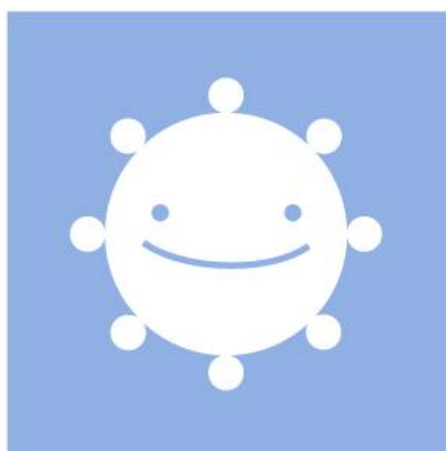


**EVOLUCIÓN**  
**DE LA**  
**INFECCIÓN**  
**VIH EN ASTURIAS.**  
**2003-2013**



**PAVSA**

Programa  
de prevención y  
atención a personas  
afectadas  
por el VIH-SIDA  
en Asturias



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD



**PAVSA**

Programa  
de prevención y  
atención a personas  
afectadas  
por el VIH-SIDA  
en Asturias

## AUTORES Y AGRADECIMIENTO

**Amelia González López**  
**Ana Fernández Verdugo**

## REVISIÓN

**Rosario Hernández Alba**

**Nuestro agradecimiento a los Laboratorios de Microbiología de la Red Hospitalaria Pública de Asturias.**



Gobierno del  
Principado de Asturias

Consejería de Sanidad



**PAVSA**

Programa de prevención y atención a personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias

## INDICE

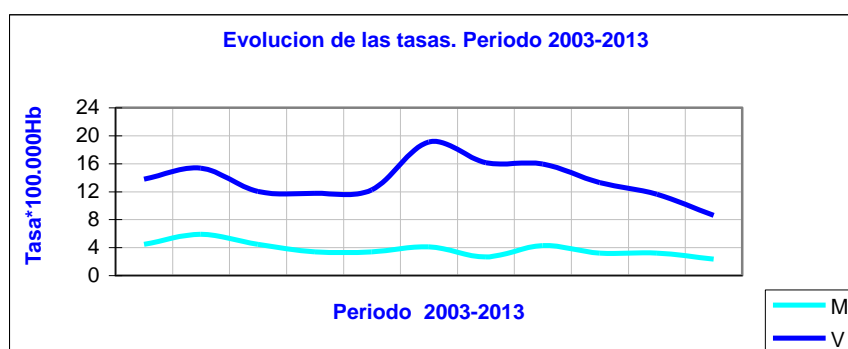
Evolución general de la infección.....	4
Edad y sexo.....	6
Lugar de residencia.....	7
Acceso a los servicios sanitarios para el diagnóstico de la infección por VIH.....	11
Categorías de transmisión.....	13
Diagnóstico tardío y sus implicaciones.....	14
Conclusiones.....	19

## Evolución general de la infección

En el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de Asturias, dependiente de la Dirección General de Salud Pública, se recogen las declaraciones realizadas por los Laboratorios de Microbiología de la Red Hospitalaria Pública de nuestra Comunidad, entre las que figura el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). El registro dispone de un sistema de encriptado diseñado para impedir el conocimiento de la identidad de las personas y al mismo tiempo, evitar la duplicidad de los registros. Además, desde el inicio de la epidemia, en Asturias todas las pruebas positivas en el cribado realizado en los Laboratorios de los Hospitales, se remiten a un único laboratorio de referencia para su confirmación mediante Western Blot (criterios de interpretación OMS). Estas dos circunstancias hacen que la información sobre la infección VIH diagnosticada en nuestra Comunidad sea fiable, bastante completa y sin duplicados.

Las variables que se analizan en esta serie de 11 años (de 2003 a 2013, ambos incluidos) figuran en el SIM y algunas de ellas han tenido que obtenerse consultando la historia clínica correspondiente, ya que no figuran en la información recogida en los registros de muestras de los Laboratorios de Microbiología.

Durante este periodo se han diagnosticado 1.007 casos, 775 (77%) varones y 232 (23%) mujeres. La frecuencia de casos y tasas de nuevos casos diagnosticados cada año, alcanzó un pico que comprende los años 2008, 2009 y 2010 y van disminuyendo en los últimos años hasta presentar el año 2013 la menor tasa de diagnósticos (tanto en varones como en mujeres) de toda la serie. Esta disminución no puede interpretarse exclusivamente como el descenso del número de personas infectadas en nuestra Comunidad. El retraso en el diagnóstico de la infección, como veremos más adelante, puede indicar que se diagnostica cuando ya han aparecido los síntomas de la enfermedad. Es posible que haya menos personas infectadas, pero sí sabemos que a una parte de los infectados/as se les diagnostica tarde.



**Tabla 1. Evolución general de la infección VIH en Asturias**

Evolución del diagnóstico de VIH	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Número de casos en 14 o menos años	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	7
Número de casos en mayores de 14 años	95	111	87	80	82	120	97	107	87	78	56	1000
Número total de varones mayores de 14 años	71	79	62	61	63	98	83	83	69	60	44	773
Número total de mujeres mayores de 14 años	24	32	25	19	19	22	14	24	18	18	12	227
Tasa *10 <sup>5</sup> H en varones mayores de 14 años	13,8	15,3	12,0	11,8	12,2	19,1	16,1	15,9	13,3	11,6	8,6	13,6
Tasa *10 <sup>5</sup> H en mujeres mayores de 14 años	4,5	5,9	4,5	3,4	3,4	4,1	2,7	4,3	3,2	3,2	2,3	3,8
Número de serologías de cribado	26.440	28.201	28.333	29.063	31.320	32.740	33.674	34.282	35.500	34.760	33.156	347.469
Relación serologías/población (%)	2,5	2,6	2,6	2,7	2,9	3,0	3,1	3,2	3,3	3,2	3,1	2,9
Proporción de serologías confirmadas positivas (%)	0,36	0,39	0,31	0,28	0,26	0,37	0,29	0,31	0,25	0,22	0,17	0,29

