

SIVES 2015

Sistema Integrat de
Vigilància Epidemiològica
de la SIDA/VIH/ITS a
Catalunya

Document tècnic núm. 22

20 anys
d'informació
i recerca
per a l'acció

INFORME EPIDEMIOLÒGIC CEEISCAT



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

SIVES 2015

Document
tècnic
número

22

INFORME EPIDEMIOLÒGIC CEEISCAT

Sistema Integrat de
Vigilància Epidemiològica de la
SIDA/VIH/ITS a Catalunya

Barcelona. 2015



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

Direcció: *Jordi Casabona* (Director Científic – CEEISCAT)

Coordinació: *Laia Carrasco i Esteve Muntada* (CEEISCAT)

CEEISCAT:

Sistemes de vigilància:
Núria Vives (coordinadora)
Rossie Lugo
Victoria González

Monitoratge i avaluació:
Cinta Folch (coordinadora)
Colin Campbell
Cristina Agustí
Dolors Carnicer-Pont
Juliana Reyes
Laura Fernàndez

Bioestadística:
Anna Esteve (coordinadora)
Alexandra Montoliu
Eva Loureiro

Gestió i suport logístic:
Montserrat Galdón (coordinadora)
Noemí Romero
Rafael Muñoz

Personal adscrit a projectes externs:
Cristina Hernando
Evelin López
Florianne Gaillardin
Laia Ferrer
Nicolás Lorente
Percy Fernández-Dávila

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública:

Mireia Jané (Subdirectora General)
Benet Rifà
Jose Luís Martínez
Rosa Mansilla

Agència de Salut Pública de Barcelona:

Patricia García de Olalla

© 2015, Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya.



Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Pròleg

Em plau presentar-vos el darrer informe del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la Sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES 2015), el qual ha esdevingut l'eina de referència per a la difusió de la informació epidemiològica sobre aquestes infeccions a Catalunya i per a la definició de les prioritats i objectius del Pla de salut de Catalunya en aquests àmbits.

En aquest sentit vull destacar que en l'informe es continuen elaborant i presentant els indicadors internacionalment utilitzats per monitorar la pandèmia de VIH, consensuats per 52 països europeus mitjançant la Declaració de Dublín, així com elaborant la "Cascada de Serveis" pel VIH i ara també per la seva coinfecció amb l'Hepatitis C, una eina suggerida per les agències internacionals per estimar i monitorar l'accés al diagnòstic i al tractament d'aquestes infeccions i per tant imprescindible no sols per l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) i el CatSalut, sinó també per als mitjans de comunicació i tots aquells professionals i ONG que treballen en el sector. Encoratjo a tots ells a usar-lo.

Donat que amb el SIVES 2015 celebrem 20 anys de la creació del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i la Sida de Catalunya (CEEISCAT) i del propi informe, aprofito per reconèixer la tasca d'aquest organisme adscrit a l'ASPC que durant aquests 20 anys ha fet a la lluita contra la Sida i d'altres infeccions de transmissió sexual (ITS).

Esperant que l'informe sigui d'interès i utilitat per totes les persones que d'una manera o altra participen en la prevenció del VIH i les ITS, una vegada més vull donar les gràcies a tots els professionals de la salut, així com els organismes i organitzacions comunitàries que col·laboren amb el Departament de Salut, en els diferents projectes que es difonen en el SIVES 2015.

Boi Ruiz i Garcia
Conseller de Salut

Presentació

És un plaer presentar el nou informe epidemiològic biennal sobre el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la Sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES), corresponent a l'any 2015. L'informe SIVES és una publicació de referència a l'estat i a Europa, sent el seu valor afegit el fet d'incorporar i analitzar tant els sistemes formals de vigilància epidemiològica, com d'altres fonts d'informació complementàries i estudis observacionals. El SIVES es publica sense interrupció des de l'any 1995, primer anualment i després biennalment; l'any 2015 doncs fa 20 anys que es publica de forma ininterrompuda, havent anat guanyant tant en cobertura com en validesa i utilitat, doncs em consta que és una eina bàsica tant per als professionals sanitaris –assistencials i de salut pública- com de les ONG que treballen en l'àmbit del VIH/ITS. Aquest aniversari coincideix amb els 20 anys de la creació del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i la Sida de Catalunya (CEEISCAT) adscrit a l'Agència de Salut Pública de Catalunya, el principal producte programàtic del qual és el SIVES.

És un goig doncs presentar aquest nou informe en aquest escenari que aprofito per felicitar a tots els professionals del CEEISCAT i a tots aquells professionals i activistes que durant aquest 20 anys han contribuït a generar la informació que s'hi presenta i analitza. Espero que el SIVES segueixi millorant i sent útil per a tots aquells que treballen en aquests àmbits, ben segur ho seguirà sent per a les polítiques de prevenció de l'ASPC.

Finalment, agrair una vegada més l'esforç de tots els professionals assistencials i de la salut pública, a les ONG i al personal del CEEISCAT, l'esforç per fer aquest informe i mantenir els sistemes d'informació i estudis que el nodreixen.

Antoni Mateu i Serra
Secretari de Salut Pública

Introducció

Amb el lideratge de les agències internacionals la Vigilància Epidemiològica del VIH/SIDA –com en tants altres àmbits relacionats amb aquesta infecció – té un desenvolupament més ràpid i complex que el corresponen a d'altres patologies i en aquests moments queda clar que per generar els indicadors necessaris per monitorar els objectius estratègics que ha fixat la l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i ONUSIDA, cal informació complementària als sistemes de vigilància formals. Com amb anterioritat el informe inclou la informació que genera o gestiona el CEEISCAT, tant provinent de sistemes de vigilància epidemiològica formals (Malalties de Declaració Obligatòria –MDO-, Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya –SNMC- i la xarxa sentinella del Registre d'ITS de Catalunya –RITS-), com de diferents estudis observacionals i evidentment també, informació programàtica provinent de centres assistencials i de serveis comunitaris. És precisament aquest esforç d'integració el que ha fet que institucions internacionals com l'OMS es fixessin en el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica sobre la SIDA/VIH/ITS de Catalunya (SIVES) i que l'hagin escollit com exemple de bones pràctiques en Vigilància Epidemiològica a Europa en la recentment celebrada Global Consultation Meeting on HIV Surveillance (Bangkok 2015).

L'informe SIVES que presentem és el Document Tècnic del CEEISCAT número 22 i , en funció del sistema d'informació, inclou dades actualitzades fins l'any 2014. Enguany hem mantingut els canvis de format i presentació que vàrem introduir en la darrera versió de l'informe, els quals -pels comentaris que ens han arribat- creiem han ajudat a acomplir l'objectiu de fer un document més entenedor i útil. La única variació ha estat l'agrupament de tots els missatges clau i recomanacions al principi de l'informe. De nou s'inclou la cascada de serveis, una eina imprescindible per monitorar l'accés al diagnòstic i al tractament d'aquestes infeccions. També continuem creient en la necessitat de promoure l'ús d'indicadors objectius per tal de descriure l'epidèmia i la corresponent resposta i que aquests han de ser la base del debat i de la presa de decisions, per això hem intentat millorar el capítol d'indicadors al final de l'informe. Els sistemes d'informació són fràgils, i tant els consensos, com les bases tecnològiques per a que funcionin costen de construir, però es poden desmuntar en pocs dies. Mantenir aquests sistemes d'informació en el context econòmic actual no ha estat gens fàcil i si s'ha aconseguit ha estat gràcies, evidentment al suport de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, però també a la voluntat de molts professionals sanitaris, activistes comunitaris, afectats i persones pertanyents a grups de més risc o a poblacions vulnerables que han cregut en la força de les dades objectives i que han continuat compartint i col·laborant en la generació d'informació, que sovint –malgrat que es derivi de la seva feina diària- requereix esforços addicionals. La OMS demana específicament a les ONG i serveis assistencials que comparteixin les dades; és la mateixa responsabilitat que les administracions tenen per utilitzar-les en polítiques basades en l'evidència. Moltes gràcies a tots i totes.

Aquest informe té una especial rellevància per al centre perquè coincideix amb la commemoració dels 20 anys de creació del CEEISCAT. Vint anys recollint dades i construint sistemes d'informació per generar informació estratègica útil per a les polítiques de salut pública en l'àmbit del VIH i de les ITS és força temps. Ens agrada pensar que sense aquesta informació l'evolució de l'epidèmia encara hagués estat pitjor. La millor garantia de continuïtat per els sistemes d'informació és que els indicadors que se'n deriven, s'usin. Amb aquesta petició i el renovat compromís de continuar esforçar-nos per mantenir i millorar el SIVES, en nom de tots els professionals del CEEISCAT, agraeixo la col·laboració de tots i totes i desitjo que el informe sigui útil.

Jordi Casabona i Barbarà
Director Científic del CEEISCAT

1. UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting. Geneva: UNAIDS; 2011.
2. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. Clin Infect Dis. 2011 Mar 15;52(6):793-800.

3. Stover J, Johnson P, Zaba B, Zwahlen M, Dabis F, et al. The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sex Transm Infect.* 2008 Aug;84 Suppl 1:i24-i30.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; c2015. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. [consulta el 16 juny de 2013].

Sumari

Missatges clau	9
VIH i Sida	12
1.1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la sida. Magnitud i impacte del VIH	13
1.1.1. Persones a qui s'ha diagnosticat i a qui no s'ha diagnosticat el VIH	13
1.1.2. Prevalença del VIH en poblacions clau	14
1.1.3. Incidència del VIH	17
1.1.4. Esperança de vida, supervivència i causes de mortalitat	17
1.1.5. Projeccions	18
1.2. Diagnòstic de VIH/sida	18
1.2.1. Diagnòstics de VIH	18
1.2.2. Diagnòstic tardà	20
1.2.3. Diagnòstics de la sida	20
1.2.4. La infecció pel VIH/sida a Barcelona	21
1.3. La coinfecció pel VIH i el virus de l'hepatitis C	22
1.3.1. El virus de l'hepatitis C: situació general	22
1.3.2. Nombre de persones vivint amb la coinfecció pel VIH i el VHC	23
1.3.3. Prevalença del VHC en poblacions clau de persones amb el VIH	24
1.3.4. Incidència del VHC	25
1.3.5. Tractament del VHC	25
1.3.6. Progressió i mortalitat	26
1.3.7. Conductes associades amb la infecció pel VIH i el VHC en HSH	26
1.4. Prova de detecció del VIH	28
1.4.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH	28
1.4.2. Característiques de les persones que demanen la prova de detecció del VIH i dels casos positius detectats en els centres alternatius on s'ofereix la prova	30
1.4.3. Cobertura de la prova de detecció del VIH en grups amb conductes d'alt risc	33
1.4.4. Estudi pilot de la prova ràpida de detecció del VHC i el VIH en centres de reducció de danys	33
1.4.5. Estudi pilot de la prova de detecció ràpida del VIH a urgències	34
1.5. Quimioprofilaxi i tractament del VIH	36
1.5.1. Tractament de la infecció pel VIH	36
1.5.2. Cascada de serveis	36
1.5.3. Transmissió vertical	37
1.5.4. Profilaxi preexposició. Coneixements, actituds i conductes	38
Altres infeccions de transmissió sexual	39
2.1. Sífilis infecciosa i sífilis congènita	40
2.1.1. Nous diagnòstics	40
2.1.2. Declaració microbiològica	41
2.2. Gonococ	41
2.2.1. Nous diagnòstics	41
2.2.2. Declaració microbiològica	42
2.2.3. Monitoratge de la sensibilitat antibiòtica	42
2.2.4. Prevalença	43
2.3. Infecció genital per <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L3: limfogranuloma veneri	43
2.3.1. Nous diagnòstics	43

2.4. Infecció genital per <i>Chlamydia trachomatis</i> serovarietats D-K	44
2.4.1. Nous diagnòstics.....	44
2.4.2. Declaració microbiològica.....	45
2.4.3. Prevalença.....	45
2.5. Infecció pel virus de l'herpes simple genital	47
2.5.1. Nous diagnòstics.....	47
2.5.2. Declaració microbiològica.....	47
2.6. Infecció per papil·lomavirus humà: condiloma acuminat o berruga anogenital	48
2.6.1. Nous diagnòstics.....	48
2.7. Infecció per <i>Trichomonas vaginalis</i>	48
2.7.1. Nous diagnòstics.....	48
2.7.2. Declaració microbiològica.....	49
2.8. Hepatitis C	49

Monitoratge de les conductes associades amb el VIH/ITS..... 51

3.1. Homes que tenen relacions sexuals amb homes	52
3.2. Dones treballadores del sexe	53
3.3. Usuaris de drogues per via parenteral	54
3.4. Joves	55
3.4.1. Joves i Internet.....	55
3.4.2. Joves usuaris i centres d'ASSIR i centres d'atenció als joves.....	56
3.4.3. Joves interns en centres penitenciaris.....	57
3.5. Acceptabilitat de les noves tecnologies per notificar una ITS/VIH a parelles sexuals dels HSH	58

Indicadors pel monitoratge i avaluació de la infecció pel VIH/ITS..... 60

Fonts d'informació..... 90

Annexos..... 101

I. Dades provisionals dels nous diagnòstics de VIH i dels casos SIDA notificats l'any 2014 a Catalunya ..	102
II. Indicadors globals del monitoratge del VIH	104
III. Abreviacions	105
IV. Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació	106
V. Publicacions rellevants	112

SIVES 2015

**Missatges
clau**

VIH i Sida

- A Catalunya s'estima que al 2013, 33.600 persones viuen amb el virus de la immunodeficiència humana (VIH) de les quals, aproximadament, 8.000 no saben que estan infectades. La majoria de les persones vivint amb el VIH són homes (79%) i la via de transmissió més comuna és la sexual (95%).
- El nombre de nous casos de VIH entre els homes que tenen sexe amb homes (HSH) segueix augmentant, sent especialment alt en el grup d'immigrants (3,7/100 persones-any).
- El VIH continua sent prevalent en els nous usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) (16,7%) i en la població penitenciària (8,9%), en la qual malgrat observar-se una disminució durant els darrers anys, la proporció es manté entre les més altes d'Europa.
- A Catalunya el nombre de nous casos de VIH declarats per habitant és superior a la mitjana europea (11,1 i 5,7, respectivament) i un 42% es diagnostiquen tard, sent el retard diagnòstic especialment més alt en heterosexuals i UDVP.
- És important mantenir i intensificar la promoció de pràctiques sexuals més segures entre les poblacions a risc.
- Cal potenciar la realització de la prova de VIH per tal d'assegurar que els individus siguin conscients del seu estat serològic respecte al VIH.
- En els cas dels HSH, els UDVP, les persones que exerceixen la prostitució així com les parelles sexuals de persones amb infecció per VIH, s'haurien de realitzar la prova de VIH almenys anualment, i més freqüentment en cas que es mantingui el risc.

Coinfecció pel VIH i el virus de l'hepatitis C

- S'estima que a Catalunya unes 7.400 persones viuen amb la coinfecció pel VIH i el virus de l'hepatitis C (VHC), de les quals 5.100 estarien diagnosticades com a tal.
- Els UDVP continuen sent el grup amb la proporció de coinfecció pel VHC més elevada. En qualsevol cas, tal i com s'ha observat en d'altres països d'Europa, el nombre de nous casos de VHC en HSH -probablement adquirits per via sexual- està augmentant.
- És important promocionar el diagnòstic precoç de la hepatitis C en les persones amb VIH, especialment en grups amb elevada incidència (HSH i UDVP), per tal millorar el pronòstic d'ambdues infeccions.
- És important consolidar els sistemes de vigilància per a monitorar l'ús i l'efectivitat dels nous fàrmacs per al VHC, especialment en la població coinfectada amb el VIH.

Proba de detecció del VIH

- A Catalunya tot i que el nombre de proves de detecció del VIH realitzades per habitant havia anat incrementant, durant els darrers 3 anys ha disminuït, arribant a una taxa actual de 34,8 proves per 1.000 habitants, estant encara per sota d'altres països d'Europa com Luxemburg o França (126,7 i 79,4 proves per 1.000 habitants, respectivament).
- Les proves ràpides de detecció del VIH i del VHC són ben acceptades pel personal i els usuaris dels centres de cribatge comunitari i de reducció de danys. S'estima que aquests centres diagnostiquen el 25% del total de nous diagnòstics declarats a Catalunya.
- La proporció d'infeccions detectades en centres de cribatge comunitari és més elevada que la detectada que en l'àmbit sanitari (2,0% i 0,7%, respectivament). Els serveis de cribatge comunitari assoleixen major rendiment quan estan enfocats a les poblacions amb més risc i en el context de programes d'apropament.
- Cal diversificar els llocs on s'ofereix la prova del VIH i cal millorar l'efectivitat del cribatge per accedir als grups o subgrups de població de més risc d'infecció.

Tractament i profilaxi del VIH

- La cascada de serveis a Catalunya suggereix que gairebé la meitat de les persones que viuen amb el VIH (diagnosticades i no diagnosticades) tenen càrrega viral indetectable.
- Als sis mesos d'haver iniciat tractament antiretroviral el 95% dels pacients tenen la càrrega viral indetectable.
- El 60% dels HSH utilitzarien la profilaxi preexposició (PrEP) en cas que estigués disponible, i un 19% d'ells creu que incrementaria les conductes de risc.
- És important implementar el monitoratge dels indicadors de qualitat assistencial per avaluar l'atenció sanitària de les persones infectades pel VIH.

Altres infeccions de transmissió sexual

- L'herpes i el condiloma acuminat són les infeccions de transmissió sexual (ITS) declarades amb més freqüència, afectant principalment a homes i dones joves.
- Durant els darrers deu anys, els casos notificats de sífilis i gonocòccia s'han quadruplicat i triplicat respectivament, sent en el cas de la sífilis majoritàriament HSH.
- Els casos de limfogranuloma veneri cursen a brots, sent majoritàriament HSH coinfectats amb el VIH.
- Malgrat que els casos notificats de *Chlamydia trachomatis* estan per sota de la mitjana Europea, els estudis de monitoratge en joves demostren un augment de la proporció de joves infectats durant els darrers anys.
- La infecció per *Chlamydia trachomatis* afecta majoritàriament homes i dones heterosexuales joves, tot i que s'observa un augment de casos detectats en HSH.
- Cal millorar el coneixement i la implementació de les recomanacions quant al cribratge de *Chlamydia trachomatis* de l'actual Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual a Catalunya.
- A Catalunya, els HSH constitueixen un grup clau a qui dirigir intervencions preventives multinivell per reduir la incidència d'aquestes infeccions.

Monitoratge de les conductes associades amb el VIH/ITS

- Les conductes sexuals de risc en els HSH es mantenen elevades. Haver tingut més de deu parelles sexuals ocasionals, les relacions anals desprotegides amb la parella ocasional i amb la parella estable d'estat serològic desconegut i haver autodeclarat una gonorrea, s'han identificat com a determinants conductuals de seroconversió del VIH.
- Tot i que un alt percentatge de joves usa el preservatiu en la seva primera relació sexual (85,2% dels nois i el 86,1% de les noies), aquest no s'utilitza de forma consistent en el temps. El nombre elevat de casos i de reinfeccions per *Chlamydia trachomatis* (8,5% i 13%, respectivament), juntament amb l'elevat ús de l'anticoncepció d'emergència (49,2%), evidencien la persistència de conductes de risc entre els joves.
- Per primera vegada en els darrers deu anys, s'observa un increment en les relacions sexuals sense protecció en les dones treballadores sexuals (TS), sent les TS autòctones les que presenten la major proporció de relacions sexuals desprotegides amb clients.
- Entre els UDVP hi ha una disminució de la pràctica de compartir xeringues, tot i que un elevat percentatge encara comparteixen material de manera indirecta, especialment entre els immigrants (67,6%).
- Cal abordar la prevenció del VIH de manera combinada, integrant les estratègies biomèdiques, conductuals i estructurals per tal d'assegurar una resposta sostinguda i efectiva a llarg termini.
- Es fa necessari iniciar les intervencions d'educació sexual a edats precoces i que aquestes es mantinguin al llarg dels anys.

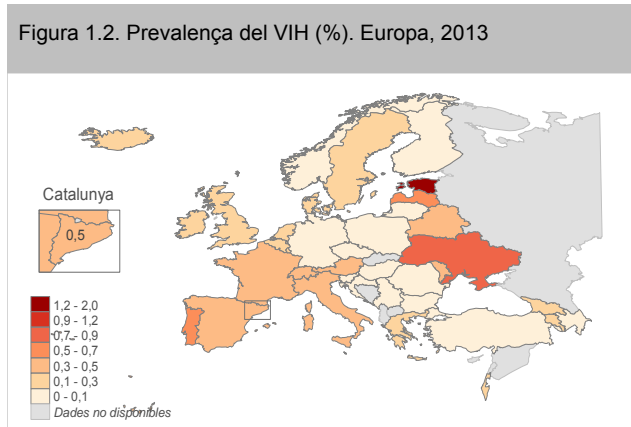
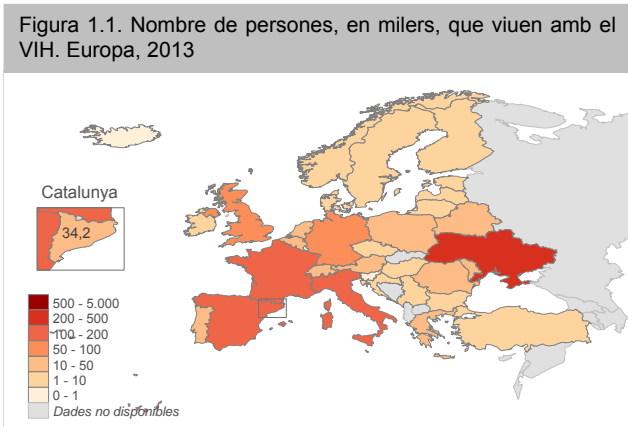
SIVES 2015

VIH i sida

1.1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la sida. Magnitud i impacte del VIH

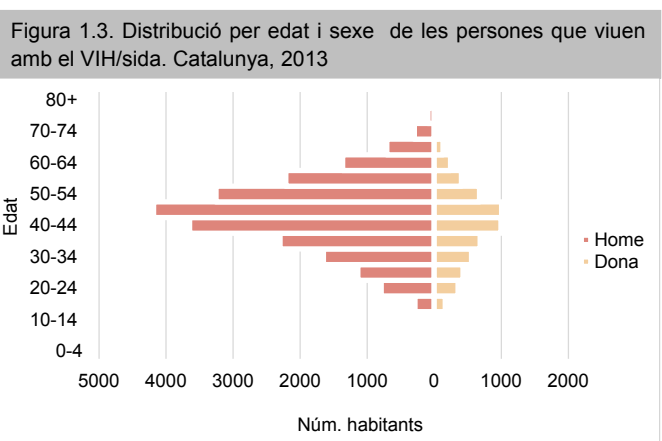
1.1.1. Persones a qui s'ha diagnosticat i a qui no s'ha diagnosticat el VIH (estimacions globals de la prevalença)

Durant l'any 2013, a Catalunya, aproximadament 34.200 persones viuen amb el VIH (**figura 1.1**). La prevalença del VIH en la població va ser del 0,46%, similar a la de França (0,40%) i més alta que la d'altres països del nord d'Europa, com ara Alemanya (0,10%) i el Regne Unit (0,30%) (**figura 1.2**). La majoria són homes (79%), i al voltant d'un 53% del total tenen entre 35 i 50 anys (**figura 1.3**).



Canvis en la distribució del VIH en grups clau al llarg del temps

Quant a les tendències al llarg del temps en la distribució dels grups clau de les persones que viuen amb el VIH (diagnosticades i no diagnosticades) entre 15 i 49 anys, s'estima que a partir de l'any 1995 hi va haver una important disminució del grup dels usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) i un augment progressiu dels homes que tenen relacions sexuals amb homes (HSH). Les persones heterosexuales continuen sent la majoria de les persones infectades (**figura 1.4**). No obstant això, les prevalències estimades actuals del VIH continuen sent les més elevades en la població dels UDVP (21,2%) i els HSH (14,7%), i molt inferior en la població d'homes i dones heterosexuales (0,37% i 0,32%, respectivament) (**figura 1.5 i secció 1.2**).



VIH no diagnosticat

Tot i que no es disposa d'estimacions directes del nombre de persones de la població general de Catalunya que viuen amb el VIH i que desconeix el seu estat serològic, és probable que la proporció sigui similar a la que s'ha estimat per a la resta d'Europa i que se situï, doncs, al voltant d'un 25-30%.¹

La proporció de HSH amb infecció pel VIH no diagnosticats es va calcular mitjançant dades disponibles del projecte multicèntric SIALON I (Capacity building in HIV/syphilis prevalence estimation using non-invasive methods among MSM

¹ Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. HIV Med. 2008 Jul; 9(Suppl 2):6-12.

in Southern and Eastern Europe)² (vegeu el capítol «Mètodes»): s'ha estimat que, a la ciutat de Barcelona, el percentatge de HSH amb infecció no diagnosticada va ser del 46,8% l'any 2008.

Figura 1.4. Estimació de la distribució per poblacions clau de les persones que viuen amb el VIH entre 15 i 49 anys. Catalunya, 1979-2012

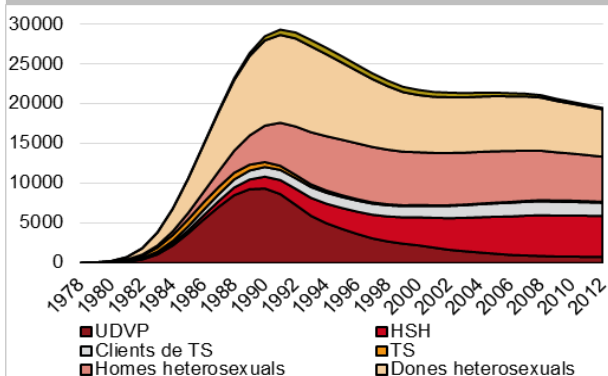
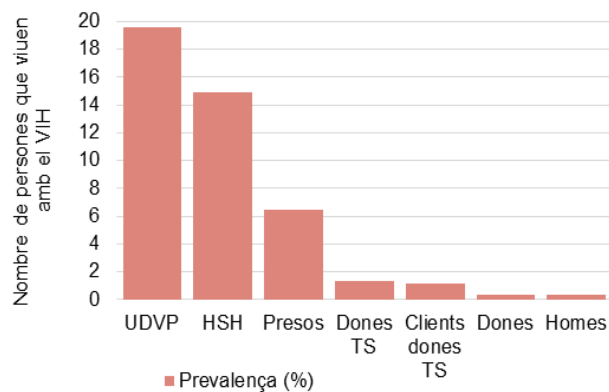


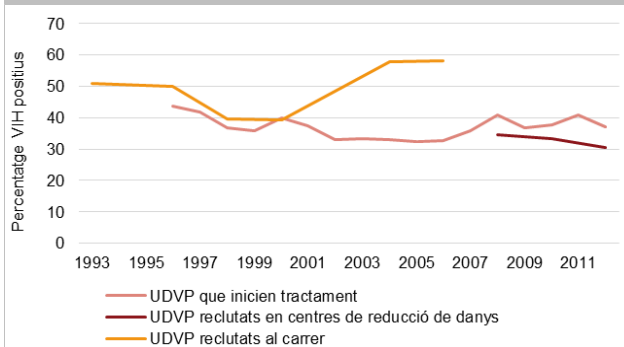
Figura 1.5. Estimació de la prevalença en poblacions clau d'entre 15 i 49 anys. Catalunya, 2013



1.1.2. Prevalença del VIH en poblacions clau

Usuaris de drogues per via parenteral

Figura 1.6. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en UDVP. Catalunya, 1993-2012



La prevalença d'infecció pel VIH a partir de les mostres de fluid oral recollides en UDVP de centres de reducció de danys durant l'any 2012 es manté elevada (30,6%), similar a l'observada els anys anteriors (**figura 1.6**). La prevalença en nous injectors de drogues (persones que s'injecten drogues des de fa 5 anys o menys) és del 16,7%.

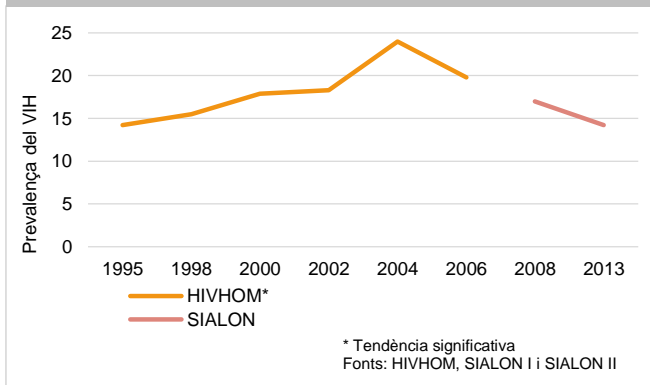
La prevalença obtinguda en UDVP usuaris de centres de la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències és lleugerament superior (37,1% el 2012). Diversos estudis previs basats en UDVP enquestats al carrer mostraven prevalències del VIH més elevades (58,1% l'any 2006) (**figura 1.6**).

Homes que tenen relacions sexuals amb homes

Els estudis transversals duts a terme des del 1993 en el col·lectiu de HSH enquestats en locals de trobada gai (HIVHOM) mostren globalment un increment significatiu de la prevalença del VIH obtinguda a partir de mostres de fluid oral (del 14,2% l'any 1993 al 19,8% l'any 2006) (**figura 1.7**).

A partir del 2008 es va modificar la metodologia de l'estudi, en formar part del projecte europeu multicèntric SIALON I i SIALON II (vegeu «Mètodes»).

Figura 1.7. Evolució de la prevalença del VIH en HSH enquestats en llocs de trobada gai. Catalunya 1995-2013



* Tendència significativa
Fonts: HIVHOM, SIALON I i SIALON II

² Ferrer L, Furegato M, Foschia JP, Folch C, González V, et al. Undiagnosed HIV infection in a population of MSM from six European cities: results from the Sialon project. Eur J Public Health. 2014 Aug 26. pii: cku139. [Epub ahead of print]. Doi: 10.1093/eurpub/cku139

La prevalença del VIH en HSH obtinguda en l'estudi del 2013 va ser del 14,2% (IC95%: 10,0-19,8), sense mostrar diferències significatives en relació a la prevalença observada en l'estudi anterior (**figura 1.7**).

Dones treballadores del sexe

La prevalença d'infecció pel VIH en dones que exerceixen el treball sexual a Catalunya es manté constant al llarg del període 2005-2011 (1,5% l'any 2011).

Si tenim en compte el país d'origen, la prevalença és significativament més alta entre les dones espanyoles (14,7% en autòctones i 0,3% en immigrants) (**figura 1.8**).

Dones embarassades

El cribratge anònim no relacionat, a partir de mostres procedents del programa de cribratge neonatal de metabopaties d'una mostra representativa de nadons nascuts vius cada any a Catalunya, es duu a terme des de l'any 1994. La seroprevalença global l'any 2013 és del 0,12%. L'evolució de la prevalença (**figura 1.9**) mostra una tendència a la baixa, tot i que en determinats anys i de manera aïllada es veuen augments de la prevalença anual, com ara l'any 2011.

S'ha observat un augment de la prevalença des del 2007 fins al 2013 entre les dones nascudes fora de l'Estat espanyol (del 0,21% al 0,27%), amb un pic del 0,55% l'any 2012 i una disminució entre les dones nascudes a l'Estat espanyol (del 0,09% al 0%) (**figura 1.10**).

Figura 1.8. Evolució de la prevalença del VIH en dones treballadores del sexe segons país d'origen. Catalunya 2005-2011

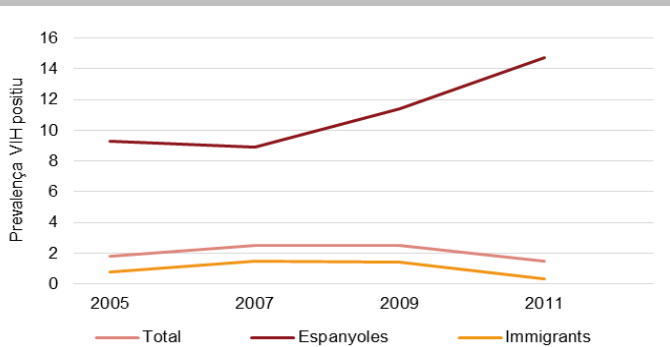


Figura 1.9. Evolució de la prevalença del VIH en les dones embarassades. Catalunya 1994-2013

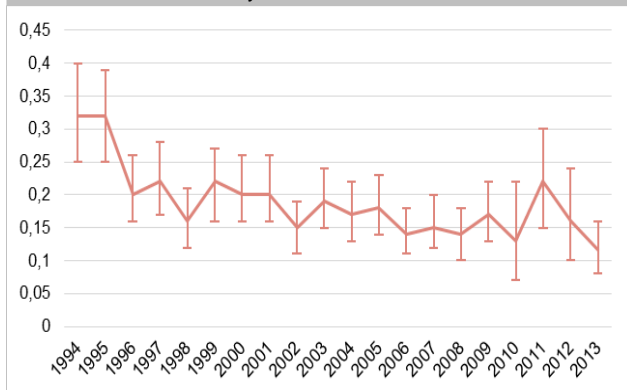
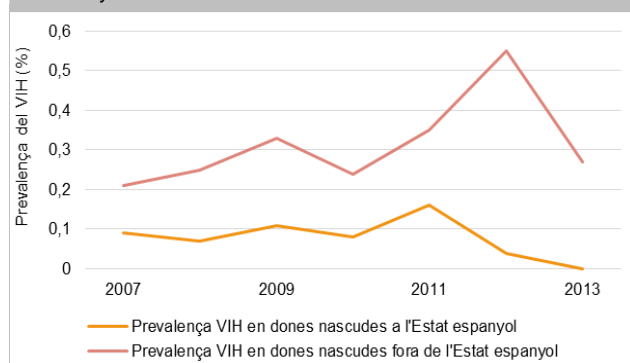


Figura 1.10. Evolució de la prevalença del VIH en les dones embarassades segons siguin estrangeres o autòctones. Catalunya 2007-2013



Donants de sang

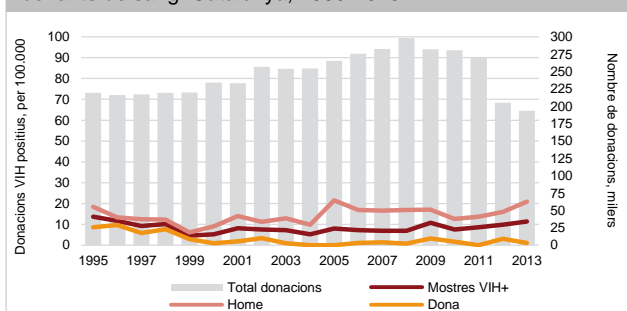
A Catalunya anualment es reben al voltant de 200.000 donacions voluntàries de sang al Banc de Sang i Teixits. L'any 2013 es van detectar 11,3 mostres positives per cada 100.000 donacions (**taula 1.1**). La taxa és molt més elevada en els homes que no pas en les dones (20,9 *versus* 1,1 mostres positives per cada 100.000 donacions). La població d'homes adolescents d'entre 15 i 19 anys va presentar la taxa més elevada d'infecció (86,0 per cada 100.000 donacions), seguida pels homes joves d'entre 25 i 29 anys (61,7 per cada 100.000 donacions).

La tendència a la darrera dècada és al voltant de 20 donacions seropositives respecte al VIH l'any (8 de positives per cada 100.000 donacions) (**figura 1.11**).

Taula 1.1. Resum dels projectes de vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH en poblacions específiques a Catalunya, 2013.

Població	Any d'inici	Periodicitat	Mostra biològica	Últimes dades disponibles	Volum poblacional	Prevalença (%)
Població general						
Nadons (dones embarassades)	1994	Cada any	Sang seca	2013	35.334	0,12
Donants de sang	1987	Anual	Sèrum	2013	193.627	0,01
Poblacions vulnerables						
UDVP que inicien tractament	1996	Anual	Sèrum	2012	464	37,06
UDVP reclutats en centre de reducció de danys	2008	Cada dos anys	Saliva	2012	733	30,60
HSH	1995	Cada dos anys	Saliva	2013	400	14,20
Dones TS	2005	Cada dos anys	Saliva	2011	400	1,50
Població penitenciària	1995	Anual	Sèrum	2013	3.824	8,91

Figura 1.11. Evolució de la taxa de positivitat pel VIH en donants de sang. Catalunya, 1990-2013



Aquestes taxes són molt més baixes quan es comparen amb les d'altres poblacions de baix risc (nadons i treballadors), perquè són obtingudes d'una població específica (població sana) i, per tant, no es poden extrapolar a la població general. No obstant això, aquestes taxes són més elevades que les d'altres països de l'Europa occidental i l'Europa central (1,8 per cada 100.000 donacions i 3,8 per cada 100.000 donacions, respectivament),³ tot i que l'heterogeneïtat dels criteris d'exclusió de donants entre països dificulta la interpretació d'aquestes diferències.⁴

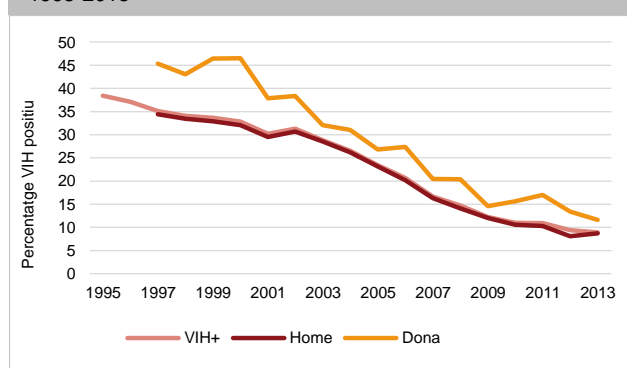
Interns en centres penitenciaris

L'any 2013, la prevalença d'infecció pel VIH en la població d'interns de tres centres penitenciaris a Catalunya va ser del 8,9% (taula 1.1). L'evolució de la prevalença es manté amb la tendència a la baixa, com fa des de la darrera dècada (figura 1.12).

L'any 2013, la majoria de les persones infectades van ser homes (305 infectats pel VIH), amb una prevalença del 8,7% i una mediana entre 40 i 44 anys. El nombre de dones infectades va ser menor (36 infectades pel VIH), però les prevalències van ser més elevades que en els homes, amb un 11,6%, i una edat mediana entre els 35 i els 39 anys.

Les prevalències observades i la tendència a la disminució és similar a l'Estat espanyol,⁵ tot i que continuen sent elevades en comparació de les de la resta de l'Europa occidental (Itàlia, 3,8%; França, 2,0%).^{6,7,8} Aquestes diferències poden estar relacionades amb el tipus de centre analitzat, i les diferències en el perfil epidemiològic dels interns, amb llargues condemnes i població usuària (especialment exusuària) de drogues endovenoses.

Figura 1.12. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en la població d'interns a centres penitenciaris. Catalunya, 1995-2013



Aquestes diferències poden estar relacionades amb el tipus de centre analitzat, i les diferències en el perfil epidemiològic dels interns, amb llargues condemnes i població usuària (especialment exusuària) de drogues endovenoses.

³ Monitoring HIV prevalence in blood donations in Europe. Euro Surveill. 2007 May 24;12(5):E070524.5

⁴ Suligoi B, Raimondo M, Regine V, Salfa MC, Camoni L. Epidemiology of human immunodeficiency virus infection in blood donations in Europe and Italy. Blood Transfus. 2010 Jul;8(3):178-85.

⁵ Marco A, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J; Grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. Rev Esp Sanid Penit. 2012 Jun;14(1):19-27.

⁶ Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, et al.; Prevacar Group. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Euro Surveill. 2013 Jul 11;18(28).

⁷ World Health Organization. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Geneva: WHO; 2011.

⁸ World Health Organization. Status Paper on Prisons, Drug and Harm Reduction. Geneva: WHO; 2005.

1.1.3. Incidència del VIH

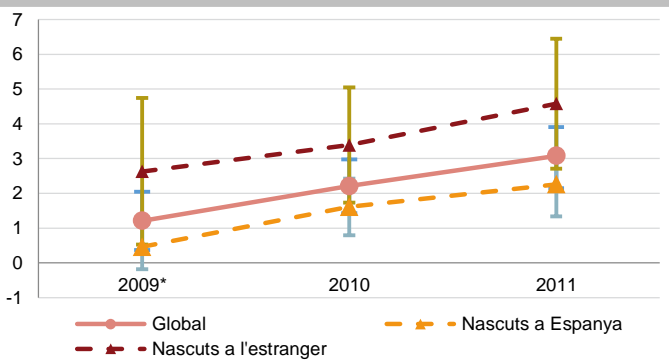
Les estimacions de la incidència del VIH en la població general s'ha calculat utilitzant tècniques de modelització matemàtica (Spectrum / Estimation and Projection Package (EPP)) que incorporen, entre d'altres, la informació notificada pel Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES). Emprant aquesta metodologia, la incidència va tenir una tendència creixent en els darrers anys, ja que va augmentar de 0,09 nous casos per cada 1.000 persones l'any 2003 a 0,14 nous casos per cada 1.000 persones l'any 2008. Les estimacions amb aquests models proporcionen taxes d'incidència del 0,2 per 1.000 persones l'any 2013, que representarien uns 695 (450-1.306) nous casos d'infecció en la població de 15 a 49 anys. Entre les noves infeccions pel VIH, s'estima que gairebé la meitat (48%) es produeixen entre els 15 i els 30 anys, principalment en homes (78%), i un 39% del total són HSH.

Incidència en homes que tenen relacions sexuals amb homes

La incidència del VIH entre el desembre del 2008 i el desembre del 2011 a partir de la cohort ÍTACA, establerta en un centre de base comunitària de Barcelona (BCN Checkpoint), va mostrar una tendència creixent significativa: es va passar d'1,2/100 persones-any (IC 95%: 0,37-2,06) el 2009 a 3,1/100 persones-any (IC 95%: 2,17-3,93) el 2011 (**figura 1.13**). Durant el mateix període d'estudi no hi va haver diferències significatives en la incidència acumulada per edat, mentre que la incidència va ser dues vegades més elevada en persones nascudes fora d'Espanya que entre les nascudes a Espanya essent 3,7 (IC 95%: 2,7-4,8) i 1,7 (IC 95%: 1,7-2,2), respectivament. L'evolució de la incidència al llarg del temps només presenta una tendència creixent significativa en el cas dels espanyols (**figura 1.13**).

A partir de la cohort ÍTACA s'han pogut identificar els determinants de seroconversió en aquest grup de població, i els factors de risc d'infecció són els següents: ser d'origen estranger, tenir més de cinc proves de detecció del VIH anteriors a l'entrada a la cohort i, en els darrers sis mesos, haver practicat la penetració anal sense preservatiu amb parella estable d'estat serològic desconegut, haver tingut més de deu parelles sexuals ocasionals, haver practicat la penetració anal sense preservatiu amb una parella ocasional i haver autodeclarat una gonorrea i haver entrat a la cohort l'any 2010 o 2011. * Inclou dades de desembre 2008

Figura 1.13. Incidència global i per origen en HSH. Cohort ÍTACA, desembre de 2008 - desembre de 2011

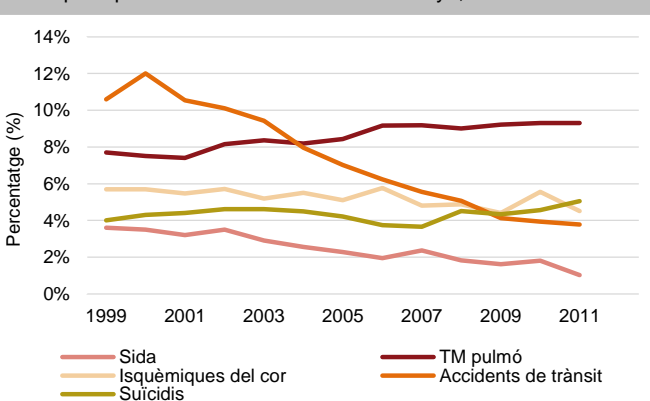


1.1.4. Esperança de vida, supervivència i causes de mortalitat

Fins a finals del 2013 constaven 10.815 defuncions en el Registre de VIH i sida de Catalunya. El màxim nombre de defuncions es va produir l'any 1995, amb 1.193 morts. A partir d'aquell any, les morts van disminuir de manera molt important fins a l'any 1998 (descens del 70%), i des del 1999 el descens ha estat més lent. L'any 2008, el nombre de morts va ser un 28% inferior respecte al 2007.

A la **figura 1.14** es pot veure l'impacte de l'epidèmia de la sida sobre la mortalitat prematura en comparació de les principals causes de mortalitat, mesurada mitjançant els anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. L'any 2011, les morts per sida equivalen a l'1,9% dels anys potencials de vida perduts per 73 causes de mort a Catalunya.

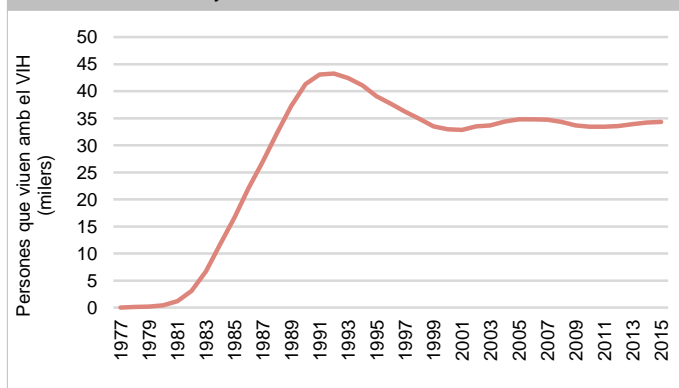
Figura 1.14. Anys potencials de vida perduts de 1 a 70 atribuïbles a les principals causes de mortalitat. Catalunya, 1999-2011



1.1.5. Projeccions

S'estima que a Catalunya l'any 2017 hi haurà fins a 34.700 persones que viuen amb el VIH (**figura 1.15**), i que la prevalença del VIH en la població d'entre 15 i 49 anys serà de 47 casos per cada 10.000 habitants. Del total de persones que viuran amb el VIH durant aquest any, s'estima que unes 23.600 (18.100-26.500) compliran els criteris per rebre tractament. Considerant aquestes estimacions obtingudes amb el model Spectrum, juntament amb les dades del

Figura 1.15. Estimació i projecció del nombre de persones que viuen amb el VIH. Catalunya, 1978 – 2015



Servei Català de la Salut (CatSalut) sobre el nombre de persones que reben tractament antiretroviral (TAR), s'estima que el cost total del TAR per a l'any 2017 serà, aproximadament, de 210 milions d'euros (160-235).

