

## **SUMARIO**

<b>Actuación ante un caso de agresión animal</b>	<b>1</b>
<b>Recomendaciones para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en atención primaria</b>	<b>5</b>
<b>Infección por VIH en Navarra, 2012</b>	<b>7</b>
<b>Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2013</b>	<b>11</b>

## **ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE AGRESIÓN ANIMAL**

Este boletín revisa el protocolo de actuación ante agresiones animales, principalmente mordeduras, y establece los aspectos más importantes para valorar la indicación de profilaxis antirrábica. La atención de los pacientes que han sufrido agresión animal puede realizarse generalmente en Atención Primaria, salvo cuando, por la gravedad de las lesiones o porque el médico de salud pública indique la profilaxis antirrábica, se justifique su derivación a urgencias del hospital.

Las actuaciones ante una agresión animal han de incluir la cura y tratamiento de la herida, la valoración de profilaxis antitetánica y la valoración de profilaxis antirrábica.

### **1. Cura y tratamiento de la herida**

En el punto de asistencia médica se realizará:

- Lavado con agua a chorro y jabón durante 5 minutos.
- Desinfección con alcohol 70° o povidona yodada al 10%.
- No suturar la herida.
- Profilaxis antimicrobiana (amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 12h o 500/125 cada 8 horas).

### **2. Valoración de profilaxis antitetánica**

Toda mordedura tiene la consideración de herida tetanígena, por lo que es necesario considerar la profilaxis antitetánica. Para ello se tendrá en cuenta el antecedente de vacunación del paciente y se procederá a la administración de inmunoglobulina y/o vacuna, de acuerdo con la tabla 1.

### **3. Valoración de profilaxis antirrábica**

España, territorio peninsular e islas, ha estado libre de rabia en animales terrestres desde 1978, a excepción de un caso puntual importado de Marruecos en 2013. Las ciudades de Ceuta y Melilla presentan casos de rabia en animales domésticos (perros y gatos), debido a la permeabilidad de las fronteras con Marruecos.

En 1987 se diagnosticó el primer caso de rabia en murciélagos insectívoros y desde entonces se han notificado 7 casos.

Dada la escasa probabilidad de ser atacado por un animal rabioso, la profilaxis antirrábica no debe ser considerada como la primera opción salvo en situaciones excepcionales.

Independientemente de ello, conviene recabar la mayor información posible del animal agresor, que ayude a su localización para mantenerlo en observación y comprobar si está vacunado. Desde el primer momento es fundamental recabar información del propio agredido, de testigos y/o del dueño del animal (Anexo 1). Para la localización del animal se puede contar además con la colaboración de la policía local, de los servicios veterinarios municipales o del veterinario de la zona, así como la consulta en el registro canino. Los pasos a dar son los siguientes:

- Cumplimiento del **Parte de agresión animal**, en el que se tratarán de recoger todos los detalles del animal mordedor, y especialmente la identificación del dueño. La notificación se hará de forma urgente. Cuando la agresión haya ocurrido en Pamplona este parte se remitirá a la Dirección de Medio Ambiente del Ayuntamiento (Fax: 948420404), y en el resto de Navarra se remitirá al veterinario de la Zona Básica de Salud, y en cualquier caso también se puede tramitar a través del Instituto de Salud Pública de Navarra (Fax: 848423474).
- Cuando exista alguna sospecha de riesgo de rabia y antes de iniciar la profilaxis postexposición antirrábica se notificará urgentemente la agresión a Salud Pública. En horario laboral de 8:00 a 15:00 horas se llamará al teléfono 848423466, 848423646 ó 848421477. Los fines de semana, festivos y días laborables fuera de este horario se llamará al 112 y se preguntará por el médico de guardia de salud pública.
- En caso de que el médico de salud pública recomiende la profilaxis antirrábica, se derivará al paciente a Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra. En el hospital se administrará la inmunoglobulina y la primera dosis de vacuna. Las dosis siguientes serán solicitadas desde el Centro de Salud del paciente a la Sección de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública (Maite Arriazu: 848421481 ó Fátima Irisarri: 848423465).

### Criterios para indicar la profilaxis antirrábica

Para que pueda transmitirse la rabia se requiere la **pérdida de continuidad de la piel**, causada por los dientes de un animal rabioso o por contaminación de raspaduras, abrasio-

nes o membranas mucosas con saliva de un animal enfermo, así como cualquier exposición provocada por quirópteros (murciélagos). El tocar al animal, alimentarlo o las simples lameduras en piel intacta no requieren consideración a efectos de la profilaxis antirrábica.