## Edad y sexo

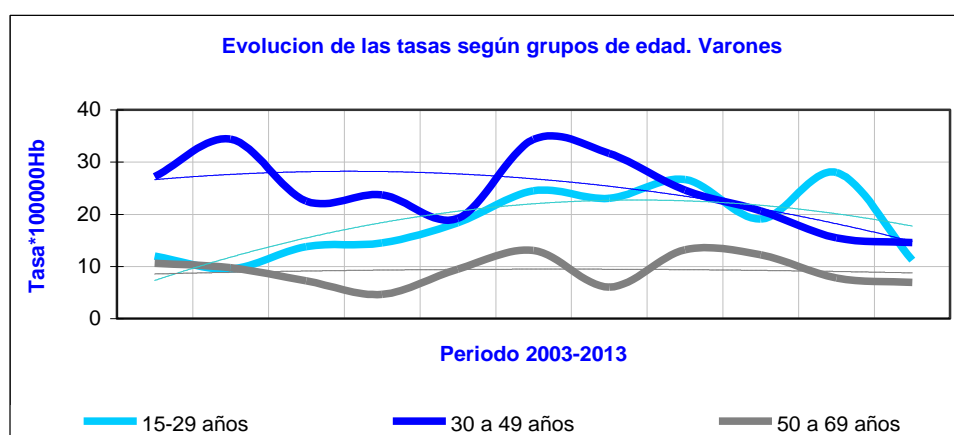
Tabla 2. Número de casos según sexo y grupo de edad

Grupo de edad	Varones	Orden varones	Mujeres	Orden mujeres	Total
≤14 años	2	<b>NOVENO</b>	5	<b>SEXTO</b>	<b>7</b>
15-19 años	10	<b>OCTAVO</b>	4	<b>SÉPTIMO</b>	<b>14</b>
20-24 años	63	<b>QUINTO</b>	30	<b>CUARTO</b>	<b>93</b>
25-29 años	102	<i>TERCERO</i>	33	<i>TERCERO</i>	<b>135</b>
30-39 años	254	<i>PRIMERO</i>	83	<i>PRIMERO</i>	<b>337</b>
40-49 años	194	<i>SEGUNDO</i>	49	<i>SEGUNDO</i>	<b>243</b>
50-59 años	94	<b>CUARTO</b>	21	<b>QUINTO</b>	<b>115</b>
60-69 años	39	<b>SEXTO</b>	3	<b>OCTAVO</b>	<b>42</b>
≥ 70 años	17	<b>SÉPTIMO</b>	4	<b>SÉPTIMO</b>	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>775</b>		<b>232</b>		<b>1007</b>

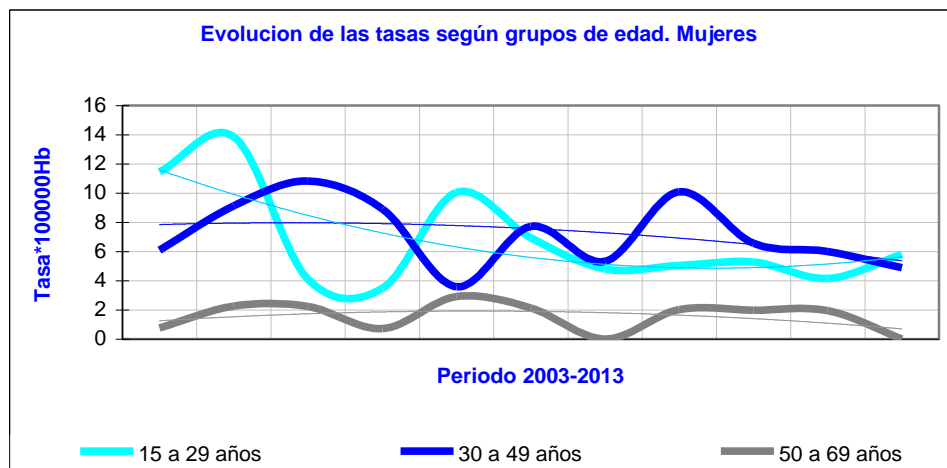
Los grupos de edad con mayor número de casos diagnosticados, tanto en varones como en mujeres son: de 30 a 39, 40 a 49 y 25 a 29 años.

En el resto de los grupos de edad, el orden cambia según el sexo. Los varones presentan mayor número de diagnosticados en los grupos de edad más elevada (particularmente el grupo de 60 a 69 años) es decir, se diagnostican a una edad más tardía que las mujeres.

Los grupos quinquenales se redujeron a tres (de 15 a 29, 30 a 49 y 50 a 69 años) para poder obtener tasas de incidencia anual por cada 100.000 habitantes más estables y de esta forma, conocer la evolución a lo largo de los 11 años.



Tanto en varones como en mujeres, las tasas en el grupo de edad de 50 a 69 años, permanecen estables a lo largo de los 11 años. En los varones, el descenso se produce en el grupo de 30 a 49 años y, particularmente en los últimos tres años, en los más jóvenes (15-29).



En el caso de las mujeres, el descenso de las tasas en el grupo de menor edad, es sostenido a lo largo de todo el periodo.

### Lugar de residencia

El municipio de Oviedo consta como residencia en primer lugar, seguido de Gijón y de la zona central de Asturias (Centro). La denominación “Centro”, corresponde a los municipios de las áreas sanitarias III, IV y V con excepción de los municipios de Oviedo Gijón y Avilés.

