

Prevalencia de VIH en pacientes de consultas especializadas en el diagnóstico de esta infección en 9 ciudades españolas, 1992-2001

A. Barrasa, J. del Romero, I. Pueyo, C. de Armas, J.A. Varela, J.M. Ureña, F.J. Bru, M.V. Aguanell, J.R. Ordoñana, J. Balaguer, L.M. Sáez de Vicuña y J. Castilla, por el Grupo EPI-VIH*

Objetivo. Describir la prevalencia del VIH en personas que se realizaron la prueba entre 1992 y 2001.

Diseño. Estudio epidemiológico descriptivo transversal.

Emplazamiento. Diez centros ambulatorios especializados en diagnóstico del VIH en 9 ciudades españolas.

Participantes. Un total de 53.183 personas mayores de 12 años analizadas por primera vez para el VIH.

Mediciones principales. Número anual de personas analizadas, de diagnósticos de VIH y seroprevalencia en función del sexo, la edad y las categorías de exposición.

Resultados. El número de personas analizadas aumentó desde 4.401 en 1992 hasta 6.407 en 2001. Aproximadamente la mitad refería exposiciones heterosexuales de riesgo, excluida la prostitución. Los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) pasaron del 15,3% en 1992-1993 al 1,4% en 2000-2001, y las mujeres que ejercían la prostitución aumentaron del 6,7 al 25,1%. Se diagnosticó a 2.898 personas infectadas por el VIH, de las que el 78% era varones. El número de diagnósticos disminuyó de 1.058 en 1992-1993 a 304 en 2000-2001, tendencia observada en todas las categorías de exposición excepto en las mujeres que ejercían la prostitución y en los varones con riesgo heterosexual. La prevalencia descendió del 14% en 1992 al 2% en 2001. Se produjeron descensos en todas las categorías de exposición, más pronunciados en los primeros años y con una posterior tendencia a la estabilización, con valores que en 2001 fueron: 23,8% en UDVP, 7,9% en homosexuales, 0,8% en prostitución y 1% en otros heterosexuales.

Conclusiones. Estos centros realizan una importante labor de diagnóstico del VIH que complementa a la de atención primaria. Es preciso dar mayor impulso a la prevención.

Palabras clave: VIH. Conductas de riesgo. Diagnóstico.

PREVALENCE OF THE HIV INFECTION IN PATIENTS SEEN AT SPECIALIZED DIAGNOSIS CENTERS IN 9 CITIES IN SPAIN FROM 1992 TO 2001

Objective. To describe the prevalence of HIV infection in persons tested between 1992 and 2001.

Design. Descriptive, cross-sectional epidemiological study.

Setting. 10 ambulatory centers specialized in diagnosing HIV, located in 9 cities in Spain.

Participants. 53 183 persons older than 12 years, tested for the first time for HIV.

Main measures. Number of persons tested per year, number of persons diagnosed as seropositive for HIV according to sex, age group and category of exposure.

Results. The number of persons tested increased from 4401 in 1992 to 6407 in 2001. Approximately half reported heterosexual risk exposure/exposure through high-risk heterosexual behaviors, excluding prostitution. Intravenous drug users (IVDU) increased from 15.3% in 1992-1993 to 1.4% in 2000-2001, and women prostitutes/female sex workers increased from 6.7% to 25.1%. A total of 2898 persons were diagnosed as having HIV infection; 78% of them were men. The number of diagnoses decreased from a high of 1058 in 1992-1993 to 304 in 2000-2001, and this trend was seen for all categories of exposure except female prostitutes and men with heterosexual risk factors. The prevalence decreased from 14% in 1992 to 2% in 2001. There were decreases in all categories of exposure, especially during the first years of the study, with a tendency to level off. In 2001 the prevalence figures were 23.8% for IVDU, 7.9% for homosexual men and women, 0.8% for female sex workers and 1% for other heterosexual men and women.

Conclusions. The specialized diagnostic centers play an important role in diagnosing HIV, and this service complements primary care services. Greater efforts are needed in the prevention of HIV infection.

Key words: HIV. Risk behaviors. Diagnosis.

English version available at
www.atencionprimaria.com/73.190

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 489)

Grupo EPI-VIH. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. España.

*Al final del artículo se expone la relación de los miembros participantes en el Grupo EPI-VIH.

Estudio financiado por FIPSE (Fundación formada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharp and Dohme, y Roche, exp. 3076/99 y 36303/02) y por las Redes de Investigación en Sida (RIS) y en Salud Pública (RCESP) del FIS.

Correspondencia:
Alicia Barrasa Blanco.
Centro Nacional de Epidemiología.
Sinesio Delgado, 6. 28029 Madrid.
España.
Correo electrónico: alicia@isciii.es

Manuscrito recibido el 27 de junio de 2003.
Aceptado para su publicación el 7 de enero de 2004.

Introducción

Los tratamientos de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) no han logrado la curación definitiva y, por tanto, la prevención continúa siendo la estrategia principal para luchar contra esta epidemia¹. Toda la población puede ser susceptible a la infección por el VIH, pero la prevalencia alcanza niveles mucho más altos en los colectivos con mayor frecuencia de exposiciones de riesgo¹⁻². La prevención es más eficaz cuando se adapta a las características de cada población; por ello, se requiere disponer de información sobre los principales colectivos afectados.