La necesidad de profilaxis postexposición por agresiones ocurridas en Navarra o en regiones libres de rabia terrestre se valorará de acuerdo a la tabla 2. En el caso de que la agresión haya ocurrido en **Ceuta, Melilla, en países distintos de España**, o en comunidades autónomas donde se haya elevado el nivel de alerta, se consultará la indicación con el médico de salud pública.

Lo establecido en este protocolo puede sufrir cambios en el caso de que se eleve el nivel de alerta de rabia en Navarra.

Las pautas y dosis para la profilaxis postexposición se describen en las tablas 3 y 4.

**Tabla 1. Pauta para profilaxis antitetánica de heridas tetanígenas**

Antecedentes de vacunación	Vacuna (Td) <sup>1</sup>	IGT <sup>a,b</sup>
< 3 dosis o desconocida	SÍ (completar vacunación <sup>1</sup> )	SÍ
3 ó 4 dosis	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO <sup>2</sup>
5 ó más dosis	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO <sup>2</sup>

<sup>a</sup> En *inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral*, se administrará una dosis de inmunoglobulina independientemente del estado de vacunación.

<sup>b</sup> IGT: *inmunoglobulina antitetánica*. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación, en quemaduras, fracturas o heridas infectadas se administrará una dosis de 500 UI.

<sup>1</sup> Partiendo de las dosis que consten en el historial del paciente, se administrarán las dosis necesarias hasta llegar a 5 dosis.

<sup>2</sup> Aquellas heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas o con grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo) recibirán una dosis de inmunoglobulina.

**Tabla 2. Actuación ante mordeduras, arañazos o abrasiones causadas por un animal que atraviesan la epidermis ocurridas en lugares con nivel CERO de alerta (sin evidencia de rabia terrestre)**

Tipo de animal y situación	Evaluación del animal	Profilaxis antirrábica
Murciélagos	Considerar al animal rabioso salvo que las pruebas de laboratorio den resultado negativo <sup>2</sup> .	Profilaxis inmediata
Animal con confirmación de rabia, con sospecha de padecer rabia, con antecedente de viaje a zona endémica, <sup>1</sup> o importado ilegalmente	Considerar al animal rabioso salvo que las pruebas de laboratorio den resultado negativo <sup>2</sup> .	Profilaxis inmediata
Mamífero terrestre doméstico o salvaje en el que no concurren las circunstancias del punto anterior y que no está disponible para observación	Animal con comportamiento extraño, que muerde en ausencia de provocación, y evita contacto con otros animales.	Profilaxis inmediata
	Mordedura por un animal en defensa propia, de su territorio o alimento, para protección de su cría, o por reacción a malos tratos, animal herido	No requiere profilaxis
Perros, gatos o cualquier otro mamífero terrestre disponible para observación en el que no concurren las circunstancias anteriores	Comprobación del estado vacunal y observación del animal durante al menos 14 días desde la fecha de la agresión	No requiere profilaxis, salvo que el animal desarrolle signos de rabia <sup>3</sup>

1. Actualmente se considera libre de rabia terrestre toda la península Ibérica, Baleares y Canarias.

2. Si las pruebas de laboratorio del animal son negativas se podrá interrumpir la administración de la vacuna

3. Durante el período de observación del animal (14 días desde la fecha de la agresión) se iniciará profilaxis postexposición ante el primer síntoma de enfermedad. Si el animal inicia síntomas deberá ser sacrificado inmediatamente y analizado.

**Tabla 3. Pautas de profilaxis postexposición<sup>1</sup> antirrábica en función del estado vacunal previo frente al virus de la rabia.**

	Vacuna antirrábica <sup>2</sup>	Inmunoglobulina humana (Imogam Rabia <sup>®</sup> )
<b>Inmunizados</b>	2 dosis de 1 ml. Vía: im. Días: 0 y 3.	No necesaria
<b>No inmunizados</b>	5 dosis de 1 ml. Vía: im. Días: 0, 3, 7, 14 y 28 ó 30.	- El primer día (día 0) y nunca después de 8 días de la primera dosis de vacuna - Dosis: 20 UI/Kg, por infiltración alrededor de la zona lesionada

<sup>1</sup> La vacunación previa contra la rabia no elimina la necesidad de profilaxis postexposición. Si el animal (perro) fuera conocido puede demorarse la vacunación hasta ver si el animal desarrolla rabia en los 10 días siguientes, o bien revisar su estado vacunal mediante lectura del chip.

