 69 anos	1	0,60	1	1,27	0	0,00
70 a 74 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
75 a 79 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
80 a 84 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
> 84 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	44	1,61	33	2,51	11	0,78

(*) datos provisionais (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Gráfico 62. Taxas de mortalidade polo VIH segundo os grupos de idade. Galicia ano 2015*



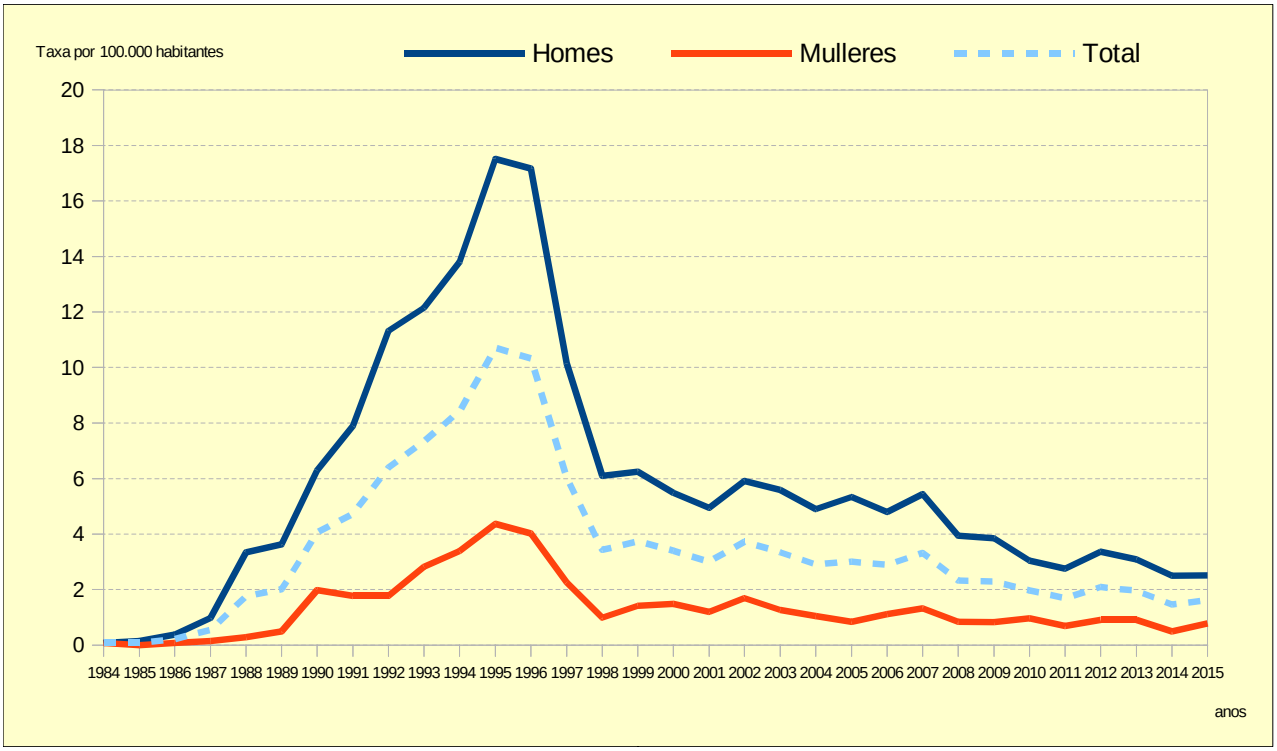
(*) datos provisionais (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

RESULTADOS DO PERÍODO 1984-2015

Se consideramos o período completo dende 1984 a 2015* (dato provisional este último ano), producíronse en Galicia un total de 3.040 mortes polo VIH, dos cales o 80 % eran homes. O número de defuncións acadou o seu máximo nos anos 1995 e 1996 para, posteriormente, diminuír nos anos seguintes e estabilizarse en menos de 70 mortes anuais dende 2008.

Ao longo dos anos, a taxa de mortalidade foi, de maneira continuada, máis alta en homes ca en mulleres, cun pico máximo no ano 1995, cunha taxa de mortalidade de 10,7 mortes por 100.000 habitantes (17,5 en homes e 4,4 en mulleres). Dende o ano 2008 a taxa non supera as 3 mortes por 100.000 habitantes anuais (non supera os 4 en homes nin 1 en mulleres).

Gráfico 63. Taxas de mortalidade polo VIH segundo o sexo e os anos. Galicia 1984-2015*



(*) datos provisionais (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

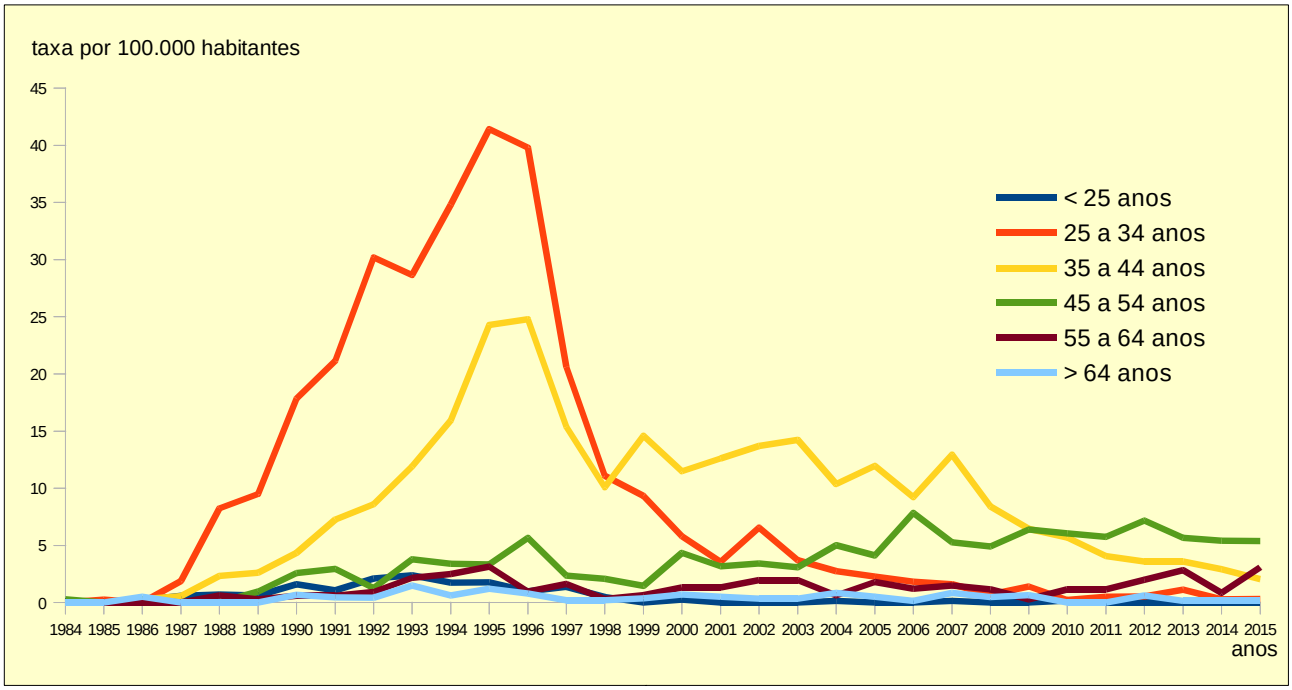
Táboa 19. Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes segundo o sexo. Galicia 1984-2015*