La prevalencia del VIH en España a finales de los años ochenta alcanzó niveles muy elevados: en torno al 50% en los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), al 25% entre varones homosexuales, al 9% en mujeres que ejercían la prostitución y al 7% en personas con conductas heterosexuales de riesgo³. Desde entonces se emprendieron múltiples intervenciones de prevención con el fin de cambiar esta situación⁴, y los estudios más recientes han descrito descensos en los niveles de esta infección⁵⁻⁷.

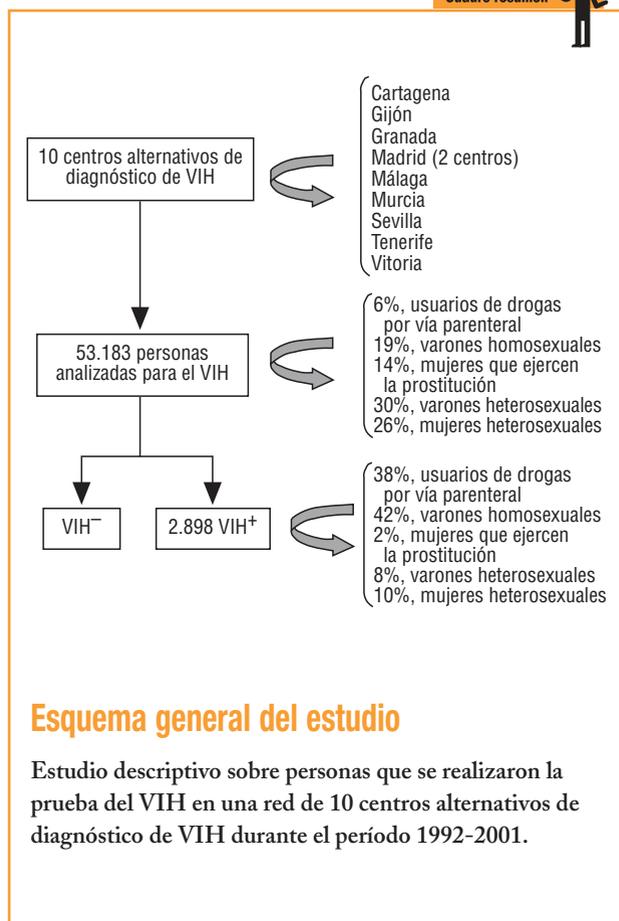
El diagnóstico del VIH y el consejo para evitar conductas de riesgo se dirigen a la población generalmente sana, por lo que es fundamental el papel de la atención primaria para hacerlos accesibles a la población⁸⁻⁹. No obstante, la elevada demanda de estos servicios en algunas ciudades llevó a la creación de centros o consultas alternativas, especializados en el consejo y diagnóstico del VIH¹⁰. Estas consultas se han convertido en referentes para determinados colectivos que mantienen conductas de riesgo y concentran un elevado número de solicitudes de pruebas del VIH. En el presente trabajo se analiza la actividad de estos centros alternativos de 9 ciudades españolas, y se describen las exposiciones de riesgo y la prevalencia del VIH en la población atendida durante el período 1992-2001.

Pacientes y método

Este estudio se realizó en una red de 10 centros sanitarios públicos especializados en el diagnóstico del VIH, algunos de los cuales atienden también otras enfermedades de transmisión sexual. Estos centros están ubicados en las ciudades de Sevilla, Granada, Málaga, Gijón, Tenerife, Madrid (2 centros), Murcia, Cartagena y Vitoria. Todos ellos efectúan la prueba del VIH gratuita, a demanda del usuario, y sin exigir ningún documento de identificación. El paciente puede dar su nombre o utilizar un alias o código que permita recoger el resultado y realizar el seguimiento médico. Personal sanitario adiestrado realiza consejo preventivo en el momento de la solicitud de la prueba y cuando el paciente vuelve a recoger el resultado.

A efectos de este análisis, se consideró a todos los pacientes mayores de 12 años que se realizaron por primera vez la prueba del VIH en alguno de estos centros entre 1992 y 2001. Durante la

Material y métodos
Cuadro resumen



entrevista previa a la prueba se recogieron las variables de edad, sexo, UDVP, exposiciones sexuales de riesgo para el VIH y ejercicio de la prostitución. En función de las distintas situaciones de riesgo, se clasificó a las personas en categorías de exposición excluyentes, con el siguiente orden de prioridad: UDVP, varones homosexuales o bisexuales, mujeres que ejercen la prostitución y heterosexuales sin otras exposiciones. En todos los pacientes se determinó la presencia de anticuerpos frente al VIH en muestras de suero mediante la técnica de ELISA, y se confirmaron las muestras reactivas con Western blot o inmunofluorescencia. Se utilizó la prueba de la χ^2 para la comparación de proporciones y el test de la t de Student para la comparación de medias.

