

MESA: TB & VIH

Moderadores: **Esteban Martínez.** *Servicio de Enfermedades Infecciosas. H. Clínic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona.*
Ethel Sequeira. *CAPSBE Casanova. Barcelona.*

Infección por VIH y migración

María Velasco Arribas

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

Correspondencia:

María Velasco

E-mail: mvelasco@salud.madrid.org

En Europa, casi la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH entre 2014 y 2023 se produjeron en personas migrantes (45,9%; 13,3% nacidas en la Unión Europea y 86,7% en países fuera de la misma) y el diagnóstico tardío alcanzó el 52,4%, especialmente entre migrantes con transmisión heterosexual, independientemente del sexo¹. En 2023, la región notificó 5,3 casos por 100.000 habitantes y, al excluir diagnósticos previos, la incidencia aumentó un 11,8% respecto a 2022, lo que sugiere recuperación de la captación pos-COVID y persistencia de subdiagnóstico². En España, estas cifras son similares, alcanzando también casi la mitad de los diagnósticos de infección por VIH en personas nacidas fuera de nuestro país y con un 48,5% de diagnóstico tardío en el año 2023. Respecto a la tuberculosis (TB), el Informe Mundial 2024 confirma que existe una mejoría tras la pandemia, aunque sin que se haya retomado aún la senda de “Fin de la TB 2030”; en varios países europeos de baja incidencia, más del 50% de casos se concentran en personas nacidas en el extranjero, reflejo de desigualdades estructurales y barreras de acceso³.

La intersección VIH–TB en personas migrantes es crítica: acumulan mayor riesgo de TB activa y formas extrapulmonares, y la movilidad complica los estudios de contactos y la continuidad terapéutica. Estas brechas se amplifican por retrasos diagnósticos vinculados a idioma, estigma, situación administrativa e inestabilidad residencial, que favorecen la presentación tardía y un peor pronóstico. En mujeres migrantes y en procedentes de fuera de la Unión Europea con transmisión heterosexual, el patrón es especialmente acusado. La evidencia europea apoya el uso de estrategias integradas (VIH/TB/salud sexual y mental), el uso de la mediación intercultural, el disponer de documentación sanitaria “portable” y la posibilidad de una interoperabilidad transfronteriza para reducir pérdidas en la cascada. Por otro lado, el acercamiento a los migrantes con un enfoque cultural favorece la adherencia al tratamiento antirretroviral y la retención en cuidados.

En el diagnóstico, la expansión de pruebas moleculares rápidas descentralizadas y su uso para detección de resistencias junto con secuenciación dirigida (tNGS) permite decisiones terapéuticas más rápidas y personalizadas en pacientes con importante movilidad. En la infección por VIH avanzada, la incorporación de biomarcadores rápidos y del LAM urinario pueden acelerar el inicio del tratamiento antituberculoso en determinados ámbitos, especialmente cuando es difícil completar el diagnóstico por la movilidad del paciente. Es preciso insistir en la necesidad de priorizar el cribado de infección tuberculosa en personas con VIH, especialmente procedentes de países de alta incidencia.

En el tratamiento de la coinfección siguen existiendo lagunas de conocimiento. En la reciente conferencia de IAS 2025 se ha presentado el ensayo SaDAPT (Lesoto y Malawi) en personas con VIH en los que el inicio de tratamiento el mismo día de la sospecha de TB no fue inferior a retrasarlo hasta disponer de resultados diagnósticos para el objetivo de supresión virológica a 6 meses⁴. Respecto a la coadministración de rifampicina con dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC), una serie clínica reciente indicó que DTG doble dosis/3TC una vez al día, administrado con comida durante esquemas con rifampicina, puede mantener eficacia virológica y seguridad, aportando evidencia práctica sobre una opción dual en coinfección VIH–TB cuando la simplificación es prioritaria⁵.