	Total (N)	Taxa por 100.000 habitantes	HOMES (N)	Taxa por 100.000 habitantes	MULLERES (N)	Taxa por 100.000 habitantes
1984	2	0,07	1	0,08	1	0,07
1985	2	0,07	2	0,15	0	0,00
1986	6	0,22	5	0,38	1	0,07
1987	15	0,55	13	0,99	2	0,14
1988	48	1,76	44	3,33	4	0,28
1989	55	2,01	48	3,64	7	0,50
1990	111	4,06	83	6,29	28	1,98
1991	129	4,73	104	7,90	25	1,77
1992	174	6,38	149	11,32	25	1,77
1993	200	7,32	160	12,15	40	2,83
1994	230	8,40	182	13,80	48	3,39
1995	293	10,69	231	17,51	62	4,36
1996	283	10,35	226	17,17	57	4,02
1997	165	6,04	133	10,14	32	2,25
1998	94	3,44	80	6,10	14	0,99
1999	102	3,73	82	6,25	20	1,41
2000	93	3,40	72	5,48	21	1,48
2001	82	3,00	65	4,94	17	1,20
2002	102	3,72	78	5,91	24	1,69
2003	92	3,34	74	5,59	18	1,26
2004	80	2,90	65	4,90	15	1,05
2005	83	3,00	71	5,33	12	0,84
2006	80	2,89	64	4,80	16	1,12
2007	92	3,31	73	5,44	19	1,32
2008	65	2,33	53	3,93	12	0,83
2009	64	2,29	52	3,85	12	0,83
2010	55	1,97	41	3,04	14	0,97
2011	47	1,69	37	2,75	10	0,69
2012	58	2,09	45	3,36	13	0,91
2013	54	1,96	41	3,08	13	0,91
2014	40	1,46	33	2,50	7	0,49
2015	44	1,61	33	2,51	11	0,78
	3.040		2.440		600	

(*) datos provisionais (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

Para o total de anos as maiores mortalidades prodúcense no intervalos de idade de 25 a 44 anos pero cunhas importantes diferencias segundo diferentes períodos anuais.

Gráfico 64. Taxas de mortalidade polo VIH segundo intervalos de idade e os anos. Galicia 1984-2015*



(*) datos provisionais (DXSP: datos o 30 de xuño de 2017)

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 hacia os grupos de maior idade, comezándose a ver nos últimos anos un aumento de mortalidade no grupo de 55 a 64 anos.

PROBAS DE DETECCIÓN RÁPIDAS DO VIH EN GALICIA: 2011-2016

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 si é probable que acudan en determinados momentos pola inmediatez 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 8º C para os pasos de incubación.

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

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

- Alta sensibilidade (> 99 %) e especificidade (> 99 %), así como elevada reproducibilidade.
- Tipo de mostra máis sinxela de recoller.
- Necesidade de pouco equipamento técnico.
- Sinxela de levar a cabo: pouco adestramento.
- Fácil de interpretar: interpretación visual.
- Rápida: < 30 minutos.
- Fácil de almacenar: a temperatura ambiente (20-30 ºC).
- Vida útil: 12 meses ou máis.
- Axeitada para facer un volume de probas pequeno.
- Mínima eliminación 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 adecuada, senón que se poden levar a cabo en diferentes lugares como organizacións de xuventude, asociacións, ONG, oficinas de farmacia e noutras institucións, e facilitan así a realización das probas e o asesoramento daquelas persoas con prácticas de risco, que son remisas a acudir aos servizos de saúde por causas variadas.

DETECCIÓN PRECOZ ANÓNIMA DO VIH EN GALICIA

Dende a Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) ponse 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 ofrécelles a posibilidade de acceder a elas, de forma anónima, a todas as persoas con prácticas de risco para a infección VIH que así o desexen.

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

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

1. Diminuír o atraso diagnóstico do VIH en poboacións con prácticas de risco, e que non acoden con frecuencia ao sistema sanitario, mediante a realización dunha proba rápida en fluído oral.

2. Facilitar o consello antes e despois da proba do VIH.

3. Aumentar as prácticas preventivas nas persoas que acoden a realizar a proba rápida do VIH en fluído oral.

4. Facilitar o acceso ao diagnóstico de VIH e ao tratamento antirretroviral.

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

autorizadas para levar a cabo este proxecto de detección precoz anónima de VIH. Inicialmente comezouse o proxecto de probas rápidas de VIH a través dos centros Quérote+ e algunhas asociacións, para ampliarse nos seguintes anos a outras asociacións/institucións. No futuro, se os datos procedentes da fase inicial do proxecto confirman as previsións de resultados esperados, estudarase a posibilidade de ofrecer este servizo nalgunhas oficinas de farmacia a través dun acordo cos colexios oficiais de farmacéuticos de Galicia e cos titulares das oficinas de farmacia interesadas en participar no proxecto.

Esta formación específica poderán adquirila as persoas que non a teñan nos cursos que a DXSP organiza para tal efecto e que versarán sobre os seguintes contidos:

- Historia da infección VIH e sida.
- Epidemioloxía da infección VIH e 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 incluirá 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 asegurarase 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 manipularao o persoal competente para realizar a proba e será tamén quen obteña a mostra, co fin de evitar a variabilidade da recollida da mostra.

Para a recollida da mostra, 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 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 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 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, reforzarase 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 diagnostico 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 entregar 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 2016 realizáronse 4.694 probas, das que 73 (1,6 %) foron "reactivas" e 30 presentaron un resultado "non válido".

Táboa 20. Probas rápidas anónimas do VIH segundo sexo, idade e principais prácticas de risco. Galicia 2011-2016*

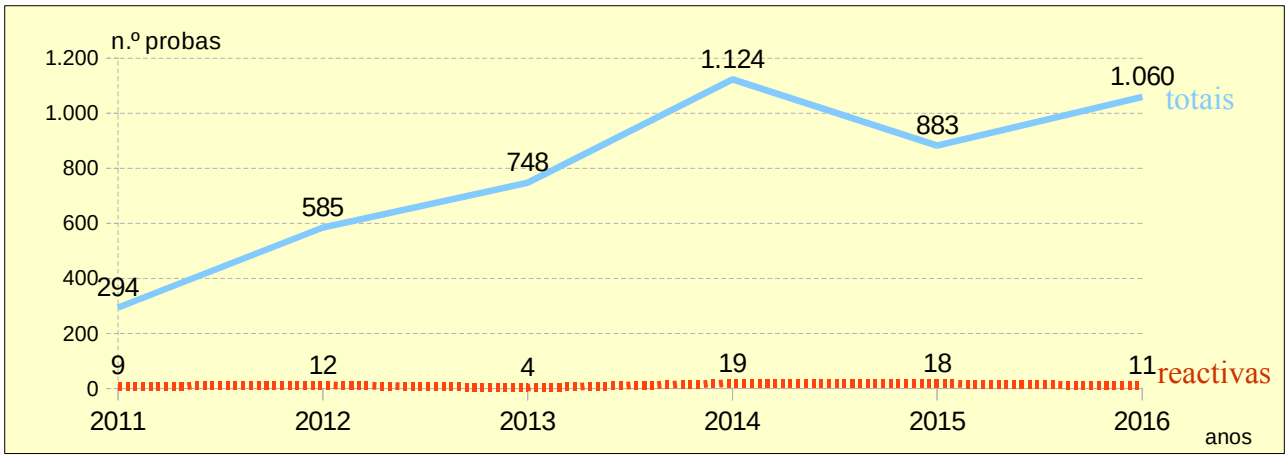
		TOTAL		REACTIVAS		NON REACTIVAS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
SEXO	homes	2.766	59 %	64	88 %	2.702	58 %
	mulleres	1.918	41 %	9	12 %	1.909	41 %
	NC	10	0 %	0	0 %	10	0 %
IDADES	16-24 anos	1.213	26 %	19	26 %	1.194	26 %
	25-34 anos	1.839	39 %	32	44 %	1.807	39 %
	35-44 anos	1.183	25 %	12	16 %	1.171	25 %
	45-54 anos	346	7 %	10	14 %	336	7 %
	55-64 anos	85	2 %	0	0 %	85	2 %
	65-74 anos	17	0 %	0	0 %	17	0 %
	>74 anos	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	NC	11	0 %	0	0 %	11	0 %
PRÁCTICA RISCO	HSH	1.127	24 %	48	66 %	1.079	23 %
	Heterosexual	3.192	68 %	19	26 %	3.173	69 %
	UDI	59	1 %	3	4 %	56	1 %
	Outros e NC	315	7 %	3	4 %	313	7 %