Resultados

Descripción de las personas que solicitaron la prueba del VIH
Entre 1992 y 2001 se realizaron por primera vez la prueba del VIH en estos centros de estudio 53.183 personas. El número anual de personas analizadas aumentó un 46%, que pasó de 4.401 en 1992 a 6.407 en 2001. El porcentaje de mujeres ascendió desde el 38,3% en 1992-1993 al 51,6% en 2000-2001 ($p < 0,001$). Más de la mitad de los analizados (54,6%) tenían edades comprendidas entre 20 y

TABLA 1 Características de las personas analizadas, 1992-2001

	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo					
Varones	5.776 (61,7)	5.955 (60,3)	5.957 (57,6)	6.088 (54,5)	6.011 (48,4)
Mujeres	3.593 (38,3)	3.926 (39,7)	4.388 (42,4)	5.081 (45,5)	6.408 (51,6)
Grupos de edad (años)					
< 20	487 (5,2)	605 (6,1)	594 (5,7)	643 (5,7)	654 (5,3)
20-29	5.113 (54,6)	5.187 (52,5)	5.446 (52,6)	6.147 (55,0)	6.861 (55,2)
30-39	2.783 (29,7)	2.945 (29,8)	3.054 (29,5)	3.043 (27,2)	3.444 (27,7)
40-49	709 (7,6)	816 (8,3)	906 (8,8)	950 (8,5)	1.053 (8,5)
≥ 50	277 (3,0)	328 (3,3)	345 (3,3)	386 (3,5)	407 (3,3)
Categorías de exposición					
Usuarios de drogas por vía parenteral	1.435 (15,3)	900 (9,1)	581 (5,6)	336 (3,0)	176 (1,4)
Varones homosexuales o bisexuales	2.187 (23,3)	2.196 (22,2)	1.946 (18,8)	1.918 (17,2)	2.071 (16,7)
Mujeres que ejercen la prostitución	629 (6,7)	776 (7,9)	1.241 (12,0)	1.746 (15,6)	3.115 (25,1)
Varones heterosexuales	2.337 (24,9)	2.823 (28,6)	3.322 (32,1)	3.714 (33,3)	3.639 (29,3)
Mujeres heterosexuales	2.300 (24,5)	2.592 (26,2)	2.774 (26,8)	3.001 (26,9)	3.042 (24,5)
Total	9.369 (100,0)	9.881 (100,0)	10.345 (100,0)	11.169 (100,0)	12.419 (100,0)

29 años, sin que esta distribución sufriese cambios significativos durante el período de estudio (tabla 1).

En torno a la mitad de las personas analizadas correspondió a la categoría heterosexual, excluida la prostitución, con una tendencia ligeramente ascendente desde el 49,4% en 1992-1993 hasta el 53,8% en 2000-2001 ($p < 0,001$). El número de UDVP analizados disminuyó un 88%, y pasaron de ser el 15,3% de las personas en 1992-1993 al 1,4% en 2000-2001 ($p < 0,001$); por el contrario, las mujeres que ejercían la prostitución presentaron el mayor aumento, desde el 6,7 hasta el 25,1% ($p < 0,001$). El número de va-

rones homosexuales o bisexuales analizado se mantuvo relativamente constante a lo largo del período, pero su porcentaje respecto del total de pacientes disminuyó del 23,3 al 16,7% ($p < 0,001$; tabla 1).

Descripción de las personas diagnosticadas de infección por el VIH

Durante los 10 años se diagnosticaron 2.898 infecciones por el VIH entre los pacientes atendidos en la primera visita. El número de diagnósticos ha disminuido un 71%, desde 1.058 en 1992-1993 hasta 304 en 2000-2001.

TABLA 2 Características de las personas diagnosticadas de infección por el VIH, 1992-2001

	1992-1993		1994-1995		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	n (%)	Edad media (años)	n (%)	Edad media (años)	n (%)	Edad media (años)	n (%)	Edad media (años)	n (%)	Edad media (años)
Sexo										
Varones	813 (76,8)	30,2	513 (77,5)	30,3	365 (77,5)	30,5	317 (79,8)	30,5	237 (78,0)	30,7
Mujeres	245 (23,2)	28,3	149 (22,5)	28,5	106 (22,5)	28,3	80 (20,2)	28,2	67 (22,0)	28,1
Categorías de exposición										
Usuarios de drogas por vía parenteral	518 (49,0)	27,0	258 (39,0)	28,0	153 (32,5)	29,9	93 (23,4)	30,9	41 (13,5)	32,0
Varones homosexuales o bisexuales	383 (36,2)	29,0	265 (40,0)	29,4	196 (41,6)	29,9	185 (46,6)	29,7	166 (54,6)	29,9
Mujeres que ejercen la prostitución	12 (1,1)	29,9	9 (1,4)	29,9	10 (2,1)	28,8	18 (4,5)	28,4	23 (7,6)	27,9
Varones heterosexuales	46 (4,3)	31,4	42 (6,3)	31,4	48 (10,2)	30,9	55 (13,9)	30,8	38 (12,5)	31,2
Mujeres heterosexuales	81 (7,7)	28,0	65 (9,8)	28,2	57 (12,1)	28,0	38 (9,6)	28,0	32 (10,5)	28,3
Total	1.058 (100,0)	29,5	662 (100,0)	29,6	471 (100,0)	29,6	397 (100,0)	29,4	304 (100,0)	29,4

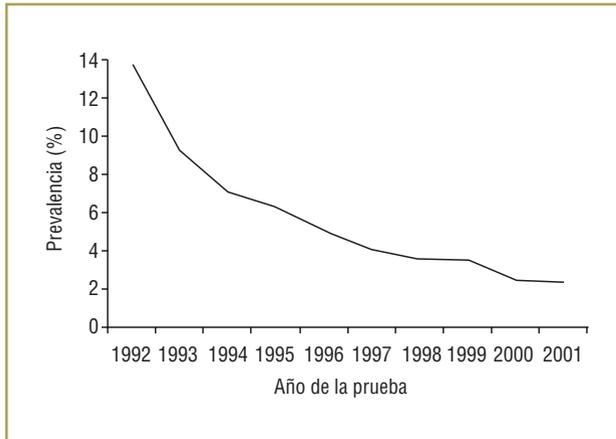


FIGURA 1 Evolución de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre personas que se realizaron la prueba. 1992-2001.

