





## 1.1. Morbilidad de la infección por el VIH y el sida en Cataluña

La vigilancia epidemiológica del VIH y el sida tiene por objeto conocer las características, la evolución y la distribución geográfica de estas enfermedades en Cataluña y se coordina a través del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT), con la participación de diversas instituciones: la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), las unidades de vigilancia epidemiológica (UVE) de las Regiones Sanitarias del Departamento de Salud (DS), y la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil del Departamento de Justicia. Los centros asistenciales recogen la información de forma confidencial mediante un formulario estandarizado [1-2].

Con la introducción, en 1996, del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se produjo un incremento del tiempo transcurrido entre la infección y el desarrollo del sida, así como de la supervivencia de los enfermos. Esta situación motivó que los registros de sida experimentaran una disminución en el número de nuevos casos y que, además, caracterizaran infecciones antiguas. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, según la sigla inglesa), Cataluña incorporó la vigilancia epidemiológica del VIH en el año 2001 con el Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de VIH [3-4].

La infección por el VIH en Cataluña es de notificación voluntaria desde 2001. Se aplican los criterios de definición de la infección por el VIH del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, según la sigla inglesa) [5].

El sida en Cataluña es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) individualizada desde 1987. Los criterios de definición de caso y los métodos diagnósticos aplicados se ajustan a las definiciones que el CDC dio en 1982, 1985 y 1987 [6-8], y a la definición europea de 1993 [9].

La codificación de la vía de transmisión del VIH se realiza siguiendo un criterio jerárquico que da prioridad a la vía parenteral por delante de la vía sexual. Este criterio se aplica si un enfermo presenta dos o más posibles vías de transmisión [1]. Los criterios de clasificación referente al grupo de transmisión heterosexual se modificaron en el año 2001. Así, a partir de este año se codifica como heterosexual siempre que se señale en el formulario que no corresponde a otro factor de riesgo y que la conducta sexual sea heterosexual. En los casos diagnosticados antes de esta fecha, la definición del grupo de transmisión heterosexual es más restrictiva, ya que incluye sólo a personas con conducta heterosexual y que hayan mantenido relaciones heterosexuales con personas infectadas, o con riesgo elevado de estar infectadas por el VIH [10].

El presente informe incluye los nuevos diagnósticos de infección por el VIH notificados desde 2001 hasta el 31 de diciembre de 2009, con fecha de diagnóstico de VIH hasta el 31 de diciembre de 2008. En cuanto a los casos de

sida, se incluyen los notificados al Registro de sida desde 1981 (año en que tuvo lugar la primera notificación en Cataluña) hasta el 31 de diciembre de 2009, con fecha de diagnóstico de sida hasta el 31 de diciembre de 2008. Los datos presentados no se ajustan en función del retraso en la notificación.

Los cuatro períodos que se distinguen cuando los datos se presentan agrupados por años de calendario, se refieren a los cambios introducidos en los criterios diagnósticos (períodos 1981 a 1987, 1988-93 y 1994-1996) y a la era posterior a la introducción del TARGA (1997-2008).

El estado vital se actualiza por medio de la información que proporcionan los médicos declarantes (no se recoge la causa del fallecimiento) y se completa con el cruce realizado con los datos notificados al Registro de Mortalidad de Cataluña, que depende del Servicio de Información y Estudios del DS.

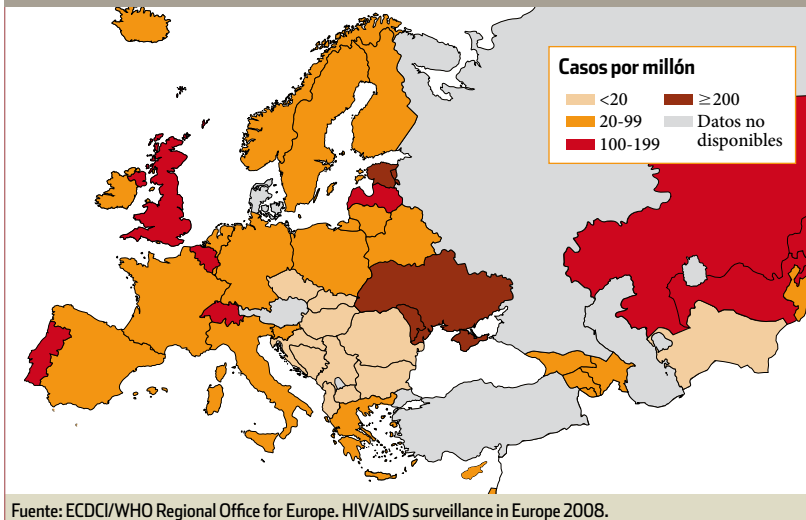
### 1.1.1. Epidemiología de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH

#### 1.1.1.1. Magnitud y distribución

Durante el 2008, se han notificado 51.600 nuevos diagnósticos de VIH en Europa, el 49% de los cuales se han declarado en países de la Unión Europea (UE). Este número subestima el total de infectados por el VIH, ya que no todos los países disponen de un sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH y en algunos países únicamente se dispone de datos de algunas regiones, como es el caso de Italia y España [11].

De los nuevos diagnósticos declarados en Europa durante el 2008, el

Figura 1.1.1. Nuevos diagnósticos de infección por VIH por millón de habitantes. Región europea de la OMS, 2008.



37% fueron personas infectadas a través de relaciones heterosexuales, el 27% corresponde a personas infectadas a través del uso de drogas por vía parenteral y el 19% son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) [11].

En la **figura 1.1.1** se pueden ver las tasas (por millón de habitantes) de los nuevos diagnósticos de VIH el año 2008 en los países de la Región europea de la OMS.

España no tiene un sistema nacional de notificación de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Actualmente, son 12 las Comunidades Autónomas (CCAA) que recogen datos: Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, Galicia, Navarra, País Vasco, La Rioja y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Durante el año 2008, en estas CA, se han notificado 1.583 nuevos diagnósticos de VIH con una transmisión predominante por relaciones heterosexuales (41,8%), seguido de las relaciones

entre HSH (38,8%) y de las personas infectadas a través del uso de drogas por vía parenteral (9,2%) [12].

En Cataluña, el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH diagnosticados desde el año 2001 hasta el 31 de diciembre de 2008 ha sido de 5.506. La tasa anual global de nuevos diagnósticos para este período es de 12 casos por 100.000 habitantes. En la **figura 1.1.2** se puede ver la evolución anual de los nuevos diag-

nósticos de VIH por sexo desde el año 2001. Durante el 2008 se han notificado 636 nuevos diagnósticos de VIH, un 3,8% menos que en 2007.

### 1.1.1.2. Características de los nuevos diagnósticos de VIH en Cataluña

Del total de nuevos diagnósticos, el 77,8% son hombres y el resto (22,2%) mujeres. La mayoría de los nuevos diagnósticos de infección se han declarado en personas entre los 25 y 39 años (58%). La media de edad global es de 37,0 años, 37,6 años para los hombres y 34,9 años para las mujeres.

En cuanto a la transmisión de la infección, la vía más probable de transmisión del virus han sido las relaciones heterosexuales en el 43,3% de los casos (32,2% de los casos en los hombres y 81,9% en las mujeres), seguido en un 36,1% de los HSH (46,5% de los casos en los hombres) y el uso de drogas por vía parenteral en el 14,6% de los casos (**figura 1.1.3**).

Si miramos las tendencias actuales relacionadas con las vías de transmisión de la infección, observamos un incremento de los nuevos diagnósticos de VIH en HSH del 31,5% para

Figura 1.1.2. Evolución anual de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo, 2001-2008.

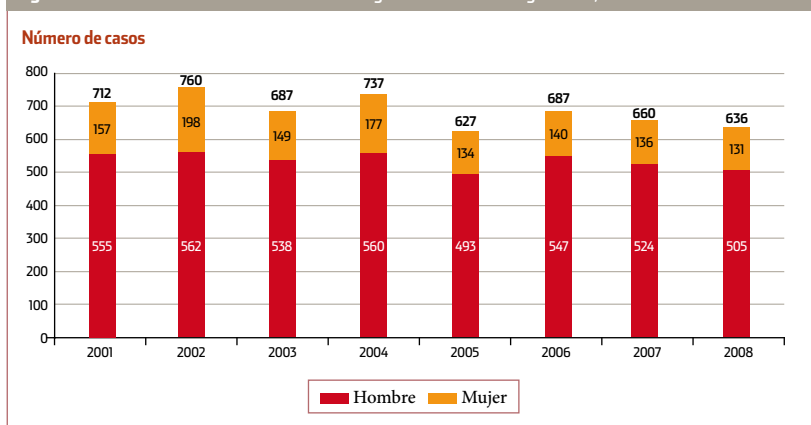


Figura 1.1.3. Distribución porcentual de los nuevos diagnósticos de VIH según vía de transmisión y sexo. Cataluña 2001-2008.

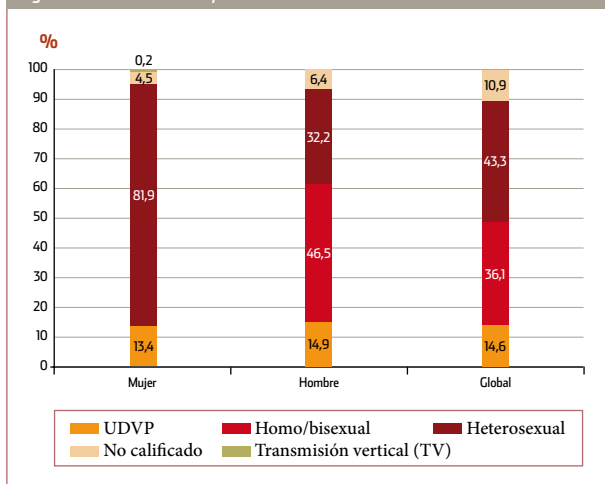
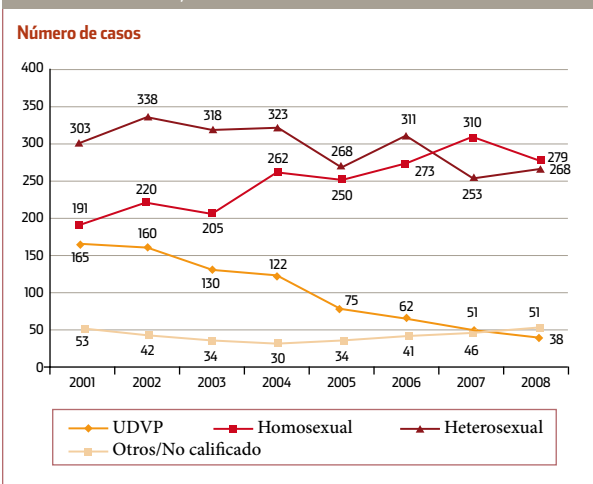


Figura 1.1.4. Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH según vías de transmisión. Cataluña, 2001-2008.



el período 2001 a 2008, pasando de 191 casos en 2001 a 279 en 2008 (representa un incremento anual promedio del 4,6%). En cuanto a los heterosexuales, se observa un descenso del 13% para el periodo 2001-2008, pasando de 303 casos en 2001 a 268 casos en 2008 (descenso anual promedio del 2,6%). En los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), se observa un importante descenso del 33,4% para el periodo 2001-2008 pasando de 165 casos en 2001 a 38

casos en 2008 (descenso anual promedio del 24,6%) (figura 1.1.4).

En cuanto al estadio clínico, aunque el 59,4% eran asintomáticos en el momento del diagnóstico de VIH, en un 24,6% el enfermo cumplía criterios de sida y en el 7,8% de ocasiones presentaba sintomatología aunque sin criterios de sida.

En global, la proporción de inmigrantes entre los nuevos diagnósticos de

VIH en Cataluña es del 35,6%. Se observa sin embargo, un incremento progresivo a lo largo del período analizado, pasando del 24,4% en 2001 al 47,2% el año 2008 (figura 1.1.5). Tras el origen español, el 44,2% proceden de América Latina y Caribe, el 29,5% de África Subsahariana, el 11,1% de Europa Occidental, el 6,7% de Europa Oriental, el 5,3% de África del Norte y el resto de otros países (3,2%) (tabla 1.1.1). La vía de transmisión de la infección por VIH más frecuente ha sido la he-

Imagen 1.1. Los patrones epidemiológicos de la transmisión del VIH han cambiado y actualmente la infección por el VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual. Estos datos aconsejan reforzar la prevención primaria de la infección por el VIH mediante la promoción de hábitos sexuales saludables.



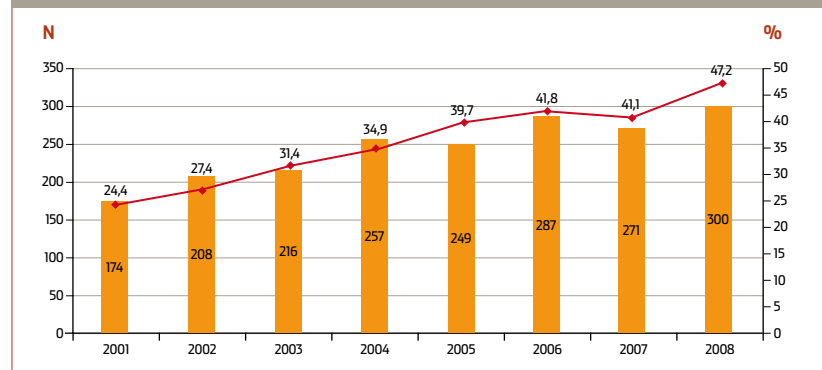
terosexual en cuanto a las mujeres (90,0%) y la homosexual con respecto a los hombres (45,5%) (figura 1.1.6). En la figura 1.1.7 podemos ver la distribución de las vías de transmisión según regiones de origen. Si bien en las mujeres la vía heterosexual es la más frecuente independientemente de la región de origen, esto no ocurre en el caso de los hombres: la vía de transmisión más frecuente en los hombres procedentes de África es la heterosexual, en los que proceden de América Latina y Europa Occidental son HSH y en los que proceden de Europa Oriental es de UDVP.

## 1.1.2. Epidemiología del sida

### 1.1.2.1. Magnitud y distribución del sida

En 2008, España es el cuarto país de la (UE) con una incidencia de sida más alta (29,1 casos por millón de habitantes) después de Estonia, Letonia y Portugal [11]. Según la última actualización, en el Registro español de casos de sida, constan 77.953 casos

Figura 1.1.5. Evolución de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en inmigrantes. Cataluña, 2001-2008.



con fecha de diagnóstico hasta el 31 de diciembre de 2008. Durante el año 2008 se han notificado 1.340 casos de sida. Entre las CCAA con tasas por millón de habitantes superiores a 30 están las Islas Baleares (58,0), Murcia (39,7), Madrid (38,4), La Rioja (35,7), Aragón (34,1), el País Vasco (32,3) y Navarra (31,5) (tabla 1.1.2) [13].

En Cataluña, el número total de casos de sida desde 1981 hasta el 31 de diciembre de 2008 es de 16.235. Des-

de el diagnóstico del primer caso en 1981, la tasa anual de incidencia aumentó progresivamente, pasando de 0,8 casos por 100.000 habitantes en 1983 hasta llegar a 26,1 casos por 100.000 habitantes en 1994, coincidiendo con la expansión de la definición epidemiológica de caso de sida. Entre 1996 y 1998 se produjo un fuerte descenso en el número de casos (1.357 y 686 casos, respectivamente), representando una disminución de las notificaciones de sida del

Tabla 1.1.1. País de origen de los nuevos diagnósticos de VIH. Cataluña, 2001-2008.

	N	%
<b>España</b>	<b>3.544</b>	<b>72,3</b>
<b>Otros países</b>	<b>1.962</b>	<b>35,6</b>
<b>América Latina y Caribe</b>	867	44,2
Ecuador	158	
Brasil	131	
<b>Norte de África</b>	103	5,2
Marruecos	86	
<b>África Subsahariana</b>	579	29,5
Nigeria	83	
<b>Europa Occidental</b>	218	11,1
Francia	50	
<b>Europa Oriental</b>	131	6,7
Rusia	32	
<b>Otros</b>	64	3,3

Figura 1.1.6. Distribución de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH según país de origen, grupo de transmisión y sexo. Cataluña, 2001-2006.

