



SUMARIO

Infarto agudo de miocardio: factores de riesgo y respuesta asistencial. Navarra en 2017-2023	1
Infección por el VIH y sida en Navarra en 2024	7
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 27 a 39 de 2025	12

Infarto agudo de miocardio: factores de riesgo y respuesta asistencial Navarra 2017-2023

Registro de Infarto de Miocardio de Navarra. Instituto de Salud Pública. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Navarra

Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. El infarto agudo de miocardio (IAM) ocasiona anualmente entre 13.000 y 14.000 muertes en España y 170 en Navarra. Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la causa del 5,6% de las defunciones en Navarra en 2023.

Según el Consorcio Global de Riesgo Cardiovascular, cinco factores de riesgo modificables (índice de masa corporal elevado, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo y diabetes) explican aproximadamente el 50% de la carga global de ECV. Sin embargo, en torno al 12% de los eventos de síndrome coronario agudo (SCA) ocurren en ausencia de estos factores, lo que sugiere la implicación de otros determinantes menos comunes como factores ambientales, laborales y sociales, la salud mental, el sueño, la nutrición, la salud bucodental y el consumo de sustancia ilícitas.

Los SCAs surgen por una obstrucción súbita de una arteria coronaria, cuya gravedad y localización determinan sus consecuencias clínicas. Se clasifican según los síntomas, los hallazgos del electrocardiograma (ECG) y los niveles de troponina cardíaca (cTn). En función de las características del ECG, se distinguen el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCA-CEST) y sin elevación del segmento ST (SCA-SEST). Cuando en un SCA-CEST se confirma la elevación de la cTn, se diagnostica un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAM-CEST). Dentro de

los SCASEST se distinguen dos entidades: la angina inestable, en la que no se detecta aumento de la cTn, y el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAM-SEST), en el que sí se observa dicho incremento. Aunque los SCAs suelen presentarse con dolor torácico como manifestación clínica más frecuente y reconocible, en particular los SCASEST cursan con una clínica menos convencional, incluyendo debilidad, disnea, malestar digestivo o dolor en mandíbula o espalda, y con frecuente ausencia de dolor torácico. Esto es más común en mujeres, personas mayores o con comorbilidades, lo que puede retrasar el diagnóstico y limitar el acceso a tratamientos oportunos. Distinguir los distintos tipos de SCA resulta esencial, ya que su pronóstico y manejo terapéutico difieren significativamente.

La atención temprana es determinante para la supervivencia, siendo fundamental reducir el tiempo de reacción de las personas que sufren un IAM y el intervalo de actuación hospitalaria, que no debería superar los 90-120 minutos. En este marco, se recomienda una estrategia invasiva inmediata, la cual comprende la realización temprana de una coronariografía seguida, cuando está indicada, de una intervención coronaria percutánea (ICP) o de una cirugía de revascularización coronaria, especialmente en pacientes con IAM-CEST dentro de los primeros 120 minutos tras el diagnóstico, así como en casos de SCASEST que presenten criterios de riesgo muy alto. En pacientes con SCASEST de riesgo alto, se sugiere una estrategia invasiva temprana dentro de las primeras 24 horas desde el diagnóstico.

co, mientras que, en los casos sin criterios de alto riesgo, la decisión terapéutica debe individualizarse de acuerdo con la sospecha clínica.

El Registro Poblacional de Infarto Agudo de Miocardio de Navarra (REGIAM) proporciona información sobre las características y la carga hospitalaria que supone esta patología, así como su manejo clínico. Se incluyen todos los IAM con y sin elevación del segmento ST de residentes en Navarra, atendidos en los hospitales públicos y la Clínica Universidad de Navarra, así como las muertes extrahospitalarias (domicilio, o en urgencias sin generar ingreso) por esta causa. Las principales fuentes de datos utilizadas son el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (RAE-CMBD) y el Boletín Estadístico de Defunción, seleccionando los códigos de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades correspondientes a enfermedades isquémicas cardíacas desde el código I20 al I25, con posterior validación de los casos de IAM. A continuación, se describen las características de los casos, la reacción inicial de las personas ante la aparición de los síntomas y el abordaje hospitalario del IAM en Navarra en el periodo 2017-2023.

Casos de infarto agudo de miocardio

El REGIAM permitió identificar 5382 episodios de IAM en personas que ingresaron en los hospitales de Navarra en 2017-2023. El 89% (n=4774) fueron primeros infartos. Del total de ingresos por IAM, el 55% fueron clasificados como IAMSEST y el 45% IAMCEST. En ambas variantes de infarto, la mayoría de los pacientes fueron hombres (72%). En el caso del IAMSEST se registraron en promedio 301 ingresos anuales en hombres y 123 en mujeres. Para el IAMCEST, el número medio de ingresos anual fue de 248 hombres y 96 mujeres. La mediana de edad varió según el tipo de infarto y el sexo: en el IAMSEST fue de 69 años en hombres y 72 años en mujeres; y en el IAMCEST, de 62 y 65 años, respectivamente (Tabla 1).

Entre 2017 y 2023 se registraron 1006 defunciones extrahospitalarias por IAM en residentes de Navarra, representando el 16% del total de casos de IAM en ese periodo. De estas muertes, 674 ocurrieron en hombres y 332 en mujeres. La mediana de edad fue de 73 y 86,5 años, respectivamente.

Factores de riesgo cardiovascular

El 74% de los IAM se produjeron en personas sin antecedentes de cardiopatía isquémica intervenida. El factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentemente registrado en pacientes que ingresaron por un primer IAM fue la hipertensión arterial (HTA), que se encontró en el 61% de los casos. Le siguieron en frecuencia la dislipemia (58%), el tabaquismo activo

(33%), la diabetes (26%) y la obesidad (24%). Con considerable menor frecuencia, también estuvo presente el consumo de cocaína en las 48 horas previas al infarto (0,4%). El 5% de las personas que ingresaron por un primer IAM no presentaba ninguno de los FRCV evaluados (Tabla 1).

La frecuencia de HTA presentó una clara relación con la edad, alcanzando por lo general cifras superiores al 80% a partir de los 75 años. La dislipemia fue altamente prevalente en ambos sexos, con cifras por encima del 50% en casi todos los grupos de edad. Destaca el elevado porcentaje de fumadores entre los menores de 65 años, especialmente en aquellos que sufrieron un primer IAMCEST, 64% en mujeres y 60% en hombres. La diabetes mostró una tendencia creciente con la edad en ambos sexos y tipos de IAM, siendo mayor del 30% en las personas más añosas. La frecuencia de obesidad fue mayor en pacientes con IAMSEST, especialmente en hombres menores de 65 años (30%), observándose una tendencia decreciente con la edad en ambos sexos y tipos de infarto.

El 95% (n=4511) de las personas hospitalizadas por un primer IAM tenían al menos uno de los FRCV estudiados, con una prevalencia ligeramente superior en hombres (95%) respecto a mujeres (93%). Asimismo, el 73% (n=3474) de los casos mostraban la coexistencia de al menos dos factores, siendo esta proporción también mayor en hombres (74%) que en mujeres (69%). Las combinaciones de factores más frecuentemente identificadas fueron la concomitancia de dislipemia e HTA (39%), seguida por la asociación de tabaquismo y dislipemia (36%), y la de tabaquismo junto con HTA (32%). Estos hallazgos evidencian una importante carga acumulada de riesgo cardiovascular en la población estudiada.