**Tabla 3. Casos diagnosticados y lugar de residencia**

Número y porcentaje de casos diagnosticados	Varones	Mujeres	Total
Municipio de Avilés	43 (5,6%)	22 (9,6%)	65 (6,5%)
Centro*	96 (12,4)	20 (8,6%)	116 (11,5%)
Cuenca del Caudal. Área sanitaria VII	51 (6,5%)	9 (3,9%)	60 (5,9%)
Cuenca del Nalón. Área sanitaria VIII	37 (4,8%)	17 (7,3%)	54 (5,4%)
Municipio de Gijón	227 (29,3%)	60 (25,8%)	287 (28,5%)
Municipio de Oviedo	246 (31,7%)	78 (33,6%)	324 (32,1%)
Occidente. Área sanitaria VI	16 (2%)	3 (1,3%)	19 (1,9%)
Oriente. Áreas sanitarias I y II	22 (2,8%)	9 (3,9%)	31 (3,1%)
No residen en Asturias	3 (0,4%)	1 (0,4%)	4 (0,4%)
No consta	34 (4,5%)	13 (5,6%)	47 (4,7%)
<b>Total</b>	<b>775 (100%)</b>	<b>232 (100%)</b>	<b>1007 (100%)</b>

Centro: Áreas sanitarias III, IV y V excepto municipios de Avilés, Oviedo y Gijón.

Las tasas más altas de prevalencia de la infección a lo largo de todo este periodo, también corresponden al municipio de Oviedo (tabla 4), tanto en varones como en mujeres. Llama la atención que la tasa de casos diagnosticados en mujeres sea más elevada en Avilés que en Gijón y las diferencias entre las dos Cuencas, previsiblemente con una población similar en demografía y costumbres: en la Cuenca del Caudal (AS VII) la tasa en varones es de 13,7 por 100.000 varones residentes en los municipios que la comprenden, por 8,6 en la Cuenca de Nalón, y en mujeres es de 2,2 por cada 100.000 mujeres, por 3,7 por 100.000 en la cuenca del Nalón. Una posible hipótesis para explicar estas diferencias puede ser una actitud diferente por parte de los servicios sanitarios en la captación de personas con prácticas de riesgo y la posterior realización de la prueba analítica.



**Tabla 4. Tasa de personas diagnosticadas en el total de los 11 años según el lugar de Residencia.**

Tasas** por 100.000 habitantes	Varones	Mujeres	Total
Municipio de Avilés	9,8	4,6	7,1
Centro*	8,4	1,7	5,0
Cuenca del Caudal. Área sanitaria VII	13,7	2,2	7,7
Cuenca del Nalón. Área sanitaria VIII	8,6	3,7	6,0
Municipio de Gijón	15,8	3,8	9,5
Municipio de Oviedo	21,9	6,1	13,5
Occidente. Áreas sanitarias I y II	3,6	0,7	2,1
Oriente. Área sanitaria VI	7,6	3,0	5,3
Total	13,6	3,8	8,5

\*Centro: Áreas sanitarias III, IV y V excepto municipios de Avilés, Oviedo y Gijón.

\*\*Población: residentes mayores de 14 años en los municipios correspondientes para cada sexo.

## Lugar de procedencia

El 81% de los 1.007 casos de infección diagnosticados son de origen español. Los 188 que constituyen el porcentaje restante, se distribuyen según su origen como se muestra en las tablas 5 y 6.

**Tabla 5. Procedencia de los casos diagnosticados en el periodo 2003-2013**

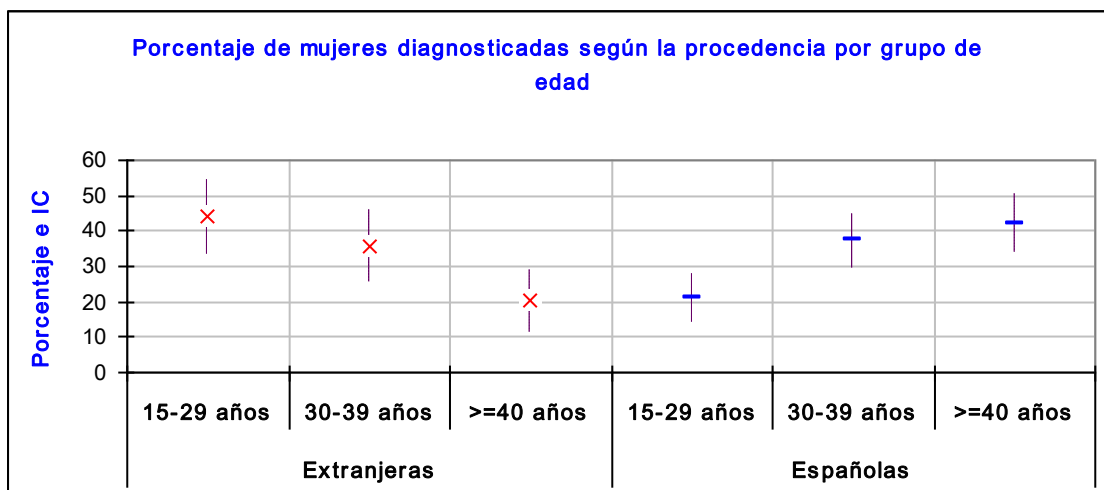
Numero de casos	Varones	Mujeres	Total
EEUU y Canadá	2	0	2
México, America Central y Caribe	11	6	17
America del Sur	50	33	83
Norte de África	2	0	2
África subsahariana	14	34	48
Europa occidental (menos España)	16	4	20
Europa oriental	8	8	16
<b>España</b>	<b>671</b>	<b>147</b>	<b>818</b>
NC	1	0	1
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>232</b>	<b>1007</b>

**Tabla 6. Procedencia de las personas no españolas diagnosticadas en Asturias**

Porcentaje	Varones	Mujeres	Total
EEUU y Canadá	1,9%	0,0%	1,1%
México, America Central y Caribe	10,7%	7,1%	9,0%
America del Sur	48,5%	38,8%	44,1%
Norte de África	1,9%	0,0%	1,1%
África subsahariana	13,6%	40,0%	25,5%
Europa occidental (menos España)	15,5%	4,7%	10,6%
Europa oriental (países ex-URSS)	7,8%	9,4%	8,5%

Cuando consideramos sólo la distribución por sexo, de los casos de origen extranjero, en las mujeres el porcentaje más alto corresponde a los países del África subsahariana (mayoritariamente Guinea Ecuatorial) y en los varones a América del Sur (principalmente Brasil).

La edad es, en el caso de las mujeres, el dato más relevante cuando comparamos a las de origen español con las de procedencia extranjera.