El 78% de las personas diagnosticadas de VIH fueron varones, sin una tendencia definida en este porcentaje. La edad media se mantuvo sin cambios en torno a los 29 años, y tan sólo entre los UDVP aumentó desde 27 hasta 32 años ($p < 0,001$).

En todas las categorías de exposición han disminuido los diagnósticos del VIH, con la única excepción de las mujeres que ejercían la prostitución. El mayor descenso se dio entre los UDVP, que pasaron del 49,0% de las personas diagnosticadas en 1992-1993 al 13,5% en 2000-2001 ($p < 0,001$). Este descenso tan pronunciado en los UDVP ha ocasionado que el resto de las categorías de transmisión gane importancia relativa en porcentaje respecto al total de diagnósticos del VIH (tabla 2).

Evolución de la seroprevalencia del VIH

La seroprevalencia del VIH entre las personas que acudieron a realizarse la prueba ha mostrado una tendencia descendente ininterrumpida desde el 14% en 1992 hasta el 2% en 2001 ($p < 0,001$), aunque en los últimos años esta tendencia se ha enlentecido (fig. 1).

Entre los UDVP, la seroprevalencia del VIH descendió desde el 38,4% en 1992 al 23,8% en 2001 ($p = 0,008$; fig. 2a), pero continúa siendo mucho más alta que en el resto de las categorías de exposición. En los varones homosexuales o bisexuales, durante el mismo período pasó del 19,7 al 7,9% ($p < 0,001$), descenso que fue más pronunciado en los primeros años, mientras que en los últimos se observa prácticamente una estabilización (fig. 2b). En las mujeres que ejercen la prostitu-