<sup>2</sup> Indicada en embarazo y lactancia. Edad mínima de administración: 1 año

**Tabla 4. Pautas de vacunación antirrábica aceptadas.**

Pauta	Vía	Región	Dosis	Nº dosis	Días
<b>Clásica (Essen)</b>	Intramuscular	Deltoides <sup>1</sup>	1 ml	5	0, 3, 7, 14 y 28 ó 30
<b>Im-abreviada (Zagreb)</b>	Intramuscular	Deltoides <sup>1</sup>	1 ml	4	0 <sup>2</sup> , 7 y 21

<sup>1</sup> En niños en la región anterolateral del muslo. Nunca en glúteos.

<sup>2</sup> Dos dosis inicialmente, una en el brazo derecho y otra en el izquierdo.

## PARTE DE AGRESIÓN ANIMAL\*

### 1. DATOS RELATIVOS A LA PERSONA AGREDIDA

---

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
Fecha de la agresión \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
Lugar donde se produjo (municipio, calle, número y otros detalles que ayuden a localizar al animal): \_\_\_\_\_

Tipo de Agresión: Mordedura  Laceración  Arañazo  Otros (especificar) \_\_\_\_\_  
Región anatómica lesionada: Cabeza/Cuello  Manos/dedos  Brazos  Tronco   
Pies/Pierna  Otros (especificar) \_\_\_\_\_  
La región lesionada estaba: Descubierta  Cubierta   
Carácter de la lesión: Leve  Moderada  Grave  Múltiple   
Observaciones: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DEL ANIMAL AGRESOR, PARA LA OBSERVACIÓN SANITARIA

---

Especie: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Tamaño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

En caso de que sea un perro o gato:

Microchip: Sí  No  Ns/Nc  N° microchip \_\_\_\_\_  
Vacunación contra la rabia: Sí  No  Ns/Nc  Fecha última dosis \_\_\_\_\_  
¿Agredió a otras personas o animales? Sí  No  Ns/Nc

Especificar:

¿Se puede justificar la agresión por una actitud del animal de defensa propia, de su territorio, de su alimento, de protección de su cría, o en respuesta a malos tratos o por encontrarse herido? Sí  No  Ns/Nc  Especificar: \_\_\_\_\_

### 3. DATOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL AGRESOR

---

Propietario: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona que declara la agresión: \_\_\_\_\_

---

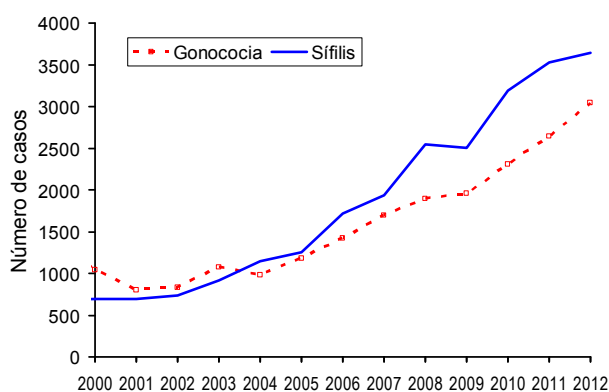
\*Este parte sólo tiene como finalidad la localización y control del animal para comprobaciones sanitarias y es independiente de la existencia o no de denuncia. Aportar toda la información que se disponga.

**SR. INSPECTOR VETERINARIO DE SALUD PÚBLICA DEL AYUNTAMIENTO/ZONA BASICA DE**

# RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actualmente contamos con medios para la prevención, diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), que bien utilizados, permitirían prevenir la mayor parte de los casos. Sin embargo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual está aumentando en los países de nuestro entorno, y en España la incidencia de sífilis y gonococia se ha triplicado en la última década.

**Figura 1.** Incidencia anual de infección gonocócica y de sífilis en España



Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

En los primeros meses de 2013 se ha observado en Navarra un aumento apreciable de la incidencia de sífilis y de casos de infección por el VIH de transmisión reciente. Entre enero y agosto de 2013 se han diagnosticado en Navarra 65 casos de sífilis. El 74% de los casos son en varones, con rango de edad que va desde los 18 a los 77 años y mediana de 40 años. Doce casos presentaban la lesión típica de la sífilis primaria (chancro, úlcera indolora e indurada) y 9 eran sífilis secundarias, la mayoría con la típica erupción maculopapulosa que se extiende por el cuerpo y afecta a palmas y plantas y se acompaña de adenopatías. No obstante, la mayoría de los casos (n=44) fueron sífilis latentes (asintomáticas), que se detectaron al resultar positiva la serología. Ocho de los casos de sífilis tenían también infección por el VIH, lo cual no es raro si tenemos en cuenta que la presencia de la sífilis u otra ITS favorece la transmisión del VIH. Un problema especial lo plantean los 35 pacientes que tuvieron serología positiva a sífilis como hallazgo analítico, en los que no se ha podido concluir el dia-

gnóstico ni poner tratamiento al no haberse vuelto a ver el paciente en consulta.