Como se puede observar en el gráfico, el grupo de mujeres extranjeras es significativamente más joven, invirtiéndose los porcentajes para cada grupo: más del 40% tienen entre 15 y 29 años en el caso de las extranjeras mientras que un porcentaje similar lo encontramos en las mayores de 40 años en el caso de las españolas.

### Acceso a los servicios sanitarios para el diagnóstico de la infección por VIH

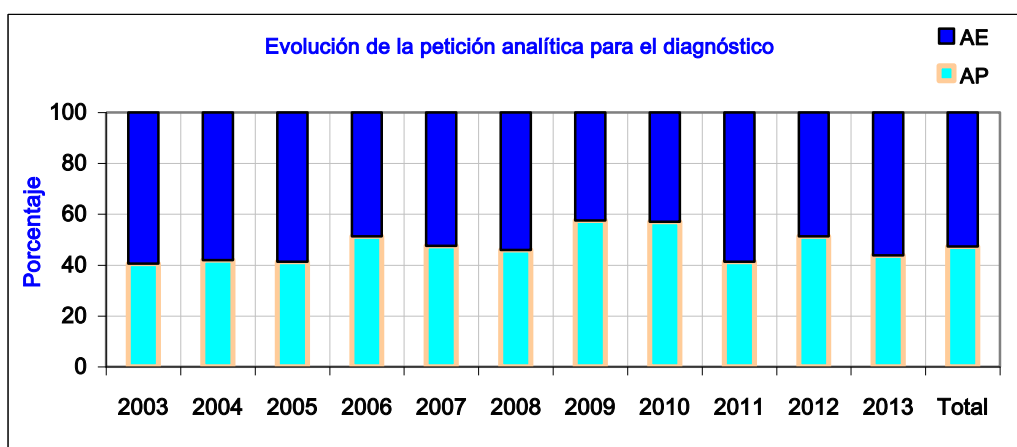
En contra de lo esperado, ya que hablamos de “diagnóstico de infección” y el objetivo es la detección de los infectados en el estadio de portadores asintomáticos, la petición analítica ha sido realizada en el 52,6% de los casos (775 varones y 232 mujeres mayores de 14 años) por los profesionales de la Atención Especializada (AE), es decir, en los hospitales. En el otro 47,3%, el diagnóstico ha sido solicitado desde la red de Atención Primaria (AP) considerando como tal todo lo que es puerta de entrada a los servicios sanitarios (Centros de Salud, Centro Penitenciario de Villabona, Unidades de ITS de Oviedo y Gijón). Sólomente en las Áreas sanitarias I y V se encuentra mayor porcentaje de peticiones desde AP que desde AE: 58% y 42% en el AS I y 51% y 49% en el AS V.

El diagnóstico mayoritario en los hospitales es otro dato más que apunta al retraso diagnóstico y a la disminución de la captación de infectados/as en la comunidad antes de que se presente el deterioro clínico.

**Tabla 7. Origen de la petición diagnóstica. Número y porcentaje**

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Atención Primaria	376	48,5%	101	43,5%	477	47,3%
Atención Especializada	399	51,5%	131	56,5%	530	52,6%
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>100 %</b>	<b>232</b>	<b>100 %</b>	<b>1007</b>	<b>100 %</b>

Como puede observarse en el gráfico siguiente, la tendencia a aumentar los diagnósticos por parte de la red de Atención Primaria (AP) se rompe en 2011.



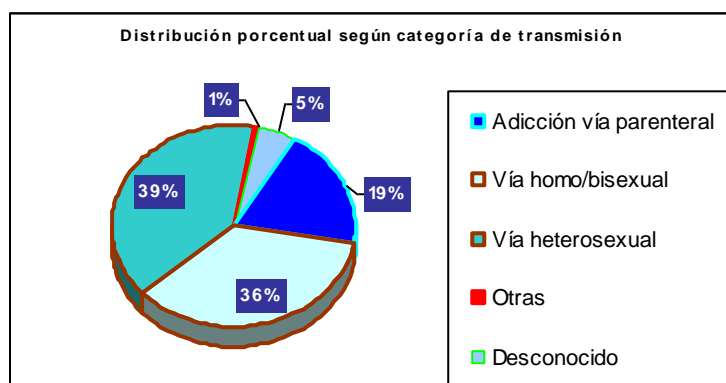
Este descenso se constata, tanto para la AP como para la AE, cuando estudiamos el acceso al diagnóstico en la categoría de transmisión sexual, la relevante durante todo el periodo.

En la siguiente tabla puede observarse que sólo en dos Áreas (AS I y AS V) el porcentaje de peticiones es más alto en AP que en AE.

**Tabla 8. Petición diagnóstica en cada Área Sanitaria**

	AP	AE	Total
AS I	7 (58%)	5 (42%)	12 (100%)
AS II	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)
AS III	37(39%)	58 (61%)	95 (100%)
AS IV	187 (44%)	236 (56%)	423 (100%)
AS V	147 (51%)	141 (49%)	288 (100%)
AS VI	11 (48%)	12 (52%)	23 (100%)
AS VII	14 (29%)	35 (71%)	49 (100%)
AS VIII	15 (29%)	37 (71%)	52 (100%)
NO as	59 (100%)	0 (0%)	59 (100%)
<b>Total</b>	<b>477 (47%)</b>	<b>530 (53%)</b>	<b>1007 (100%)</b>