Actitud ante los primeros síntomas

En el IAMCEST se observó una distribución equilibrada entre quienes llamaron al servicio de emergencias médicas 112 (SEM 112) (39%) y quienes acudieron directamente al hospital (38%) como reacción ante los primeros síntomas, con patrones similares tanto en hombres como en mujeres (SEM 112: 40% y 37%; hospital: 37% y 40%). Las personas con antecedentes de cardiopatía isquémica mostraron una mayor predisposición a contactar con el SEM 112 (51% frente al 36% que no tenían antecedentes). En cambio, en el IAMSEST, predominó la opción de ir directamente al hospital (52%), sin diferencias importantes por sexo. Esta predisposición a desplazarse al hospital se mantuvo independientemente de la presencia de antecedentes cardíacos (con antecedentes: 51%; sin antecedentes: 53%) (Tabla 2).

Respecto al tiempo de reacción, en el IAMCEST cerca del 46% de las personas que contactaron con el SEM

112, lo hicieron en menos de una hora desde el inicio de los síntomas, frente al 32% de las que acudieron/llamaron al centro de salud y al 25% de las que se dirigieron al hospital en ese mismo intervalo de tiempo. El resto actuó entre 1 y 12 horas desde el comienzo de la clínica (SEM 112: 46%; centro de salud: 43%; hospital: 53%). En el IAMSEST, la reacción fue más tardía: solo el 36% de las personas que llamaron al

SEM 112 lo hicieron en menos de una hora y el 46% lo hizo entre 1 y 12 horas. Entre quienes fueron/llamaron al centro de salud, el 19% lo hizo antes de una hora, el 40% entre 1 y 12 horas y el 41% tras más de 12 horas. En el caso del hospital, apenas el 11% acudió en menos de una hora, el 50% entre 1 y 12 horas y el 39% después de 12 horas.

Tabla 1. Características de personas que ingresan por infarto agudo de miocardio según tipo de IAM, sexo y edad. Navarra, 2017-2023.

	Hombres				Mujeres			
	25-64 años	65-74 años	≥75 años	Total	25-64 años	65-74 años	≥75 años	Total
IAMCEST								
Nº casos 2017-2023	1011	384	345	1740	195	125	352	672
Nº medio de casos por año	144	55	49	248	28	18	50	96
Mediana de edad (años)				62				65
FRCV #, n (%)								
Sin FRCV *	34 (4)	17 (5)	21 (6)	72 (4)	15 (8)	9 (8)	24 (7)	48 (7)
Cocaína, consumo en las 48h previas al IAM	10 (1)	1 (0,3)	0 (0)	11 (0,7)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Diabetes	136 (15)	82 (23)	93 (29)	311 (19)	25 (13)	27 (24)	99 (30)	151 (24)
Dislipemia	504 (54)	211 (60)	179 (56)	894 (56)	94 (50)	73 (64)	187 (57)	354 (56)
HTA	355 (38)	216 (61)	219 (69)	790 (49)	53 (28)	70 (61)	264 (80)	387 (61)
Obesidad	247 (26)	72 (21)	38 (12)	357 (22)	43 (23)	28 (24)	66 (20)	137 (22)
Tabaquismo								
<i>Nunca ha fumado</i>	195 (21)	97 (28)	135 (43)	427 (27)	41 (22)	54 (47)	281 (85)	376 (60)
<i>Fumador/a actual</i>	562 (60)	116 (33)	44 (14)	722 (45)	119 (64)	41 (36)	24 (7)	184 (29)
<i>Exfumador/a ≥1 año</i>	173 (18)	132 (38)	132 (42)	437 (27)	26 (14)	18 (16)	24 (7)	68 (11)
Antecedentes médicos, n (%)								
Cardiopatía isquémica, ICP y/o CABG	143 (14)	80 (21)	90 (26)	313 (18)	10 (5)	17 (14)	61 (17)	88 (13)
Infarto de miocardio	124 (12)	70 (18)	72 (21)	266 (15)	8 (4)	15 (12)	39 (11)	62 (9)
IAMSEST								
Nº casos 2017-2023	793	549	768	2110	166	163	531	860
Nº medio de casos por año	113	78	110	301	24	23	76	123
Mediana de edad (años)				69				72
FRCV #, n (%)								
Sin FRCV *	37 (5)	22 (5)	26 (4)	85 (5)	9 (6)	5 (4)	38 (8)	52 (7)
Cocaína, consumo en las 48h previas al IAM	4 (0,6)	1 (0,2)	0 (0)	5 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Diabetes	149 (22)	159 (34)	215 (35)	523 (29)	28 (19)	39 (29)	169 (36)	236 (31)
Dislipemia	417 (61)	303 (65)	374 (60)	1094 (62)	68 (46)	100 (73)	254 (54)	422 (56)
HTA	341 (50)	320 (68)	498 (80)	1159 (65)	73 (49)	96 (70)	385 (82)	554 (74)
Obesidad	206 (30)	126 (27)	126 (20)	458 (26)	40 (27)	33 (24)	97 (21)	170 (23)
Tabaquismo								
<i>Nunca ha fumado</i>	159 (23)	133 (28)	246 (40)	538 (30)	43 (29)	83 (62)	430 (92)	556 (74)
<i>Fumador/a actual</i>	350 (51)	109 (23)	82 (13)	541 (30)	62 (42)	25 (18)	16 (3)	103 (14)
<i>Exfumador/a ≥1 año</i>	176 (26)	224 (48)	292 (47)	692 (39)	42 (28)	28 (20)	20 (4)	90 (12)
Antecedentes médicos, n (%)								
Cardiopatía isquémica, ICP y/o CABG	198 (25)	224 (41)	352 (46)	774 (37)	35 (21)	51 (31)	140 (26)	226 (26)
Infarto de miocardio	160 (20)	174 (32)	282 (37)	616 (29)	30 (18)	40 (25)	108 (20)	178 (21)

CABG: cirugía de revascularización coronaria, FRCV: factores de riesgo cardiovascular, HTA: hipertensión arterial, ICP: intervención coronaria percutánea, IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

Personas hospitalizadas con un primer infarto de miocardio (2243 IAMCEST y 2531 IAMSEST).

* No cocaína, ni diabetes, ni dislipemia, ni HTA, ni obesidad, ni tabaquismo.

De forma generalizada, las personas que sufrieron un IAMCEST establecieron contacto con los servicios sanitarios más rápidamente que aquellas con IAMSEST. Sin embargo, se observaron diferencias importantes según el sexo, la edad, el tipo de primer contacto y los antecedentes cardíacos (Tabla 2). Las mujeres, especialmente las mayores de 65 años, presentaron mayores demoras que los hombres en solicitar atención, particularmente ante un IAMSEST. En este contexto, destacan tiempos de reacción ante los primeros síntomas especialmente prolongados en mujeres ≥75 años que contactaron al SEM 112 (mediana: 121 minu-

tos), mujeres de 65-74 años que acudieron o llamaron al centro de salud (mediana: 505 minutos) y hombres <65 años que se dirigieron directamente al hospital (mediana: 366 minutos). Además, los antecedentes cardíacos ejercieron un efecto opuesto según el tipo de síndrome coronario: en el IAMCEST se asociaron a una mayor demora en la utilización inicial de los servicios sanitarios, mientras que en el IAMSEST favorecieron un contacto más precoz. Estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar intervenciones focalizadas que consideren los determinantes sociodemográficos y la percepción del riesgo cardiovascular.

Tabla 2. Actitud de personas que ingresan por infarto agudo de miocardio y mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta primer contacto médico según tipo de IAM, sexo, edad y antecedentes cardíacos. Navarra, 2017-2023.