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017) (*) xuño de 2011 a decembro de 2016

O 59 % das probas realizadas correspondeu a homes, o 90 % tiña entre 16 e 44 anos, e a práctica de risco máis presente nos rexistros foi a das relacións heterosexuais non seguras en dous terzos das enquisas.

A porcentaxe de probas reactivas do período foi de 1,6 % (3,1 % en 2011; 2,1 % en 2012; 0,5 % en 2013; 1,7 % en 2014; 2,0 % en 2015; e 1,0 % en 2016).

Gráfico 65. Probas rápidas de detección do VIH segundo os anos. Galicia 2011-2016*



(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017) (*) xuño de 2011 a decembro de 2016

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

Táboa 21. Nivel de satisfacción coas probas rápidas anónimas do VIH realizadas. Galicia 2011-2016*

		Número	%
SATISFACCIÓN COA REALIZACIÓN DAS PROBAS RÁPIDAS ANÓNIMAS DO VIH	nada	1	0 %
	pouco	1	0 %
	bastante	451	10 %
	moito	3.778	80 %
	nc/ns	463	10 %

(DXSP: datos o 30 de xuño de 2017) (*) xuño de 2011 a decembro de 2016

INFECCIÓNS DE TRANSMISIÓN SEXUAL NON VIH EN GALICIA: 2005-2016

As infeccións de transmisión sexual (ITS) constitúen un importante problema de saúde pública a nivel mundial. Son unha das principais causas de enfermidade aguda, infertilidade, discapacidade a longo prazo e morte, con graves consecuencias médicas e psicolóxicas para millóns de homes, mulleres e nenos/as e con importantes custos económicos e sociais.

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

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

Nos países desenvolvidos, a detección precoz e a terapia antibiótica conseguiron unha diminución de enfermidades como a sífilis e a gonococia. Non obstante, segundo a OMS, cada ano rexístranse, en todo o mundo, máis de 448 millóns de casos novos curables de ITS (bacterianas e protozoarias) entre homes e mulleres de idades comprendidas entre os 15 e os 49 anos. Tamén se producen todos os anos millóns de ITS atribuíbles principalmente ao VIH, herpesvirus humanos, ao virus do papiloma humano (VPH) e ao virus da hepatite B (VHB).

Con carácter xeral, as ITS, sobre todo o VIH, afectan máis a poboacións con baixos recursos, e as infeccións bacterianas afectan especialmente a poboación nova e mulleres. Se ben, como dicimos, a maioría das ITS e as súas consecuencias afectan máis ás persoas de países en vías de desenvolvemento, as rexións desenvolvidas non se libran desta epidemia mundial. Nestas últimas, a incidencia da gonococia e a sífilis diminuíu na década dos 80 grazas á mellora dos servizos sanitarios e aos cambios dos comportamentos debidos á aparición do VIH/sida. Nos últimos anos estase apreciando un incremento das ITS asociado a un aumento das prácticas de risco.

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

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

SISTEMA DE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

Ata agora as ITS non VIH eran consideradas de declaración obrigatoria, notificándose 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 a nivel estatal como a nivel autonómico, e a partir de 2015, modificouse o sistema, tanto no referente ás variables que hai que recoller, como no relativo ás enfermidades que hai que vixiar. Unha das novidades máis importantes é a incorporación da infección por

Chlamydia trachomatis (diferenciando a clamidiase xenital e o LGV) e a infección polo virus da hepatite C. A inclusión de novas variables permítenos caracterizar mellor estas infeccións, coñecendo ademais da súa distribución espacio-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 2015-2018, constan como obxectivos e tarefas a controlar as seguintes cuestións:

Obxectivos:

- Obter información sobre a incidencia das ITS en Galicia.
- Vixiar a resistencia antimicrobiana do *Neisseria gonorrhoeae*.
- Vixiar os fallos do tratamento cos antibióticos recomendados na infección gonocócica.
- Analizar e difundir a epidemioloxía das ITS.

Actividades:

- Modificación do SXNOE para aumentar e mellorar a información sobre ITS en Galicia.
- Desenvolvemento do protocolo de vixilancia das resistencias antimicrobianas do gonococo.
- Seguimento das gonococias para detectar fallos terapéuticos.

Indicador:

- Informe sobre as ITS en Galicia.
- Informe sobre a resistencia antimicrobiana do *Neisseria gonorrhoeae*.
- Informe sobre o tratamento na infección gonocócica.

HEPATITES VÍRICAS

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

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

A pesar da dispoñibilidade dunha vacina contra a hepatite B, que diminuíu significativamente a incidencia nos países desenvolvidos, a infección segue a ser un problema de saúde pública mundial. A OMS calcula que, a comezos do século XXI, máis de 2.000 millóns de persoas se infectaron co VHB nalgún momento da súa vida; destas, sobre 350 millóns evolucionaron a hepatite crónica. Cada ano prodúcense máis de catro millóns de casos clínicos agudos e anualmente un millón de persoas morren por causa da hepatite crónica, a cirrose ou o cancro de fígado. En Europa, cada ano máis dun millón de cidadáns inféctanse co VHB e uns 14 millóns de persoas teñen infección crónica, das que cada ano falecen preto de 40.000.

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 período 1997-2013, obsérvase unha tendencia á diminución na declaración da hepatite B coa excepción dun incremento que se inicia no 2006 ata o 2008, a partir do cal, se inicia de novo unha diminución continuada ata alcanzar no 2012 o mínimo de toda a serie, 1,31 casos/10^5 habitantes. No 2013 hai un pequeno incremento na notificación que eleva a taxa a 1,38 casos/10^5 habitantes.

O grupo doutras hepatites víricas, tamén sufriu un importante e continuado descenso dende o ano 1997. No caso concreto da hepatite C, a prevalencia estimada en España está entre o 1,6% e o 2,6%.

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

Gráfico 66. Incidencia de hepatite A segundo provincia. Galicia 2005-2016.