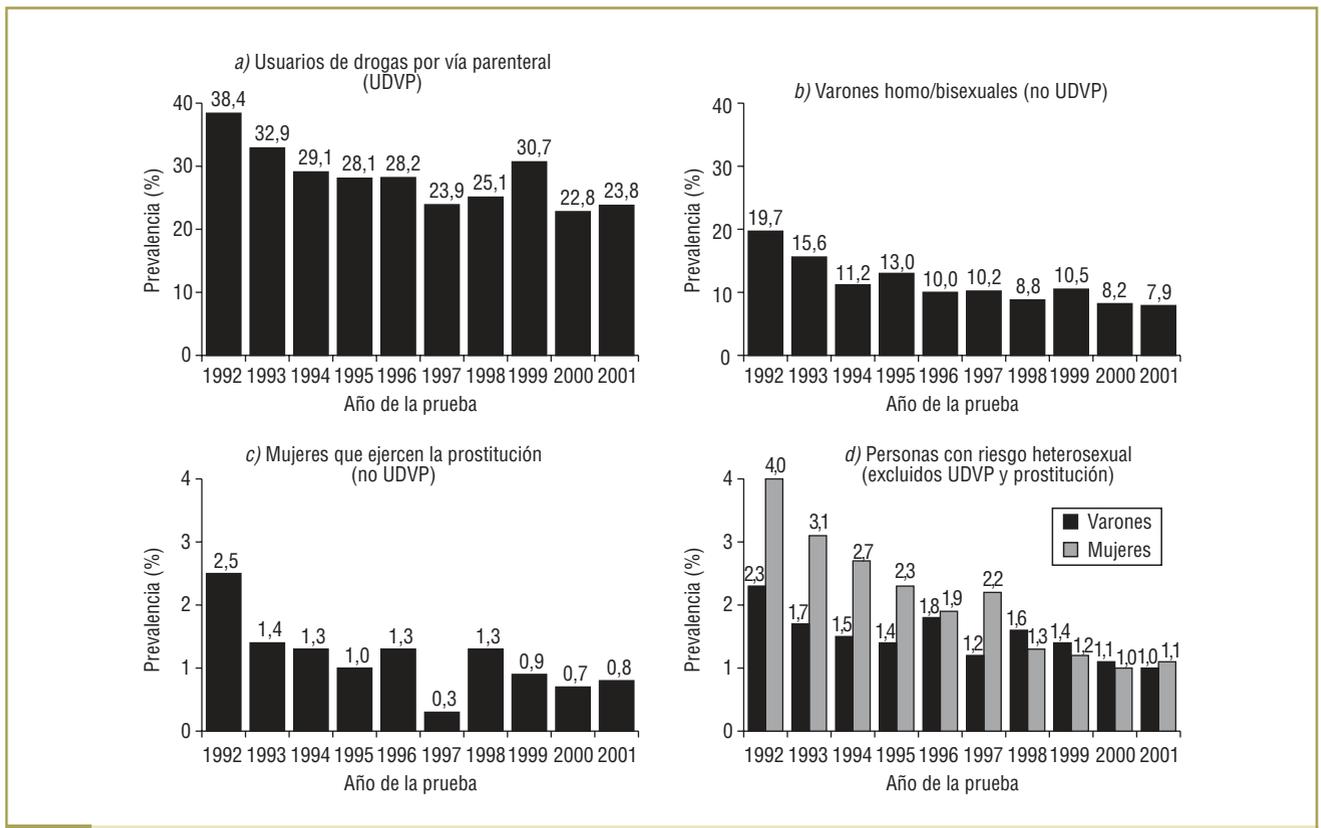


FIGURA 2 Evolución de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre personas que se realizaron la prueba, según categoría de exposición. 1992-2001.

ción, la prevalencia de infección por el VIH ha pasado del 2,5% en 1992 al 0,8% en 2001 ($p = 0,007$), aunque en los últimos años no se observa una tendencia definida (fig. 2c).

En la categoría de exposición heterosexual, la prevalencia del VIH también ha disminuido, tanto en varones como en mujeres. En los varones pasó del 2,3% en 1992 al 1,0% en 2001 ($p = 0,005$), mientras que en las mujeres, que partían de una prevalencia (4,0%) que casi duplicaba a la de los varones (2,3%; $p = 0,028$), el descenso ha sido más pronunciado, desapareciendo las diferencias entre sexos (1,0% en varones y 1,1% en mujeres; $p = 0,918$; fig. 2d).

Discusión

Este estudio pone de manifiesto un descenso en la prevalencia de infección por el VIH entre las personas que acudieron a realizarse la prueba por posibles exposiciones de riesgo entre 1992 y 2001. En todas las categorías de exposición se produjeron descensos en la prevalencia, que fueron más pronunciados en los primeros años del estudio, con una tendencia al estancamiento en los últimos años. Se observa, además, un acusado descenso en el número de UDVP que acudían por primera vez a realizarse la prueba. El peso progresivamente menor de esta categoría de exposición, que se asocia a las prevalencias del VIH más altas, ha contribuido a reducir los niveles globales de infección. Se ha estudiado a un elevado número de sujetos con una amplia representatividad geográfica; sin embargo, los perfiles de riesgo de los usuarios de estos centros no guardan proporcionalidad con los del conjunto de la epidemia del VIH en España, y los varones homosexuales y la prostitución están sobrerrepresentados. Además, al interpretar estos resultados se debe tener en cuenta que se refieren a personas que acudían de manera voluntaria a hacerse la prueba, probablemente porque consideraban que presentaban algún riesgo.

El aumento en el número anual de personas que acudió por primera vez a estos centros solicitando la prueba del VIH parece indicar una creciente sensibilización en algunos colectivos sobre las ventajas del diagnóstico de esta infección. Entre los solicitantes de la prueba destaca el descenso en el número de UDVP. Esto concuerda con la disminución de nuevos UDVP que se ha observado en España, debido al cambio hacia otras vías de administración de la droga¹¹ y a la menor incorporación de jóvenes al grupo de UDVP^{12,13}. Por otra parte, entre los UDVP detectamos un moderado descenso en la prevalencia de infección por el VIH, lo que refleja un menor riesgo entre los inyectores, posiblemente por efecto de los programas de intercambio de jeringuillas¹¹. Todos estos cambios han contribuido al importante descenso en el número de nuevas infecciones en UDVP.

El número de mujeres que ejercen la prostitución y acuden a realizarse la prueba ha aumentado considerablemente en los últimos años. La información de la que se dispone no permite concluir si se debe a un aumento real de este colec-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- A pesar de los avances en el tratamiento de la infección por el VIH, no se ha logrado su curación definitiva.
- Toda la población es, en principio, susceptible de infectarse por el VIH; sin embargo, la prevalencia alcanza niveles mucho más altos en colectivos que presentan una mayor frecuencia de exposiciones de riesgo.
- La prevención continúa siendo la estrategia principal para luchar contra el VIH y es más eficaz cuando se adapta a la situación y a las características de cada colectivo.

Qué aporta este estudio

- La prevalencia del VIH durante el período 1992-2001 ha disminuido en todas las categorías de transmisión, aunque en los últimos años la tendencia descendente se ha estancado.
- Las exposiciones heterosexuales de riesgo han sido el motivo más frecuente de solicitud de la prueba del VIH, mientras que la demanda de pruebas por parte de usuarios de drogas por vía parenteral ha disminuido marcadamente.
- Los diagnósticos del VIH han disminuido a una tercera parte entre 1992 y 2001, y las infecciones por transmisión sexual han superado ampliamente las relacionadas con el uso de drogas por vía parenteral.

tivo o a que estas mujeres se realizan con más frecuencia la prueba del VIH, pero es probable que influyan ambos factores. Otros trabajos han descrito una creciente presencia de mujeres inmigrantes en el ejercicio de la prostitución en España¹⁴. En cualquier caso, entre los colectivos analizados, éste ha sido el de menor prevalencia del VIH, comparable a la encontrada en la población general adulta joven¹⁵.