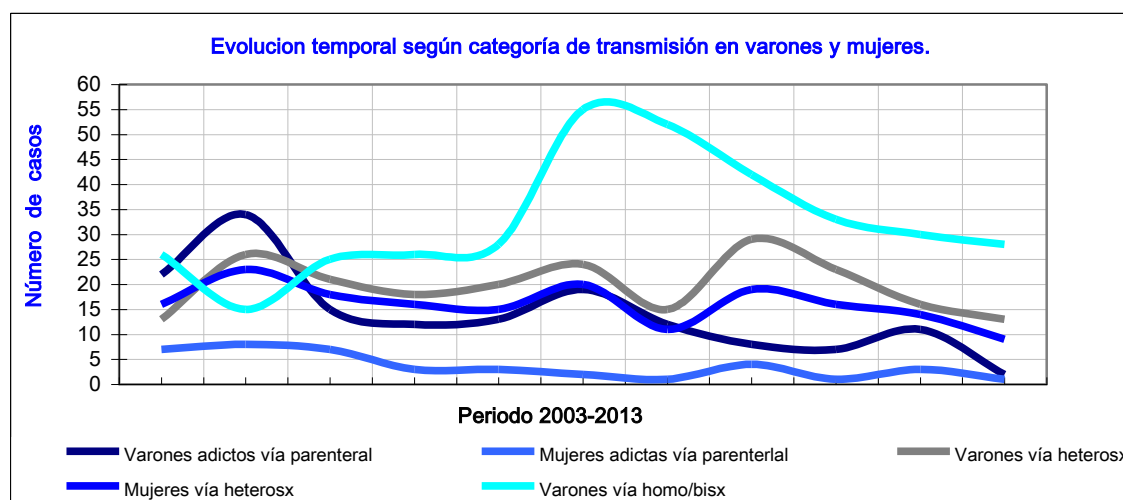
## Categorías de transmisión



Durante estos once últimos años, la infección VIH se ha comportado como una infección de transmisión sexual (el 39% se ha infectado vía heterosexual y el 36% por relaciones homo/bisexuales sin protección) con un 19% que ha adquirido la infección

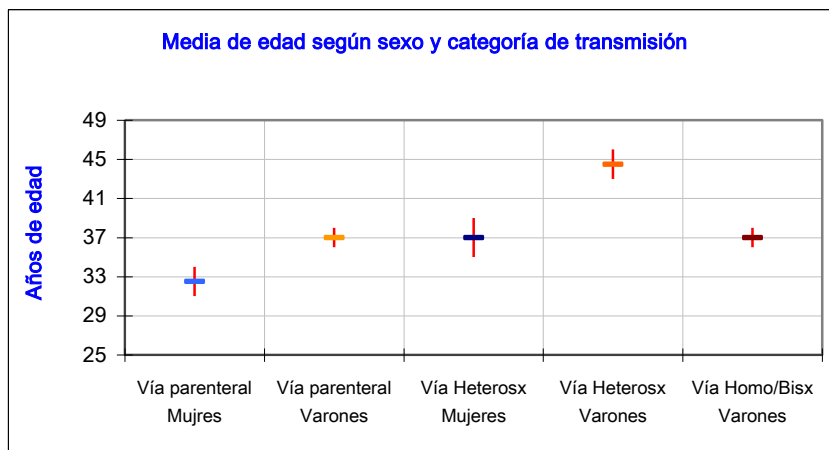
por compartir jeringuillas. A lo largo de la serie temporal, esta última vía de transmisión ha ido perdiendo relevancia.

Otras categorías corresponden a 6 casos de transmisión vertical y un caso adquirido por una transfusión de sangre administrada en otro país, aunque la infección se diagnosticó y la persona reside en Asturias.

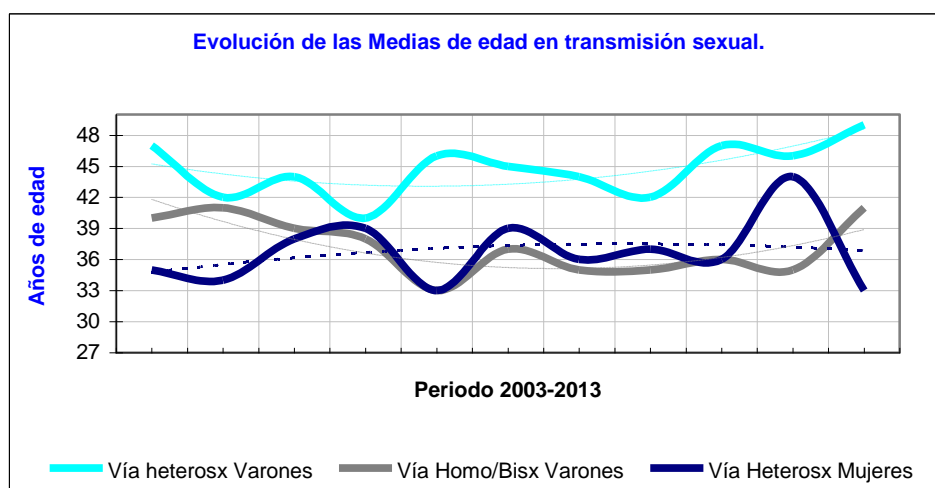


La mayor proporción de varones diagnosticados se han infectado por vía homosexual, que ha experimentado un aumento a lo largo del periodo y decrece en los últimos años. La transmisión vía heterosexual mantiene una tendencia más estable y los contagios entre adictos/as por vía parenteral decrece en ambos sexos, más claramente en los varones, a lo largo de los 11 años. En el caso de las mujeres, la adquisición de la infección mediante la vía parenteral es minoritaria (siempre por debajo de los 10 casos al año) y predomina claramente la vía heterosexual. El comentado descenso de los tres últimos años se produce en todas las categorías de transmisión y en ambos sexos.

Ya hemos comentado anteriormente que los varones se diagnostican a edades más tardías que las mujeres. En el gráfico siguiente vemos que esto se produce, fundamentalmente, a expensas de los varones que se infectan por vía heterosexual, con una media de edad próxima a los 45 años, significativamente más elevada que los varones infectados por otras vías y que las mujeres. La media de edad de las mujeres infectadas por esta vía es de 37 años.



A lo largo de estos 11 años, los varones infectados por vía heterosexual siempre se han diagnosticado con mayor edad pero, si bien en los primeros años la tendencia iba en el sentido de realizar el diagnóstico más temprano, en estos últimos comprobamos que la media de edad, ya elevada, no ha dejado de subir.