Les estimacions de la incidència a Catalunya per al període 2012-2017 són d'entre 1 i 3 casos nous d'infecció per cada 10.000 persones l'any, que equival a entre 300 i 1.000 noves infeccions pel VIH l'any. Assumint que els nivells de cobertura del TAR es mantindran similars, les projeccions del model indiquen que tant el nombre de persones que viuran amb el VIH com la incidència general del virus romandran estables durant els propers cinc anys.

1.2. Diagnòstic de VIH/sida

1.2.1. Diagnòstics de VIH

Als països de la Unió Europea, durant el 2012, es van notificar un total de 29.306 diagnòstics del VIH, cosa que representa una taxa de 5,7 casos per cada 100.000 habitants (**figura 1.16**). Les taxes del VIH varien molt entre països. Els països amb les taxes més altes ha estat Estònia (23,6), Letònia (16,6), Bèlgica (11,1), Luxemburg (10,3) i Regne Unit (10,1) mentre que el país amb la taxa més baixa ha estat Eslovàquia (0,9)⁹.

Pel que fa a Espanya, l'any 2012 es van notificar un total de 2.310 diagnòstics del VIH, de 18 comunitats autònomes. La taxa va ser de 8,5 casos per cada 100.000 habitants.¹⁰

Figura 1.16. Taxa de diagnòstic per cada 100.000 habitants. Europa, 2012

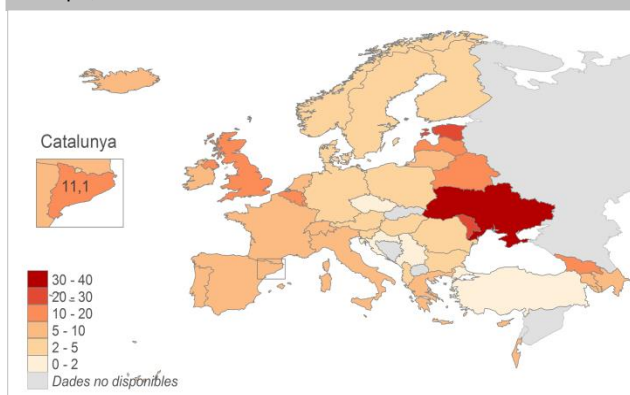
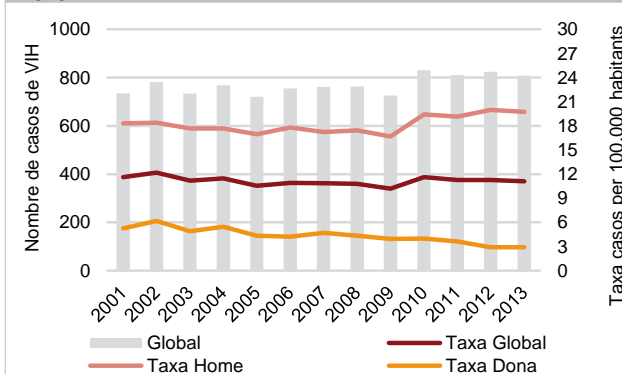


Figura 1.17. Evolució anual de la taxa de diagnòstics del VIH segons el sexe. Registre del VIH i sida de Catalunya, 2001-2013



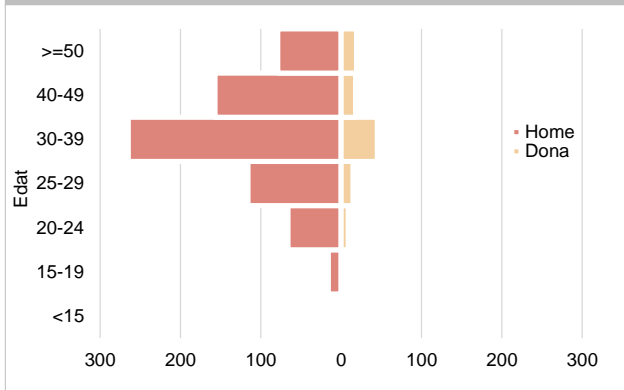
⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 -sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. Stockholm: ECDC; 2015.

¹⁰ Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Actualización 30 de junio de 2013. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior; 2013.

Durant l'any 2013, es van notificar 808 diagnòstics de VIH al Registre de VIH i sida de Catalunya, la qual cosa representa una taxa global de 11,1 casos per cada 100.000 habitants, sense variacions des de l'any 2001 (**figura 1.16**). Aquesta taxa és superior a la mitjana de la Unió Europea (5,7 casos per cada 100.000 habitants).

El 87% dels casos van ser homes, i el 13%, dones, i les taxes, de 19,7 i 2,9 casos per cada 100.000 habitants, respectivament (**figura 1.17**). La raó home-dona va ser de 6:1.

Figura 1.18. Distribució dels diagnòstics de VIH pel sexe i el grup d'edat. Registre de VIH i sida de Catalunya, 2013



La mitjana d'edat dels casos va ser de 36,3 anys. El grup de joves entre 15 i 24 anys representa l'11% del total de casos notificats, i hi ha un cas d'un menor de 15 anys per transmissió vertical (**figura 1.18**).

El 41% dels casos notificats corresponen a persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (321), el 53% corresponien a persones originàries de països de l'Amèrica llatina i el Carib. Des del 2001 i fins l'any 2008 es va observar un increment progressiu de les persones immigrants en el total de casos de VIH al llarg del període analitzat, passant del 24% al 46%, respectivament. A partir del 2008 i fins l'any 2013, la proporció d'immigrants del total de diagnòstics de VIH es va estabilitzar (**figura 1.19**).

El grup de transmissió més nombrós ha estat el dels HSH (59%), després el dels homes heterossexuals (15%), el de les dones heterossexuals (10%) i el dels UDVP (7%). Durant període 2001-2013, els diagnòstics de VIH en HSH s'han incrementat un 129%, passant de 199 casos al 2001 a 456 casos al 2013. En els homes heterossexuals, els diagnòstics de VIH han disminuït un 39%, passant de 195 casos al 2001 a 119 casos al 2013 i en les dones heterossexuals ha disminuït un 32%, passant de 118 casos al 2001 a 80 casos al 2013. Finalment, els diagnòstics de VIH en UDVP han disminuït un 69%, passant de 166 casos al 2001 a 52 casos al 2013 (**figura 1.20**).

Figura 1.19. Evolució dels nous diagnòstics de VIH segons l'origen. Registre de VIH i sida de Catalunya, 2001-2013

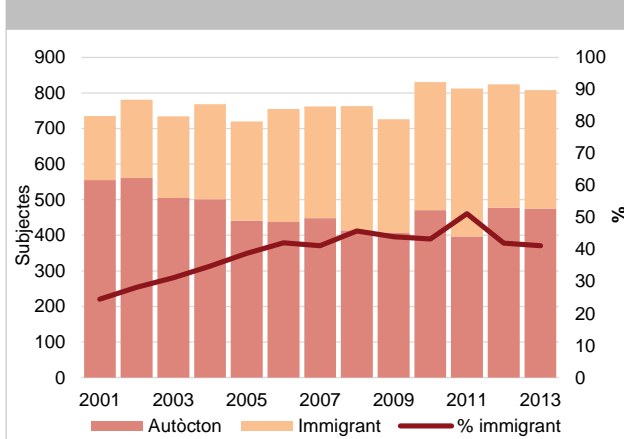
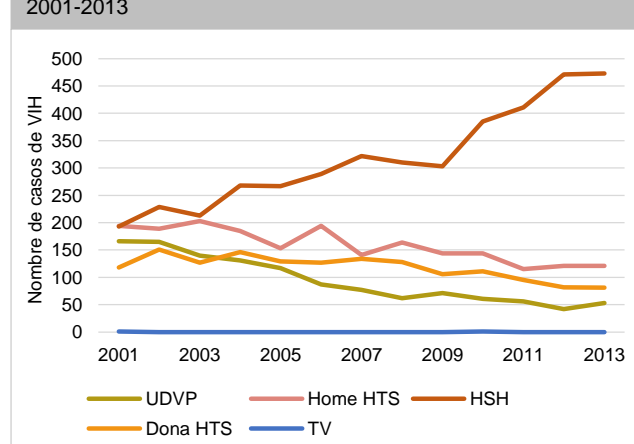


Figura 1.20. Evolució dels diagnòstics de VIH segons els grups de transmissió. Registre de VIH i sida de Catalunya, 2001-2013



Virus de l'hepatitis B

Del total dels 754 casos de VIH notificats el 2013 al Registre de VIH i sida de Catalunya, el 3,6% es van presentar amb una coinfecció pel virus de l'hepatitis B. Segons els grups de transmissió, aquesta proporció va ser més elevada en UDVP (10%), seguit dels homes heterossexuals (7,5%), dels HSH (6,1%) i de les dones heterossexuals (4,6%).

Altres infeccions de transmissió sexual

Del total dels 808 casos de VIH notificats el 2013 al Registre de VIH i sida de Catalunya, un 17% van presentar una infecció de transmissió sexual (ITS) en l'any previ al diagnòstic del VIH. Aquesta proporció va ser lleugerament més elevada entre els HSH (24%).

1.2.2. Diagnòstic tardà

Del total de nous diagnòstics de VIH notificats al Registre de VIH i sida de Catalunya l'any 2013 amb el recompte de CD4 disponible (85%), el 42% van presentar un diagnòstic tardà (CD4 < 350 cèl·l./ μ L), i el 22%, un diagnòstic avançat (CD4 < 200 cèl·l./ μ L) (**figura 1.21**).

La proporció de diagnòstic tardà va ser similar endones i homes (41% i 42%, respectivament) i va augmentar amb l'edat: el 20% en els de menys de 25 anys, el 40% en els que tenen entre 25 i 44 anys i el 64% en els de més de 45 anys. Respecte al grup de transmissió, la major proporció de diagnòstic tardà es va observar entre els UDVP (58%), seguit dels d'homes i de les dones heterosexuales (56% en tots dos casos). Els HSH són els que presenten un diagnòstic tardà més baix (38%).

S'observa una disminució del diagnòstic tardà de la infecció pel VIH, que passa del 61% el 2001 al 42% el 2013. En analitzar la tendència del diagnòstic tardà segons la via de transmissió, el descens es manté per als HSH, que passen del 59% el 2001 al 38% el 2013. El diagnòstic tardà en homes heterosexuales va disminuir del 69% al 43%, i en les dones heterosexuales, del 64% al 42% (**figura 1.22**).

Figura 1.21. Evolució del diagnòstic tardà i la malaltia avançada en els nous diagnòstics. Registre de VIH i sida de Catalunya, 2001-2013

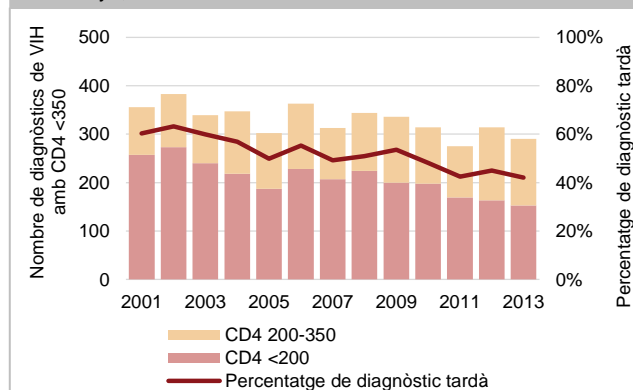
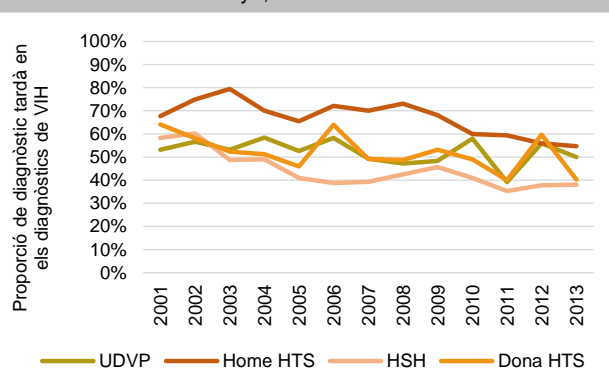


Figura 1.22. Evolució del percentatge de diagnòstic tardà segons la via de transmissió en els nous diagnòstics. Registre de VIH i sida de Catalunya, 2001-2013



1.2.3. Diagnòstics de la sida

Durant l'any 2013, s'han notificat 150 casos de sida al Registre de VIH i sida de Catalunya, la qual cosa representa una taxa global de 2,1 casos per cada 100.000 habitants. Aquesta taxa és superior a la mitjana de la Unió Europea (0,9 casos per cada 100.000 habitants) (**figura 1.23**).

Figura 1.23. Taxa de notificacions de casos de sida. Europa, 2012

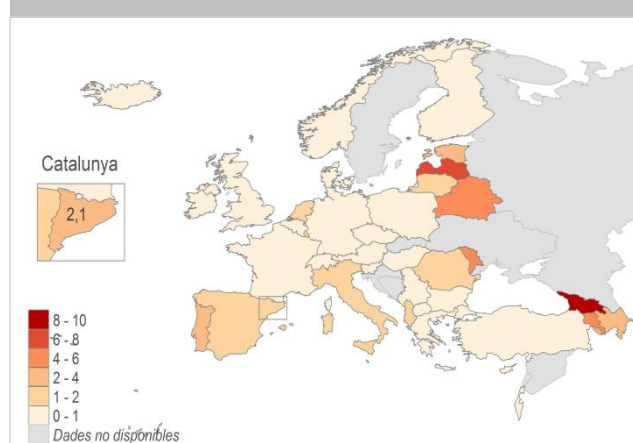
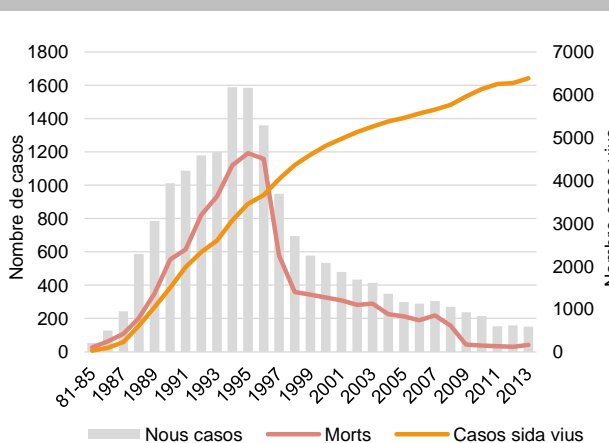


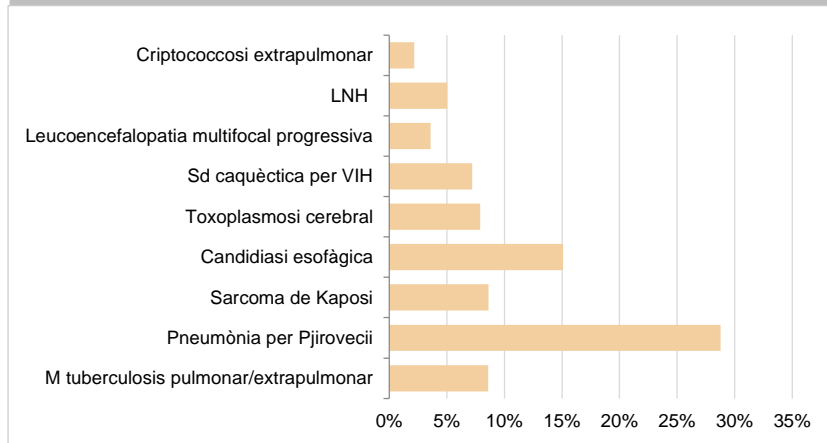
Figura 1.24. Evolució anual dels casos de sida en residents a Catalunya, 1981-2013



Tendències del període 1981-2013

El nombre total de casos de sida notificats des del 1981 fins al 31 de desembre del 2013 és de 17.293. A la **figura 1.24** es pot veure que des del diagnòstic del primer cas de sida, l'any 1981, la taxa anual d'incidència va augmentar progressivament, i va passar de 0,8 casos per cada 100.000 habitants l'any 1983 a 26,0 casos per cada 100.000 habitants l'any 1994, la qual cosa va coincidir amb l'expansió de la definició epidemiològica de *cas de sida*. Entre el 1996 i el 1998 es va produir una forta davallada en el nombre de casos (1.359 i 694, respectivament), fet que va representar una disminució de les notificacions de sida del 49% en dos anys. Des d'aleshores, la disminució anual del nombre de casos de sida és més petita i més gradual, la qual cosa reflecteix l'estabilització de l'efecte de les noves teràpies en la incidència de casos de sida.

Figura 1.25. Distribució de les malalties indicatives de sida més freqüents a Catalunya, 2013



Les malalties indicatives de sida més freqüents el 2013 van ser la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* (29%) i la candidiasi esofàgica (15%) (**figura 1.25**).

1.2.4. La infecció pel VIH/sida a Barcelona

*Patricia Garcia de Olalla, Roser Clos, Pilar Gorrindo, Joan A Caylà i l'equip d'infermeria del Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

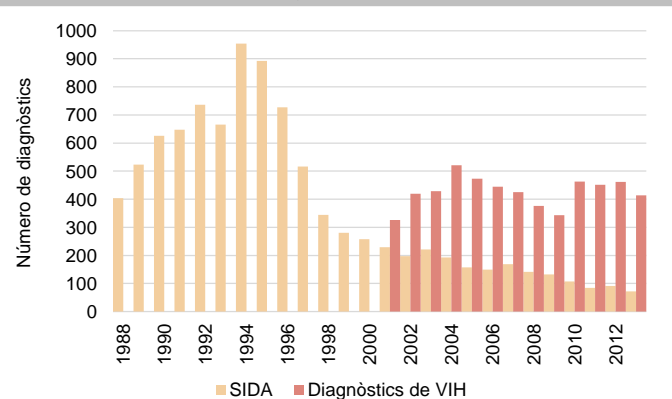
La infecció pel VIH/sida continua sent un important problema de salut pública que es concentra més a grans ciutats com ara Barcelona.

Infecció pel VIH

Entre els anys 2001 i 2013 es van notificar 5.573 casos de diagnòstic del VIH, i es va observar un increment del 28% entre el 2009 i el 2013; part d'aquest increment es pot atribuir a l'entrada en vigor de la notificació obligatòria del VIH (**figura 1.26**). El 72% dels casos notificats corresponien a residents a Barcelona, amb oscil·lació de casos entre els 222 de l'any 2001 i els 412 de l'any 2012.

L'any 2013, a un total de 438 persones els van diagnosticar per primera vegada una infecció pel VIH, el 86% (378) de les quals residien a Barcelona, fet que suposa una taxa d'infecció de 23,42 casos per cada 100.000 habitants i representa un descens del 9% respecte a l'any 2012. A la **figura 1.27** es mostren les taxes de diagnòstic per cada 100.000 habitants per a homes i dones residents a la ciutat.

Figura 1.26. Evolució anual dels diagnòstics nous d'infecció pel VIH i la sida residents a Barcelona, 1988-2013



El 87% dels casos eren homes entre els 18 i els 76 anys, i les edats de les 49 dones oscil·laven entre els 18 i els 61 anys, amb una mediana d'edat de 34 anys en tots dos casos. La via de transmissió més freqüent entre els homes van ser les relacions homosexuals, seguides de les heterosexuals, amb el 82% (269) i el 9% (29) dels casos, respectivament. Entre les dones, la via més freqüent van ser les relacions heterosexuals (86%) (**figura 1.28**).

Amb relació al pronòstic, aquest any s'observa una disminució del retard respecte de l'any anterior. Així, l'any 2012, el retard va ser del 44%, i el 2013, del 38%. Malgrat això, la diferència entre homes i dones ha augmentat; en el cas de les dones, el retard va ser del 43%, i en els homes, del 38%.

Figura 1.27. Evolució anual de la taxa de diagnòstics de VIH i sida segons sexe. Barcelona, 2001-2013

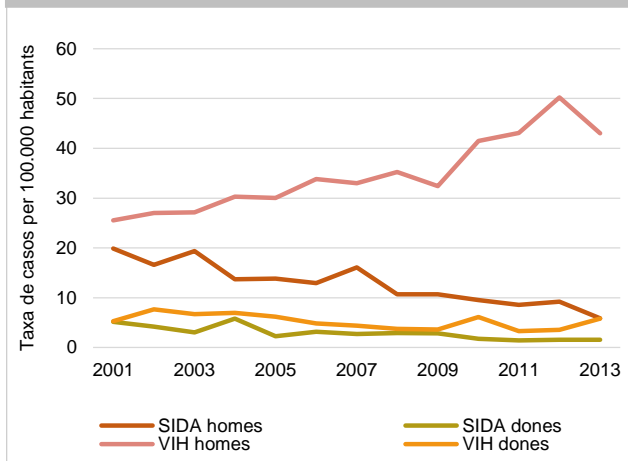
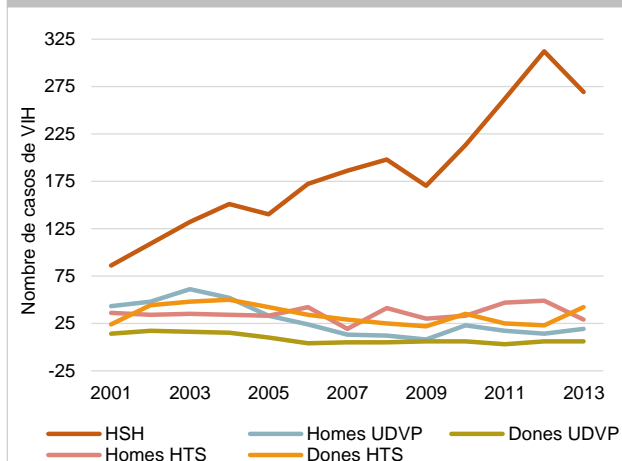


Figura 1.28. Evolució anual dels diagnòstics nous d'infecció pel VIH segons el sexe i el grup de transmissió. Barcelona, 2001-2013



Diagnòstics de la sida

En el cas de la sida, continua observant-se una davallada important des de la introducció dels TAR. Així, entre el 2012 i el 2013 s'ha observat un descens del 30% dels casos, que van passar de 84 casos el 2012 a 58 el 2013 (**figura 1.26**). La tuberculosi, la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* i el sarcoma de Kaposi van ser les malalties indicatives de sida més freqüents el 2013, amb el 19%, 19% i 12%, respectivament.

1.3. La coinfecció pel VIH i el virus de l'hepatitis C

1.3.1. El virus de l'hepatitis C: situació general

L'hepatitis C és un problema de salut d'abast mundial. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que hi ha 150 milions de persones amb infecció crònica pel virus de l'hepatitis C (VHC), de les quals una proporció important patiran malalties hepàtiques cròniques i costoses, com ara la cirrosi o el càncer hepàtic. Segons l'OMS, això pot causar almenys 350.000 morts anuals per malalties hepàtiques associades amb l'hepatitis C. A Europa, la prevalença d'anticossos enfront del VHC en la població general oscil·la entre el 0,12% a Bèlgica (passant per l'1,6-2,6% a Espanya) i el 2,6% a Itàlia (**figura 1.29**), tot i que és molt més alta entre UDVP (25% a 75%) i hi ha grans diferències entre els països. Les taxes de notificació de casos de VHC a la Unió Europea per cada 100.000 habitants ha crescut de 4,5-6,9 entre el 1995 i el 2007 (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)), per bé que aquest augment pot ser degut a un increment en el diagnòstic d'aquesta infecció en els darrers anys.

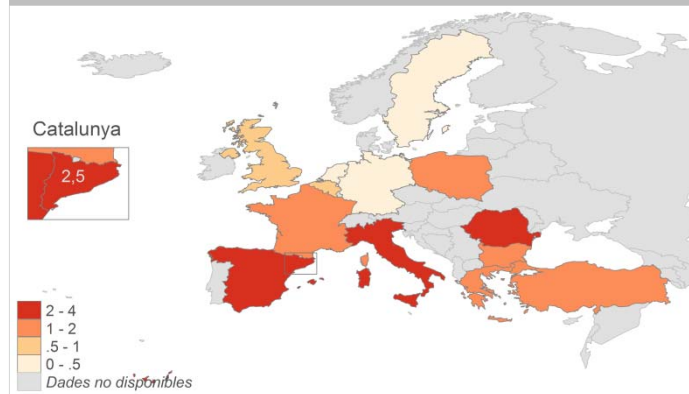
A Catalunya, la infecció aguda pel VHC és una malaltia de declaració obligatòria (MDO) des de l'any 2010 (DOGC 67/2010). El 2013 es van notificar 34 casos al Registre de MDO individualitzada de Catalunya, la qual cosa representa una incidència del 0,4 casos per cada 100.000 habitants en la població general. Actualment, hi ha una infradeclaració de casos deguda principalment a un infradiagnòstic de la infecció aguda, ja que la majoria d'aquestes infeccions passen clínicament in advertides perquè són asintomàtiques; a més, és difícil de distingir una infecció aguda d'una de crònica en els pacients que presenten anticossos del VHC positius i transaminases altes, ja que no es disposa de marcadors d'infecció recent. Suposant que amb els sistemes de vigilància es declaren els casos simptomàtics d'hepatitis C aguda i que aquests casos representen entre un 20 i un 30% del total de casos d'hepatitis C, podem estimar que a Catalunya es produeixen anualment entre 100 i 170 infeccions agudes.

La coinfecció pel VIH i el VHC és un dels problemes clínics més importants per a les persones que viuen amb el VIH: afecta fins a un terç de les persones en seguiment clínic, i és especialment freqüent en les que van adquirir el VIH a través de la injecció de drogues. Malgrat el gran impacte de la introducció del TAR, eficaç en la disminució de la mortalitat, la cirrosi i les complicacions que se'n deriven són la principal causa de mort en pacients amb coinfecció pel VIH i el VHC.

Tot i que el VHC s'associa principalment amb la transmissió sanguínia en les persones que s'injecten drogues, la transmissió sexual, especialment entre els HSH, ha esdevingut més important en els darrers anys amb la identificació dels brots de VHC transnacionals, inicialment a Europa, però també als EUA i Austràlia.

Amb les noves teràpies, més eficaces, eliminar el virus comença a ser possible en la gran majoria dels casos, incloent-hi els pacients coinfectats pel VIH i els que tenen malalties hepàtiques avançades. Però aquests fàrmacs són costosos, i que hi pugui tenir accés tothom que ho necessiti serà un repte per als serveis sanitaris de la majoria dels països. No obstant això, cal reforçar les intervencions de prevenció eficaç en els grups vulnerables, especialment en els que mantenen incidències altes o creixents.

Figura 1.29. Seroprevalença de VHC a Europa en població general (per 100.000), 2011

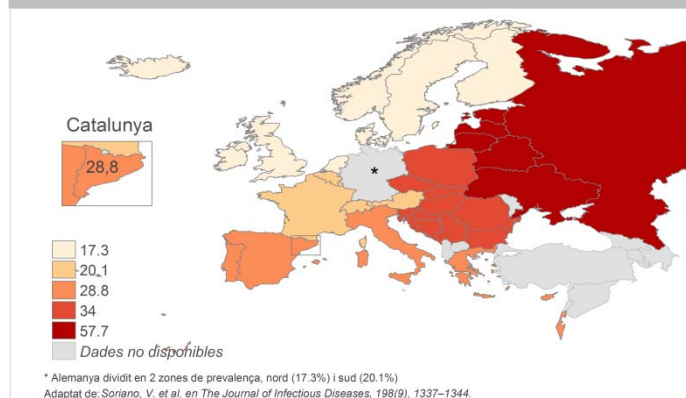


Els canvis recents en l'epidemiologia i les vies de transmissió del VHC, juntament amb els nous agents antivirals directes d'alta efectivitat, evidencien la necessitat de reforçar els sistemes de vigilància per identificar futurs canvis en la incidència del VHC i el tractament que cal seguir en els pacients amb infecció pel VIH.

1.3.2. Nombre de persones vivint amb la coinfecció pel VIH i el VHC

D'acord amb les dades notificades recentment per la cohort EuroSIDA,¹¹ la prevalença del VHC a Europa és variable segons les diferents zones geogràfiques. A l'est i el sud d'Europa, on el VIH s'adquireix més sovint pel consum de drogues injectades, la prevalença va ser del 58% i el 29%, respectivament. Al nord i l'oest d'Europa, on la transmissió entre HSH és la predominant, el 17% i el 20% dels pacients presentaven anticossos anti-VHC positius, respectivament (**figura 1.30**). Quant a la via de transmissió, del total de persones amb anticossos anti-VHC positius, el 61% assenyalaven el consum de drogues injectables com la via de transmissió del VIH més probable, mentre que en un 19% la via de transmissió eren les relacions heterosexuales, i en un 13%, les homosexuals.

Figura 1.30. Prevalença del VHC (per 100) en persones amb el VIH. Europa, 2013

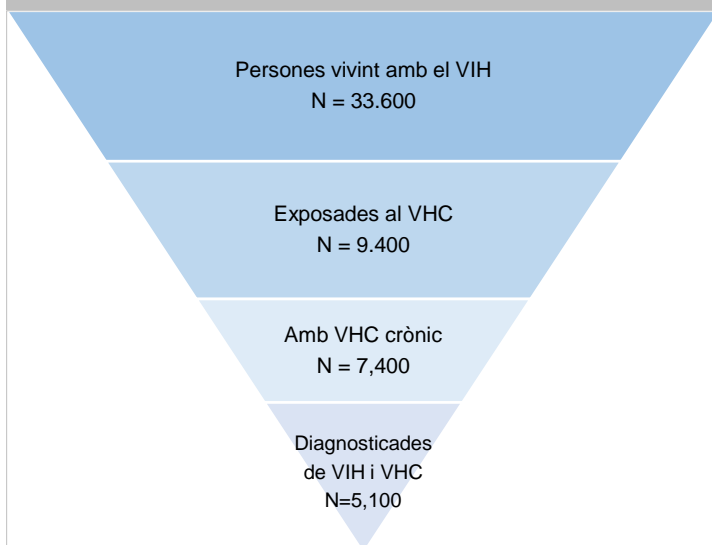


L'estimació del nombre de persones amb el VIH a Catalunya durant l'any 2013 va ser, aproximadament, de 34.200, de les quals al 71% (23.800 persones) se'ls havia diagnosticat el VIH i estaven en seguiment clínic de la infecció. Aquesta estimació, obtinguda aplicant l'Spectrum/EPP 2011, un programa de modelització desenvolupat pel Programa conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/sida (ONUSIDA/OMS) per derivar indicadors poblacionals clau a partir de múltiples fonts d'informació, és el punt de partida per calcular el nombre de persones amb coinfecció pel VIH i el VHC a Catalunya l'any 2013 (**figura 1.31**). Al voltant d'un 28% de les persones vivint amb el VIH també han estat exposades al VHC, de les quals s'estima que el 79% presenten una infecció pel VHC crònica. Tenint en compte això, s'estima que un total de

¹¹ Peters L, Mocroft A, Lundgren J, Grint O, et al. HIV and hepatitis C co-infection in Europe, Israel and Argentina: a EuroSIDA perspective. *BMC Infectious Diseases*. 2014;14 Suppl 6:S13.

7.400 persones estarien vivint amb la coinfecció pel VIH i el VHC a Catalunya durant l'any 2013, de les quals a unes 5.100 (69%) se'ls havia diagnosticat la coinfecció.

Figura 1.31. Estimació de les persones amb coinfecció pel VIH i VHC diagnosticada. Catalunya, 2013

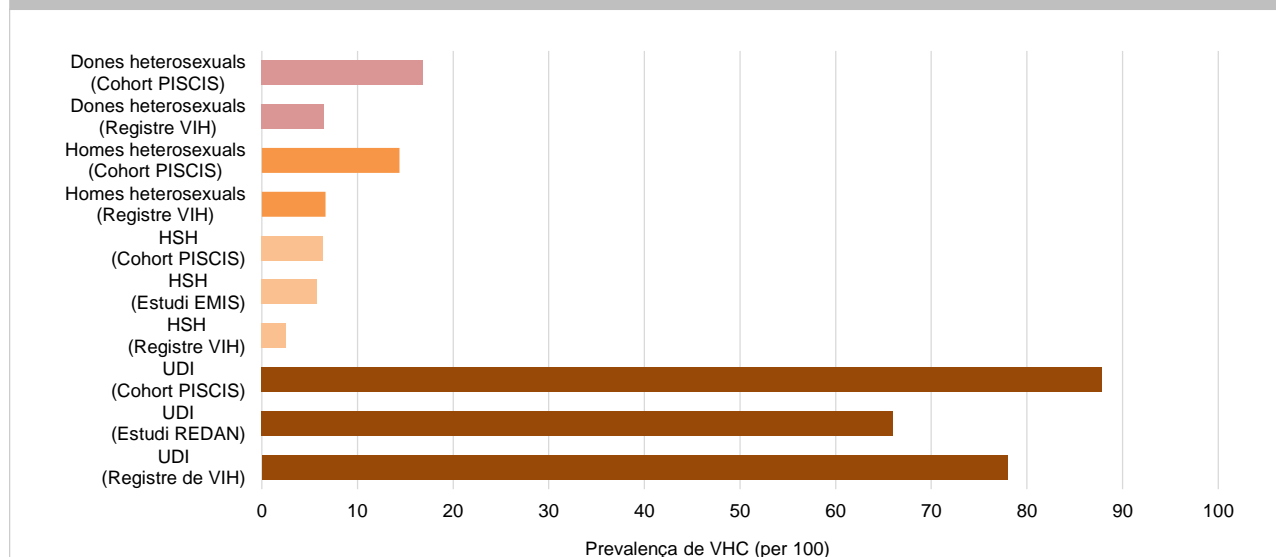


1.3.3. Prevalença del VHC en poblacions clau de persones amb el VIH

La prevalença del VHC en persones que van adquirir la infecció pel VIH per injecció de drogues, en persones que van mantenir relacions heterosexuales o en la població de HSH, segons les diferents fonts d'informació estudiades, es mostra a la **figura 1.32**. Les diferències en els percentatges observats s'han d'interpretar tenint en compte el disseny de cada estudi. D'aquesta manera, la prevalença del VHC en els pacients notificats al Registre de VIH representa l'estimació en el moment del diagnòstic de VIH, mentre que en la cohort PISCIS s'obté la prevalença en pacients a qui es fa un seguiment clínic de la infecció pel VIH. Finalment, EMIS (European MSM Internet Survey) i REDAN són estudis transversals en les poblacions sentinella de HSH i persones que s'injecten drogues usuàries de centres de

reducció de danys, respectivament. Les dades mostren que les persones que s'injecten drogues són les que presenten més prevalença de VHC (entre el 66% i el 88%), seguides de les dones i els homes heterosexuales (al voltant d'un 16% i un 14%, respectivament) i els HSH (entre un 3% i un 6%).

Figura 1.32. Prevalença de VHC (per 100) en poblacions clau de persones amb el VIH. Catalunya, 2013



Prevalença de la coinfecció pel VHC en el moment del diagnòstic del VIH (Registre de VIH i sida de Catalunya)

Del total dels 2.545 casos de VIH notificats entre el 2010 i el 2013 al Registre de VIH i sida de Catalunya, un 9,3% es van presentar amb una coinfecció pel VHC. Aquesta proporció va ser més elevada entre els UDVP (78%), mentre que en els HSH va ser 2,5%, en homes heterosexuales, 6,7%, i en dones heterosexuales, 6,5%.

Prevalença de la coinfecció pel VHC en persones amb el VIH en seguiment clínic (cohorte PISCIS)

Dels 9.503 pacients amb infecció pel VIH procedents de la cohorte PISCIS que estan actualment en seguiment clínic, 2.709 (28%) presentaven anticossos anti-VHC positius. La prevalença del VHC segons la via de transmissió del VIH va ser del 88% en els UDVP, del 16,8% en dones heterosexuales i 14,4% en homes heterosexuales i del 6,4% en HSH. Quant al lloc d'origen, en els pacients autòctons la prevalença del VHC va ser més elevada (34,6%) que en els nascuts fora de l'Estat espanyol (11,4%).

Persones que s'injecten drogues (estudi REDAN)

La prevalença d'infecció pel VHC a partir de les mostres de fluid oral recollides en persones que s'injecten drogues enquestades els anys 2012 i 2013 en centres de reducció de danys va ser del 65%. Entre els injectors infectats pel VIH (30,5%), la prevalença del VHC va ser del 66%.

Homes que tenen relacions sexuals amb homes (estudi EMIS)

Un total de 13.111 HSH residents a Espanya van participar en l'estudi EMIS [1]. De la mostra total, un 8,9% (n = 1.161) van declarar tenir un diagnòstic de VIH. Entre els homes infectats pel VIH, al 5,8% (n = 67) els havia estat diagnosticat alguna vegada el VHC. La proporció de HSH a qui s'havia diagnosticat per primera vegada el VHC en els dotze mesos anteriors va ser del 0,9% (n = 10). Els que estaven infectats pel VHC en el moment de l'estudi varen representar un 2% (n = 23). En el 68% dels coinfectats, el diagnòstic del VIH s'havia fet més de cinc anys abans.

1.3.4. Incidència del VHC

Entre el gener del 1998 i l'abril del 2012 es van identificar 4.258 pacients amb infecció pel VIH i serologia negativa del VHC en la cohorte PISCIS. La distribució quant al grup de transmissió del VIH va ser de 176 (4,15%) entre els UDVP, 2.179 (51,3%) entre HSH, 1.113 (25,9%) entre heterosexuales i 376 (8,7%) no classificats. D'un total de 16.480 persones/any, 271 (6,4%) pacients van seroconvertir durant el període d'estudi, i la incidència acumulada de VHC més elevada va ser en UDVP (8,1 per 100 persones/any de seguiment), seguida per la del grup de HSH (4,3 per 100 persones/any de seguiment) i la dels heterosexuales (4,0 per 100 persones/any de seguiment). Pel que fa a les tendències, globalment la incidència va disminuir del 2,6 (IC 95%: 1,3-4,6) per 100 persones/any de seguiment durant els anys 1998 i 1999 a 1,3 (IC 95%: 0,7-2,4) per 100 persones/any de seguiment el 2003, i a partir d'aquest any es va incrementar progressivament fins a 2,2 (IC 95%: 1,4-2,3) per 100 persones/any de seguiment l'any 2012. L'anàlisi de les tendències en la incidència del VHC segons el grup de transmissió va revelar que aquest increment era degut, sobretot, a l'augment de seroconversions en el grup de HSH (**figura 1.33 i figura 1.34**).

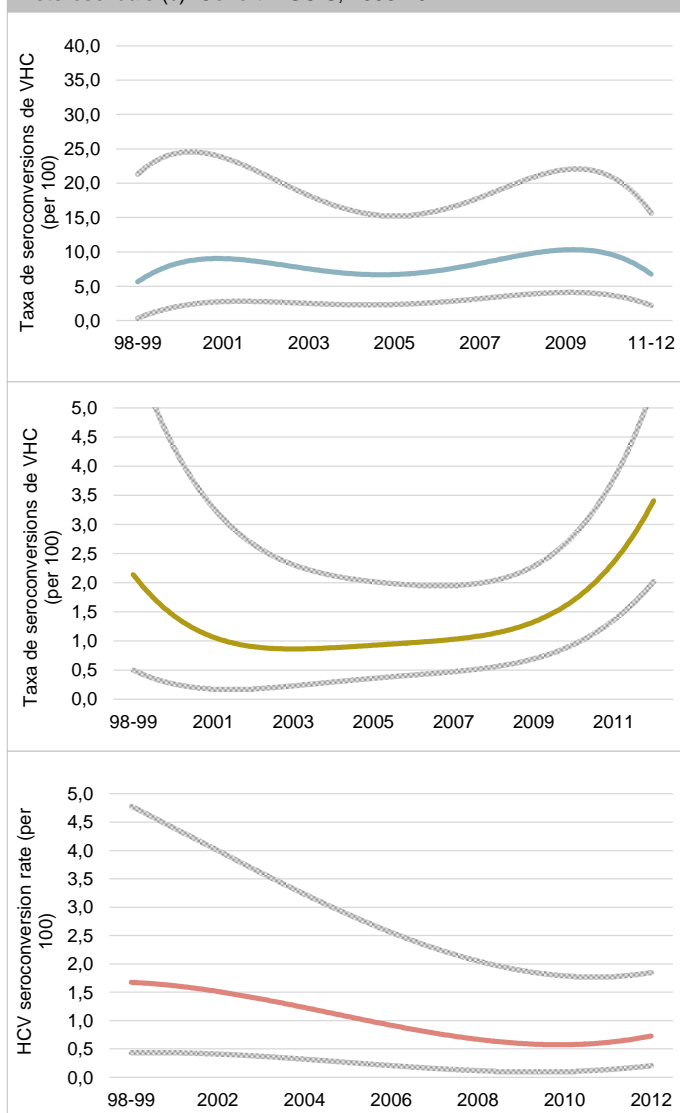
1.3.5. Tractament del VHC

A diferència del VIH, els tractaments del VHC poden aconseguir eliminar de manera permanent aquest virus (resposta viral sostinguda). Fins a l'any 2012, els tractaments consistien en la combinació de peginterferó alfa-2a o 2b i ribavirina (biteràpia), però a partir d'aquest any apareixen noves opcions terapèutiques (agents antivirals directes) que n'augmenten considerablement l'eficàcia, fins i tot en pacients amb coinfecció pel VIH i el VHC.

L'any 2013, el CatSalut va finançar el tractament per a l'hepatitis C de 2.061 pacients (un 25% més que l'any 2012, amb 1.648 pacients). D'aquests, 1.258 van ser tractats amb biteràpia, i 803, amb triteràpia (la combinació d'un agent antiviral directe amb la biteràpia). El cost total va ser de 24,5 milions d'euros, més del doble que l'any 2012, que va ser d'11,6 milions d'euros. Tenint en compte els informes d'activitat del Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de les Hepatitis Viriques,¹² al voltant d'un 15% d'aquests pacients presentaven coinfecció pel VIH.

¹² Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de les Hepatitis Viriques. Informe d'activitats: any 2010. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Planificació i Recursos Sanitaris, Direcció General de Regulació; 2011.

Figura 1.33. Taxes d'incidència (per 100 persones/any de seguiment) en persones que s'injecten drogues (a), HSH (b) i heterosexuals (c). Cohort PISCIS, 1998-2012



1.3.6. Progressió i mortalitat

La progressió clínica dels pacients amb coinfecció pel VIH i el VHC és més ràpida que en els pacients monoinfectats pel VHC. Per exemple, en l'era prèvia al tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA) fins a un 15-25% dels pacients coinfectats patien cirrosi en menys de quinze anys; en canvi, en persones monoinfectades, només un 2-6%. Més recentment, els riscos de la malaltia hepàtica en fase terminal, incloent-hi el carcinoma hepatocel·lular, són més alts en els pacients amb coinfecció pel VIH i el VHC amb cirrosi.

L'eficàcia dels TAR ha fet disminuir dràsticament la mortalitat en els pacients infectats pel VIH de la cohort PISCIS, tot i que el percentatge relatiu de morts atribuïbles a malalties altres que la sida ha augmentat en els darrers anys. El percentatge de morts relacionades amb el VHC en els pacients coinfectats pel VIH i el VHC va ser del 25%.

El Grup de Treball sobre Hepatitis de COHERE (Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe), consorci de cohorts internacionals en el qual participa la cohort PISCIS, va avaluar l'impacte del tractament del VHC amb biteràpia sobre el risc de mort, i va notificar una tendència a la disminució de la mortalitat¹³. Les col·laboracions de cohorts internacionals contribuiran a demostrar l'impacte de la implementació de les noves teràpies del VHC amb agents antivirals directes.

1.3.7. Conductes associades amb la coinfecció pel VIH i el VHC en HSH

En els 13.111 HSH residents a Espanya que van participar en l'EMIS no es van trobar diferències significatives en les característiques sociodemogràfiques de les persones coinfectades pel VIH i el VHC en comparació de les monoinfectades, excepte en la mitjana d'edat, que va ser de 43 i 38 anys, respectivament.

En la comparació de les conductes sexuals entre monoinfectats i coinfectats (**taula 1.2**), es va detectar que hi havia més coinfectats que havien visitat un local públic de sexe (82% vs. 60% en el cas dels monoinfectats, $p = 0,035$) i havien participat en festes privades de sexe (65% vs. 31% en el cas dels monoinfectats, $p = 0,001$). Igualment, la penetració anal sense preservatiu amb parelles sexuals ocasionals, així com amb parelles ocasionals d'estat serològic desconegut o discordant, va ser més elevada en els coinfectats que en els monoinfectats (73% vs. 40%, $p = 0,007$, i 55% vs. 33%, $p = 0,030$, respectivament). Pel que fa a altres pràctiques sexuals, el *fisting* receptiu - pràctica sexual que consisteix en la introducció total o parcial de la mà dins del conducte anal de la parella - va ser més habitual entre els coinfectats (30% vs. 12%, $p = 0,012$). Els coinfectats també presentaven percentatges més elevats de consum de diverses drogues com ara *popper*, Viagra[®] o similars, GHB/GLB, cocaïna, ketamina i *speed*.