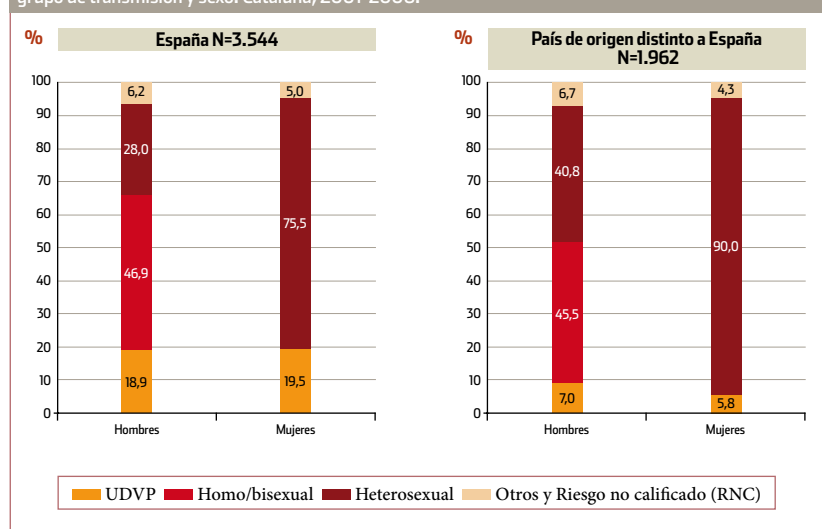
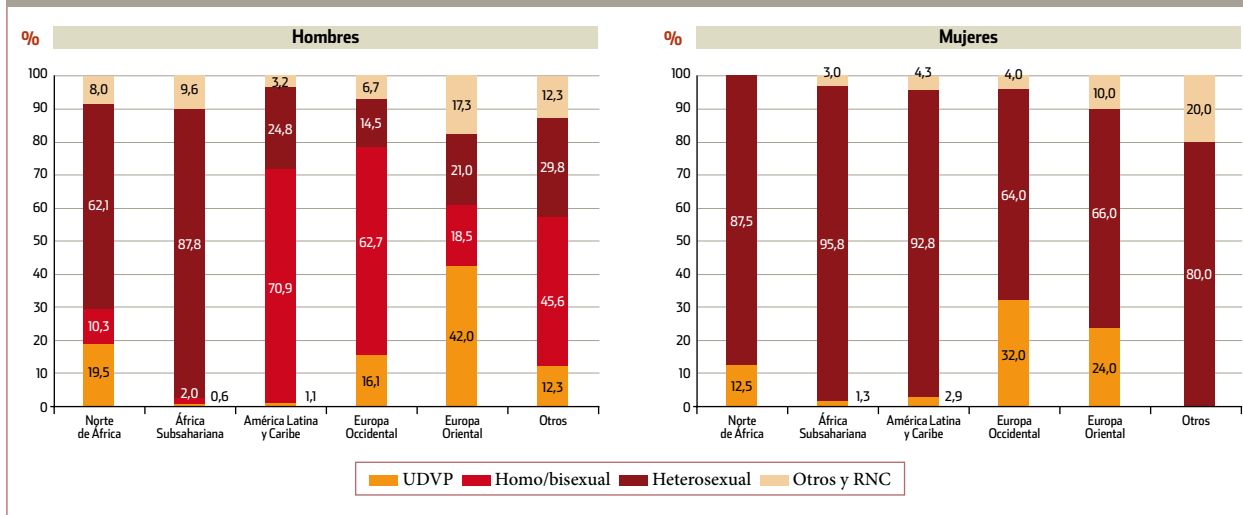


Figura 1.1.7. Distribución de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en inmigrantes según zona geográfica, grupo de transmisión y sexo. Cataluña, 2001-2008.



49% en 2 años. Desde entonces, la disminución anual del número de casos de sida es menor y más gradual, reflejando la estabilización del efecto de las nuevas terapias en la incidencia de casos de sida. Durante el año 2008, los casos notificados al Registro de sida de Cataluña han sido 228, representando una tasa glo-

bal de 3,1 casos por 100.000 habitantes. En la **tabla 1.1.3** se puede ver los casos de sida y las tasas correspondientes según regiones sanitarias. La interpretación de los datos de casos de sida declarados en el último año se debe hacer con cautela y de forma provisional debido al retraso de notificación. Teniendo presente esta

consideración, durante el año 2008 se han notificado un 25,4% menos casos que en el 2007.

Figura 1.1.8. Casos de sida por sexo y año de diagnóstico. Cataluña, 1981-2008.

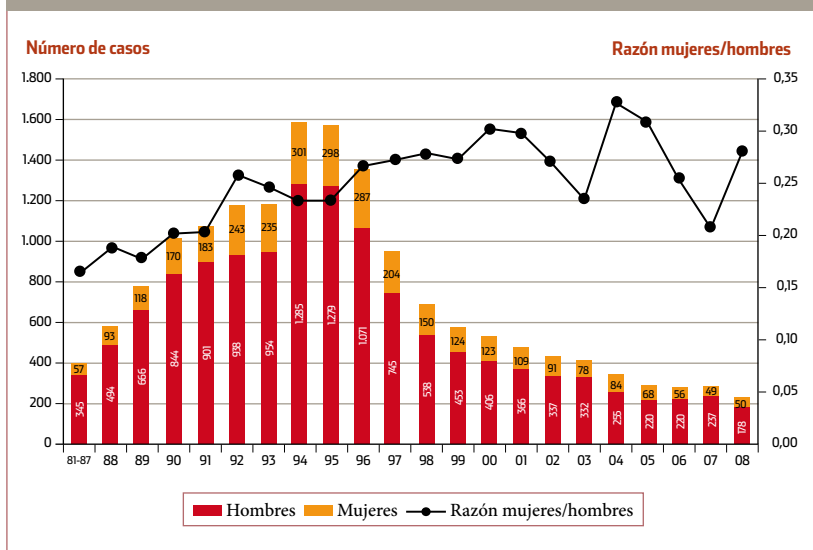


Tabla 1.1.2. Casos de sida diagnosticados por millón de habitantes. España, 2008.

Baleares	58,0
Murcia	39,7
Madrid	38,4
La Rioja	35,7
Aragón	34,1
País Vasco	32,3
Navarra	31,5
Melilla	30,1
Galicia	29,3
Ceuta	28,2
Cataluña	26,9
C. Valenciana	24,5
Canarias	20,3
Andalucía	19,8
Cantabria	19,5
Castilla la Mancha	13,3
Castilla y León	12,3
Asturias	7,7
Extremadura	7,4
<b>Total</b>	<b>26,1</b>

Fuente: Secretaría del Plan Nacional Sobre Sida.

Tabla 1.1.3. Número de casos de sida residentes en Cataluña y tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) por región sanitaria, 2000-2008.

Región sanitaria	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Lleida	26	7,6	26	7,4	19	5,4	18	5,1	15	4,3	15	4,3	11	3,3	12	3,5	13	3,7
Tarragona	30	6,8	30	6,4	25	5,3	14	3,0	13	2,8	6	1,3	4	0,7	7	1,2	15	2,5
Terres de l'Ebre	8	6,0	9	6,6	11	8,0	4	2,9	5	3,7	6	4,4	6	3,4	9	4,9	2	1,1
Girona	38	4,1	37	3,9	32	3,3	40	4,2	24	2,5	14	1,5	30	4,5	31	4,5	28	3,9
Costa de Ponent	80	8,7	73	7,6	61	6,4	51	5,3	55	5,7	47	4,9						
Barcelonès Nord y Maresme	70	10,3	55	7,7	65	9,1	49	6,9	18	2,5	61	8,6						
Centre	84	5,3	64	3,8	60	3,6	57	3,4	29	1,7	26	1,6						
Barcelona ciudad	190	12,6	181	12,0	155	10,3	177	11,8	150	10,0	113	7,5						
Cataluña Central													8	1,7	4	0,8	10	2,0
Barcelonès													215	4,4	222	4,6	158	3,2
Alt Pirineu y Aran													2	2,8	1	1,4	2	2,6
<b>Total</b>	<b>526</b>	<b>8,1</b>	<b>475</b>	<b>7,0</b>	<b>428</b>	<b>6,3</b>	<b>410</b>	<b>6,1</b>	<b>309</b>	<b>4,6</b>	<b>288</b>	<b>4,3</b>	<b>276</b>	<b>3,9</b>	<b>286</b>	<b>4,0</b>	<b>228</b>	<b>3,1</b>

### 1.1.2.2. Características de los casos de sida

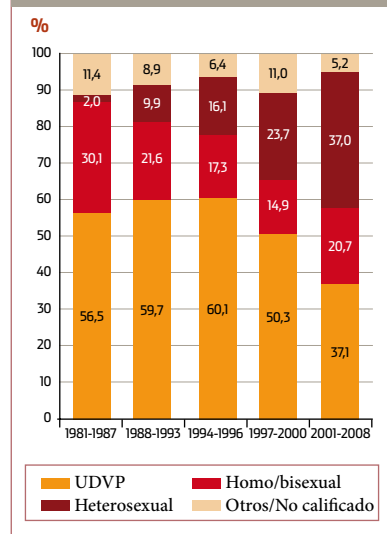
Del total de casos de sida notificados, los hombres representan el 80,5% de los casos. Sin embargo, la proporción de casos diagnosticados en mujeres ha ido aumentando con los años pasando de un 14,2% en 1986 a un 21,9% en el año 2008. En la **figura 1.1.8** se puede ver la distribución de los casos diagnosticados por sexo desde el comienzo de la epidemia, así como la razón hombres:mujeres.

El 65,6% (10.650) de los casos de sida se han diagnosticado en personas que tienen entre 25 y 39 años. La media de edad de las personas en el momento del diagnóstico ha ido incrementando progresivamente, tanto en hombres como en mujeres. En el primer periodo (1981-1987), la media ha sido de 30,8 años en los hombres y de 24,9 en las mujeres, mientras que en el último periodo (desde 1997 hasta 2008) la media de edad en el momento del diagnóstico ha sido significativamente más elevada, 39,8 y 36,5 años en hombres y mujeres respectivamente.

La vía de transmisión que acumula más casos de sida en Cataluña es a través del uso de drogas por vía parenteral con un 54,4% (54,3% en hombres y un 54,6% en mujeres). El segundo lugar lo ocupa, entre los hombres, el grupo de los HSH (24%) y entre las mujeres, el infectado por relaciones heterosexuales (35,7%).

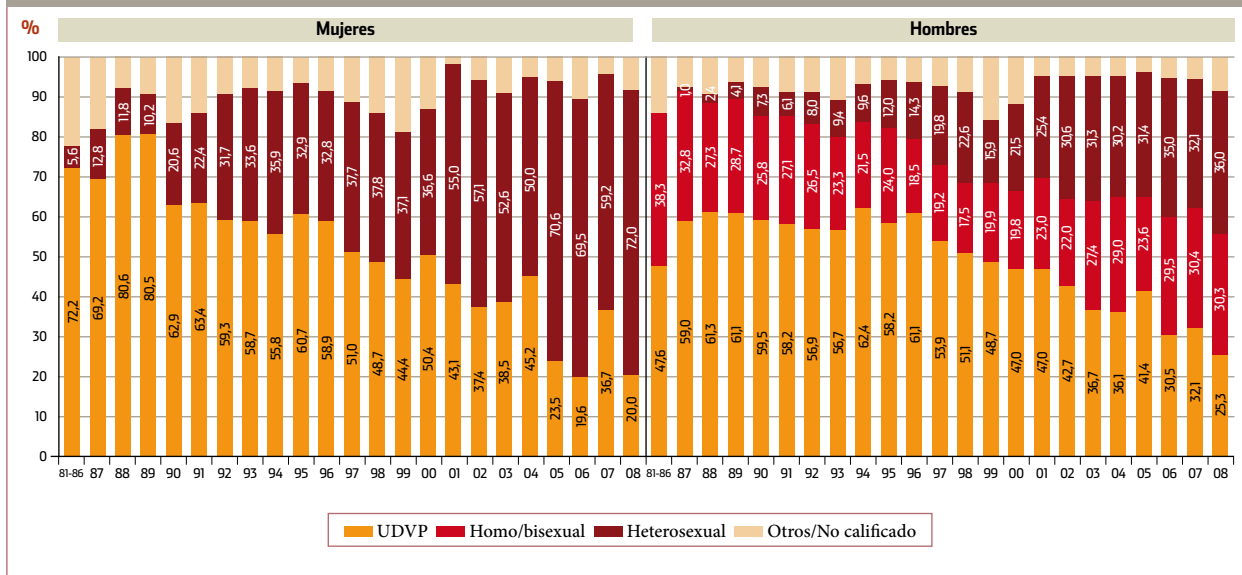
Si miramos las tendencias en la distribución de los grupos de transmisión observamos que, desde el inicio de la epidemia hasta el año 1993, el grupo UDVP representaba el 58,1% de los casos de sida, seguido de las relaciones con HSH con un 25,9% de los casos. Si se compara con las tendencias recientes (periodo 2001-2008) observamos el gran descenso de los casos en UDVP (37,1%), una estabilización de los casos de sida en HSH (20,7%) y un gran incremento de los casos de sida en heterosexuales (37,0%) (**figura 1.1.9**). En la **figura 1.1.10** se representa la evolución porcentual anual por vía de transmisión y sexo en el periodo 1981 a 2008.

Figura 1.1.9. Evolución porcentual de los casos de sida por vía de transmisión según periodos. Cataluña, 1981-2008.



En la **tabla 1.1.4** se presentan las enfermedades indicativas de sida, agrupadas por periodos. Con la incorporación de la tuberculosis pulmonar como enfermedad indicativa de sida en 1994, la tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar) pasa a ser la enfermedad indicativa de sida más frecuente representando el 26,4% de los casos del último periodo. En segundo lugar, destacan las neu-

Figura 1.1.10. Evolución porcentual de los casos de sida por vía de transmisión y sexo. Cataluña, 1981-2008.



monías por *Pneumocystis jiroveci* con el 20,2% del total de casos por el mismo período. Entre las mujeres diagnosticadas de sida para el período 1994-2008 (2.072), 102 tenían un diagnóstico de cáncer invasivo de cérvix (4,9%).

### 1.1.2.3. El sida en los niños

El sida pediátrico ha experimentado una disminución drástica desde que en 1996 se incorporó la profilaxis con Zidovudina (AZT) en las embarazadas infectadas por el VIH (figura 1.1.11).

De los 222 casos pediátricos (menores de 13 años) que constan en el Registro de casos de sida de Cataluña hasta el 31 de diciembre de 2008, la mayor parte se han producido por transmisión vertical (TV) (91,9%), y dentro de este grupo, el 49,0% de las madres se infectaron por el uso compartido de material de inyección parenteral y el 37,1% por relaciones heterosexuales. En el año 2003 se notificó el último caso de sida en un niño.

### 1.1.2.4. Mortalidad por VIH / sida

Hasta finales del 2008 constan 10.149 defunciones en el Registro de casos de sida (64,4% del total de casos de sida notificados). Se estima que aproximadamente 6.086 personas viven con sida en Cataluña (4.737 hombres y 1.349 mujeres) (figura 1.1.12).

El 82,0% de las defunciones afectan a los hombres, el 66,2% se han producido en personas entre los 25 y 39 años, y el 59,6% en UDVP.

Con la introducción del TARGA en el año 1996 se observa un descenso marcado de la mortalidad en estos pacientes

Figura 1.1.11. Incidencia del sida pediátrico por año de nacimiento. Cataluña, 1986-2008.

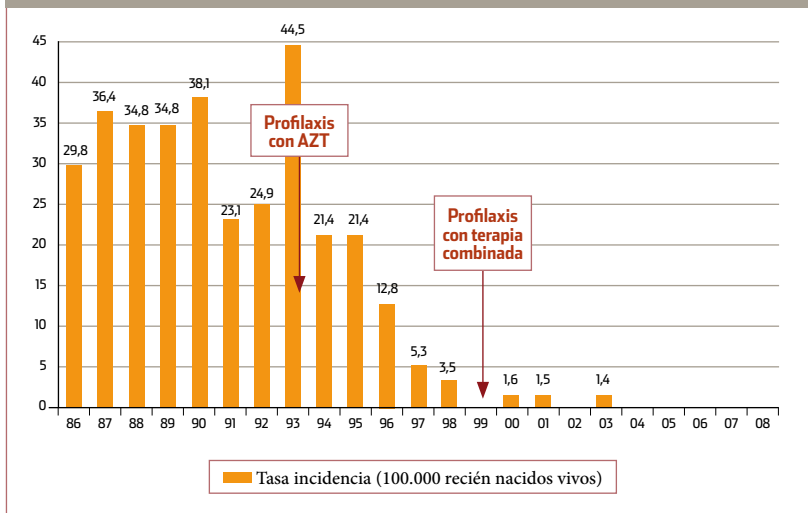


Tabla 1.1.4. Distribución de enfermedades indicativas de sida de los casos residentes en Cataluña por periodos, 1981-2008.