	Hombres				Mujeres				Antecedente cardíaco*	
	25-64 años	65-74 años	≥75 años	Total	25-64 años	65-74 años	≥75 años	Total	No	Sí
IAMCEST										
Actitud ante los primeros síntomas #, n (%)										
Llamar al SEM 112	382 (38)	151 (40)	149 (44)	682 (40)	59 (30)	46 (38)	139 (40)	244 (37)	721 (36)	201 (51) ^a
<1 hora	193 (51)	75 (50)	60 (40)	328 (48)	31 (53)	18 (39)	48 (35)	97 (40)	336 (47)	88 (44)
1-12 horas	165 (43)	64 (42)	71 (48)	300 (44)	25 (42)	27 (59)	71 (51)	123 (50)	324 (45)	96 (48)
>12 horas	24 (6)	12 (8)	18 (12)	54 (8)	3 (5)	1 (2)	20 (14)	24 (10)	61 (9)	17 (9)
Acudir/llamar al centro de salud	226 (23)	102 (27)	71 (21)	399 (23)	48 (25)	31 (25)	72 (21)	151 (23)	491 (25)	59 (15) ^a
<1 hora	72 (32)	37 (36)	21 (30)	130 (33)	15 (31)	9 (29)	23 (32)	47 (31)	159 (32)	18 (31)
1-12 horas	107 (47)	41 (40)	24 (34)	172 (43)	23 (48)	13 (42)	29 (40)	65 (43)	213 (43)	24 (41)
>12 horas	47 (21)	24 (24)	26 (37)	97 (24)	10 (21)	9 (29)	20 (28)	39 (26)	119 (24)	17 (29)
Acudir al hospital	393 (39)	126 (33)	118 (35)	637 (37)	87 (45)	45 (37)	133 (39)	265 (40)	774 (39)	134 (34) ^a
<1 hora	116 (30)	31 (25)	22 (19)	169 (27)	31 (36)	10 (22)	18 (14)	59 (22)	194 (25)	35 (26)
1-12 horas	210 (53)	66 (52)	56 (48)	332 (52)	44 (51)	24 (53)	77 (58)	145 (55)	412 (53)	68 (51)
>12 horas	67 (17)	29 (23)	40 (34)	136 (21)	12 (14)	11 (24)	38 (29)	61 (23)	168 (22)	31 (23)
Mediana en minutos desde el inicio de síntomas hasta PCM										
PCM con SEM 112	55	60	81	60	55	79	105	79	64	70
PCM con centro de salud	112	105	331	118	150	295	121	140	120	137
PCM con Hospital	108	132	186	126	83	206	186	154	128	156
IAMSEST										
Actitud ante los primeros síntomas #, n (%)										
Llamar al SEM 112	153 (20)	103 (19)	213 (29)	469 (23)	18 (11) ^b	44 (27)	123 (24)	185 (22)	387 (20)	279 (28) ^a
<1 hora	70 (46)	38 (37)	76 (36)	184 (39)	4 (22) ^b	15 (34)	29 (24) ^b	48 (26)	132 (34)	102 (37)
1-12 horas	56 (37)	47 (46)	109 (51)	212 (45)	13 (72) ^b	19 (43)	58 (47) ^b	90 (49)	177 (46)	133 (48)
>12 horas	27 (18)	18 (18)	28 (13)	73 (16)	1 (6) ^b	10 (23)	36 (29) ^b	47 (25)	78 (20)	44 (16)
Acudir/llamar al centro de salud	223 (29)	139 (26)	170 (23)	532 (26)	43 (26) ^b	34 (21)	125 (25)	202 (24)	529 (27)	209 (21) ^a
<1 hora	56 (25)	21 (15)	28 (17)	105 (20)	11 (26)	5 (15)	19 (15)	35 (17)	94 (18)	46 (22) ^a
1-12 horas	82 (37)	57 (41)	70 (41)	209 (39)	16 (37)	14 (41)	51 (41)	81 (40)	202 (38)	90 (43) ^a
>12 horas	85 (38)	61 (44)	72 (42)	218 (41)	16 (37)	15 (44)	55 (44)	86 (43)	233 (44)	73 (35) ^a
Acudir al hospital	407 (52)	290 (54)	364 (49)	1061 (52)	103 (63) ^b	83 (52)	262 (51)	448 (54)	1030 (53)	500 (51) ^a
<1 hora	46 (11)	35 (12)	39 (11)	120 (11)	11 (11)	12 (15)	24 (9)	47 (11)	108 (11)	63 (13)
1-12 horas	183 (45)	148 (51)	193 (53)	524 (49)	54 (52)	45 (54)	131 (50)	230 (51)	505 (49)	261 (52)
>12 horas	178 (44)	106 (37)	132 (36)	416 (39)	38 (37)	26 (31)	107 (41)	171 (38)	417 (41)	176 (35)
Mediana en minutos desde el inicio de síntomas hasta PCM										
PCM con SEM 112	64	88	90	85	95	89	121 ^b	115	100	85
PCM con centro de salud	270	338	441	316	291	505	471	400	430	240 ^a
PCM con hospital	366	279	259	307	308	231	300	284	311	245

ECG: electrocardiograma, IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, n: muestra, min: minutos, PCM: primer contacto médico, SEM: servicio de emergencias médicas.

* Incluye: antecedente de cardiopatía isquémica con ICP y/o CABG y/o antecedente de IAM

Tiempo desde los síntomas hasta primer ECG

a Diferencia estadísticamente significativa respecto a no presentar antecedentes cardíacos

b Diferencia estadísticamente significativa respecto a los hombres del mismo grupo de edad

Intervencionismo coronario durante el ingreso hospitalario

Del total de personas hospitalizadas por IAMCEST, el 90% fueron evaluadas mediante coronariografía, procedimiento que derivó en una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria en el 79% de los casos. El 98% de los hombres menores de 65 años recibió una coronariografía, frente al 78% de los de 75 o más años; en las mujeres, estas cifras fueron del 98% y del 66%, respectivamente. Además, la proporción de personas que, tras la coronariografía, fueron tratadas con ACTP primaria también fue menor en los grupos de mayor edad, destacando las mujeres de entre 65 y 74 años (71%), en comparación con los hombres del mismo grupo etario (76%). En contraste, en el IAMSEST la utilización de coronariografía fue menor (80%), con un notable descenso a partir de los 75 años, particularmente en mujeres (50%) (Tabla 3). La decisión de no realizar una coronariografía en personas de 75 años o más que ingresaron por IAM, se fundamentó principalmente en la concurrencia de múltiples factores. Las asociaciones más frecuentes incluye-

ron la tríada “comorbilidad + edad avanzada + deterioro general” en los casos de IAMCEST (24% mujeres y 21% hombres) y la dupla “edad avanzada + deterioro general” en los casos de IAMSEST (21% y 16%, respectivamente). Cuando la “edad avanzada” figuró entre las razones registradas, la mediana de edad se situó en torno a los 90 años en ambos sexos y tipos de IAM.

Los tiempos de atención en el IAMCEST fueron relativamente rápidos, con una mediana de 90 minutos desde el primer ECG hasta la coronariografía y de 101 minutos desde el primer contacto médico hasta la ACTP primaria, aunque estos intervalos resultaron sistemáticamente más prolongados en mujeres y en mayores de 65 años. En el IAMSEST los tiempos hasta el intervencionismo coronario fueron considerablemente más extensos, con una mediana de 3715,5 minutos entre el primer ECG y la coronariografía. Este hallazgo es coherente con la práctica clínica habitual, ya que, en el IAMSEST, a diferencia del IAMCEST, estos tiempos no se consideran un indicador crítico de calidad asistencial y, por tanto, no suelen auditarse ni registrarse de forma sistemática.