Com que la mostra no era gaire extensa, els resultats s'han d'interpretar amb precaució. No obstant això, aquests resultats són bastant similars als d'una anàlisi més àmplia, d'aquest mateix estudi, d'una mostra d'infectats pel VHC en

¹³ COHERE. Effect of hepatitis C treatment on CD4+ T-cell counts and the risk of death in HIV-HCV-coinfecting patients: the COHERE collaboration. *Antiviral Therapy*. 2012;17(8):1541-50.

Taula 1.2. Comparació de conductes sexuals i altres variables associades al risc d'infecció pel VHC en HSH VIH-positius monoïnfectats i coïnfectats

	Monoïnfectats (n=1093)		Coïnfectats (n=23)		Total (n=1116)		p value
	n	%	n	%	n	%	
Sexe per diners	83	7,8	0	0	83	7,6	0,163
Sexe a l'estranger	404	37,4	9	39,1	413	37,4	0,58
Visita locals de sexe							
Lloc públic de sexe ¹	645	59,6	18	81,8	663	60	0,035
Festa privada de sexe (orgia)	334	31,1	15	65,2	349	31,8	0,001
Sauna	613	57,3	17	77,3	630	57,7	0,061
Nombre de parelles sexuals							0,452
Cap	105	9,8	2	9,1	107	9,7	
Menys de 10	477	44,3	7	31,8	484	44,1	
Més de 10	494	45,9	13	59,1	507	46,2	
Penetració anal (PA) amb parelles ocasionals²							
PA insertiva	691	83,4	18	90	709	83,5	0,429
PA receptiva	750	88,8	20	100	770	89	0,112
Penetració anal sense condó (PASC)							
PASC amb una parella estable masculina ²	272	25	4	17,4	276	24,9	0,207
PASC amb una parella estable de desconegut o discordant estatus front el VIH ²	122	11,5	0	0	122	11,3	0,091
PASC amb una parella ocasional masculina ²	425	39,7	16	72,7	441	40,3	0,007
PASC amb parelles ocasionals de desconegut o discordant estatus front el VIH ²	342	32,5	12	54,5	354	33	0,03
Altres pràctiques sexuals (amb parelles ocasionals)							
Petó negre insertiu	712	84,6	17	85	729	84,6	0,957
Petó negre receptiu	760	90,4	18	90	778	90,4	0,956
Fisting insertiu	207	24,7	5	26,3	212	24,7	0,872
Fisting receptiu	98	11,6	6	30	104	12	0,012
Ús de drogues							
Drogues per a sexe							
Popper	600	55,4	20	87,00	620	56,1	0,003
Viagra o similars	341	31,5	13	61,90	354	32,1	0,003
Drogues típicament associades amb festa							
GHB/GLB	202	18,5	8	34,80	210	18,8	0,048
Drogues esnifades							
Ketamina	158	14,5	8	34,80	166	14,9	0,007
Cocaïna	408	37,3	15	65,20	423	37,9	0,006
Mefedrona	60	5,5	2	8,70	62	5,6	0,506
Speed	168	15,4	9	39,10	177	15,9	0,002
Drogues injectades							
Alguna vegada	63	5,8	3	13,60	66	6	0,128
Últims 12 mesos	35	3,2	0	0,00	35	3,2	0,39
Diagnòstic d'ITS							
Sífilis	130	12,1	5	23,8	135	12,3	0,105
Gonorrea	70	6,5	2	8,7	72	6,5	0,669
Clamídia	33	3,1	2	8,7	35	3,2	0,127
Herpes	30	2,8	2	8,7	32	2,9	0,093
VPH	71	6,6	3	13	74	6,7	0,218

¹ Cambra fosca, sex-club, festa pública de sexe ; ² Entre aquells que varen tenir penetració anal

què es van incloure HSH VIH negatius.¹⁴ Els coinfectats van presentar conductes d'alt risc (per exemple, *fisting*, penetració anal sense preservatiu amb parelles d'estat serològic desconegut o discordant, consum de drogues), per la qual cosa les intervencions en prevenció secundària s'haurien de centrar en aquest grup.

Figura 1.34. Nombre de seroconversions del VHC segons els grups de transmissió del VIH. Cohort PISCIS, 1998-2012

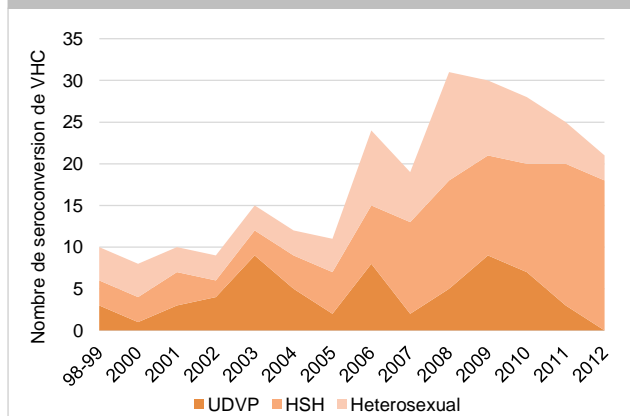
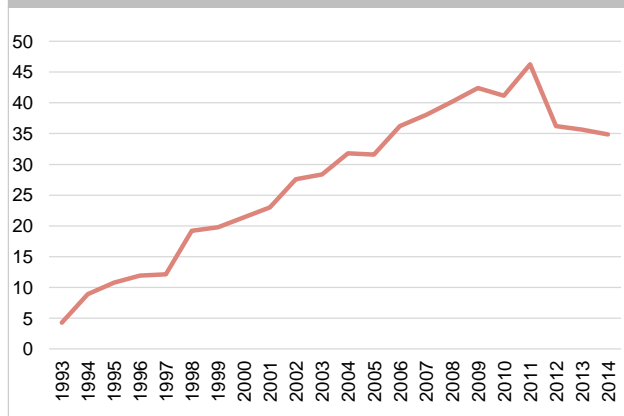


Figura 1.35. Evolució de la taxa de proves de VIH per 1.000 habitants. Catalunya 1993-2014



1.4. Prova de detecció del VIH

1.4.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH

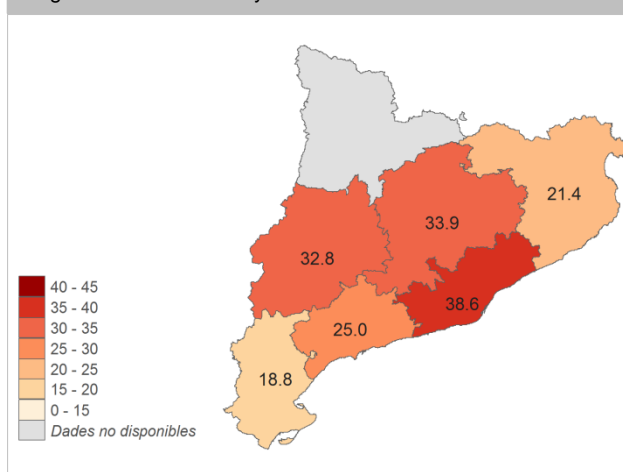
Proves realitzades als laboratoris

El nombre de proves diagnòstiques declarades per cada 1.000 habitants a Catalunya s'ha anat incrementant cada any, arribant a un pic de 46,2 proves en el 2011. En els tres darrers anys el nombre de proves ha baixat fins a les 34,8 proves el 2014 (**figura 1.35**).

Aquesta taxa oscil·la entre les 18,8 registrades a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre i les 38,7 registrades a la Regió Sanitària Barcelona (**figura 1.36**). La taxa de proves a Catalunya encara és lluny de la de països com ara Luxemburg o França, amb unes taxes de 126,7 i 79,4, respectivament, segons dades del 2013.¹⁵

La quantitat anual de proves realitzades i declarades pels laboratoris ha augmentat progressivament al llarg dels anys, i ha passat de les 52.005 de l'any d'inici de l'estudi a les 258.483 de l'any 2014. El percentatge de proves amb resultat positiu en aquest període (1993-2014) ha anat disminuint (**figura 1.37**), i s'ha mantingut estable en els darrers anys (0,7-1,0%). Cal tenir en compte que la proporció de dades que aporta cada laboratori sovint és significativament diferent, tant pel que fa al nombre de proves realitzades com al percentatge de resultats positius.

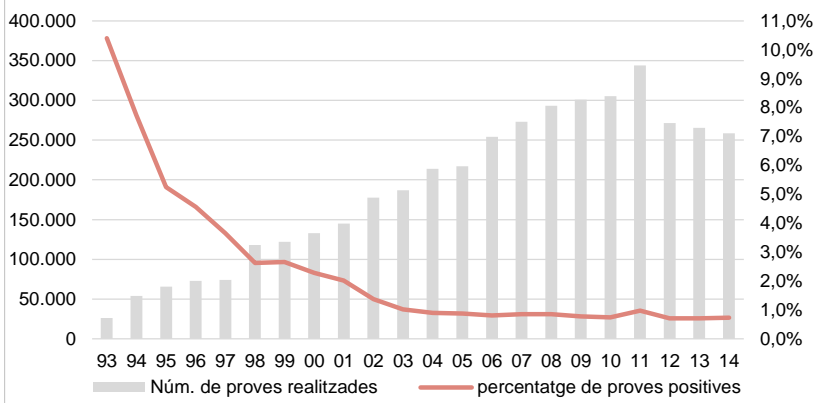
Figura 1.36. Estimació de la taxa de proves diagnòstiques per Regió Sanitària. Catalunya 2014



¹⁴ Fernández-Dávila P, Folch C, Ferrer L, Soriano R, Diez M, et al. Hepatitis C virus infection and its relationship to certain sexual practices in men-who-have-sex-with-men in Spain: Results from the European MSM internet survey (EMIS). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015 May;33(5):303-10.

¹⁵ European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Estocolm: ECDC; 2014.

Figura 1.37. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de proves positives. Xarxa de laboratoris de Catalunya, 1993 - 2014

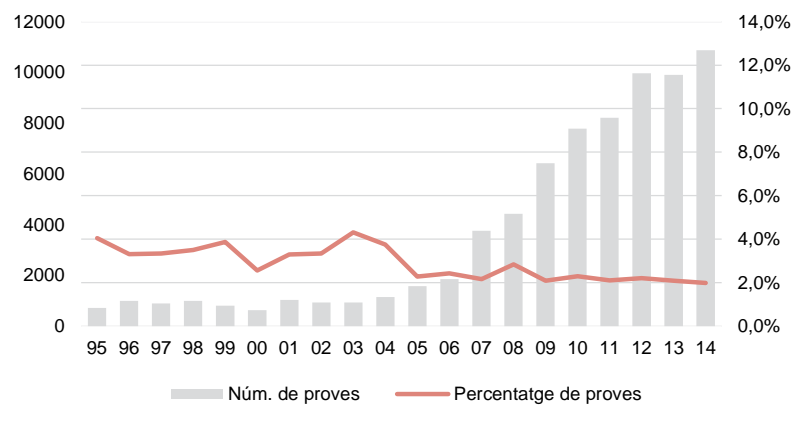


prova de detecció del VIH en aquests centres en un 102,9%.¹⁶ El nombre de proves ha seguit augmentant cada any, i ha arribat a 10.868 el 2014, amb un 2,0% d'infectats pel VIH detectats. Si es compara el 2014 respecte al 2006, l'increment observat és del 487,8%. Tot i aquest increment, el percentatge de proves positives detectades no ha variat de manera significativa. A partir del 2007 l'ús de la prova estàndard ha disminuït considerablement a favor de l'ús de la prova ràpida. S'estima que els centres de cribratge comunitari diagnostiquen un 25% del total de nous diagnòstics declarats a Catalunya.

Proves realitzades en els centres de cribratge comunitari

En els centres de cribratge comunitari on s'ofereix la prova de detecció del VIH, des del 1995 fins al 2014 s'han fet 73.970 proves del VIH, amb una prevalença d'infecció del 2,4%. L'evolució del nombre de proves realitzades en aquests centres per any va ser relativament petita fins a l'any 2006, i van oscil·lar entre les 716 de l'any 1995 i les 1.849 de l'any 2006 (**figura 1.38**). A finals del 2006, en els centres de cribratge comunitari es va introduir la prova de lectura ràpida, que va fer incrementar la demanda de la

Figura 1.38. Nombre de proves anti-VIH realitzades i percentatge de positives. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2014



Proves realitzades a les oficines de farmàcia

Benet Rifà. Secció de Vigilància, Prevenció i Control de les Infeccions de Transmissió Sexual i el VIH de la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública.

Des d'abril de 2009 la Secció de Vigilància, Prevenció i Control de les Infeccions de Transmissió Sexual i el VIH de la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública junt amb el Consell de Col·legis de Farmacèutics promouen la realització de la prova ràpida del VIH en oficines de farmàcia, i fins setembre de 2014 s'han realitzat un total de 9.344 proves, i s'han detectat 94 proves reactives (1%), de les que se'n van confirmar 41, amb 4 falsos positius. El 73% de les persones que es van realitzar la prova en una oficina de farmàcia van ser homes, amb una mitjana d'edat de 34 anys, sent el grup més nombrós el comprès entre els 30 i els 39 anys amb un 42%. El 11% van ser persones nouvingudes, principalment llatinoamericanes. El principal motiu per fer-se la prova va ser per una pràctica sexual de risc, sent en el 15% dels casos una pràctica homosexual. Entre les proves reactives, el 78% corresponien a homes, el 25% a persones nouvingudes, el 74% tenien entre 20 i 39 anys i la principal via de transmissió ha estat la sexual, tractant-se en un 52% dels casos de relacions homosexuals.

¹⁶ Fernández-López L, Rifà B, Pujol F, Becerra J, Pérez M, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counseling and Testing sites network of Catalonia, Spain. Int J STD AIDS. Juny 2010;21(6):388-91.

Proves realitzades a les saunes gai de Barcelona

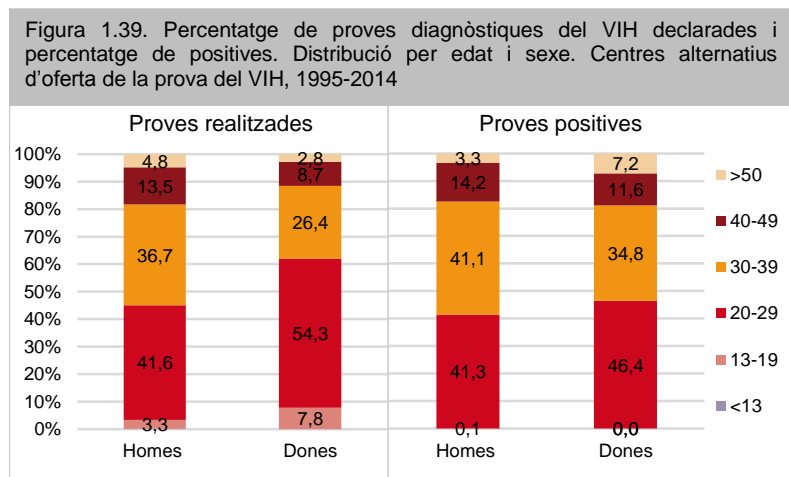
Patricia Garcia de Olalla, Constanza Jacques, Silvia Martín, Elia Díez, Joan A Caylà. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els anys 2012 i 2013 es van realitzar 463 proves sobre un total de 377 usuaris de saunes, presumiblement VIH negatius. Les edats oscil·laven entre els 18 i 76 anys (mediana 32,5); el 35% havien nascut a l'estat espanyol i el 20% a Romania; 24% tenien al menys un any d'estudis universitaris i el 48% es van identificar com treballador sexual (TS). Dels 342 participants que informaven sobre la seva orientació sexual un 49% es va identificar com homosexual, 30% com bisexual i 21% com heterosexual. El 18% mai s'havia realitzat la prova. En aquest període s'han detectat 20 proves reactives, el que suposa una incidència de nous diagnòstics del 4,7% el 2012 i del 6,1% el 2013.

Les saunes ofereixen l'oportunitat de realitzar intervencions de prevenció en una població d'alt risc enfront de la infecció pel VIH.

1.4.2. Característiques de les persones que demanen la prova de detecció del VIH i dels casos positius detectats en els centres alternatius on s'ofereix la prova*

*no es disposa de les dades desagregades del centre Projecte dels Noms - Hispanosida pels anys 2012 i 2014

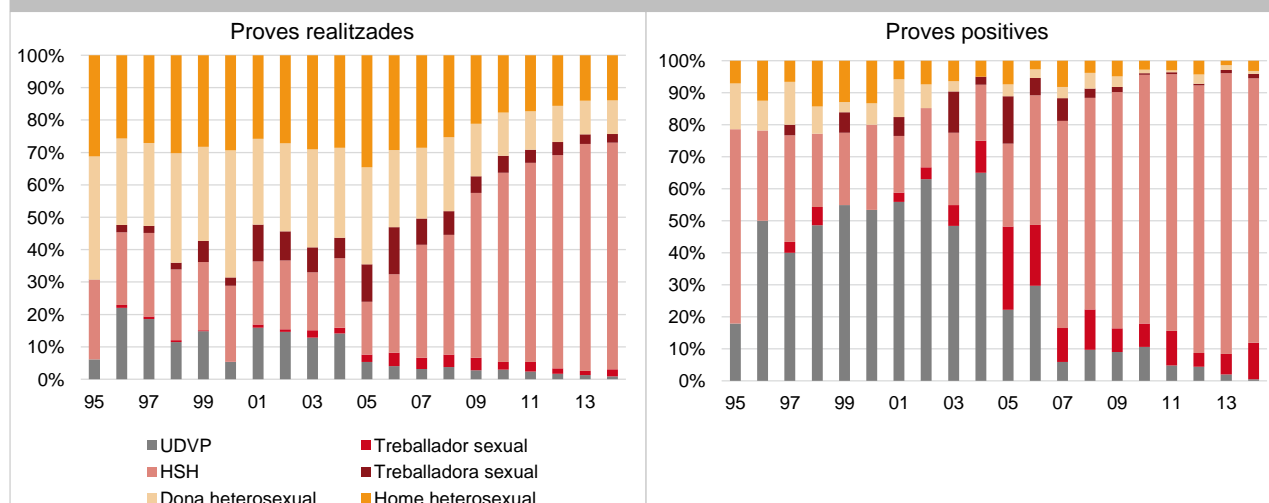


En el període comprès entre els anys 1994 i 2014, el 70,3% de les persones que van fer-se la prova diagnòstica en els centres de cribratge comunitari van ser homes. Tant en els homes com en les dones, el grup d'edat que es va realitzar més proves diagnòstiques va ser el comprès entre els 20 i els 29 anys. Aquest grup d'edat va ser també el més nombrós entre els positius en les dones, però en els homes el grup d'edat que es va realitzar més proves va ser el comprès entre els 30 i els 39 anys (figura 1.39).

La figura 1.40 mostra l'evolució en el temps de la distribució del percentatge de tests

realitzats i de resultats positius per grups de transmissió. Es pot observar que la proporció de HSH que es fan la prova en aquests centres ha anat augmentant, i que la proporció d'UDVP ha anat disminuint, arribant en el 2014 al 72,2% i al 0,9% respectivament. Respecte a les proves positives, des del 1996 fins al 2004 el grup més nombrós era el d'UDVP, però a partir del 2005 la proporció d'aquest grup va anar disminuint i va augmentar la de HSH (HSH i HSH TS),

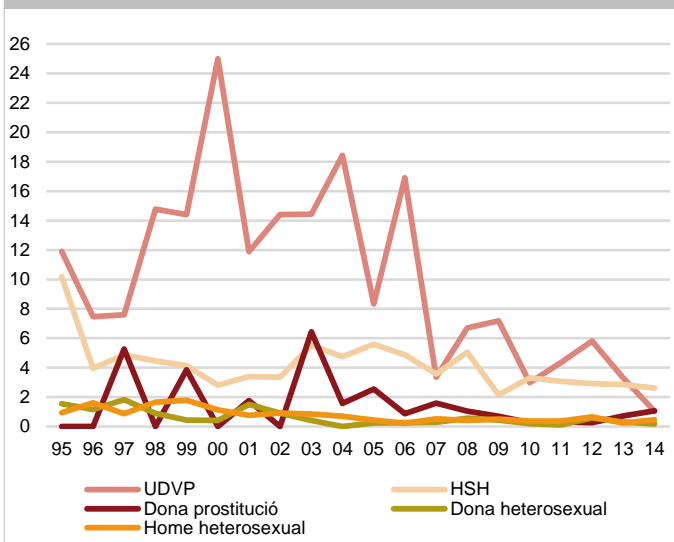
Figura 1.40. Evolució de la distribució de proves realitzades i de proves positives segons grup de transmissió. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2014*



* Assumint que pel període 2012-2014 tots els clients del centre Projecte dels Noms- Hispanosida són HSH i cap és TS.

que el 2014 va arribar al 94% del total de positius detectats. El grup de transmissió amb el percentatge de proves positives detectades més elevat al llarg de tot el període és el d'UDVP, seguit del de HSH, i el grup heterosexual és el que té el percentatge de proves positives més baix (**figura 1.41**). No obstant, en els darrers anys el percentatge de proves positives del grup d'UDVP ha anat disminuint, arribant al 2014 a estar per sota del de HSH, amb un 1,05% i un 2,61%, respectivament.

Figura 1.41. Evolució anual del percentatge de proves positives segons grup de transmissió. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2014



*Assumint que pel període 2012-2014 tots els clients del centre Projecte dels Noms - Hispanosida són HSH

cohort entre el desembre del 2008 i l'octubre del 2011, 2,248 homes van tornar almenys a una visita de seguiment, en la qual es van tornar a fer la prova de detecció del VIH. La mediana de visites va ser 1 (RIQ = 1-2); la mediana de temps entre visites, 9,3 mesos (RIQ = 4,8-12,3); la mediana de temps de seguiment, 13,3 mesos (RIQ = 10,2-22,5) i la mediana de temps de la seroconversió, 12,7 mesos (RIQ = 8,4-20,8).

El perfil sociodemogràfic dels homes que entren a participar en la cohort és el d'un home més gran de 25 anys (82,4%), nascut a Espanya (65,8%), universitari (55,9%), que treballa per compte propi o aliè (73,4%) i que s'identifica com a homosexual (88,3%). Les característiques epidemiològiques dels homes que van seroconvertir en el període d'estudi i que els diferencien dels homes VIH negatius les podem veure a la **taula 1.3**. Es tracta d'homes d'origen estranger que, en el moment d'entrar a la cohort, declaraven haver-se fet un nombre més elevat de proves i que en els últims sis mesos havien tingut més de deu parelles amb més freqüència que els homes VIH negatius, i que havien utilitzat menys el preservatiu en les relacions sexuals amb penetració amb aquest tipus de parella. Els seroconvertors havien conegut més freqüentment les parelles ocasionals en locals de sexe (com ara clubs de sexe), en espais públics amb la pràctica del *cruising*, a Internet i al gimnàs. Així mateix, declaraven haver consumit més drogues recreatives que els homes VIH negatius.

Pel que fa a l'any 2014, el 86,1% de les persones que van fer-se la prova diagnòstica van ser homes. Tant en els homes com en les dones, el grup d'edat que es va realitzar més proves diagnòstiques va ser el comprès entre els 20 i els 35 anys. El 36,2% de les proves realitzades corresponien a persones d'altres països, i el 64,2% s'havien fet la prova anteriorment, almenys un cop. Del total de proves, el 98,6% van ser proves ràpides.

Del total de proves realitzades, un 2,0% (217/10.867) van resultar reactives pel que fa al VIH. Del total de reactius, el 92,6% van ser homes, el 77,1% tenien com a mínim un test diagnòstic anterior amb resultat negatiu i el 68,9% de les proves corresponien a persones d'altres països.

Segons les dades d'una cohort de HSH seronegatius del projecte ÍTACA, que es duu a terme en un dels centres alternatius on s'ofereix la prova de detecció del VIH, dels 5.086 HSH que havien entrat en la

Taula 1.3. Característiques epidemiològiques dels homes que tenen sexe amb homes que participen a la cohort ITACA segons estat serològic. Desembre de 2008-Desembre de 2011.

	VIH-positius			
	VIH-negatiu (N=5.001)	(N=85)	p valor	
CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES				
Estat (N=5.083)				
25 o més	82,3	83,5	ns	
Origen (N=5.086)				
Espanyol	66,1	47,1	<0,001	
Estranger	33,9	52,9		
Estudis (N=5.080)				
Primària-	4,9	9,4	ns	
Secundària	39	41,2		
Universitària+	56	49,4		
Situació laboral (N=5.080)				
Treballador compte aliè/propri-	73,4	70,6	ns	
TS	1,1	1,2		
Aturat	11,6	15,3		
Estudiant	12,5	12,9		
Altres	1,3	0		
Orientació sexual(N=5.035)				
Homosexual	88,2	92,9		ns
Bisexual	11,3	7,1		
Altres o no ho saben	0,5	0		
PROVA DEL VIH (abans d'entrar a la cohort)				
Núm. de proves (N=4.951)				
0	15,4	6	<0,001	
1-5	56,5	41,7		
6-10	19,4	32,1		
>10	8,6	20,2		
CONDUCTA SEXUAL (últims 6 mesos)				
Parella estable (N=5.066)				
Si	47,8	50,6	ns	
Penetració anal desprotegida amb parella estable de serostatus desconegut o discordant (N=2.386)*				
Sí	14,8	18,6	ns	
Parella ocasional (N=5.073)				
Núm. de parelles ocasionals (N=4.831)				
0	16	10,7	<0,001	
<=10	66,3	44		
>10	17,7	45,2		
Ús consistents del preservatiu en les relacions amb la parella ocasional (N=4.298)**				
Si	64	48,7	0,01	
Lloc de trobada de les parelles ocasionals (N=4.300)**				
Discos o bars	58,3	60,5	ns	
Saunes	19,9	27,6	ns	
Habitacions fosques	6,6	11,8	ns	
Sex-clubs	5,5	13,2	0,004	
Internet	58	72,4	0,01	
Cruising	11,7	22,4	0,01	
Gimnàs	7,3	17,1	0,001	
Altres	16,7	92	ns	
ALCOHOL I DROGUES (en els últims 6 mesos)				
Consum (N=5.069)				
Alcohol	36,9	25,9	<0,001	
Altres substàncies	2,9	10,6		
Alcohol i altres substàncies	38,1	50,6		
No havia consumit	22	12,9		
INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL (en els últims 6 mesos)				
Autodeclaració (N=5.081)	5,9	8,3	ns	

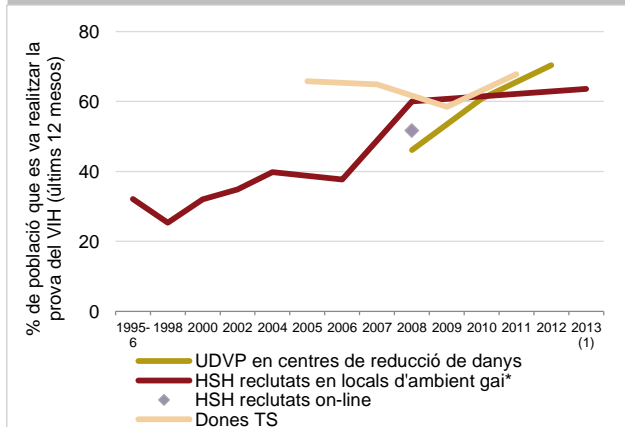
*entre els que tenen parella estable i han penetrat en els darrers 6 mesos; ** entre els que tenen parella ocasional

1.4.3. Cobertura de la prova de detecció del VIH en grups amb conductes d'alt risc

El 94,1% dels UDVP usuaris de centres de reducció de danys el 2012 i el 2013 s'havien fet la prova de detecció del VIH alguna vegada a la vida (95,7%, autòctons, i 91,7%, immigrants, $p < 0,05$). El 70,4% dels UDVP se l'havien fet en els darrers dotze mesos; aquest percentatge mostra una tendència creixent significativa durant el període 2008-2013

(figura 1.42).

Figura 1.42. Cobertura de la prova diagnòstica del VIH en poblacions amb conductes d'alt risc (últims 12 mesos)



(*) dades 2008 i 2013 corresponents al projecte SIALON I i II

D'altra banda, el 73,1% dels HSH enquestats a través d'Internet i que residien a Catalunya (projecte EMIS) s'havien fet la prova de detecció del VIH en alguna ocasió. Més de la meitat dels HSH s'havien fet la prova de detecció del VIH el darrer any. Dades recollides en l'estudi SIALON II, de l'any 2013, mostren que el 63,6% dels HSH entrevistats s'havien fet la prova de detecció del VIH el darrer any (figura 1.42).

Finalment, de les 400 dones TS incloses en projecte HIVITS-TS a Catalunya el 2011, el 85,3% s'havien fet la prova de detecció del VIH en alguna ocasió, i el 67,8% s'havien fet la prova en els darrers dotze mesos, percentatge similar al dels estudis anteriors (figura 1.42).

Si tenim en compte l'origen, són les dones procedents de

països de l'est d'Europa les que presenten el menor percentatge de proves realitzades en els últims dotze mesos: 57,5%, de l'est d'Europa; 71,3%, africanes; 74,3%, llatinoamericanes, i 80%, espanyoles.

1.4.4. Estudi pilot de la prova ràpida de detecció del VHC i el VIH en centres de reducció de danys

La prova ràpida de detecció del VIH i del VHC en els programes de reducció de danys per a UDVP pot afavorir la detecció d'aquestes infeccions en grups d'alt risc que no busquen atenció sanitària convencional.

Els objectius d'aquest estudi pilot van ser determinar la viabilitat i l'acceptabilitat de les proves de detecció ràpida del VIH i el VHC en els programes de reducció de danys a Catalunya; identificar la prevalença del VIH i del VHC en aquests programes, i descriure el percentatge de casos reactius que es confirmen.

En total es van dur a terme 172 proves del VHC i 198 del VIH, amb un percentatge de refús de l'1,7% i del 10,4%, respectivament. A la **taula 1.4** es pot veure el perfil dels usuaris que es van fer alguna prova. Un 29,4% eren injectors exclusius; un 35,5%, injectors i consumidors per altres vies, i un 35%, únicament consumidors per altres vies. El 42% dels injectors tenien una freqüència d'injecció diària, un 7,3% havien compartit xeringues en el darrer consum, un 22,1% havien compartit algun altre material d'injecció i un 8,4% havien practicat el *front-backloading*. El percentatge global de proves

Taula 1.4. Descriptiva dels usuaris dels centres de reducció de danys que s'han realitzat la prova del VIH i/o la del VHC

	Total	n	%
Mitja Edat: 35,6 anys (DE: 9,8)			
Grups d'edat	236		
<20		5	2,1%
20-29		74	31,4%
>30		157	66,5%
Sexe: Homes	238	174	73,1%
Origen: extranger	240	85	35,4%
Prova VIH anterior	232	189	81,5%
Prova VIH anterior positiva	189	1	0,5%
Prova VHC anterior	228	178	78,1%
Prova VHC anterior positiva	161	63	39,1%
Orientació sexual: Heterosexual	232	224	96,6%
ITS en el darrer any	218	16	7,3%
Prostitució en el darrer any	224	15	6,7%
Injecció de drogues per via parenteral	230	139	60,4%
Freqüència d'injecció diària	119	50	42,0%
Compartir xeringues al darrer consum	137	10	7,3%
Compartir altre material d'injecció	131	29	22,1%
Front-backloading en el darrer consum	119	10	8,4%
Esnifar	173	117	67,6%
Fumar	184	130	70,7%
Tipus de consumidor	214		
<i>Injector exclusiu</i>		63	29,4%
<i>Injector i consumidor per altres vies</i>		76	35,5%
<i>Consumidor no injector</i>		75	35,0%

del VHC reactivas va ser 20,3%, amb diferències importants segons el tipus de centre (11,3% en els centres fixos, 44,8% en les unitats mòbils i 32,1% en els centres fixos que també disposen d'una unitat mòbil). El percentatge global de proves de detecció del VIH reactivas va ser 2,5% (0,8% en els centres fixos, 4,3% en les unitats mòbils i 6,1% en els centres fixos amb unitat mòbil) (**taula 1.5**). Dels 35 resultats reactius del VHC només se'n van poder confirmar 24 (68,6%), amb un cas de fals negatiu. Dels 5 casos reactius del VIH només se'n van confirmar dos (40%), amb un cas de fals positiu.

Taula 1.5. Resultat de les proves del VIH i del VHC per centre

Tipus de PDR	Resultat test ràpid VIH			Resultat test ràpid VHC			
	Reactiu	Total	% reactius	Reactiu	Total	% reactius	
Centre fix	SAPS	0	13	0,0%	3	25	12,0%
	CAS Lluís Companys	0	15	0,0%	2	14	14,3%
	Arrels	0	24	0,0%	4	14	28,6%
	CAS Mataró	0	38	0,0%	1	26	3,8%
	CAS Vall Hebrón	0	23	0,0%	2	32	6,3%
	Àmbit Prevençió	1	6	16,7%	1	4	25,0%
	TOTAL	1	119	0,8%	13	115	11,3%
	Unitat mòbil / equip de carrer	Àmbit Gavà	0	8	0,0%	3	5
Creu Roja TGN		0	8	0,0%	2	2	100,0%
AEC-GRIS		0	12	0,0%	2	7	28,6%
ASAUPAM		1	11	9,1%	4	7	57,1%
Cases Ocupades		1	7	14,3%	2	8	25,0%
TOTAL		2	46	4,3%	13	29	44,8%
Centre fix + Unitat mòbil / equip de carrer	Sala Baluard	2	28	7,1%	9	24	37,5%
	AIDE	0	5	0,0%	0	4	0,0%
	TOTAL	2	33	6,1%	9	28	32,1%
TOTAL	5	198	2,5%	35	172	20,3%	

L'acceptabilitat de les proves de detecció ràpida del VIH i del VHC va ser elevada entre els usuaris dels programes de reducció de danys. Es van confirmar 24 casos de VHC i 2 de VIH, i el percentatge de proves reactivas va ser més elevat en els programes amb unitats mòbils. Amb aquest estudi pilot s'ha demostrat la utilitat de les proves de detecció ràpida en fluid oral en els programes de reducció de danys, en especial en les unitats mòbils.

1.4.5. Estudi pilot de la prova de detecció ràpida del VIH a urgències

Als Estats Units, seguint les recomanacions dels Centers for Disease Control and Prevention (CDC), s'ha promogut el cribratge no dirigit del VIH mitjançant proves ràpides, per mirar de reduir el nombre d'infeccions no diagnosticades i millorar la detecció precoç de la infecció. El Regne Unit i, recentment, França també han adoptat aquesta estratègia. No obstant això, les directrius de l'ONUSIDA/OMS (2008) recomanen oferir la prova a les poblacions amb més probabilitats d'estar infectats, per tal d'augmentar el valor predictiu positiu i la rendibilitat de la prova de detecció del VIH.

Els serveis d'emergència són una font important d'atenció mèdica per a la població, incloent-hi els subgrups de població amb més risc d'infecció pel VIH sense diagnosticar que no acudeixen a altres centres d'atenció de la salut, i per això és un bon servei per avaluar el cribratge no dirigit de la població general.

Com que la prova de detecció ràpida del VIH és més senzilla i permet obtenir immediatament un resultat preliminar, és més ben acceptada pels pacients, amb la qual cosa podria augmentar el nombre de proves que es duen a terme en els serveis d'emergència.

Els objectius d'aquesta prova pilot van ser estudiar l'acceptabilitat de la prova de detecció ràpida en els pacients que assisteixen als serveis d'emergència i estimar la prevalença de la infecció pel VIH en aquesta població.

Aquest estudi d'intervenció es va dur a terme en el servei d'urgències de l'Hospital de Mataró (Barcelona), des del juliol del 2010 fins al març del 2013. Dues infermeres van oferir la prova de detecció ràpida del VIH en fluid oral als pacients d'entre 18 i 64 anys que van anar al servei d'urgències, i que eren capaços de proporcionar el consentiment informat per fer la prova de detecció del VIH. Els criteris d'exclusió van ser la infecció pel VIH autodeclarada i la incapacitat de donar

el consentiment informat. Els participants van ser incorporats a l'estudi per les dues infermeres després del triatge. La mostra calculada va ser de 3.000 pacients analitzats.

Durant el període d'estudi es va oferir la prova de detecció del VIH a 2.140 pacients, 107 dels quals s'hi van negar (5%); per tant, a 2.033 se'ls va fer la prova. Tres pacients van obtenir un resultat reactiu. D'altra banda, hi va haver el cas d'un pacient, que es trobava en el període finestra en el moment de la prova, que se la va tornar a fer tres mesos més tard en el servei de VIH de l'hospital i va obtenir un resultat positiu. Tenint en compte també aquest resultat positiu, el percentatge de resultats reactius va ser del 0,2%.

Taula 1.6. Descriptiva dels usuaris del servei d'Urgències que s'ha realitzat la prova del VIH

	Total	n	%
Descriptiva de la població			
Edat: 37.51% (SD: 13.8)			
Sexe (homes)	2032	999	49.2%
Immigrant	2026	293	14.5%
Prova VIH anterior	2033	643	31.6%
Orientació sexual (heterosexual)	2031	1969	96.9%
Ús del preservatiu en la darrera penetració	1875	534	28.5%
ITS en el darrer any	2000	24	1.2%
Ús de drogues intravenoses en el darrer any	2029	17	0.8%
Relació sexual amb TS en el darrer any	1873	21	1.1%
Relació sexual amb UDVP en el darrer any	1873	3	0.2%
Relació sexual amb VIH positiu en el darrer any	1873	4	0.2%
Opinió			
Prova ràpida més comfortable que la prova convencional	2030	1634	80.5%
Prefereix la prova ràpida amb fluid oral enlloc de la prova ràpida amb punció digital	2032	1511	74.4%
Recomanaria la prova a un amic	2032	1863	91.7%
Oferir la prova del VIH a Urgències és apropiat	2031	1951	96,1%

A la **taula 1.6** es pot veure la descripció de les persones a qui es va fer la prova de detecció del VIH. Gairebé la meitat eren homes (49,2%); la mitjana d'edat va ser de 37,51 anys (desviació estàndard (DE): 13,8); el 14,5% eren immigrants, i el 31,6% s'havien fet anteriorment una prova de detecció del VIH. El 80,5% van opinar que la prova de detecció ràpida era més còmoda que la convencional, i el 74,4% van preferir la prova ràpida amb fluid oral que amb la punció al dit. El 91,7% recomanarien la prova a un amic, i el 96,0% van considerar que l'oferta de la prova de detecció del VIH al servei d'urgències era apropiat.

Taula 1.7. Comparativa entre els usuaris del servei d'Urgències que accepten la prova del VIH i aquells que no l'accepten.

	Accepten la prova		No accepten la prova		p
Edat	Mean 38,60 (S.D. 13,08)		Mean 44,41 (S.D. 13,27)		p<0,005
Sexe	N= 2032	%	N= 107	%	p=0,91
Home	999	49,2%	52	48,6%	
Dona	1033	50,8%	55	51,4%	
Grups d'edat	N= 1947		N= 103		
<20	130	6,7%	4	3,9%	
21-35	728	37,4%	23	22,3%	
36-50	642	33,0%	35	34,0%	
>50	447	23,0%	41	39,8%	
Nivell d'estudis	N=2024		N=57		p<0,005
Sense formació	89	4,4%	6	10,5%	
Primaris	677	33,4%	35	61,4%	
Secundaris	881	43,5%	13	22,8%	
Universitaris	377	18,6%	3	5,3%	
Origen	N=2026		N=102		p=0,06
Espanyol	1733	85,5%	94	92,2%	
No espanyol	293	14,5%	8	7,8%	

Els pacients que no van acceptar la prova de detecció del VIH eren més grans i tenien un nivell d'estudis més baix que els pacients que la van acceptar ($p < 0,005$) (**taula 1.7**).

Els resultats obtinguts mostren que la detecció ràpida del VIH als serveis d'urgències és acceptable i viable, però el benefici de la detecció no dirigida va ser només modesta, amb un percentatge de proves reactives del 0,2%.

1.5. Quimioprofilaxi i tractament del VIH

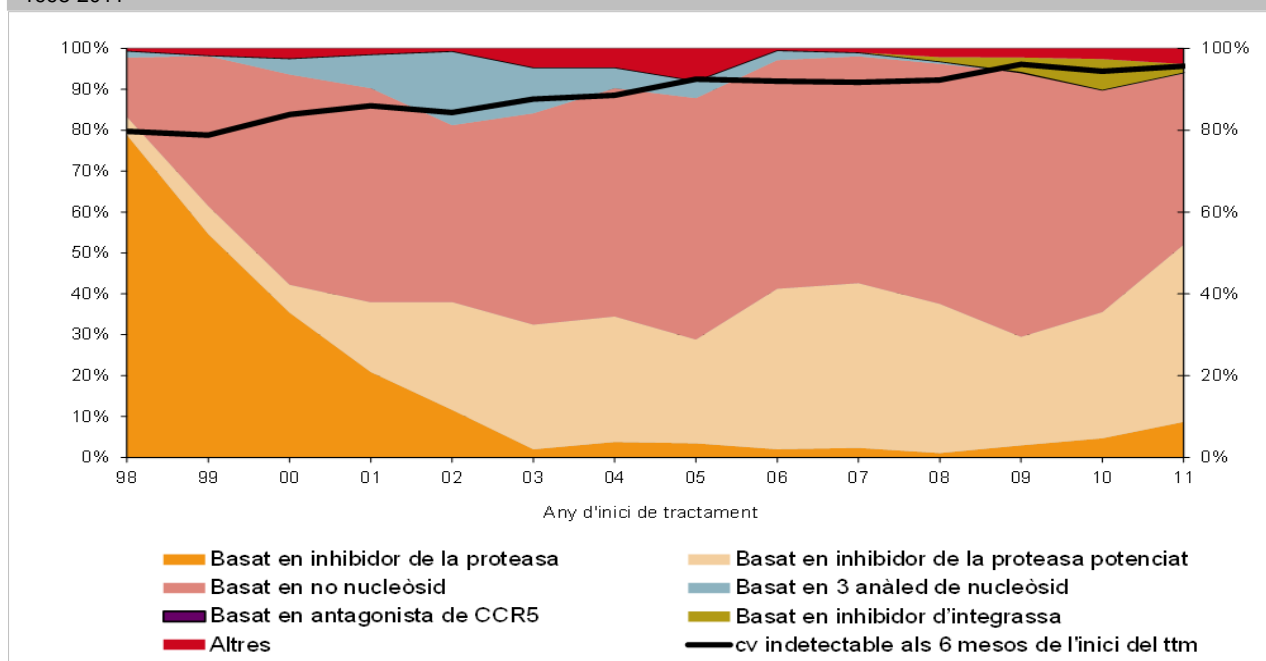
1.5.1. Tractament de la infecció pel VIH

La font principal per demostrar canvis en les pautes de tractament del VIH a Catalunya és la cohort PISCIS, però les dades d'aquesta cohort no s'han pogut actualitzar en els darrers dos anys, i, per tant, es presenten dades de fins al 2011.

La cohort PISCIS és una eina de monitoratge de l'ús dels TAR a Catalunya. Entre el gener del 1998 i el desembre del 2011, un total de 7.713 pacients van començar TAR per primera vegada en algun dels hospitals PISCIS. El 97% van utilitzar un esquema que complia els criteris del TARGA. Del total de pacients naïfs que van rebre tractament, el 72,7% ho van fer amb un recompte basal de cèl·lules CD4+ per sota de 350 cèl·l./µL. L'esquema preferit per iniciar el tractament va ser el basat en inhibidors de la transcriptasa inversa no anàlegs de nucleòsids, amb un 49,8%, seguit de l'esquema basat en inhibidors de proteasa potenciats (26,7%), addicionats tots dos esquemes amb almenys un inhibidor de la transcriptasa inversa anàleg de nucleòsid. En la **figura 1.43** s'observa l'evolució per any del règim utilitzat com a primer esquema de la cohort. El 95,7% dels pacients que van iniciar TAR el 2011 presentaven una càrrega viral indetectable (< 500 còpies/ml) al cap de sis mesos d'haver començat el tractament. Aquesta proporció va augmentar al llarg del període de l'estudi.

El 2010 es van tractar més de 22.000 pacients a Catalunya amb TAR; el cost total va superar els 146 milions d'euros.¹⁷

Figura 1.43. Evolució anual de la pauta d'inici del TAR i proporció de pacients amb càrrega viral indetectable a la cohort PISCIS, 1998-2011

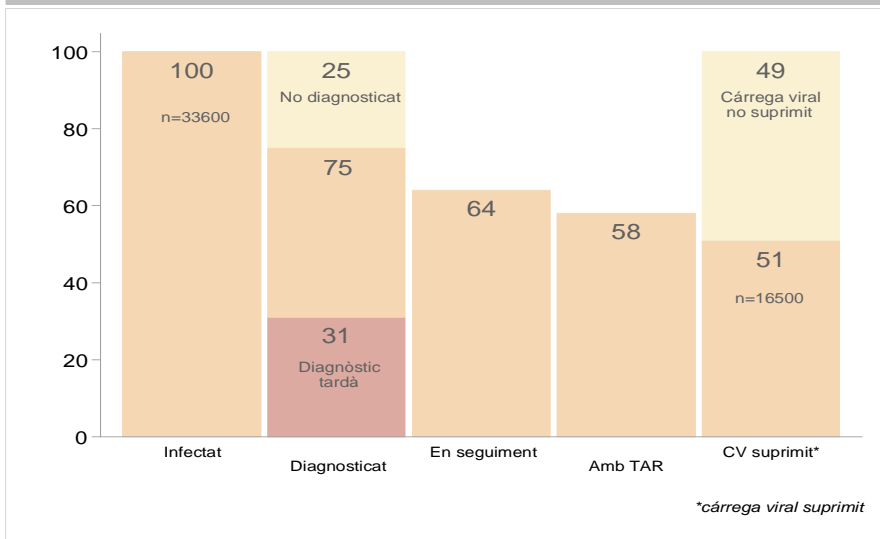


1.5.2. Cascada de serveis

La cascada de serveis (**figura 1.44**) és una representació gràfica del nombre d'individus que viuen amb el VIH/sida en les successives etapes de l'atenció i el tractament del VIH. En els últims anys s'ha convertit en una eina de salut pública per mesurar la qualitat dels serveis oferits en relació amb el VIH, i permet la comparació amb altres països. La cascada s'origina en l'estimació del nombre de persones vivint amb el VIH a Catalunya i representa el nombre de persones en les successives etapes de l'atenció (amb diagnòstic, en contacte amb el sistema sanitari, en seguiment actiu, en TAR i amb supressió viral). Les estimacions en cada etapa es deriven de les diverses fonts d'informació disponibles en el SIVES. El nombre de persones vivint amb el VIH es va estimar amb el model Spectrum/EPP 2011, desenvolupat per l'ONUSIDA/OMS.