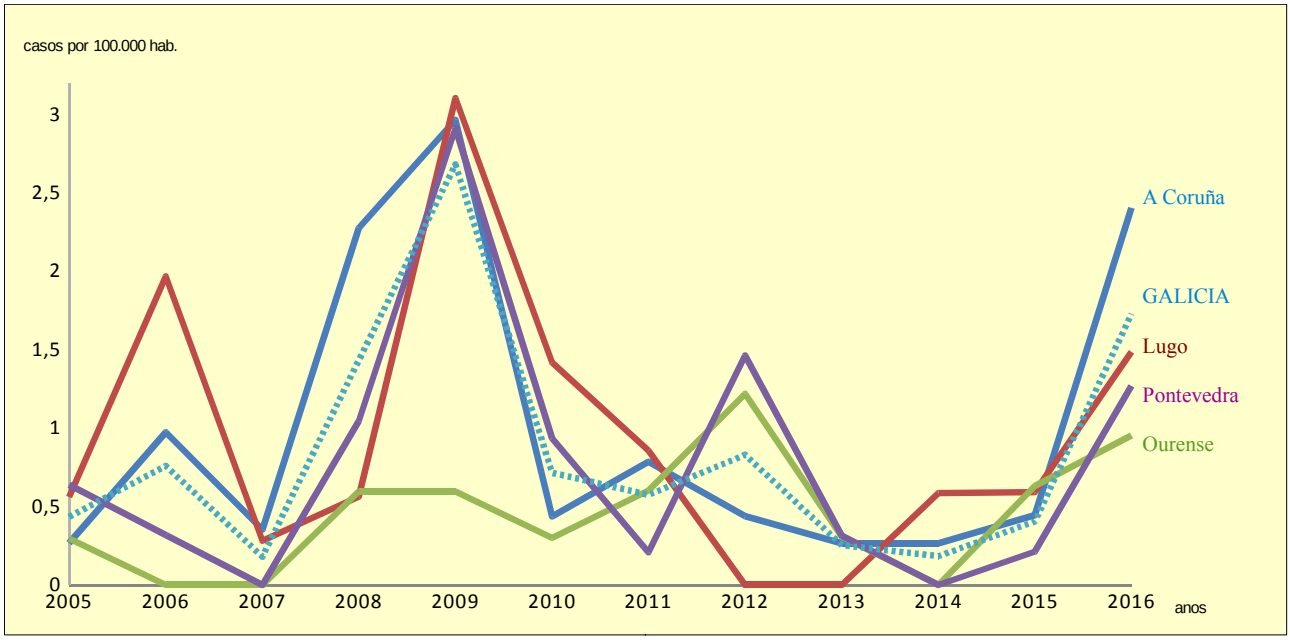
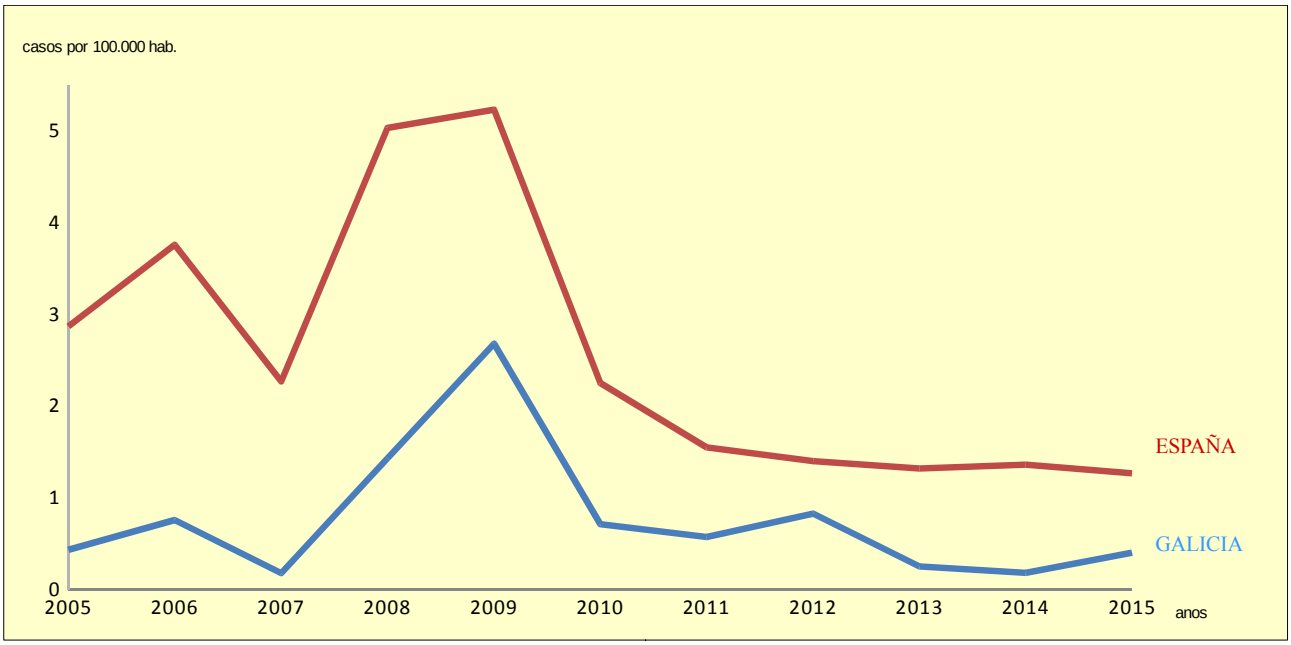


Gráfico 67. Incidencia de hepatite A. España e Galicia 2005-2015.



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

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

Gráfico 68. Incidencia de hepatite B segundo provincia. Galicia 2005-2016.