Enfermedad indicativa de sida	1981-1987		1988-1993		1994-2008		Global	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Neumonía por <i>P. jiroveci</i>	105	26,1	1.261	21,6	1.915	19,2	3.281	20,2
Tuberculosis extrapulmonar	-	-	1.225	21,0	1.416	14,2	2.653	16,3
Candidiasis esofágica	88	21,9	745	12,8	953	9,5	1.786	11,0
Tuberculosis pulmonar	-	-	-	-	1.638	16,4	1.642	10,1
Síndrome caquético	-	-	707	12,1	772	7,7	1.479	9,1
Toxoplasmosi cerebral	45	11,2	518	8,9	607	6,1	1.170	7,2
Sarcoma de Kaposi	45	11,2	370	6,3	487	4,9	902	5,6
Linfomas	22	5,4	139	2,4	392	3,9	553	3,4
Infección por CMV	19	4,7	123	2,1	194	1,9	336	2,0
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	8	2,0	100	1,7	300	3,0	408	2,5
Encefalopatía por VIH	1	0,2	131	2,2	227	2,3	359	2,2
Neumonía recurrente	-	-	4	0,1	288	2,9	292	1,8
Cáncer invasivo de cuello uterino	-	-	1	0,0	102	1,0	103	0,6
Criptosporidiosis	18	4,5	137	2,4	132	1,3	287	1,8
Criptococosis extrapulmonar	9	2,2	91	1,6	171	1,6	271	1,7
Herpes simple muco-cutáneo crónico	8	2,0	77	1,3	76	0,8	161	1,0
Mycobacterium avium o kansasii	3	0,7	24	0,4	96	1,0	123	0,8
Mycobacterium otras especies, extrapulmonar	2	0,5	32	0,5	85	0,9	119	0,7
Múltiples infecciones bacterianas recurrentes	3	0,7	49	0,8	21	0,2	73	0,4
Septicemia por Salmonella	1	0,2	39	0,7	33	0,3	73	0,4
Isosporiasis con diarrea	5	1,2	21	0,4	26	0,3	52	0,3
Candidiasis traqueal/bronquial o pulmonar	5	1,2	13	0,2	21	0,2	39	0,2
Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico	-	-	13	0,2	18	0,2	31	0,2
Neumonitis intersticial linfoide	3	0,7	14	0,2	10	0,1	27	0,2
Histoplasmosis diseminada	-	-	1	0,0	12	0,1	13	0,1
Coccidioomicosis diseminada	-	-	-	-	2	0,0	2	0,0
<b>Total</b>	<b>402</b>		<b>5.839</b>		<b>9.994</b>		<b>16.235</b>	

Figura 1.1.12. Evolución anual de los casos de sida residentes en Cataluña, 1981-2007.

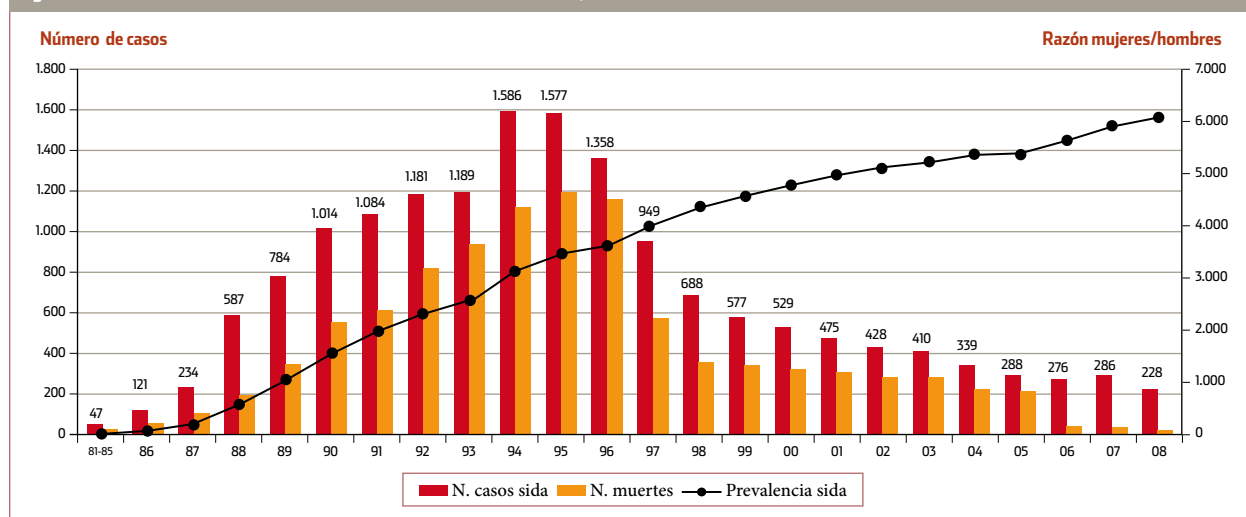


Tabla 1.1.5. Años potenciales de vida perdidos (APVP-65) atribuibles a mortalidad por sida. Cataluña, 1992-2007.

Año	APVP-65 sida		APVP-65 (%) Sobre todas las causas de muerte	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1995	24.534	6.036	17,7	11,4
1996	20.199	5.642	15,0	10,0
1997	9.255	2.433	8,1	4,5
1998	5.077	1.348	4,4	2,6
1999	4.993	1.375	4,7	2,9
2000	4.853	1.164	4,7	3,0
2001	3.890	1.429	4,0	3,6
2002	4.346	1.371	4,5	3,5
2003	3.478	1.279	3,5	3,2
2004	4.015	880	2,9	1,6
2005	3.385	968	2,5	1,7
2006	2.758	780	2,1	1,5
2007	3.465	870	2,7	1,6

Tabla 1.1.6. Proporción de personas que sobreviven más de 12, 24 y 36 meses después del diagnóstico de sida en 2000-2002, por determinadas características.

	Supervivencia en meses (%)			
	N	>12	>24	>36
<b>Edad en el momento del diagnóstico</b>				
<15	4	100,0	100,0	100,0
15-19	2	100,0	100,0	100,0
20-24	33	93,9	84,8	81,8
25-29	136	87,5	83,1	80,9
30-34	322	86,6	82,6	80,1
35-44	622	81,0	75,7	73,5
>44	313	72,2	65,5	61,7
<b>País de origen</b>				
España	1.259	80,3	74,5	71,6
No español	173	89,0	87,3	86,1
<b>Vía de transmisión</b>				
UDVP	649	78,9	71,2	68,1
Homo-bisexual	240	82,9	80,0	77,1
Heterosexual	440	85,2	81,8	79,8
RNQ	99	76,3	72,2	70,1
TV	4	100,0	100,0	100,0
<b>Total</b>	<b>1.432</b>	<b>81,4</b>	<b>76,0</b>	<b>73,4</b>

del 50,4% a partir del año 1997 y que se mantiene bajo hasta la actualidad.

En la **tabla 1.1.5** se puede ver el impacto de la epidemia del sida, medida

mediante los años potenciales de vida que perdió la población de 13 a 65 años de Cataluña. En 2007, la muerte por sida equivale al 2,4% de los años potenciales de vida perdidos

por todas las causas de muerte en este grupo de edad en Cataluña.

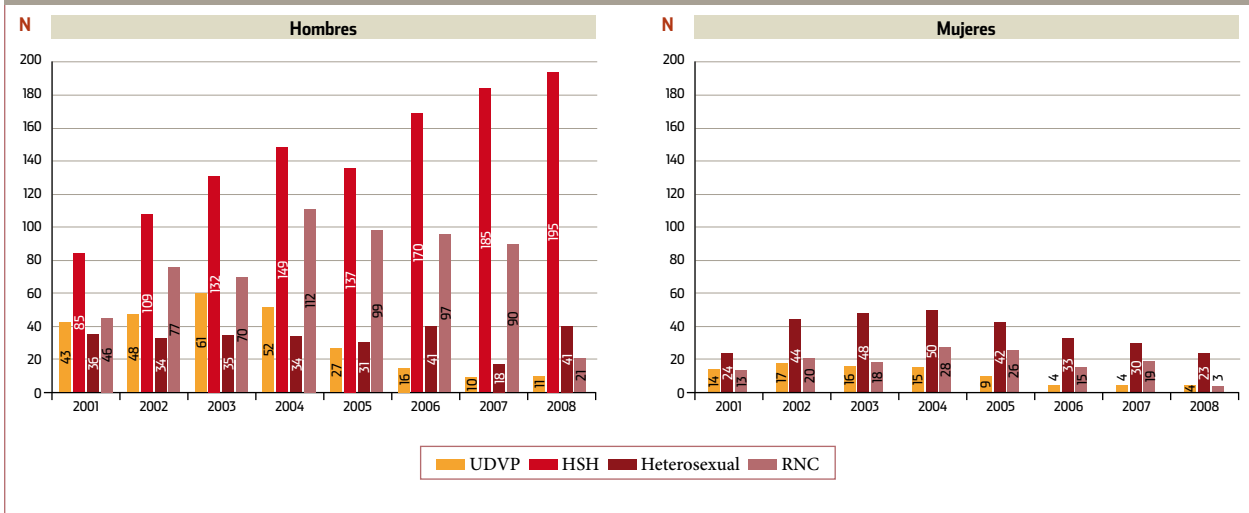
La supervivencia a largo plazo de una persona con diagnóstico de sida también se ha visto incrementada con la introducción del TARGA en el año 1996 [14], pasando de una supervivencia a los 12, 24 y 36 meses del 67,7%, 52,6% y 47,4% en 1995 al 81,4%, 76,0% y 73,4% para el período 2000-2002, respectivamente. En la **tabla 1.1.6** podemos ver la proporción de personas que sobreviven más de 12, 24, y 36 meses después de un diagnóstico de sida durante el 2000 a 2002 según determinadas características. Podemos ver que la supervivencia a 12, 24 y 36 meses disminuye al incrementar la edad al diagnóstico a partir de los 35 años en comparación con los menores de 35 años. La supervivencia es superior entre las personas que adquirieron la infección por vía sexual (heterosexual u homosexual) que las personas que adquirieron la infección por vía parenteral o bien el riesgo no se pudo calificar. Aunque la supervivencia es superior entre las personas con un país de origen diferente a España que entre las autóctonas, estos datos pueden no coincidir con la realidad. Es probable que las personas de origen no español regresen a su país cuando enferman y, por tanto, los datos correspondientes al estado vital estén infranotificados y no consten en el Registro de Mortalidad de Cataluña.

#### 1.1.2.5. La infección por el VIH / sida en Barcelona\*

\*Patricia García de Olalla, Roser Clos, Pilar Gorrindo, Juan A Caylà y equipo de enfermería del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Desde el año 2001 y hasta el 2008 se han notificado al Sistema Voluntario de Información de Infección por el VIH de

Figura 1.1.13. Distribución de la vía de transmisión de los nuevos diagnósticos de infección por VIH según sexo declarados en la ciudad de Barcelona, 2001-2008.



la ciudad de Barcelona 3.309 nuevos diagnósticos en mayores de 18 años, de los cuales el 86% residían en Barcelona.

Durante el año 2008, se han notificado 297 nuevos diagnósticos de VIH, lo que representa un 17% menos que en 2007. El 90% de los nuevos diagnósticos fueron hombres. De los 273 casos en que se conocía la vía de transmisión (92%), el 79% de los hombres eran

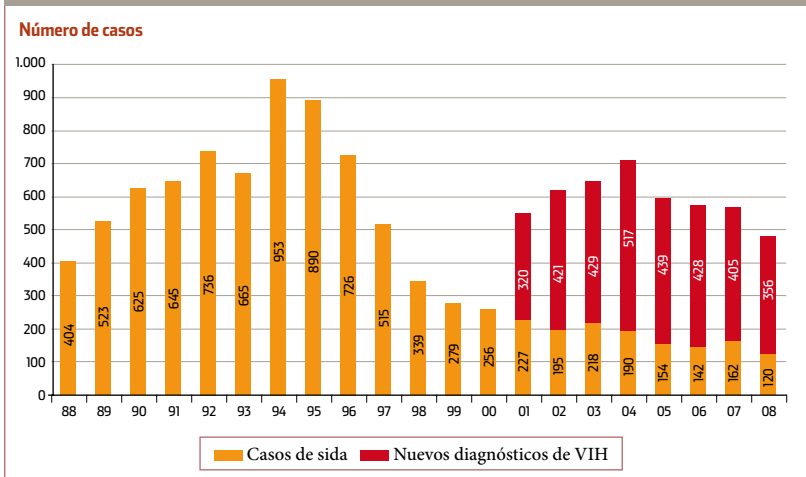
HSH (193 casos) y el 82% (23 casos) de las mujeres la vía más probable de transmisión fueron las relaciones heterosexuales (figura 1.1.13). El 50% de los pacientes presentaban una cifra de CD4 inferior a 350 células/ml en el momento del diagnóstico.

Hasta el año 2008, se han notificado un total de 9.297 casos de sida de los cuales 6.786 (73%) residían en la ciu-

dad de Barcelona. Durante el año 2008, se han notificado 92 casos de sida residentes en la ciudad, lo que supone un descenso del 34,8% respecto al 2007 (figura 1.1.14). Este decremento no se distribuye de igual manera entre hombres y mujeres, y tampoco según las vías de transmisión. En el caso de los hombres, el mayor descenso se ha observado entre los UDVP (56%), seguido de los hombres con relaciones heterosexuales (50%) y de los hombres con relaciones bi/homosexuales (35%), respecto al año anterior.

En 2008, el 77% de los casos de infección por el VIH eran hombres, la edad mediana al diagnóstico fue de 38 y 42 años en hombres y mujeres, respectivamente. El 38% de los casos correspondían a personas nacidas fuera de España (45% de los hombres y 14% de las mujeres). El 77% de los hombres se infectaron por vía sexual (55% HSH y 22% trabajadoras del sexo (TS)). En el 50% de las mujeres la vía fue la heterosexual.

Figura 1.1.14. Casos de sida y de nuevos diagnósticos de VIH notificados en Barcelona ciudad, 1988-2008.



La proporción de casos que no conocían su infección por el VIH en el año previo al diagnóstico de sida fue del 55%. Esta proporción fue aún más alta en personas que se infectaron por relaciones sexuales no protegidas (64% en el caso de los HSH y 84% en el caso de los hombres heterosexuales y del 50% en caso de las mujeres heterosexuales).

La tuberculosis y la neumonía por *P jiroveci* fueron las enfermedades indicativas más frecuentes con el 27% y 24% de los casos, respectivamente.

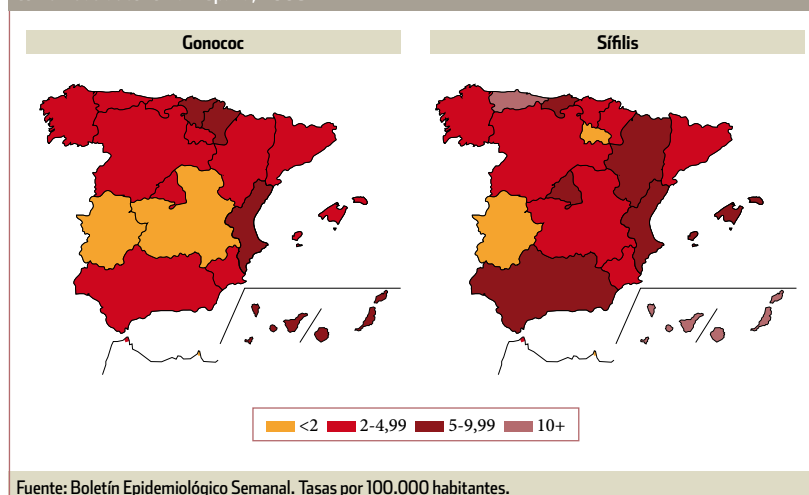
La infección por el VIH / SIDA sigue siendo, en nuestro ámbito, un problema de salud pública mayor por varios motivos entre los que debemos citar el desconocimiento de un porcentaje elevado de personas de su infección [15], porque los pacientes diagnosticados tardíamente tienen más probabilidad de desarrollar SIDA y de morir que los pacientes diagnosticados precozmente. A la vez, el diagnóstico precoz de la infección permite disminuir la transmisión del VIH.

## 1.2. Morbilidad de las infecciones de transmisión sexual en Cataluña

### 1.2.1. Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual

Se estima que en el mundo se producen unos 340 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) cada año. Estas infecciones pueden llegar a provocar secuelas importantes, como son la infertilidad, el cáncer, la

Figura 1.2.1. Tasas por 100.000 hab. de los casos acumulados de las ITS de declaración obligatoria por comunidad autónoma. España, 2008.



Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal. Tasas por 100.000 habitantes.

incapacidad prolongada, o incluso la muerte [16-20]. Desde finales de los años 90, se han observado cambios en el patrón y la epidemiología de las ITS y su relación con la epidemia del VIH, tanto a nivel mundial como en la UE, hecho que aumenta la relevancia de estas patologías como problema de salud pública.