Mortalidad

La mortalidad fue mayor en el IAMCEST (9% intrahospitalaria; 10% a los 28 días del ingreso) en comparación con el IAMSEST (5% y 6%, respectivamente). Esta aumentó de forma progresiva con la edad. En personas de 75 años o más, la mortalidad intrahospitalaria por IAMCEST fue del 18% en hombres y del 24% en

mujeres, mientras que en el IAMSEST se registraron cifras del 7% y 13%, respectivamente. A los 28 días, la mortalidad alcanzó el 20% en hombres y el 26% en mujeres ≥ 75 años con IAMCEST, y del 9% y 17% en el caso del IAMSEST, respectivamente. En la mayoría de los grupos etarios, las mujeres presentaron peor pronóstico que los hombres, especialmente a partir de los 75 años.

Tabla 3. Intervencionismo coronario y mortalidad en personas que ingresan por infarto agudo de miocardio según tipo de IAM, sexo y edad. Navarra, 2017-2023.

	Hombres			Mujeres			Total
	25-64 años	65-74 años	≥ 75 años	25-64 años	65-74 años	≥ 75 años	
IAMCEST							
Coronariografía, n (%)	994 (98)	372 (97)	270 (78)	191 (98)	115 (92)*	232 (66)*	2174 (90)
Reperusión, n (%) sobre el nº de pacientes a los que se realizó coronariografía)							
ACTP primaria	814 (82)	284 (76)	213 (79)	146 (76)	82 (71)	181 (78)	1720 (79)
Tiempo (min)							
Mediana desde primer ECG hasta coronariografía	82	93	96	95	112,5	101	90
Mediana desde PCM hasta ACTP primaria	93,5	100,5	109	106	104	114,5	101
Mortalidad, n (%)							
Intrahospitalaria	35 (4)	22 (6)	61 (18)	8 (4)	12 (10)	84 (24)*	222 (9)
0-28 días del ingreso	39 (4)	27 (7)	68 (20)	8 (4)	12 (10)	93 (26)*	247 (10)
IAMSEST							
Coronariografía, n (%)	753 (95)	512 (93)	524 (68)	158 (95)	156 (96)	265 (50)*	2368 (80)
Tiempo (min)							
Mediana desde primer ECG hasta coronariografía	3065	3811	4366	3810*	3858	4411	3715,5
Mortalidad, n (%)							
Intrahospitalaria	9 (1)	15 (3)	52 (7)	2 (1)	2 (1)	68 (13)*	148 (5)
0-28 días del ingreso	9 (1)	16 (3)	71 (9)	1 (1)	3 (2)	89 (17)*	189 (6)

ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea, ECG: electrocardiograma, min: minutos, n°: número, PCM: primer contacto médico.

*Diferencia estadísticamente significativa respecto a los hombres del mismo grupo de edad.

En varios casos el ingreso duró más de 28 días, por lo que la mortalidad a los 28 días puede ser menor que al ingreso.

La decisión de buscar atención sanitaria ante un infarto agudo de miocardio es un proceso complejo, influido no solo por el reconocimiento de los síntomas, sino también por factores cognitivos, emocionales, sociales y contextuales —como la minimización de los síntomas, el temor a sobre-reaccionar, la consulta previa con familiares o profesionales de atención primaria, o barreras estructurales como la distancia al hospital, el entorno rural o urbano, el nivel socioeconómico y el origen—, lo que dificulta identificar perfiles de riesgo predecibles. Por ello, las estrategias preventivas deben ir más allá de informar sobre síntomas, abordando estos condicionantes para promover respuestas más rápidas y efectivas ante una emergencia cardíaca.

Estos resultados muestran una consolidación en el uso de la ICP como estrategia terapéutica en personas con IAMCEST, alcanzando el 79% entre las sometidas a coronariografía. Esta cifra representa una mejora sustancial respecto a otro estudio llevado a cabo en España, en el que la tasa de ICP primaria aumentó desde el 22% en 2003 hasta el 55% en 2012, en un contexto de desarrollo desigual de las redes de reperusión en las comunidades autónomas. Aunque ligeramente inferior, la tasa observada en nuestro trabajo se aproxima a la de otro estudio español de 2019, donde el 87% de las personas con IAMCEST fueron tratadas con ICP primaria dentro de redes estructuradas de Código Infarto. Estos datos reflejan una evolución positiva en

las estrategias de reperusión en España, persistiendo diferencias regionales y organizativas que pueden influir en la equidad del acceso a la ICP.

El abordaje integral del síndrome coronario agudo ha de combinar estrategias de prevención primaria y secundaria, con especial atención a las particularidades clínicas de los distintos grupos poblacionales. La promoción de hábitos cardiosaludables y la estratificación individual del riesgo ateroesclerótico son pilares fundamentales en la prevención primaria, mientras que, en la secundaria, se prioriza el inicio precoz del tratamiento farmacológico, la mejora de la adherencia terapéutica y la instauración de programas de rehabilitación cardíaca multidisciplinar. Los modelos de atención multicomponente centrados en el paciente con adecuada coordinación asistencial han demostrado reducir las recurrencias, la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida, especialmente en los grupos más vulnerables. Las mujeres presentan mayor mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio, particularmente en el IAMCEST, desigualdad que persiste en algunos estudios tras ajustar por edad y comorbilidades, lo que sugiere la influencia de factores fisiopatológicos y asistenciales diferenciales. Las mujeres suelen tener un perfil clínico más complejo, con mayor carga de comorbilidades, disfunción microvascular y mayor prevalencia de infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva, además de enfrentar barreras

en el acceso a terapias de reperfusión. Estas disparidades subrayan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la planificación de la atención cardiovascular, diferenciando entre tipos de IAM y profundizando en los determinantes fisiopatológicos, clínicos y asistenciales que modifican el pronóstico.

Conclusiones

Entre 2017-2023, en Navarra se registraron una media anual de 768 ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio, predominando los casos de IAMSEST (55%) frente a IAMCEST (45%).

El 72% de las personas hospitalizadas por IAM eran hombres, con una mediana de edad de 66 años, frente a 69 años en mujeres.

Entre 2017-2023 se contabilizaron 1006 defunciones extrahospitalarias por IAM, el 67% en hombres.

En los casos de fallecimientos extrahospitalarios por IAM, la mediana de edad fue significativamente mayor en mujeres (86,5 años) que en hombres (73 años).

Los factores de riesgo más frecuentes en pacientes que ingresaron por un primer IAM fueron la hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo activo.

El 95% de las personas hospitalizadas por un primer IAM presentaban al menos uno de los factores de riesgo estudiados, y el 73%, al menos dos factores.

En el IAMCEST, la conducta inicial se distribuyó de forma similar entre llamar al SEM 112 o acudir al hospital.

En el IAMSEST predominó acudir al hospital, especialmente en mujeres y en todos los grupos etarios, sin influencia de los antecedentes cardíacos.

El IAMCEST se asocia a una reacción más rápida ante los primeros síntomas que el IAMSEST, especialmente al contactar con el SEM 112.

Las mujeres presentaron mayores demoras en solicitar asistencia sanitaria, especialmente en el IAMSEST.

En el IAMCEST los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica presentaron una mayor demora en la demanda de atención sanitaria, a diferencia de lo observado en el IAMSEST.

La utilización de coronariografía fue elevada en menores de 75 años, pero mostró un marcado descenso a partir de esa edad, particularmente en mujeres.

En pacientes de 75 o más años, la ausencia de coronariografía se atribuyó principalmente a la combinación de edad avanzada, deterioro clínico y comorbilidades.

El 79% de las personas con IAMCEST que fueron sometidas a una coronariografía recibieron intervención coronaria percutánea, consolidándola como la estrategia terapéutica de referencia en estos casos.