## Diagnóstico tardío y sus implicaciones

El diagnóstico tardío se produce cuando la persona infectada se realiza prueba diagnóstica pasado un tiempo desde la infección, y durante el cual ésta ha ido progresando solapadamente y deteriorando su situación inmunológica, tanto que puede producirse el diagnóstico de la

infección VIH al mismo tiempo que el de padecer SIDA. El retraso diagnóstico tiene al menos dos graves implicaciones: el deterioro de la salud de la persona afectada y el desconocimiento de su condición de infeccioso/a con la probabilidad de contagio y diseminación de la infección que ello implica.

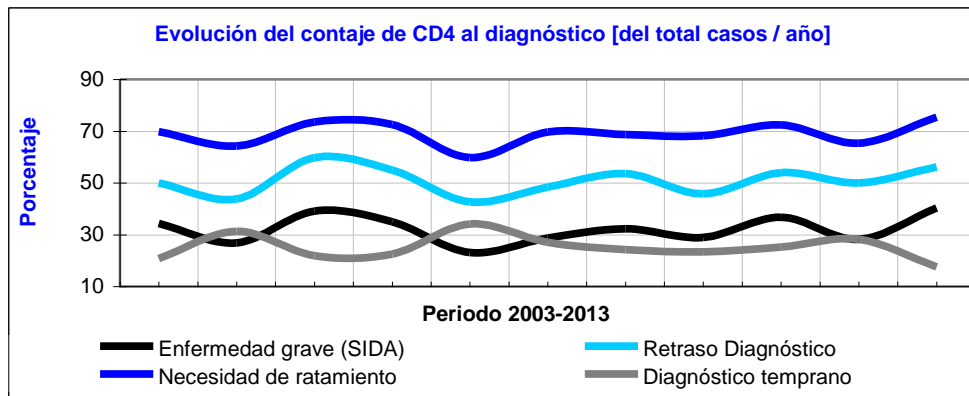
Disponemos de información sobre su situación inmunológica al diagnóstico de la infección en 949 de los 1007 casos que componen la serie (775 varones y 232 mujeres). El 51,5% de los varones sufre retraso diagnóstico y el 33 % se diagnostica cuando ya padece enfermedad grave. El porcentaje que ya precisa tratamiento porque cuando se realiza el diagnóstico ya presenta por debajo de 500 CD4 es del 69,5%. En el caso de las mujeres, el 27,6% se diagnostica cuando presenta enfermedad grave, el 46,6% con retraso diagnóstico y el 66,8% con necesidad de iniciar el tratamiento (Tabla 9)

**Tabla 9. Porcentaje según niveles de CD4 y sexo**

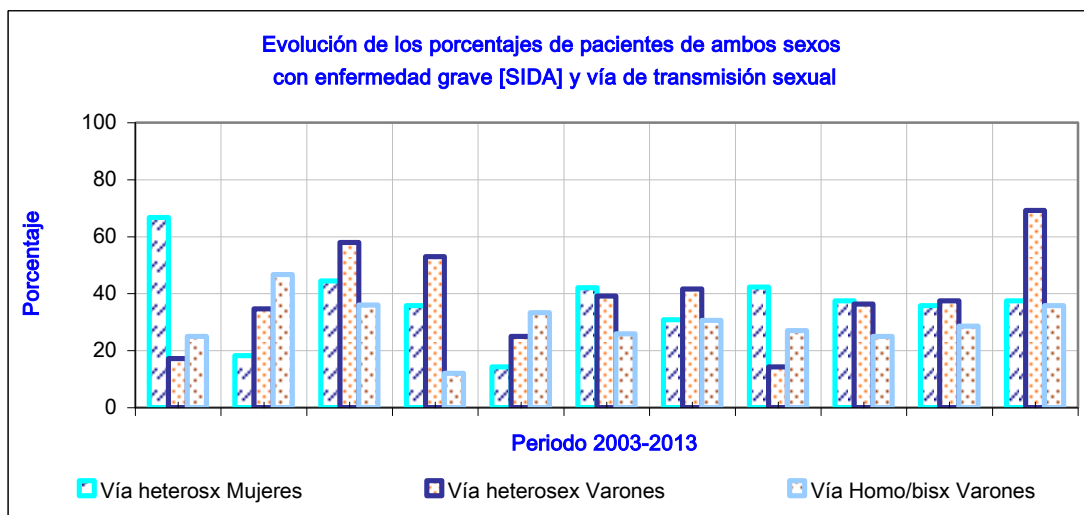
Niveles de CD4	Varones	Mujeres	Total
≤ 199 CD4 (se considera casos de SIDA)	32,9%	27,6%	31,7%
200-349 CD4	18,6%	19,0%	18,7%
<b>Retraso Diagnóstico (posibilidad de infección oportunista)</b>	<b>51,5%</b>	<b>46,6%</b>	<b>50,3%</b>
350-499 CD4	17,9%	20,3%	18,5%
<b>Necesidad de tratamiento (aunque se encuentre asintomático)</b>	<b>69,4%</b>	<b>66,8%</b>	<b>68,8%</b>
≥ 500 CD4 (diagnóstico temprano, antes de deterioro inmunológico)	25,0%	26,7%	25,4%
No Consta	5,5%	6,5%	5,8%

En conjunto, podemos decir que sólo el 25% de las personas diagnosticadas en estos once años, se identificaron como tales cuando su sistema inmunológico era competente y por tanto, el diagnóstico ofrece las mayores posibilidades de calidad de vida para los pacientes y mejores oportunidades para el control temprano de la diseminación de la infección.