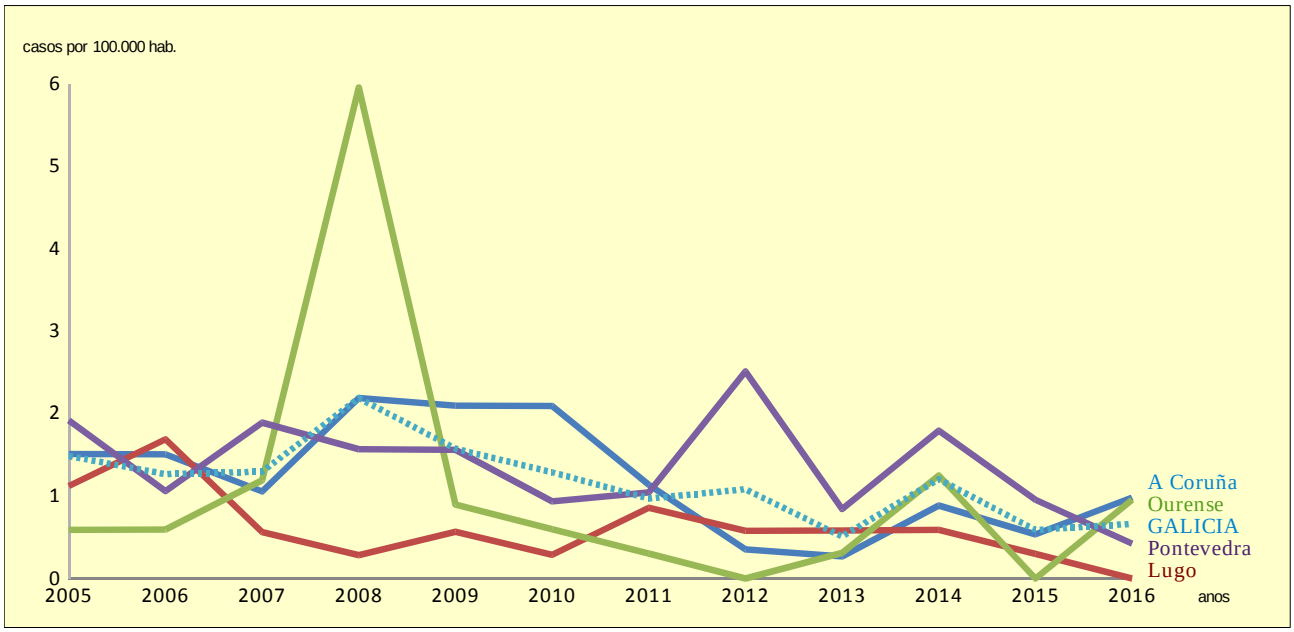
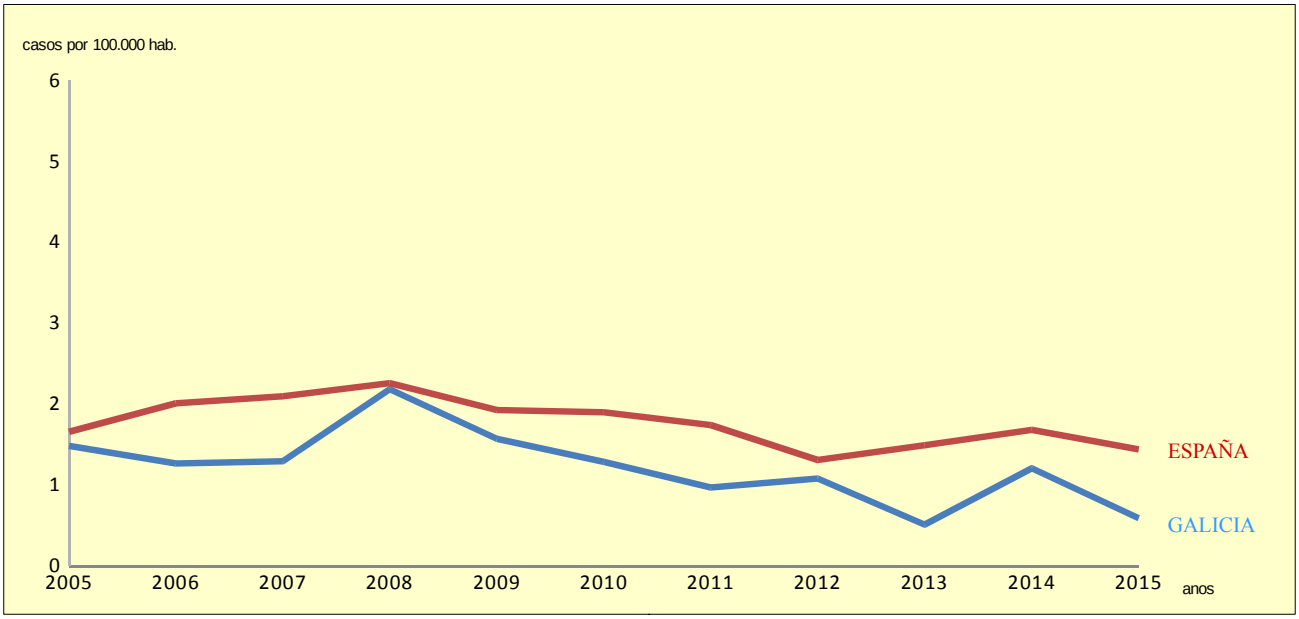


Gráfico 69. Incidencia da hepatite B. España e Galicia 2005-2015.



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

VIRUS DO HERPES SIMPLE

A principal causa de úlceras xenitais nos países en vías de desenvolvemento é a infección polo virus do herpes simple (VHS), principalmente polo VHS-2. O VHS-1 adoita a presentarse nos beizos, boca ou cara e adquírese principalmente na infancia. Este virus tamén era responsable de úlceras xenitais en moita menor medida que o VHS-2 pero a incidencia está a aumentar, posiblemente debido á diminución das primoinfeccións na infancia e aos cambios no comportamento sexual oro-xenital que fan que a presentación da enfermidade na zona xenital aumente na idade adulta.

Tamén na nosa contorna, o VHS é a principal causa de úlceras anoxenitais e favorece a transmisión da infección polo VIH.

A incidencia e prevalencia desta infección é moi variable duns países a outros e tamén entre grupos de poboación. En todo o mundo, a infección aumenta coa idade, afecta máis ás mulleres e dáse máis en grupos con prácticas sexuais de risco.

Enquisas transversais serolóxicas realizadas en oito países europeos mostran unha prevalencia do 4 % ao 24 % en maiores de 12 anos. Con carácter xeral, a infección polo VHS-2 é máis frecuente no norte de Europa que no sur.

A nivel estatal, temos datos da infección xenital por herpes a través do Sistema de Información Microbiolóxica (SIM) que, aínda que son datos limitados polo número de laboratorios, CCAA participantes e polos factores que inflúen no número de mostras tomadas, informan dun aumento da notificación anual (198 casos en 2009 e 546 en 2013/14).

VIRUS DO PAPILOMA HUMANO

Hai máis de 40 serotipos de virus do papiloma humano (VPH) responsables de ITS en humanos, dos cales, uns 18 poden provocar cancro. Os tipos 16 e 18 son os causantes do 70 % dos cancros de cérvix.

Ao VPH atribúenselle anualmente, en todo o mundo, uns 500.000 casos de cancro de cérvix e unhas 240.000 defuncións por este cancro. Tamén é responsable, en menor medida, de certos cancros en ano, vulva, vaxina, pene, cabeza e pescozo; así como das verrugas anoxenitais e da papilomatose respiratoria recorrente.

Máis de 58.000 cancros de cérvix son diagnosticados anualmente en Europa. A prevalencia media da infección en mulleres con citoloxía normal estímase en torno ao 11 %, sendo moi variable entre os diferentes países e rexións (9,8 % no norte de Europa, 11,7 % no sur, 9,5 % no oeste e 14,2 % na Europa do leste).

En España, o Estudo Cleopatra, realizado nunha mostra de 3.261 mulleres de 18 a 65 anos, mostrou unha prevalencia da infección por VPH do 14,3 % (12,2 % de serotipos de alto risco), que aumenta ata o 28,8 % nas mulleres de 18 a 25 anos. Os serotipos de alto risco máis frecuentes foron o 16 (prevalencia do 2,9 %), o 52 (1,8 %), o 51 (1,6 %), o 31 (1,3 %), e o 66 (1,2 %). O serotipo 16 estaba presente no 16,9 % das mostra positivas.

Os datos sobre a prevalencia da infección por VPH en España nos homes son parciais. Nun estudo obtivéronse mostras no pene das parellas de mulleres con cancro cervical. A prevalencia de infección por VPH foi de 21,6 % nas parellas de mulleres con carcinoma in situ, de 11,9 % nas parellas de mulleres con cancro cervical invasivo e de 3,6 % nas parellas de mulleres do grupo control.