En la UE y en países occidentales, las poblaciones más afectadas son los jóvenes menores de 25 años, HSH –extranjeros o recién llegados–, personas VIH+ y mujeres en edad reproductiva, entre otras. Desde finales de los años 90 y principios de la primera década del 2000, se detecta un aumento en las notificaciones de la infección por gonococo, sífilis y clamidia, así como brotes por sífilis, linfogranuloma venéreo (LGV), hepatitis A y shigelosis, especialmente en HSH. El incremento de coinfecciones de estas patologías con el VIH es motivo de preocupación. En el ámbito europeo, los últimos datos presentan el Estado Español en cuar-

ta posición respecto a los casos de sífilis, en séptima posición en lo relativo a la gonococia y en decimosexta en relación con la clamidia [16-27]

Estos datos tienen importancia dentro de la UE por la interrelación entre países, la población afectada, los tipos de redes sexuales y los lugares dónde se propaga, así como por la aparición de resistencias a tratamientos y variantes de difícil detección diagnóstica, además de su relación con la infección por el VIH [19-21, 26-31]. En consecuencia, se han empezado a tomar medidas en los diversos países europeos mediante actuaciones en salud pública, afianzamiento de la vigilancia, monitoreo y control de las ITS. Asimismo, a nivel de la UE se han empezado a unificar criterios y a realizar alertas, comunicados, publicaciones e informes a través del ECDC y el European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) [17-18, 21, 23, 26-28]. Al igual que en el resto de Europa, en el Estado Español las ITS empiezan a aumentar a partir del nuevo siglo.

Figura 1.2.2. Fuentes de información del nuevo registro de ITS en Cataluña.



La sífilis presenta un incremento del 177% entre los años 2003 y 2008, pasando de una tasa anual de 2,32 casos por 100.000 habitantes el año 2003, a una tasa de 5,70 casos en el 2008. La tasa de infección por gonococo también ha aumentado los últimos años, con un 77,5% de incremento (2003-2008). Pasa de 2,70 casos por 100.000 habitantes en el año 2003, a una tasa de 4,25 casos en el 2008. Además, durante estos 5 años, se han declarado 10 casos de sífilis congénita, cifra que en el año 2003 era de cero casos.

Las comunidades más afectadas por la sífilis respecto al total poblacional (por 100.000 habitantes) son las Canarias (12,85), Asturias (12,76) y las Baleares (9,56). Con relación a la infección por gonococo, las comunidades más afectadas han sido la Comunidad Valenciana (9,75), Canarias (8,93) y Navarra (5,47) [32] (figura 1.2.1).

También se ha observado un aumento en las declaraciones microbiológicas de las ITS a partir del año 2000 respecto al *Treponema pallidum*, la

*Neisseria gonorrhoeae*, la *Chlamydia trachomatis* y el herpes simple 1-2.

En lo relativo al LGV, actualmente no es de declaración obligatoria individualizada en el Estado Español, pero sí en Cataluña. En el año 2008 se declaró en el Centro Nacional de Epidemiología un brote de LGV en el colectivo de HSH, mayoritariamente VIH+, relacionado con clientes de dos saunas de la ciudad de Barcelona (Cataluña). Además, se han declarado 2 casos de LGV en la ciudad de Bilbao (País Vasco).

### 1.2.2. Epidemiología de las ITS en Cataluña

Hasta ahora, la epidemiología de las ITS en Cataluña se ha basado en la información obtenida a partir de sistemas de información: el Registro de EDO, el Sistema de notificación microbiológica de Cataluña (SNMC) y el Registro de las ITS de Cataluña (RITS) [33]. Con la finalidad de conseguir una mejor coordinación en la respuesta a los problemas de salud

asociados a las ITS, a partir del Decreto 445/2004, de 30 de noviembre, el CEEISCAT pasó a concentrar la información epidemiológica relativa a las ITS en Cataluña [34]. El año 2006, mediante el Decreto 391/2006, de 17 de octubre, se modifica el circuito de notificación de las EDO y brotes epidémicos en el DS [35], concretamente considerando la sífilis, la gonococia y el LGV como objeto de declaración obligatoria individualizada, y la infección genital por clamidias, tricomonas, herpes genital, condilomas acuminados y agregados de otras ITS como objeto de declaración numérica semanal. Los médicos declarantes remiten las declaraciones a las UVE de cada territorio y, en el caso de Barcelona ciudad, a la ASPB, y finalmente, al CEEISCAT.

El Registro de las EDO se basa en la declaración semanal numérica o individualizada por parte del personal sanitario cuando se presenta un paciente con indicios clínicos o sospecha de alguna de las ITS que son de declaración obligatoria [33].

El SNMC se fundamenta en la recogida de información microbiológica de los diagnósticos etiológicos seleccionados, que son notificados de forma voluntaria por diversos laboratorios hospitalarios y de referencia. Actualmente, declaran en el sistema un total de 40 laboratorios hospitalarios de diferentes áreas geográficas de Cataluña. Los microorganismos notificados en la ficha de las ITS son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, *Haemophilus ducreyi*, virus del herpes simple (VHS 1/2) y *Chlamydia trachomatis*. A partir del año 2005, el

CEEISCAT utiliza los datos de los agentes etiológicos de ITS del SNMC como fuente complementaria para la vigilancia de las ITS en Cataluña.

Durante el año 2006 se inicia el proceso de implementación de una red centinela de vigilancia reforzada de las ITS donde participan médicos y laborato-

rios de atención primaria y profesionales de los centros de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) (figura 1.2.2), a fin de poder mejorar las

Figura 1.2.3. Distribución anual y número de casos por 100.000 habitantes de las ITS de declaración obligatoria. Cataluña, 1996-2008.

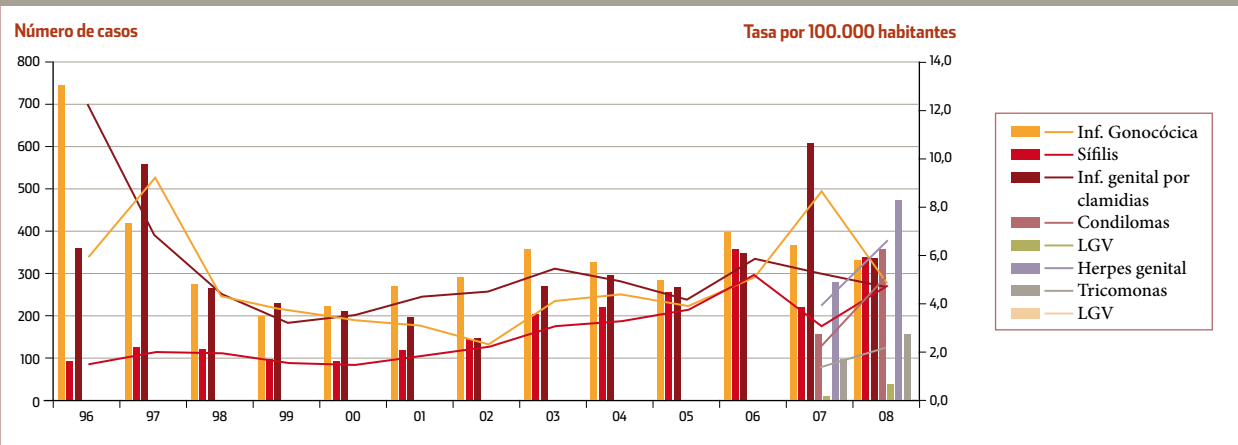
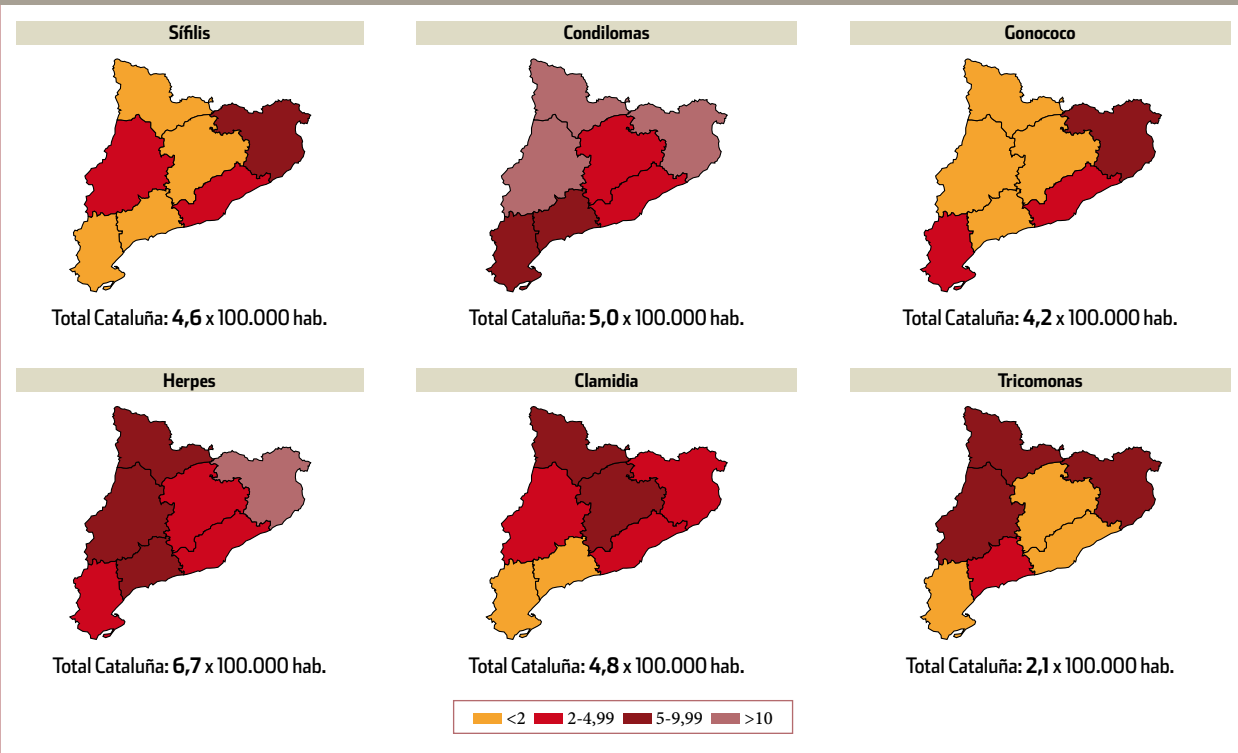


Figura 1.2.4. Distribución de las tasas por 100.000 habitantes de las ITS de declaración obligatoria por región sanitaria. Cataluña, 2008.



Fuente: Registro de EDO.

estimaciones de prevalencia y detectar cambios en la morbilidad y la epidemiología de estas infecciones.

Durante el 2006 y 2007, el Registro de enfermedades de transmisión sexual pasa a llamarse RITS, con la expansión de las fuentes de declaración o participantes y con la añadida de las Unidades de Infecciones de Transmisión Sexual (UITS) y la

red de profesionales sanitarios centinelas de atención primaria en ITS.

#### 1.2.2.1. Magnitud y distribución de las ITS

En el año 2008, las principales ITS sometidas a vigilancia epidemiológica en Cataluña se mantienen con tendencia al aumento sostenido observado durante los últimos cinco años (tabla 1.2.1 y figura 1.2.3). Este aumento sostenido se observa en el

Estado Español y en otros sistemas de información complementarios, como son las notificaciones en el SNMC y en el RITS [27, 32-33].

De las EDO de declaración individualizada, la sífilis continúa con cifras ascendentes, con un incremento del 66,3% los últimos cinco años. En el 2008 había 336 casos declarados (tasa de 4,8 por 100.000 habitantes)

Tabla 1.2.1. Frecuencia y tasas\* de casos acumulados de las ITS de declaración obligatoria por año. Cataluña, 1996-2008.

Año	Sífilis		Gonococo		LGV		Inf. genital por clamidias		Herpes
	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.
1996	91	1,5	743	12,2	**	**	358	5,9	**
1997	124	2,0	416	6,8	**	**	557	9,2	**
1998	121	2,0	273	4,4	**	**	264	4,3	**
1999	97	1,6	199	3,2	**	**	229	3,7	**
2000	92	1,5	220	3,5	**	**	209	3,3	**
2001	117	1,8	270	4,3	**	**	196	3,1	**
2002	142	2,2	290	4,5	**	**	146	2,3	**
2003	202	3,1	356	5,4	**	**	268	4,1	**
2004	219	3,3	325	4,9	**	**	295	4,4	**
2005	255	3,7	283	4,2	**	**	265	3,9	**
2006	356	5,2	397	5,8	**	**	347	5,1	**
2007	217	3,1	365	5,2	7	0,1	607	8,7	277
2008	336	4,8	330	4,7	36	0,5	336	4,8	471
% cambio 2008	54,8		-9,6		414,3		-44,6		
% cambio 2003-2008	66,3		-7,3		**		25,4		
IEA 2008	1,5		0,9		5,1		1,1		

Fuente: Registro de EDO. / \*Tasas calculadas por 100.000 habitantes a partir de las proyecciones de población calculadas a partir del censo del año 2001 para Cataluña y de las estimaciones entre los censos 1991

Tabla 1.2.2. Frecuencia y tasas\* de casos notificados de las ITS de declaración obligatoria por año y región sanitaria. Cataluña, 2008.

Año	Sífilis infecciosa		Gonocócica		LGV		Inf. genital por clamidias		Herpes
	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.
Terres de l'Ebre	2	1,1	7	3,7	0	0,0	2	1,1	8
Camp de Tarragona	5	0,8	8	1,3	0	0,0	9	1,5	45
Barcelonès	240	4,9	228	4,6	34	0,7	237	4,8	217
Gironès	59	8,2	47	6,6	0	0,0	34	4,7	159
Cataluña Central	8	1,6	6	1,2	0	0,0	34	6,8	18
Lleida	13	3,7	3	0,9	1	0,3	15	4,3	20
Alt Pirineu y Arán	1	1,3	1	1,3	0	0,0	5	6,6	4
Total Cataluña	328	4,6	300	4,2	35	0,5	336	4,8	471

Fuente: Registro de EDO. / \*Tasas calculadas por 100.000 habitantes a partir de las proyecciones de población calculadas a partir del censo del año 2001 para Cataluña y de las estimaciones entre los censos 1991



anterior, aportando un total de 155 notificaciones, con una tasa de 2,2 casos por 100.000 habitantes (tabla 1.2.1 y figura 1.2.3).

La última ITS de nueva incorporación de declaración individualizada en Cataluña fue el LGV (decreto 391/2006). En el año 2007 se notificaron 7 casos, mientras que en el 2008 hubo 36 notificaciones.

Durante este año se declaró un brote de LGV en la ciudad de Barcelona.

Las regiones con tasas por 100.000 habitantes más elevadas de cada ITS sometida a vigilancia son (tabla 1.2.2 y figura 1.2.4):

- En relación con la sífilis: Girona (8,2), Barcelona (4,9) y Lleida (3,7).

- En relación con la gonococia: Girona (6,6), Barcelona (4,6) y Terres de l'Ebre (3,7).

- En relación con la infección genital por clamidia: Cataluña Central (6,8), Alt Pirineu-Aran (6,6) y Barcelona (4,8).

- En relación con el agregado de otras ITS: Girona (452,7), Camp de Tar-

Tabla 1.2.3. Frecuencia anual de las ITS declaradas al SNMC, 1996-2008.

Año	<i>C. trachomatis</i>		<i>N. gonorrhoeae</i>		H. simple		<i>T. pallidum</i>		<i>T. vaginalis</i>	
	Frec.	% cambio	Frec.	% cambio	Frec.	% cambio	Frec.	% cambio	Frec.	% cambio
1996	30	-14,29	35	40,00	0	0,00	86	-27,12	0	0,00
1997	58	93,33	27	-22,86	0	0,00	63	-26,74	118	**
1998	43	-25,86	41	51,85	0	0,00	76	20,63	131	11,02
1999	26	-39,53	61	48,78	7	**	81	6,58	148	12,98
2000	32	23,08	67	9,84	52	642,86	51	-37,04	141	-4,73
2001	27	-15,63	87	29,85	28	-46,15	75	47,06	168	19,15
2002	14	-48,15	47	-45,98	26	-7,14	96	28,00	87	-48,21
2003	30	114,29	68	44,68	57	119,23	90	-6,25	141	62,07
2004	21	-30,00	102	50,00	109	91,23	239	165,56	145	2,84
2005	24	14,29	105	2,94	167	53,21	362	51,46	116	-20,00
2006	20	-16,67	222	111,43	122	-26,95	606	67,40	170	46,55
2007	21	5,00	330	48,65	99	-18,85	224	-63,04	131	-22,94
2008	126	500,00	354	7,27	82	-17,17	133	-40,63	160	22,14
% cambio 2008	500,00		7,27		-17,17		-40,63		22,14	
% cambio 2003-2008	320,00		420,59		43,86		47,78		13,48	

Fuente: SNMC.

Tabla 1.2.4. Distribución de las ITS declaradas al SNMC por grupo de edad y sexo, 2008.