¹⁷ Dades del CatSalut.

Figura 1.44. Cascada de serveis del VIH a Catalunya



Els percentatges de persones amb diagnòstic i en contacte amb el sistema sanitari es van obtenir a partir d'estimacions descrites en la literatura europea. Els percentatges corresponents a les següents fases del seguiment clínic es van estimar a partir de la cohort PISCIS. Finalment, es van definir com a «casos de supressió viral» els de les persones que presentaven càrregues virals suprimides (< 50 còpies/ml) durant el 2011.

S'estima que a Catalunya, a finals del 2011, hi havia fins a 33.600 persones vivint amb el VIH, el 75% de les quals havien rebut el

diagnòstic de la infecció i havien contactat almenys una vegada amb el sistema sanitari. Del total, el 64% estaven en seguiment actiu; el 58%, rebent TAR, i el 51%, amb supressió viral.

Aquesta cascada és similar a la d'altres països veïns, com ara França i el Regne Unit (56% i 58% amb supressió viral, respectivament). La proporció de persones infectades amb supressió viral és més gran que als EUA, fet que posa en relleu els avantatges dels sistemes sanitaris universals i gratuïts. L'estimació directa de la proporció de persones a qui no s'ha diagnosticat la infecció i de les que contacten amb el sistema sanitari requereix estudis addicionals.

1.5.3. Transmissió vertical

NENEXP és una cohort de seguiment de dones embarassades infectades pel VIH i els seus fills. Actualment disposem d'informació de 10 hospitals de Catalunya.

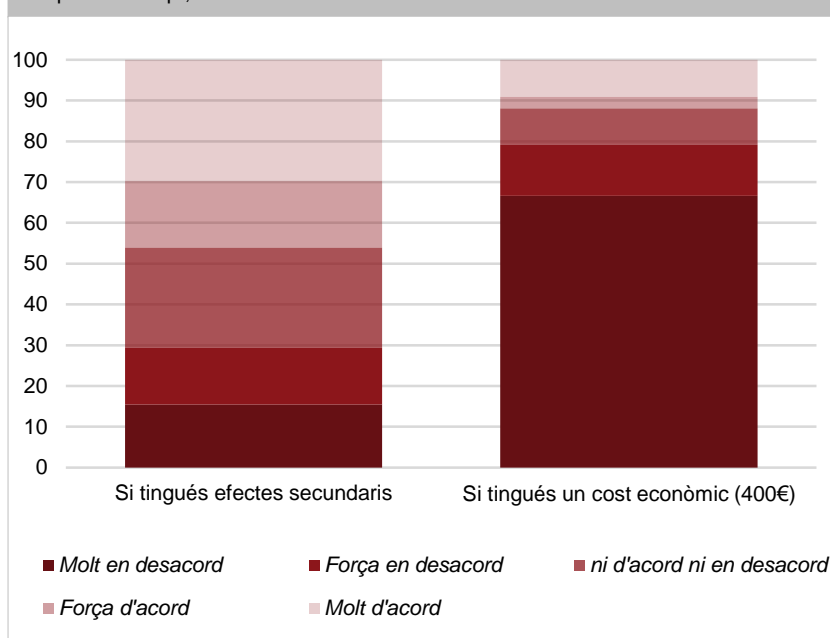
La taxa de transmissió vertical mostra una tendència creixent en el període 2000-2009, d'un 1,6% l'any 2000 a un 2,8% l'any 2009, seguida d'un cas l'any 2010 i cap cas fins a l'any 2013.

Entre el 2000 i el 2013 s'han identificat 15 nens infectats d'un total de 885 mares infectades. Cal destacar que a 19 d'aquestes mares se'ls va diagnosticar la infecció en el moment del part o posteriorment; per tant, aquestes persones no van prendre cap de les mesures prenatales per prevenir la transmissió del VIH. Es va administrar TAR durant l'embaràs a 657 de les 885 dones embarassades (74%).

1.5.4. Profilaxi preexposició. Coneixements, actituds i conductes

Els resultats de l'enquesta ACCEPT sobre l'acceptació i l'impacte potencial de les intervencions biomèdiques (profilaxi preexposició (PrEP) i circumcisió) per a la prevenció primària del VIH (vegeu «Fonts d'informació») mostren que un 22,5% dels HSH VIH negatius que van emplenar l'enquesta en línia (n = 646) havien sentit a parlar prèviament de la PrEP, i que Internet era la font d'informació principal. Pel que fa a l'acceptació del mètode, el 59,3% dels homes estarien disposats a utilitzar la PrEP, i el 25,6% no ho sabien. Les preferències d'ús de la PrEP apunten que els participants estarien més disposats a prendre la PrEP durant períodes d'alt risc sexual (65,5%) que durant els caps de setmana (5,2%). Així mateix, una proporció més elevada d'homes acceptarien prendre-la si s'administrés en forma d'injecció mensual (74,1%; IC 95%: 70,2-78,0) o receptada per a abans d'una cita sexual i en una sola dosi (71,4%; IC 95%: 67,3-75,4), que si es tractés de prendre més d'una pastilla diària (57,2%; IC 95%: 52,8-61,6) o d'una pastilla diària (39,3%; IC 95%: 34,9-43,6). Hi ha altres escenaris hipotètics sobre la PrEP que apunten que un 46,1% d'homes estarien d'acord o molt d'acord a prendre la PrEP tot i tenir efectes secundaris, i que un 12% estarien d'acord o molt d'acord a acceptar-la en el cas que tingués un alt cost econòmic (400 €) (**figura 1.45**). Les fonts de dispensació preferida són els metges (90,9%) i farmacèutics (84,6%). Finalment, un 19,3% dels enquestats no faria ús del preservatiu si estigués prenent la PrEP.

Figura 1.45. Preferències d'ús de la PrEP segons diversos escenaris hipotètics .
Enquesta Accept, 2013



SIVES 2015

**Altres
infeccions de
transmissió
sexual**

2.1. Sífilis infecciosa i sífilis congènita

2.1.1. Nous diagnòstics

L'any 2014, es van notificar 902 casos de sífilis, cosa que representa una taxa global de 12,4 casos per cada 100.000 habitants (**figura 2.1**). Aquesta taxa és superior a la mitjana dels països de la Unió Europea, que tenen una taxa de 5,1 casos per cada 100.000 habitants.¹⁸

El 87% dels casos van ser homes, i el 13%, dones, i les taxes, de 21,8 i 3,2 casos per cada 100.000 habitants, respectivament (**figura 2.1**). La raó home-dona va ser de 6:1.

La mitjana d'edat va ser de 37,4 anys. El grup de joves entre 15 i 24 anys representa el 9,5% del total de casos notificats, i tres casos notificats en menors de 15 anys (**figura 2.2**).

Quant al lloc d'origen, un 35% dels casos es van notificar en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (315), el 52% corresponien a persones originàries de països de l'Amèrica llatina i el Carib.

Del total de casos notificats, l'enquesta epidemiològica es va complir en 627 casos, el que representa el 69 %. D'aquests, la majoria van ser HSH (73%). seguits dels homes i dones heterossexuals (9% i 7%, respectivament) (**figura**

Figura 2.1. Evolució dels casos de sífilis en els darrers deu anys (2005-2014). Registre de MDO individualitzada de Catalunya

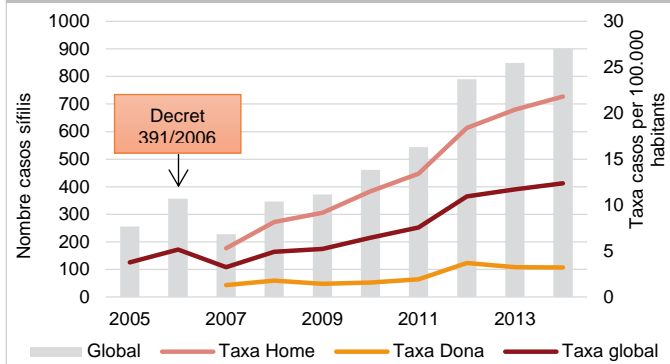
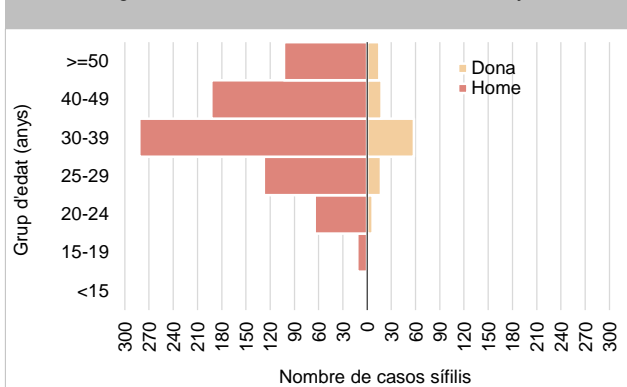
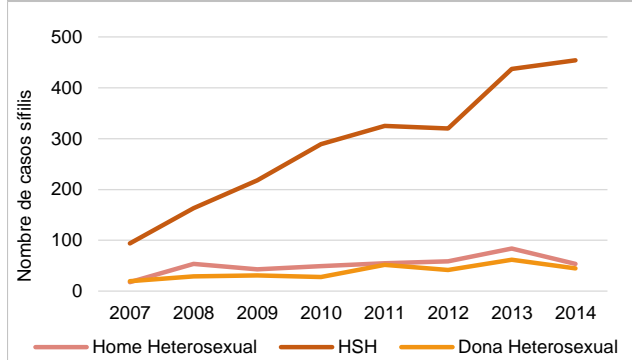


Figura 2.2. Distribució dels casos de sífilis pel sexe i el grup d'edat. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2014



2.3).

Figura 2.3. Evolució dels casos de sífilis segons l'orientació sexual. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2014



La coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 38% en global, i del 48% en el cas dels HSH.

Determinants de risc per a l'adquisició de la ITS:

- Haver tingut una nova parella sexual en els darrers tres mesos (47% dels casos)
- No haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual (17% sí que n'havien utilitzat)
- Haver tingut una mitjana de 20 parelles sexuals en els darrers dotze mesos

L'abordatge de l'estudi de contactes es va iniciar en un 60% dels pacients, els quals declaren una mitjana de 2,9 contactes sexuals localitzables.

¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2014.

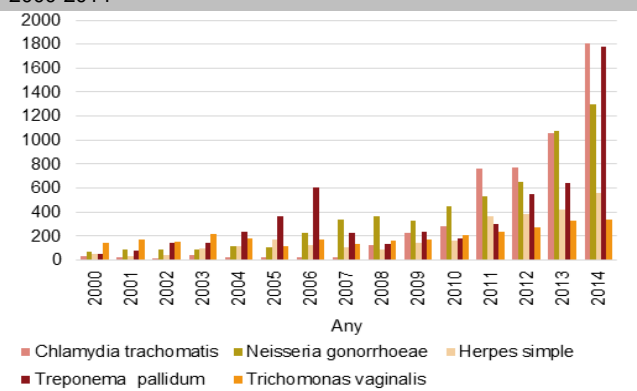
Tendències del període 2005-2014

A la **figura 2.1** es pot veure que en el període 2005-2014 la taxa global de sífilis s'ha incrementat un 231%: s'ha passat de 3,7 a 12,4 casos per cada 100.000 habitants. L'any 2014, en comparació del 2013, la taxa global de sífilis s'ha mantingut estable.

Sífilis congènita

Durant l'any 2014, no es va notificar ni confirmar cap cas de sífilis congènita a Catalunya. El darrer cas confirmat va ser l'any 2006, i fins ara no se n'ha confirmat cap altre cas.

Figura 2.4. Evolució de les ITS declarades al SNMC. Catalunya, 2000-2014



2.1.2. Declaració microbiològica

Durant l'any 2014, es van declarar al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC) un total de 1.780 casos d'infecció per *Treponema pallidum* de les quals en 326 casos (18,3%) constava el resultat de les proves reagíniques (**figura 2.4**).

El 85,56% dels casos van ser homes i el 14,38% dones. La mitjana d'edat va ser de 39 anys.

2.2. Neisseria gonorrhoeae

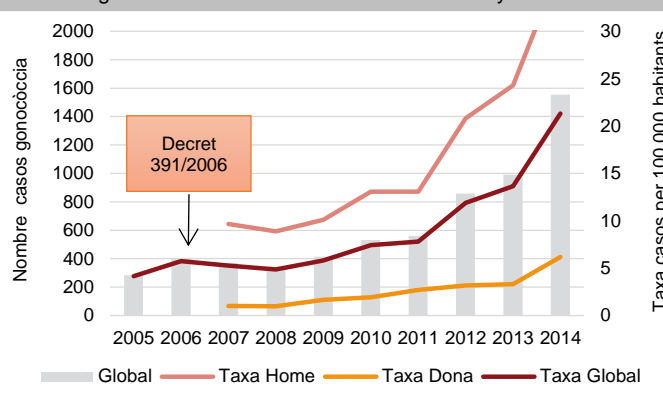
2.2.1. Nous diagnòstics

L'any 2014, es van notificar 1.555 casos de gonocòccia, cosa que representa una taxa global de 21,3 casos per cada 100.000 habitants (**figura 2.5**). Aquesta taxa és superior a la mitjana dels països de la Unió Europea, que és de 15,3 casos per cada 100.000 habitants¹.

El 85% dels casos van ser homes, i el 15%, dones, i les taxes, de 37,0 i 6,2 casos per cada 100.000 habitants, respectivament (**figura 2.5**). La raó home-dona va ser de 6:1.

La mitjana d'edat va ser de 32 anys. El grup de joves entre 15 i 24 anys representa el 24% del total de casos notificats, i hi va haver 3 casos de menors de 15 anys (**figura 2.6**).

Figura 2.5. Evolució dels casos de gonocòccia en el període 2005-2014. Registre de MDO individualitzada de Catalunya



Quant al lloc d'origen, un 26% dels casos van ser notificats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (409), el 51% corresponien a persones originàries de països de l'Amèrica llatina i el Carib.

Del total de casos notificats, l'enquesta epidemiològica es va complimentar en 783 casos, el que representa el 50%. D'aquests, la majoria van ser HSH (46%), seguits dels homes heterossexuals i dones heterossexuals (24% i 15%, respectivament) (**figura 2.7**).

La proporció de casos que van presentar una coinfecció pel VIH va ser del 19%, i va arribar al 39% en el cas de HSH.

Determinants de risc per a l'adquisició de la ITS:

- Haver tingut una nova parella sexual en els darrers tres mesos (55% dels casos)
- No haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual (15% sí que n'havien utilitzat)
- Haver tingut una mitjana de 15 parelles sexuals en els darrers dotze mesos

L'abordatge de l'estudi de contactes es va iniciar en un 60% dels pacients, els quals declaren una mitjana de 2 contactes sexuals localitzables.

Figura 2.6. Distribució dels casos de gonocòccia pel sexe i el grup d'edat. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2014

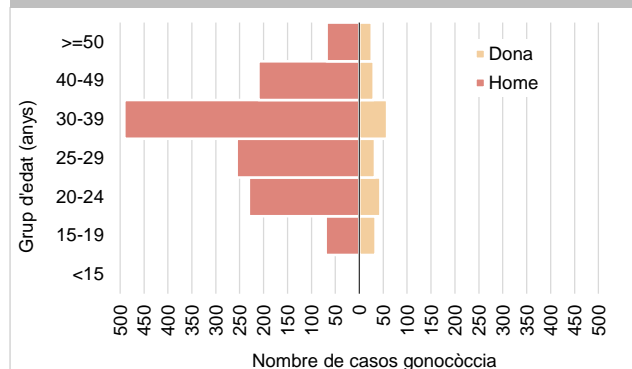
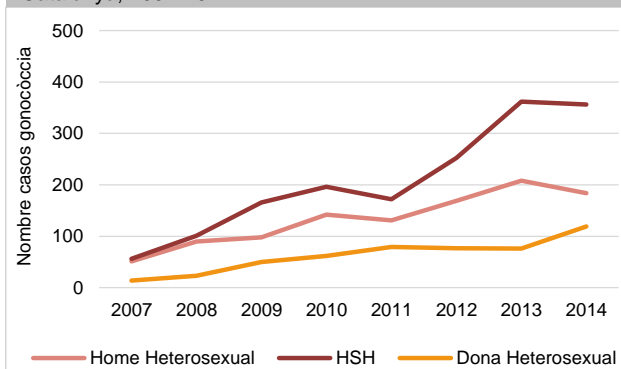


Figura 2.7. Evolució dels casos de gonocòccia segons l'orientació sexual. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2014



Tendències del període 2005-2014

A la **figura 2.5** es pot veure que en el període 2005-2014 la taxa global de gonocòccia s'ha incrementat un 414% i ha passat de 4,2 a 21,3 casos per cada 100.000 habitants. L'any 2014, en comparació del 2013, la taxa global de gonocòccia s'ha incrementat un 60%, tant en els homes com en les dones.

2.2.2. Declaració microbiològica

Durant l'any 2014, es van declarar al SNMC un total de 1.298 casos d'infecció per *Neisseria gonorrhoeae* (**figura 2.4**).

El 87,1% dels casos van ser homes i el 12,8% dones. La mitjana d'edat va ser de 27 anys. El nombre de casos més elevat (715) es va donar en el grup d'edat ≥ 30 anys.

En 481 casos, el diagnòstic microbiològic d'aquesta infecció es va fer només mitjançant tècniques de biologia molecular, 420 casos es va utilitzar la reacció en cadena de la polimerasa (PCR) i en els 61 casos restants no es va informar la tècnica de biologia molecular emprada. En 439 casos el diagnòstic es va fer només per cultiu i en 374 casos es va fer mitjançant les dues tècniques. Les mostres biològiques més habituals van ser l'exsudat uretral (60%), el faringi (13,7%) i l'anal (9,6%).

2.2.3. Monitoratge de la sensibilitat antibiòtica

El monitoratge de la sensibilitat antibiòtica de *Neisseria gonorrhoeae* es duu a terme amb la informació recollida al SNMC. L'any 2014, la proporció de casos d'infecció per *Neisseria gonorrhoeae* en què es va fer cultiu (813) i es va notificar la sensibilitat antibiòtica va ser molt baixa (7,5%). Arrel de l'aparició de soques de *Neisseria gonorrhoeae* amb sensibilitat disminuïda a les cefalosporines de tercera generació a diferents països i a Catalunya, és imprescindible millorar l'actual sistema monitoratge de la sensibilitat antibiòtica i fer-lo més efectiu, el que permetrà un millor control de la propagació d'aquesta infecció.^{19 20}

¹⁹ Cámara J, Serra J, Ayats J, Bastida T, Carnicer-Pont D, Andreu A, Ardanuy C. Molecular characterization of two high-level ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates detected in Catalonia, Spain. J Antimicrob Chemother. 2012 Aug;67(8):1858-60.

2.2.4. Prevalença

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades, es duen a terme talls transversals biennals en poblacions vulnerables, com ara els joves, per estimar la prevalença de *Neisseria gonorrhoeae*.

Prevalença de *Neisseria gonorrhoeae* en població jove d'usuaris de centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i centres d'atenció als joves

La prevalença de *Neisseria gonorrhoeae* l'any 2012 en la població de joves d'entre 16 i 25 anys que van ser testats durant les visites de rutina als centres d'ASSIR i centres d'atenció als joves va ser del **0,4%**, amb 2 casos positius en dones espanyoles de 16 i 17 anys, respectivament.

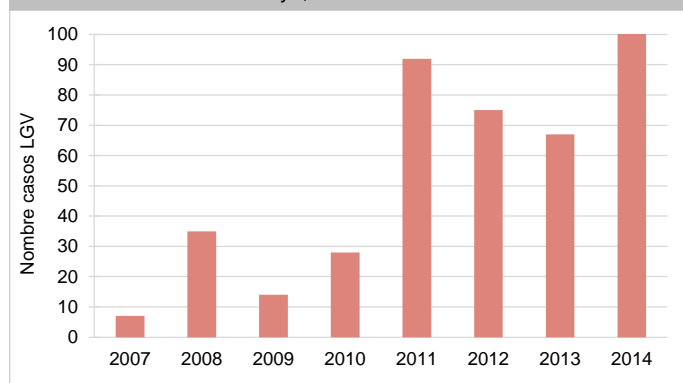
Prevalença de *Neisseria gonorrhoeae* en població jove interna en centres penitenciaris

Entre els joves interns en centres penitenciaris d'entre 16 i 25 anys que van ser testats als centres que alberguen la totalitat de la població jove penitenciària l'any 2014, no es va detectar cap cas positiu per *Neisseria gonorrhoeae*.

2.3. Infecció genital per *Chlamydia trachomatis* L1-L3: limfogranuloma veneri

2.3.1. Nous diagnòstics

Figura 2.8. Evolució dels casos de LGV. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2014



L'any 2014, es van notificar 144 casos de limfogranuloma veneri (LGV) (**figura 2.8**). El 100% dels casos van ser homes (taxa de 4 casos per cada 100.000 habitants), amb una mitjana d'edat de 38 anys. El grup de joves entre 15 i 24 anys representa un 2% del total de casos notificats, i no s'ha detectat cap cas en menors de 15 anys (**figura 2.9**).

Quant al lloc d'origen, el 33% dels casos van ser notificats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (46), el 41% corresponien a persones provinents de l'Amèrica llatina i el Carib, i el 41%, a persones provinents de l'Europa occidental.

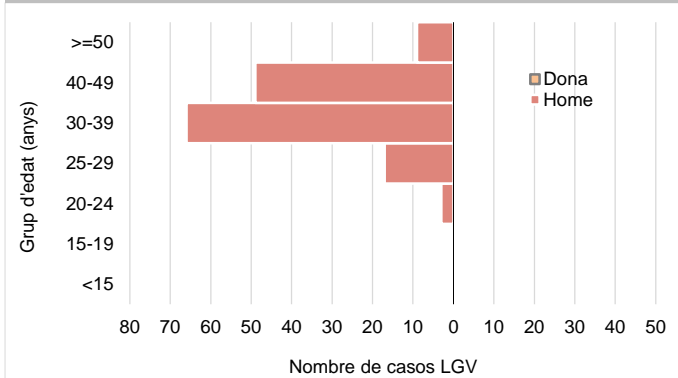
Del total de casos notificats, l'enquesta epidemiològica es va complir en 81 casos, el que representa el 56%. D'aquests, el 94% van ser notificats en HSH i el 84% dels casos tenien una coinfecció amb el VIH en el moment del diagnòstic.

Determinants de risc per a l'adquisició de la ITS:

- Haver tingut una nova parella sexual en els darrers tres mesos (62% dels casos)
- No haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual (15% sí que n'havien utilitzat)
- Haver tingut una mitjana de 42 parelles sexuals en els darrers dotze mesos

²⁰ Carnicer-Pont D, Smithson A, Fina-Homar E, Bastida MT; the Gonococcus antimicrobial resistance surveillance working group. First cases of *Neisseria gonorrhoeae* resistant to ceftriaxone in Catalonia, Spain, May 2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012 Apr;30(4):218-9. DOI: 10.1016/j.eimc.2011.11.010

Figura 2.9. Distribució dels casos de LGV pel sexe i el grup d'edat. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2014



L'abordatge de l'estudi de contactes es va iniciar en un 69% dels pacients, els quals declaren una mitjana de 5 contactes sexuals localitzables.

2.4. Infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K

2.4.1. Nous diagnòstics

L'any 2014 es van notificar 943 casos d'infeccions genitals per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K

al Registre de MDO numèrica, fet que representa una taxa de 13,0 casos per cada 100.000 habitants. En comparació del 2013, la taxa de clamídia ha augmentat un 17% (figura 2.10). Aquesta taxa contrasta amb la dels països de la Unió Europea, que és de 184 casos per cada 100.000 habitants.¹⁸

Es fa el seguiment de les característiques epidemiològiques d'aquesta infecció a través del Registre de les infeccions de transmissió sexual de Catalunya (RITS) (figura 2.11), el qual recull el 53% (5024/943) del total dels casos de clamídia notificats al Registre de MDO numèrica d'aquest any.

Del total de 502 casos declarats al RITS, el 54% van ser homes, i la raó home-dona va ser d'1,2:1.

La mitjana d'edat va ser de 30 anys. El grup de joves d'entre 16 i 24 anys representa el 32% del total de casos notificats, i es varen detectar 6 casos en menors de 16 anys (figura 2.12).

El 31% dels casos van ser d'origen estranger, distribuïts majoritàriament entre l'Amèrica llatina i el Carib i l'Europa occidental.

Dels casos declarats al RITS, el 70% corresponien a homes i dones heterosexuales (26% i 44%, respectivament). Cal destacar que un 30% dels casos corresponien a HSH (figura 2.13). La coinfecció pel VIH va ser del 9%, dels quals el 93% eren HSH.

Determinants de risc per a l'adquisició de la ITS:

- Haver tingut una nova parella sexual en els darrers tres mesos (50% dels casos)
- No haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual (56% dels casos)
- Haver tingut una mitjana de 5 parelles sexuals en els darrers dotze mesos, o fins a 20 parelles en el cas dels HSH

L'abordatge de l'estudi de contactes es va iniciar en el 79% dels pacients, els quals declaren una mitjana d'1 contacte sexual localitzable.

Figura 2.10. Evolució dels casos de *Chlamydia trachomatis* en el període 2005-2014. Registre de MDO numèrica de Catalunya

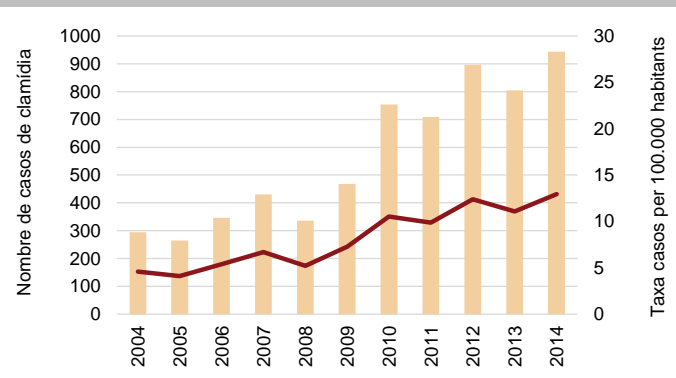


Figura 2.11. Distribució dels centres participants a la xarxa RITS, 2014

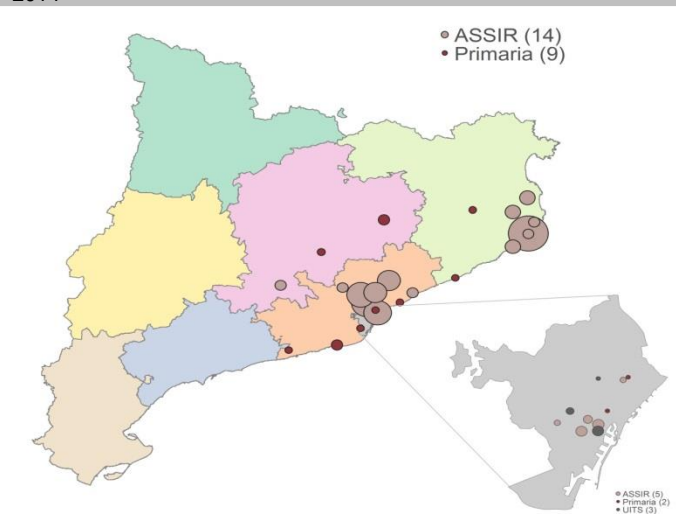


Figura 2.12. Distribució dels casos d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* D-K per sexe i el grup d'edat. RITS, 2014

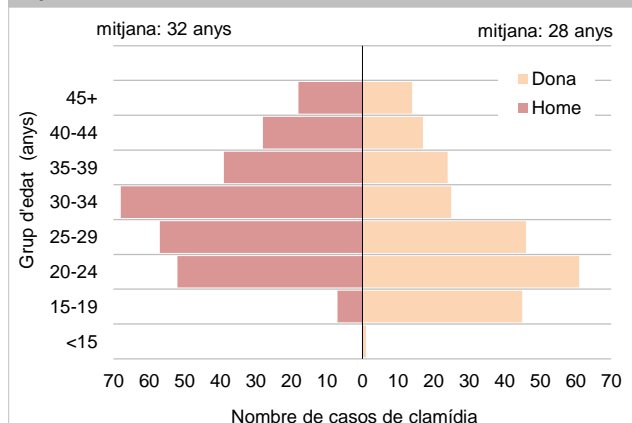
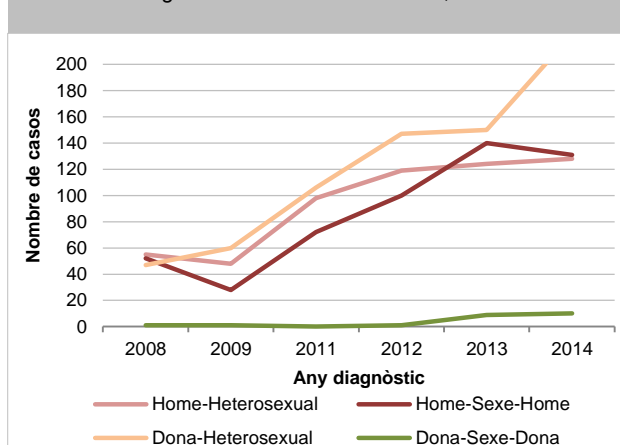


Figura 2.13. Evolució dels casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis* segons l'orientació sexual. RITS, 2008-2014



2.4.2. Declaració microbiològica

Durant l'any 2014, es van declarar al SNMC un total de 1.808 casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis* (figura 2.4). El 56,30% del casos van ser dones i el 43,7% homes. La mitjana d'edat global va ser de 27 anys.

El diagnòstic microbiològic d'infecció per *Chlamydia trachomatis* es va fer aquesta infecció es va fer majoritàriament (98,5%) mitjançant tècniques de biologia molecular basades en la PCR. Les mostres biològiques més habituals van ser l'èxsudat endocervical (47,6%), l'uretral (19,3%) i l'anal (13,1%).

La detecció del serovar de *Chlamydia trachomatis* es va realitzar en 225 casos. En 139 (61,8%) casos es van detectar els serovars L1-L3 causants del LGV i en 86 (38,2%) casos els serovars D-K. La determinació del serovar de *Chlamydia trachomatis* es realitza amb tècniques de biologia molecular.

El 100% dels casos d'infecció per LGV van ser homes, amb una mitjana d'edat de 37 anys i en els casos d'infecció pels serovars D-K, el 73,3% van ser homes i el 26,7% dones, amb una mitjana d'edat de 30 anys.

2.4.3. Prevalença

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades a aquestes infeccions, es duen a terme estudis biennals per estimar la prevalença de *Chlamydia trachomatis* en poblacions vulnerables, com ara els joves.

Prevalença de *Chlamydia trachomatis* en població de joves usuaris de centres d'ASSIR i centres d'atenció als joves

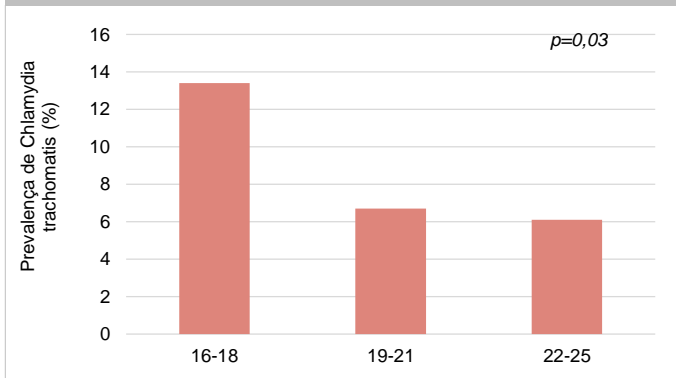
La prevalença de *Chlamydia trachomatis* de l'any 2012 en la població de joves d'entre 16 i 25 anys que van ser testats durant les visites de rutina als centres d'ASSIR i els centres d'atenció als joves va ser del **8,5%**, amb un total de 43 casos positius.

Tot i que no presentava diferències significatives ($p = 0,10$), la prevalença va ser superior en les dones, 9,1%, amb 42 casos positius, respecte al 2,2% en els homes, amb 1 cas positiu.

Els estrangers presentaven prevalences significativament superiors ($p = 0,01$) que els autòctons: 13,7%, amb 17 casos positius, i 6,8%, amb 26 casos positius, respectivament.

Segons el grup d'edat, la prevalença de *Chlamydia trachomatis* va ser significativament superior ($p = 0,03$) a mesura que disminuïa l'edat dels participants (figura 2.14).

Figura 2.14. Prevalença de Chlamydia trachomatis en població jove usuària de centres d'ASSIR segons el grup d'edat, 2012



Comparant amb els estudis d'anys anteriors, s'observa una tendència creixent en la prevalença en aquesta població (figura 2.15).

Per mesurar la taxa de reinfecció es va retestar al cap de sis mesos 29 de 43 casos possibles: la taxa de positivitat per *Chlamydia trachomatis* en el retest va ser del 10,3% (3/29).

Prevalença de *Chlamydia trachomatis* en població de joves interns en centres penitenciaris

La prevalença de *Chlamydia trachomatis* per a l'any 2014 en la població jove penitenciària d'entre 16 i 25 anys que va ser testada en centres penitenciaris que alberguen la totalitat de la població jove penitenciària va ser del 7,7%, amb 20/259 casos positius, 5 en dones i 15 en homes. La prevalença en les dones va ser del 12,5% i la dels homes va ser del 6,8%.

Es van trobar 6 casos positius en espanyols i 14 en estrangers, amb una prevalença del 6,7% i el 8,3%, respectivament. En cap cas les diferències són significatives.

Nombre estimat de casos amb *Chlamydia trachomatis* en la població de 16 a 24 anys de Catalunya

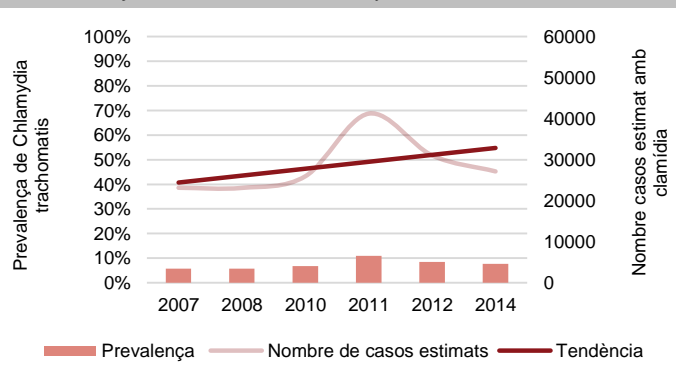
Per tal d'estimar la magnitud de la infecció per *Chlamydia trachomatis* entre els joves de 16 a 24 anys en el nostre entorn s'ha fet un càlcul del nombre estimat de casos amb clamídia en aquesta població.

A partir d'un mètode directe, s'ha assumit que la prevalença de les poblacions sentinella de joves usuària de centres d'ASSIR i de joves interns en centres penitenciaris és representativa de la població jove sexualment activa de Catalunya.

La població d'entre 16 i 24 anys sexualment activa s'ha calculat considerant els resultats de les pràctiques sexuals en els darrers dotze mesos de l'enquesta nacional de salut més recent.²¹ Segons aquesta enquesta, el 52% haurien tingut alguna pràctica sexual amb penetració o inserció vaginal o anal i/o sexe oral. Aquesta proporció s'ha aplicat a la població censada a Catalunya entre 16 i 24 anys.²²

Aplicant, doncs, el mètode directe, s'estima que a Catalunya l'any 2014 hi hauria 27.000 joves d'entre 16 i 25 anys sexualment actius en el darrer any infectats per *Chlamydia trachomatis* (figura 2.15).

Figura 2.15. Prevalença i nombre estimat de joves de 15-24 anys amb *Chlamydia trachomatis* a Catalunya, 2007-2014*



*Dades de prevalença d'ASSIR del 2008, 2010 i 2012 i dades de prevalença de presons del 2009, 2011 i 2014 (preliminars).

²¹. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009). [Madrid]: [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad]; 2009.

²². <http://www.ine.es/>

2.5. Infecció pel virus de l'herpes simple genital

2.5.1. Nous diagnòstics

L'any 2014 es van notificar 3.376 casos d'herpes genital al Registre de MDO numèrica, cosa que representa una taxa de 46,3 casos per cada 100.000 habitants. En comparació del 2013, la taxa d'herpes va experimentar un increment del 26% (**figura 2.16**).

Es fa el seguiment de les característiques epidemiològiques d'aquesta infecció a través del RITS, amb un total de 195 casos declarats l'any 2014. El 52% dels casos van ser en homes, i la raó home-dona va ser d'1,1:1.

La mitjana d'edat va ser de 33 anys. El grup de joves d'entre 16 i 24 anys representa el 22% del total de casos notificats, i es van detectar 1 cas en menors de 16 anys (**figura 2.17**).

Quant al país de naixement, menys de la meitat van ser estrangers (36%), distribuïts majoritàriament entre l'Amèrica llatina i el Carib i l'Europa occidental.

Dels casos declarats al RITS, el 71% van ser en homes i dones heterosexuales (25% i 46%, respectivament) (**figura 2.18**). La coinfecció pel VIH va ser del 13%, dels quals el 92% eren HSH.

Determinants de risc per a l'adquisició de la ITS:

- Haver tingut una nova parella sexual en els darrers tres mesos (30% dels casos)
- No haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual (44%)
- Haver tingut una mitjana de 5 parelles sexuals en els darrers dotze mesos, o fins a 17 parelles en el cas dels HSH

2.5.2. Declaració microbiològica

Durant l'any 2014, es van declarar al SNMC un total de 557 casos d'infecció per virus d'herpes simple (**figura 2.4**), dels quals 462 (82,9%) corresponien a infeccions pel virus d'herpes tipus II, 46 (8,3%), a infeccions pel virus d'herpes tipus I, i 49 casos on no es va informar el tipus.

El 59,74 dels casos d'infecció per virus herpes tipus II van ser dones i el 40,3% homes. En el cas d'infecció per virus herpes tipus I, el 82,6% dels casos van ser dones i el 17,4% homes. La mitjana d'edat en el grup de pacients amb infecció per virus herpes tipus II i tipus I va ser de 30 anys.

El diagnòstic microbiològic d'aquesta infecció es va dur a terme principalment mitjançant tècniques de biologia molecular (PCR), i secundàriament mitjançant cultiu cel·lular i detecció d'antígens.

Figura 2.16. Evolució dels casos d'herpes genital. Registre de MDO numèrica de Catalunya, 2007-2014

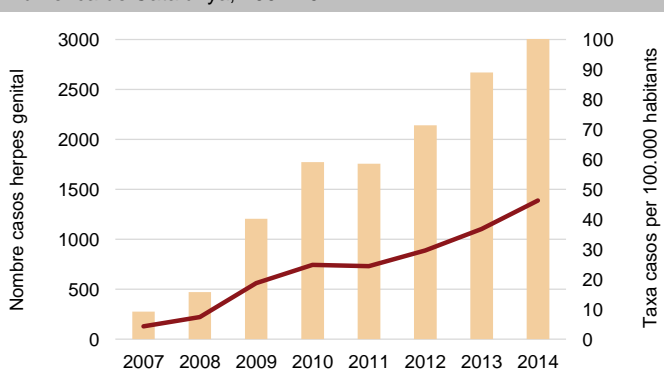


Figura 2.17. Distribució dels casos d'infecció per herpes genital per sexe i el grup d'edat. RITS, 2014

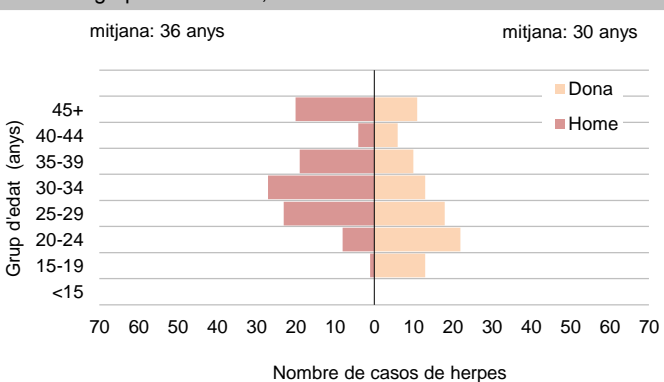
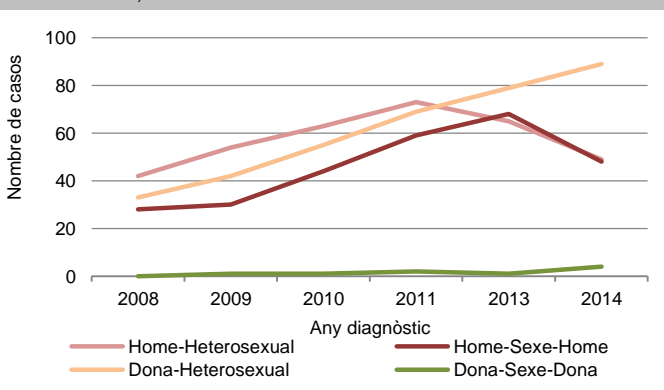


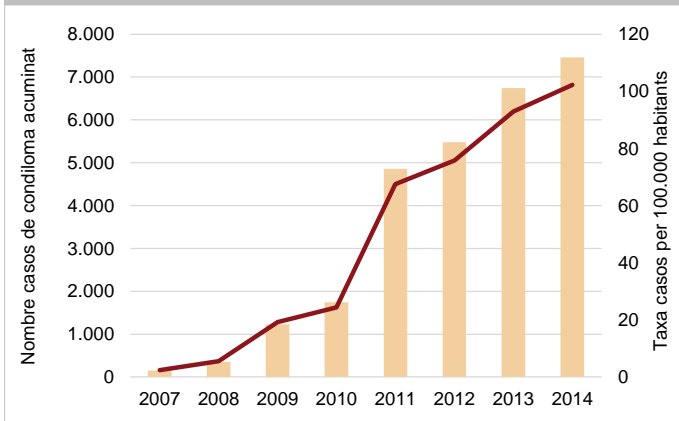
Figura 2.18. Evolució dels casos d'herpes genital segons l'orientació sexual. RITS, 2008-2013



2.6. Infecció per papil·lomavirus humà: condiloma acuminat o berruga anogenital

2.6.1. Nous diagnòstics

Figura 2.19. Evolució dels casos de condiloma acuminat. Registre de MDO numèrica de Catalunya, 2007-2013



El condiloma acuminat va a ser la ITS més freqüent del nostre entorn l'any 2014, amb un total de 7.458 casos declarats, fet que representa una taxa de 102,3 casos per cada 100.000 habitants. En comparació del 2013, la taxa de condiloma acuminat s'ha mantingut estable (figura 2.19).

Es fa el seguiment de les característiques epidemiològiques d'aquesta infecció a través del RITS, amb un total de 488 casos declarats l'any 2014. El 45% dels casos van ser en homes, i la raó home-dona va ser de 0,8:1.

La mitjana d'edat va ser de 31 anys. El grup de joves d'entre 16 i 24 anys representa el 28% del total de casos notificats, i cap cas entre els menors de 16 anys (figura 2.20).

Segons el país d'origen, la distribució va ser majoritàriament en autòctons, i un 20%, en estrangers.

Dels casos declarats al RITS, el 92% van ser homes i dones heterosexuales (39% i 53%, respectivament) (figura 2.21). La coinfecció pel VIH va ser del 1,6%, més baixa que la de qualsevol altra ITS.

Determinants de risc per a l'adquisició de la ITS:

- haver tingut una nova parella sexual en els darrers tres mesos (28% dels casos);
- no haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual (65% dels casos);
- haver tingut una mitjana de 3 parelles sexuals en els darrers dotze mesos i de 13 parelles en el cas d'HSH.

Figura 2.20. Distribució dels casos de condiloma acuminat pel sexe i el grup d'edat. RITS, 2014

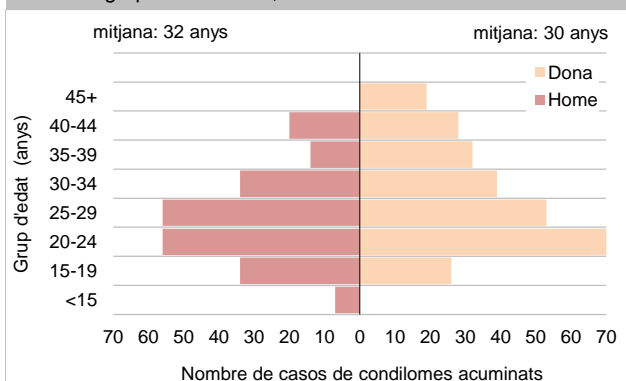
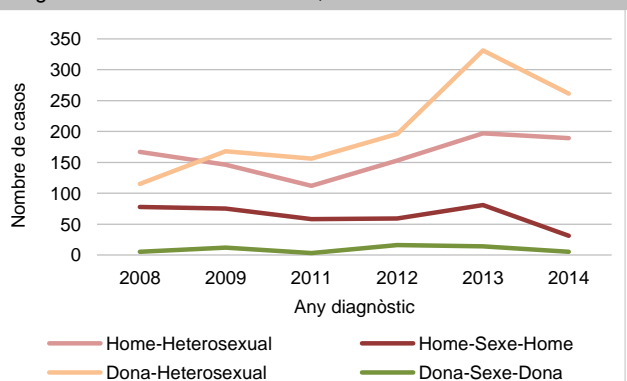


Figura 2.21. Evolució dels casos de condiloma acuminat segons l'orientació sexual. RITS, 2008-2014



2.7. Infecció per *Trichomonas vaginalis*

2.7.1. Nous diagnòstics

L'any 2014 es van notificar 837 casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis*, fet que representa una taxa d'11,5 casos per cada 100.000 habitants. En comparació del 2013, la taxa de tricomoniasi s'ha mantingut estable (figura 2.22).