En síntesis, la convergencia VIH–TB en población migrante exige un abordaje multidisciplinar teniendo en cuenta otras culturas, el diagnóstico temprano, la vinculación rápida y potenciar las trayectorias asistenciales compartidas entre territorios.

Bibliografía

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Geneva: UNAIDS. 2025. [Acceso 10 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
2. European Centre for Disease Prevention and Control; WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 – 2023 data

- [Internet]. Stockholm: ECDC; 2024. [Acceso 10 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV_Surveillance_Report_2024.pdf
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization. 2024. [Acceso el 10 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531>
 4. Gerber F, Semphere R, Lukau B, Mahlatsi P, Mbale H, Sanchez-Samaniego G, *et al*. Same-day antiretroviral therapy initiation in people with HIV and presumptive tuberculosis: a randomised, non-inferiority trial in Lesotho and Malawi (SaDAPT) [abstract]. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(4):e26518. doi:10.1002/jia2.26518.
 5. Xiaoqin Le, Wei Song, Lin Gu, Li Liu, Yanyun Dou, Ke Lan, Zhihao Meng *et al*. Double-Dose Dolutegravir and Lamivudine Versus Efavirenz-Based Antiretroviral Therapy for Patients Coinfected with HIV and Mycobacterium tuberculosis: A Multicentre, Open-Label, Randomised Trial. Poster EP0185. 13th IAS Conference on HIV Science. 2025. Kigali, Rwanda.

Implementación de programas de cribado transversal para diferentes enfermedades infecciosas

Angeline M. Cruz

Instituto de Salud Global de Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia:

Angeline M. Cruz

E-mail: angeline.cruz@isglobal.org

En los últimos años, ha habido un aumento sin precedentes de la migración hacia la Unión Europea. Este incremento supone un reto para los servicios sanitarios, que han de estar capacitados para atender a las necesidades de salud particulares de la población migrante; incluyendo determinadas infecciones que afectan desproporcionadamente a estos grupos, tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las hepatitis virales, tuberculosis (TB) y enfermedades parasitarias endémicas en sus países de origen. La implementación de programas de cribado transversal, es decir, la posibilidad de detectar múltiples enfermedades antes de la aparición de síntomas podría mejorar la salud de los migrantes y, a su vez, proteger la salud pública del país receptor.