A incidencia de verrugas xenitais en España, na poboación de 14 a 64 anos, estímase en 118 casos/10^5 habitantes (137 en homes e 100 en mulleres) e a prevalencia nese mesmo grupo de idade foi de 182 casos/10^5 habitantes (203 en homes e 162 en mulleres).

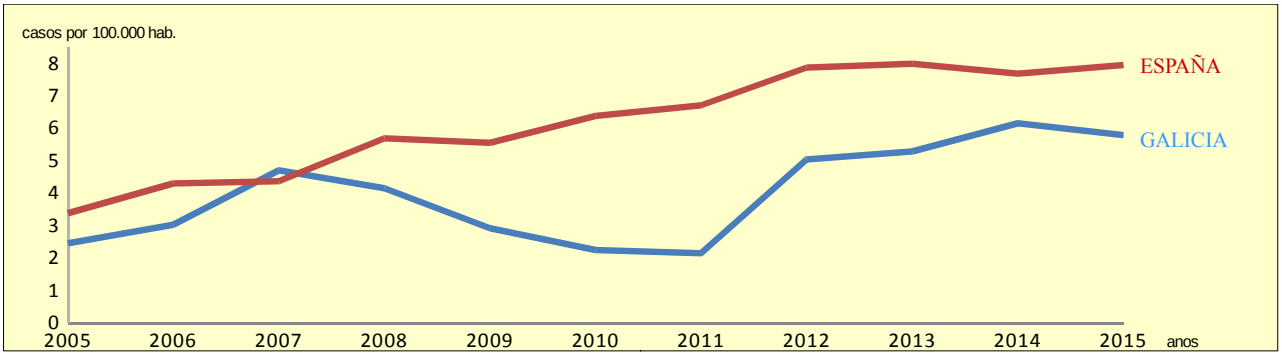
SÍFILIS

Segundo a OMS, inféctanse anualmente co *Treponema Pallidum* case 11 millóns de persoas. No ano 2011, 29 países da EU/EEA comunicaron 19.798 novos casos de sífilis, o que supuxo unha taxa de 4,9 casos/10^5 habitantes; dos cales o 63 % dos casos foron comunicados por Alemaña, Reino Unido, España e Romanía. Os casos en homes foron case 4 veces máis frecuentes e naqueles casos con información sobre a categoría da transmisión, o 42 % foron en HSH. Un de cada 6 casos producíronse en mozos de 15 a 24 anos de idade. A evolución por países é diverxente, do 2007 ao 2011 os maiores aumentos déronse en Dinamarca, Malta, Eslovenia, Eslovaquia, Irlanda e Noruega.

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

En España, os casos de sífilis sofren un importante descenso dende o ano 1985 (3.976 casos) ata 1995 (1.010 casos) e continuou descendendo ata o ano 2001 no que se acadou unha taxa de 1,77 casos/10^5 habitantes (700 casos). A partir dese momento, empeza un ascenso con incrementos anuais continuados ata o ano 2013 no que se acadou unha taxa de 8 casos/10^5 habitantes.

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

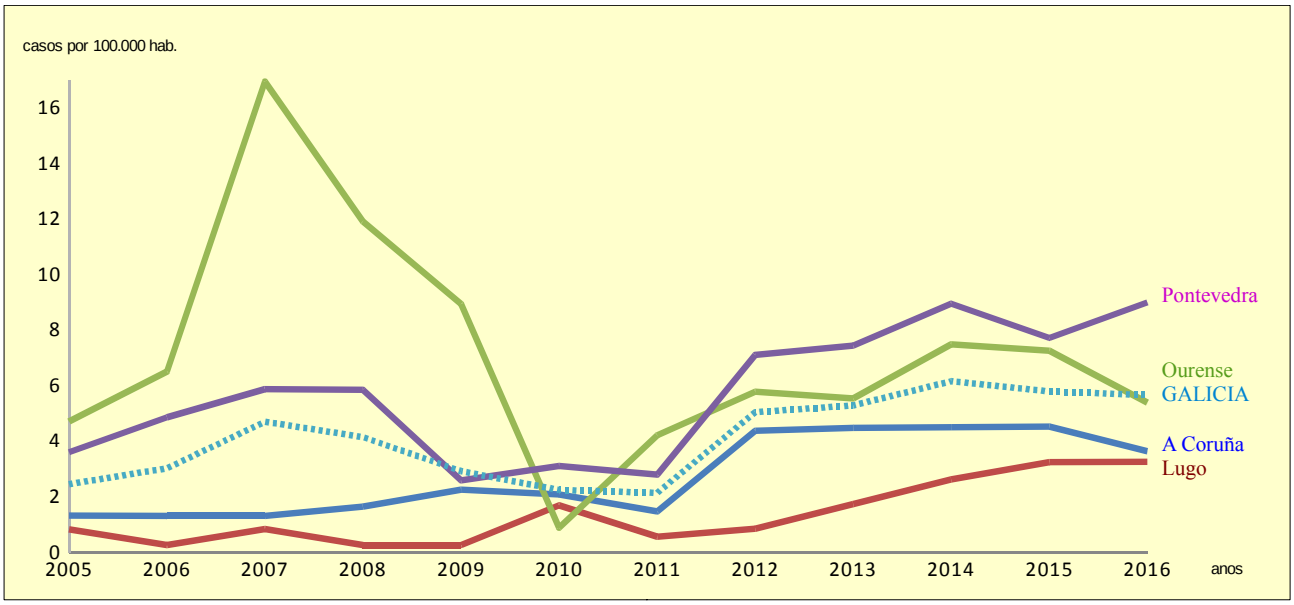


Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

Por outra banda, a lacra da sífilis conxénita continúa. Na primeira década deste século, houbo unha media de case 14 casos declarados por ano; no comezo desta segunda década hai una diminución con 7, 6 e 7 casos declarados no 2011, 2012 e 2013 respectivamente (datos do ISC III).

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 4,72 casos/10^5 habitantes, que se atopa preto da incidencia de 1988 (5,4 casos/10^5 habitantes). No ano 2008 comeza de novo unha tendencia decrecente que se mantén ata o ano 2011 (2,15 casos/10^5 habitantes), a partir do cal se produce un aumento ata acadar no 2013 unha taxa de 5,3 casos/10^5 habitantes.

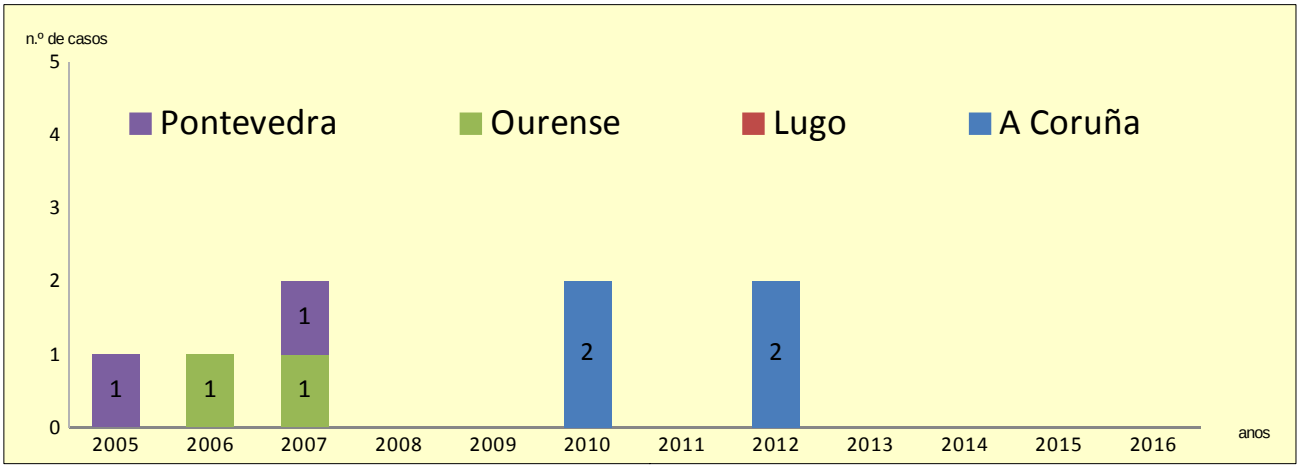
Gráfico 71. Incidencia da sífilis segundo provincia.Galicia 2005-2016.