Entre enero y agosto de 2013 se han notificado 29 casos de gonococia, de los cuales 25 casos fueron en varones, si bien, un porcentaje elevado de los casos de gonococia en mujeres pueden ser asintomáticos. También se confirmaron por laboratorio 69 casos de *Chlamydia trachomatis*, 43 en mujeres y 26 en varones, así como 26 casos de herpes genital, de los cuales 25 eran mujeres.

Todo ello hace que las ITS estén requiriendo una atención creciente en la práctica asistencial de atención primaria.

## Conceptos básicos sobre las infecciones de transmisión sexual

Para avanzar en la prevención y control de las ITS conviene tener presente los conceptos básicos siguientes:

- Las ITS abarcan un número amplio de enfermedades que tienen en común el mecanismo de transmisión.
- En una misma relación puede producirse la transmisión de más de una ITS.
- La presencia de algunas ITS facilita la transmisión de otras.
- Muchas de las enfermedades de transmisión sexual son asintomáticas. La detección de casos sintomáticos debe utilizarse para descartar otras en el propio paciente y la existencia de infección asintomática en su/s pareja/s.
- La mayoría de las ITS curan totalmente con el tratamiento adecuado.
- Para la mayoría de ITS, un episodio no deja inmunidad frente a nuevas exposiciones.
- Las hepatitis A y B y la infección por el virus del papiloma son ITS que pueden prevenirse mediante la vacunación.
- El diagnóstico y tratamiento temprano de los casos de ITS tiene un gran impacto preventivo de nuevos casos.
- La localización genital es la habitual en las lesiones por ITS, pero puede haber locali-

zaciones anal y faríngea dependiendo de las prácticas sexuales.

### Principios básicos para el control de las ITS

Para avanzar en el control y reducción de la incidencia de ITS se ha de poner especial énfasis en las siguientes actuaciones:

- Detección precoz de los casos.
- Tratamiento inmediato y adecuado para asegurar la curación.
- Información y estudio de la pareja.
- Descartar de otras ITS.
- Prevención de algunas ITS mediante vacunación: hepatitis B, virus del papiloma humano y hepatitis A.
- Educación sobre medidas para reducir el riesgo de nuevos contagios.

Estas actuaciones son aplicables en los distintos niveles de la red asistencial y en diferentes especialidades médicas, pero atención primaria tiene un papel central por ser la puerta de entrada en el sistema sanitario para muchos de estos procesos.

### RECOMENDACIONES ante toda consulta por sospecha de una ITS

En casos que consultan por síntomas o lesiones típicos se puede ganar tiempo instaurando **tratamiento sintomático**<sup>1</sup> en la primera consulta, pero antes conviene **tomar frotis de exudado y serología** para confirmación diagnóstica.

**Descartar otras ITS** mediante anamnesis, exploración, microbiología de muestra de exudado/frotis y serología, que ha de incluir la infección por el VIH, sífilis y hepatitis B.

Cuando se diagnostica una ITS se debe tratar no sólo al caso, sino que también se debe **diagnosticar y tratar a su/s pareja/s sexual/es**. El médico tratará de buscar para cada caso la forma más oportuna para que la pareja pueda ser diagnosticada y tratada. Si la pareja está infectada y no se trata, el caso puede volver a reinfectarse.

Recomendar **evitar las relaciones sexuales coitales sin preservativo** hasta que cure la ITS.

Toda persona que consulta por una ITS debe recibir **información sobre las medidas preventivas** para evitar futuros contagios.

Todo paciente que consulta por sospecha de una ITS debe estar **inmunizado frente a hepatitis B**. Si no lo está, se debe proceder a la vacunación inmediata. Estos pacientes entran en la indicación de personas con factores de riesgo y se les puede vacunar con las vacunas de hepatitis B disponibles en los centros de salud.