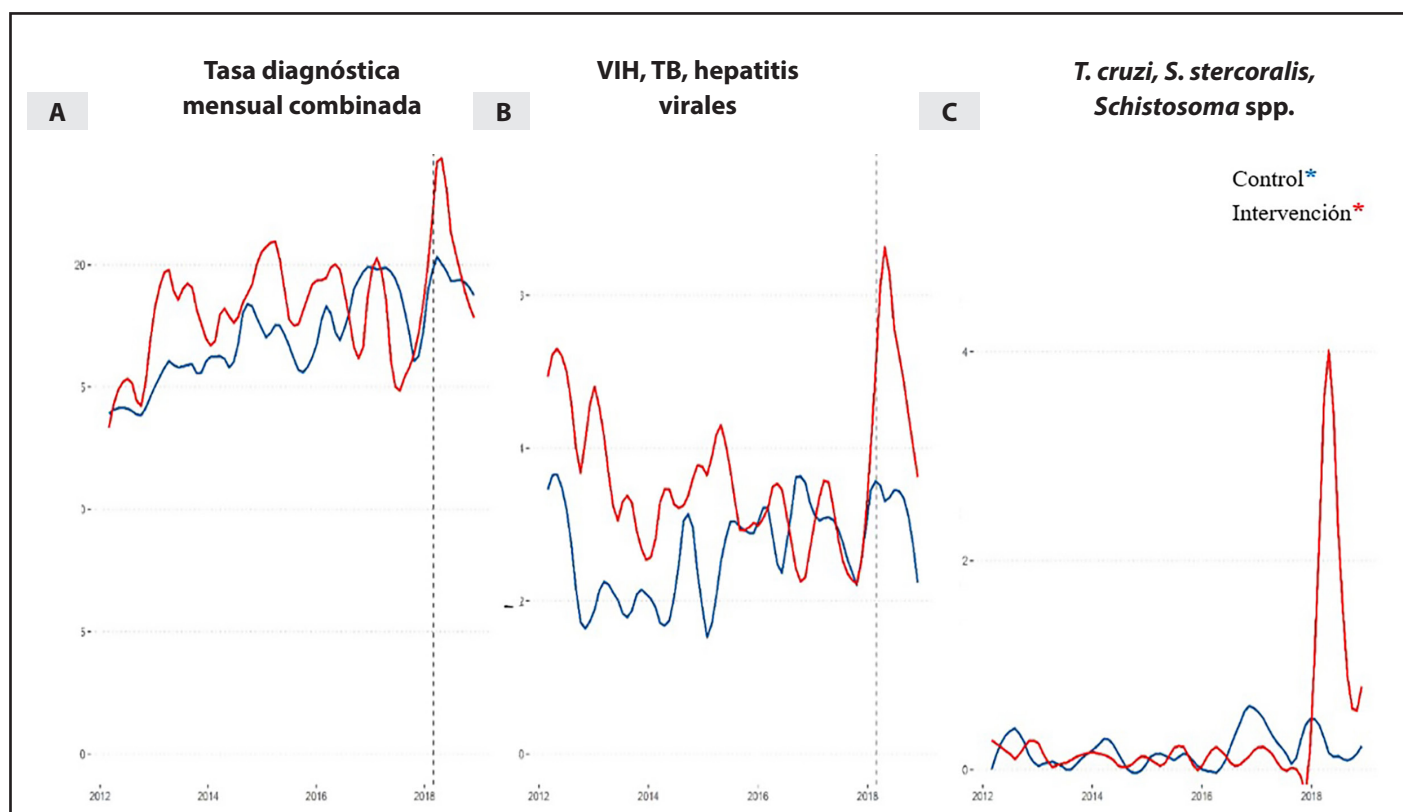
El Grupo de Salud e Inmigración del Instituto de Salud Global de Barcelona ha desarrollado la herramienta digital ISMiHealth, previamente denominada CRIBMI, para facilitar a los profesionales de la salud el proceso de cribado de enfermedades infecciosas no endémicas o de baja prevalencia en España en la población migrante atendida en atención primaria. ISMiHealth es una herramienta digital integrada en el sistema informático de atención primaria, que funciona como un sistema de apoyo a la decisión clínica proporcionando avisos con las recomendaciones de cribado dirigidas a la población migrante. Estos avisos se generan tras una evaluación individualizada del riesgo de los pacientes migrantes utilizando indicadores demográficos, tales como la edad, el sexo y el país de origen.

En 2018 se realizó un estudio piloto controlado aleatorizado por conglomerados, en el cual se implementó un programa

de cribado transversal en ocho centros de atención primaria en Cataluña, España. El programa de cribado fue apoyado por la herramienta digital ISMiHealth en cuatro centros, mientras que los otros cuatro continuaron su práctica clínica habitual. El objetivo del estudio era evaluar la eficacia preliminar de la herramienta, así como su viabilidad y aceptabilidad por parte del personal sanitario. Con el fin de generar el algoritmo de la herramienta ISMiHealth, que incluye las infecciones seleccionadas por su relevancia clínica y epidemiológica y el criterio de cribado, se hizo una revisión de las guías clínicas a nivel regional, nacional e internacional. A continuación, utilizando la evidencia recopilada, se consensaron las recomendaciones de cribado con expertos de salud e inmigración, atención primaria y del sistema de salud en Cataluña¹. Tras el tiempo de intervención, se observó un aumento en la tasa de cribado y del rendimiento diagnóstico de las infecciones incluidas en el programa de cribado entre los grupos del estudio y en comparación con años previos a la intervención (Figura 1)². Además, se observó que los profesionales consideraban aceptable el uso de la herramienta³.