Se nos comparamos coa situación estatal, a incidencia estatal é maior, sendo a evolución moi parecida (agás no descenso dos anos 2008-2011).

Como xa comentamos anteriormente, a sífilis conxénita evidencia un acceso tardío ao sistema sanitario e un fracaso do sistema de prestación sanitaria de coidados prenatais e/ou dos servizos sociais. En Galicia, isto vén corroborado polo feito de que a gran maioría dos casos da nosa comunidade autónoma danse en fillos de mulleres inmigrantes, que é un dos grupos onde máis se manifestan as desigualdades en canto ao acceso a estes sistemas. Dende o ano 2005 houbo 8 casos de sífilis conxénita.

Gráfico 72. Casos da sífilis conxénita segundo provincia. Galicia 2005-2016.



GONOCOCIA

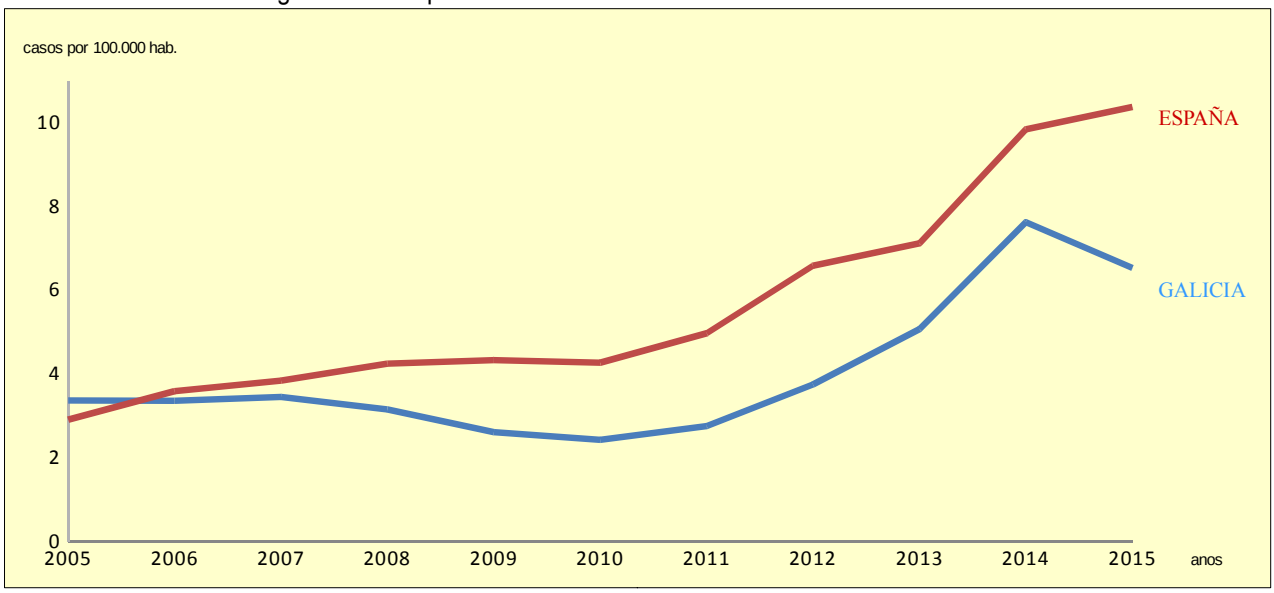
A nivel mundial, a OMS calcula que se producen cada ano 106 millóns de novos casos de gonococia.

A incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países da UE/EEA en 2011 foi de 12,6 casos/10^5 habitantes (39.179 casos) nos que o 33 % dos casos notificados foron en HSH. Os homes representaron o 73 % de todos os casos comunicados e máis do 40 % dos casos danse en menores de 25 anos. A taxa anual incrementouse un 19 % de 2007 ao 2011.

En España, na década de 1986 a 1995 produciuse o descenso máis acusado pasando de 31.250 casos a 4.599. Os casos seguiron diminuíndo ata o ano 2004 e dende ese ano comeza a aumentar continuamente ata o ano 2012; cunha incidencia anual de 11,7 casos/10^5 habitantes en 1995, de 2,5 casos/10^5 habitantes en 2004 e de 7,1 casos/10^5 habitantes en 2013 (datos do ISC III).

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

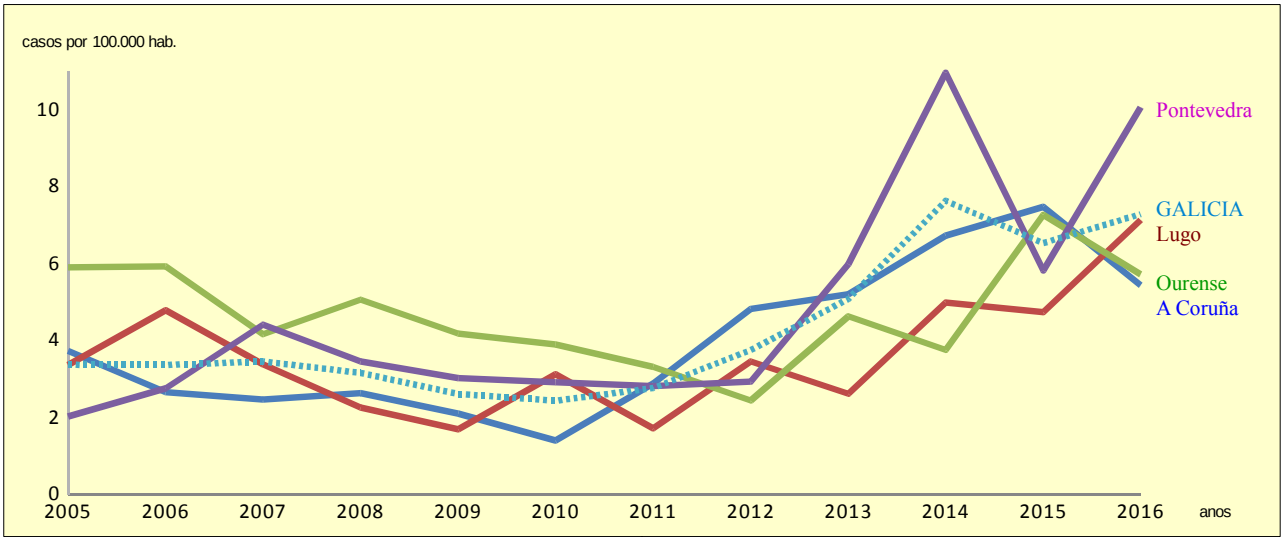
Gráfico 73. Incidencia de gonococia. España e Galicia 1997-2015.