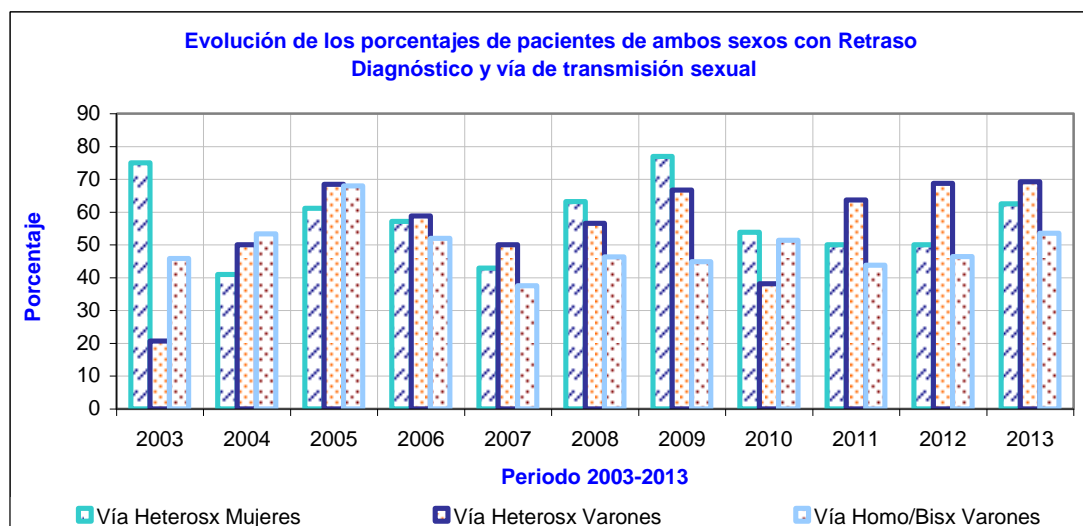
Estas elevadas proporciones en el retraso de la captación de las personas infectadas ha ido creciendo progresivamente a lo largo de los últimos años como se observa en el siguiente gráfico.



Cuando analizamos más detenidamente la evolución durante estos años del retraso diagnóstico, en el caso de transmisión sexual, observamos que el incremento progresivo del diagnóstico de infección VIH en situación de enfermedad (SIDA) se produce fundamentalmente a expensas de los varones infectados por vía heterosexual, cuyo incremento es gradual a lo largo de los once años. Cuando consideramos el retraso diagnóstico en el caso de las mujeres infectadas por vía heterosexual, el porcentaje de casos de SIDA al diagnóstico fue disminuyendo en los primeros años y ha cambiado de tendencia en los 4 últimos. El porcentaje de varones homosexuales en esta situación al diagnóstico presenta una tendencia más estable.







Otra variable interesante relacionada con el retraso diagnóstico, es el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la infección y la realización de la determinación de CD4. En gran medida esta variable depende del circuito organizado para la atención de estos pacientes, así que puede ser francamente mejorable con medidas circunscritas a los servicios sanitarios.

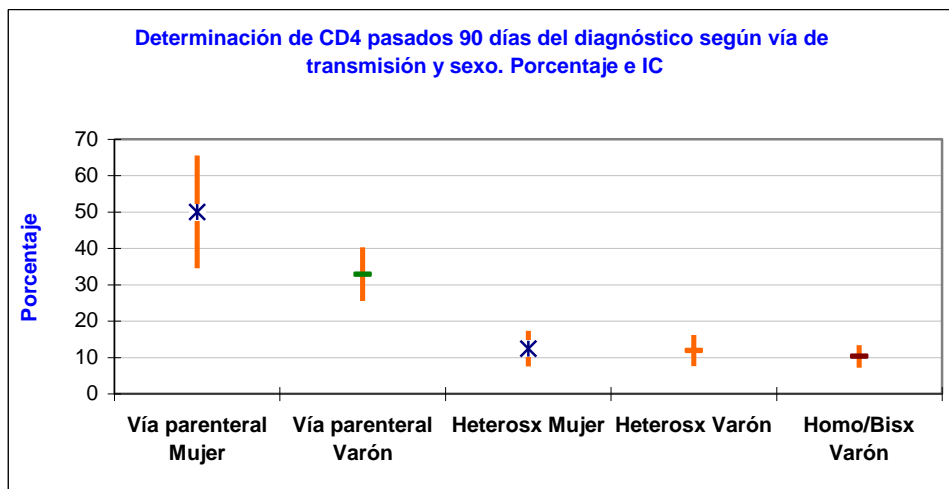
Los valores de corte que manejamos son los utilizados en el **Plan Nacional del SIDA. Diciembre 2014** (“Igual o menor de 90 días y más de 90 días”) con una modificación: hemos incorporado el valor “menor o igual a 30 días” que consideramos un periodo de tiempo “normal” dada la población infectada y la accesibilidad de los servicios sanitarios en nuestra Comunidad Autónoma. Así pues, los intervalos utilizados en este análisis son los siguientes: 30 días o menos (situación normal) entre más 30 y 90 días (situación mejorable) y más de 90 días, que consideramos una espera excesiva dado que a priori desconocemos si va a estar indicado el tratamiento.

En la tabla 10 mostramos el número y porcentaje para estos valores de corte en varones y en mujeres.

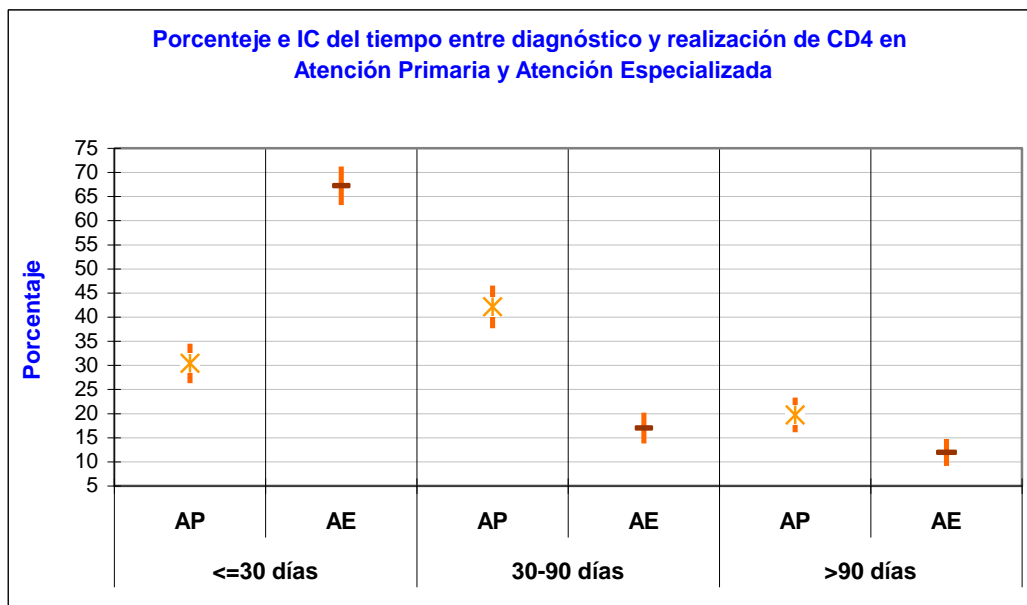
**Tabla 10. Tiempo entre el diagnóstico de infección y la determinación de CD4**