Entre octubre de 2023 y diciembre de 2024, se llevó a cabo un estudio controlado aleatorizado por conglomerados para la validación de ISMiHealth en un número más elevado de centros de atención primaria en Cataluña, concretamente en 35 centros. Además, se realizó un estudio piloto en otro sistema de salud español (Almería, Andalucía) para evaluar la escalabilidad de la herramienta⁴. Para ello, se efectuaron dos talleres de consensos independientes con expertos de cada uno de los territorios del estudio para la elección de las infecciones que se incluirían en

Figura 1. Tasas de diagnóstico mensuales para las enfermedades infecciosas incluidas en el programa de cribado. 1A. Tasas de diagnóstico mensuales combinadas de las enfermedades infecciosas incluidas en el programa de cribado; 1B. Tasas de diagnóstico mensuales combinadas de tuberculosis, el virus de la inmunodeficiencia humana y las hepatitis virales B y C; 1C. Tasas de diagnóstico mensuales combinadas de las enfermedades parasitarias, incluyendo la enfermedad de Chagas, estrongiloidiasis y esquistosomiasis.



el programa de cribado y los criterios de cribado que se utilizarían para las recomendaciones. Los expertos que participaron en ambas regiones accedieron a la inclusión de las siguientes infecciones, VIH, hepatitis viral B y C, TB, enfermedades de Chagas, estrongiloidiasis y esquistosomiasis; aunque en Almería también decidieron incluir sífilis, la infección tuberculosa latente y parásitos intestinales. Además, algunos de los criterios de cribado variaron entre las dos áreas (por ejemplo, en Cataluña se recomendó el cribado de VIH basado en un punto de corte de prevalencia del 1%, mientras que en Almería se recomendó el cribado universal de VIH), dado a las diferencias en los perfiles de población migrante de cada área y los recursos disponibles en atención primaria. Aunque aún no se disponen los datos para realizar los análisis necesarios tras la intervención, el seguimiento técnico implementado como parte del estudio sugiere resultados prometedores.

Bibliografía

1. Sequeira-Aymar E, diLollo X, Osorio-Lopez Y, Gonçalves AQ, Subirà C, Requena-Méndez A. Recommendations for the screening for infectious diseases, mental health, and female genital mutilation in immigrant patients seen in Primary Care. *Aten Primaria*. 2020;52:193–205.
2. Sequeira-Aymar E, Cruz A, Serra-Burriel M, et al. Improving the detection of infectious diseases in at-risk migrants with an innovative integrated multi-infection screening digital decision support tool (IS-MiHealth) in primary care: A pilot cluster-randomized controlled trial. *J Travel Med*. 2021;1–11.
3. Gonçalves AQ, Sequeira-Aymar E, Aguilar Martín C, et al. Usefulness and practicality of a multidisease screening programme targeting migrant patients in primary care in Spain: A qualitative study of general practitioners. *BMJ Open*. 2022;12:1–9.
4. Cruz A, Cuxart-Graell A, Gonçalves AQ, et al. Delivering an innovative multi-infection and female genital mutilation screening to high-risk migrant populations (ISMiHealth): study protocol of a cluster randomised controlled trial with embedded process evaluation. *BMJ Open* 2024;14: e078337.

Situación actual de la tuberculosis e infección por VIH en España

Asunción Díaz

Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid.