Fonte: DXSP e ISC III. Elaborado pola DXSP

En Galicia a infección gonocócica é a ITS que sufriu a diminución máis espectacular. En 1985 declaráronse 3.456 casos; no ano 2000 declaráronse 295 casos, o que representou unha incidencia anual de 10,9 casos/10^5 habitantes, e seguiu diminuíndo ata que en 2010 se acadou unha taxa de 2,4 casos/10^5 habitantes (68 casos). Nos anos 2007, 2008 e 2009, a incidencia de sífilis superou á da gonococia por primeira vez na historia. A partir do 2010 prodúcese un incremento anual ata acadar unha taxa no 2013 de 5,1 (140 casos), incremento que se dá principalmente en varóns mozos.

Gráfico 74. Incidencia de gonococia segundo provincia. Galicia 2005-2016



Se analizamos a distribución provincial da sífilis e gonococia no período 2005-2012, observamos que tanto a incidencia anual da sífilis como a da gonococia son, en xeral, superiores na provincia de Ourense.

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

CLAMIDIASE XENITAL

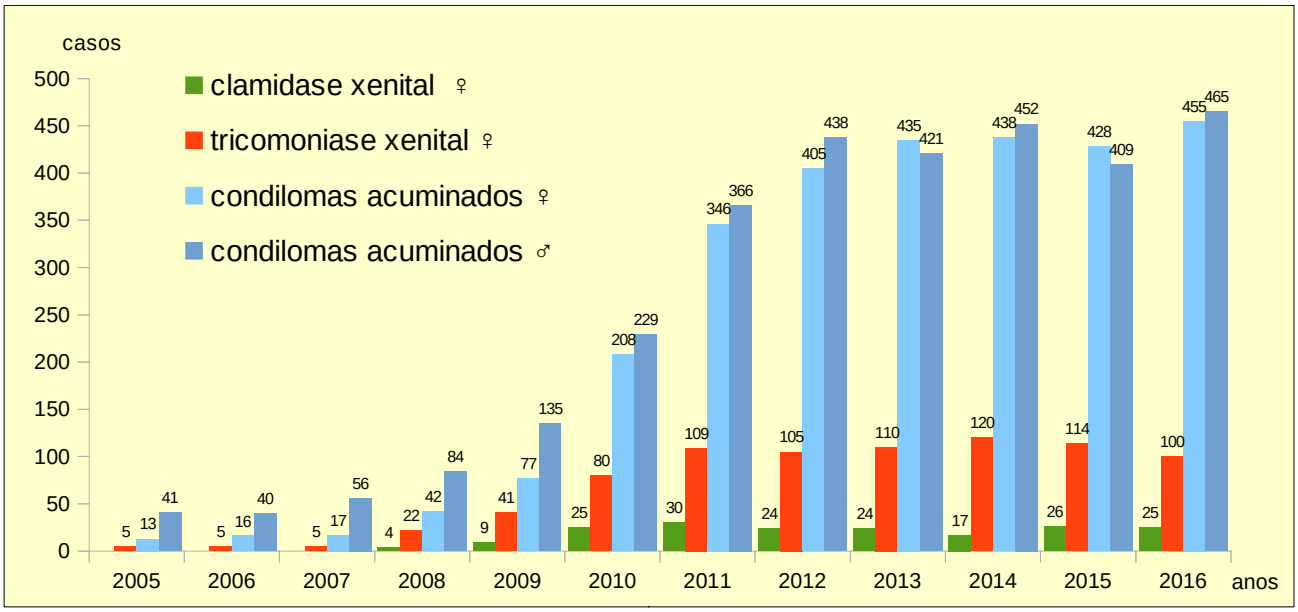
Unha das ITS máis comúns é a producida por uns serotipos determinados da *Chlamydia Tracomatis*, que presentan apetencia polas mucosas. O número de novas infeccións é cada vez maior en todo o mundo, das cales aproximadamente un 50-70 % son asintomáticas. A OMS calcula que se producen anualmente en todo o mundo 105,7 millóns de novos casos.

En Europa, a clamidiase é a ITS máis declarada. En 2011, notificáronse 346.911 casos, o que representou unha taxa de 175 casos/10^5 habitantes. Esta infección afecta principalmente á mocidade (o 73 % dos casos danse en persoas de 15-24 anos) e a mulleres mozas nas que a taxa é de 1.748 casos/10^5 habitantes. A incidencia real posiblemente sexa moito maior debido á frecuencia das infeccións asintomáticas e a unha infradeclaración.

Como no caso do herpes xenital, a nivel estatal, temos datos da infección por *Chlamydia Tracomatis* a través do SIM do ISC III que, coas limitacións xa comentadas, informan dun aumento da notificación anual; así, a modo de exemplo, no ano 2000 notificáronse 91 casos, no ano 2009, 844 casos e no ano 2013, 1.404 casos. A maioría dos casos son en poboación de 15 a 34 anos.

En Galicia temos datos de procesos atendidos en atención primaria por ITS como a clamidiase xenital, a tricomoniase xenital e os condilomas acuminados (causados por muchos tipos de VPH). Estos datos rexístranse no Sistema de información de análises complexos de atención primaria (SIAC AP), e codifícanse coa Clasificación internacional de atención primaria segunda edición (CIAP 2) polo que non temos datos de clamidiase xenital masculina (codifícanse dentro das uretritis) nin tricomoniase xenital masculina (codifícanse dentro das protatite/vesiculite seminal) por estar en códigos non individualizados. Os datos debemos velos con un pouco de perspectiva por non ter tan boa calidade coma a dos datos que proceden do Conxunto mínimo básico de datos (CMBD) e que constan no SIAC AE (atención especializada).

Gráfico 75. Casos de diversas ITS segundo sexo e anos. Galicia 2005-2016



(codificadas con CIAP 2 e rexistrados no SIAC AP)

LINFOGRANULOMA VENÉREO

O linfogranuloma venéreo (LGV) producido por outros serotipos da *Chlamydia Tracomatis* que presentan trofismo polo sistema linfático, era moi pouco frecuente en Europa Occidental e os casos que había eran importados. Non obstante, dende 2003, rexistráronse abrochos de LGV nas principais cidades de Europa, América do Norte e Australia relacionados principalmente con prácticas sexuais de risco en HSH infectados polo VIH.

En España o primeiro caso identificado foi en Barcelona no ano 2005, e dende entón producíronse varios abrochos en diversas rexións do territorio.

TRICOMONAS

A pesar de que a tricomoniase é posiblemente a ITS máis común, os datos sobre a súa prevalencia e incidencia son limitados. No ano 2008, a OMS calculaba que se producían anualmente en todo o mundo 276,4 millóns de casos novos, dos cales 22,6 millóns se producen en Europa (incluída Rusia).

Estes informes son resultado do esforzo e dedicación dos sanitarios que colaboran coa Dirección Xeral de Saúde Pública. A maioría destes profesionais da saúde traballan nos seguintes centros sanitarios:

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

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

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

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

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

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

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

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

galicia

Conselleria
de Sanidade

Dirección Xeral
de Saúde Pública

Informes

54

F

XUNTA
DE GALICIA