La mediana de tiempos hasta la coronariografía y la angioplastia primaria cumple con los estándares recomendados por las principales sociedades científicas de referencia para el manejo del IAMCEST.

La mortalidad fue mayor en el IAMCEST que en el IAMSEST, y se asoció a mayor edad y al sexo femenino.

Referencias

- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causas por sexo y grupos de edad. Infarto agudo de miocardio. INEbase. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803>
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Memoria Anual 2024. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/493229/Memoria2026.pdf>
- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. Guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Sociedad Europea de Cardiología; Sociedad Española de Cardiología. https://secardiologia.es/images/2024/Gu%C3%ADas/Gu%C3%A9%81a_ESC_2023_sobre_SCA.pdf
- Global Cardiovascular Risk Consortium, Magnussen C, Alegre-Diaz J, et al. Global effect of cardiovascular risk factors on lifetime estimates. *N Engl J Med*. 2025;393(2):125-138. doi:10.1056/NEJMoa2415879
- Figtree GA, Vernon ST, Harmer JA, et al. Clinical pathway for coronary atherosclerosis in patients without conventional modifiable risk factors: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2023;82(13):1343-1359. doi:10.1016/j.jacc.2023.06.045
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(18):2231-2264. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038
- Fu R, Song CX, Dou KF, et al. Differences in symptoms and pre-hospital delay among acute myocardial infarction patients according to ST-segment elevation on electrocardiogram: an analysis of China Acute Myocardial Infarction (CAMI) registry. *Chin Med J (Engl)*. 2019;132(5):519-524. doi:10.1097/CM9.000000000000122
- Canto AJ, Kiefe CI, Goldberg RJ, et al. Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2012;163(4):572-9. doi:10.1016/j.ahj.2012.01.020
- Fundación Española del Corazón. El tiempo, factor clave de supervivencia al sufrir infarto agudo de miocardio. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/1651-tiempo-factor-clave-de-supervivencia-sufrir-infarto-agudo-de-miocardio.html>
- Khaled MFI, Banerjee SK, Adhikary DK, et al. Factors influencing pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction. *University Heart Journal*. 2019;15(2):79-85. doi:10.3329/uhj.v15i2.42666
- Pattenden J, Watt I, Lewin RJ, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ*. 2002;324(7344):1006-1009. doi:10.1136/bmj.324.7344.1006
- Gärtner C, Walz L, Bauernschmitt E, Ladwig KH. The causes of pre-hospital delay in myocardial infarction. *Dtsch Arztebl Int*. 2008;105(15):286-291. doi:10.3238/arztebl.2008.0286
- Cequier A, Pérez de Prado A, Cid AB, et al. Requisitos y sostenibilidad de los programas de ICP primaria en España en el IAMCEST: documento de consenso de SEC, AECC y SEMES. *R Rec Interv Cardiol*. 2019;2:108-119. doi: 10.24875/recic.m19000037
- Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez AB, Pérez de Prado A, et al. Analysis of the management of ST-segment elevation myocardial infarction in Spain. Results from the ACI-SEC Infarction Code Registry. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022;75(8):669-680. doi:10.1016/j.rec.2021.12.005
- Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association. 2019;140(11):e596-e646. doi:10.1161/CIR.0000000000000678
- Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the management of patients with acute coronary syndromes. *Circulation*. 2025;151(13):e771-e862. doi:10.1161/CIR.0000000000001309
- Rodríguez-Padial L, Fernández-Pérez C, Bernal JL, et al. Diferencias en mortalidad intrahospitalaria tras IAMCEST frente a IAMSEST por sexo. Tendencia durante once años en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(6):510-517. doi:10.1016/j.rec.2020.04.031

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA EN 2024

Introducción

La infección por el VIH es una situación crónica irreversible, que se asocia a un riesgo aumentado de diversos problemas de salud. Con un tratamiento antirretroviral adecuado se consigue evitar en parte estos problemas. La transmisión se produce a partir de las personas infectadas, a través de prácticas de riesgo parenteral o sexual y se ve facilitada por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, mientras que el tratamiento antirretroviral adecuado reduce mucho el riesgo de contagio. La difusión del VIH en la población es resultado del balance entre la capacidad de transmisión del virus, la presencia de factores facilitadores, la prevalencia de prácticas de riesgo en la población y la eficacia de las intervenciones en salud.

Para describir la situación epidemiológica de una infección de larga evolución que puede manifestarse en diversos estadios, es necesario recurrir a varios indicadores. Estos indicadores incluyen los nuevos diagnósticos de infección por el VIH, los diagnósticos de sida, los fallecimientos relacionados con el sida y la prevalencia de personas que viven con la infección por el VIH. Estos indicadores están interrelacionados, pero ofrecen puntos de vista diferentes y complementarios.

La creciente movilidad geográfica de la población dificulta la asignación geográfica de los casos. Por ello, se han excluido los diagnósticos de casos en personas que no tenían residencia establecida en Navarra.

Nuevas infecciones por el VIH

Desde el comienzo de la epidemia de sida hasta diciembre de 2024 se han diagnosticado 2350 infecciones por VIH en población residente en Navarra. La mayor parte de estas infecciones se diagnosticaron entre finales de los ochenta y principios de los noventa. La tasa descendió hasta un mínimo de 4,4 casos por 100.000 habitantes en 2008 y en los últimos años ha oscilado entre 7,7 en 2014 y 4,8 por 100.000 en 2020. En 2024 la tasa fue de 4,9 casos por 100.000 habitantes (Tabla 1).

En los cuatro últimos años no se ha realizado ningún nuevo diagnóstico de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). La transmisión sexual es la responsable de casi todas las nuevas infecciones (Figura 1).

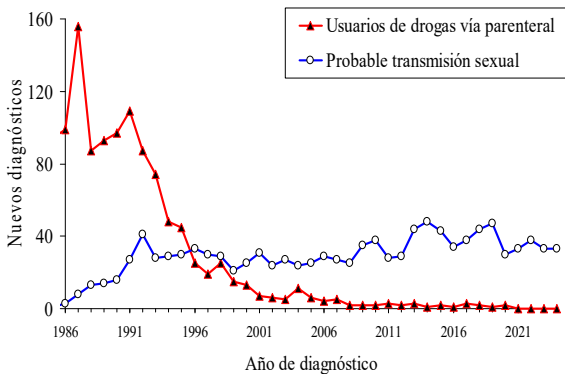
En el quinquenio 2020-2024 se diagnosticaron 177 infecciones, siendo las prácticas sexuales de riesgo entre hombres el principal mecanismo de transmisión, responsable del 56% de los casos, seguidas por las prácticas heterosexuales de riesgo (40%), y el uso de

material no estéril para la inyección de drogas (1%). Además, hubo un 3% de casos en los que el mecanismo probable de transmisión fue otro o desconocido (Figura 2). La edad media al diagnóstico fue de 37,4 años con un rango entre 4 y 64 años.

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

Año	Diagnósticos de VIH		Diagnósticos de sida		Defunciones de personas con VIH	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2011	31	4,9	4	0,6	18	2,8
2012	31	4,8	15	2,3	18	2,8
2013	48	7,5	10	1,6	16	2,5
2014	49	7,7	11	1,7	18	2,8
2015	45	7,1	12	1,9	19	3,0
2016	35	5,5	5	0,8	23	3,6
2017	41	6,4	4	0,6	18	2,8
2018	46	7,1	9	1,4	20	3,1
2019	48	7,4	9	1,4	9	1,4
2020	32	4,8	8	1,2	13	2,0
2021	33	5,0	6	0,9	13	2,0
2022	38	5,7	4	0,6	18	2,7
2023	34	5,1	7	1,0	11	1,6
2024	33	4,9	8	1,2	14	2,1

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



El 89% de los nuevos diagnósticos de VIH realizados en el último quinquenio tuvo lugar en personas menores de 55 años. Tanto en los hombres como en las mujeres, el 35% de los nuevos diagnósticos se realizaron en menores de 35 años (Figura 3).