	Mujeres	Varones	Total
≤ 30 días	102 (40%)	399 (51,5%)	501 (49,8%)
31-90 días	73 (31,5%)	218 (28,1%)	291 (28,9%)
> 90 días	42 (18,1%)	115 (14,8%)	157 (15,6%)
No Consta	15 (6,5%)	43 (5,5%)	58 (5,8%)
<b>Total</b>	<b>232 (100%)</b>	<b>775 (100%)</b>	<b>1007 (100%)</b>

Cuando se analiza en las diferentes categorías de transmisión según el sexo, los porcentajes más elevados, cuando el periodo es superior a 90 días (y menores para el periodo de 30 o menos) corresponden a las personas adictas a drogas por vía parenteral que no han tomado precauciones. En el caso de la transmisión sexual, no hay diferencias entre los porcentajes de varones y mujeres.



Mayor relevancia tiene el análisis de esta variable en relación con el nivel de los servicios sanitarios donde se ha realizado el diagnóstico de la infección. Cuando el diagnóstico se realiza en la Atención Especializada, el porcentaje de pacientes que tienen la determinación de CD4 en el tiempo que hemos considerado normal, es del 71%, frente al 34,5% que están en esa situación cuando se diagnostican en Atención Primaria. Como se observa en el gráfico adjunto, en los tres valores de corte, la diferencia entre diagnosticar la infección en un dispositivo u otro es relevante y esta desigualdad es desfavorable para los que se diagnostican en la Atención Primaria, a la hora de disponer de una información clave para evaluar las necesidades o no de iniciar el tratamiento.



## Conclusiones

- La infección VIH durante el periodo 2003-2013 se consolida claramente como una infección de transmisión sexual.
- En los años 2011, 2012 y 2013 se produce una disminución de los casos diagnosticados. Dado que el pico de captación se produce en 2008, 2009 y 2010, seguido de la última campaña en medios y ONGs realizada a finales de 2007 y primer semestre de 2008, puede ser un error atribuir este descenso a una disminución de las infecciones ya que es posible que se deba a que se ha bajado la guardia, tanto social como institucionalmente.
- Las mujeres son, en el conjunto de la serie, más jóvenes que los varones y el diagnóstico de casos nuevos cada año, tanto en número como en tasas es más estable que en el caso de los varones.
- La disminución de la captación, particularmente en los 3 últimos años, se produce en la gente más joven: grupo de edad de 15 a 19 años.
- Las tasas más elevadas para ambos sexos corresponden al municipio de Oviedo. Es más alta la tasa de mujeres diagnosticadas residentes en el municipio de Avilés que la tasa de residentes en Gijón.
- Es llamativa las diferencias entre la Cuencas: En la Cuenca del Caudal hay una elevada tasa de detección de varones infectados (el tercer lugar) y una baja tasa de mujeres ( el sexto lugar). En la Cuenca del Nalón las tasas ocupan lugares intermedios, el quinto para los varones y cuarto para las mujeres, respectivamente.

- Las mujeres que proceden de países extranjeros son significativamente más jóvenes que las españolas.
- El país de procedencia extranjera con más casos, es Guinea Ecuatorial para las mujeres, seguido de Nigeria. En el caso de los varones, corresponden a Brasil y Cuba.
- La petición analítica para diagnosticar la infección procede en un 53% de la Atención Especializada, es decir, de la red hospitalaria. Este dato, junto a la disminución de las tasas en la población joven, parecen indicar que está disminuyendo la captación de personas infectadas en situación de “portador asintomático”, es decir, cuando mas oportuno parece cortar la cadena de transmisión.
- La mayoría de las mujeres se han infectado por vía heterosexual, no llegando a 10 casos/año en el caso de la infección por adicción a drogas por vía parenteral.
- Los incrementos de casos hasta el 2011 se deben fundamentalmente, al aumento de diagnósticos en varones homosexuales jóvenes.
- La media de edad de los varones infectados vía heterosexual es significativamente más elevada que en el resto de las categorías de transmisión tanto en varones como en mujeres. No sólo es la media de edad más elevada sino que presenta una tendencia a subir a partir de 2011.
- Durante el periodo estudiado no se ha mejorado el retraso en el diagnóstico de la infección. Éste se realiza, en el 50% de los diagnosticados, cuando ha pasado un tiempo considerable desde el momento de la infección y en el 32% cuando su situación inmunológica es compatible con las manifestaciones clínicas del SIDA.
- El diagnóstico cuando ya existe deterioro inmunológico grave se produce principalmente en los varones que se han infectado por vía heterosexual y se constata esta situación con tendencia a incrementarse en el transcurso de los once años estudiados.
- El retraso en el diagnóstico implica la posibilidad de infectar a otras personas, el deterioro del sistema inmunológico y el empeoramiento del pronóstico para la persona infectada.
- Como se ha señalado, el porcentaje de diagnosticados en la Atención Primaria es del 47,3%. El indicador del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la realización de los CD4, pone de manifiesto la necesidad de mejorar los circuitos y la coordinación entre los dos niveles asistenciales, tanto para incrementar los diagnósticos en primaria como para evitar que los pacientes sufran un mayor retraso en la indicación de tratamiento. La sugerencia de valorar que las determinaciones de CD4 y Carga Viral se puedan solicitar desde la Atención Primaria y que ya se disponga de estos datos analíticos básicos cuando llegue a la consulta especializada, puede suponer una clara mejora en la atención al paciente.