Los varones homosexuales constituyen un grupo de usuarios de estos centros numeroso y constante. A diferencia de lo que ocurre en los UDVP, los varones homosexuales parecen ser un colectivo más estable en número, por la continua incorporación de jóvenes⁶. La prevalencia del VIH entre ellos disminuyó en los primeros años, pero al final del estudio se observa un estancamiento, con niveles que todavía pueden considerarse elevados, lo que indica la persistencia de conductas de riesgo en las relaciones sexuales entre varones¹⁶. Durante todo el estudio, las exposiciones heterosexuales han sido el motivo más frecuente de solicitud de la prueba del VIH y, excluida la prostitución, se distribuyeron de forma equilibrada entre varones y mujeres. La prevalencia del VIH en ellos se ha mantenido siempre más alta que la

de las mujeres que ejercen la prostitución. En los primeros años, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los varones heterosexuales, posiblemente debido a que entre ellas era más probable tener una pareja sexual infectada por el VIH^{13,17}. Con posterioridad, la prevalencia ha disminuido y ha desaparecido la diferencia entre sexos.

Coincidiendo con los sistemas de notificación del VIH^{1,18,19} y de médicos centinela de atención primaria⁸, detectamos un giro en la epidemia en España. La pérdida de peso de los UDVP ha llevado a que la mayoría de los diagnósticos del VIH recientes sean debidos a la transmisión sexual¹⁹; sin embargo, esto no significa necesariamente un aumento de las infecciones por esta vía.

Los centros alternativos de diagnóstico del VIH desarrollan una importante función de descarga de la red asistencial y facilitan el acceso de determinado tipo de pacientes al consejo preventivo y a la prueba. No obstante, sólo están disponibles en algunas ciudades y su actividad se limita a las personas que, por considerar que presentan algún riesgo, acuden voluntariamente a ellos. Por tanto, estos centros no sustituyen el importante papel de la atención primaria para hacer accesible el diagnóstico del VIH a todos los ciudadanos. Desde atención primaria se tiene, además, la posibilidad de llegar a personas que, aunque no se consideran de riesgo, han podido estar expuestas al VIH²⁰. Con este fin, se requiere la incorporación en la actividad asistencial de la detección de conductas de riesgo y consejo preventivo, cuando se perciben posibles situaciones de riesgo en los pacientes.

Miembros del Grupo EPI-VIH

CENTRO SANITARIO SANDOVAL, MADRID: J. del Romero, C. Rodríguez, S. García, J. Ballesteros, P. Clavo, M.A. Neila, S. del Corral, N. Jerez e I Pueyo. CENTRO DE ETS, SEVILLA: M.A. Mendo y M. Rubio. CENTRO DERMATOLÓGICO, TENERIFE: C. de Armas, E. García-Ramos, M.A. Gutiérrez, J. Rodríguez-Franco, L. Capote, L. Haro y D. Núñez. UNIDAD DE ETS, GIJÓN: J.A. Varela y C. López; CENTRO DE ETS, GRANADA: J.M. Ureña, J.B. Egea, E. Castro, A.M. Calzas, C. García y M. Lorente. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SIDA, MADRID: F.J. Bru, C. Colombo, R. Martín y A. Comunión. CENTRO DE ETS, MÁLAGA: M.V. Aguanell, F. Montiel y A.M. Burgos. UNIDAD DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE SIDA, MURCIA: J.R. Ordoñana, J.J. Gutiérrez, J. Ballester y F. Pérez. CENTRO DE SALUD ÁREA II, CARTAGENA: J. Balaguer y J. Durán. DIRECCIÓN TERRITORIAL DE ÁLAVA: J. Ortueta y L.M. Sáez de Vicuña. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, MADRID: P. Sobrino, A. Barrasa, M.J. Belza y J. Castilla.

Bibliografía

1. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. VIH y sida en España. Situación epidemiológica, 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2002. Bol Epidemiol Semanal 2002;10:269-76.
3. Fernández Sierra MA, Gómez Olmedo M, Delgado Rodríguez M, Gálvez Vargas R. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población española (II). Metaanálisis de las tendencias temporales y geográficas. Med Clin (Barc) 1990; 95:366-71.
4. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y Sida en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
5. Hernández-Aguado I, Aviñó MJ, Pérez-Hoyos S, Ruiz-Pérez I, Torrella A, García de la Hera M, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of epidemic over 10 years. Int J Epidemiol 1999;28:335-40.
6. Grupo del Estudio EPI-VIH. Prevalencia de VIH en varones homo/bisexuales, 1992-2001. Med Clin (Barc) 2002;119:413-5.
7. Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández García E, García de la Hera M, Álvarez Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-1996). Sex Transm Inf 1998;74:264-88.
8. Redondo S, Morquecho M, Berbel C, Viña MC. Solicitud y realización del test del VIH en atención primaria. Estudio de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León 1990-1996. Gac Sanit 2002;16:114-20.
9. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Prevención y asistencia de la infección por VIH en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
10. Vall M, Casabona J, Mur B, grupo colaborador VIHDEVO. Infección por el VIH en los centros alternativos para la detección voluntaria de los anticuerpos anti-VIH en Cataluña (1995-1996). Aten Primaria 1998;22:21-6.
11. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997.
12. Castilla J, Pollán M, López-Abente G. The AIDS epidemic among Spanish drug users: a birth cohort-associated phenomenon. Am J Public Health 1997;87:770-4.
13. Gómez-Lázaro R, Del Romero J, Castilla J, Rodríguez C, García S, Clavo P, et al. Categorías de exposición y seroprevalencia del VIH en adolescentes que se realizaron voluntariamente la prueba. Madrid, 1986-2000. Gac Sanit 2001;15:202-8.
14. The EPI-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. Sex Transm Infect 2002;78:250-4.
15. Castilla J, Pachón I, González MP, Amela C, Muñoz L, Tello O, et al. Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. Epidemiol Infect 2000;125:159-62.
16. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual 2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.
17. Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes atendidos en consultas de enfermedades de transmisión sexual. Med Clin (Barc) 2000; 114:211-3.
18. Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, González A, Sola J, Castilla J. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. Med Clin (Barc) 2000;114:653-5.
19. López de Munain J, Torcal J, López V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. Prev Med 2001;32:13-22.
20. Castilla J, Noguer I, Belza MJ, Del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Aten Primaria 2002;29:20-5.