Año	<i>Chlamydia trachomatis</i>				<i>Neisseria gonorrhoeae</i>				Herpes simple		
	Mujer	Hombre	Frec.	%	Mujer	Hombre	Frec.	%	Mujer	Hombre	Frec.
<15	1	0	1	0,79	1	1	2	0,6	1	0	1
15-19	8	0	8	6,3	6	14	20	5,6	9	0	9
20-29	35	6	41	32,5	22	123	145	41	29	5	34
30-39	27	16	43	34,1	13	89	102	28,8	13	6	19
40-49	7	19	26	20,6	3	40	43	12,1	8	4	12
50-59	0	4	4	3,2	3	9	13	3,7	2	1	3
60+	0	0	0	0	4	5	9	2,5	3	1	4
Desconocido	2	1	3	2,4	0	20	20	5,6	0	0	0
Total	80	46	126	100	52	301	354	99,9	65	17	82

Fuente: SNMC.

ragona (132,5) y Alt Pirineu-Aran (41,9).

- En relación con la oftalmia neonatal: Barcelona (133,7), Cataluña Central (93,4) y Girona (76,3).

Desde el inicio de la epidemia del Sida hasta finales de los 90, las ITS fueron disminuyendo. En el caso de la sífilis, la tasa de incidencia fue

siempre baja (tabla 1.2.1 y figura 1.2.3). Entre el final de la década de los 90 y el principio del nuevo milenio (1998-2002), se empieza a observar un aumento en las notificaciones de las ITS de declaración obligatoria. Este incremento se mantiene de forma continuada durante el periodo de 1999-2008, con un incremento del 246,4% con relación a la sífilis, un 65,8% a la gonococia, un 46,7% a la infección genital por clamidias y un 27,9% en relación con el agregado de otras ITS (tabla 1.2.1).

### 1.2.2.2. Características de las ITS de declaración individualizada

#### Sífilis infecciosa

Entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2008 se notificaron, en el Registro de las EDO individualizada de Cataluña, un total de 512 casos (tablas 1.2.1 y 1.2.2; figuras 1.2.3 y 1.2.5), de los cuales el 82,8% fueron hombres y un 17,2% mujeres. La media de edad global fue de 36,4 años (desviación estándar (DE): 11,4 años) y los grupos de edad más afectados fueron los hombres de 25 a 39 años y las mujeres de 20 a 34

años. Durante el 2008 se observó un aumento de casos en jóvenes menores de 35 años y en los de 45 a 49 años. Aumentan los casos de origen extranjero (48,2%, n=247), concretamente de América latina (46,5%), de Europa occidental (17,0%), de África subsahariana (12,5%), de Europa del este (12,1%) y del norte de África (7,7%).

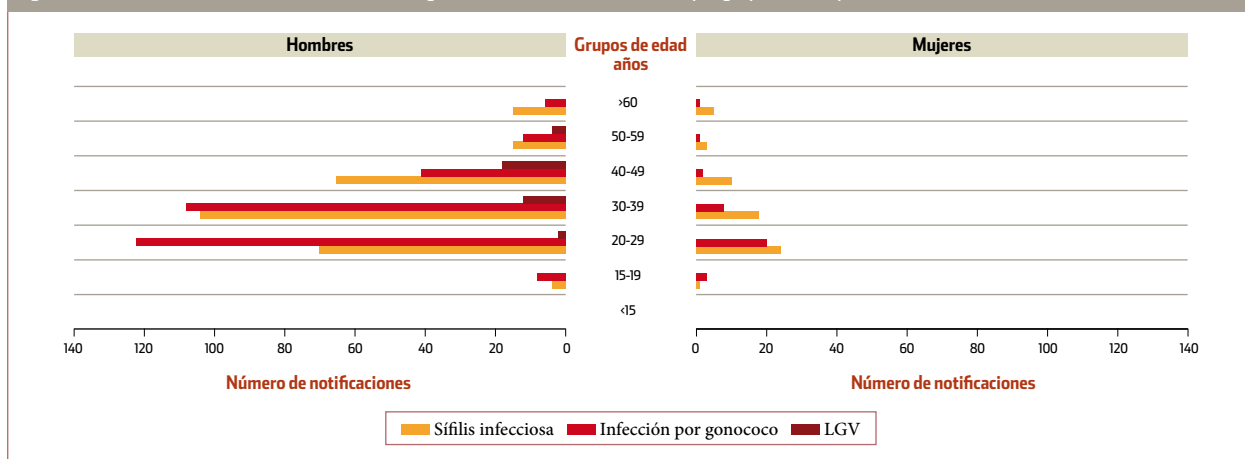
La mayoría son HSH (47,1%), seguido de heterosexuales (28,1%) y bisexuales (4,7%).

Los antecedentes de ITS previas de los casos diagnosticados durante el 2007 y 2008 fueron de un 18,6% (75/512) de infectados por el VIH en el momento del diagnóstico y un 12,0% declararon haber tenido un diagnóstico de alguna ITS durante el último año. El 4,7% (24/512) del total de casos fueron diagnosticados como VIH+ en el momento del diagnóstico de sífilis. El periodo infeccioso de la sífilis, si no es tratada, es de unos 12 meses. Dentro de este periodo se incluyen el estadio primario, secundario y latente precoz. De las 512 declaraciones recibidas, un

H. ducreyi		Total	
Frec.	% cambio	Frec.	% cambio
0	0	151	-15,17
0	0	266	76,16
0	0	291	9,40
0	0	323	11,00
0	0	343	6,19
1	**	386	12,54
0	0	270	-30,05
0	0	386	42,96
0	0	616	59,59
0	0	774	25,65
0	0	1140	47,29
0	0	805	-29,39
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>855</b>	<b>6,21</b>
0,00		6,21	
0,00		121,50	

%	Treponema pallidum				Trichomonas vaginalis				Total			
	Mujer	Hombre	Frec.	%	Mujer	Hombre	Frec.	%	Mujer	Hombre	Frec.	%
1,2	0	1	1	0,8	0	0	0	0	2	2	4	0,0
11	0	1	1	0,8	3	0	3	1,9	26	15	41	1,9
41,5	9	17	26	19,5	38	0	38	23,8	133	151	284	23,8
23,2	16	29	46	34,6	53	0	53	33,1	123	140	263	33,1
14,6	4	17	21	15,8	29	1	30	18,8	51	81	132	18,8
3,7	2	9	11	8,3	19	1	20	12,5	26	24	50	12,5
4,9	4	6	10	7,5	4	0	4	2,5	15	12	27	2,5
0	3	14	17	12,8	12	0	12	7,5	17	35	52	7,5
<b>100,1</b>	<b>38</b>	<b>94</b>	<b>133</b>	<b>100,1</b>	<b>158</b>	<b>2</b>	<b>160</b>	<b>100,1</b>	<b>393</b>	<b>460</b>	<b>853</b>	<b>100,1</b>

Figura 1.2.5. Distribución de las ITS declaradas al Registro de las EDO individualizadas por grupo de edad y sexo, 2008.



55,1% fueron declaradas como sífilis infecciosa (primaria, secundaria o latente precoz) y el resto, de otros estadios no infecciosos o sin especificar. Es necesario enfatizar la importancia de poder especificar el estadio de la infección por las implicaciones que tiene a la hora de hacer el estudio de contactos.

En relación a los datos conductuales, los casos diagnosticados durante este periodo declaran unas prácticas de riesgo elevado, con una media de 16,8 parejas sexuales (DE: 32,4) durante los últimos 12 meses (excluyendo las personas que ejercen la prostitución). El 39,8% declararon haber tenido una nueva pareja sexual en los últimos 3 meses y sólo el 14,1% había utilizado el preservativo en la última relación sexual. Durante los últimos 12 meses, el 8,2% había mantenido contactos sexuales en lugares de encuentros sexuales, un 7,0% había mantenido contactos sexuales en el extranjero, un 5,1% consumía drogas, un 3,1% había mantenido contactos sexuales con prostitución y un 4,7% ejercía el trabajo sexual.

Los casos de sífilis declaran tener un número elevado de parejas sexuales, realizar prácticas desprotegidas y un gran número están coinfectados con el VIH. Por esta razón, el estudio de contactos es muy importante, aunque sólo en un 47,7% de los 512 casos se ha iniciado algún tipo de estudio de contactos, con una media de 2,1 contactos sexuales que se podrían localizar por el paciente.

Respecto a la potencial exposición materno-fetal de la sífilis, 3 mujeres fueron diagnosticadas durante el embarazo. De éstas, una en estadio de sífilis secundaria, y las dos restantes en estadio sin especificar.

### Infección gonocócica

Durante el mismo periodo, el Registro de EDO individualizada de Cataluña recibió 695 notificaciones de gonococia, 330 de las cuales corresponden al 2008 (tablas 1.2.1 y 1.2.2 y figuras 1.2.3 y 1.2.5).

Hasta el 31 de diciembre del 2008, se diagnosticaron un total de 562 casos, un 89,5% de los cuales fueron hombres

y el 10,5% mujeres; con un ratio H/D del 8,5. La media de edad global es de 32,1 años (DE: 9,4%), el grupo de edad más afectado en el caso de los hombres fue en el grupo de 25-34 años y en el caso de las mujeres, el de 20 a 29 años. Durante el año 2008 se observa un aumento de casos en los grupos de edad de jóvenes menores de 25 años y los de 30 a 39 años. Un tercio de los casos son de origen extranjero (30,8%, n=173), la mayoría de los cuales proceden de América Latina (843,9%), seguido de Europa occidental (24,3%) y del norte de África (14,5%).

La mayoría son heterosexuales (32,0%), seguido de los HSH (25,3%) y los bisexuales (4,1%). Se desconoce la orientación sexual del 38,6% de los casos.

Durante el 2007 y 2008 los antecedentes de ITS previas fueron de un 8,2% (46/562) de coinfectados por el VIH en el momento del diagnóstico y un 12,0% habían estado diagnosticados de alguna ITS durante el último año. Se declararon 10 casos con diagnóstico concomitante de alguna otra ITS de declaración obligatoria:

4 casos con sífilis, 5 casos con LGV y un caso con triple infección sífilis-gonococo-LGV. De estos 10 casos, un 80% estuvieron infectados por el VIH.

Los casos diagnosticados durante este periodo declararon unas prácticas de riesgo elevado con una media de 13,2 parejas sexuales (DE: 22,9) durante los últimos 12 meses (excluyendo las personas que ejercían la prostitución). El 40,6% declararon haber tenido una nueva pareja sexual en los últimos 3 meses y sólo el 13,5% habían utilizado el preservativo en la última relación sexual.

Del mismo modo que pasa en el caso de la sífilis, los infectados por el gonococo declaran tener un número elevado de parejas sexuales, realizar prácticas desprotegidas y en un gran número están coinfectados por el VIH. Sólo un 32,9% de los 562 casos declara haber iniciado algún tipo de estudio de contactos con una media de 1,49 contactos sexuales (DE: 1,33) que se podrían localizar por parte del paciente.

Respecto a las conductas de los últimos 12 meses, el 9,9% declaran haber mantenido contactos sexuales con prostitución, mientras que el 4,5% ejercía el sexo comercial, el 3,9% mantenía contactos sexuales en lugares de encuentros sexuales, el 4,0% mantenía contactos en el extranjero, y el 3,2% consumía drogas. El tipo de prácticas y contactos declarados enfatizan el perfil heterosexual de la infección por el gonococo.

### **Linfogranuloma venéreo (LGV)**

Entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre del 2008 se han notificado en el Registro de las EDO individualizada de Cataluña 43 casos de LGV,

37 de los cuales corresponden al 2008 (**tablas 1.2.1 y 1.2.2 y figuras 1.2.3 y 1.2.5**). Un 79,1% del total de los casos aporta información de vigilancia reforzada mediante el RITS.

Todos los casos se han identificado dentro del grupo de hombres con prácticas sexuales con otros hombres (se ha incluido un caso de un bisexual), con una media de edad de 39,4 años (DE: 1,0), mayoritariamente infectados por el VIH (39/43 casos, 90,7%), y que tenían múltiples parejas sexuales el último año (media de 46,7 parejas, DE: 9,1) y contactos sexuales en redes o lugares de encuentros sexuales como saunas, bares, discotecas, chats en Internet, entre otros. El 60,51% declararon tener una nueva pareja sexual los últimos 3 meses, y poco más de la mitad declararon realizar prácticas sexuales sin preservativo en la última relación sexual. El 50% de los casos se diagnosticaron con otra ITS concomitante o el último año, como la sífilis, la gonococia o los condilomas acuminados, y en la mayoría de los casos el estatus de infección por los virus de la hepatitis B y C (VHC) es desconocido. Un 86,01% (37/43) eran residentes en Barcelona ciudad, un 11,6% residentes en el resto de Cataluña y uno, fuera de Cataluña. El 18,6% (8/43) eran originarios de países de la UE, el 20,9% eran latinoamericanos y el 60,5% eran españoles.

Los primeros casos de LGV se diagnosticaron en la UITS del centro de atención primaria (CAP) de Drassanes, con un 69,8% (30/43) del total de casos. El resto (13/43) se diagnosticaron en el hospital de día del VIH del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP). De los casos diag-

nosticados, 37 fueron tratados con doxiciclina durante 21 días, y de los otros 6 se desconoce el tratamiento suministrado. A todos los 43 casos se detectó *Chlamydia trachomatis* y en 41 de éstos se confirmaron los serotipos L1-L3 con técnicas moleculares para el genotipado en los servicios de microbiología del Hospital de la Vall d'Hebron (34/43) y del HUGTiP (9/43). Del total de casos confirmados, 9 fueron del serotipo L2 (HUGTiP), 34 serotipo L1-L3 sin especificar (Vall d'Hebron). La media de días desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 109,7 días (DE: 21,8).

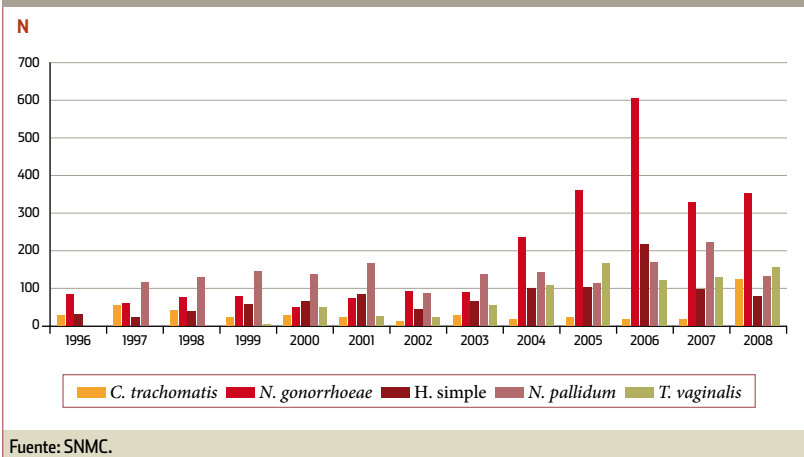
Durante el periodo de diciembre del 2007 a mayo del 2008 tuvo lugar un aumento de casos que la ASPB declaró como un brote en la ciudad de Barcelona el 5 de junio del 2008 [21]. Durante el mes de septiembre del 2008 se observó otro agregado de casos. Las características epidemiológicas de los casos detectados son similares a los brotes descritos en el resto de Europa. El abordaje del estudio de contactos fue complicado por los tipos de relaciones y la cantidad elevada de parejas declaradas, en ocasiones, anónimas.

### **1.2.2.3. Características de las ITS declaradas en el Sistema de notificación microbiológica de Cataluña (SNMC)**

En el año 2008 se notificaron un total de 855 declaraciones de episodios de agentes etiológicos por ITS. El 15,6% de éstos corresponden a *T. pallidum*, el 41,4% corresponden a *N. gonorrhoeae*, el 18,7% a *T. vaginalis*, el 9,6% al VHS y el 14,7% a *C. trachomatis*.

El número de declaraciones de *C. trachomatis* aumenta (500%), seguido del VHS ½ (22,1%/ y el *T. pallidum*

Figura 1.2.6. Distribución anual de las ITS declaradas al SNMC, 1996-2008.



Fuente: SNMC.

(7,3%) (tabla 1.2.3 y figura 1.2.6). Los grupos de edad más afectados son, entre las mujeres de 20 a 29 y de 30 a 39 años, y entre los hombres de 30 a 39 años (tabla 1.2.4 y figura 1.2.7). Además, se continuó observado un aumento en los casos notificados de personas jóvenes < 35 años en el 2008 (tabla 1.2.4 y figura 1.2.7).

Con relación a la *N. gonorrhoeae*, se notificaron 105 cepas, un 5,7% de las cuales fueron  $\beta$ -lactamasa positivo, un 30,5%  $\beta$ -lactamasa negativo y en el 63,8% restante no constaba ningún resultado.