Es fa el seguiment de les característiques epidemiològiques d'aquesta infecció a través del RITS, amb un total de 60 casos declarats l'any 2014. Tot i que representen una proporció molt baixa del total que es notifica al Registre de MDO numèrica (8%), aquests casos ens aporten informació epidemiològica important que altrament desconixeriem.

El 95% dels casos van ser en dones, i la raó home-dona, 0,05:1. La mitjana d'edat va ser de 38 anys (figura 2.23). El grup de joves d'entre 16 i 24 anys representa el 15% del total de casos notificats, i el 48% dels casos queda dins el grup d'edat de majors de 40 anys.

El 37% van ser estrangers, majoritàriament de l'Amèrica llatina i el Carib, i del nord d'Àfrica.

Tots els casos eren heterossexuals (100%), i l'1,7% presentava una coinfecció pel VIH.

L'abordatge de l'estudi de contactes es va iniciar en el 88% dels casos, sense cap contacte localitzable de mitjana.

2.7.2. Declaració microbiològica

Durant l'any 2014, es van declarar al SNMC un total de **333** casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis* (figura 2.4).

El 98,79% dels casos van ser dones, amb una mitjana d'edat de 39 anys. Es va informar la tècnica diagnòstica en un 57,4% (191/333) de les mostres recollides, de les quals 126 es van processar per cultiu i 21 per PCR.

El 88,6% de les mostres recollides pel diagnòstic de *Trichomonas vaginalis* van ser exsudats vaginals.

2.8. Hepatitis C

En els darrers anys l'adquisició del virus de l'hepatitis C per via sexual, un virus de transmissió principalment parenteral, ha estat relativament freqüent en HSH a través de pràctiques sexuals d'alt risc. Les darreres dades d'Europa posen en evidència l'increment de la proporció de casos d'hepatitis C aguda entre HSH, passant del 0,8% al 2006 al 14,6% al 2012²³.

En el nostre medi, la infecció aguda per hepatitis C és una MDO individualitzada amb un taxa de notificació al 2013 de 0,6 casos per 100.000 habitants²⁴. Tot i que a Catalunya no hi ha informació respecte la via de transmissió dels casos declarats, al gener del 2013, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) va constatar a la ciutat de Barcelona un increment de noves infecció per hepatitis C en HSH el que va donar lloc a una alerta als centres sanitaris de la ciutat²⁵.

Figura 2.22. Evolució dels casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis*. Registre MDO numèrica de Catalunya, 2007-2014

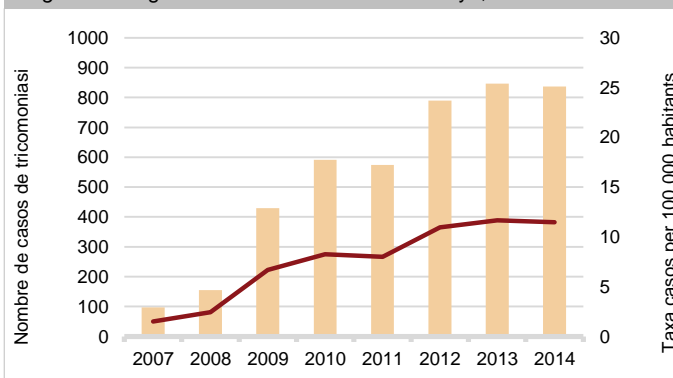
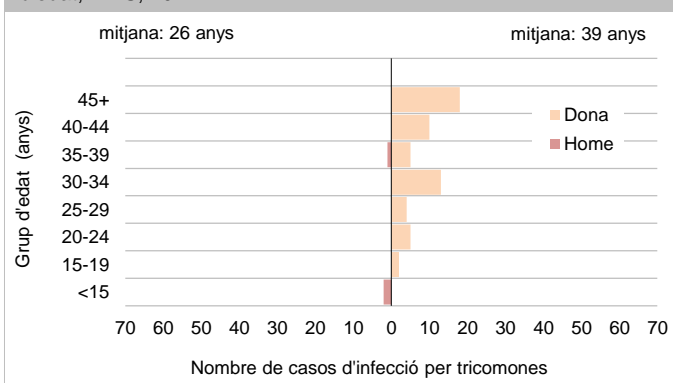


Figura 2.23. Distribució dels casos de tricomonas per sexe i grup d'edat, RITS, 2014



²³ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B and C surveillance in Europe. 2012. Stockholm: ECDC; 2014.

²⁴ Hepatitis C a Catalunya. Situació epidemiològica. Vigilància ASPCAT. 2015;14.

²⁵ Manzaneres-Laya S, García de Olalla P, Garriga C, Quer J, Gorrindo P, Gómez S, et al. Increase of sexually transmitted hepatitis C virus in HIV+ men who have sex with men in Barcelona, Spain. A problem linked to HIV infection? HepHIV2014 Conference; 2014 Oct. 5-7; Barcelona. [PS3/04].

Conductes associades a un primer diagnòstic de VHC en els últims 12 mesos en HSH

Dels 13.111 HSH residents a Espanya (2.942 residents a Catalunya) que van participar en l'estudi EMIS, un 1,9% (n=250) havia estat diagnosticat alguna vegada del VHC²⁶. La proporció d'HSH a qui s'havia diagnosticat per primera vegada el VHC en els dotze mesos anteriors va ser del 0,4% (n = 46). Tenir un primer diagnòstic de l'hepatitis C en els últims 12 mesos va ser més comú entre les homes VIH-positius que entre els VIH-negatius (0,9% vs 0,4%).

En el model multivariant, les variables significativament associades a un primer diagnòstic de VHC en el darrer any van ser visitar un local on es practica sexe (bars amb habitació fosca, sex club, festa de sexe en local públic o privat), practicar fisting receptiu - pràctica sexual que consisteix en la introducció total o parcial de la mà dins del conducte anal de la parella -, prendre fàrmacs per a la disfunció erètil (Viagra o similars) i tenir un diagnòstic de sífilis en els darrers 12 mesos.

²⁶ Fernández-Dávila P, Folch C, Ferrer L, Soriano R, Diez M, Casabona J. Hepatitis C virus infection and its relationship to certain sexual practices in men-who-have-sex-with-men in Spain: Results from the European MSM internet survey (EMIS). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015 May;33(5):303-10.

SIVES 2015

**Monitoratge
de les
conductes
associades
amb el VIH/ITS**

3.1. Homes que tenen relacions sexuals amb homes

Un total de 402 HSH captats en locals de trobada gai de la ciutat de Barcelona van participar en l'estudi SIALON II (vegeu «Mètodes»). La metodologia utilitzada per recollir la mostra va ser la de *time-location sampling* (TLS), un mètode quasi probabilístic que assegura una diversitat més àmplia de la població de HSH que acudeixen a aquest tipus de locals, però que requereix una anàlisi ponderada de les dades, ateses les diferents probabilitats de selecció dels individus. Les dades socio-demogràfiques de l'estudi mostren un perfil de participant de 37,2 anys de mitjana d'edat, la majoria espanyols (58,7%), amb un elevat nivell d'estudis (51,8% universitaris) i un elevat nombre que resideixen a Barcelona ciutat (67,5%).

Taula 3.1. Característiques sociodemogràfiques i conductuals dels HSH reclutats en llocs de trobada gai de Barcelona (SIALON, 2013).

Variable	n	%
Grup d'edat (anys)		
18-24	42	14,3
25 o més	360	85,7
Estudis universitaris	201	51,8
Origen		
Autòcton	270	58,7
Immigrant	101	25,2
Turista (altre país)	29	16,1
Ciutat de residència: Barcelona	316	67,5
Nombre de parelles sexuals masculines*		
Cap	27	7,9
1 a 5	178	49,1
6 a 10	64	21,3
11 o més	117	21,7
Relacions amb parella estable*	196	59,2
Relacions amb parella ocasional*	317	83,1
Ús no consistent preservatiu (parella estable)*¹	113	55,6
Ús no consistent preservatiu (parella ocasional)*²	119	37,7
Tipus de parella (última penetració anal)*		
Estable	141	45,8
Ocasional	208	50,9
Més d'una parella	12	3,3
Consum d'alcohol i drogues (última penetració anal)*³		
Alcohol	161	38,0
Poppers	77	12,5
Èxtasi	20	3,8
Viagra o similars	39	8,4
Cocaïna	53	11,4
Haixix o marihuana	58	13,2
Amfetamines	11	4,3
GHB	14	4,4
Drogues injectades (alguna vegada)	13	3,2

* últims 6 mesos; ¹entre els que tenen parella estable; ²entre els que tenen parella ocasional; ³-categories no excloents

Respecte les conductes sexuals dels darrers 6 mesos (**taula 3.1**), el 21,7% dels HSH afirma haver tingut relacions sexuals amb més de 10 parelles masculines. Un 59,2% dels HSH afirma haver tingut relacions sexuals amb parelles estables i el 83,1% amb parelles ocasionals. L'ús no consistent del preservatiu amb les parelles sexuals estables i ocasionals dels darrers 6 mesos ha estat del 55,6% i 37,7%, respectivament. En quan a la darrera relació sexual amb penetració, un 45,8% afirma que ha sigut amb la seva parella estable, un 50,9% amb la ocasional i la resta (3,3%) amb més d'una parella. Un 68,7% dels HSH declara haver usat el preservatiu en aquesta darrera relació sexual amb penetració i un 38% haver consumit alcohol. Les drogues consumides amb major proporció en la darrera relació sexual han estat el cannabis, poppers i la cocaïna (13,2%, 12,5% i 11,4%, respectivament). El percentatge d'homes que havia usat drogues injectades alguna vegada a la vida va ser del 3,2%.

Per altra banda, des de 2008 i fins a desembre de 2011, la cohort ITACA ha reclutat 5.086 HSH VIH-negatius que permeten estimar la incidència del VIH en aquest grup de població, així com monitorar les conductes associades a la infecció. Pel que fa les dades conductuals a l'entrada a la cohort, un 47,9% dels homes van declarar tenir parella estable i un 84,9% parella ocasional en els darrers sis mesos. Respecte a l'ús del preservatiu en les relacions sexuals amb penetració en aquest període, la proporció d'homes que no el van usar de manera sistemàtica amb les parelles estables i ocasionals va ser del 62,9% i del 36,3% respectivament i aquesta proporció amb la parella ocasional va augmentar significativament entre 2008 i 2011, passant del 35,9% al 39,4% respectivament. Més de la meitat d'homes havien conegut alguna de les seves parelles sexuals a través d'internet i aquest percentatge va augmentar de 57,6% el 2008 a 62,9% el 2011. En els darrers sis mesos, el 18,2% d'homes va declarar haver consumit 2 o més drogues i la prevalença autodeclarada d'alguna ITS va ser de 5,9%. Ambdues prevalences van disminuir significativament durant el període.

3.2. Dones treballadores del sexe

Un total de 400 dones TS reclutades en clubs, bars i al carrer s'han entrevistats en els quatre estudis transversals realitzats a Catalunya des del 2005 cada dos anys, la majoria de les quals són immigrants (11,3% de l'Estat espanyol, 24,3% de l'Àfrica, 29,1% de l'Amèrica llatina i 35,4% de l'est d'Europa). L'edat mitjana de les dones va ser de 30,3 anys (DE: 8,9), amb un lleuger increment en els successius estudis. Un 13,9% de les dones van declarar un baix nivell educatiu (estudis inferiors a primària), i el 61,2% van declarar que eren solteres en el moment de l'entrevista. La proporció de dones que van afirmar haver exercit el treball sexual durant cinc anys o més va augmentar de 25,6% el 2005 a 46,4% el 2011 (taula 3.2).

Taula 3.2. Característiques socio-demogràfiques, accés a serveis socials i sanitaris i prevalença d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en dones treballadores del sexe (2005-2011)

	2005 (%)	2007 (%)	2009 (%)	2011 (%)	Total (%)
Edat mitjana (DE) ¹	29,5 (9,3)	29,1 (9,4)	30,6 (8,9)	31,8 (8,0)	30,3 (8,9)
Estudis: inferior a primària	13,8	13,7	15,2	12,9	13,9
Estat civil: soltera	65,8	64,7	55,5	58,7	61,2
> 5 anys com TS ²	25,6	24,0	35,8	46,4	32,9
Accés a serveis sanitaris ³	64,3	62,4	63,2	67	64,2
Accés a serveis socials ^{2,3}	38,4	41,5	51,9	36,3	42,0
Revisions ginecològiques (anuals)	87,0	78,7	80,3	84,3	82,6
Alguna IVE (a la vida)	nd	50	53,5	53,4	52,3
Alguna ITS (a la vida) ²	14,0	16,6	26,7	20,6	19,4

¹ t de Student significativa; ² Test de tendència lineal significatiu; ³ últims 6 mesos; nd. No disponible
IVE: interrupció voluntària de l'embaràs

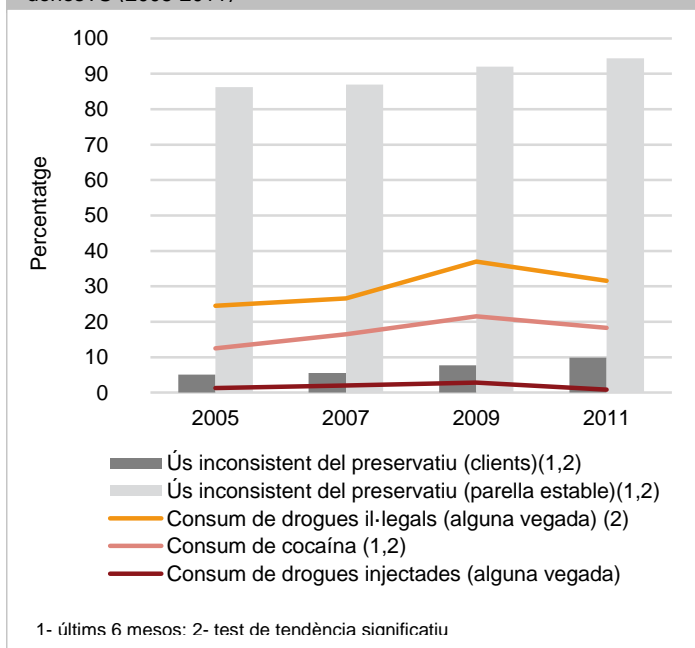
El 64,2% de les dones havien accedit a serveis sanitaris en els darrers sis mesos. L'accés als serveis socials en els darrers sis mesos va augmentar significativament durant el període 2005-2009 (del 38,4% al 51,9%), i va disminuir l'any 2011 (36,3%). A excepció del 2007, més del 80% de les dones es feien revisions ginecològiques anuals. La meitat de les dones (52,3%) s'havien sotmès alguna vegada a la vida a una interrupció voluntària de l'embaràs. Quant a la prevalença autodeclarada d'ITS, es va observar una tendència creixent:

del 14% el 2005 al 20,6% el 2011 (taula 3.2).

El percentatge de dones que van afirmar haver consumit alguna vegada a la vida drogues il·legals va mostrar una tendència ascendent durant el període 2005-2011

(del 24,5% el 2005 al 31,6% el 2011), així com el percentatge de dones que van afirmar haver consumit cocaïna en els darrers sis mesos (del 12,5% el 2005 al 18,3% el 2011). El consum de drogues per via parenteral va ser minoritari en els diferents estudis (1,7% en global). Respecte a l'ús del preservatiu en les relacions sexuals amb penetració en els darrers sis mesos, s'observa una tendència creixent en la proporció de dones que no l'usen de manera sistemàtica tant amb els clients (del 5,1% el 2005 al 9,9% el 2011) com amb les parelles estables (del 86,2% el 2005 al 94,4% el 2011) (figura 3.1).

Figura 3.1. Conductes sexuals de risc i consum de drogues en donesTS (2005-2011)



Les dones que no havien accedit als serveis socials en els darrers sis mesos (OR = 1,97; IC 95%: 1,20-3,23) i les que van afirmar no fer-se revisions ginecològiques anuals (OR = 2,31; IC 95%: 1,03-5,21) van presentar una probabilitat més alta d'haver mantingut relacions sexuals desprotegides amb les seves parelles estables en l'anàlisi de regressió logística multivariant. Haver mantingut relacions forçades en alguna ocasió es va associar

també amb l'ús inconsistent del preservatiu amb la parella estable (OR = 2,47; IC 95%: 1,10-5,57). D'altra banda, les dones d'origen espanyol (OR = 2,54; IC 95%: 1,33-4,83) van presentar una probabilitat més alta de no haver usat el preservatiu de manera sistemàtica amb els clients en els darrers sis mesos. A més, un consum elevat d'alcohol

(OR = 3,90; IC 95%: 1,78-8,55 > 5 copes de vi setmanals), haver patit dues o més ruptures del preservatiu en els darrers sis mesos (OR = 2,78; IC 95%: 1,53-5,06) i haver tingut alguna ITS (OR = 2,00; IC 95%: 1,22-3,29) també es van associar significativament amb l'ús no sistemàtic del preservatiu amb clients en l'anàlisi multivariant.²⁷

3.3. Usuaris de drogues per via parenteral

Des del novembre del 2012 fins al maig del 2013 (projecte REDAN) es van entrevistar un total de 734 UDVP usuaris de centres de reducció de danys de Catalunya. Segons el lloc de procedència, 444 (60,5%) eren espanyols, i la resta (39,5%), immigrants, principalment de països de l'est d'Europa (21,4%) i Itàlia (11,0%). L'edat mitjana dels participants immigrants va ser inferior a la dels espanyols (34,2 i 40,5 anys, respectivament). El percentatge d'homes va ser superior entre els immigrants (86,6%), així com el percentatge que van declarar tenir estudis universitaris (15,2%) (taula 3.3).

Taula 3.3. Perfil sociodemogràfic i patró de consum de drogues dels UDVP usuaris de centres de reducció de danys a Catalunya (2008-2013)

	Espanyols				Immigrants			
	2008-9	2010-11	2012-3	p ¹	2008-9	2010-11	2012-3	p ¹
	n=439	n=464	n=444		n=309	n=297	n=290	
	%	%	%		%	%	%	
Menor de 30 anys	11,5	11,4	8,6	0,158	31,1	33,0	32,8	0,671
Homes	78,1	78,4	80,0	0,507	88,0	89,2	86,6	0,590
Nivell d'estudis < primaris	7,5	9,5	16,6	<0,001	7,8	8,4	5,9	0,381
Treball remunerat*	22,6	14,4	11,3	<0,001	24,1	21,7	16,2	0,018
A l'atur*	40,3	42,0	41,9	0,639	55,7	63,1	72,4	<0,001
Rebent una pensió*	28,1	33,8	40,3	<0,001	4,9	2,0	4,5	0,773
Sense domicili fix*	8,0	10,1	7,9	0,959	11,3	16,8	19,4	0,007
Alguna vegada a la presó	67,8	68,8	68,2	0,891	58,9	63,6	67,6	0,027
Anys d'injecció: 5 o menys	10,8	14,3	14,9	0,080	25,7	32,2	27,0	0,173
Actualment en tractament	59,7	63,8	58,6	0,729	32,5	38,7	41,4	0,068
Droga més freqüent: Heroïna*	41,3	52,5	44,9	0,291	40,3	51,2	51,0	0,008
Droga més freqüent: Cocaïna*	42,5	31,7	39,2	0,326	23,1	17,6	21,7	0,669
Droga més freqüent: Speedball*	15,8	15,3	15,0	0,746	35,7	30,8	26,6	0,016
Freqüència d'injecció diària*	43,7	39,4	43,7	0,985	57,6	58,9	46,4	0,004

*últims 6 mesos; ¹ test de tendència de Mantel

2008-2009 al 16,2% el 2012-2013).

D'altra banda, el percentatge d'immigrants a l'atur (72,4% el 2012-2013) i el dels que declaren no tenir un domicili fix (19,4% el 2012-2013) mostren un increment significatiu durant el període 2008-2013, així com el percentatge d'espanyols que declaren estar rebent una pensió per jubilació i/o invalidesa (40,3% el 2012-2013). Pel que fa al patró de consum de drogues, es manté estable el percentatge de nous injectors, és a dir, persones que consumeixen drogues injectables des de fa cinc anys o menys (14,9% i 27% el 2012-2013 per a espanyols i immigrants, respectivament), així com el percentatge que afirmen estar en tractament en el moment de l'entrevista (58,6% i 41,4% el 2012-2013 per a espanyols i immigrants, respectivament). El consum injectat d'heroïna com a droga principal augmenta significativament entre els immigrants (del 40,3% el 2008-2009 al 51% el 2012-2013); en canvi, disminueix l'ús injectat d'heroïna més cocaïna o *speedball* (de 35,7% el 2008-2009 a 26,6% el 2012-2013) (taula 3.3).

La prevalença d'acceptar o passar xeringues usades en els últims sis mesos mostra una tendència decreixent durant el període 2008-2013, tant en el grup d'injectors espanyols com en el d'immigrants, tendència que es manté en l'ajustament per diferents variables sociodemogràfiques, com ara el sexe, el nivell educatiu, els anys d'injecció, el fet de viure al carrer i la situació laboral. Les pràctiques de compartir material d'injecció de manera indirecta es mantenen estables durant el període 2008-2013, excepte pel que fa a la conducta de compartir el material d'injecció com ara la

²⁷ Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V; Grupo HIVITS-TS. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. Gac Sanit. 2014 May-Jun;28(3):196-202.

Al llarg dels estudis s'observa que el percentatge de participants que declaren haver tingut una feina remunerada en els últims sis mesos mostra una tendència decreixent tant en espanyols (del 22,6% el 2008-2009 a l'11,3% el 2012-2013) com en immigrants (del 24,1% el

cullera, el filtre o l'aigua per preparar la dosi, que mostra una tendència creixent significativa entre el col·lectiu d'immigrants (del 52,6% el 2008-2009 al 67,6% el 2012-2013) (figura 3.2).

La proporció d'injectors que declaren no haver usat sempre el preservatiu en les relacions sexuals amb penetració dels últims sis mesos es manté constant al llarg dels estudis. El 2012-2013, el 66,5% dels espanyols van fer servir el preservatiu de manera no sistemàtica amb les parelles estables, i un 30,1%, amb les parelles ocasionals. Entre els immigrants, aquests percentatges van ser del 75,9% i el 26,8%, respectivament. Del total d'entrevistats el 2012-2013, el 2,6% dels homes i el 16,0% de les dones van declarar haver tingut relacions sexuals a canvi de diners o drogues en els últims sis mesos ($p < 0,001$).

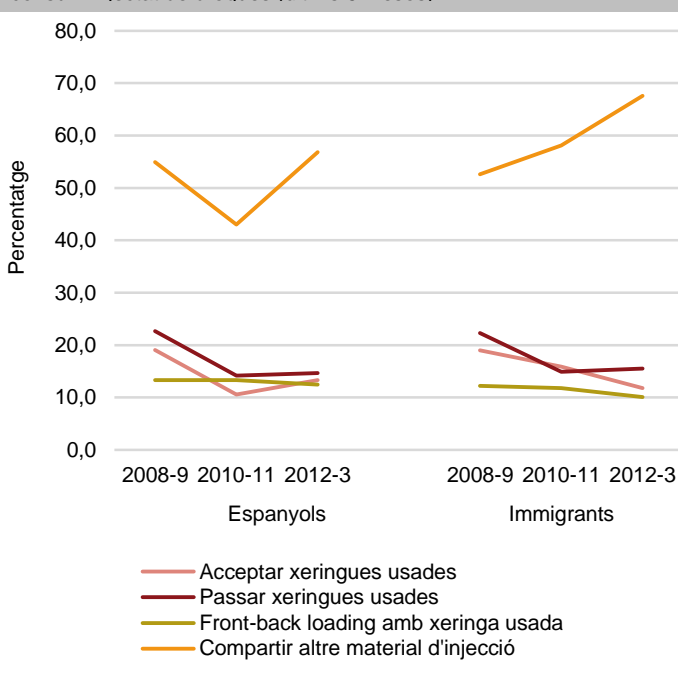
3.4. Joves

3.4.1. Joves i Internet

L'any 2012 es va dur a terme un estudi transversal mitjançant una enquesta en línia a joves catalans d'entre 16 i 25 anys. Els joves es van captar en un panel format per més de 70.000 persones, estratificat per sexe, edat i província ($n = 800$). L'edat mitjana dels joves va ser de 20,3 anys (DE: 2,4). El 51,3% eren nois, i el 48,7% restant, noies. Un 7,6% eren immigrants, i gairebé tres quartes parts eren estudiants (70,7%).

El 76,1% dels nois i el 83,3% de les noies van afirmar haver tingut relacions sexuals amb penetració (vaginals i/o anals) alguna vegada ($p = 0,012$), i no es van observar diferències en l'edat mitjana d'inici d'aquestes relacions (global: 16,6 anys).

Figura 3.2. Prevalença de les conductes de risc relacionades amb el consum injectat de drogues (últims 6 mesos)



Taula 3.4. Conducta sexual dels joves (16-24 anys) en els últims 12 mesos segons sexe. Catalunya, 2012.

	Nois* N=309		Noies* N=320		p
	n	(%)	n	(%)	
Relacions sexuals amb parella heterosexual					
Sí	236	77,6	289	90,3	< 0,001
No	68	22,4	31	9,7	
Ús del preservatiu en la última relació sexual¹					
Sí	177	75,6	167	58,4	< 0,001
No	57	24,4	119	41,6	
Relacions heterosexuals amb parella ocasional					
Sí	93	39,7	64	22,5	< 0,001
No	141	60,3	221	77,5	
Freqüència d'ús del preservatiu amb parelles ocasionals²					
Sempre	64	68,8	45	70,3	0,842
No sempre	29	31,2	19	29,7	
Homes relacions sexuals amb homes					
Sí	33	10,5	~	~	
No o no vol contestar	282	89,5	~	~	
Ús del preservatiu en la última relació sexual homosexual³					
Sí	18	54,5	~	~	
No o no vol contestar	15	45,5	~	~	

* Joves que declaren haver tingut relacions sexuals; ¹ Joves que declaren relacions sexuals amb parella heterosexual (últims 12 mesos); ² Joves que declaren relacions sexuals amb parelles ocasionals (últims 12 mesos); ³ Nois que declaren relacions homosexuals (últims 12 mesos)

El 27,4% dels que havien tingut relacions sexuals s'havien iniciat abans dels 16 anys. En la primera relació sexual, el 85,2% dels nois i el 86,1% de les noies havien utilitzat el preservatiu ($p > 0,05$).

La taula 3.4 recull els principals indicadors de conducta sexual dels joves en els últims dotze mesos. Un percentatge més alt de noies sexualment actives afirmen haver tingut relacions sexuals amb una parella heterosexual en els darrers dotze mesos (90,3% i 77,6%, respectivament). L'ús del preservatiu en la darrera relació sexual heterosexual és superior entre els nois (75,6 i 58,4%, respectivament), com el percentatge que declaren relacions sexuals amb parelles ocasionals (39,7% i 22,5%, respectivament). Un 10,5% dels nois afirmen haver tingut relacions amb altres homes, i el 54,5% asseguren haver utilitzat el preservatiu en la darrera relació homosexual.

Entre les noies que havien tingut alguna relació sexual a la vida, un 10,7% van afirmar haver estat embarassades alguna vegada, i un 7,5%, haver-se sotmès a una interrupció voluntària de l'embaràs. La meitat de les noies (49,2%) havien pres l'anticoncepció d'emergència en alguna ocasió (55%, una vegada; 26%, dues, i 19%, tres o més).

3.4.2. Joves usuaris i centres d'ASSIR i centres d'atenció als joves

L'any 2012 es van entrevistar 506 joves visitats als centres d'ASSIR i centres d'atenció als joves (projecte CT/NG-ASSIR), dels quals el 90,9% eren dones. La mitjana d'edat va ser de 21 anys (DE: 2,7), majoritàriament amb estudis secundaris i universitaris (41% i 49%, respectivament). Respecte al país d'origen, un 24,5% dels entrevistats procedien d'altres països, majoritàriament de l'Amèrica llatina (83%) (taula 3.5).

Taula 3.5. Característiques sociodemogràfiques i conductuals dels Joves testats usuaris centres ASSIR i Centre d'atenció als joves

Variable (n=506)	Freq.	%
Sexe		
Home	46	9,09
Dona	460	90,91
Grup d'edat (anys)		
16-18	149	29,45
19-21	178	35,18
21-25	179	35,38
Nivell educatiu		
Sense formació	6	1,19
Primaris	44	8,70
Secundaris	209	41,30
Universitaris	247	48,81
Origen		
Autòcton	382	75,49
Estranger	124	24,51
Orientació sexual		
Heterosexual	487	96,25
Homosexual	19	3,75
Tipus parella*		
Estable	384	75,89
Esporàdica	122	24,11
Simultaneïtat parelles*		
Nova parella sexual (últims 3 mesos)	132	26,09
Ús preservatiu (última relació sexual)		
Si	263	51,98
No	243	48,02
Sexe a llocs de trobades sexuals*		
Consum de drogues*	403	79,64
Sexe post consum*	274	54,15
Coneixement ITS	406	80,24
ITS prèvia*	57	11,26
Síntomes (dones)	43	8,50
Embaràs (Dones)	324	64,03
MPI (Dones)	18	3,56
MPI (Dones)	3	0,59
IVE (Dones)	57	11,26

* últims 12 mesos; MPI: malaltia inflamatòria pèlvica

La majoria dels enquestats definien la seva orientació sexual com a heterosexual (96%). L'edat mitjana d'inici de relacions sexuals es trobava al voltant dels 16 anys (DE: 1,8) i la mitjana del nombre de parelles sexuals al darrer any va ser de 2 (DE: 1), i no es van observar diferències significatives segons el sexe.

La proporció de joves que van tenir relacions sexuals amb parelles estables en els últims dotze mesos va ser del 76%, i relacions simultànies, un 18%. Un 26% van manifestar tenir una nova parella sexual en els últims tres mesos, significativament superior en els homes (47% vs. 24%, $p = 0,001$). El 52% dels joves van fer servir el preservatiu en la darrera relació sexual, i es va utilitzar menys amb les parelles ocasionals que amb les parelles estables (22,4% i 77,6%, respectivament; $p = 0,001$) (taula 3.5).

El 79% dels joves van manifestar haver consumit drogues el darrer any, entre les quals destaquen l'alcohol (76,5%) i el cànnabis (31,4%). El 54,2% van manifestar haver tingut relacions sexuals després d'haver consumit alguna droga. Un 15,6% dels joves van tenir relacions en llocs de trobades sexuals o d'oci (saunes, Internet, discoteques o bars) (taula 3.5).

La majoria (80%) van manifestar saber què eren les ITS abans d'aquest estudi, i en el 82% dels casos van declarar que no percebien gaire o gens de risc d'infectar-se amb les seves relacions sexuals, i no es van observar diferències per l'edat, el sexe o l'origen. Segons el tipus de parella, si la darrera relació havia estat amb parelles ocasionals, es percebia més risc que amb parelles estables (14% vs. 8%, $p = 0,04$).

Un 9,7% havien tingut una ITS prèvia al darrer any i un 8,5% en presentaven símptomes. L'estatus serològic respecte del VIH era desconegut en el 66,4% dels casos. Entre les dones, el 64,4% no s'havien fet mai un control ginecològic previ a l'estudi i un 4% estaven embarassades en el moment de l'estudi (taula 3.5).

La prevalença de *Chlamydia trachomatis* va ser del 8,5%, superior en les dones que en els homes (9,1% vs. 2,2%, $p = 0,1$) i significativament superior en els d'origen estranger (13,7% vs. 6,8%, $p = 0,01$). Es va mesurar la taxa de reinfecció dels casos positius de *Chlamydia trachomatis* al cap de

sis mesos, i es va obtenir un 10,3%. Les característiques principals de la població amb un test positiu a *Chlamydia trachomatis* en el retest van ser les següents: dones d'una franja d'edat entre els 16 i els 18 anys, asimptomàtiques, d'origen estranger i amb una nova parella sexual en els darrers tres mesos (**taula 3.6**).

Tots els casos positius del retest havien rebut tractament inicial, i s'havia iniciat l'estudi de contactes: el primer cas referia 2 parelles sexuals en els darrers tres mesos, una de les quals va resultar *Chlamydia trachomatis* negativa i de l'altra no se'n va poder fer el seguiment quan va ser derivada al metge de família; el segon cas referia 1 parella, que no va ser localitzable, i el darrer cas era una gestant amb tractament, però no la parella (**figura 3.3**).

3.4.3. Joves interns en centres penitenciaris

L'any 2014 es van entrevistar un total de 259 joves interns als centres penitenciaris (CP) de Catalunya, distribuïts en: 26 al CP Dones, 42 al CP Brians 1, 109 al CP de Joves i 82 al CP Quatre Camins (projecte CT/NG-Presons). La majoria eren homes 85%. La mitjana d'edat va ser de 23 anys (DE=4), majoritàriament amb estudis primaris, seguit per estudis secundaris i sense cap tipus de formació (52%, 32% i 13,5%, respectivament). D'origen estranger en un 65% dels casos; provinents majoritàriament de països sud-americans (50,6%) i del nord d'Àfrica (30,1%). El motiu majoritari d'ingrés a la presó va ser per robatori en un 60% dels enquestats. El temps d'estada mitjà a presó va ser de 707 dies (23 mesos).

L'edat mitjana del primer contacte sexual va ser als 13,9 anys (DE:1,8), significativament menor en els homes que en les dones (13,6 anys vs. 15,1 anys, $p=0,000$), segons país d'origen no es van trobar diferències significatives.

El número de parelles sexuals mitjà al darrer any va ser de 2,19 (DE=2), significativament superior en els homes que en les dones (2,35 respecte 1,27, $p=0,028$). La mitjana del nombre de parelles des de l'ingrés a presó va ser de 1 (DE=1). Es manifesta en major proporció (96%) una orientació heterosexual. Un 76,4% va manifestar que la parella dels darrers 12 mesos era estable. Un 25% va manifestar tenir concurrència de parelles (simultaneïtat), significativament superior en els homes (89,4 vs. 10,6; $p=0,000$). Un 13% va tenir una nova parella sexual en els darrers 3 mesos.

Un 37,7% va manifestar no utilitzar cap mètode anticonceptiu. L'ús del preservatiu era utilitzat en el 35% dels entrevistats, seguit pels mètodes hormonals en un 22,7%. El 77% no va utilitzar el preservatiu a la darrera relació sexual. Aquesta, en un 80% va ser amb la seva parella estable. L'ús del preservatiu va ser més freqüent amb la parella

Taula 3.6. Característiques sociodemogràfiques i conductuals dels Joves usuaris centres ASSIR i Centre d'atenció al jove al retest (6 mesos)

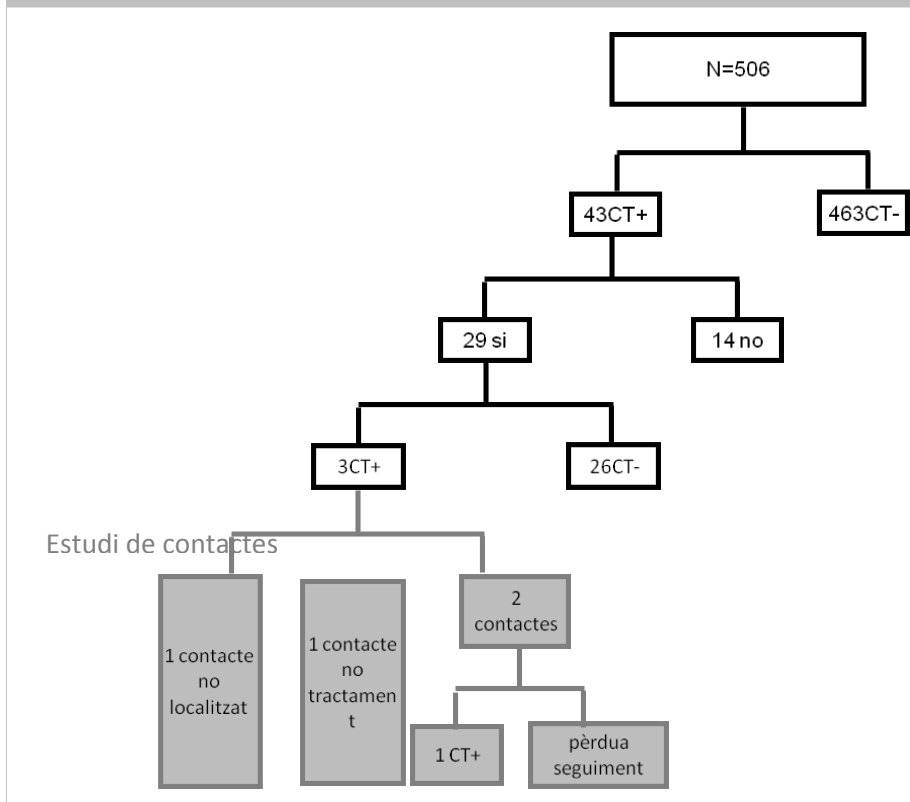
Variable	N total		% testats	nº CT+	% positivitat re-test
	retest n=43	n retestats n=29			
Sexe					
Home	1	0	0	0	0
Dona	42	29	69	3	10,3
Grup d'edat (anys)					
16-18	20	11	55	3	27,3
19-21	12	8	66,7	0	0
21-25	11	10	90,9	0	0
Nivell educatiu					
Sense formació	0	0	0	0	0
Primaris	6	3	50	0	0
Secundaris	23	18	78,3	2	11,1
Universitaris	14	8	57,1	1	12,5
Origen					
Autòcton	26	19	73,1	0	0
Estranger	17	10	58,8	3	30
Tipus parella*					
Estable	30	20	66,7	2	10
Ocasional	13	9	69,2	1	11,1
Simultaneïtat parelles					
Si	17	9	52,9	1	11,1
No	26	20	76,9	2	10
Nova parella sexual**					
Si	14	8	57,1	2	25
No	29	21	72,4	1	4,8
Ús preservatiu (última relació sexual)					
Si	17	11	64,7	2	18,2
No	26	18	69,2	1	5,6
Consum Drogues*					
Si	29	19	65,5	2	10,5
No	14	10	71,4	1	10
Sexe post consum*					
Si	22	14	63,6	1	7,1
No	21	15	71,4	2	13,3
Simptomes					
Si	5	3	60	0	0
No	38	26	68,4	3	11,5
Em baràs					
Si	4	3	75	0	0
No	38	26	68,4	3	11,5

* últims 12 mesos; **últims 3 mesos

esporàdica. L'utilitzaren amb aquest tipus de parella un 35,5% dels entrevistats. L'ús era molt menor amb la parella estable, sempre l'utilitzaven el 5,8% dels joves.

D'entre les pràctiques sexuals emprades, el 98,5% afirmaven tenir relacions coitals, un 41,3% relacions anals, el 78,4% orals i un 17,8% oroanals.

Figura 3.3. Prevalença de les conductes de risc relacionades amb el consum injectat de drogues (últims 6 mesos)



Un 52,5% va manifestar tenir contactes sexuals en llocs d'ambient d'oci o sexuals als darrers 12 mesos: 48,6% en bars/discoteques, 10,4% en saunes i 8,9% en clubs de sexe. Un 7,5% va tenir relacions sexuals a canvi de diners o drogues i un 36% va ser client de prostitució. El 59% va tenir relacions vis a vis a la presó. El vis a vis va ser majoritàriament (93%) amb la parella estable.

Respecte al consum de drogues als darrers dotze mesos, observem que la majoria dels enquestats (81%) havien consumit algun tipus de droga. Aquest consum va ser significativament superior en els homes que en les dones (84,9% i 10,6%, respectivament). Destaquen el consum de cànnabis (30,6%), haixix (28,2%), alcohol (18,9%) i cocaïna (11,2%). El consum es va produir en un 61% durant

el seu temps d'estada a presó. El 62% dels enquestats va manifestar tenir relacions sexuals després del consum d'alguna d'aquestes substàncies (taula 3.7).

Un 4,2% havien estat diagnosticats prèviament per alguna ITS, destacant condilomes, sífilis i gonocòccia. Es van trobar dos casos positius per VIH, una dona i un home, ambdós estrangers de 25 anys d'edat, i tres casos positius per Hepatitis C i B. Pel que fa a l'Hepatitis C es tractava d'una dona estrangera i dos homes, un estranger i l'altre espanyol. Mentre que per a l'hepatitis B, tots els casos eren en homes, dos estrangers i un espanyol. Un 5% presentaven símptomes per clamídia. La prevalença de clamídia va ser del 7,7%. Aquesta va ser superior en les dones (12,5% respecte 6,8% en homes), en els menors de 21 anys (10,6% respecte 5,8% en els majors de 21 anys) i en els d'origen estranger (8,3% respecte 6,7% en espanyols). En cap cas les diferències eren estadísticament significativa.

3.5. Acceptabilitat de les noves tecnologies per notificar una ITS/VIH a parelles sexuals dels HSH

L'any 2013 es va dur a terme una enquesta a través d'Internet i una presencial en 3 centres amb cobertura a Barcelona amb l'objectiu de conèixer les preferències sobre les millors maneres de notificar a les parelles sexuals una possible exposició a una ITS en el cas dels HSH que resideixen a Espanya.

Taula 3.7. Característiques sociodemogràfiques i conductuals i prevalença de *C. trachomatis* entre els joves menors de 25 anys interns en centres

Variable (n=259)	Freq.	%	CT+	Prevalença	p-valor
Sexe					
Home	227	85	15	6,6	0,192
Dona	40	15	5	12,5	
Grup d'edat (anys)					
18-21	111	41,6	11	9,9	0,205
22-25	156	58,4	9	5,8	
Nivell educatiu					
Sense formació	36	13,5	5	13,9	0,078
Primaris	138	51,7	9	6,5	
Secundaris	85	31,8	4	4,7	
Universitaris	8	3	2	25	
Origen					
Autòcton	94	35,2	6	6,4	0,612
Estranger	173	64,8	14	8,1	
Orientació sexual					
Heterosexual	258	96,6	19	7,4	0,828
Homosexual	1	0,4	0	0	
Bisexual	8	3	1	12,5	
Tipus parella 12m					
Estable	204	76,4	17	8,3	0,376
Esporàdica	61	22,8	3	4,9	
Tipus parella actual					
Estable	211	79	16	7,6	0,911
Esporàdica	56	21	4	7,1	
Concurrència parelles	66	24,7	5	7,6	1
Nova parella sexual	35	13,1	4	11,4	0,63
Ús preservatiu darrera relació					
Si	57	21,3	3	5,3	0,632
No	205	76,8	17	8,3	
Tipus parella darrera relació					
Estable	211	79	16	7,6	0,911
Esporàdica	56	21	4	7,1	
Sexe a llocs de trobades sexuals	136	52,5	10	8,1	0,641
Sexe a canvi de drogues	20	7,5	2	10	0,658
Pagar per tenir sexe	98	36,7	4	4,1	0,104
Consum de drogues	216	80,9	14	6,5	0,197
Sexe post consum	163	62	13	8	0,52
Vis a Vis	156	59,1	12	7,7	0,931
Tipus parella Vis a Vis					
Estable	147	93	12	8,2	0,324
Esporàdica	11	6,96	0	0	
ITS prèvia	12	4,2	2	16,7	0,101
Síntomes	13	5	1	7,7	0,201

En l'estudi hi van participar 1.578 HSH: 1.337 (85%) van respondre l'enquesta a Internet, i 241 (15%), en els centres. La mitjana d'edat global va ser de 34 anys (IC 95%: 33-36). El percentatge de residents en zones urbanes era el 84% i el dels que van buscar parelles per Internet, el 69%.

Sobre la notificació d'una possible exposició a una ITS/VIH a les parelles sexuals, 151 (46%) ho van notificar a totes les parelles, i 117 (35%), només a algunes parelles. Les principals raons per no haver-ho notificat van ser les següents: «No coneixia les parelles sexuals» (51%) i «No sabia com fer la notificació» (29%). Els principals mètodes utilitzats per notificar-ho van ser els següents: «cara a cara o bé trucada telefònica» (73%), seguit de «SMS amb possibilitat d'identificació» (15%).

Sobre la intenció de notificar l'exposició a una ITS/VIH a les parelles sexuals, en el cas d'ITS no VIH, si la parella és estable la intenció de notificar-li-ho és superior (85%) que no pas si és ocasional (60%), i en cas d'infecció pel VIH, la intenció de notificar-ho a una parella estable també és superior (94%) que si és ocasional (73%). La principal raó per no haver-ho notificat a una parella estable és «por o vergonya» (55%), i a una parella ocasional, «No sé com contactar-hi» (51%). El mètode preferit és «cara a cara o bé trucada telefònica» tant si es tracta d'una parella estable com d'una d'ocasional (90%).

Sobre el fet d'utilitzar una pàgina web per notificar una ITS/VIH a parelles sexuals, dels 1.134 participants que es van pronunciar sobre aquesta qüestió, un 37% van declarar que ho farien; un 27%, que no saben si ho farien, i un 36%, que no ho farien. El tipus de pàgina web preferida és «una pàgina web específicament dissenyada per notificar» (41%), seguida d'«una pàgina web amb connexió a altres pàgines que normalment són utilitzades per trobar parelles sexuals» (20%). Les característiques més apreciades en una pàgina web que faciliti la notificació a parelles sexuals són les següents: «Que doni informació de les ITS» (89%) i «Que doni informació dels centres on es pot anar per ser visitat» (83%).