En personas que tengan relaciones de **sexo anal** conviene que estén **inmunizadas frente a la hepatitis A**, debido a que se han detectado brotes especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres. Las dosis de vacuna para esta inmunización pueden solicitarse al Instituto de Salud Pública. Para más información ver: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/149407/BOL55INT.pdf>

Recurrir cuando sea necesario al apoyo de los centros especializados, mediante remisión de pacientes o interconsulta telefónica. Los **Centros de Atención a la Mujer** ofrecen apoyo a Atención Primaria en el diagnóstico y tratamiento de las ITS. El centro ANDRAIZE cuenta con una consulta específica para ITS que atiende tanto hombres como mujeres, a la que se puede derivar pacientes desde cualquier Centro de Salud.

En el teléfono 848422244 (Servicio de Microbiología del Complejo hospitalario de Navarra) se pueden consultar dudas sobre la toma de muestras más adecuadas para cada caso. Existe la posibilidad de remitir al paciente para que le tomen muestras en el Centro Dr. San Martín, en la cuarta planta, en horario de 8 a 12h30, no siendo necesaria cita previa. Está previsto incorporar en 2014 una segunda consulta para este fin en el Centro de Consultas Príncipe de Viana (CCI).

Consultas sobre vacunas y medidas preventivas pueden hacerse al Instituto de Salud Pública (tfnos. 848 423466, 848423646 y 848421477).

### Bibliografía

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: OMS, 2008.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401\\_modulo2\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo2_spa.pdf)

# INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2012

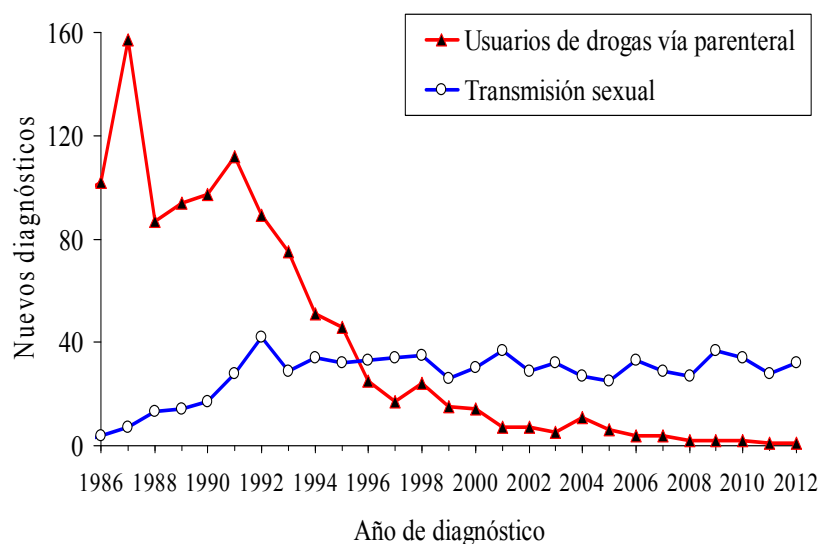
## Nuevas infecciones por el VIH

Desde el comienzo de la epidemia de sida hasta diciembre de 2012 se habían diagnosticado 1940 infecciones por VIH en población residente en Navarra. La mayor parte de estas infecciones se diagnosticaron entre finales de la década de los ochenta y principios de los noventa. En el quinquenio 2008-2012 la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene entre 29 y 39 casos anuales, lo que supone tasas de 4,5

y 6,2 por 100.000 habitantes, respectivamente (Tabla 1).

En los últimos años han disminuido de forma acusada los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral, aunque no se ha logrado controlar totalmente la ocurrencia de nuevas infecciones asociadas a esta práctica. Los nuevos diagnósticos por transmisión sexual se mantienen relativamente estables desde la década de los 90, y generan la mayoría de diagnósticos de VIH en los últimos años (Figura 1).

**Figura 1.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según categoría de transmisión.

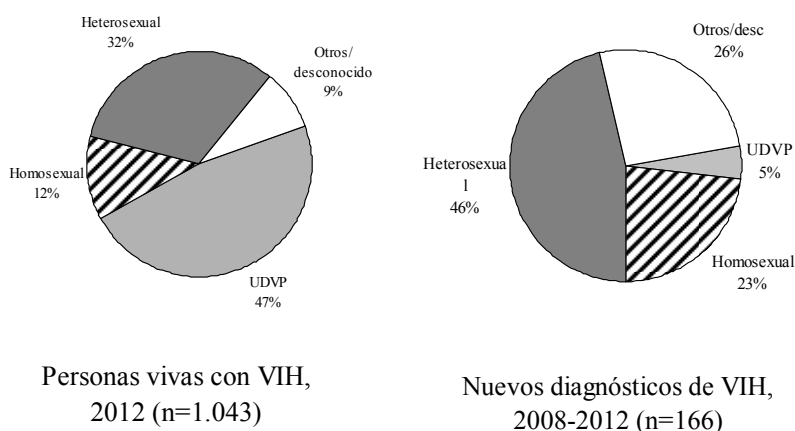


**Tabla 1.** Número y tasas por 100.000 habitantes de diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes por sida en personas residentes en Navarra