Correspondencia:

Asunción Díaz

E-mail: adiaz@isciii.es

En 2023 se notificaron 3.944 casos autóctonos de tuberculosis (TB) (tasa: 8,2 por 100.000 habitantes), cifra ligeramente inferior al promedio de los países de la Unión Europea (UE). En el periodo 2015-2023 se observa un descenso en las tasas del 22,5%, aunque hubo un aumento del 7% comparado con 2022. Las comunidades autónomas con tasas más elevadas en 2023 fueron Ceuta (28,9), Melilla (14,0), Cataluña (12,3), Galicia (11,2) y País Vasco (10,9). Respecto a las características de los casos declarados, la mayoría fueron hombres (2.575 casos; 65,3%) con una razón hombre/mujer de 1,9. La mediana de edad fue de 48,1 años (RIC:33-62) en hombres y 46,4 (RIC:30-64) en mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 45 a 54 años (17,7%) y de 35 a 44 años (16,1%). Se notificaron 210 casos en menores de 15 años (92 en menores de 5 años y 118 en el grupo de 5 a 14 años).

El 48,3% del total de casos con información disponible (3.488 casos) habían nacido en un país diferente de España, siendo la ratio de nacidos en otro país /nacidos en España de 0,93. Entre 2015 y 2023, esta razón ha ido aumentando de forma constante. Los casos nacidos fuera de España fueron significativamente más jóvenes que los españoles (edad media 40,1 años frente a 53,6, respectivamente).

La localización pulmonar fue la mayoritaria (69%, 2.721 casos). Se dispuso de información del resultado de tratamiento en el 60,2% de los casos, de los que en el 78,6% (1.866 casos) fue satisfactorio. Se registraron 241 defunciones (tasa de mortalidad: 0,50 por 100.000 habitantes), superior en hombres respecto a mujeres. La letalidad fue del 8,1% (9,6% en hombres y 5,4% en mujeres).

Respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en 2023 se notificaron 3.196 nuevos diagnósticos (tasa: 6,65 por 100.000 habitantes), cifra similar a los de otros países de Europa Occidental, aunque superior a la media de la UE. El 86% de los casos fueron hombres, la edad mediana al diagnóstico fue de 36 años, siendo más jóvenes los hombres (35 años; RIC: 29-45) que las mujeres (42 años; RIC: 32-50). El 33,5% de los casos se encontraban en el grupo de edad de 25 a 34 años. La transmisión por vía sexual fue se produjo en el 80,7% de los nuevos diagnósticos de VIH (2.578 casos); la transmisión entre

hombres que tienen sexo con hombres fue la más frecuente (55,0%), seguida de la transmisión en hombres y mujeres heterosexuales, 15,5% y 10,2% respectivamente. Solo un 1,7% de los nuevos diagnósticos se produjo en personas que se inyectan drogas. El 49,8% de los nuevos diagnósticos de VIH eran personas nacidas en otros países distintos a España y tras los españoles, el origen más frecuente fue el latinoamericano (34,4%). En el caso de las mujeres, el 61,6% de los nuevos diagnósticos habían nacido fuera de España. El número de nuevos diagnósticos en personas de otros países aumentó de 1.358 casos en 2013 a 1.592 en 2023; este incremento junto con el descenso en el número total de casos hace que el porcentaje de personas diagnosticadas nacidas en otros países aumente desde 30,8% y el 49,8% en el periodo. Este aumento se observa principalmente en casos procedentes de países de Latinoamérica.

El 48,7% de las personas diagnosticadas de VIH en 2023 presentaba diagnóstico tardío medido como un nivel de linfocitos CD4 inferior a 350 células/mm³. El diagnóstico tardío fue superior en las mujeres que en los hombres (54,6% frente a 47,7%), en los mayores de 50 años (61,5%) y en los nacidos fuera de España (54,7% en los procedentes de África Subsahariana y 50,3% en Latinoamérica).

Entre 2013-2023, la tendencia de las tasas globales de nuevos diagnósticos de VIH fue descendente. Según modo de transmisión, la tasa de nuevos diagnósticos personas que se inyectan drogas y heterosexuales disminuyó en todo el periodo, mientras que en los hombres que tienen sexo con hombres esta tendencia se observa a partir de 2017. La tendencia en las tasas es diferente si se desagrega la información según lugar de nacimiento y modo de transmisión.