Del total de 855 declaraciones, un 46,0% (393) corresponden a mujeres con una media de edad de 36,8 años (DE: 18,2 años) con más notificaciones en relación con *T. vaginalis* (40,2%), seguidas de *C. trachomatis* (20,4%) y el herpes simple (16,5%). El grupo de edad más afectado es el de jóvenes de 20 a 29 años, seguido del grupo de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años. En comparación con el año 2007, se observa un ligero incremen-

to del 12,3% en el total de las ITS declaradas, mayoritariamente en las declaraciones de *C. trachomatis*, *T. vaginalis* y *N. gonorrhoeae* (figura 1.2.8).

En las mujeres, los grupos de edad con más notificaciones por cada agente etiológico son los siguientes:

- *C. trachomatis*: jóvenes < 35 años
- *N. gonorrhoeae*: jóvenes < 35 años
- Herpes simple: jóvenes < 35 años
- *T. pallidum*: 25-39 años
- *T. vaginalis*: mayoritariamente en las de 25-44 años

Entre los hombres, del total de declaraciones recibidas durante el año 2008, 460 notificaciones (53,8%) correspondieron a una media de edad de 39,0 años (DE: 20,0 años), mayoritariamente infectados por *N. gonorrhoeae* (65,4%), *T. pallidum* (20,4%) y *C. trachomatis* (10,0%). El grupo de edad más afectado fue el de jóvenes de 20 a 29 años (32,8%), seguido del de 30 a 39 años (30,4%). El año 2008 no se observó ningún cambio en el total de las ITS declaradas en los hombres. No obstan-

te, si se compara con el año 2007, hay un incremento importante en el número de declaraciones por *C. trachomatis* (figura 1.2.8). Este cambio en las declaraciones de *C. trachomatis* en los hombres se puede explicar debido a las muestras de cribado en el colectivo de HSH, que se han empezado a enviar al laboratorio del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron por parte de la UITs del CAP Drassanes.

En los hombres, el grupo de edad con más notificaciones por cada agente etiológico son los siguientes:

- *C. trachomatis*: 30-44 años
- *N. gonorrhoeae*: adultos jóvenes < 35 años
- Herpes simple: adultos 30-59 años
- *T. pallidum*: adultos 30-49 años
- *T. vaginalis*: mayoritariamente en los mayores de 45 años

La evolución temporal observada durante los últimos cinco años (2003-2008) fue de un aumento con incrementos globales del 121,5% respecto el año 2003. Este incremento fue observado mayoritariamente en las notificaciones de *C. trachomatis*, *T. pallidum* y herpes simple (tabla 1.2.3 y figura 1.2.6). Es necesario comentar la variabilidad en la notificación de *C. trachomatis*, con lo que resulta difícil establecer patrones durante este periodo, y el aumento en la notificación de *T. pallidum*, dificultando clasificarla como infecciosa.

#### 1.2.2.4. Características de las ITS declaradas en el Registro de las ITS de Cataluña

Desde mayo de 2007 hasta el año 2009 se registraron un total de 2.536 pacientes con diagnóstico de ITS en

Figura 1.2.7. Distribución de las ITS declaradas al SNMC por grupo de edad y sexo, 2008.

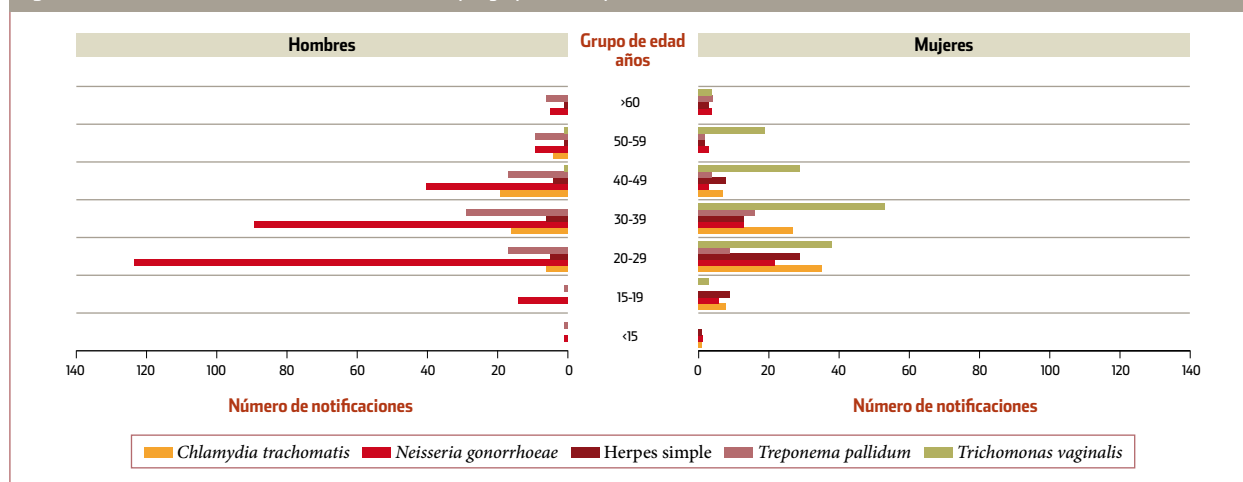
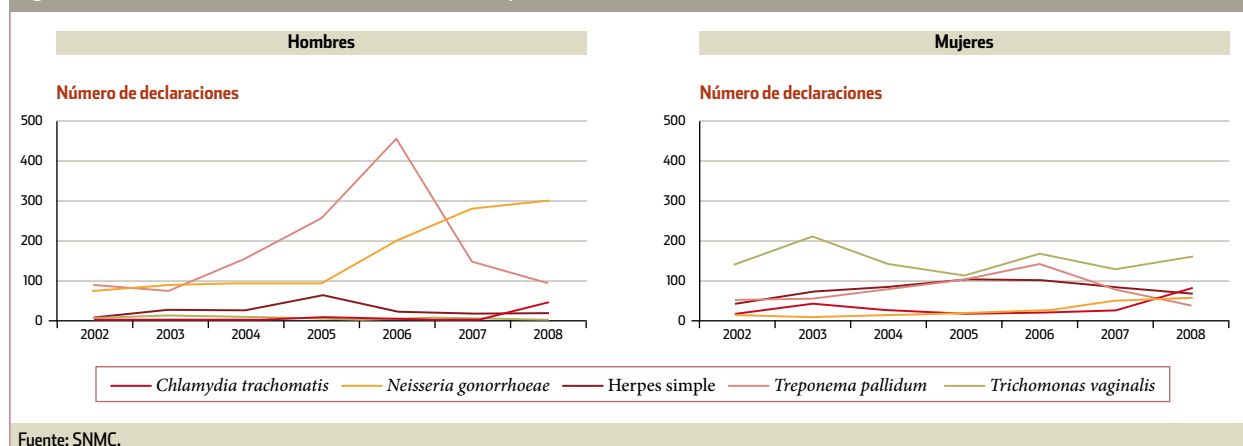


Figura 1.2.8. Distribución anual de las ITS declaradas al SNMC por sexo, 2002-2008.



Fuente: SNMC.

el RITS (tablas 1.2.5, 1.2.6 y 1.2.7). La mayoría de los casos fueron declarados por la UITs de Drassanes (86,4%), seguido por los centros de la red centinela de ASSIR (11,1%) y, en menor proporción, de la Red centinela de médicos de familia (2,5%).

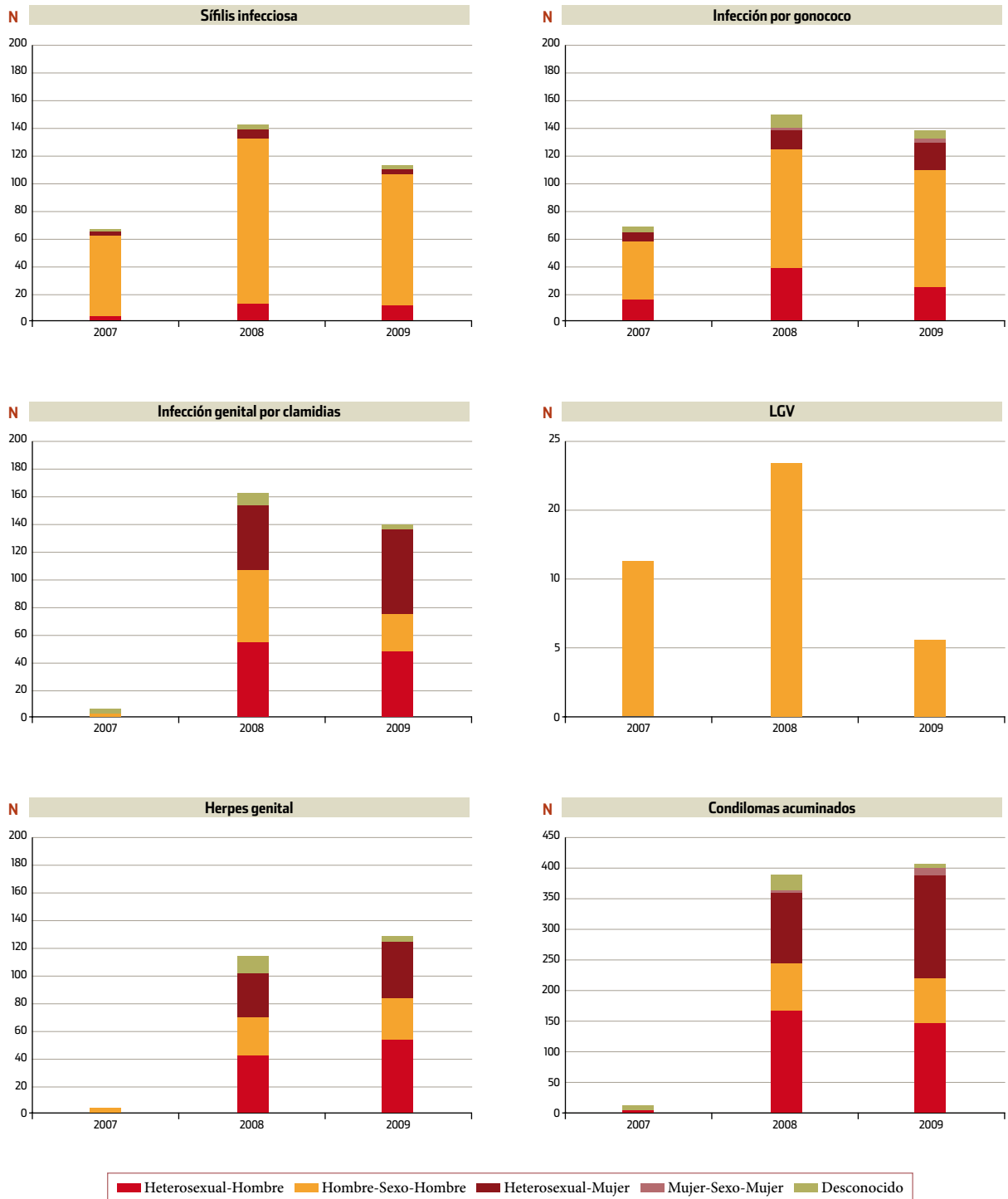
Durante este periodo, un 68,2% de los registrados son hombres, 44,0% son extranjeros. La media de edad se fijó dentro del grupo de adultos jóvenes de 31,5 años (DE: 8,7). Respecto a la

orientación sexual, la mayoría declararon ser heterosexuales (58,6%), pero el 38,0% de los 2.536 declaró haber mantenido relaciones sexuales con una persona del mismo sexo (mayoritariamente HSH). Una elevada proporción (37,5%) había tenido una pareja nueva los últimos 3 meses y un 43,5% no había utilizado el preservativo en la última relación sexual.

Se observa que las ITS más notificadas fueron los condilomas (31,7%),

seguido de la sífilis (17%), la gonorrea (14,1%), la clamidia (12,15%) y el VHS (9,7%). Además, los datos globales muestran una elevada proporción de infección por el VIH en estos pacientes, del 11,6% (un 13,1% UITs, un 2,1% ASSIR, un 1,6% médicos de familia) y un desconocimiento del serostatus del VIH del 34,2% (tabla 1.2.6). El 6,8% fue diagnosticado con otra ITS concomitante en el momento del diagnóstico inicial. El 14,5% ya había sufrido una

Figura 1.2.9. Distribución de ITS seleccionadas por orientación sexual y sexo. RITS, 2007-2009.



Fuente: RITS.

ITS previa durante los últimos 12 meses anteriores al diagnóstico actual.

El LGV, a diferencia de las otras ITS declaradas, se caracteriza por su exclusividad en los HSH (figura 1.2.9).

Para la tendencia observada los últimos años se han utilizado los datos históricos del antiguo Registro de enfermedades de transmisión sexual y los actuales del RITS, en el que se observa la tendencia al aumento de las 3 principales ITS hasta el 2008, igual que la observada en los otros sistemas de información. En el año 2009, en el RITS, empiezan a disminuir levemente la sífilis infecciosa, las clamidias, el LGV y el gonococo, pero aumenta el número de ITS víricas (herpes genital y condilomas) (figuras 1.2.10 y 1.2.11).

### ITS en la población general

Hasta el año 2009, las ITS más frecuentes en la población general se pueden describir mediante la aportación de la red centinela de médicos de familia. Esta red ha aportado un total de 64 pacientes visitados en la atención primaria. Durante el mismo periodo, un total de 10 médicos provenientes de 8 centros han notificado casos en el RITS (tablas 1.2.5, 1.2.6 y 1.2.8).

Las características principales de la población incluida es que fueron mayoritariamente hombres (78,1%, razón H/D: 3,6) con una media de edad de 33,1 años (DE: 9,3) y en una proporción muy elevada de extranjeros (64,1%). La mayoría declararon una orientación heterosexual (95,3%) y se observó sólo un 4,7% de HSH.

Figura 1.2.10. Distribución de la sífilis infecciosa, gonococia, de la infección genital por clamidias y las tricomonias. Registros de las enfermedades de transmisión sexual y RITS, 1996-2009.

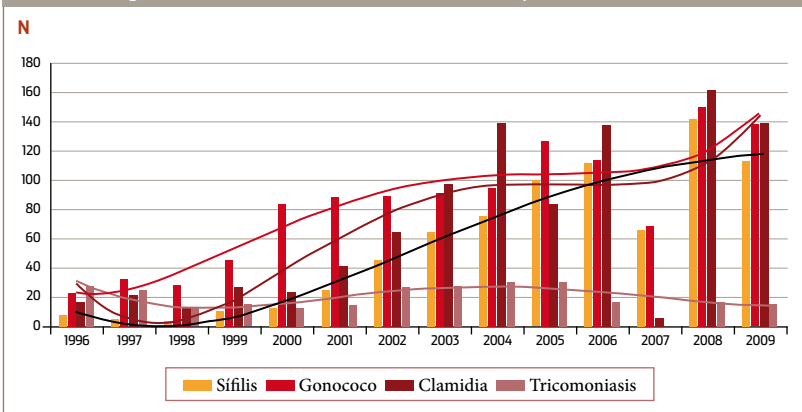
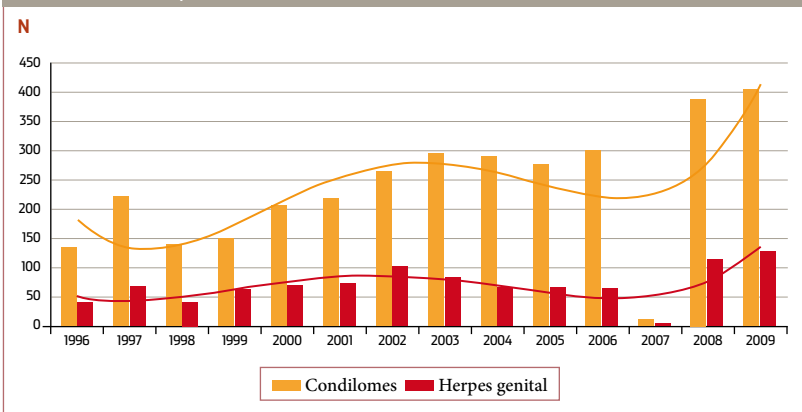


Figura 1.2.11. Distribución de los condilomas acuminados y herpes genital. Registro de las enfermedades de transmisión sexual y RITS, 1996-2009.



Fuente: Registro de las enfermedades de transmisión sexual (1996-2007) y RITS (2007-2009).  
\*\* Año 2007: cambios en el sistema de declaración.

Los episodios de ITS más frecuentes fueron los condilomas (32,8%), la uretritis no especificada (32,8%), la hepatitis B (12,5%), el herpes genital (10,9%) y la gonococia (9,4%). En relación al VIH, hay un 1,6% de coinfección. Un 4,7% presentaba otra ITS concomitante en el momento del diagnóstico y un 15,6% ya había sufrido una ITS previa durante los últimos 12 meses anteriores al diagnóstico actual.