COMENTARIO EDITORIAL

Infección por el VIH: ¿hacemos los deberes?

V. Thomas Mulet

Centro de Salud Camp Redó. Servei de Salut de les Illes Balears. Grupo Infección VIH/Sida de la semFYC. Illes Balears. España.

En España y en el mundo, la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida son un grave problema de salud pública. Estamos en la tercera década de la epidemia, que podemos enmarcar en tres etapas diferenciadas.

En la década de los ochenta se produjo una rápida diseminación del VIH, que en España tuvo lugar principalmente a través de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Esto condicionó también la transmisión heterosexual y por vía perinatal, mientras la propagación entre varones homosexuales era más leve. La mortalidad por sida pasó a ocupar el primer lugar entre las causas de años potenciales de vida perdidos.

A principios de los años noventa empezaron a intensificarse los programas de prevención, especialmente los dirigidos a los grupos más susceptibles para la infección por el VIH, y se observó una disminución de la seroprevalencia en los UDVP, en los homosexuales y en las mujeres que ejercen la prostitución.

A mediados de los noventa, con cerca de 7.000 nuevos diagnósticos de sida y más de 5.000 muertes anuales, se fueron introduciendo los tratamientos antirretrovirales de gran actividad que incorporaban los inhibidores de la proteasa, con lo que se observaron descensos muy pronunciados en la incidencia de sida y en la mortalidad.

En la actualidad se estima que hay entre 110.000 y 150.000 personas vivas que padecen la infección por el VIH, y que cerca de una cuarta parte aún no sabe que está infectada. Podríamos decir, por tanto, que un 50-60% ha contraído la infección por su condición de UDVP y el 20-30% por prácticas heterosexuales de riesgo. Las prácticas homosexuales de riesgo supondrían un 15-25%.

Los datos epidemiológicos actuales de la infección por el VIH/sida¹ indican un retroceso de la epidemia, con una disminución cercana al 60% en el número de nuevos diagnósticos de VIH desde principios de los años noventa; sin embargo, se detecta una interrupción en el descenso de la incidencia de nuevos diagnósticos de sida en España.

Entre los UDVP ha disminuido su seroprevalencia, así como el número de nuevas infecciones por el VIH. Por el contrario, la transmisión sexual ha ganado importancia, especialmente entre heterosexuales y en la mujer, porque en homosexuales también ha disminuido la seroprevalencia.

Puntos clave

- La infección por el VIH/sida es un grave problema de salud pública, aunque la epidemia retrocede.
- Hay un elevado número de personas que desarrolla sida que no se conocían infectadas por el VIH.
- Los centros alternativos dan cobertura a la demanda de unos grupos de población determinados.
- La atención primaria tiene un papel fundamental en el diagnóstico precoz de la infección por el VIH.

Son las parejas sexuales de personas infectadas por el VIH, en especial parejas de UDVP, las que presentan una peor evolución. Las mujeres que ejercen la prostitución mantienen una seroprevalencia inferior al 2%.

La progresión de la infección por el VIH/sida está en retroceso, pero es necesario reducir drásticamente el intervalo entre el contagio y el diagnóstico de la infección por el VIH, durante el cual las personas pueden ir transmitiendo el virus y no beneficiarse de los tratamientos antirretrovirales, lo que afecta a la incidencia de sida y la mortalidad de la epidemia. También debemos trabajar en mejorar el curso de la epidemia en homosexuales y en parejas de personas infectadas por el VIH.

El otro gran reto es favorecer la adhesión a los tratamientos y evitar la resistencia a los antirretrovirales y las reacciones adversas a los medicamentos que obligan a retirarlos.

El Plan Multisectorial de la infección por VIH y sida en España, de 2001-2005², plantea con claridad objetivos e indicadores en la prevención, ubicándola en todo el marco asistencial, para aproximar las intervenciones preventivas y las asistenciales. En la población general hay personas que tienen un riesgo bajo de infectarse por el VIH y que acuden con frecuencia al sistema sanitario por motivos muy diferentes, que no tienen relación con el VIH, como ocurre en atención primaria o en ginecología.