Respecto a la coinfección TB y VIH, en 2023 se dispuso de información sobre la realización de la prueba de VIH en el 89,5% de los casos de TB notificados, de los que el 5,8% estaban coinfectados con el VIH. El porcentaje de casos coinfectados se ha mantenido relativamente estable a lo largo entre 2015 y 2023. Entre los casos notificados de sida en el periodo 2024-2023, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* fue la enfermedad definitoria de sida más frecuente (33,2%), seguida de la TB de cualquier localización (15,7%).

En España, tanto la TB como la infección por el VIH disponen de planes de prevención y control que pretenden frenar la transmisión mediante diferentes medidas de prevención y control consensuadas en todas las CCAA. Los datos de vigilancia epidemiológica indican que la tendencia en ambas infecciones es descendente, aunque el ritmo de descenso es menor del esperado para cumplir los objetivos internacionales en 2030. Es necesario mejorar la información procedente de vigilancia con el fin de poder monitorizar estos avances e identificar grupos de población especialmente vulnerables a estas infecciones.

Bibliografía recomendada

- Fontana M, Roy Cordero Álvaro, Guerras JM, Abascal E, Herrera L, Herrador Z. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en España, 2023. *BES*. 2025;33(1):12-2. [Acceso 29 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1424>
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 – 2023 data. Stockholm: ECDC/WHO Regional Office for Europe.
- Ministerio de Sanidad. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España, marzo 2019. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/TB/TB.htm>
- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2023: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2024. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-vih_sida_2023_nov-2024
- Ministerio de Sanidad. Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf

Infección por VIH y tuberculosis en América Latina

Omar Sued

Asesor Regional para el Tratamiento y Atención del VIH para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington. EE. UU.

Correspondencia:

Omar Sued

E-mail: suedoma@paho.org

La coinfección TB/VIH continúa siendo un problema de salud pública importante en Latinoamérica y el Caribe, una de las pocas regiones del mundo donde ambas epidemias han mostrado incrementos sostenidos desde el 2015. En 2023, se notificaron aproximadamente 342,000 casos de tuberculosis, de los cuales 42,000 (12,3%) ocurrieron en personas que viven con VIH. Este grupo sigue siendo el más afectado, ya que alrededor del 29% de las muertes por TB en la región se producen en personas con VIH.

Pese a avances relevantes, como la expansión del acceso a pruebas moleculares, la introducción de tratamientos preventivos acortados con rifapentina, la disponibilidad de esquemas para TB resistente a rifampicina y el uso generalizado de anti-retrovirales basados en inhibidores de integrasa de segunda generación; las cascadas de atención de TB/VIH no han mejorado lo suficiente y han sido fuertemente impactadas por la COVID-19 y el empeoramiento de la pobreza en la región con mayor inequidad social. El porcentaje de personas con VIH en las que se detecta oportunamente la TB disminuyó del 71% en 2015 al 56% en 2023. De igual forma, el diagnóstico oportuno de VIH en

personas con TB se ha mantenido entre 81-83% desde el 2015. La tasa de éxito terapéutico para TB en personas con VIH en la región sigue siendo baja, alcanzando solo el 54% y la cobertura de terapia preventiva de TB en personas con nuevo diagnóstico de VIH apenas llega al 29%.

La región presenta también algunos avances, con la implementación de algunas innovaciones importantes. La región está expandiendo en forma importante los Xpert. Casi todos los países están incorporando LAM como prueba de tamizaje en personas con VIH, la 3HP ha demostrado mejorar las tasas de finalización de profilaxis en un 11%, y experiencias en Perú y Paraguay confirman la eficacia de las acciones de rastreo con radiología digital más inteligencia artificial y Xpert, en particular en entornos carcelarios o comunidades indígenas.

Para revertir la tendencia regional es esencial: integrar los programas de TB y VIH, escalar la TPT en personas con VIH, incorporar diagnósticos y tratamientos recomendados, priorizar poblaciones vulnerables y aumentar la inversión y el compromiso político sostenido.