La gran mayoría de los diagnósticos de VIH se realizaron en hombres (85%), en quienes predominó la transmisión por relaciones homosexuales (66%), seguida por la debida a prácticas heterosexuales (30%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (1%). La transmisión heterosexual fue responsable de todos los casos en mujeres, salvo uno de transmisión vertical (Figura 4).

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

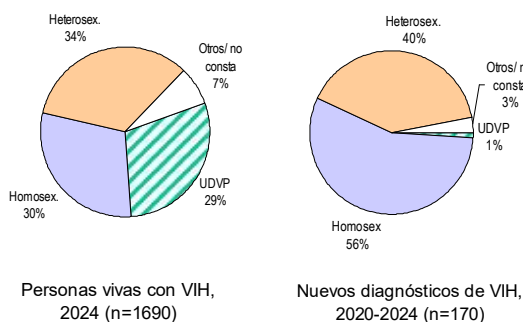


Figura 3. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y edad, 2020-2024

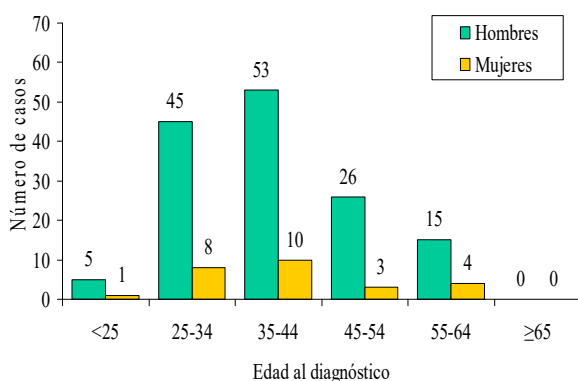
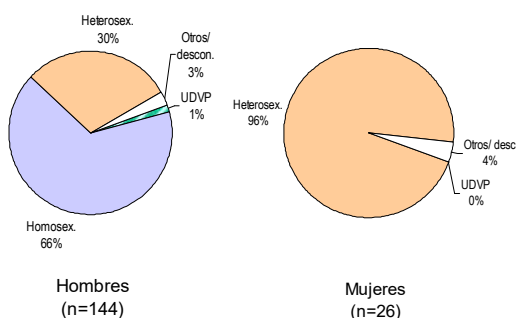


Figura 4. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión, 2020-2024



El 82% de los diagnósticos de VIH en hombres que habían tenido sexo con hombres se produjeron en menores de 45 años (Figura 5). Históricamente la mayoría de los diagnósticos de VIH se realizaron en población autóctona, pero entre 2020-2024, el 59% de los diagnósticos de residentes en Navarra se realizaron en personas nacidas en otros países (Figura 6).

En 50 casos (32%) hubo evidencia de que la infección había ocurrido recientemente, por disponerse de pruebas negativas previas, por el debut con síndrome de primo infección o por una exposición de riesgo

conocida. El 78% de estos casos eran hombres que tenían sexo con hombres. Estos casos de transmisión reciente orientan sobre medidas para la prevención eficaz de nuevas infecciones.

Figura 5. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según edad y categoría de transmisión, 2020-2024

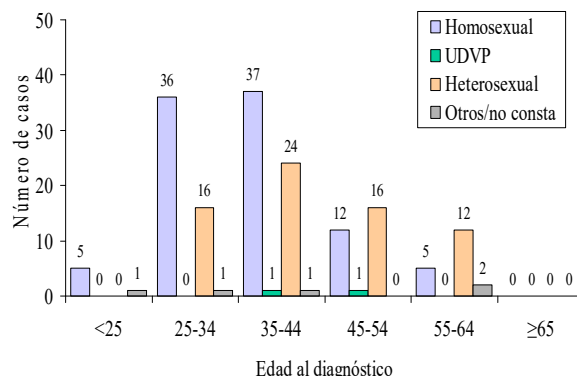
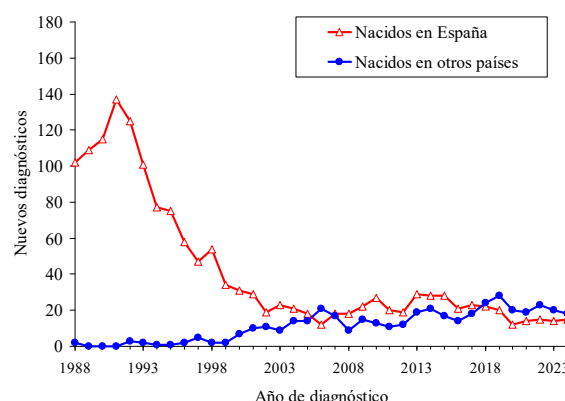


Figura 6. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento



Retraso diagnóstico de la infección por VIH

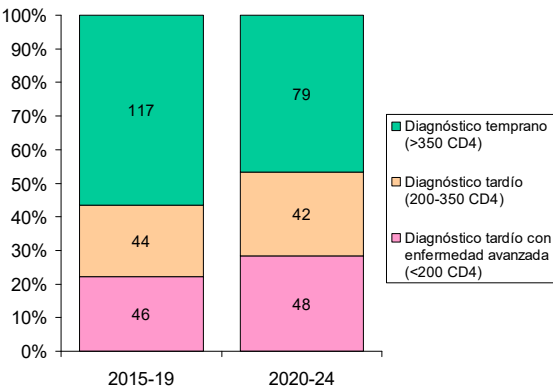
Las infecciones diagnosticadas con recuento de linfocitos CD4+ menor de 350 se consideran diagnósticos tardíos y con menos de 200 son infecciones en estado avanzado. De los 170 nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2020-2024, 169 tuvieron una determinación de linfocitos CD4+ próxima al diagnóstico, y de ellos, el 28% presentaban menos de 200 CD4+ y el 53%, menos de 350 CD4+, por lo que serían diagnósticos tardíos. Los diagnósticos tardíos fueron más frecuentes entre las personas contagiadas por prácticas heterosexuales de riesgo (69%). La frecuencia de diagnósticos tardíos fue algo mayor en mujeres (58%) que en hombres (52%), y similar en personas originarias de otros países (55%) y en la población autóctona (52%). La proporción de diagnósticos tardíos aumentó ligeramente respecto al quinquenio anterior (de 43% a 53%) (Figura 7).

En 2020-2024 hubo 28 diagnósticos de VIH que coincidieron con el de sida, lo que pone en evidencia

que la infección no se sospechó hasta que aparecieron manifestaciones clínicas graves. La mayoría de las muertes por sida se produjeron en pacientes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida. Los diagnósticos simultáneos supusieron el 16% de los diagnósticos de VIH y el 85% de los casos de sida.

El diagnóstico temprano de las infecciones por VIH aporta beneficios, porque el comienzo temprano del tratamiento mejora el pronóstico y las personas diagnosticadas transmiten menos la infección que las que desconocen estar infectadas. Más de la mitad de las infecciones por VIH se diagnosticaron en Atención Primaria.