Año	Diagnósticos de VIH*		Diagnósticos de sida**		Muertes por sida**		Personas vivas con diagnóstico de VIH***	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2000	45	8,3	27	5,0	12	2,2	912	167,7
2001	45	8,1	22	4,0	11	2,0	932	167,5
2002	36	6,3	31	5,4	14	2,5	935	164,1
2003	37	6,4	21	3,6	16	2,8	938	162,2
2004	38	6,5	22	3,8	12	2,1	949	162,3
2005	32	5,4	17	2,9	12	2,0	959	161,9
2006	37	6,1	17	2,8	12	2,0	977	162,3
2007	35	5,8	17	2,8	7	1,2	995	164,2
2008	29	4,7	21	3,4	15	2,4	995	160,4
2009	39	6,2	10	1,6	9	1,4	1017	161,4
2010	36	5,7	12	1,9	8	1,3	1030	161,7
2011	29	4,5	5	0,8	4	0,6	1041	162,1
2012	33	5,1	16	2,5	10	1,6	1054	163,5

\*Fuente: Registro de VIH. \*\*Fuente: Registro de sida. Se han considerado todas las defunciones declaradas en personas con diagnóstico de sida. \*\*\*Personas con diagnóstico de VIH que no constaban como fallecidas al final de cada año. Los datos de 2012 pueden sufrir algún cambio conforme se complete la información.

**Figura 2.** Distribución de las personas con diagnóstico de VIH según categoría de transmisión.

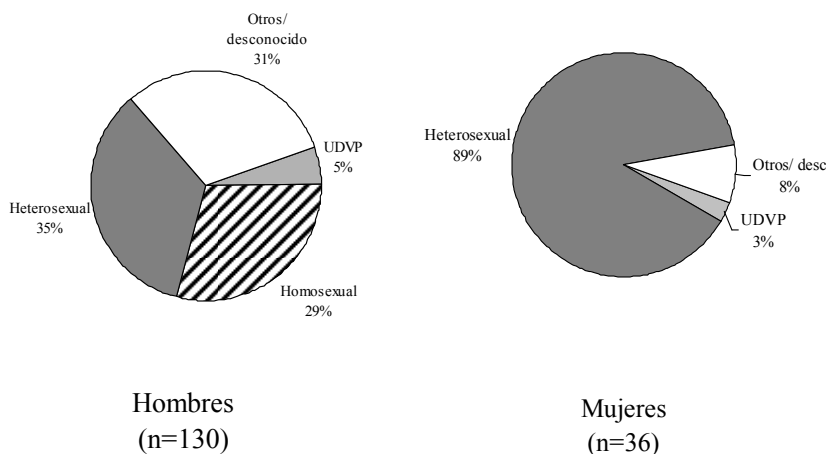


Entre las 166 infecciones diagnosticadas en el período 2008–2012, un 44% se relacionaron con prácticas heterosexuales de riesgo, el 5% con uso de material no estéril para la inyección de drogas, el 23% con prácticas homosexuales de riesgo y en otro 24% está pendiente el establecer el mecanismo probable de transmisión (Figura 2). El porcentaje de hombres aumentó hasta el 78% de los diagnósticos. En estos predominó la transmisión heterosexual (35%), seguida por la debida a prácticas homosexuales (29%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (5%).

Además, en un 31% no se pudo establecer el mecanismo de transmisión y probablemente se debieron a transmisión sexual. Entre las mujeres el predominio de la transmisión heterosexual fue mucho más marcado (89%), y la transmisión asociada al consumo de drogas inyectadas supuso el 3% (Figura 3).

Analizando en conjunto el último quinquenio, 2008–2012, el 38% de los diagnósticos de VIH en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países (Figura 4).