En otras ocasiones, las nuevas infecciones se producen en el entorno de personas infectadas o con comportamientos de riesgo, que están en contacto habitual o esporádico con centros que atienden a drogodependientes, personas con enfermedades de transmisión sexual, personas con contactos sexuales esporádicos o mujeres que ejercen la prostitución.

Por este motivo, el Plan preconiza también la prevención en centros de enfermedades de transmisión sexual y propugna la vigilancia centinela de la infección por el VIH para monitorizar la infección en poblaciones específicas, elegidas por ser diana para las actividades de prevención (UDVP, mujeres que ejercen la prostitución, etc.).

Es en este contexto en el que debemos valorar y comentar el trabajo del Grupo EPI-VIH, grupo consolidado de investigación epidemiológica en el VIH³. Quizá debamos comentar que las personas que suelen acudir a estos centros alternativos, donde se realizan las pruebas diagnósticas del VIH de forma anónima y voluntaria, tienen un perfil de riesgo que no guarda proporcionalidad con la información de otro tipo de centros sanitarios.

Se observa que disminuye el número de diagnósticos de infección por el VIH, que ha pasado de 1.058 en 1992-1993 a 304 en 2000-2001; esta tendencia es general por categorías de exposición, excepto en las mujeres que ejercen la prostitución; el descenso es mucho mayor en UDVP. Del mismo modo, la prevalencia del VIH descendió del 14 al 2%, lo que se observa en todas las categorías de transmisión. Probablemente, la disminución de UDVP se deba a un cambio hacia otras vías de administración y a los programas de disminución de riesgo (Programa de Intercambio de Jeringas, Programa de Mantenimiento con Metadona). Esto también provoca una reducción de los diagnósticos de infección por el VIH.

Los varones con relaciones homosexuales y bisexuales constituyen un grupo mucho más numeroso que en otros centros. Su número permanece más o menos constante y con una disminución de la prevalencia del VIH, en especial en los primeros años de la epidemia, que se ha estancado los últimos años, lo que parece indicar que determinadas conductas de riesgo permanecen en este grupo.

Las mujeres que ejercen la prostitución aumentan cuantitativamente sus demandas, colectivo en el que se ha incrementado la prevalencia de diagnóstico de infección por el VIH. Las relaciones sexuales de riesgo constituyen la mayor causa de demanda, pero su prevalencia de VIH ha ido disminuyendo y paralelamente se ha producido una igualdad por razón de sexo. ¿Qué hemos de plantearnos hacia el futuro, cuando parece que no estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH, dado que un tercio de las personas que desarrollan sida no sabía que estaban infectadas por el VIH⁴? Estas deficiencias importantes en el diagnóstico precoz de la infección por el VIH, en especial en personas que no se identifican claramente con comportamientos de riesgo, condicionan la obtención de mejores resultados en el campo de la prevención y en la eficacia de los tratamientos antirretrovirales.

Hay que consolidar y mejorar las fuentes de información, por ejemplo, con los sistemas de vigilancia epidemiológica de nuevas infecciones por el VIH (Asturias, Navarra, La Rioja, Baleares)⁵, para conocer a tiempo las características de las personas que se están infectando por el VIH. Esta información es fundamental para planificar las intervenciones de prevención y control del VIH, así como para dar respuesta a las necesidades sanitarias y sociales de las personas que se están infectando en la actualidad.

También debemos avanzar en el control del VIH en poblaciones específicas elegidas por ser poblaciones diana para las actividades de prevención (UDVP, homosexuales, trabajadores/as del sexo).

Por otro lado, la atención primaria debe tener mayor protagonismo e implicación en la promoción de salud, referida fundamentalmente a pacientes no infectados y sin situaciones de riesgo, y en la prevención, para lo que debe aprovechar la continuidad o periodicidad de los encuentros clínicos con muchas personas de la comunidad, lanzar mensajes preventivos y, sobre todo, reafirmar conductas saludables.

La prevención no es tarea fácil, pues no hay demandas explícitas en el terreno preventivo. Éstas podrían ser, en los UDVP, una estrategia de reducción de riesgos; en la transmisión madre-hijo, la realización de la prueba del VIH a las mujeres con una relación sexual activa; además, la prevención laboral por accidentes percutáneos y conseguir que los conocimientos que tiene la población sobre la infección por el VIH conviertan sus hábitos saludables en duraderos. Si queremos seguir avanzando en el conocimiento y control de la epidemia de la infección por el VIH, debemos situar como primer objetivo la prevención, ubicándola en todo el marco asistencial, y aproximar las intervenciones preventivas y las asistenciales. La atención primaria debe tener un papel más activo⁶.

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 30 de junio de 2003. Bol Epidemiol Semanal 2003;11:293-6.
2. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y Sida en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
3. Grupo para el Estudio de Seroprevalencia Anónimo no Relacionado de VIH en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-2000. Med Clin (Barc) 2002;119:249-51.
4. Castilla J, Nogueira I, Belza MJ, Del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Aten Primaria 2002;29:20-5.
5. Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, González A, Sola J, Castilla J. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. Med Clin (Barc) 2000;114:653-5.
6. Thomas Mulet V, Aguado Taberné C, Fidalgo González S, Fransi Galiana L, Gutiérrez Jordá M, Mascort Roca J, et al (Grupo Infección VIH/sida de la semFYC). La infección por el VIH/sida y atención primaria. Aten Primaria 2004;33:3-5.