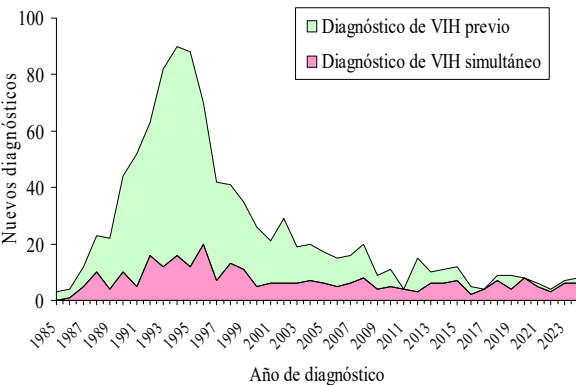
Figura 7. Diagnósticos de VIH en los dos últimos quinquenios según el recuento de linfocitos CD4+



Diagnósticos de sida y defunciones

La incidencia de sida y las defunciones relacionadas con el VIH han descendido, pero no han desaparecido totalmente. Los diagnósticos de sida disminuyeron en personas diagnosticadas de VIH con antelación, pero el número de diagnósticos simultáneos de VIH y sida siguió siendo alto (Figura 8).

Figura 8. Nuevos diagnósticos de sida anuales en Navarra según la antelación en el diagnóstico de la infección por el VIH



En 2020-2024 se produjeron 33 diagnósticos de sida (1 caso por 100.000 habitantes y año), con un rango entre 4 y 8 diagnósticos anuales. Además, se produjo el fallecimiento de 69 personas que tenían infección por VIH (2,1 por 100.000 habitantes y año), de las cuales, 7 (10%) fueron por causas relacionadas directamente con la infección por el VIH. El número de defunciones anuales en personas que vivían con el VIH osciló entre 11 y 18.

De los 33 diagnósticos de sida, 28 (85%) se produjeron a la vez que el diagnóstico del VIH, lo que impidió llegar a tiempo con los tratamientos para evitar las enfermedades definitorias de sida (Tabla 3). De los 28 diagnósticos simultáneos de sida y VIH, 4 se produjeron en hombres que referían prácticas homosexuales, 7 en mujeres heterosexuales, 13 en hombres heterosexuales y 3 por mecanismo de transmisión desconocido.

En 2024 se diagnosticaron 8 casos de sida, de los cuales, 6 desconocían su infección hasta que desarrollaron las enfermedades definitorias del sida.

Personas que viven con la infección por VIH

El tratamiento antirretroviral ha mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por el VIH. El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, debido a que la incidencia de nuevas infecciones se mantiene y la supervivencia ha mejorado. En Navarra, a finales de 2024 había 1690 personas residentes con infección por VIH diagnosticada (2,5 casos por 1000 habitantes). Las características de estas personas reflejan el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás. El 71% son hombres y el 64% son nacidos en España. La edad media de la población que vive con el VIH ha ido aumentando. El 71% tienen más de 44 años (Tabla 2). Aquellas personas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas suponen todavía el 29% del total (Figura 2).

Tabla 2. Número y características de los nuevos diagnósticos de VIH en 2020-2024 y de las personas vivas con diagnóstico de VIH a final de 2024

	Nuevos diagnósticos de VIH	Personas que viven con el VIH*
Número	32 – 38	1690
Tasa por 100.000 habs. y año	4 – 6	249
Hombres	85%	71%
Edad <45 años	72%	29%
Antecedente de inyección de drogas	1%	29%
Hombres que han tenido sexo con hombres	56%	30%
Nacidos en otros países	59%	36%

*Incluye personas independientemente del tiempo de residencia en Navarra, por lo que el número no es comparable con el de los informes de años previos.

A pesar de los avances en los tratamientos, las personas con infección por el VIH tienen todavía un riesgo de morir mayor que las de igual edad y sexo no infectadas. La mortalidad por causas distintas del sida es mayor que la de la población no infectada por VIH.

Entre las principales causas de mortalidad, aparte del sida, están la intoxicación por drogas, las hepatopatías, el cáncer, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades respiratorias. Este exceso de mortalidad puede reducirse mediante el diagnóstico temprano de la infección, el buen cumplimiento del tratamiento antirretroviral y un estilo de vida saludable con control de los factores de riesgo.

Infecciones por VIH no diagnosticadas

La infección por VIH puede permanecer sin síntomas durante años y pasar sin ser diagnosticada. La estimación de las infecciones no diagnosticadas es un reto difícil. En 2019 se estimó que en Navarra había unas 200 infecciones por VIH todavía no diagnosticadas. Nuevas estimaciones indican que este número se ha reducido hasta unas 90-120 en 2024, lo que situaría el número de infecciones diagnosticadas por encima del objetivo del 90% del total.

Avance de la situación en 2025

Entre enero y septiembre de 2025 se han diagnosticado 18 casos de infección por VIH en Navarra, frente a los 20 del mismo periodo de 2024, lo que indica que la incidencia se mantiene en niveles similares. En este periodo de 2025 se han diagnosticado 3 casos de sida frente a 5 casos en el mismo periodo de 2024.

Infección por el VIH en España

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe anual sobre nuevos diagnósticos de VIH en España. En 2024, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH se situó en 7 por 100.000 habitantes, ligeramente mayor a la de Navarra (5,1 por 100.000). Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque superiores a la media de la Unión Europea.

El patrón de distribución por categorías de transmisión en España es muy similar al de Navarra. En España el 54% de los casos fue atribuible a transmisión entre hombres con prácticas homosexuales, el 29% se atribuyeron a transmisión heterosexual, el 2% ocurrieron en personas con antecedente de uso de drogas por vía parenteral y un 15% tenían otros mecanismos de transmisión o desconocido. La proporción de mujeres en España (15%) fue similar a la de Navarra (15%). Las personas originarias de otros países suponen el 47% de los nuevos diagnósticos en

España, porcentaje algo menor que el 59% de Navarra en el último quinquenio. El 51% de los nuevos diagnósticos de VIH tenían menos de 350 linfocitos CD4+, algo menos que el 54% de Navarra.

Conclusiones

- El número de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene relativamente estable o con un ligero descenso en Navarra.
- Se mantienen altos los casos con diagnóstico simultáneo de VIH y sida, lo que indica que parte de las personas infectadas se diagnostican en fase avanzada de la infección.
- La transmisión sexual es la principal responsable de las nuevas infecciones.
- Aunque el tratamiento de las infecciones y la profilaxis pre-exposición reducen la transmisión, siguen produciéndose infecciones, lo que indica la alta frecuencia de prácticas sexuales de riesgo.
- Se estima que hay unas 90-120 personas con infección por VIH no diagnosticada. El diagnóstico de estas infecciones ocultas ayudaría a mejorar su pronóstico y a prevenir nuevos contagios.
- Los avances en el tratamiento permiten que las personas con VIH vivan más y con mayor calidad de vida, por lo que el número de personas que viven con la infección aumenta, al sumarse nuevos casos de infección.
- La prevención de otros problemas de salud y de factores de riesgo de enfermedades crónicas es fundamental para aproximar la supervivencia de las personas con VIH a la de la población general.

Recomendaciones

- **Prevención** de nuevas infecciones por VIH mediante la promoción de estilos de vida saludables en la población y la educación afectivo-sexual desde un enfoque positivo e integrador, incluyendo educación sanitaria sobre conductas seguras y mecanismos de protección. En el caso de exposiciones accidentales de riesgo (pinchazo accidental con material contaminado, rotura de preservativo en la práctica sexual) puede haber indicación de una profilaxis post-exposición a administrar en las primeras 72 horas, esta indicación se valora y realiza en los servicios de urgencia hospitalaria. Existe un programa de profilaxis pre-exposición (PrEP) dirigido a las personas que mantienen conductas sexuales de riesgo, que consiste en la toma de un tratamiento antiviral de forma continua. Esta profilaxis ha demostrado ser eficaz para prevenir la infección y se puede acceder a ella a través de los centros de educación sexual y reproductiva (CASSyR).