SIVES 2015

**Indicadors pel
monitoratge i
avaluació de
la infecció pel
VIH/ITS**

El seguiment sistemàtic d'indicadors normalitzats és una dimensió important del sistema de monitoratge i avaluació de la infecció pel VIH, tal com queda reflectit en les declaracions i els documents consensuats internacionalment, i permeten avaluar l'eficàcia de la resposta a l'epidèmia en el nostre context i comparar la situació al llarg del temps i amb altres contextos, nacional i internacional^{28 29 30 31}

Els criteris que han de complir els indicadors de monitoratge i avaluació són la pertinència segons els programes establerts, la possibilitat d'obtenir-los, una interpretació fàcil i la capacitat de detectar canvis.

Els indicadors que es presenten en l'actual informe, per l'àmbit geogràfic de Catalunya, es construeixen a partir de les dades que genera el conjunt de sistemes de declaració obligatòria i estudis observacionals que constitueixen el SIVES i altres fonts d'informació, com ara els estudis observacionals:

- Registre de MDO de Catalunya
- RITS
- estudis en poblacions sentinella
- monitoratge conductual
- HIVLABCAT
- HIVDEVO
- AERI
- Spectrum / Estimation and Projection Package
- cohort PISCIS
- cohort ÍTACA
- cohort NENEXP
- Registre NONOPEP

Al final del capítol s'han referenciat les fonts externes utilitzades en l'elaboració dels indicadors.

Bienni rere bienni, el SIVES 2014 inclou un conjunt d'indicadors homogenis que permeten fer el diagnòstic de situació del VIH/ITS i sida a Catalunya. Aquest grup d'indicadors dona resposta a les demandes que arriben al Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT) des de diversos organismes i plans (Pla d'acció, Pla de salut i Pla de Govern del Departament de Salut) i permeten acomplir els acords nacionals (Pla nacional estratègic de la sida) i internacionals a què ja hem fet referència a l'inici (ECDC, UNGASS/GARP).

La graella presentada inclou els indicadors organitzats de la manera següent:

- Mortalitat pel VIH/sida
- Morbiditat pel VIH/ITS
- Determinants conductuals de la infecció
- Resposta
 - Diagnòstic
 - Tractament
 - Serveis
- Altres indicadors de salut sexual i reproductiva
- Indicadors complementaris

La informació de cada indicador recollit inclou els camps següents:

- Font
- Periodicitat
- Desagregació

²⁸ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2010. Ginebra: ONUSIDA; 2009. ONUSIDA/09.10S / JC1676S.

²⁹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting. Geneva: UNAIDS; 2011. UNAIDS / JC2215E.

³⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2009.

³¹ Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya. Pla d'acció enfront del VIH/sida 2010-2013. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2010.

- Darrera actualització (any)
- Valor de l'indicador (la xifra)

Per la rellevància que tenen a escala internacional, en la taula s'han destacat els indicadors GARP ²⁹ recollits en la Declaració de Dublín sobre cooperació per lluitar contra el VIH/sida a Europa i l'Àsia central i el conjunt d'indicadors principals proposats per l'ECDC ³⁰.

MORTALITAT PEL VIH/SIDA						
Indicador	Font principal (font secundària)	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador	
Nombre de morts anuals a causa de la sida	Registre de MDO de Catalunya (Registre de mortalitat de Catalunya) ³²	Anual	2008	Global	157	
				Sexe	Home	120
					Dona	37
Taxa de mortalitat específica per sida (per 100.000 habitants)	Registre de MDO de Catalunya (Registre de mortalitat i Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)) ^{32 33}	Anual	2008	Global	2,2	
				Sexe	Home	3,4
					Dona	1
Taxa de mortalitat en pacients amb diagnòstic de sida (per 1.000 persones/any)	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	27,3	
				Sexe	Home	28,5
					Dona	23,1
				Grup de població	UDVP	34
					HSH	17,9
					Home heterosexual	29,2
				Dona heterosexual	14,2	
Altres	36,5					
Percentatge de casos de sida que sobreviuen al cap de 18 mesos	Registre de MDO de Catalunya (Registre de mortalitat i Idescat) ^{32 33}	Anual	2008	Global	62,2	
				Sexe	Home	61,5
					Dona	65,3
				Grup de població	UDVP	62,9
					HSH	59
					Heterosexuals	66,1
				Altres	56,7	
		Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	90

³² Registre de mortalitat. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

³³ Institut d'Estadística de Catalunya

Anys potencials de vida perduts a causa de la sida en població d'1 a 70 anys (mitjana d'anys)	Registre de MDO de Catalunya (Registre de mortalitat i Idescat) ^{32 33}	Anual	2011	Global	22	
Percentatge de persones amb sida que viuen més de 10 anys	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	25	
Percentatge de la letalitat pel VIH del total de casos a l'any	Registre de MDO de Catalunya (Registre de mortalitat) ³²	Anual	2008	Global	2,7	
Taxa de mortalitat específica pel VIH (per 100.000 habitants)	Registre de MDO de Catalunya (Registre de mortalitat i Idescat) ^{32 33}	Anual	2008	Global	1	
				Sexe	Home	1,8
					Dona	0,3
Taxa de mortalitat en pacients infectats pel VIH per 1.000 persones/any	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	17,3	
				Sexe	Home	18,7
					Dona	12,9
				Grup de població	UDVP	29,1
					HSH	7
					Home heterosexual	21
					Dona heterosexual	7,2
Altres	22,2					

MORBIDITAT PEL VIH/SIDA						
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador	
Nombre anual de nous casos de sida	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Global	150	
				Sexe	Home	125
					Dona	25
				Edat	< 19	0
					20-29	17
					30-39	38
					40-49	60
					≥ 50	35
				Grup de població	UDVP	34
					HSH	59
					Home heterosexual	28
					Dona heterosexual	17
Desconegut	11					
Origen [†]	Espanyol	94				
	Estranger	56				
Nombre de persones estimades vivint amb el VIH/sida	Spectrum/EPP	Anual	2014	Global	34.200	
				Sexe	Home	27.200
					Dona	7.000
Taxa d'incidència de sida (per 100.000 habitants)	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Global	2,1	
				Sexe	Home	3,5
					Dona	0,7
Prevalença estimada del VIH en persones de més de 15 anys	Spectrum/EPP	Anual	2014	Global	0,41	
				Sexe	Home	0,66
					Dona	0,17
INDICADOR GARP 1.6 i INDICADOR ECDC. Percentatge de població jove de 15 a 24 anys estimada que viu amb el VIH*	Spectrum/EPP	Anual	2014	Global	0,12	
INDICADOR GARP 1.14 i INDICADOR ECDC. Percentatge de HSH que viuen amb el VIH ^o	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Biennal	2013	Global	14,2	

INDICADOR GARP 1.10 i INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que viuen amb el VIH [adaptació: dones TS]	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Biennal	2011	Global	1,5
INDICADOR GARP 2.5 i INDICADOR ECDC. Percentatge d'UDVP que viuen amb el VIH	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Biennal	2012-2013	Global	30,6
INDICADOR GARP 3.3. Transmissió vertical del VIH [adaptació: no s'ha modelitzat]	Cohort NENEXP	Annual	2013	Global	0
Percentatge de donants de sang que viuen amb el VIH	Poblacions sentinella	Annual	2013	Global	0,01
Percentatge de població presidiària que viu amb el VIH	Poblacions sentinella	Annual	2013	Global	8,9
Percentatge de dones embarassades que viu amb el VIH	Poblacions sentinella	Annual	2013	Global	0,1
INDICADOR GARP 3.2. Percentatge de fills nascuts de mare infectada pel VIH als quals es va fer una prova virològica del VIH als 2 mesos [adaptació: la prova de detecció del VIH s'havia fet a les mares abans de la data del part]	Cohort NENEXP	Annual	2013	Global	100
INDICADOR GARP 3.1. Percentatge d'embarassades infectades pel VIH que reben antiretrovirals per reduir el risc de transmissió vertical [adaptació: percentatge anual de nounats fills de dones infectades pel VIH que han estat exposats a la profilaxi antiretroviral durant la gestació, el part i les 48 hores posteriors al part]	Cohort NENEXP	Annual	2013	Global	98,3
Nombre estimat de noves infeccions del VIH	Spectrum/EPP	Annual	2014	Global	600-1170
Taxa d'incidència anual estimada del VIH	Spectrum/EPP	Annual	2014	Global	0,01
				Sexe	Home
				Dona	0,005

Taxa d'incidència anual del VIH entre els nous diagnòstics (per 1.000 persones/any)	HIVLABCAT i AERI	Anual	1998-2011	Global	0,2
Taxa d'incidència acumulada del VIH en HSH (per 100 persones/any)	Cohort ÍTACA	Biennal	2008-2011	Global	2,4
				Origen [†]	Espanyols 1,7 Estrangers 3,7
				Global	808
				Sexe	Home 700 Dona 108
				Edat	< 19 19 20-29 206 30-39 310 40-49 175 ≥ 50 98
				Grup de població	UDVP 53 HSH 473 Home heterosexual 121 Dona heterosexual 81 Desconegut 80
Nombre anual de nous diagnòstics del VIH	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Regió sanitària	Terres de l'Ebre 10 Tarragona 37 Lleida- Alt Pirineu i Aran 33 Girona 51 Catalunya Central 30 Barcelona Nord i Maresme 50 Barcelona Sud 106 Barcelona Centre 56 Barcelona Ciutat 433

Distribució anual de nous diagnòstics del VIH (%)	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Sexe	Home	87
					Dona	13
				Edat	< 19	2,4
					20-29	25,5
					30-39	38,4
					40-49	21,7
					≥ 50	12
				Grup de població	UDVP	6,6
					HSH	58,5
					Home heterosexual	15
Dona heterosexual	10					
Desconegut	9,9					
Taxa de nous diagnòstics del VIH (per 100.000 habitants)	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Global	11,1	
				Sexe	Home	19,7
					Dona	2,9
Percentatge de nous diagnòstics del VIH amb estudi de contactes iniciat	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Global	47	

º Les dades del 2013 són preliminars, ja que no s'han tingut en compte les probabilitats de selecció dels individus en una anàlisi ponderada. * Per calcular el percentatge es pren de referència el total de població de 15-24 anys que hi havia l'1 de gener de 2011 segons dades de l'Idescat. † La categoria «estranger» correspon a les persones nascudes fora d'Espanya.

INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL						
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador	
Nombre anual de nous diagnòstics de LGV	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	144	
				Sexe	Home	144
					Dona	0
				Edat	15-19	0
					20-24	3
					25-29	17
					30-39	66
					40-49	49
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	0
					Tarragona	2
					Lleida- Alt Pirineu i Aran	0
					Girona	1
					Catalunya Central	1
					Barcelona Nord i Maresme	3
Barcelona Ciutat	111					
Costa de Ponent	16					
Vallès Occ. i Or.	10					
Taxa d'incidència de LGV per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	2,0	
				Sexe	Home	4,0
					Dona	—
				Edat	15-19	0
					20-24	0,9
					25-29	4,1
					30-39	5,5
					40-49	4,2

Percentatge de nous diagnòstics de LGV amb estudi de contactes iniciat	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	69	
Nombre anual de nous diagnòstics de gonococ	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	1.555	
				Sexe	Home	867
					Dona	121
				Edat	15-19	104
					20-24	275
					25-29	289
					30-39	549
					40-49	241
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	11
					Tarragona	48
					Lleida- Alt Pirineu i Aran	9
					Girona	95
					Catalunya Central	48
					Barcelona Nord i Maresme	125
Barcelona Ciutat	837					
Costa de Ponent	185					
Vallès Occ. i Or.	197					
Taxa d'incidència de gonococ per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	21	
				Sexe	Home	37
					Dona	6
				Edat	15-19	32
					20-24	81
					25-29	69
					30-39	45
40-49	21					

Percentatge de casos nous diagnosticats d'infecció pel gonococ amb estudi de contactes iniciat	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	60	
Nombre anual de nous diagnòstics de sífilis	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	902	
				Sexe	Home	784
					Dona	118
				Edat	15-19	14
					20-24	72
					25-29	145
					30-39	340
					40-49	211
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	8
					Tarragona	48
					Lleida- Alt Pirineu i Aran	19
					Girona	40
					Catalunya Central	19
Barcelona Nord i Maresme	54					
Barcelona Ciutat	512					
Costa de Ponent	139					
Vallès Occ. i Or.	64					
Taxa d'incidència de sífilis per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	12	
				Sexe	Home	22
					Dona	3
				Edat	15-19	4
					20-24	21
					25-29	35
					30-39	28
35-44	18					

Percentatge de nous diagnòstics d'infecció per sífilis amb estudi de contactes iniciat	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	60	
Nombre anual de nous diagnòstics d'oftàlmia neonatal	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	8	
Taxa d'incidència d'oftàlmia neonatal per 100.000 nadons nascuts vius	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	14	
Nombre anual de nous diagnòstics de sífilis congènita	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	0	
Nombre anual de nous diagnòstics de clamídia	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	943	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	11
					Tarragona	11
					Lleida-Alt Pirineu i Aran	19
					Girona	47
					Catalunya Central	18
					Barcelona Nord i Maresme	79
					Barcelona Ciutat	521
					Costa de Ponent	99
Vallès Occ. i Or.	139					
Taxa d'incidència de clamídia per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	13	

Nombre anual de nous diagnòstics de condilomes	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	7.458	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	119
					Tarragona	353
					Lleida- Alt Pirineu i Aran	355
					Girona	564
					Catalunya Central	373
					Barcelona Nord i Maresme	744
					Barcelona Ciutat	2.119
					Costa de Ponent	1.713
Vallès Occ. i Or.	1.118					
Taxa d'incidència de condilomes per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	102	
Nombre anual de nous diagnòstics de tricomonos	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	837	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	
					Tarragona	
					Lleida- Alt Pirineu i Aran	
					Girona	
					Catalunya Central	
					Barcelona Nord i Maresme	
					Barcelona Ciutat	
					Costa de Ponent	
Vallès Occ. i Or.						

Taxa d'incidència de tricomonos per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	11	
Nombre anual de nous diagnòstics d'herpes genital	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	3.376	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	
					Tarragona	
					Lleida- Alt Pirineu i Aran	
					Girona	
					Catalunya Central	
					Barcelona Nord i Maresme	
					Barcelona Ciutat	
Costa de Ponent						
Vallès Occ. i Or.						
Taxa d'incidència d'herpes genital per 100.000 habitants	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2014	Global	46	
Percentatge de clamídia en menors de 25 anys	Població sentinella (ASSIR)	Biennal	2012	Global	8,5	
				Sexe	Home	2,2
	Dona	9,1				
	Població sentinella (presons)	Biennal	2014	Global	7,5	
Sexe				Home	6,6	
	Dona	12,1				
Nombre de casos amb ITS en població general i vulnerable	RITS	Anual	2013	Global	3.001	
				Grup de població	HSH	1.053
					TS	69
Client de TS	47					
Percentatge de casos amb ITS en població general i vulnerable	RITS	Anual	2013	Global	39,0	
				Grup de població	HSH	35,1
					TS	2,3
Client de TS	1,6					

Nombre de casos amb coinfecció pel VIH en persones amb diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2013	Global	361	
				Sexe	Home	359
					Dona	2
				Edat	< 30	88
					≥ 30	273
				Grup de població	Homo/bisexual	374
Heterosexual	13					
Percentatge de coinfecció pel VIH en persones amb diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2014	Global	12	
				Sexe	Home	22,3
					Dona	0,14
				Edat	< 30	6,7
					≥ 30	17,4
				Grup de població	Homo/bisexual	33
	Heterosexual	0,7				
	Registre de MDO de Catalunya	Global	Sífilis: 23			
			Gonococ: 12			
			LGV: 69			
Nombre de casos amb diagnòstic concomitant d'ITS/VIH	RITS	Anual	2013	Global	57	
Percentatge de casos amb diagnòstic concomitant d'ITS/VIH	RITS	Anual	2013	Global	1,9	
Nombre de casos amb diagnòstic previ d'ITS l'últim any del diagnòstic d'una nova ITS	RITS	Anual	2013	Global	336	
				Sexe	Home	253
					Dona	83
				Edat	< 30	162
					≥ 30	174
				Grup de població	Homo/bisexual	220
Heterosexual	116					

Percentatge de casos amb diagnòstic previ d'ITS l'últim any del diagnòstic d'una nova ITS	RITS	Anual	2013	Global	11,2	
				Sexe	Home	15,7
					Dona	6
				Edat	< 30	11,3
					≥ 30	11,1
				Grup de població	Homo/bisexual	20,9
Heterosexual	6					
Nombre de casos amb conductes de risc elevat l'últim any en persones amb diagnòstic d'ITS	RITS	Anual	2013	Global	1.714	
				Sexe	Home	1.060
					Dona	654
				Edat	< 30	815
					≥ 30	899
				Grup de població	Homo/bisexual	745
Heterosexual	969					
Percentatge de casos amb conductes de risc elevat l'últim any en persones amb diagnòstic d'ITS	RITS	Anual	2013	Global	57,1	
				Sexe	Home	65,8
					Dona	47
				Edat	< 30	56,8
					≥ 30	57,4
				Grup de població	Homo/bisexual	70,8
Heterosexual	49,9					
INDICADOR ECDC. Nombre mitjà de parelles sexuals en els últims 12 mesos en persones amb diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2013	Global	11	
				Sexe	Home	17
					Dona	2
Nombre de casos d'ITS amb parelles sexuals simultànies/úniques en els darrers 12 mesos	RITS	Anual	2013	Global	Simultànies: 303	
				Global	Úniques: 695	
Percentatge de casos d'ITS amb parelles sexuals simultànies/úniques en els darrers 12 mesos	RITS	Anual	2013	Global	Simultànies: 10,1	
				Global	Úniques: 23,2	

Nombre de casos amb nova parella sexual en els darrers 3 mesos des del diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2013	Global	1.073	
				Sexe	Home	866
					Dona	207
				Edat	< 30	483
					≥ 30	590
Grup de població	Homo/bisexual	664				
	Heterosexual	409				
Percentatge de casos amb nova parella sexual en els darrers 3 mesos des del diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2013	Global	35,8	
				Sexe	Home	53,8
					Dona	14,9
				Edat	< 30	33,7
					≥ 30	37,7
Grup de població	Homo/bisexual	63,1				
	Heterosexual	21				
Nombre de pràctiques sexuals en persones amb diagnòstic d'una ITS per tipus de pràctica	RITS	Anual	2013	Global	Vaginal: 937	
					Oral: 896	
					Oroanal: 81	
					Anal: 451	
Percentatge de pràctiques sexuals en persones amb diagnòstic d'una ITS per tipus de pràctica	RITS	Anual	2013	Global	Vaginal: 31,2	
					Oral: 29,9	
					Oroanal: 2,7	
					Anal: 15	
Nombre de casos amb diagnòstic d'una ITS amb ús del preservatiu en la darrera pràctica sexual	RITS	Anual	2013	Global	433	
				Sexe	Home	212
					Dona	221
				Edat	< 30	212
					≥ 30	221
Grup de població	Homo/bisexual	162				
	Heterosexual	271				

INDICADOR ECDC. Percentatge de casos amb diagnòstic d'una ITS amb ús del preservatiu en la darrera pràctica sexual	RITS	Anual	2013	Global	14,4	
				Sexe	Home	13,2
					Dona	15,9
				Edat	< 30	14,8
					≥ 30	14,1
Grup de població	Homo/bisexual	15,4				
	Heterosexual	13,9				
Nombre de casos amb abordatge de l'estudi de contactes a persones amb diagnòstic d'ITS	RITS	Anual	2013	Global	1.680	
				Sexe	Home	1.039
					Dona	641
				Edat	< 30	790
					≥ 30	890
Grup de població	Homo/bisexual	650				
	Heterosexual	1.030				
Percentatge de casos amb abordatge de l'estudi de contactes a persones amb diagnòstic d'ITS	RITS	Anual	2013	Global	56	
				Sexe	Home	64,5
					Dona	46,1
				Edat	< 30	55,1
					≥ 30	56,8
Grup de població	Homo/bisexual	61,7				
	Heterosexual	53				
Nombre d'ITS per tipus d'àmbit assistencial	RITS	Anual	2013	Global	ASSIR: 1.279	
					EAP: 32	
					UIITS: 1.689	
Distribució d'ITS per tipus d'àmbit assistencial (%)	RITS	Anual	2013	Global	ASSIR: 42,6	
					EAP: 1,1	
					UIITS: 56,3	

DETERMINANTS CONDUCTUALS						
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador	
Població general						
INDICADOR GARP 1.3. Percentatge de persones més grans de 16 anys que han tingut relacions sexuals amb més d'una parella en els últims 12 mesos	<i>Encuesta nacional de salud sexual.</i> Ministerio de Sanidad y Política Social ³⁴	Única	2009	Sexe	Home	21,4
					Dona	8,5
INDICADOR GARP 1.4 i INDICADOR ECDC. Percentatge de persones més grans de 16 anys que han tingut relacions sexuals amb més d'una parella en els últims 12 mesos i que van utilitzar el preservatiu en la darrera relació [adaptació: ús del preservatiu amb la parella ocasional]	<i>Encuesta nacional de salud sexual.</i> Ministerio de Sanidad y Política Social ³⁴	Única	2009	Sexe	Home	75,1
					Dona	75
HSH						
INDICADOR ECDC. Percentatge de HSH que identifiquen correctament les formes de prevenció sexual del VIH i rebutgen les idees errònies [adaptació: indicador EMIS sobre coneixements de les vies de transmissió del VIH]*	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	44,5	
INDICADOR GARP 1.12 i INDICADOR ECDC. Percentatge de HSH que han usat preservatiu en la darrera penetració anal amb una parella [adaptació: entre els que han tingut penetració anal en els últims 12 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2013	Global	68,7	
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús sistemàtic del preservatiu en la penetració anal amb parelles estables HSH dels últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2013	Global	55,6	
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús sistemàtic del preservatiu en la penetració anal amb parelles ocasionals HSH dels últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2013	Global	37,7	

³⁴ Resultados de la encuesta nacional de salud sexual 2009. [Madrid]: Ministerio de Sanidad y Política Social; [2009].

Prevalença de relacions anals sense protecció amb una parella estable amb estat serològic desconegut o discordant en HSH en els últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	10,7
INDICADOR ECDC. Percentatge de HSH que han pagat a canvi de tenir relacions sexuals en els últims 12 mesos [adaptació: s'han considerat els últims 6 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	7,4
Percentatge de HSH que han cobrat a canvi de tenir relacions sexuals en els últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	4,7
TS					
INDICADOR GARP 1.8 i INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que van utilitzar preservatiu amb l'últim client [adaptació: dones TS en els últims 6 mesos, segons client fix i no fix]	Monitoratge conductual	Biennal	2011	Global	Client fix: 91,1; no fix: 99,2
INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que declaren haver fet servir preservatiu en la darrera relació amb la parella estable en els últims 12 mesos [adaptació: s'han considerat els últims 6 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2011	Global	8,5
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús sistemàtic del preservatiu en les relacions sexuals amb clients en dones TS en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2011	Global	90,1
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús sistemàtic del preservatiu en les relacions sexuals amb parella estable en TS en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2011	Global	5,6
UDVP					
INDICADOR GARP 2.2 i INDICADOR ECDC. Percentatge d'UDVP que declaren haver fet servir preservatiu en la darrera relació sexual [adaptació: relacions sexuals en els últims 6 mesos segons el tipus de parella]	Monitoratge conductual	Biennal	2012-2013	Global	Parella estable: 38,8; parella ocasional: 74,6

INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús sistemàtic del preservatiu en les relacions sexuals amb parelles estables en UDVP en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2012-2013	Global	29,3	
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús sistemàtic del preservatiu en les relacions sexuals amb parella ocasional en UDVP en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2012-2013	Global	63	
INDICADOR GARP 2.3. Percentatge d'UDVP que declaren haver usat material estèril la darrera vegada que es van injectar [adaptació: es considera ús sempre de xeringues estèril en la injecció dels darrers 6 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2012-2013	Global	87,3	
JOVES (menors de 25 anys)						
Edat mitjana en la primera relació sexual	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012	Global	16,6	
				Sexe	Home	16,7
	Poblacions sentinella (ASSIR)	Biennal	2012		Global	16
				Poblacions sentinella (Presons)		Biennal
INDICADOR GARP 1.2. Percentatge d'homes i dones de 15-24 anys que van tenir la primera relació sexual abans dels 15	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012	Global	12,3	
Percentatge de joves que han tingut una relació sexual completa (anal o vaginal)	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012	Global	79,8	
				Sexe	Home	76,1
INDICADOR ECDC. Nombre mitjà de parelles sexuals en els últims 12 mesos	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012		Global	2,1
	Poblacions sentinella (ASSIR)	Biennal		2		
	Poblacions sentinella (Presons)	Biennal	2014	2,2		

INDICADOR ECDC. Percentatge de població jove heterosexual sexualment activa que ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual en els últims 12 mesos	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012	Global	66,2	
	Poblacions sentinella (ASSIR)	Biennal			52	
	Poblacions sentinella (Presons)	Biennal	2014		21,3	
Percentatge de casos amb diagnòstic d'una ITS amb ús del preservatiu en la darrera pràctica sexual	Poblacions sentinella (ASSIR)	Biennal	2012	Global	39,5	
	Poblacions sentinella (Presons)	Biennal	2014		4,2	
Prevalença anticonceptiva en la darrera relació sexual ^o	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012	Global	89,7	
				Sexe	Home	91
					Dona	88,4
Ús de l'anticoncepció d'emergència alguna vegada ^{oo}	Monitoratge conductual ⁺	Única	2012	Global	Dona	49,2
Taxa d'embaràs adolescent (< 20) (%)	<i>Informe Indicadors de salut perinatal a Catalunya, Departament de Salut; Moviment natural de la població, Idescat</i> ³⁵ ₃₆	Anyal	2012	Global	2,3	
INDICADOR GARP 1.1. Percentatge de dones i homes de 15-24 anys que identifiquen correctament les vies de transmissió sexual del VIH i rebutgen les principals idees errònies sobre la transmissió del VIH [adaptació: responen correctament a usar preservatiu, picadura de mosquit, beure del mateix vas; no s'ha inclòs tenir relacions dins de la parella]	<i>Encuesta de salud y hábitos sexuales, Instituto Nacional d'Estadística</i> ³⁷	Única	2003	Global	70,8	

* L'indicador pot estar infravalorat per la manera com s'ha construït l'indicador EMIS (respondre correctament als cinc ítems de coneixements de la transmissió del VIH). + Els indicadors de joves obtinguts del monitoratge conductual formen part del projecte «Joves, salut i Internet», finançat per l'Institut Català d'Oncologia. ^o Entre els que han tingut alguna relació sexual alguna vegada (es consideren els mètodes anticonceptius orals, DIU, diafragma, preservatiu, lligadura de trompes, mètode d'Ogino i altres, i se n'exclou qui ha usat la marxa enrere). ^{oo} Entre els que han tingut alguna relació sexual alguna vegada

RESPOSTA						
Diagnòstic						
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador	
Nombre de proves de detecció del VIH dutes a terme anualment en saunes	Agència de Salut Pública de Catalunya	Anual	2012-2013	Global	463	
Nombre de proves de detecció del VIH dutes a terme en farmàcies	Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida, Departament de Salut	Anual	2014	Global	1.578	
Nombre de proves dutes a terme anualment en els centres de detecció anònima d'anticossos del VIH	HIVDEVO	Anual	2014	Global	10.868	
Nombre de proves de detecció del VIH dutes a terme anualment a la xarxa de laboratoris de Catalunya	VIHLABCAT	Anual	2014	Global	258.483	
Taxa de proves de detecció del VIH dutes a terme anualment a la xarxa de laboratoris de Catalunya (per 1.000 habitants)	VIHLABCAT	Anual	2014	Global	34,8	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	18,8
					Tarragona	25,1
					Lleida	32,8
					Girona	21,5
					Catalunya Central	34,0
					Barcelona	38,7
Alt Pirineu i Aran	-					

³⁵ Jané Checa M, Vidal Benedé MJ, Tomás Bonodo Z. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2012. Informe complet. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.

³⁶ Moviment Natural de Població. Institut d'Estadística de Catalunya; 2012.

³⁷ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Madrid: INE, 2003.

Percentatge de proves positives entre les dutes a terme a la xarxa de laboratoris de Catalunya	VIHLABCAT	Anual	2014	Global	0,7	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	0,2
					Tarragona	0,3
					Lleida	0,5
					Girona	0,2
					Catalunya Central	0,2
					Barcelona	0,9
Alt Pirineu i Aran	-					
Percentatge de proves positives entre les dutes a terme en centres de detecció anònima d'anticossos contra el VIH	HIVDEVO	Anual	2014	Global	2,0	
INDICADOR GARP 1.5 i INDICADOR ECDC. Percentatge de persones d'entre 15 i 49 anys que s'han fet la prova de detecció del VIH en els últims 12 mesos i coneixen els resultats	<i>Encuesta de salud y hábitos sexuales,</i> Institut Nacional d'Estadística ³⁷	Única	2003	Global	6,4	
INDICADOR GARP 1.9 i INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que s'han fet una prova de detecció del VIH en els últims 12 mesos i coneixen els resultats [adaptació: dones TS]	Monitoratge conductual	Biennal	2011	Global	67,8	
INDICADOR GARP 1.13 i INDICADOR ECDC. Percentatge de HSH que s'han fet una prova de detecció del VIH en els últims 12 mesos i coneixen els resultats	Monitoratge conductual	Biennal	2013	Global	63,6	
INDICADOR GARP 2.4 i INDICADOR ECDC. Percentatge d'UDVP que s'han fet una prova de detecció del VIH en els últims 12 mesos i coneixen els resultats	Monitoratge conductual	Biennal	2012-2013	Global	70,4	

Percentatge de retard diagnòstic*	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	43,1	
				Sexe	Home	45
					Dona	28,8
				Edat	13-24	23,1
					25-44	42,7
					45-49	52,6
					≥ 50	59,6
				Grups de població	UDVP	61,5
					HSH	38,4
					Home heterosexual	67,7
	Dona heterosexual	28,6				
					Altres/RNQ	50,0
	Registre de MDO de Catalunya	Anual	2013	Global	42,0	
				Sexe	Home	42,2
Dona					40,7	
Edat				13-24	20	
				25-44	40	
				45-49	64	
				≥ 50	63	
Grups de població				UDVP	50	
				HSH	38,0	
				Home heterosexual	55	
	Dona heterosexual	40				
Percentatge d'infecció recent entre els nous diagnòstics	AERI	Anual	2011	Global	34,6	
*Noves infeccions diagnosticades amb un nivell de CD4 < 350 mm ³ .						

Tractament						
Percentatge de pacients que sobreviuen al cap de 5 anys d'haver iniciat tractament	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	92,6	
					Retard del diagnòstic	91
					Sense retard del diagnòstic	96,8
Esperança de vida en pacients que inicien tractament (en anys)	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2012	Global	Als 20 anys	40,5
					Als 35 anys	30
Anys potencials de vida perduts a causa del VIH abans dels 65 anys en pacients que inicien tractament (per 1.000 persones/any)	Cohort PISCIS	Biennal	2010-2012	Global	303,8	
INDICADOR GARP 4.1. Percentatge d'adults i nens elegibles actualment en TAR [adaptació: % d'adults]	Cohort PISCIS	Biennal	2012	Global	92,4	
INDICADOR GARP 4.2. Percentatge d'adults i nens infectats pel VIH en tractament al cap de 12 mesos d'haver iniciat el TAR [adaptació: % d'adults]	Cohort PISCIS	Biennal	2010-2012	Global	89,2	
Percentatge de pacients amb càrrega viral indetectable al cap de 6 mesos d'haver iniciat tractament	Cohort PISCIS	Biennal	2010-2012	Global	94,9	
Anys de vida guanyats en adults pel tractament del total de població des de l'inici de l'epidèmia	Spectrum/EPP	Anual	Fins al 2014	Global	21.163	
Percentatge de resistències transmeses en pacients amb infecció recent	AERI	Anual	2005	Global	11	
Percentatge de subtipus no-B en pacients amb infecció recent	AERI	Anual	2005	Global	19,2	

INDICADOR GARP 5.1. Percentatge de casos incidents de la tuberculosi en persones amb VIH que reben tractament per la tuberculosi i pel VIH [adaptació: compliment del tractament de tuberculosi en persones infectades pel VIH]	<i>Informe anual sobre la situació epidemiològica i la tendència de l'epidèmia tuberculosa a Catalunya,</i> Agència de Salut Pública de Catalunya ³⁸	Anual	2011	Global	65
INDICADOR GARP 1.11. Percentatge de HSH als quals han arribat els programes preventius	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	69,5
INDICADOR GARP 1.7. Percentatge de TS als quals arriben els programes preventius	Monitoratge conductual				No disponible
INDICADOR GARP 2.1. Nombre de xeringues distribuïdes per UDVP i per any segons els programes d'intercanvi de xeringues (xeringues per injector/any) [adaptació: s'ha fet una estimació del nombre d'injectors]	Subdirecció General de Drogodependències	Biennal	2013	Global	136-145

³⁸ Rodés Monegal A, Jané Checa M, López Espinilla MM, García Lebrón M. Informe anual 2012. Situació epidemiològica i tendència de l'epidèmia tuberculosa a Catalunya. Prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014.

Altres indicadors de salut sexual i reproductiva						
Prevalença anticonceptiva en dones fèrtils de 15 a 49 anys [adaptació: conjunt d'Espanya]	<i>VII encuesta de anticoncepción en España, Grupo Daphne</i> ³⁹	Única	2011	Global	75	
Ús d'anticoncepció d'emergència en dones de 15 a 49 anys alguna vegada a la vida	<i>Encuesta poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital, Sociedad Española de Contracepción</i> ⁴⁰	Única	2011	Global	15,4	
Edat mitjana quan es té el primer fill	<i>Moviment natural de la població, Idescat</i> ³⁶	Anual	2012	Global	30,1	
Percentatge de cesàries	<i>Moviment natural de la població, Idescat</i> ³⁶	Anual	2012	Global	27	
Índex sintètic d'avortament (IVE per dona) ^{††}	<i>Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs, Departament de Salut</i> ⁴¹	Anual	2012	Origen ^{††}	Espanyoles	0,3
					Estrangeres	0,7
Índex sintètic de fecunditat (fill per dona) ^{††}	<i>Moviment natural de la població, Idescat</i> ³⁶	Anual	2012	Origen ^{††}	Espanyoles	1,1
					Estrangeres	1,6

³⁹ Equipo Daphne. VII Encuesta de Anticoncepción en España. [Madrid]: Bayer Healthcare; [2011].

⁴⁰ SIGMADOS. Encuesta poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2011.

⁴¹ Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs. Catalunya, 2012. [Barcelona]: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2013.

Indicadors complementaris					
INDICADOR GARP 7.2. Proporció de dones amb parella o casades alguna vegada d'entre 15 i 49 anys que han patit violència física o sexual de la seva parella sentimental en els últims 12 mesos [adaptació: denúncies rebudes per violència de gènere]	<i>Boletín Estadístico Mensual sobre Violencia de Género</i> , Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ⁴²	Anual	2013	Global	12,9
INDICADOR 6.1. Despesa en ajuda a la sida nacional i internacional per categoria i fonts de finançament (€) [adaptació: transferències anuals destinades a activitats de prevenció del VIH a Catalunya]	<i>Informe de Evaluación del Plan Multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012</i> , Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ⁴³	Anual	2011	Global	653.187
INDICADOR GARP 7.1. Compromisos nacionales i instruments polítics				En construcció	
INDICADOR GARP 7.3. Assistència escolar d'alumnes orfes i no orfes de 10 a 14 anys				No aplicable	
INDICADOR GARP 7.4. Proporció de llars més pobres que han rebut ajuda econòmica externa en els últims 3 mesos				No aplicable	

RNQ: risc no qualificat;

†† La categoria «estranger» correspon a persones amb nacionalitat diferent de l'espanyola.

⁴² Boletín estadístico mensual sobre violencia de género. Agosto 2014. [Madrid]: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

⁴³ Informe de Evaluación del Plan Multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2013.

SIVES 2015

**Fonts
d'informació**

5.1. Registre de MDO

El Registre de MDO es basa en la declaració setmanal numèrica o individualitzada del personal sanitari quan es presenta un pacient amb indicis clínics o sospita d'alguna de les ITS que són de declaració obligatòria. Un nou decret reordena la totalitat de la normativa que hi havia fins ara en aquesta matèria. Es tracta del Decret 67/2010, de 25 de maig, pel qual es regula el sistema de notificació de MDO i brots epidèmics al Departament de Salut.

En aquest enllaç, a l'apartat *Declaració obligatòria*, estan disponibles els documents de *Definició de cas de Malalties de Declaració obligatòria* i el *Manual de notificació de les Malalties de Declaració Obligatòria*:
http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/

5.1.1. Declaració numèrica

La declaració numèrica cal fer-la setmanalment (la setmana s'inicia a les 00 hores del diumenge i s'acaba a les 24 hores del dissabte següent).

Les ITS de declaració numèrica són la infecció genital per clamídia, el condiloma acuminat, l'herpes genital, la tricomonosi, l'oftàlmia neonatal i l'agregat d'altres ITS.

5.1.2. Declaració individualitzada

Algunes de les malalties que s'han de declarar han de ser notificades de manera individualitzada per permetre una acció epidemiològica i de control immediata. La declaració individualitzada es duu a terme en el moment que la malaltia és detectada, mitjançant un imprès de notificació individualitzada. La informació recollida a l'imprès és d'ús estrictament sanitari i confidencial.

Les ITS de declaració individualitzada són, des del 1997, la sífilis congènita, i, des del 2007, la sífilis infecciosa, la gonocòccia i l'LGV. D'altra banda, la sida és de declaració individualitzada des del 1987, mentre que la infecció pel VIH va ser de notificació voluntària des del 2001 fins al 2010. Amb la publicació del Decret 67/2010, de 25 de maig, la infecció pel VIH passa a ser una MDO individualitzada, i queda integrada en els circuits de vigilància epidemiològica de Catalunya.

5.2. El Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC)

L'SNMC es fonamenta en la recollida d'informació microbiològica dels diagnòstics etiològics seleccionats, que notifiquen de manera voluntària diversos laboratoris hospitalaris i de referència. Actualment declaren a l'SNMC un total de 50 laboratoris hospitalaris de diverses àrees geogràfiques de Catalunya. Els microorganismes notificats es classifiquen en 11 entitats clíniques:

- micobacteriosi
- ITS
- meningoencefalitis
- infeccions de les vies respiratòries
- enteritis
- bacterièmies sense focus
- altres malalties infeccioses
- malaltia pneumocòccica invasiva
- malaltia meningocòccica invasiva
- malaltia per *Haemophilus influenzae* invasiva
- listeriosi

El Departament de Salut publica al Canal Salut, apartat *Notificació microbiològica*, tota la informació que recull l'SNMC: centres que hi participen, llista de microorganismes i criteris de notificació:
http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/

5.3. Xarxes sentinella

Les xarxes sentinella són utilitzades per a la vigilància sentinella del VIH i altres ITS i com a complement de la informació recollida pels altres sistemes.

5.3.1. El Registre d'infeccions de transmissió sexual de Catalunya (RITS)

El RITS és un sistema de vigilància sentinella de les ITS a Catalunya i forma part del Repositori d'epidemiologia de Catalunya (REC), dins del portal del Departament de Salut. En el RITS es registren declaracions voluntàries de 12 ITS diagnosticades per 164 professionals sentinelles de 64 centres d'atenció primària (programes d'ASSIR, medicina de família i atenció especialitzada per a les ITS) dins del territori català. La informació demogràfica, clínica i de conducta es recull de manera voluntària mitjançant un qüestionari estandarditzat. La població diana són els casos incidents de les ITS als centres d'atenció primària participants, i es considera com a objecte de notificació qualsevol cas amb un diagnòstic o més d'alguna de les ITS incloses al RITS duta a terme pels metges i altres professionals sanitaris que hi col·laboren. Fins ara, amb el RITS s'han complementat les dades de les notificacions de MDO numèrica, per descriure el que passa en la resta de les ITS que no es poden descriure mitjançant els altres registres.

5.3.2. Xarxa de centres alternatius d'oferta de la prova de detecció del VIH (HIVDEVO)

Des de l'any 1994, els centres on es pot fer la detecció voluntària d'anticossos (HIVDEVO) recullen dades epidemiològiques de les persones que fan ús d'aquest servei. A Catalunya actualment hi ha 12 centres d'aquestes característiques, que, junt amb el consell assistit, ofereixen la prova, que és voluntària, gratuïta, anònima i confidencial. Aquests centres estan localitzats a Barcelona (ACASC, CJAS, BCN-Checkpoint, SAPS-Creu Roja, Stop Sida, Àmbit Prevenció i Gais Positius), Sabadell i Terrassa (Actua Vallès), Lleida (Associació Antisida de Lleida), Girona (ACAS Girona) i Tarragona (Assexora TGN i Creu Roja TGN). La prova està subvencionada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

5.3.3. Xarxa de laboratoris que declaren l'activitat diagnòstica del VIH (LABCAT)

L'any 1992 es va crear a Catalunya una xarxa de laboratoris que notifiquen voluntàriament les proves diagnòstiques del VIH i el resultat obtingut. Actualment, aquesta xarxa està composta per laboratoris hospitalaris, laboratoris d'atenció primària i laboratoris de titularitat privada (HIVLABCAT). Tots envien un informe mensual al CEEISCAT en el qual comuniquen tant el nombre total de proves diagnòstiques que han dut a terme com la quantitat de nous diagnòstics d'infecció pel VIH (en queden excloses les proves per al cribratge de donacions sanguínies).

5.4. Poblacions sentinella

El monitoratge de poblacions sentinella ens permet conèixer les variacions o tendències de la prevalença del VIH i les altres ITS i les conductes de risc associades en aquests grups de població i la distribució d'aquestes infeccions a Catalunya, i complementa la informació rebuda pels sistemes d'informació existents. Aquestes poblacions se seleccionen amb criteris de representativitat, homogeneïtat i accessibilitat, i es pretén reflectir tant la població general com els grups de població amb més activitats de risc d'adquisició del VIH i la resta d'ITS.

5.4.1. Nounats (VIH nadó)

L'estimació de la prevalença d'infecció pel VIH en les dones embarassades de Catalunya s'obté a partir de mostres de sang del cordó umbilical del nadó conservat en paper assecant, que són recollides sistemàticament per al Programa de cribratge neonatal de les metabolopaties. Aquest Programa cobreix el 99% dels nadons nascuts vius cada any a Catalunya i es duu a terme des de l'any 1994. El cribratge anònim no relacionat del VIH recull mostres biològiques de gairebé la meitat dels nadons nascuts vius.

Juntament amb la mostra biològica, el programa «VIH nadó» recull informació, mitjançant un qüestionari, de l'edat, el país d'origen del pare i la mare del nadó, i de la província, el lloc de residència i el sexe del nadó.

5.4.2. Donants de sang

Des del 1985, totes les donacions de sang han estat testades de manera sistemàtica per detectar la infecció pel VIH a la sang i prevenir-ne la transmissió progressiva per via sanguínia o trasplantament de teixit. Les dades agregades de positivitat pel que fa al VIH s'envien al CEEISCAT sistemàticament per calcular la prevalença del virus en població de baix risc. A més, es recullen variables demogràfiques com ara el grup d'edat i el sexe. El numerador són totes les donacions seropositives respecte al VIH d'un any en concret, i el denominador, totes les donacions rebudes el mateix any al Banc de Teixits de Catalunya.

5.4.3. Interns en centres penitenciaris de Catalunya

Des de l'any 1995, el SIVES fa el seguiment de la prevalença d'infecció pel VIH en la població d'interns en centres penitenciaris mitjançant la recollida d'informació sistemàtica de dades d'anticossos anti-VIH a tres centres de Catalunya. Es calcula la prevalença instantània amb les dades de positivitat pel que fa al VIH, l'edat i el sexe per un dia exacte de l'any d'estudi. El numerador són tots els interns infectats pel VIH d'un dia en concret, i el denominador és la població interna del mateix dia als tres centres d'estudi.

5.4.4. Joves usuaris dels centres d'ASSIR i els centres d'atenció als joves

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades, es duen a terme talls transversals biennals en població de joves d'edats compreses entre els 16 i els 25 anys atesos als centres d'ASSIR i els centres d'atenció als joves. L'objectiu d'aquests estudis és determinar la prevalença de *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* i els factors determinants d'aquestes infeccions. El primer tall transversal es va fer el 2007.

L'any 2012 es va dur a terme el tercer tall transversal en una mostra de conveniència de 500 joves. La mostra va ser representativa dels 14 centres inclosos en l'estudi, distribuïts per les regions sanitàries de Barcelona, Catalunya Central, Girona i Lleida: tres corresponien a centres d'atenció als joves i els onze restants eren centres d'ASSIR. Es va mesurar a més la taxa de reinfecció per *Chlamydia trachomatis* al cap de sis mesos dels casos positius basals. Per determinar les ITS objecte d'estudi, s'utilitzen tècniques d'amplificació d'ADN, reacció en cadena de la polimerasa (PCR) en temps real (Abbott Real Time PCR CT/NG CE) en mostres d'orina. Per calcular la prevalença de *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* es determina el nombre de mostres positives respecte del total de mostres analitzades.

Per estudiar els factors determinants de les infeccions, es va distribuir a cada participant un qüestionari semiestructurat i estandarditzat per emplenar, un cop s'havia signat un consentiment informat. El qüestionari constava de 40 preguntes, estructurades segons dades sociodemogràfiques, relacions de parella, contracepció, pràctiques sexuals dels darrers dotze mesos, altres conductes de risc, consum de drogues, antecedents clínics i motiu de consulta. Per analitzar les dades, es va dur a terme una anàlisi descriptiva de totes les variables i posteriorment es va dissenyar un model multivariant de regressió logística per estudiar els factors de risc associats amb la infecció genital per *Chlamydia trachomatis*.