**Figura 3.** Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión, 2008–2012





## Retraso diagnóstico de la infección por VIH

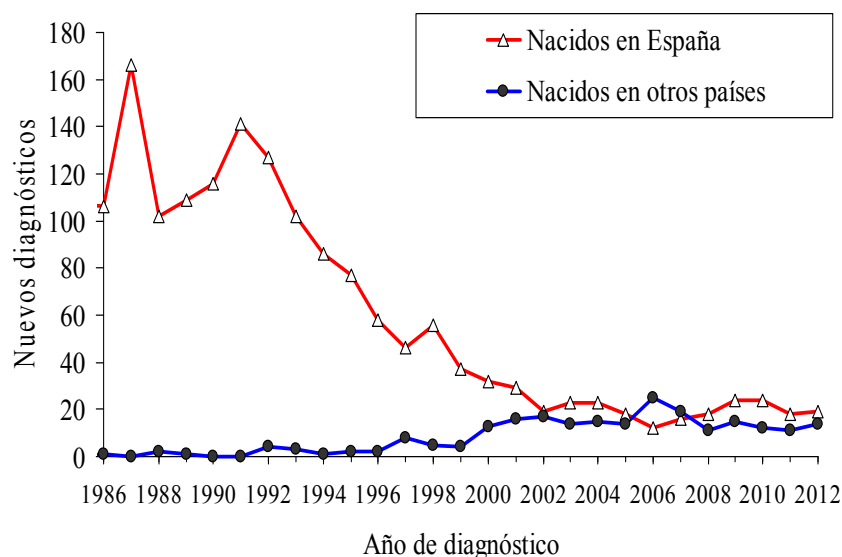
Existe consenso en considerar que los niveles de linfocitos CD4+ menores de 200 son indicativos de infección en estadio avanzado. De los 166 diagnósticos de VIH realizados en Navarra entre 2008 y 2012, el 33% presentaban menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico. Los diagnósticos de VIH con menos de 200 CD4 fueron más elevados en población autóctona (34%) que en la de otros países (21%).

Por otra parte, solo el 34% de los diagnósticos de VIH se realizaron cuando el paciente tenía más de 500 CD4. Este criterio es actualmente el objetivo de diagnóstico precoz de la infección, ya que consigue el margen suficiente para alcanzar el mayor beneficio del tratamiento antirretroviral en el paciente. En el 16% (n=26) de los diagnósticos de VIH realizados en el periodo 2008-2012, este

diagnóstico coincidió con el de sida, lo que pone en evidencia que la infección no se sospechó hasta que aparecieron manifestaciones clínicas graves. El 81% de estos casos se produjeron en hombres, el 95% eran de transmisión sexual y el 58% fueron en población autóctona. La mayoría de las defunciones por sida se produjeron en pacientes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida. La proporción de diagnósticos de VIH que coincidieron con el diagnóstico de sida ha disminuido ligeramente en los últimos años situándose en 2012 en el 12%.

El diagnóstico temprano de las infecciones por VIH aporta beneficios desde varios puntos de vista. Las personas infectadas que inician su tratamiento a tiempo mejoran el pronóstico, y además las personas diagnosticadas transmiten menos la infección que los que desconocen su infección.

**Figura 4.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento.



## Personas que viven con la infección por VIH

Los tratamientos antirretrovirales combinados han mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por el VIH. Las muertes por sida han disminuido y tienden a concentrarse en personas cuyo diagnóstico de la infección se realiza cuando ya han aparecido enfermedades oportunistas o en personas que no cumplen los tratamientos.

La mortalidad por causas distintas del sida va adquiriendo un peso creciente en las personas que viven con infección por el VIH.

Esta mortalidad es elevada con respecto a la de la población no infectada de igual edad y sexo. Entre las principales causas de mortalidad, aparte del sida, están la intoxicación por drogas, las hepatopatías, algunos cánceres y la enfermedad cardiovascular. Esto lleva a recordar que, en las personas con infección por el VIH, son más importantes todas las medidas de prevención de estos procesos.

Como resultado del balance de todo ello, el número de personas vivas con diagnóstico de VIH viene aumentando ligeramente en los

últimos años. En Navarra, el número estimado de personas que a finales de 2012 vivían con diagnóstico de infección por el VIH es de 1054. Las características de estas personas reflejan principalmente el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás. Predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales siguen suponiendo más de la mitad (Figura 2). Con el transcurso del tiempo la edad media de la población que vive con el VIH ha ido aumentando progresivamente.

Las mejoras en el pronóstico de la infección por el VIH dependen de que se instaure a tiempo el tratamiento adecuado. Por este motivo resulta de especial importancia el diagnóstico temprano de la infección, especialmente en personas en las que las prácticas de riesgo pudieron ocurrir hace años, por lo que la sospecha de la infección no está presente actualmente.