Respecto a los datos de conducta, un 29,7% de los casos había man-

tenido una nueva pareja sexual los últimos 3 meses y el 62,5% no había utilizado el preservativo en la última relación sexual. La media de parejas sexuales los últimos 12 meses fue de 3,02 parejas (DE: 0,66). Los últimos 12 meses, un 22% declaró haber mantenido contactos sexuales en el extranjero, un 15,6% declaró haber consumido drogas antes de mantener contactos sexuales y un 12,5% declaró haber mantenido contactos sexuales con prostitución.

Tabla 1.2.5. Número de episodios declarados de ITS por orientación sexual y sexo, Registro de las ITS, 2007-2009.

ASSIR (n=281 pacientes)	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condilomas	12	60,0	0	0	95	35,7	5	83,3	0	0	112	39,9
Gonococia	1	5,6	0	0	4	1,5	0	0	0	0	5	1,8
VHB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VHC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clamidia	2	10,0	0	0	25	9,6	0	0	0	0	27	9,6
Herpes genital	1	5,0	0	0	7	2,7	0	0	0	0	8	2,8
Papiloma humano	0	0	0	0	14	5,4	0	0	0	0	14	50,0
LGV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis infecciosa (1,2, latente precoz)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis latente tardía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis sin especificar	0	0	0	0	2	0,8	0	0	1	50,0	3	1,1
Tricomonas	0	0	0	0	16	60,0	1	16,7	1	50,0	18	6,4
Uretritis	1	5,0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,4
Vaginosis	0	0	0	0	94	35,3	1	16,7	0	0	95	33,8
Chancro blando	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otra ITS	3	15,0	0	0	11	4,2	0	0	0	0	14	50,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>

UIITS (n=2191 pacientes)	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condilomas	291	43,5	154	16,5	188	380,0	12	52,2	27	32,5	672	30,7
Gonococia	74	11,1	214	22,9	36	7,3	5	21,7	17	20,5	346	15,8
VHB	0	0	3	0,3	0	0	0	0	0	0	3	0,1
VHC	0	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	1	0
Clamidia	100	14,9	83	8,9	83	16,8	2	8,7	10	120,0	278	12,7
Herpes genital	93	13,9	59	6,3	65	13,1	1	4,3	13	15,7	231	10,5
Papiloma humano	1	0,1	0	0	3	0,6	0	0	0	0	4	0,2
LGV	0	0	41	4,4	0	0	0	0	0	0	41	1,9
Sífilis infecciosa (1,2, latente precoz)	26	4,2	276	27,1	14	2,6	0	0	5	5,4	321	13,6
Sífilis latente tardía	9	1,3	14	1,5	7	1,4	0	0	0	0	30	1,4
Sífilis sin especificar	10	1,5	62	6,6	15	3,1	0	0	2	2,4	89	4,1
Tricomonas	0	0	0	0	10	20,0	1	4,3	0	0	11	0,5
Uretritis	41	6,1	61	6,5	1	0,2	0	0	7	8,4	110	50,0
Vaginosis	0	0	0	0	54	10,9	4	17,4	3	3,6	61	2,8
Chancro blando	0	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	1	0
Otra ITS	47	70,0	50	5,4	54	10,9	1	4,3	8	9,6	160	7,3
<b>Total</b>	<b>692</b>	<b>100,0</b>	<b>1.017</b>	<b>100,0</b>	<b>532</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>2.359</b>	<b>100,0</b>



ITS	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condilomas	16	34,0	2	66,7	3	21,4	0	0	0	0	21	32,8
Gonococia	5	10,6	0	0,0	1	7,1	0	0	0	0	6	9,4
VHB	5	10,6	0	0	3	21,4	0	0	0	0	8	12,5
VHC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clamidia	1	2,1	0	0	1	7,1	0	0	0	0	2	3,1
Herpes genital	3	6,4	1	33,3	3	21,4	0	0	0	0	7	10,9
Papiloma humano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LGV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis infecciosa (1,2, latente precoz)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis latente tardía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis sin especificar	1	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,6
Tricomonas	0	0	0	0	4	28,6	0	0	0	0	4	6,3
Uretritis	18	38,3	0	0	0	0	0	0	0	0	18	28,1
Vaginosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chancro blando	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otra ITS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

TOTAL RITS	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condilomas	319	44,93	156	16,03	286	34,84	17	51,52	27	31,03	805	30,68
Gonococia	80	11,27	214	21,99	41	4,99	5	15,15	17	19,54	357	13,61
VHB	5	0,70	3	0,31	3	0,37	0	0,00	0	0,00	11	0,42
VHC	0	0,00	0	0,00	1	0,12	0	0,00	0	0,00	1	0,04
Clamidia	103	14,51	83	8,53	109	13,28	2	6,06	10	11,49	307	11,70
Herpes genital	97	13,66	60	6,17	75	9,14	1	3,03	13	14,94	246	9,38
Papiloma humano	1	0,14	0	0,00	17	2,07	0	0,00	0	0,00	18	0,69
LGV	0	0,00	41	4,21	0	0,00	0	0,00	0	0,00	41	1,56
Sífilis infecciosa (1,2, latente precoz)	26	3,66	276	28,37	14	1,71	0	0,00	5	5,75	321	12,23
Sífilis latente tardía	9	1,27	14	1,44	7	0,85	0	0,00	0	0,00	30	1,14
Sífilis sin especificar	11	1,55	62	6,37	17	2,07	0	0,00	3	3,45	93	3,54
Tricomonas	0	0,00	0	0,00	30	3,65	2	6,06	1	1,15	33	1,26
Uretritis	9	1,27	14	1,44	7	0,85	0	0,00	0	0,00	30	1,14
Vaginosis	0	0,00	0	0,00	148	18,03	5	15,15	3	3,45	156	5,95
Chancro blando	0	0,00	0	0,00	1	0,12	0	0,00	0	0,00	1	0,04
Otra ITS	50	7,04	50	5,14	65	7,92	1	3,03	8	9,20	174	6,63
<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>	<b>973</b>	<b>100,0</b>	<b>821</b>	<b>100,0</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>2.624</b>	<b>100,0</b>

Fuente: RITS.

Tabla 1.2.6. Estatus VIH+ por orientación sexual y sexo, Registro de las ITS, 2007-2009.

ASSIR	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VIH+	2	11,1	0	0,0	4	1,6	0	0,0	0	0,0	6	2,1
VIH desconocido	5	27,8	0	0,0	70	27,5	1	16,7	1	50,0	77	27,4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>
UIITS	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VIH+	15	2,2	261	28,0	5	1,0	0	0,0	5	6,0	286	13,1
VIH desconocido	341	51,0	184	19,7	173	35,8	10	43,5	66	79,5	774	35,3
<b>Total</b>	<b>669</b>	<b>100,0</b>	<b>933</b>	<b>100,0</b>	<b>483</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>
Red de médicos centinelas EAP	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VIH+	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	1,6
VIH desconocido	14	29,8	1	33,3	2	14,3	0	0,0	0	0,0	17	26,6
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
TOTAL RITS	Orientación sexual y sexo											
	Heterosexual-Hombre		Hombre-Sexo-Hombre		Heterosexual-Mujer		Mujer-Sexo-Mujer		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VIH+	17	2,3	261	27,9	10	1,3	0	0,0	5	5,9	293	11,6
VIH desconocido	360	49,0	185	19,8	245	32,6	11	37,9	67	78,8	868	34,2
<b>Total</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>	<b>936</b>	<b>100,0</b>	<b>752</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>2.536</b>	<b>100,0</b>

Fuente: RITS.

Del total de los casos registrados, el 75% había iniciado el estudio de contactos con una media de 1,69 (DE: 0,19) contactos o parejas sexuales los últimos 3 meses, de los cuales podía localizarse una media de 1,43 (DE: 0,24).

- El perfil de los casos declarados en la red de médicos centinela es el de un hombre heterosexual adulto con una media de 3 parejas el último

año con un bajo uso del preservativo y con diagnósticos mayoritarios de condilomas y uretritis.

- Se enfatiza el 1,6% de infección por el VIH en pacientes con diagnóstico de ITS en la atención primaria.
- Había una elevada sensibilización en relación con el abordaje del estudio de contactos por parte de los médicos centinela.

### ITS en la población de mujeres y jóvenes

El número de mujeres, jóvenes y parejas sexuales atendidos durante este periodo por la red de ASSIR es de 281. Se han recibido notificaciones de un total de 9 centros de ASSIR participantes en la red centinela (tablas 1.2.5, 1.2.6 y 1.2.9) la media de edad es de 29,6 años (DE: 9,5). En lo relativo a las características de los usuarios de los centros de ASSIR son

Tabla 1.2.7. Características principales de los pacientes incluidos en el RITS, ASSIR, 2007-2009 (N=281 pacientes).

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Media de edad</b>	27,5 (DE: 5,7)		29,7 (DE: 9,7)		29,6 (DE: 9,5)	
<b>Nivel educativo</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Educación primaria</b>	2	11,1	64	24,3	66	23,5
<b>Educación secundaria</b>	6	33,3	100	38,0	106	37,7
<b>Educación universitaria</b>	5	27,8	50	19,0	55	19,6
<b>Sin formación</b>	0	0,0	3	1,1	3	1,1
<b>Desconocido</b>	5	27,8	46	17,5	51	18,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>
<b>Origen</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Norteamérica</b>	0	0,0	2	0,8	2	0,7
<b>Latinoamérica</b>	4	22,2	62	23,6	66	23,5
<b>África subsahariana</b>	0	0,0	3	1,1	3	1,1
<b>Oriente medio y África septentrional</b>	0	0,0	5	1,9	5	1,8
<b>Europa occidental y central</b>	0	0,0	5	1,9	5	1,8
<b>Europa oriental y Asia central</b>	0	0,0	9	3,4	9	3,2
<b>Asia meridional y sur-oriental</b>	0	0,0	1	0,4	1	0,4
<b>Asia oriental</b>	0	0,0	1	0,4	1	0,4
<b>Oceanía</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Autóctono</b>	14	77,8	175	66,5	189	67,3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>
<b>Orientación sexual</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Heterosexual</b>	18	100,0	255	96,9	273	97,8
<b>Sexo-mismo-Sexo (Homo, bisexual, lésbico)</b>	0	0,0	6	2,3	6	2,2
<b>Desconocido</b>	0	0,0	2	0,8	2	0,7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>
<b>Media del número de parejas &lt; 12 meses *</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Número</b>	2,7 (DE: 1,4)		1,9 (DE: 2,1)		1,9 (DE: 2,0)	
<b>Nueva pareja sexual &lt; 3 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	5	27,8	67	25,5	72	25,6
<b>No</b>	13	72,2	193	73,4	206	73,3
<b>Desconocido</b>	0	0,0	3	1,1	3	1,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>
<b>Ejerce la prostitución &lt; 12 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	0	0,0	2	0,8	2	0,7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>
<b>Media del número de clientes en la última semana</b>	0		4,0 (DE: 1,4)		4,0 (DE: 1,4)	





Contacto sexual en el extranjero < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
Sí	5	27,8	67	25,5	72	25,6
No	13	72,2	193	73,4	206	73,3
Desconocido	0	0,0	3	1,1	3	1,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>

Uso de drogas antes del contacto sexual < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
Sí	8	44,4	66	25,1	74	26,3
No	7	38,9	146	55,5	153	54,5
Desconocido	3	16,7	51	19,4	54	19,2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>

Contacto en lugares de encuentros sexuales < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
Sí	2	11,1	3	1,1	5	1,8
No	15	83,3	239	90,9	254	90,4
Desconocido	1	5,6	21	8,0	22	7,8
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>

Estudio de contactos	Hombre		Mujer		Total	
Sí	14	78	142	54	156	56
No	4	22	112	43	116	41
Desconocido	0	0	9	3	9	3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>

Fuente: RITS. / \* Se han excluido personas que ejercen la prostitución.

mujeres (93,6%) y una proporción de extranjeros del 32,7%. La mayoría son heterosexuales, mientras que se observan pocos casos de mujeres que tienen sexo con otras mujeres.

Los episodios de ITS más frecuentes son condilomas (39,9%), vaginitis (33,8%), clamidia (9,6%) y tricomonas (6,4%). En relación con la infección por el VIH, la proporción es del 2,1% de infectados. Un 5,7% presentaba otra ITS concomitante en el momento del diagnóstico de la ITS. El 16,4% ya había padecido una ITS previa durante los últimos 12 meses anteriores al diagnóstico actual.

Una cuarta parte de los casos declaró haber tenido una nueva pareja en los

últimos 3 meses y tres cuartas partes de los registrados no habían utilizado el preservativo en la última relación sexual. La media de parejas sexuales los últimos 12 meses fue de 1,9 parejas sexuales (DE: 2,0). En relación con las conductas los últimos 12 meses, un 26,3% consumió drogas antes de mantener relaciones sexuales.

Poco más del 50% de los casos registrados en estos centros habían iniciado el estudio de contactos, con una media de 1,5 parejas sexuales los últimos 3 meses (DE: 1,2), de las cuales podían localizar una media de 1,8 (DE: 1,3).

El perfil de los casos declarados dentro la red de ASSIR es de mujeres heterosexuales con un uso pobre del

preservativo, con una media de 2 parejas sexuales el último año con diagnósticos de condilomas y vaginitis.

Se enfatiza el 2,1% de infección por el VIH en pacientes con diagnóstico de ITS en centros de ASSIR.

El abordaje del estudio de contactos es bajo para estos centros, por lo tanto, es importante poder incrementar este abordaje en los centros de ASSIR.

### ITS en la población más vulnerable

La población más vulnerable frente a la adquisición y transmisión de las ITS durante el periodo incluido se describió mediante la aportación de la UITTS del CAP Drassanes de Bar-

Tabla 1.2.8. Características principales de los pacientes incluidos en el RITS, UITS, 2007-2009 (N=2.191 pacientes).

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Media de edad</b>	32,5 (DE: 8,6)		28,9 (DE: 7,8)		31,6 (DE: 8,6)	
<b>Nivel educativo</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Educación primaria</b>	162	9,8	53	10,0	215	9,8
<b>Educación secundaria</b>	410	24,7	143	27,0	553	25,2
<b>Educación universitaria</b>	441	26,6	120	22,6	561	25,6
<b>Sin formación</b>	20	1,2	6	1,1	26	26,0
<b>Desconocido</b>	628	37,8	208	39,2	836	836,0
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>
<b>Origen</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Norteamérica</b>	9	0,5	5	0,9	14	0,6
<b>Latinoamérica</b>	374	22,5	166	31,3	540	24,6
<b>África subsahariana</b>	17	1,0	8	1,5	25	1,1
<b>Oriente medio y África septentrional</b>	56	3,4	9	1,7	65	3,0
<b>Europa occidental y central</b>	178	10,7	53	10,0	231	10,5
<b>Europa oriental y Asia central</b>	36	2,2	23	4,3	59	2,7
<b>Asia meridional y sur-oriental</b>	36	2,2	7	1,3	43	2,0
<b>Asia oriental</b>	3	0,2	3	0,6	6	0,3
<b>Oceanía</b>	1	0,1	0	0,0	1	0,0
<b>Autóctono</b>	951	57,3	256	48,3	1.207	55,1
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>
<b>Orientación sexual</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Heterosexual</b>	669	40,3	483	91,1	1.152	54,6
<b>Sexo-mismo-Sexo (Homo, bisexual, lésbico)</b>	933	56,2	23	4,3	956	45,4
<b>Desconocido</b>	59	3,5	24	4,5	83	8,0
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>
<b>Media del número de parejas &lt; 12 meses *</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Número</b>	12,7 (DE: 23,5)		2,7 (DE: 6,8)			
<b>Nueva pareja sexual &lt; 3 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	726	43,7	134	25,3	860	39,3
<b>No</b>	266	16,0	143	27,0	409	18,7
<b>Desconocido</b>	669	40,3	253	47,7	922	42,1
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>
<b>Ejerce la prostitución &lt; 12 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	37	2	73	14	110	5
<b>Total</b>	<b>1.652</b>	<b>100,0</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>	<b>2.180</b>	<b>100,0</b>
<b>Contacto sexual en el extranjero &lt; 12 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	51	3,1	4	0,8	55	2,5
<b>No</b>	270	16,5	126	23,9	396	18,3



<b>Desconocido</b>	1.320	80,4	398	75,4	1.718	79,2
<b>Total</b>	<b>1.641</b>	<b>100,0</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>	<b>2.169</b>	<b>100,0</b>

Uso de drogas antes del contacto sexual < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	34	2,0	3	0,6	37	1,7
<b>No</b>	269	16,2	133	25,1	402	18,3
<b>Desconocido</b>	1.358	81,8	394	74,3	1.752	80,0
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>

Contacto en lugares de encuentros sexuales < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	78	4,7	0	0,0	78	3,6
<b>No</b>	264	15,9	150	28,3	414	18,9
<b>Desconocido</b>	1.319	79,4	380	71,7	1.699	77,5
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>

Estudio de contactos	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	930	56,0	275	51,9	1.205	55,0
<b>No</b>	173	10,4	72	13,6	245	11,2
<b>Desconocido</b>	558	33,6	183	34,5	741	33,8
<b>Total</b>	<b>1.661</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>2.191</b>	<b>100,0</b>

Fuente: RITS. / \* Se han excluido personas que ejercen la prostitución.

celona. Esta UITTS registró un total de 2.191 pacientes para un total de 2.359 episodios de ITS. La aportación fue del 86,4% del total del RITS (tablas 1.2.5, 1.2.6 y 1.2.10).