5.4.5. Joves interns en centres penitenciaris de Catalunya

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades, es duen a terme talls transversals biennals en població de joves interns en centres penitenciaris d'edats compreses entre els 18 i els 25 anys per determinar la prevalença de *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* i els factors determinants d'aquestes infeccions en la població jove penitenciària. Aquest estudi es va iniciar el 2008.

Durant el segon semestre de l'any 2014 es va dur a terme el tercer tall transversal en una mostra de conveniència de 500 joves menors de 25 anys interns en els centres penitenciaris de Dones, Brians-1, Quatre Camins i Joves. Es van obtenir, amb consentiment informat, mostres d'orina de tots els participants per determinar la infecció per *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae*, i van ser analitzades mitjançant tècniques d'amplificació d'ADN, PCR en temps real (Abbott Real Time PCR CT/NG CE). Per calcular la prevalença de *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* es va determinar el nombre de mostres positives respecte del total de mostres analitzades.

Per estudiar els factors determinants de les infeccions, es va distribuir a cada participant un qüestionari semiestructurat i estandarditzat per emplenar, un cop s'havia signat un consentiment informat. El qüestionari constava de 40 preguntes, estructurades segons dades sociodemogràfiques, relacions de parella, contracepció, pràctiques sexuals dels darrers dotze mesos, altres conductes de risc, consum de drogues, antecedents clínics i coneixement d'ITS. Per analitzar les dades, es va dur a terme una anàlisi descriptiva de totes les variables i posteriorment es va dissenyar un model multivariant de regressió logística per estudiar els factors de risc associats amb la infecció genital per *Chlamydia trachomatis*.

5.4.6. Dones treballadores del sexe

A Catalunya, el monitoratge de la prevalença del VIH/ITS i de les conductes associades en dones TS es va iniciar l'any 2005. S'han dut a terme quatre estudis transversals (anys 2005, 2007, 2009 i 2011), en col·laboració amb l'associació Àmbit Prevenció. En cada estudi, es va seleccionar una mostra de conveniència de 400 dones més grans de 18 anys, que es va estratificar per província i país d'origen, i considerant l'assignació proporcional en cada estrat. Les dones procedien del carrer, pisos, clubs i bars d'arreu del territori català. La informació conductual es va recollir, amb consentiment informat, mitjançant un qüestionari estructurat, anònim i adaptat a partir de l'utilitzat per Metges del Món en l'estudi de la Fundació per a la Investigació i la Prevenció de la Sida a Espanya (FIPSE) del 2002.⁴⁴ En el qüestionari, que es va traduir al romanès, el rus i l'anglès, es preguntava per les conductes dels darrers sis mesos. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'infecció pel VIH.⁴⁵

5.4.7. Usuaris de droga per via parenteral en centres de reducció de danys

L'any 2008 es va iniciar el monitoratge del VIH, del VHC i de les conductes associades amb UDVP usuaris de centres de reducció de danys. Els UDVP se seleccionaven arreu del territori català en centres de reducció de danys, mitjançant un mostreig multietapa estratificat per tipus de centre (segons si el percentatge estimat d'immigració era més gran del 5% o no) i per país d'origen dins de cada centre. El criteri d'inclusió va ser haver-se injectat drogues en alguna ocasió durant els últims sis mesos. Es va recollir, amb consentiment informat, la informació conductual mitjançant un qüestionari estandarditzat i anònim, administrat per la persona encarregada de l'entrevista i desenvolupat per l'OMS.⁴⁶ En el qüestionari, que es va traduir al romanès, el rus, el francès i l'anglès, es preguntava per les conductes dels darrers sis mesos. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'infecció pel VIH⁴⁷ i pel VHC,⁴⁸ respectivament.

⁴⁴ Estébanez P, Rodríguez MA, Rodrigo J, Ramon P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. Estudio financiado por FIPSE, 2002. Expediente 2065/99.

⁴⁵ Chohan BH, Lavreys L, Mandaliya KN, Kreiss JK, Bwayo JJ, Ndinya-Achola JO, et al. Validation of a modified commercial enzyme-linked immunoassay for detection of human immunodeficiency virus type 1 immunoglobulin G antibodies in saliva. ClinDiagn Lab Immunol. Març 2001;8(2):346-8.

⁴⁶ World Health Organization. Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection: a report prepared on behalf of the WHO International Collaborative Group. Ginebra: WHO; 1994.

⁴⁷ Genscreen HIV-1|2 Assay Version 2 Bio-Rad Laboratories, Inc. 1000 Alfred Nobel Drive Hercules CA 94547 United States 5107247000. <http://www.bio-rad.com>.

5.4.8. Usuaris de droga per via parenteral de centres de tractament

A Catalunya, el monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH mitjançant la recollida d'informació sistemàtica en la població sentinella d'UDVP que va iniciar el tractament relatiu a la drogoaddicció als centres de la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències es va iniciar l'any 1996. Les proves de detecció d'anticossos contra el VIH en aquests centres van ser voluntàries, i es van utilitzar els algorismes que l'ONUSIDA/OMS recomana per determinar anticossos en aquests tipus d'estudis.⁴⁹

5.4.9. Usuaris de droga per via parenteral entrevistats al carrer

Des del 1993 i biennalment, s'han dut a terme set mesures transversals per fer el seguiment de l'evolució de la prevalença d'infecció pel VIH i els comportaments sexuals i d'ús de drogues en UDVP entrevistats majoritàriament al carrer, a les zones de venda i consum de drogues. El criteri d'inclusió va ser haver-se injectat drogues en alguna ocasió durant els últims dos mesos (estudis 1993-2004) o els últims sis mesos (estudi 2006). Es va recollir, amb consentiment informat, la informació conductual mitjançant un qüestionari estandarditzat i anònim, administrat per la persona encarregada de l'entrevista i desenvolupat per l'OMS, en el qual es preguntava per les conductes dels darrers sis mesos. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'infecció pel VIH⁵⁰ i pel VHC (en la mesura de 2006), respectivament.

5.4.10. Homes que tenen relacions sexuals amb homes

Des del 1993, i amb una periodicitat biennal, s'han dut a terme set estudis transversals amb la participació d'una organització comunitària d'homes homosexuals (associació Stop Sida). La mesura més recent ha estat durant els mesos de maig i juny del 2013. Es tracta d'un estudi multicèntric amb la finalitat d'obtenir informació vàlida i fiable sobre la prevalença del VIH, les conductes sexuals de risc i les necessitats relatives a la prevenció dels HSH en diferents països europeus (projecte SIALON II: Capacity building in combining targeted prevention with meaningful HIV surveillance among MSM, finançat pel Programa de salut pública de la Comissió Europea). La metodologia utilitzada per recollir la mostra va ser la del *time-location sampling* (TLS), un mètode quasiprobabilístic que assegura una diversitat més àmplia de la població de HSH que acudeixen a aquest tipus de locals.^{51,52} A més d'informació conductual mitjançant un qüestionari anònim, es recullen, amb consentiment informat, mostres de fluid oral per estimar la prevalença del VIH. Més informació: <http://www.sialon.eu/>.

⁴⁸ Judd A, Parry J, Hickman M, McDonald T, Jordan L, Lewis K, et al. Evaluation of a modified commercial assay in detecting antibody to hepatitis C virus in oral fluids and dried blood spots. *J Med Virol.* 2003;71(1):49-55.

⁴⁹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) - WHO. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. *Wkly Epidemiol Rec.* 21 març 1997;72(12):81-7.

⁵⁰ Granade TC, Phillips SK, Parekh B, Gomez P, Kitson-Piggott W, Oleander H, et al. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1998;5(2):171-5.

⁵¹ Fisher Raymond H, Ick T, Grasso M, Vaudrey J, McFerland W. Resource Guide: Time Location Sampling (TLS). San Francisco Department of Public Health HIV Epidemiology Section, Behavioral Surveillance Unit; 2007.

⁵² Montoliu A, Ferrer L, Folch C, Esteve A, Casabona J. Planificació de un muestreo en poblaciones ocultas mediante Time Location Sampling. XXXII Reunión de la SEE y el IX Congreso da APE. Alacant, 3-6 setembre 2014.

5.5. Estudis observacionals longitudinals

Els estudis observacionals longitudinals han tingut un paper fonamental en l'estudi de la infecció pel VIH/sida i han permès fer un seguiment dels pacients al llarg del temps. Temes tan rellevants com ara entendre la història natural de la infecció, saber quan cal iniciar el TAR i explicar la progressió de la malaltia durant el TARGA, entre molts d'altres, han estat considerats mitjançant el desenvolupament d'aquest tipus d'estudis epidemiològics.

5.5.1. Cohort PISCIS

La cohort PISCIS és un estudi multicèntric longitudinal i prospectiu d'individus infectats pel VIH. El seguiment es fa d'acord amb les guies clíniques publicades. Els objectius principals de la cohort són estudiar la història natural del VIH a l'era del TAR, avaluar l'eficàcia del TAR i estudiar les coinfeccions amb l'hepatitis C i l'hepatitis B. S'hi han inclòs tots els pacients amb el VIH més grans de 16 anys a qui s'ha fet un seguiment per primera vegada en un dels catorze hospitals que participen a Catalunya i les Illes Balears després del gener del 1998, independentment de l'etapa de la malaltia o el grau d'immunosupressió. Entre el gener del 1998 i el desembre del 2011, s'hi van incloure 14.673 pacients seropositius pel VIH (73.726 persones / any de seguiment). L'aprovació ètica ha estat concedida pel comitè d'ètica del centre coordinador, i la confidencialitat està assegurada a través de l'adhesió a la Llei de protecció de dades. La cohort PISCIS participa activament en diverses col·laboracions de cohorts internacionals, com ara ART-CC, COHERE i HIV-Causal, incloent-hi l'autoria principal en publicacions i projectes d'investigació.

Per impossibilitats tècniques en la recollida de dades, no s'ha pogut actualitzar el seguiment dels pacients inclosos en la cohort PISCIS més enllà de l'abril del 2012.

5.5.2. Cohort ÍTACA

La cohort ÍTACA és un estudi longitudinal prospectiu en HSH VIH negatius fruit de la col·laboració entre un centre de recerca, el CEEISCAT, i un centre comunitari, BCN Checkpoint. És la primera cohort establerta en un centre de detecció del VIH i altres ITS de base comunitària en HSH a Espanya.

La cohort ÍTACA va ser dissenyada amb el propòsit d'estandarditzar procediments de recollida de dades per millorar el funcionament del centre comunitari i establir una plataforma estable de HSH VIH negatius per poder desenvolupar i avaluar intervencions de prevenció i implementar estudis epidemiològics. Després d'un període de seguiment dels instruments de recollida d'informació, el projecte ÍTACA es va iniciar el 2008.

Com a criteris d'inclusió, es té en compte que els usuaris que demanen fer-se la prova de detecció del VIH a BCN Checkpoint siguin majors d'edat, tinguin un resultat negatiu en la prova del VIH en visita basal i hagin signat el consentiment informat.

Els procediments de la cohort ÍTACA en la primera visita i les visites de seguiment, almenys un cop l'any, són recollir informació biològica dels participants a través de la prova ràpida a la sang de detecció d'anticossos contra el VIH (Determine 1/2), recollir informació sociodemogràfica, conductual i epidemiològica a través d'un qüestionari que emplena un membre del grup d'iguals de BCN Checkpoint i oferir un consell assistit exhaustiu basat en la valoració professional del risc d'infecció pel VIH.

Els circuits estan establerts: quan es detecta un cas de seroconversió, es deriva al sistema sanitari convencional perquè se'n pugui fer el seguiment i el tractament corresponents.

5.5.3. Cohort NENEXP

La cohort NENEXP és un estudi longitudinal en dones embarassades infectades pel VIH i els seus fills, que es duu a terme en deu hospitals de Catalunya. Aquest estudi recull informació de tots els nounats atesos als centres participants que han estat exposats al VIH i/o a tractament terapèutic o profilàctic amb antiretrovirals durant l'embaràs, el part o bé els 28 dies posteriors al naixement, així com de les mares respectives. Els objectius principals de l'estudi són determinar i fer el seguiment de la taxa de transmissió vertical del VIH i identificar-ne els determinants a Catalunya; detectar i fer el seguiment dels efectes adversos de l'ús del TAR en la gestació, el part i el període neonatal sobre la gestant, el fetus i el nounat a curt, mitjà i llarg termini; descriure el perfil sociodemogràfic de les dones infectades pel VIH que no van rebre atenció prenatal fins al moment del part, i identificar els factors materns, de la gestació i del nounat relacionats amb l'aparició d'efectes adversos al TAR en els infants exposats durant la gestació, el part i les primeres setmanes de vida.

5.6. Altres projectes i estudis observacionals

5.6.1. Estudi pilot per implementar la prova ràpida de detecció del VIH i del VHC en els programes de reducció de danys per a usuaris de drogues per via parenteral a Catalunya

La prova ràpida de detecció del VIH i del VHC en els programes de reducció de danys per a UDVP pot afavorir la detecció d'aquestes infeccions en poblacions d'alt risc que no busquen atenció sanitària convencional.

Els objectius d'aquest estudi pilot van ser determinar la viabilitat i l'acceptabilitat de les proves ràpides del VIH i VHC en els programes de reducció de danys a Catalunya, identificar la prevalença del VIH i del VHC en aquests programes i descriure el percentatge de casos reactius que es confirmen.

Entre l'abril i el desembre del 2011 es van oferir les proves ràpides en fluid oral del VHC i del VIH als usuaris de 13 programes de reducció de danys (sis de centres fixos, cinc d'unitats mòbils o equips de carrer i dos de centres mixtos). Es van recollir dades epidemiològiques i es va fer el seguiment de les proves ràpides i els resultats corresponents.

5.6.2. Prevalença de la infecció del VIH i acceptabilitat de la prova ràpida de detecció del VIH en pacients que van als serveis d'urgències

Els objectius d'aquesta prova pilot van ser estudiar l'acceptabilitat de la prova ràpida en els pacients que assisteixen als serveis d'emergència i estimar la prevalença de la infecció pel VIH en aquesta població.

Aquest estudi d'intervenció es va dur a terme en el servei d'urgències de l'Hospital de Mataró (Barcelona), des del juliol del 2010 fins al març del 2013. Dues infermeres van oferir la prova ràpida de detecció del VIH en fluid oral als pacients d'entre 18 i 64 anys que havien anat al servei d'urgències i que eren capaços de proporcionar el consentiment informat per fer la prova. Els criteris d'exclusió van ser la infecció pel VIH autodeclarada i la incapacitat per donar el consentiment informat. Els participants van ser inclosos en l'estudi per les dues infermeres després del triatge. La mostra calculada va ser de 3.000 pacients analitzats.

5.6.3. Enquesta europea en línia dirigida a homes que tenen relacions sexuals amb homes (European MSM Internet Survey, EMIS)

L'EMIS forma part d'un projecte multicèntric finançat per la Comissió Europea (Programa de Salut 2008-2013) en què van participar més de 180.000 homes de 38 països europeus i va estar disponible en 25 idiomes. L'objectiu principal de l'EMIS va ser descriure les conductes de risc dels HSH enfront del VIH i altres ITS dins del marc de vigilància del VIH de segona generació. A Espanya hi van participar el CEEISCAT, com a centre associat al projecte, i l'ONG Stop Sida, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i el Centre Nacional d'Epidemiologia de l'Institut de Salut Carlos III, com a centres col·laboradors. Les dades es van recollir entre els mesos de juny i agost del 2010 mitjançant una enquesta per Internet d'autodeclaració, anònima i confidencial. L'enquesta va incloure preguntes sobre característiques sociodemogràfiques; estigmatització i discriminació; conductes sexuals amb parelles estables i ocasionals en els últims

dotze mesos; relacions sexuals fora d'Espanya; relacions sexuals a canvi de diners i drogues; consum d'alcohol i drogues; coneixements sobre el VIH/sida, les ITS i la profilaxi postexposició al VIH; l'accés a informació i material preventiu; l'accés a les proves de detecció del VIH i altres ITS; l'accés al TAR; la prova de detecció del VIH i el resultat de l'última prova, i el diagnòstic previ d'ITS. Entre aquestes preguntes es van incloure quinze indicadors bàsics per fer el seguiment de les conductes en HSH suggerits per l'ECDC.⁵³ La difusió de l'enquesta va estar promocionada pels principals portals nacionals existents a Internet orientats al públic gai (Chueca, Gayromeo i Bakala) i internacionals (Gayromeo i Manhunt). També es van distribuir per tot l'Estat espanyol 500 pòsters i 10.000 targetes amb informació de l'estudi. Ho van sustentar els plans de sida autonòmics, la Federació Estatal de Lesbianes, Gais, Transsexuals i Bisexuals, la Coordinadora Gai-Lesbiana i altres ONG.

5.6.4. Enquesta a joves

L'any 2012 es va dur a terme una enquesta en línia a una mostra de 800 joves de 16 a 24 anys d'edat residents a Catalunya. La mostra es va seleccionar a partir d'un panel de població de més de 70.000 persones i es va estratificar per edat, sexe i província. L'assignació als estrats es va dur a terme de manera proporcional. D'altra banda, es va considerar la densitat de població dels municipis de residència com a quota no encreuada per contrarestar possibles diferències entre l'àmbit rural i l'urbà (10-14% d'enquestes en municipis de menys de 5.000 habitants).

Els entrevistats eren convidats a participar en l'estudi de manera individual mitjançant un procés de captació exclusiu mitjançant bases de dades preexistents. En el panell hi havia una sèrie de mesures que garantien la qualitat del treball de camp, com ara el control del temps de resposta del qüestionari, així com de la consistència en les respostes.

El qüestionari era anònim i en línia. Per elaborar-lo es va tenir en compte l'Enquesta nacional de salut i hàbits sexuals del 2003, de l'Institut Nacional d'Estadística i el Pla nacional de sida, incorporant-hi els indicadors proposats per l'ONUSIDA per avaluar la salut sexual en població jove (indicadors GARP: Global AIDS Response Progress Reporting, de l'ONUSIDA).

5.6.5. Enquesta d'acceptabilitat de les intervencions biomèdiques per a la prevenció del VIH i enquesta ACCEPT

El CEEISCAT i l'associació Stop Sida de Barcelona han estat els promotors de l'estudi d'àmbit estatal *Acceptabilitat i potencial impacte de les intervencions biomèdiques (profilaxi preexposició i circumcisió) per a la prevenció primària del VIH*, el qual tenia com a objectiu descriure els coneixements, actituds i conductes i les intencions d'ús referents a les intervencions biomèdiques que han resultat ser eficaces per prevenir el VIH en HSH.

L'enquesta s'ha implementat en suport de paper a les entitats Stop Sida de Barcelona, Adhara de Sevilla i el Centre d'Informació i Prevenció de la Sida (CIPS) d'Alacant, i simultàniament a través d'Internet a tot l'Estat espanyol. ACCEPT és el nom que rep la branca en línia de l'enquesta, la qual, per tal de rendibilitzar el recurs que ofereix el Survey Monkey d'enquestes en línia, integrada, a més, l'estudi *Acceptabilitat i viabilitat d'utilitzar noves tecnologies per notificar a contactes sexuals una infecció de transmissió sexual en el col·lectiu gai*.

L'estudi es va difondre a través de bàners penjats a llocs web espanyols per a gais (Bakala i Chueca). Es va comptar amb el suport de les organitzacions no governamentals i els CIPS que participen en la versió en paper de l'enquesta de PrEP.

El període d'implementació de l'enquesta en línia va ser del juliol al novembre del 2013, i el de l'enquesta en paper, del juny del 2013 al febrer del 2014.

L'enquesta incloïa preguntes sobre conductes de risc, la cura i la salut sexual, i els coneixements i les actituds referents a la PrEP i la circumcisió en homes gais, bisexuals i altres HSH.

⁵³ European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Estocolm: ECDC; 2009.

5.7. Modelització i projeccions

Els estudis de modelització i projeccions permeten obtenir informació útil per entendre les epidèmies i estimar-ne l'evolució.

5.7.1. Programa d'estimacions i projeccions Spectrum/EPP 2011

L'Spectrum/EPP 2011 (programa d'estimacions i projeccions) és un paquet d'aplicacions de modelització de l'epidèmia del VIH fàcils d'usar que ofereixen a les autoritats sanitàries una eina analítica de suport a l'hora de prendre decisions.

L'Spectrum/EPP 2011 s'ha desenvolupat per entendre la magnitud de l'epidèmia i estimar els principals indicadors del VIH a partir de les tendències de la incidència i la prevalença produïda pel model. Aquests indicadors inclouen el nombre de persones infectades pel VIH, les noves infeccions de sida, les morts, el nombre d'adults i infants que necessiten tractament i l'impacte del TAR sobre la supervivència. Les estimacions d'aquests indicadors són utilitzades pels organismes internacionals per mobilitzar el compromís i els recursos, així com pels països que volen desenvolupar plans estratègics nacionals per identificar i establir objectius de tractament i estimar l'impacte de la teràpia antiretroviral i de la prevenció de la transmissió vertical en la població.

El Grup de Referència de l'ONUSIDA sobre Estimacions, Models i Projeccions (<http://www.epidem.org/>) revisa els paràmetres utilitzats en l'Spectrum cada dos anys. La revisió d'aquestes dades i la incorporació d'informació addicional permeten recomanar canvis en la metodologia i els supòsits utilitzats en l'Spectrum per incorporar les noves troballes de la investigació i proporcionar els indicadors necessaris per planificar els programes nacionals de VIH. Diverses actualitzacions recents sobre la progressió de la infecció pel VIH des de l'inici fins a la mort en absència de tractament s'han beneficiat de l'experiència dels estudis de cohorts de llarga durada, i les noves cohorts de tractament han proporcionat dades valuoses sobre els efectes del TAR sobre la supervivència.

Les principals dades necessàries per generar les estimacions de l'Spectrum/EPP van ser característiques de les subpoblacions (mida, demografia i durada en la subpoblació), distribució de TAR de primera i segona línia en la població general i les subpoblacions, les dades prenatales sentinella de vigilància clínica i les dades de les enquestes de prevalença de la majoria de poblacions d'alt risc. Altres dades necessàries per a l'estimació en l'Spectrum són la distribució dels règims d'antiretrovirals per prevenir la transmissió maternoinfantil del VIH entre les dones embarassades infectades, la distribució de les pràctiques d'alimentació entre les mares infectades pel VIH, la proporció de persones amb VIH avançat en TAR per any i la distribució del tractament amb cotrimoxazole i TAR entre els infants. Les dades sobre la prevalença del VIH provenien de la vigilància sentinella nacional del VIH de segona generació, estudis de vigilància de conductes i estudis específics. A la **taula 1** es pot veure el detall de les fonts de dades utilitzades.

Hi ha certes limitacions en els models matemàtics en general i del programari Spectrum en particular: alguns dels supòsits de l'Spectrum deriven d'un nombre petit d'estudis que poden no ser representatius de totes les poblacions clau; els paràmetres usats per defecte en l'Spectrum es calculen principalment considerant els països de renda baixa i mitjana, i aquests paràmetres poden no ser apropiats per als models d'epidèmies en països d'ingressos alts; l'impacte dels programes de prevenció i l'expansió de les proves de detecció del VIH no estan inclosos en les projeccions, i encara que l'impacte que tenen en les noves infeccions no sigui clar, s'han de tenir en compte en les estimacions de la incidència i la prevalença del VIH.

El model Spectrum/EPP 2011 ha estat finançat principalment per la United States Agency for International Development (USAID), amb la col·laboració tècnica de l'ONUSIDA, l'OMS, la UNICEF, la Divisió de Població de les Nacions Unides, l'Oficina del Cens dels Estats Units d'Amèrica, el Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPA) i altres organitzacions. El programa està disponible en diversos idiomes de manera gratuïta a <http://www.futuresinstitute.org/>.

5.7.2. Cascada

La cascada és una representació visual del nombre d'individus infectats pel VIH/sida en les etapes successives de l'atenció i el tractament d'aquesta malaltia.

Les estimacions del nombre de persones de cada etapa es duen a terme aplicant un percentatge sobre el nombre de persones estimat en l'etapa anterior.

La primera estimació que es presenta és el nombre de persones infectades pel VIH, que deriva del model Spectrum/EPP 2011.

A partir d'aquesta primera estimació s'aplica successivament el percentatge de persones amb diagnòstic, en seguiment actiu, en TAR, amb supressió viral.

Per calcular el percentatge de persones sense diagnòstic es van utilitzar, a falta d'estimacions directes, estimacions europees derivades de la literatura. Els percentatges de persones en seguiment actiu, en TAR i amb supressió viral es van estimar a partir de les dades de la cohort PISCIS.

Es van considerar «persones en seguiment actiu» les que havien tingut almenys un contacte amb l'hospital durant l'últim any, i «persones en TAR», les que estaven en seguiment actiu i havien rebut TAR durant aquest període. Finalment, de les persones en TAR, es van considerar les que presentaven càrregues inferiors a 50 còpies/ml.

SIVES 2015

Annexos

Annex I. Dades provisionals dels nous diagnòstics de VIH i dels casos SIDA notificats l'any 2014 a Catalunya

Diagnòstics de VIH

L'any 2014, de manera provisional, es van notificar 524 casos de VIH.

El 88% dels casos van ser homes i el 12% dones amb una raó home:dona de 7:1.

La mitjana d'edat dels casos ha estat de 36,6 anys. El grup de joves entre 15 i 24 anys representa el 9,5% del total de casos notificats i cap cas en menor de 15 anys.

Quant al lloc d'origen dels casos, el 37% dels casos es van notificar en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (196), el 55% pertanyien a persones originàries de països d'Amèrica Llatina i Carib. Des del 2001 i fins l'any 2008 es va observar un increment progressiu de les persones immigrants en el total de casos de VIH al llarg del període analitzat, passant del 24% al 46%, respectivament. A partir del 2008 i fins l'any 2014, la proporció d'immigrants del total de diagnòstics de VIH es va estabilitzar.

La via de transmissió més freqüent ha estat la dels HSH (42%) seguit dels homes heterosexuales (8%), de les dones heterosexuales (6%) i dels UDVP (1,5%) Durant període 2001-2013, els diagnòstics de VIH en HSH s'han incrementat un 145%, passant de 193 casos al 2001 a 473 casos al 2013. En els homes heterosexuales, els diagnòstics de VIH han disminuït un 38%, passant de 194 casos al 2001 a 121 casos al 2013 i en les dones heterosexuales ha disminuït un 31%, passant de 118 casos al 2001 a 81 casos al 2013. Finalment, els diagnòstics de VIH en UDVP han disminuït un 68%, passant de 166 casos al 2001 a 53 casos al 2013.

Diagnòstic tardà

A efectes d'aquest informe s'ha definit diagnòstic tardà (DT) de la infecció pel VIH quan la xifra del recompte de limfòcits CD4 més pròxima al diagnòstic ha estat inferior a 350 cels/microlitre (muL) i DT amb malaltia avançada (DTA) quan el recompte de CD4 ha estat inferior a 200 cels/muL.

Dels 524 diagnòstics de VIH declarats l'any 2014, en 429 (82%) constava informació sobre el recompte de limfòcits CD4 i d'aquests complien criteris de DT de la infecció pel VIH el 42% dels casos, dels quals el 22% presenten DTA. S'observa una disminució del diagnòstic tardà de la infecció per VIH, que passa del 60%, el 2001, al 42% el 2013.

La proporció de diagnòstic tardà va ser superior en les dones que en els homes (56% i 43%, respectivament) i va augmentar amb l'edat: del 14%, en menors de 25 anys; del 40%, entre els 25 i els 44 anys; i del 65%, en els majors de 45 anys. Respecte a la via de transmissió, la major proporció de diagnòstic tardà es va observar entre els UDVP (628%) i seguit dels homes i dones heterosexuales (56%, en ambdós casos). Els HSH són els que presenten menys diagnòstic tardà (37%).

Casos de SIDA

Pel que fa a l'any 2014, de manera provisional, el nombre total casos de SIDA declarats ha estat de 93. El 83% dels casos són homes i el 17% dones, amb una raó home:dona de 5:1.

De manera provisional, les malalties indicatives de sida més freqüents al 2014 han estat la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* (28,8%) i la candidiasi esofàgica (15,1%).

Figura 1. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció per VIH segons regió sanitària de residència, 2014

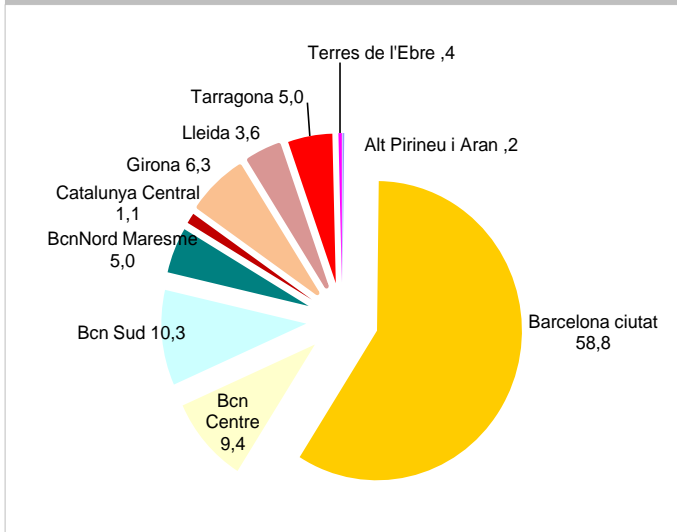


Figura 2. Distribució dels diagnòstics de VIH per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2014

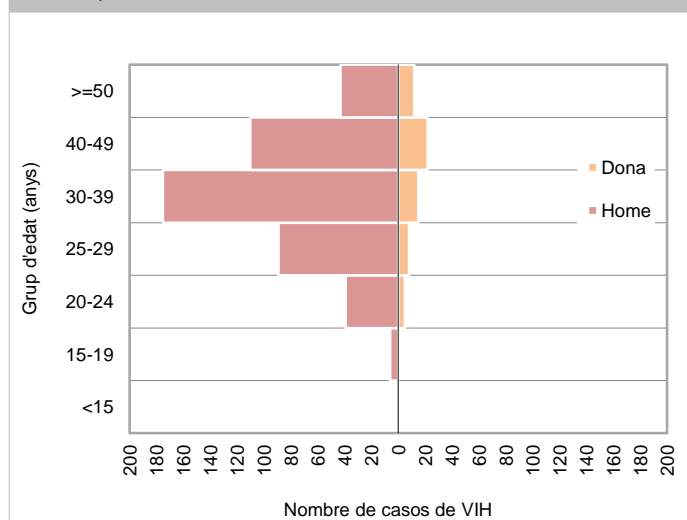
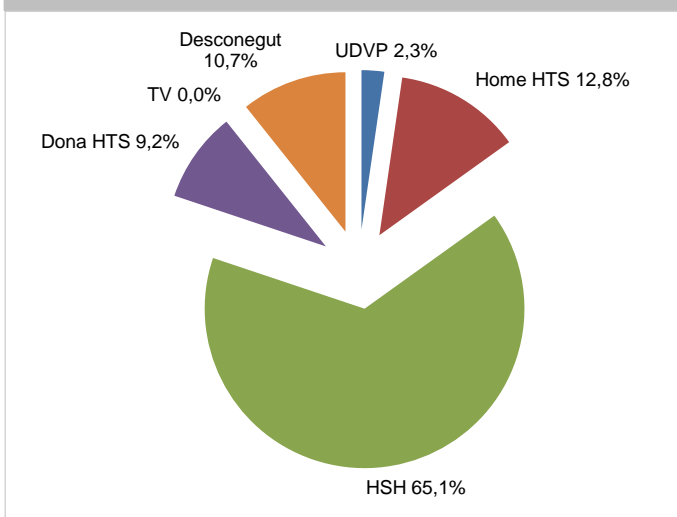


Figura 3. Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons vies de transmissió, 2014



Annex II. Deu indicadors globals del monitoratge del VIH*

	Indicador	Font
1. Persones vivint amb el VIH	34.200 (0,5%)	Spectrum/EPP, 2014
2. Finançament nacional del VIH [adaptació: Transferències anuals destinades a activitats de prevenció del VIH a Catalunya]	653.187	Informe de Evaluación del Plan Multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
3. Prevenció segons població clau		
3.1. Treballadores del sexe (TS) que declaren haver usat el preservatiu amb el darrer client	client fix: 91,1% client no fix: 99,2%	Monitoratge conductual, 2011
3.2. Homes que tenen sexe amb homes (HSH) que declaren haver usat el preservatiu a la darrera penetració anal amb una parella masculina	68,70%	Monitoratge conductual, 2013
3.3. Material d'injecció distribuït per usuari de drogues per via parenteral (UDVP)	136-145 xeringues/any	Subdirecció General de Drogodependències, 2013
3.4. Població general que ha tingut més d'una parella el darrer any que declaren haver usat el preservatiu	Home: 75,1% Dona: 75,0%	Encuesta Nacional de Salud Sexual. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009
4. Persones vivint amb el VIH diagnosticat	71%	Cascada de serveis
5. Cobertura de l'atenció al VIH	20.160 (60%)	Cascada de serveis
6. Cobertura del tractament	55%	Cascada de serveis
7. Adherència la tractament	89,20%	Cohort PISCIS, 2010-2012
8. Supressió viral	48%	Cascada de serveis
9. Morts per causa de SIDA	2,2 per 100.000 habitants	Registre MDO de Catalunya, 2008
10. Incidència del VIH	0,01 per 1.000 persones HSH: 2,4 per 100 persones-any	Spectrum/EPP, 2014 Cohort ITACA en HSH, 2008-2011
*Indicadors clau recomanats per l'Organització Mundial de la Salut pel monitoratge de la resposta del sector salut al VIH (World Health Organization (WHO). Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: WHO; 2015).		

Annex III. Abreviacions

ASSIR	Atenció a la salut sexual i reproductiva
CEEISCAT	Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya
DE	Desviació estàndard
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
GARP	Global AIDS Response Progress
HSH	Homes que tenen sexe amb homes
IC	Interval de confiança
ITS	Infecció de transmissió sexual
LGV	Limfogranuloma veneri
MDO	Malaltia de declaració obligatòria
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONUSIDA	Programa Conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/sida
PCR	Reacció en cadena per la polimerasa
PrEP	profilaxi preexposició
RITS	Registre de les infeccions de transmissió sexual de Catalunya
RIQ	Rang interquartílic
SNMC	Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya
TAR	Tractament antiretroviral
TARGA	Tractament antiretroviral de gran activitat
TS	Treballador/a del sexe
UDVP	Usuari de drogues per via parenteral
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV&AIDS
VHC	Virus de l'hepatitis C
VIH	Virus de la immunodeficiència humana

Annex IV. Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació

Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH/sida i de les infeccions de transmissió sexual

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública

Direcció General de Salut Pública. (M. Jané, G. Carmona, P. Ciruela).

Unitats de vigilància epidemiològica

UVE Barcelonès Nord i Maresme (J. Álvarez, I. Parrón); UVE Barcelona - Zona Sud (I. Barrabeig); UVE Vallès Occidental Vallès Oriental (R. Sala); UVE Regió Catalunya Central (R. Torra); Serveis Territorials de Salut a Girona (N. Camps, M. Company); Serveis Territorials de Salut a Lleida (P. Godoy, A. Artigues); Serveis Territorials de Salut a Tarragona (S. Minguell, P. Pons); Serveis Territorials de Salut a Terres de l'Ebre (J. Ferràs); ASPB (J.A. Caylà, P. Garcia de Olalla, R. Clos); Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. Departament de Justícia (R.A. Guerrero, V. Humet).

Dades de mortalitat

Registre de Mortalitat del Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. DS (R. Gispert, A. Puigdefàbregas, G. Ribas).

HIVSANG

Laboratori de Seguretat Transfusional. Banc de Sang i Teixits. Edifici Vall d'Hebron (S.Sauleda).

HIVPRESO

Direcció General de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil.(R. Guerrero, M.V. Humet).

SIALON II

Projecte "Capacity building in combining targeted prevention with meaningful HIV surveillance among men who have sex with men (MSM)". Participants: Itàlia, Romania, Eslovàquia, Eslovènia, Bèlgica, Bulgària, Alemanya, Lituània, Polònia, Portugal, Suècia, Regne Unit, Espanya i EU/DGSANCO, de l'European Commission under the Public Health Programme 200-2008-2013.

Participants a Catalunya: Servei de microbiologia. HUGTIP; Associació Stop Sida (R. Muñoz, P. Fernández i entrevistadors: Percy, Jose, Giorgio, Edu i Gilbert).

REDAN 2012-13

Associació Àmbit Prevenció (M. Meroño, A. Altabas); ASPB (T. Brugal, A. Espelt, C. Vecino); Subdirecció General de Drogodependències - Agència de Salut Pública de Catalunya (X. Majó, J. Colom); Servei de microbiologia HUGTIP (V. González, V. Ausina); Altres Centres de Reducció de Danys (Àmbit Prevenció; SAPS, Baluard, CAS Lluís Companys; "El Local" Sant Adrià; AEC-Gris Hospitalet; Asaupa'm Badalona; Asaupa'm Santa Coloma; CAS Reus, AIDE Terrassa, Alba Terrassa, Arrels Lleida; CAS Reus; Bus Creu Roja Constantí, IAS Girona, CADO Vic) i entrevistadors (A. Romaguera, M. Bessa, C. Stanescu, T. Balbas, J. Jiménez, M. Creixell, P. Freixa, M. Muñoz, S.I. Moreira, L. Virgili, L. Otin, C. Lazar, S. Riveros).

HIVITS-TS 2011

Associació Àmbit Prevenció (C. Sanclemente, C. Lazar) i entrevistadores: C. Lazar, M. Bessa, M. Castro, S. Lopez, C. Rives, D. Faixó, A. Rafel, C. Benítez, M. Melgosa, S. Notario, S. Moreira, S. Sendyk, M. García, C. Stanescu, L. Virgili, M. Creixell, M. Sanchez, J. Jiménez, L. Otin) i les associacions Antisida de Lleida, Programa Carretera (Hospital Sant Jaume de Calella), Actua Vallès, el lloc de la Dona, Fundació Projecte i Vida - projecte prevenció Osona i Agència per l'abordatge integral del treball sexual de Barcelona.

HIVUDVPT

Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. DS (X. Majó, L. García).

RITS: Registre de les ITS de Catalunya

Equips d'atenció primària (EAP)

Girona

Salt 2: CAP Alfons Moré i Paretas (M.Dolores Rivero Gemar).

Catalunya Central

Navarcles/Sant Fruitós de Bages: CAP Sant Fruitós de Bages (X. Puigdemongols Armengol); Vic 2 sud: CAP El Remei (P. Aguila Pujols, R. Codinachs Alsina).

Barcelona

Barcelona 10H: CAP Sant Martí (B. Escorihuela Martínez); Barcelona: CAP Ciutat Vella (David García Hernández).

Metropolitana Nord

ABS Pineda de Mar: CAP Pineda de Mar (P. Paulo Burguete); Premià de Mar: CAP Premià de Mar (A. Valls Martínez); Santa Coloma de Gramenet 5: Unitat de Salut Internacional Metropolitana Nord (L. Valerio Sallent).

Metropolitana Sud

L'Hospitalet de Llobregat 11: CAP Gornal (C. Pérez Olivera); Castelldefels 2: CAP Can Bou (M.J. Jareño Sanz, V.M. Silvestre Puerto); Vilanova i la Geltrú 3: CAP Baix-a-Mar (J. Milozzi Berrocal).

Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR)

Girona

ASSIR Baix Empordà (CABE): Hospital de Palamós (D. Meza Mejías, E. Castañeda, D., Pérez Pleguezuelo, E.M. Vicedo Madrazo, J.M. Marqueta Sánchez, E. Apalimov, E. Folch Borràs, M.L. Monje Beltran, E. Lineros Oller, V. Márquez Expósito, M. Hidalgo Grau, Ma.R.Vila Hernández); ASSIR Baix Empordà (CABE): CAP La Bisbal d'Empordà (M.E. Cesar Olmos, M. Hidalgo Grau); ASSIR Baix Empordà (CABE): CAP Torroella de Montgrí (M.E. Cesar Olmos, Ma.R.Vila Hernández); ASSIR Baix Empordà (CABE): CAP Catalina Cargol (Palamós) (E. Folch Borràs); ASSIR Baix Empordà (CABE): CAP Josep Alsina i Bofill (Palafrugell) (E. Lineros Oller); ASSIR Baix Empordà (CABE): CAP Sant Feliu de Guíxols (V. Márquez Expósito, M. Hidalgo Grau); ASSIR Baix Empordà (CABE): (A. Garatea).

Catalunya Central

ASSIR Anoia (ICS): CAP Anoia (R. Hernández Beltran).

Barcelona

Àmbit Barcelona Ciutat: (C. Martínez Bueno); ASSIR Esquerra (ICS): CAP Manso (M.R. Almirall Oliver, J. Cid Vaquero, J. Xandri Casals); ASSIR Esquerra (ICS): CAP Numància (A. Payaró Llisterra); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR): CAP Dr. Lluís Sayé (M. Vilamala Muns, S. Vera García). ASSIR Litoral (Parc Salut MAR): CAP Gòtic (À. Ramírez Hidalgo, M. Padró Matarrodona, J. Gimeno Banus); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR): CAP Sant Martí - El Clot (M. Honrado Eguren).

Metropolitana Nord

Àmbit Metropolitana Nord: (G. Falguera Puig); ASSIR Maresme (ICS): CAP La Llàntia (C. Coll Capdevila). ASSIR Badalona (BSA): CASSIR BSA (À. AVECILLA Palau, M. de Sebastian Sánchez, I. Ferré de Diego, M. Teixidó Famadas, D. Mateo Lara, M. del Socorro Ferrero Barrio); ASSIR Cerdanyola/Ripollet (ICS): CAP Cerdanyola-Ripollet (A. Acera Pérez, D. Rodríguez Capriles, P. Soterias Guasch, N.A. Sánchez García, M. Robert Ribosa, C. Basset Ausas, C. Graells Batet); ASSIR Granollers (ICS): CAP Vallès Oriental (D. Guix Llistuella, J. Relat Llavina, A. Prats Oliveras, M. Duran de Grau); ASSIR Mollet del Vallès: (M.J. Ayuso Campos, E. López Gimeno, Ingrid Navarro Alonso, Montserrat Manzaneres Miguel); ASSIR Rubí/Sant Cugat/Terrassa (Mútua Terrassa): CAP Rambla (E. Coll Navarro); ASSIR Sabadell (ICS): CAP Sant Fèlix (Pilar Soterias

Guasch, Ramón Espelt i Badia, Edit López-Grado Nerín, Josep F. Sobrino Solano, Montse Villanueva Guevara, Àngels González Conesa).

Unitats d'ITS

Barcelona

UITs: Programa Especial de Malalties Infeccioses Vall d'Hebron-Drassanes. Hospital Universitari Vall d'Hebron (M. Arando Lasagabaster, P. Armengol Egea, M. J. Barberá Gracia, M. Vall Mayans, M. Cajal, C. Martín Callizo, G. Torrell, E. Ugarte); UITs: Servei d'Andrologia - Fundació Puigvert (À. Vives Suñé); UITs: Servei Dermatologia – Hospital Clínic de Barcelona (M. Alsina Gisbert, JL Blanco, I. Fuertes, S. Pedregosa).

CT/NG-PRESONS

Direcció General de Serveis Penitenciaris de Catalunya (R. Guerrero, M.V. Humet); Centre penitenciari de Dones de Barcelona (C. Sanchez, T. Quiroga); Centre Penitenciari de Joves (M^{aj}. Leal, M. Alvarez), Centre penitenciari Brians 1 (N.Teixidó, J.Larino), Centre penitenciaria Quatre Camins (J. Pau, L. Moruno).

CT/NG-ASSIR

ASSIR CAP II Prat de la Riba, Lleida (M^{aj}. Garrofé), ASSIR Hospital de Palamós, Palamós (E. César, E. Folch), ASSIR BSA Mare de Deu de Lorda, Badalona (A. AVECILLA, M. de Sebastián, M. Teixido), ASSIR Mataró-Maresme, Mataró (A. de Castro, I. Gonzalez, C. Coll), ASSIR CAP II Sant Fèlix, Sabadell (R. Espelt, M. Abella, G. Falguera), ASSIR CAP II Cerdanyola-Ripollet, Ripollet (A. Acera, M. Robert, A. Cárceles, NA. Sánchez, M. Robert, M. Llucià, P. Soteras, A. Cuenca, S. Mesa), ASSIR CAP Osona, Vic (J. Tarres, J. Grau), ASSIR Bages-Solsonès, Manresa (N. Crespo, P. Piqué), ASSIR Terrassa, Terrassa (M^{ai}. Cayuela), ASSIR Mollet, Mollet del Vallès (E. López, M. Manzanares, E. Adarve, A. Torrent), ASSIR Granollers, Granollers (D. Guix), ASSIR Esquerre, Barcelona (C. Seguí, J. Xandri, R. Almirall, F. Valenzuela, A. Payaró, L. Zamora, C. Piorno, M. Roure, G. Labay, R. Astudillo, X. Diez, E. Pícola, R. Escriche, E. Vela, C. Fernandez), Centre de salut per a Joves de l'hospitalet, Hospitalet del Llobregat (E. Arranz, E. Castillo), Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, CJAS, Barcelona (I. Campo, R. Ros), Centre Jove de salut, Girona (M. Hernandez, C. Fornells).

Monitoratge de la prevenció del VIH i dels comportaments

EMIS

Enquesta Europea per Internet dirigida a homes que tenen relacions sexuals amb homes (European MSM Internet Survey (EMIS)) forma part d'un projecte multicèntric, finançat per la Comissió Europea (UE-Programa de Salut 2008-2013). Els participants associats: Alemanya, Itàlia, Països Baixos, Regne unit i Espanya.