### **Comparación con otras comunidades autónomas**

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe sobre los nuevos diagnósticos de VIH en las 17 comunidades autónomas (incluidas Ceuta y Melilla) que tienen un sistema consolidado de vigilancia. El conjunto de todas estas comunidades presentó una tasa de nuevos diagnósticos de VIH que se mantuvo entre 9,2 y 10,7 por 100.000 habitantes durante el periodo 2003–2010, y descendió a 8,4 por 100.000 en 2011. Estas tasas fueron en todos los años superiores a las registradas en Navarra.

El patrón de distribución por categorías de transmisión también mostró algunas diferencias en Navarra. Mientras que en el conjunto de comunidades el 31% de los casos fueron atribuibles a transmisión heterosexual, el 54% ocurrieron entre hombres con prácticas homosexuales y el 5% en usuarios de drogas por vía parenteral, estos porcentajes en Navarra fueron del 45%, 38% y 3%, respectivamente.

Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual. La transmisión entre HSH es ya la categoría mayoritaria, y su influencia crece año a año. Las personas de otros países suponen el 37% de los nuevos diagnósticos,

porcentaje similar al de Navarra. El diagnóstico tardío es muy importante, y tan sólo ha descendido entre los HSH.

### **Conclusiones**

- Superada la fase epidémica inicial, la infección por VIH en Navarra se ha instalado en una situación endémica.
- Las cifras de nuevos diagnósticos han disminuido mucho respecto a épocas pasadas, pero son todavía altas, teniendo en cuenta que conocemos perfectamente como se transmite el VIH y que estas situaciones son prevenibles.
- Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH se mantienen en Navarra por debajo de la tasa media estatal.
- A pesar de los avances en la prevención, todavía se siguen produciendo infecciones por el VIH, por lo que se deben mantener todas las precauciones para evitar la transmisión. Los datos epidemiológicos indican que es la transmisión sexual donde actualmente hay más margen de mejora para la prevención de nuevas infecciones.
- La elevada proporción de diagnósticos tardíos de la infección por VIH hace sospechar de la existencia de una bolsa importante de infecciones que todavía no han sido detectadas. Aflorar esta bolsa de infecciones no diagnosticadas ayudaría a mejorar el pronóstico de los afectados y a reducir la propagación de la infección.
- El número de personas que viven con la infección por el VIH se mantiene elevado, fruto de los progresivos avances en la supervivencia y calidad de vida.

### **Referencias**

Aldaz P, Moreno-Iribas C, Egüés N, Irisarri F, Floristan Y, Sola-Boneta J, Martínez-Artola V, Sagredo M, Castilla J. Mortality by causes in HIV-infected adults: comparison with the general population. *BMC Public Health*. 2011;11:300. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/300>

Centro Nacional de Epidemiología. Nuevos diagnósticos de VIH en España. Periodo 2003–2012. Actualización 30 de junio de 2012. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe-VIH-sida-Junio-2012.pdf>

# SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 27 A 39. PERIODO 2008-2013

ENFERMEDADES	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Enfermedades de Transmisión Alimentaria</b>						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería Bacilar	3	5	-	3	1	6
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	-	1	-	-	-
Toxiinfección Alimentaria*	40	68	45	18	98	121
Listeriosis	1	1	0	2	0	2
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>						
Enfermedad Meningocócica	1	5	1	3	0	0
Enf. Neumocócica invasiva	3	7	6	11	10	3
E. invasiva <i>H influenzae</i> tipo b	-	-	-	-	-	-
Gripe	68	4280	151	84	82	71
Legionelosis	3	8	3	8	10	6
Tuberculosis Respiratoria	15	10	15	13	13	7
Otras Tuberculosis	2	5	1	4	7	2
Varicela	113	64	52	52	51	27
<b>Enfermedades de Transmisión sexual</b>						
Infección Gonocócica	7	4	8	13	12	11
Sífilis	3	5	8	8	7	6
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	37	25	8	97	65	15
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	1	-	-	-	-
Sarampión	-	-	1	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Tos ferina	7	0	2	10	1	14
<b>Hepatitis Víricas</b>						
Hepatitis A	7	6	3	5	4	0
Hepatitis B	4	1	2	2	3	1
Hepatitis C	1	0	2	0	1	0
<b>Zoonosis</b>						
Brucelosis	-	-	1	1	2	1
Hidatidosis	2	1	3	3	0	0
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
<b>Enfermedades Importadas</b>						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Fiebres hemorrágicas virales	-	1	5	-	-	-
Paludismo	10	2	7	5	11	8
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-

\* Las toxiinfecciones alimentarias han sido objeto de una mejora considerable de notificación en 2012.