La población atendida para la UITTS fue de adultos jóvenes con una media de edad de 31,6 años (DE: 8,6) y mayoritariamente hombres (75,8%, razón H/D: 3,1). La media de edad fue mayor en el caso de los hombres, con 32,5 años (DE: 8,6); en el caso de las mujeres fue de 28,9 años (DE: 7,8). En relación con la procedencia, el 51,7% de los hombres y el 42,6% de las mujeres provenían del extranjero (44,8% origen extranjero global). Esta población estaba distribuida en un 52,6% heterosexual, un 42,6% HSH y un 1,0% mujeres que mantienen relaciones con mujeres. El 13,8% de las mujeres diagnosticadas eran TS.

Las ITS más frecuentes fueron los condilomas (30,7%), la gonococia (15,8%), la sífilis infecciosa (14,7%), la clamidia (12,7%) y el VHS (10,5%). Esta distribución es muy similar en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres lo son los condilomas, la clamidia, el VHS, la vaginitis y la gonococia. Durante este periodo, la sífilis es diagnosticada mayoritariamente en estadios infecciosos (un 23,9% primaria, un 30,9% secundaria y un 18,2% latente precoz) y una minoría latente tardía. Hasta el año 2009, se han registrado 23 nuevos diagnósticos para el VIH (1,0%), 20 de los cuales son HSH. Además, la UITTS ha aportado un 70% del total de los casos diagnosticados del LGV en Cataluña.

Dentro de los grupos más vulnerables, las ITS más frecuentes en los HSH (n=933) fueron la sífilis infec-

iosa, la gonococia, los condilomas acuminados, la clamidia y las uretritis inespecíficas, con un 28,0% de coinfección por el VIH. Dentro del total de mujeres TS registradas (n=73), los diagnósticos más frecuentes fueron la gonococia, la vaginitis, la clamidia, los condilomas acuminados y el VHS, con un 2,7% de coinfección por el VIH. Los clientes de prostitución (n=69) se presentan mayoritariamente con gonococia, seguida por la sífilis, el VHS, los condilomas y la clamidia. En relación con la población joven < 25 años heterosexual, (n=299), los diagnósticos más frecuentes en ésta fueron los condilomas acuminados, la clamidia, la gonococia y el VHS.

Tabla 1.2.9. Características principales de los pacientes incluidos en el RITS, Red de médicos centinelas EAP, 2007-2009 (N=64 pacientes).

Media de edad	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Años</b>	33,0 (DE: 8,8)		33,6 (DE: 11,4)		33,1 (DE: 9,3)	
<b>Nivel educativo</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Educación primaria</b>	10	20,0	5	35,7	15	23,4
<b>Educación secundaria</b>	18	36,0	3	21,4	21	32,8
<b>Educación universitaria</b>	2	4,0	1	7,1	3	4,7
<b>Sin formación</b>	7	14,0	2	14,3	9	14,1
<b>Desconocido</b>	13	26,0	3	21,4	16	25,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>Origen</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Norteamérica</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Latinoamérica</b>	5	10,0	5	35,7	10	15,6
<b>África subsahariana</b>	12	24,0	3	21,4	15	23,4
<b>Oriente medio y África septentrional</b>	5	10,0	0	0,0	5	7,8
<b>Europa occidental y central</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Europa oriental y Asia central</b>	2	4,0	0	0,0	2	3,1
<b>Asia meridional y sur-oriental</b>	6	12,0	1	7,1	7	10,9
<b>Asia oriental</b>	0	0,0	2	14,3	2	3,1
<b>Oceanía</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Autóctono</b>	20	40,0	3	21,4	23	35,9
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>Orientación sexual</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Heterosexual</b>	47	94,0	14	100,0	61	95,3
<b>Sexo-mismo-Sexo (Homo, bisexual, lésbico)</b>	3	6,0	0	0,0	3	4,7
<b>Desconocido</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>Media del número de parejas &lt; 12 meses *</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Número</b>	3,4 (DE: 4,9)		0,9 (DE: 0,3)		3,0 (DE: 4,6)	
<b>Nueva pareja sexual &lt; 3 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	19	38,0	0	0,0	19	29,7
<b>No</b>	31	62,0	13	92,9	44	68,8
<b>Desconocido</b>	0	0,0	1	7,1	1	1,6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>Ejerce la prostitución &lt; 12 meses</b>	Hombre		Mujer		Total	
<b>Sí</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>





Contacto sexual en el extranjero < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
Sí	13	26,0	1	7,1	14	21,9
No	35	70,0	11	78,6	46	71,9
Desconocido	2	4,0	2	14,3	4	6,3
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Uso de drogas antes del contacto sexual < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
Sí	10	20,0	0	0,0	10	15,6
No	35	70,0	11	78,6	46	71,9
Desconocido	5	10,0	3	21,4	8	12,5
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Contacto en lugares de encuentros sexuales < 12 meses	Hombre		Mujer		Total	
Sí	5	10,0	0	0,0	5	7,8
No	39	78,0	11	78,6	50	78,1
Desconocido	6	12,0	3	21,4	9	14,1
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Estudio de contactos	Hombre		Mujer		Total	
Sí	37	74,0	11	78,6	48	75,0
No	7	14,0	1	7,1	8	12,5
Desconocido	6	12,0	2	14,3	8	12,5
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Fuente: RITS. / \* Se han excluido personas que ejercen la prostitución.

➤ Se observa un incremento de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el colectivo de HSH, siendo necesario reforzar la prevención primaria de la infección por el VIH mediante la promoción de hábitos sexuales saludables y otras intervenciones específicas dirigidas a esta población.

➤ Las personas de origen no español suponen más de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH. Hecho que nos indica la necesidad de ase-

gurar el acceso a los servicios sanitarios de este colectivo y de facilitar la información en los centros donde se realiza la prueba, así como información de las medidas de prevención primaria y secundaria.

➤ La notificación obligatoria de la infección por el VIH instaurada en julio del 2010, permite disponer de un sistema de información fiable que ayudará a evaluar correctamente los programas de prevención y control de la infección por el VIH.

➤ Aunque, con la introducción del TARGA en el año 1996, la mortalidad por Sida disminuyó más del 50%, ésta se mantiene estable en los últimos años. Es necesario enfatizar si esta mortalidad es directamente atribuible a la infección por el VIH o se debe a otras causas, estén o no relacionadas con el Sida.

➤ El perfil de los usuarios con una ITS en la UITS de Drassanes fue de hombres jóvenes, mayoritariamente HSH, con una elevada

proporción de coinfección por el VIH.

➤ Los diagnósticos con mayor relevancia en todos los grupos vulnerables fueron los condilomas, la clamidia y la gonococia, y con mayor importancia la sífilis dentro el grupo de HSH.

➤ En la lucha para la prevención y el control de la infección por el VIH y las sinergias con las ITS, en Cataluña, así como en el resto de países de la UE y países occidentales, son cada vez más esenciales la vigilancia y la monitorización de las ITS, en particular en poblaciones más vulnerables de jóvenes menores de 25 años, HSH, extranjeros o recién llegados, personas VIH+ y mujeres en edad reproductiva.

➤ La tendencia al aumento de las ITS de declaración obligatoria y la mayor movilidad de las poblaciones afectadas, tanto en Cataluña como en el resto de países de Europa, justifica una mayor vigilancia y el establecimiento de sistemas de alerta que permitan intervenciones eficaces y rápidas para su control.

➤ El aumento de las ITS en la población de mujeres en edad reproductiva presenta la necesidad de reforzar las medidas para la prevención y control de las ITS en esta población.

Imagen 1.2. La formación de los profesionales sanitarios permite potenciar sus habilidades en la prevención y la detección de las ITS, especialmente la infección por el VIH.



➤ A fin de reforzar la prevención y el control de las ITS en poblaciones determinadas y mejorar el desarrollo de estrategias de salud pública, es necesario promover la formación en ITS de los profesionales sanitarios, mayoritariamente a los equipos de atención primaria (EAP) y ASSIR, para mejorar el abordaje diagnóstico y preventivo.

## Bibliografía

[1] Programa per a la Prevenció i el Control de la Sida. Instruccions per emplenar el nou protocol de declaració de cas de sida (1994). Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 1994;15 (núm. extra):29-34.

[2] Manual de notificació de les malalties de declaració obligatòria per a l'any 2007. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2006.

[3] Casabona J, Romaguera A, Almeida J, Blanch C, Caylà JA, Miró JM; Grupo de Trabajo sobre la Declaración del HIV. La declaración de los nuevos diagnósticos de HIV en Catalunya : ¿es el consenso técnico posible?. Gac Sanit [Internet]. 2003 en.-feb. [acceso 15 de julio de 2010];17(1):75-82. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7016&articulo\\_id=13043427&revistaid=138](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articulo_id=13043427&revistaid=138)

[4] Romaguera A, Binefa G, Casabona J, Garcia de Olalla P, Caylà J, Camps N, et al. Declaración de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Cataluña. Implementación y resultados. Gac Sanit [Internet]. 2005 sept.-oct. [acceso 15 de julio de 2010];19(5):356-62. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7016&articulo\\_id=13080133&revistaid=138](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articulo_id=13080133&revistaid=138)

[5] ECDC. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009 [Internet]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control; 2009 [acceso 15 de julio de 2010]. Disponible en: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0910\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_on\\_Communicable\\_Diseases\\_in\\_Europe.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0910_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf)

[6] Centers for Disease Control. Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) – United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 1982 sept. 24 [acceso 15 de

julio de 2010];31(37):507-14. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.htm>

[7] Centers for Disease Control. Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting – United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 1985 junio 28 [acceso 15 de julio de 2010];34(25):373-5. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000567.htm>

[8] Centers for Disease Control. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 1987 ag. 14 [acceso 15 de julio de 2010];36(supl. 1):1S-15S. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/mmsu3601.pdf>

[9] European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 Revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS

Surveillance in Europe, Quarterly Report [Internet]. 1993; 37:23-8.

[10] Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya. Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya : situació fins al 30 de juny de 2002. Butlletí Epidemiològic de Catalunya [Internet]. 2002 oct. [acceso 16 de julio de 2010]; 23(10):149-55. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/bec1002.pdf>

[11] ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2009 [acceso 16 de julio de 2010]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/sexual\\_health/docs/ecdc\\_hiv\\_aids\\_surveillance\\_in\\_europe\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sexual_health/docs/ecdc_hiv_aids_surveillance_in_europe_en.pdf)

[12] Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Vigilancia epidemiológica

del VIH en España: valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA: periodo 2003-2008 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III; 2009 [acceso 16 de julio de 2010]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos\\_diagnosticos\\_ccaa.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf)

[13] Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España: registro nacional de casos de sida [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III; 2009 [acceso 16 de julio de 2010]. Informe semestral: 1. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS\\_Informe\\_semestral.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf)

[14] Rius C, Binefa G, Montoliu A, Esteve A, Ribas G, Gispert R, et al. Cambio de la supervivencia de los casos de sida en Cataluña. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2006 jul. 1 [acceso 16 de julio de 2010];127(5):167-71. Disponible en: [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=83.247.136.51&articleid=13090705&revistaid=2](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=83.247.136.51&articleid=13090705&revistaid=2)

[15] Carnicer-Pont D, Garcia de Olalla P, Caylà JA; AIDS working group. HIV infection late detection in AIDS patients of an European city with increased immigration since mid 1990s. *Curr HIV Res.* 2009;7(2):237-43.

[16] Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso 23 de julio de 2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf)

[17] Vigilancia epidemiológica reforzada de las infecciones de transmisión sexual (ITS). En: Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT). Sistema Integra-

do de vigilancia epidemiológica del SIDA/VIH/ITS en Cataluña (SIVES). Barcelona: Generalitat de Cataluña, Departament de Salut; 2008. p75-89. Documento técnico: 19.

[18] Lowndes C. Sexually transmitted infections may assume an increasing important role in the evolution of HIV transmission in Europe. *Euro Surveill* [Internet]. 2002 jul. [acceso 23 de julio de 2010];6(29). pi=1923 Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=1923>

[19] Fenton K, Giesecke J, Hamers FF. Europe-wide surveillance for sexually transmitted infections: a timely and appropriate intervention. *Euro Surveill* [Internet]. 2001 mayo [acceso 23 de julio de 2010]; 6(5). pi=207. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=207&LanguageId=2>

[20] Trends in sexually transmitted infections and HIV in the European Region, 1980-2005 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2006 [acceso 23 de julio de 2010]. Technical briefing document: 01B/06. Disponible en: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/EPI-aktuell-ny/2007/etb01b%5B1%5D.pdf>

[21] van de Laar MJ. The emergence of LGV in western Europe: what do we know, what can we do? *Euro Surveill* [Internet]. 2006 sept. [acceso 23 de julio de 2010];11(9):146-8. pi=641. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=641>

[22] Diaz A, Junquera ML, Esteban V, Martínez B, Pueyo I, Suarez J, et al. HIV/STI co-infection among men who have sex with men in Spain. *Euro Surveill* [Internet]. 2009 dic. [acceso 23 de julio de 2010];14(48). pi=19426. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19426>

[23] Vall Mayans M, Caballero E, Garcia de Olalla P, Armengol P, Codina

MG, Barberà MJ, et al. Outbreak of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Barcelona 2007/08 – an opportunity to debate sexual health at the EuroGames 2008. *Euro Surveill* [Internet]. 2008 junio [acceso 23 de julio de 2010]; 13(25). pi=18908. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18908>

[24] De Munain JL, Ezpeleta G, Imaz M, Del Mar Camara M, Esteban V, Santamaría JM, et al. Two lymphogranuloma venereum cases in a heterosexual couple in Bilbao (Spain). *Sex Transm Dis.* 2008 nov.;35(11):918-9.

[25] Tortajada C, de Olalla PG, Pinto RM, Bosch A, Caylà J. Outbreak of hepatitis A among men who have sex with men in Barcelona, Spain, September 2008 - March 2009. *Euro Surveill* [Internet]. 2009 abr. [acceso 23 de julio de 2010];14(15). pi=19175. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19175>

[26] Lowndes CM, Fenton KA; European Surveillance of STI's Network. Surveillance systems for STIs in the European Union: facing a changing epidemiology. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2004 ag. [acceso 23 de julio de 2010]; 80(4):264-71. Disponible en: <http://sti.bmj.com/content/80/4/264.full>

[27] Casabona J, Binefa G, Folch C, Lugo R, Vives N, Carmona G, et al. Sexually acquired HIV infections on the rise in Catalonia, Spain. *Euro Surveill* [Internet]. 2006 jul. [acceso 23 de julio de 2010];11(7). pi=3006. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3006>

[28] Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of HIV, Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, and risk factors for Sexually Transmitted Infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008 feb.;35(2):178-183.

[29] Reintjes R, Theles M, Reiche R, Cosan A. Benchmarking nacional surveillance systems: a new tool for the comparison of communicable disease surveillance and control in Europe. *Eur J. Public Health.* 2007 feb.;17(4): 375-80.

[30] Low N. Current status of Chlamydia screening in Europe. *Euro Surveill* [Internet]. 2004 oct. 7 [acceso 23 de julio de 2010];8(41). pi=2566. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2566>

[31] Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2003 Supplement. Chlamydia Prevalence Monitoring Project. Annual Report [Internet]. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004 [acceso 23 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/chlamydia2003/chlamydia2003.pdf>

[32] Instituto Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. 2008. *Boletín Epidemiológico Semanal* [Internet]. 2009 ag. [acceso 23 de julio de 2010];17(14):157-68. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/boletin\\_semanal/bes0931.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/boletin_semanal/bes0931.pdf)

[33] Resum de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya durant l'any 2006. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* [Internet]. 2007 nov. [acceso 23 de julio de 2010];28(núm. extra):1-12. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2263/bec112007ex.pdf>

[34] DECRET 445/2004, de 30 de novembre, pel qual es modifica el Decret 395/1996, de 12 de desembre, pel qual s'estableixen els procediments de notificació de les malalties de declaració

obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 3911 (25-06-2003).

[35] DECRET 391/2006, de 17 d'octubre, pel qual es modifica el circuit de notificació de les malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4743, (19-10-2006).