SIALON II

Projecte "Capacity building in combining targeted prevention with meaningful HIV surveillance among men who have sex with men (MSM)". Participants: Itàlia, Romania, Eslovàquia, Eslovènia, Bèlgica, Bulgària, Alemanya, Lituània, Polònia, Portugal, Suècia, Regne Unit, Espanya i EU/DGSANCO, de l'European Commission under the Public Health Programme 200-2008-2013.

Participants a Catalunya: Servei de microbiologia. HUGTIP; Associació Stop Sida (R. Muñoz, P. Fernández i entrevistadors: Percy, Jose, Giorgio, Edu i Gilbert).

REDAN 2012-13

Associació Àmbit Prevenció (M. Meroño, A. Altabas); ASPB (T. Brugal, A. Espelt, C. Vecino); Subdirecció General de Drogodependències - Agència de Salut Pública de Catalunya (X. Majó, J. Colom); Servei de microbiologia HUGTIP (V. González, V. Ausina); Altres Centres de Reducció de Danys (Àmbit Prevenció; SAPS, Baluard, CAS Lluís Companys; "El Local" Sant Adrià; AEC-Gris Hospitalet; Asaupa'm Badalona; Asaupa'm Santa Coloma; CAS Reus, AIDE Terrassa, Alba Terrassa, Arrels Lleida; CAS Reus; Bus Creu Roja Constantí, IAS Girona, CADO Vic) i entrevistadors (A. Romaguera, M. Bessa, C. Stanescu, T. Balbas, J. Jiménez, M. Creixell, P. Freixa, M. Muñoz, S.I. Moreira, L. Virgili, L. Otin, C. Lazar, S. Riveros).

HIVITS-TS 2011

Associació Àmbit Prevenció (C. Sanclemente, C. Lazar) i entrevistadores: C. Lazar, M. Bessa, M. Castro, S. Lopez, C. Rives, D. Faixó, A. Rafel, C. Benítez, M. Melgosa, S. Notario, S. Moreira, S. Sendyk, M. García, C. Stanescu, L. Virgili, M. Creixell, M. Sanchez, J. Jiménez, L. Otin) i les associacions Antisida de Lleida, Programa Carretera (Hospital Sant Jaume de Calella), Actua Vallès, el lloc de la Dona, Fundació Projecte i Vida - projecte prevenció Osona i Agència per l'abordatge integral del treball sexual de Barcelona.

Estudi Joves i Internet

Programa de Recerca en Epidemiologia del Càncer – ICO (X. Bosch, S. Sanjosé, L. Bruni, M. Brotons, X. Castellsegué), Agència de Salut Pública de Catalunya (C. Cabezas, L. Urbizondo), Internet Interdisciplinary Institute de la UOC (F. Lupiañez), Block d'Idees (I. Soler).

Monitoratge del diagnòstic del VIH

Laboratoris de Catalunya (HIVLABCAT)

Servei d'Anàlisis Clíniques, Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farré); Laboratori Clínic Tarraco (A. Vilanova, L. Guasp, C. Sarvisé; C. Molina); Laboratori Clínic CAP Just Oliveres, L'Hospitalet (E. Dopico); Laboratori Clínic Barcelonès Nord i Vallès Oriental (J. Ros, C. Guardiola); Laboratori Clínic Bon Pastor (R. López); Laboratori Clínic Manso (I. Rodrigo; P. Bermejo); Consorci Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (A. Bosch, M.A. Benítez; A. Cebollero); Servei de Microbiologia, Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J. Joven); Laboratori de Referència Sud, Reus (J.M. Simó); Servei d'Hematologia, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortin); Laboratori d'anàlisis clíniques. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (M.J. Ferri); Servei d'anàlisis clíniques, Hospital Sant Jaume de Calella (I. Caballé, J. Massa); Servei de Microbiologia, Hospital de Mataró (G. Sauca); Servei de Microbiologia, HUGTIP (L. Matas); Laboratori de Microbiologia, Hospital Universitari de Bellvitge (A. Casanova; L. Calatayud); Laboratori de Microbiologia. Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (M.A. Gasos); Servei de bioquímica, Hospital General de Granollers (M.C. Villà); Laboratori de microbiologia, Hospital General de Vic (J.M. Euras); Laboratori Althaia Hospital General de Manresa (J. Franquesa); Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, Fundació Altaia (M. Morta); Laboratori d'immunologia, Corporació Sanitària Parc Taulí (M.J. Amengual); Laboratori de microbiologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Laboratori de microbiologia, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (T. Pumarola, J. Costa); Laboratori de microbiologia, Laboratori de Referència de Catalunya (M. Salvador); Servei de Microbiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Laboratori de anàlisis Dr. Echevarne (J. Huguet).

Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya (HIVDEVO)

CJAS (R. Ros, A.M. Gutiérrez; M. Pérez; M.P. Oliver); SAPS (E. Juárez, O. Díaz, E. Adan; L. Andreo); Stop-Sida (J. Bonilla; A. Morales); Associació Anti-Sida de Lleida (N. Barberà, A. Binaixa, A. Rafel); ACASC (E. Caballero, J. Becerra, L.A. Leal; J. Quezadas); Actua Vallès (A. Avellaneda, M. Sité, B. Alsina; E. Artigas; M. López; R. del Valle; A. Capitán); Projecte dels Noms (J. Saz, F. Pujol, M. Meulbroeck); Associació Àmbit Prevenció (M. Meroño, C. Jacques, C. Lazar, S. Silva); Gais Positius (V. Mateu, J. Roqueta; R. Araneda; A. Pazos); ACAS Girona (A. Lara).

Altres projectes

Grup d'estudi PISCIS

Coordinadors: J. Casabona (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya: CEEISCAT), Jose M. Miró (Hospital Clínic-Idibaps, Universitat de Barcelona).

Coordinador de camp: CNJ Campbell (CEEISCAT).

Comitè executiu: J. Casabona, A. Esteve, CNJ Campbell (CEEISCAT), Jose M. Miró (Hospital Clínic-Idibaps, Universitat de Barcelona), D. Podzamczar (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL), J. Murillas (Hospital Son Espases de Mallorca).

Comitè Científic: JM Gatell, C. Manzano (Hospital Clínic-Idibaps, Universitat de Barcelona), C. Tural, B. Clotet (Fundació Lluita contra la Sida, Fundació Irsicaixa, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona), E. Ferrer (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL), M. Riera (Hospital Son Espases de Mallorca), F. Segura, G. Navarro (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Universitat

Autònoma de Barcelona), L. Force (Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme), J. Vilaró (Hospital General de Vic), A. Masabeu (Hospital de Palamós), I. García (Hospital General d'Hospitalet), J. Mercadal (Hospital Comarcal de l'Alt Penedès), C. Cifuentes, F. Homar (Hospital Son Llàtzer), D. Dalmau, À. Jaen (Hospital Universitari Mútua de Terrassa), P. Domingo (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), V. Falcó, A. Curran (Hospital Universitari Vall d'Hebron), C. Agustí (CEEISCAT).

Gestió de dades i anàlisi estadístic: A. Esteve, A. Montoliu (CEEISCAT), I. Pérez (Hospital Clínic- Idibaps, Universitat de Barcelona), Jordi Curto (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL).

Suport informàtic: F. Sànchez (CEEISCAT), F. Gargoulas, (Hospital Son Espases y Hospital Son Llàtzer), A. Gómez (Hospital Comarcal de l'Alt Penedès), JC Rubia (Hospital General d'Hospitalet).

Clínic participants: L. Zamora, J.L. Blanco, F. Garcia- Alcaide, E. Martínez, J. Mallolas, (Hospital Clínic-Idibaps, Universitat de Barcelona), JM. Llibre, G. Sirera, J. Romeu, A. Jou, E. Negredo, (Fundació Lluita contra la Sida, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona), M. Saumoy, A. Imaz, F. Bolao, C. Cabellos, C. Peña, S. DiYacovo, E. Van Den Eynde (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL), M. Sala, M. Cervantes, M.J. Amengual, M. Navarro, V. Segura (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona,) P. Barrufet, (Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme), J. Molina, M. Alvaro, María Orriols (Hospital Alt Penedès de Vilafranca), T. Payeras (Hospital Son Llàtzer), M^a Gracia Mateo (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau).

Representants de la societat civil:

Juane Fernández (Comitè 1er de Desembre), Joan Bertran (RedVIH).

AERIVIH

Laboratoris

Laboratori Clínic Manso. Barcelona (I. Rodrigo); Consorci Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (M.Á. Benítez , A. Cebollero); Hospital Clínic - IDIBAPS (T. Pumarola); Hospital Universitari de Bellvitge – Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) (A. Casanova); HUGTIP (E. Martró, L. Matas, V. González, V. Ausina); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farré); Hospital de Mataró (M.G. Sauca); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortín); Corporació Sanitària Parc Taulí (M.J. Armengual); Hospital de Palamós (J.M. Prats); Hospital General de Vic (M. Navarro); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J.M. Simó); Hospital General de l'Hospitalet (E. Márquez).

Clínic

Hospital Clínic - IDIBAPS (J.M. Miró, F. Agüero, O. Sued, M. López-Diéguez, C. Manzardo, J.M. Gatell); Hospital Universitari de Bellvitge – IDIBELL (E. Ferrer, D. Podzamczar); HUGTIP (C. Tural, B. Clotet); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Ribera); Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (J.M. Guadarrama); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo, M.M. Gutiérrez, M.G. Mateo, J. Martínez); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (T. Puig); Hospital de Mataró (P. Barrufet, L. Force); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (A. Ortí); Corporació Sanitària Parc Taulí (G. Navarro, F. Segura); Hospital de Palamós (À. Masabeu); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (B. Coll, C. Alonso Villaverde); Hospital General de l'Hospitalet (I. Garcia).

Community-based testing sites

Laboratori Sabater Tobella (R. Sala); SAPS - Creu Roja, Barcelona (O. Díaz, E. Adan); Associació Stop Sida (J. Bonilla, A. Morales); Projecte dels Noms – Joves positius, Barcelona (F. Pujol, J. Saz, M. Meulbroek); Associació Àmbit Prevenció, Barcelona (M. Meroño, S. Silva, C. Lazar); ACASC (J. Becerra, L. Leal); CJAS (R. Ros, A. Gutiérrez, M. Pérez); Actua Vallès (B. Alsina, A. Avellaneda, M. Sité); Gais Positius (J. Roqueta, V. Mateu, R. Araneda).

ÍTACA

Hispanosida (F. Pujol, M. Meulbroek, H. Taboada, J. Saz, F. Pérez); Empresa Q-Soft; entrada de dades (Hispanosida).

Resistències primàries als ARV i determinació de subtipus en els infectats (sub-projecte AERIVIH)

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (J.M. MirÓ, O. Sued, T. Pumarola, E. de Lazzari); Fundació IrsiCaixa (B. Clotet, L. Ruiz, T. Puig).

Laboratoris

Laboratori Clínic Manso (I. Rodrigo); Laboratori Clínic Cornellà de Llobregat (R. Navarro); Laboratori Clínic El Maresme (C. Rovira); Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL (A. Casanova); Servei de microbiologia. HUGTIP (E. Martró, L. Matas, V. González, V. Ausina); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farre); Hospital de Mataró (M.G. Sauca); Hospital De Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortin); Corporació Sanitària Parc taulí (M.J. Armengual); Hospital de Palamós (J.M. Prats); Hospital General de Vic (J.M. Euras); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J.M. Simó); Hospital General de Granollers (M.C. Villa).

Clínics

Hospital Clínic-IDIBAPS (F. Agüero, M. López-Diéguez, J.M. Gatell); Hospital Universitari de Bellvitge – IDIBELL (E. Ferrer, D. Podzamczar); HUGTIP (C. Tural); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Ribera); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (T. Puig); Hospital de Mataró (P. Barrufet, L. Force); Hospital Ramon y Cajal, Madrid (C. Gutiérrez); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (A. Orti); Corporació Sanitària Parc Taulí (G. Navarro, F. Segura); Hospital de Palamós (A. Masabeu); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (B. Coll, C. Alonso Villaverde); Hospital General de Granollers (S. Montull).

Centres de cribratge alternatius

Laboratori Sabater Tobella (R. Sala); Projecte dels Noms – Joves positius (F. Pujol, J. Saz), CJAS (R. Ros).

NONOPEP

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (J.M. Gatell, F. Garcia, A. León); Hospital Universitari de Bellvitge (J.M. Ramon, C. Micheo); Hospital Universitari Vall d'Hebron (M. Campins, J.A. Rodriguez, X. Martinez).

NENEXP

Consorci Sanitari Clínic - Sant Joan de Déu (C. Fortuny, J.M. Pérez, J.M. Boguna, A. Noguera); Hospital Universitari Vall d'Hebron (M.C. Figueras, M. Casellas, P. Soler, A. Martin); Hospital del Mar. Barcelona (A. Mur, A. Paya); HUGTIP (C. Rodrigo, M. Mendez, N. Grane); Hospital General de Granollers (M.T. Coll); Corporació Sanitària Parc Taulí (V. Pineda); Hospital de Mataró (L. Garcia); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (M.T. Vallmanya, T. Puig); Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona (A. Soriano, C. Bras, S. Veloso); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (F. Pagone); Universitat Ramon Llull (E. Sánchez), Unitat de Suport a la Recerca-Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent (J. Almeda).

Estudi d'acceptabilitat de de les intervencions biomèdiques per a la prevenció del VIH

Entitats Stop Sida de Barcelona (Catalunya), ADHARA de Sevilla (Andalusia) i Centre d'Informació y Prevenció de la Sida d'Alacant (Comunitat Valenciana).

I molts altres professionals de la sanitat gracies a l'ajut i dedicacio dels quals s'han pogut obtenir les dades aqui presentades.

Annex V. Publicacions rellevants des del 2012

Publicacions estatals

Carnicer-Pont D, Montoliu A, Marin JL, Almeda J, Gonzalez V, Muñoz R, Martinez C, Jane M, Casabona J; HIV nadó working group. Twenty years trends and socio-demographic characteristics of HIV prevalence in women giving birth in Catalonia (Spain). *Gac Sanit.* 2015 Mar 23. pii: S0213-9111(15)00016-3. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.01.012. [Epub ahead of print].

Carnicer-Pont D, Barbera-Gracia MJ, Fernández-Dávila P, Garcia de Olalla P, Muñoz R, Jacques-Aviñó C, Saladié-Martí MP, Gosch-Elcoso M, Arellano Muñoz E, Casabona J. Use of new technologies to notify possible contagion of sexually-transmitted infections among men. *Gac Sanit.* 2015 May-Jun;29(3):190-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.01.003.

Fernández-Dávila P, Folch C, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Hepatitis C virus infection and its relationship to certain sexual practices in men-who-have-sex-with-men in Spain: results from the European MSM internet survey (EMIS). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015 May;33(5):303-10. doi: 10.1016/j.eimc.2014.07.012.

Fernández G, Manzardo C, Montoliu A, Campbell C, Fernández G, Casabona J, Miró JM, Matas L, Rivaya B, González V. Evaluation of an antibody avidity index method for detecting recent human immunodeficiency virus type 1 infection using an automated chemiluminescence immunoassay. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015 Apr;33(4):238-42. doi: 10.1016/j.eimc.2014.04.014.

Ronda-Pérez E, Ortiz-Barreda G, Hernando C, Vives-Cases C, Gil-González D, Casabona J. Características generales de los artículos originales incluidos en las revisiones bibliográficas sobre salud e inmigración en España. *Rev Esp Salud Publica.* 2014 Nov-Dec;88(6):675-85. doi: 10.4321/S1135-57272014000600002.

Lopez-Corbeto E, Humet V, Leal MJ, Teixidó N, Quiroga T, Casabona J; grupo de trabajo CT/NG prisiones. Conductas de riesgo y prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en presos según el tiempo de estancia en prisión. *Med Clin (Barc).* 2014 Nov 18;143(10):440-3. doi: 10.1016/j.medcli.2013.10.027

Oliva J, Díez M, Galindo S, Cevallos C, Izquierdo A, Cereijo J, Arrilaga A, Nicolau A, Fernández A, Álvarez M, Castilla J, Martínez E, López I, Vives N. Predictors of advanced disease and late presentation in new HIV diagnoses reported to the surveillance system in Spain. *Gac Sanit.* 2014 Mar-Apr;28(2):116-22. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.06.009.

Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014 Jun-Jul;32(6):341-9. doi: 10.1016/j.eimc.2013.09.017

Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V; Grupo HIVITS-TS. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gac Sanit.* 2014 May-Jun;28(3):196-202. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.11.004.

Sarasa-Renedo A, Espelt A, Folch C, Vecino C, Majó X, Castellano Y, Casabona J, Brugal MT; REDAN Study Group. Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and trainging programs. *Gac Sanit.* 2014 Mar-Apr;28(2):146-54. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.10.012.

Saigí N, Espelt A, Folch C, Sarasa-Renedo A, Castellano Y, Majó X, Meroño M, Brugal MT, Casabona J; REDAN Group. Differences in illegal drug consumption between native and immigrants in a large sample of injected drug users in Catalonia (Spain). *Adicciones.* 2014 Jan;26(1):69-76.

Fernández-Davila P, Morales-Carmona A. "Me olvidé que tenía el VIH": motivos para tener penetración anal sin condón en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2014;1(2): 7-24.

Agustí C, Fernández L, Mascrot J, Carrillo R, Casabona J; Grupo de Trabajo del Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria en España. Barreras para el diagnóstico de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013 Aug-Sep;31(7):451-4. doi: 10.1016/j.eimc.2012.12.012.

Folch C, Casabona J, Espelt A, Majó X, Meroño M, Gonzalez V, Brugal MT; REDAN Study Group. Gender differences in HIV risk behaviours among intravenous drug users in Catalonia, Spain. *Gac Sanit*. 2013 Jul-Aug;27(4):338-43. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.02.006.

Casabona J. Bajo el volcán. *Med Clin (Barc)*. 2013 Jul 7;141(1):37-39. doi: 10.1016/j.medcli.2013.02.028

Agustí C, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria [Editorial]. *Aten Primaria*. 2012 Dec;44(12):689-90.

Agustí C, Sabidó M, Guzmán K, Pedroza MI, Casabona J. Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala. *Gac Sanit*. 2012 Jul;26(4):376-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.12.014

Carnicer-Pont D, Smithson A, Fina-Homar E, Bastida MT; the Gonococcus antimicrobial resistance surveillance working group. First cases of *Neisseria gonorrhoeae* resistant to ceftriaxone in Catalonia, Spain, May 2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012 Apr;30(4):218-9. doi: 10.1016/j.eimc.2011.11.010

Díez M, Oliva J, Sánchez F, Vives N, Cevallos C, Izquierdo A; Grupo SINIVIH. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. *Gac Sanit*. 2012 Mar-Apr;26(2):107-15. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.023

Fernández-Dávila P, Lupiáñez-Villanueva F, Zaragoza Lorca K. Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit*. 2012 Mar-Apr;26(2):123-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.06.011

Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Meroño M, Espelt A, González V; Grupo REDAN. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gac Sanit*. 2012 Jan-Feb;26(1):37-44. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.022

Publicacions internacionals

Boj E, Caballé A, Delicado P, Esteve A, Fortiana J. Global and local distance-based generalized linear models. *TEST*. 2015 May 21. [Epub ahead of print]

Bell SA, Delpéch V, Raben D, Casabona J, Tsereteli N, de Wit J. HIV pre-test information, discussion or counselling? A review of guidance relevant to the WHO European Region. *Int J STD AIDS*. 2015 May 4. pii: 0956462415584468. [Epub ahead of print]

Smith A, Sabidó M, Camey E, Batres A, Casabona J. Lessons learned from integrating simultaneous triple point-of-care screening for syphilis, hepatitis B, and HIV in prenatal services through rural outreach teams in Guatemala. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015 Apr 29. pii: S0020-7292(15)00206-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.009. [Epub ahead of print]

Ferrer L, Furegato M, Foschia JP, Folch C, González V, Ramarli D, Casabona J, Mirandola M. Undiagnosed HIV infection in a population of MSM from six European cities: results from the Sialon project. *Eur J Public Health.* 2015 Jun;25(3):494-500. doi:10.1093/eurpub/cku139.

HIV-CAUSAL Collaboration, Cain LE, Phillips A, Olson A, Sabin C, Jose S, Justice A, Tate J, Logan R, Robins JM, Sterne JA, van Sighem A, Reiss P, Young J, Fehr J, Touloumi G, Pappas V, Esteve A, Casabona J, Monge S, Moreno S, Seng R, Meyer L, Pérez-Hoyos S, Muga R, Dabis F, Vandenhende MA, Abgrall S, Costagliola D, Hernán MA. Boosted lopinavir- versus boosted atazanavir-containing regimens and immunologic, virologic, and clinical outcomes: a prospective study of HIV-infected individuals in high-income countries. *Clin Infect Dis.* 2015 Apr 15;60(8):1262-8. doi: 10.1093/cid/ciu1167.

Lazar C, Sanclemente C, Ferrer L, Folch C, Casabona J. Condom use among female sex workers in catalonia: why do they use a condom, why don't they use it? *AIDS Educ Prev.* 2015 Apr;27(2):180-93. doi: 10.1521/aeap.2015.27.2.180.

González V, Fernández G, Dopico E, Margall N, Esperalba J, Muñoz C, Castro E, Sulleiro E, Matas L. Evaluation of the Vitros Syphilis TPA Chemiluminescence Immunoassay as a First-Line Method for Reverse Syphilis Screening. *J Clin Microbiol.* 2015 Apr;53(4):1361-4. doi: 10.1128/JCM.00078-15.

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). Sex differences in overall and cause-specific mortality among HIV-infected adults on antiretroviral therapy in Europe, Canada and the US. *Antivir Ther.* 2015;20(1):21-8. doi: 10.3851/IMP2768.

Rosales-Statkus ME1, de la Fuente L, Fernández-Balbuena S, Figueroa C, Fernández-López L, Hoyos J, Ruiz M, Belza MJ; Madrid HIV Rapid Testing Group. Approval and Potential Use of Over-the-Counter HIV Self-Tests: The Opinion of Participants in a Street Based HIV Rapid Testing Program in Spain. *AIDS Behav.* 2015 Mar;19(3):472-84. doi: 10.1007/s10461-014-0975-9.

Marzolini C, Sabin C, Raffi F, Siccardi M, Mussini C, Launay O, Burger D, Roca B, Fehr J, Bonora S, Mocroft A, Obel N, Dauchy FA, Zangerle R, Gogos C, Gianotti N, Ammassari A, Torti C, Ghosn J, Chêne G, Grarup J, Battegay M; Efavirenz, Obesity Project Team on behalf of Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord. Impact of body weight on virological and immunological responses to efavirenz-containing regimens in HIV-infected, treatment-naive adults. *AIDS.* 2015 Jan 14;29(2):193-200. doi: 10.1097/QAD.0000000000000530.

Corbeto EL, Gonzalez V, Lugo R, Almirall MR, Espelt R, Avecilla A, González I, Campo I, Arranz E, Casabona J; CT/NG study group. Discordant prevalence of Chlamydia trachomatis in asymptomatic couples screened by two screening approaches. *Int J STD AIDS.* 2015 Jan;26(1):27-32. doi: 10.1177/0956462414528686.

Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin (Barc).* 2014. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.04.030. [Epub ahead of print].

Saludes V, González V, Planas R, Matas L, Ausina V, Martró E. Tools for the diagnosis of hepatitis C virus infection and hepatic fibrosis staging. *World J Gastroenterol.* 2014 Apr 7;20(13):3431-42. doi: 10.3748/wjg.v20.i13.3431.

Socio-economic Inequalities and HIV Writing Group for Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe (COHERE) in EuroCoord. Delayed HIV diagnosis and initiation of antiretroviral therapy: inequalities by educational level, COHERE in EuroCoord. *AIDS.* 2014 Sep 24;28(15):2297-306. doi: 10.1097/QAD.0000000000000410.

The HIV-CAUSAL Collaboration. Opportunistic infections and AIDS malignancies early after initiating combination antiretroviral therapy in high-income countries. *AIDS.* 2014 Oct 23;28(16):2461-73. doi: 10.1097/QAD.0000000000000456.

Ingle SM, May MT, Gill MJ, Mugavero MJ, Lewden C, Abgrall S, Fätkenheuer G, Reiss P, Saag MS, Manzardo C, Grabar S, Bruyand M, Moore D, Mocroft A, Sterling TR, D'Arminio Monforte A, Hernando V, Teira R, Guest J, Cavassini M, Crane HM, Sterne JA; Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Impact of risk factors for specific causes of death in the first and subsequent years of antiretroviral therapy among HIV-infected patients. *Clin Infect Dis.* 2014 Jul 15;59(2):287-97. doi: 10.1093/cid/ciu261.

Lazarus JV, Lundgren J, Casabona J, Wiessing L, Matheï C, Vickerman P, Prins M, Kretzschmar M, Kantzanou M, Giraudon I, Ferri M, Griffiths P, Harris M, Walker M, Chavdarova L, Schatz E, Schiffer K, Kools JP, Farell J; Mendão L. Roundtable discussion: how lessons learned from HIV can inform the global response to viral hepatitis. *BMC Infect Dis.* 2014;14(Suppl. 6):S18. doi:10.1186/1471-2334-14-S6-S18

The Natural History Project Working Group* for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord. Factors associated with short-term changes in HIV viral load and CD4(+) cell count in antiretroviral-naïve individuals. *AIDS.* 2014 Jun 1;28(9):1351-6. doi: 10.1097/QAD.0000000000000224

Boulle A, Schomaker M, May MT, Hogg RS, Shepherd BE, Monge S, Keiser O, Lampe FC, Giddy J, Ndirangu J, Garone D, Fox M, Ingle SM, Reiss P, Dabis F, Costagliola D, Castagna A, Ehren K, Campbell C, Gill MJ, Saag M, Justice AC, Guest J, Crane HM, Egger M, Sterne JA. Mortality in Patients with HIV-1 Infection Starting Antiretroviral Therapy in South Africa, Europe, or North America: A Collaborative Analysis of Prospective Studies. *PLoS Med.* 2014 Sep 9;11(9):e1001718. doi: 10.1371/journal.pmed.1001718.

Wiessing L, Ferri M, Grady B, Kantzanou M, Sperle I, Cullen KJ, EMCDDA DRID group, Hatzakis A, Prins M, Vickerman P, Lazarus JV, Hope VD, Matheï C. Hepatitis C virus infection epidemiology among people who inject drugs in Europe: a systematic review of data for scaling up treatment and prevention. *PLoS One.* 2014 Jul 28;9(7):e103345. doi: 10.1371/journal.pone.0103345.

Caniglia EC, Cain LE, Justice A, Tate J, Logan R, Sabin C, Winston A, van Sighem A, Miro JM, Podzamczar D, Olson A, Arribas JR, Moreno S, Meyer L, Del Romero J, Dabis F, Bucher HC, Wandeler G, Vourli G, Skoutelis A, Lanoy E, Gasnault J, Costagliola D, Hernán MA; HIV-CAUSAL Collaboration. Antiretroviral penetration into the CNS and incidence of AIDS-defining neurologic conditions. *Neurology.* 2014 Jul 8;83(2):134-41. doi: 10.1212/WNL.0000000000000564.

Engsig FN, Zangerle R, Katsarou O, Dabis F, Reiss P, Gill J, Porter K, Sabin C, Riordan A, Fätkenheuer G, Gutiérrez F, Raffi F, Kirk O, Mary-Krause M, Stephan C, de Olalla PG, Guest J, Samji H, Castagna A, d'Arminio Monforte A, Skaletz-Rorowski A, Ramos J, Lapadula G, Mussini C, Force L, Meyer L, Lampe F, Boufassa F, Bucher HC, De Wit S, Burkholder GA, Teira R, Justice AC, Sterling TR, M Crane H, Gerstoft J, Grarup J, May M, Chêne G, Ingle SM, Sterne J, Obel N; Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC) and the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord.

Long-term mortality in HIV-positive individuals virally suppressed for >3 years with incomplete CD4 recovery. *Clin Infect Dis*. 2014 May;58(9):1312-21. doi: 10.1093/cid/ciu038.

May MT, Ingle SM, Costagliola D, Justice AC, de Wolf F, Cavassini M, D'Arminio Monforte A, Casabona J, Hogg RS, Mocroft A, Lampe FC, Dabis F, Fätkenheuer G, Sterling TR, Del Amo J, Gill MJ, Crane HM, Saag MS, Guest J, Brodt HR, Sterne JA; the Antiretroviral Cohort Collaboration. Cohort profile: Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). *Int J Epidemiol*. 2014 Jun;43(3):691-702. doi: 10.1093/ije/dyt010.

Puertas MC, Massanella M, Llibre JM, Ballesteros M, Buzon MJ, Ouchi D, Esteve A, Boix J, Manzano C, Miró JM, Gatell JM, Clotet B, Blanco J, Martinez-Picado J; MaraviBoost Collaborative Group. Intensification of a raltegravir-based regimen with maraviroc in early HIV-1 infection. *AIDS*. 2014 Jan 28;28(3):325-34. doi: 10.1097/QAD.000000000000066.

Uusküla A, Raag M, Folch C, Prasad L, Karnite A, van Veen MG, Eritsyan K, Rosinska M, Des Jarlais DC, Wiessing L. Self-reported testing, HIV status and associated risk behaviours among people who inject drugs in Europe: important differences between East and West. *AIDS*. 2014;28:1657-64. doi: 10.1097/QAD.0000000000000299

IeDEA and ART Cohort Collaborations, Avila D, Althoff KN, Mugglin C, Wools-Kaloustian K, Koller M, Dabis F, Nash D, Gsponer T, Sungkanuparph S, McGowan C, May M, Cooper D, Chimbete C, Wolff M, Collier A, McManus H, Davies MA, Costagliola D, Crabtree-Ramirez B, Chaiwarith R, Cescon A, Cornell M, Diero L, Phanuphak P, Sawadogo A, Ehmer J, Eholie SP, Li PC, Fox MP, Gandhi NR, González E, Lee CK, Hoffmann CJ, Kambugu A, Keiser O, Ditangco R, Prozesky H, Lampe F, Kumarasamy N, Kitahata M, Lugina E, Lyamuya R, Vonthanak S, Fink V, d'Arminio Monforte A, Luz PM, Chen YM, Minga A, Casabona J, Mwangi A, Choi JY, Newell ML, Bukusi EA, Ngonyani K, Merati TP, Otieno J, Bosco MB, Phiri S, Ng OT, Anastos K, Rockstroh J, Santos I, Oka S, Somi G, Stephan C, Teira R, Wabwire D, Wandeler G, Boule A, Reiss P, Wood R, Chi BH, Williams C, Sterne JA, Egger M. Immunodeficiency at the start of combination antiretroviral therapy in low-, middle-, and high-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Jan 1;65(1):e8-16. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a39979.

Dalmau J, Rotger M, Erkizia I, Rauch A, Reche P, Pino M, Esteve A, Palou E, Brander C, Paredes R, Phung P, Clotet B, Telenti A, Martinez-Picado J and G. Prado J; The CoRP Study Group. Highly pathogenic adapted HIV-1 strains and limited immune responses dictate rapid disease progression. *AIDS*. 2014 Jun 1;28(9):1261-72. doi: 10.1097/QAD.0000000000000293.

Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ; the EMIS Network. Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. *BMC Public Health*. 2013 Oct 3;13(1):919.

Mocroft A, Furrer HJ, Miro JM, Reiss P, Mussini C, Kirk O, Abgrall S, Ayayi S, Bartmeyer B, Braun D, Castagna A, d'Arminio Monforte A, Gazzard B, Gutierrez F, Hurtado I, Jansen K, Meyer L, Muñoz P, Obel N, Soler-Palacin P, Papadopoulos A, Raffi F, Ramos JT, Rockstroh JK, Salmon D, Torti C, Warszawski J, de Wit S, Zangerle R, Fabre-Colin C, Kjaer J, Chene G, Grarup J, Lundgren JD; Opportunistic Infections Working Group on behalf of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research EuroCOORD. The incidence of AIDS-defining illnesses at a current CD4 count ≥ 200 cells/ μ L in the post-combination antiretroviral therapy era. *Clin Infect Dis*. 2013 Oct;57(7):1038-47. Doi: 10.1093/cid/cit423

Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ; the EMIS Network. Age biases in a large HIV and sexual behaviour-related internet survey among MSM. *BMC Public Health*. 2013 Sep 10;13(1):826. doi: 10.1186/1471-2458-13-826.

Vickerman P, Martin NK, Roy A, Beattie T, Jarlais DD, Strathdee S, Wiessing L, Hickman M; EMCDDA Collaborative Group. Is the HCV-HIV co-infection prevalence amongst injecting drug users a marker for the level of sexual and injection related HIV transmission? *Drug Alcohol Depend.* 2013 Sep 1;132(1-2):172-81. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.020.

Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, Monforte Ad, Brockmeyer N, Casabona J, Castagna A, Costagliola D, Dabis F, De Wit S, Fätkenheuer G, Furrer H, Johnson AM; Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study in EuroCoord. Risk Factors and Outcomes for Late Presentation for HIV-Positive Persons in Europe: Results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). *PLoS Med.* 2013 Sep;10(9):e1001510. doi: 10.1371/journal.pmed.1001510.

González V, Gomes-Fernandes M, Bascuñana E, Casanovas S, Saludes V, Jordana-Lluch E, Matas L, Ausina V, Martró E. Accuracy of a commercially available assay for HCV genotyping and subtyping in the clinical practice. *J Clin Virol.* 2013 Sep;58(1):249-53. doi: 10.1016/j.jcv.2013.05.005.

Vives N, Lugo R, Lopez E, Garcia de Olalla P, Minguell S, Barrabeig I, Pons P, Lopez-Grado E, Ferre I, Escriche R, Armengol P, Vall M, Soler P, Leon I, Gascon I, Vicente A, Falguera G, AVECILLA-PALAU A, Martinez C, Barbera M, Gonzalez V, Cayla J, Casabona J. Increase in gonorrhoea among very young adolescents, Catalonia, Spain, January 2012 to June 2013. *Euro Surveill.* 2013 Aug 15;18(33). pii: 20560. Lahuerta M, Torrens M, Sabidó M, Batres A, Casabona J. Sexual risk behaviours and barriers to HIV testing among clients of female sex workers in Guatemala: a qualitative study. *Cult Health Sex.* 2013 Aug;15(7):759-73. doi: 10.1080/13691058.2013.777474.

Folch C, Lazar C, Ferrer L, Sanclemente C, Casabona J. Female sex workers and access to social and health services in Catalonia: influence of region of origin and place of work. *AIDS Care.* 2013 Aug;25(8):1033-8. doi: 10.1080/09540121.2012.748872.

Tuneu MJ, Vallès X, Carnicer-Pont D, Barberá MJ, Godoy P, AVECILLA-PALAU A, Jordà B, Lopez-Grado E, Rivero D, Vives A, Acera A, Almirall R, Crespo N, Casabona J; the Partner Notification Study Group. Pilot study to introduce a notification card for partner notification of sexually transmitted infections in Catalonia, Spain, June 2010 to June 2011. *Euro Surveill.* 2013 Jul 4;18(27):pii=20516.

Manzardo C, Esteve A, Ortega N, Podzamczar D, Murillas J, Segura F, Force L, Tural C, Vilaró J, Masabeu A, Garcia I, Guadarrama M, Ferrer E, Riera M, Navarro G, Clotet B, Gatell JM, Casabona J, Miro JM; PISCIS Cohort Investigators. Optimal timing for initiation of highly active antiretroviral therapy in treatment-naïve human immunodeficiency virus-1-infected individuals presenting with AIDS-defining diseases: the experience of the PISCIS Cohort. *Clin Microbiol Infect.* 2013 Jul;19(7):646-53. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03991.x.

Kaulich-Bartz J, Dam W, May MT, Lederberger B, Widmer U, Phillips AN, Grabar S, Mocroft A, Vilaro J, van Sighem A, Moreno S, Dabis F, Monforte AD, Teira R, Ingle SM, Sterne JA; Writing committee for the Antiretroviral Cohort Collaboration. Insurability of HIV positive people treated with antiretroviral therapy in Europe: collaborative analysis of HIV cohort studies. *AIDS.* 2013 Jun 19;27(10):1641-55. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283601199.

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). Influence of geographical origin and ethnicity on mortality in patients on antiretroviral therapy in Canada, Europe and the United States. *Clin Infect Dis.* 2013 Jun;56(12):1800-9. doi: 10.1093/cid/cit111.

Massanella M, Esteve A, Buzón MJ, Llibre JM, Puertas MC, Gatell JM, Domingo P, Stevenson M, Clotet B, Martínez-Picado J, Blanco J; the IntegRal collaborative group. Dynamics of CD8 T-Cell Activation after Discontinuation of HIV Treatment Intensification. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 Jun 1;63(2):152-160.

Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC), Shepherd BS, Jenkins CA, Parrish DD, Glass TR, Cescon A, Masabeu A, Chene G, de Wolf F, Crane HM, Jarrin I, Gill J, del Amo J, Abgrall S, Khaykin P, Lehmann C, Ingle SM, May MT, Sterne JA, Sterling TR. Higher rates of AIDS during the first year of antiretroviral therapy among migrants: the importance of tuberculosis. *AIDS*. 2013 May 15;27(8):1321-9. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835faa95.

Weatherburn P, Schmidt AJ, Hickson F, Reid D, Berg RC, Hospers HJ, Marcus U; the EMIS Network. The European men-who-have-sex-with-men Internet survey (EMIS): design and methods. *Sex Res Soc Policy*. 2013 May 7. doi: 10.1007/s13178-013-0119-4.

Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguadod C, Montoliu A, Puigdengolasc X, De La P oza M, Rifà B, Casabona J. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary healthcare practitioners in Spain. *AIDS Care*. 2013 May;25(5):544-9. doi: 10.1080/09540121.2012.726339.

Pursuing Later Treatment Option II (PLATO II) Project Team of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE). Predictors of CD4+ T-Cell Counts of HIV Type 1-Infected Persons After Virologic Failure of All 3 Original Antiretroviral Drug Classes. *J Infect Dis*. 2013 Mar;207(5):759-67. doi: 10.1093/infdis/jis752.

Ross MW, Berg RC, Schmidt AJ, Hospers HJ, Breveglieri M, Furegato M, Weatherburn P; European MSM Internet Survey (EMIS) Network. Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia. *BMJ Open*. 2013 Feb 4;3(2). pii: e001928. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001928.

Stuardo V, Agustí C, Casabona J; HPV-PISCIS Study Group. Low Prevalence of Cervical Cancer Screening Among HIV-Positive Women in Catalonia (Spain). *J Aids Clin Res*. 2013 S3: 004. doi:10.4172/2155-6113.S3-004.

Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, Puigdangolas X, De la Poza M, Rifà B, Casabona J. Attitudes to rapid HIV testing among Spanish general practitioners. *HIV Med*. 2013;14(Suppl. 3):53-6. doi: 10.1111/hiv.12055

Fernández Dávila P, Folch C, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Who are the men who have sex with men in Spain that have never been tested for HIV?. *HIV Med*. 2013;14(Suppl.3):44-8. doi: 10.1111/hiv.12060

Romero A, González V, Esteve A, Martró E, Matas L, Tural C, Pumarola T, Casanova A, Ferrer E, Caballero E, Ribera E, Margall N, Domingo P, Farré J, Puig T, Sauca MG, Barrufet P, Amengual MJ, Navarro G, Navarro M, Vilaró J, Ortín X, Ortí A, Pujol F, Prat JM, Massabeu A, Simó JM, Villaverde CA, Benítez MA, García I, Díaz O, Becerra J, Ros R, Sala R, Rodrigo I, Miró JM, Casabona J; the AERI Study group. Identification of recent HIV-1 infection among newly diagnosed cases in Catalonia, Spain (2006-08). *Eur J Public Health*. 2012 Dec;22(6):802-8. doi: 10.1093/eurpub/ckr179

Antiretroviral Cohort Collaboration. Heterogeneity in outcomes of treated HIV-positive patients in Europe and North America: relation with patient and cohort characteristics. *Int J Epidemiol*. 2012 Dec; 41(6):1807-20. doi: 10.1093/ije/dys164

Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ; The EMIS Network. Prevalence of HIV among MSM in Europe: comparison of self-reported diagnoses from a large scale internet survey and existing national estimates. *BMC Public Health*. 2012 Nov 14;12(1):978. doi:10.1186/1471-2458-12-978

Stuardo V, Agustí C, Godínez JM, Montoliu A, Torné A, Tarrats A, Alcalde C, Martín D, Fernández-Montoli E, Vanrell C, Solé J, Canet Y, Marqueta JM, Mohamed J, Cuenca I, Lonca M, Sirera G, Ferrer E, Domingo P, Lloveras B, Miro JM, De Sanjosé S, Casabona J. Human Papillomavirus Infection in HIV-1 Infected Women in Catalonia (Spain): Implications for Prevention of Cervical Cancer. *PLoS One*. 2012;7(10):e47755. doi: 10.1371/journal.pone.0047755

Cámara J, Serra J, Ayats J, Bastida T, Carnicer-Pont D, Andreu A, Ardanuy C. Molecular characterization of two high-level ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates detected in Catalonia, Spain. *J Antimicrob Chemother*. 2012 Aug;67(8):1858-60. doi: 10.1093/jac/dks162

The HIV-CAUSAL Collaboration. The effect of efavirenz versus nevirapine-containing regimens on immunologic, virologic and clinical outcomes in a prospective observational study. *AIDS*. 2012 Aug 24;26(13):1691-705. doi: 10.1097/QAD.0b013e328354f497

N Vives, D Carnicer-Pont, P García de Olalla, N Camps, A Esteve, J Casabona and the HIV and STI Surveillance Group. Factors associated with late diagnosis of HIV infection in Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS*. 2012 Jul;23(7):475-80. doi: 10.1258/ijsa.2011.011280

Sabidó M, Gregg LP, Vallès X, Nikiforov M, Monzón JE, Pedroza MI, Vermund SH, Casabona J. Notification for sexually transmitted infections and HIV among sex workers in Guatemala: acceptability, barriers, and preferences. *Sex Transm Dis*. 2012 Jul;39(7):504-8. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31824f8b1b

Corbeto EL, Carnicer-Pont D, Lugo R, Gonzalez V, Bascuñana E, Lleopart N, Barbero L, Humet V, Casabona J, Chlamydia Study Group In Catalonia Prisons. Sexual behaviour of inmates with *Chlamydia trachomatis* infection in the prisons of Catalonia, Spain. *Sex Health*. 2012 May;9(2):187-9. doi: 10.1071/SH11038

The HIV-CAUSAL Collaboration. Impact of antiretroviral therapy on tuberculosis incidence among HIV-positive patients in high-income countries. *Clin Infect Dis*. 2012 May;54(9):1364-72. doi: 10.1093/cid/cis203
The Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord; Lewden Ch, Bouteloup V, De Wit S, Sabin C, Mocroft A, Wasmuth JC, van Sighem A, Kirk O, Obel N, Panos G, Ghosn J, Dabis F, Mary-Krause M, Lepout C, Perez-Hoyos S, Sobrino-Vegas P, Stephan C, Castagna A, Antinori A, d'Arminio, Monforte A, Torti C, Mussini C, Isern V, Calmy A, Teira R, Egger M, Grarup J, Chêne1 G. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 \geq 500 /mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol*. 2012 Apr;41(2):433-445. doi: 10.1093/ije/dyr164

The Pursuing Later Treatment Options II (PLATO II) Project Team for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Group. Calendar time trends in the incidence and prevalence of triple-class virologic failure in antiretroviral drug experienced people with HIV in Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012 Mar 1;59(3):294-9. doi: 10.1097/QAI.0b013e31823fe66b

The Opportunistic Infections Project Team of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe (COHERE) in EuroCoord. CD4 cell count and the risk of AIDS or death in HIV infected adults on combination antiretroviral therapy with a suppressed viral load: a longitudinal cohort study from COHERE. *PLoS Med*. 2012 Mar;9(3):e1001194. doi: 10.1371/journal.pmed.1001194

The Pursuing Later Treatment Option II (PLATO II) project team* for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Group. Trends in virological and clinical outcomes in individuals with HIV-1 infection and virological failure of drugs from three antiretroviral drug classes: a cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2012 Feb;12(2):119-27. doi: 10.1016/S1473-3099(11)70248-1

Murray M, Hogg RS, Lima VD, May MT, Moore DM, Abgrall S, Bruyand M, D'Arminio Monforte A, Tural C, Gill MJ, Harris RJ, Reiss P, Justice AC, Kirk O, Saag M, Smith CJ, Weber R, Rockstroh J, Khaykin P, Sterne JAC; for the Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). The effect of injecting drug use history on disease progression and death among HIV-positive individuals initiating combination antiretroviral therapy: collaborative cohort analysis. *HIV Med.* 2012 Feb;13(2):89-97. doi: 10.1111/j.1468-1293.2011.00940.x

Buzon MJ, Erkizia I, Pou C, Minuesa G, Puertas MC, Esteve A, Castello A, Santos JR, Prado JG, Izquierdo-Useros N, Pattery T, Van Houtte M, Carrasco L, Clotet B, Ruiz L, Martinez-Picado J. A non-infectious cell-based phenotypic assay for the assessment of HIV-1 susceptibility to protease inhibitors. *J Antimicrob Chemother.* 2012 Jan; 67(1):32-8. doi: 10.1093

Aquest document ha estat elaborat per la Generalitat de Catalunya:

- Agència de Salut Pública de Catalunya
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya
- Institut Català d'Oncologia
- Hospital Germans Trias i Pujol

Han col·laborat:

ciberesp
Centro de Investigación Biomédica en Red
Epidemiología y Salud Pública



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS

UNHCR • UNICEF • WFP • UNDP • UNFPA
UNODC • ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK

UAB