- **Prevención, diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual**, incluidas las asintomáticas, ya que son importantes facilitadores de la transmisión del VIH.
- **Diagnóstico precoz** de la infección por VIH. Para ello, se ha de realizar serología de VIH ante cualquier sospecha de esta infección. La Tabla 3 recoge la relación de enfermedades definitorias de sida. Ante cualquiera de estos diagnósticos siempre se debe descartar la infección por el VIH. La Tabla 4 recoge situaciones en las que existe un amplio consenso de indicación de la prueba. Los diagnósticos incluidos en la Tabla 5, también deben ser tenidos en cuenta, por asociarse con una frecuencia de infección por VIH no diagnosticada superior al 0,1%. Además, conviene sensibilizar a la población para que acuda al sistema sanitario a realizarse la prueba si ha tenido exposiciones de riesgo. Para facilitar el acceso al diagnóstico, existe un programa de realización de pruebas del VIH en algunas oficinas de farmacia.

Tabla 3. Enfermedades definitorias de sida. Ante cualquiera de estos diagnósticos siempre se debe descartar la infección por el VIH

1. Cáncer de cérvix invasivo
2. Candidiasis esofágica
3. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
4. Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiosis intestinal crónica (>1 mes de duración)
7. Encefalopatía asociada al VIH
8. Enfermedad por citomegalovirus que afecte a órganos distintos de hígado, bazo y ganglios
9. Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis
10. Septicemia recurrente por Salmonella
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
12. Isosporiasis intestinal crónica (>1 mes de duración)
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
14. Linfoma inmunoblástico
15. Linfoma cerebral primario
16. Linfoma de Burkitt
17. <i>Mycobacterium avium complex</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> (diseminada o extrapulmonar)
18. <i>Mycobacterium</i> , otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar)
19. Neumonía recurrente
20. Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
21. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión)
22. Sarcoma de Kaposi
23. Síndrome de emaciación por VIH
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Tuberculosis de cualquier localización

Tabla 4. Situaciones en las que se recomienda realizar la prueba del VIH

Parejas sexuales de personas infectadas por VIH
Hombres que tienen sexo con hombres
Trabajadores sexuales
Personas que se inyectan o se han inyectado drogas
Personas que han vivido en países con alta prevalencia de VIH (>1%)* y sus parejas sexuales
Personas que solicitan la prueba por sospechar una exposición de riesgo
Mujeres embarazadas
Personas que han sufrido agresión sexual
Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional
Personas con antecedentes de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual
Personas con infección por virus de la hepatitis C o B
Linfoma maligno
Herpes zóster
Dermatitis seborreica/exantema
Enfermedad neumocócica invasiva
Cáncer o displasia anal/cervical
Síndrome mononucleósico
Leucopenia / trombopenia idiopática
Fiebre inexplicable
Candidemia
Leishmaniasis visceral

*<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>

Tabla 5. Otras enfermedades que se asocian en más del 0,1% de los casos a infección por VIH no diagnosticada

Cáncer de pulmón primario
Meningitis linfocítica
Leucoplasia vellosa oral
Psoriasis grave o atípica
Síndrome de Guillain-Barré
Mononeuritis
Demencia subcortical
Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
Neuropatía periférica
Pérdida de peso injustificada
Linfadenopatía idiopática
Candidiasis bucal idiopática
Diarrea crónica idiopática
Insuficiencia renal crónica idiopática
Hepatitis A
Neumonía de adquisición en la comunidad
Candidiasis

Referencias

- Rivero Marcotegui M, Layana Echezuri E, Repáraz Padrós J, Irigoyen Olaiz C, Arraiza Cruchaga M, Uriz Ayestarán J. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas. An Sist Sanit Navar 2014; 37: 329-338
- Fontela C, Aguinaga A, Moreno-Iribas C, et al. Trends and causes of mortality in a population-based cohort of HIV-infected adults in Spain: comparison with the general population. Scientific Reports. 2020;10(1):8922.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid 2014. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2024.

CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA
SEMANAS 27 A 39. PERIODO 2020-2025

ENFERMEDADES	2020	2021	2022	2023	2024	2025	IE
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Síndromes gripales	18	24	123	296	355	719	5,8
Enfermedad por virus respiratorio sincitial	-	26	26	3	3	4	1,3
Legionelosis	6	18	17	20	13	20	1,2
Tuberculosis Respiratoria	6	5	8	10	4	9	1,5
Otras Tuberculosis	-	3	1	3	3	3	1,0
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Enfermedad Meningocócica	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedad neumocócica invasiva	4	7	8	6	7	14	2,0
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	2	1	3	-	4	2	1,0
Parotiditis	8	6	2	4	3	4	1,0
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	1	-
Tos ferina	-	-	-	6	21	-	-
Varicela	12	7	11	12	26	13	1,1
Herpes zóster	742	798	836	851	1008	961	1,1
Enfermedades gastrointestinales							
Disentería Bacilar	2	6	9	16	9	17	1,9
<i>Campylobacter</i>	106	252	298	449	455	500	1,7
<i>Salmonella</i>	24	59	101	123	115	153	1,5
<i>Salmonella enteritidis</i>	10	12	52	40	50	72	1,8
<i>Salmonella typhimurium</i>	9	15	33	32	30	30	1,0
<i>Salmonella</i> spp./ otras	5	32	16	51	35	51	1,6
Rotavirus	14	17	32	45	64	107	3,3
<i>Cryptosporidium</i> spp.	7	16	35	362	59	74	2,1
<i>Giardia lamblia</i>	9	28	47	98	88	84	1,8
<i>Yersinia enterocolítica</i>	8	10	46	19	18	20	1,1
<i>E. coli</i> verotoxigénico	12	79	58	67	64	82	1,3
Fiebre tifoidea y paratifoidea	-	1	1	1	-	1	1,0
Listeriosis	1	3	5	3	-	3	1,0
Infecciones de Transmisión Sexual							
Infección Gonocócica	25	56	80	99	74	95	1,3
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	10	22	17	10	26	17	1,0
<i>Chlamydia trachomatis</i>	75	169	166	183	171	201	1,2
Linfogranuloma venéreo	3	7	1	4	5	2	0,5
Infección por VIH	3	5	9	6	8	6	1,0
Hepatitis Viricas							
Hepatitis A	4	2	2	-	5	13	6,5
Hepatitis B aguda	1	-	2	-	2	-	0
Hepatitis C, caso incidente	-	-	-	1	-	-	-
Hepatitis E	-	1	1	1	3	3	3,0
Zoonosis							
Brucelosis	-	-	-	-	-	-	-
Hidatidosis	-	1	2	1	2	-	0
Leishmaniasis	1	-	1	-	-	-	-
Fiebre Q	1	1	3	8	10	8	2,7
Leptospirosis	-	-	-	-	-	1	-
Tularemia	-	1	-	-	1	6	-
Enfermedades transmitidas por garrapatas							
Enfermedad de Lyme (<i>B. burgdorferi</i>)	2	5	21	18	23	15	0,8
Fiebre exantemática mediterránea	4	4	2	3	-	1	0,3
Enfermedades Importadas							
Paludismo	-	4	8	3	6	2	0,5
Enfermedad del Dengue	-	1	9	7	5	3	0,6

Índice Epidémico (IE) para una enfermedad es la razón entre el número de casos declarados en el periodo y la mediana del quinquenio anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24, la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75, incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25, incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones de dicho índice.

Además de las enfermedades mostradas en la tabla, se confirmó un caso de **chikungunya**.

En 2025 no hubo casos de: Botulismo, Carbunco, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Peste, Poliomieltis, Rabia, Tétanos, Triquinosis, Viruela, Mpox y Zika.