

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

Infección por el VIH en el adulto: cambios epidemiológicos durante 25 años (1983–2008) en un área de la Comunidad de Madrid

Emilia Condes*, Carlos Barros, Francisco Merino y Julián Ruiz-Galiana

Servicio de Medicina Interna–Infecciosas, Hospital de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de noviembre de 2008

Aceptado el 14 de mayo de 2009

On-line el 29 de agosto de 2009

Palabras clave:

Infección por VIH

Cambios epidemiológicos

Tasas de incidencia

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y evolutivas durante 25 años de una cohorte de pacientes infectados por el VIH en Madrid.

Métodos: Estudio de cohortes longitudinal prospectivo de todos los pacientes diagnosticados de infección por VIH vistos en el Hospital de Móstoles (1983–2008).

Resultados: De los 2.156 pacientes atendidos, el 73% fueron hombres. En el 68% la vía de contagio fue el consumo de drogas. Se describe un máximo de nuevos diagnósticos en 1991 (188 pacientes) y un descenso posterior paulatino. Durante estos últimos años han aumentado los contagios por vía sexual (mayor ascenso de la vía heterosexual). El porcentaje de inmigrantes también ha aumentado (superior al 60% en los últimos 3 años); África subsahariana es la región de origen predominante en nuestra área. El 5% de los pacientes se diagnostica en la fase de infección aguda y el diagnóstico de sida en un plazo inferior a un año desde el diagnóstico de infección por VIH oscila entre el 20–30% en todos estos años. La tasa estimada de nuevos diagnósticos de infección por VIH en 2006 fue de 195 por millón de habitantes (269 por millón de habitantes en hombres y 121 por millón en mujeres).

Conclusiones: En estos 25 años se han producido grandes cambios epidemiológicos de la infección por VIH en nuestra área. Realizar de forma sistemática serologías sin esperar datos de alarma sería una práctica de impacto en el diagnóstico precoz y en la mejora del pronóstico de los pacientes.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

HIV infection in the adult: Epidemiological changes over 25 years (1983–2008) in an area of the Community of Madrid

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological characteristics and evolution of a cohort of HIV-infected patients in Madrid (Spain) over a period of 25 years.

Methods: Longitudinal, prospective, cohort study of all patients diagnosed with HIV infection seen at the Hospital de Móstoles (1983–2008).

Results: Of the 2156 patients attended, 73% were men. In 68%, the route of infection was illicit drug use. There was a peak of new diagnoses in 1991 (188 patients) and a subsequent gradual decline. Sexual transmission increased over the time period studied, with a higher rise in heterosexual transmission. The percentage of immigrants with the infection also increased (more than 60% in the last 3 years). Sub-Saharan Africa remains the predominant region of origin of our immigrant patients. Over the period studied, 5% of patients were diagnosed during the acute infection, and 20% to 30% were diagnosed with AIDS within 1 year after detection of HIV infection. The estimated rate of new diagnoses of HIV infection in 2006 was 195 per million population (pmp), 269 pmp in men and 121 pmp in women.

Conclusions: Many changes have occurred in the epidemiology of HIV infection in our area in the last 25 years. Routine serologic testing without waiting for warning signs would have an impact on early diagnosis and improving the prognosis of these patients.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

HIV infection

Epidemiological changes

Incidence rates

Introducción

Los primeros casos de sida se diagnosticaron en 1981¹ y desde entonces el número de infectados en todo el mundo ha ido creciendo hasta llegar a un total de 33,2 millones. En Europa se cifra en 760.000², por lo que se producen alrededor de 6.800 nuevas infecciones de VIH al día. Dos años después de los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cbarros.html@salud.madrid.org (E. Condes).

primeros casos se descubrió el agente causal de la infección³ y en ese mismo año se creó el Registro Nacional de Casos de Sida; su objetivo era la vigilancia epidemiológica en nuestro país, lo que permite cuantificar la magnitud de la epidemia y definir las características de la población afectada, en particular en relación con las formas de contagio del virus. Por esa época en nuestro medio el uso de drogas por vía parenteral constituyó la principal vía de adquisición del virus, por lo que se creó el Plan Nacional sobre Drogas, que coordinó e integró esfuerzos en programas de prevención de consumo y reducción de daños. La eficacia de estos abordajes se ha visto reflejada en una caída importante del contagio por esta vía.

El abandono de prácticas de sexo seguro, como puede constatarse en el importante incremento de los diagnósticos de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual en pacientes con infección por VIH conocida⁴, produjo un repunte de la transmisión del VIH por vía sexual.

En este entorno epidemiológico cambiante, la inmigración ha supuesto un fenómeno importante en la demografía y la economía nacional. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2000 España ha experimentado una de las tasas de inmigración más elevadas del mundo. De hecho, tras EE. UU., es el segundo país del planeta que más inmigrantes ha recibido en números absolutos⁵, dato que también se va a ver reflejado en la epidemiología de la infección.

A la luz de estos datos y en vista de los cambios que hemos percibido en el ámbito de nuestro ejercicio profesional, pretendemos con este trabajo describir las características epidemiológicas y evolutivas de la epidemia del sida en estos 25 años en un hospital general que cubre un área predominantemente urbana de algo más de 200.000 habitantes.

Pacientes y métodos

Se realiza un estudio de cohortes longitudinal prospectivo (desde 1990 y con recogida retrospectiva de 1983 a 1990), en el que se incluye a todos los pacientes diagnosticados de infección por VIH mayores de 18 años y atendidos en la Unidad de Infecciosas del Hospital de Móstoles desde mayo de 1983 hasta mayo de 2008. El Hospital de Móstoles cubre una población mayor de 220.000 habitantes y cuenta con 400 camas. La Unidad de Infecciosas atiende a todos los pacientes con infección por VIH y gran parte de otras enfermedades infecciosas. Se dispone de una base de datos que permite el seguimiento prospectivo de los pacientes (informatizada desde 1995), en la que se recogen las siguientes variables sociodemográficas: sexo, fecha y lugar de nacimiento, vía de contagio de VIH, fecha de diagnóstico y fecha de la primera consulta en el Hospital. También se recogen datos clinicoanalíticos durante todo el seguimiento: estadio clínico de los Centers for Diseases Control (CDC) al diagnóstico, nadir de CD4, procesos oportunistas asociados al VIH y fecha de diagnóstico, serologías de hepatitis, primoinfecciones por VIH, embarazos, valores de CD4, carga vírica, tratamiento antirretrovírico en cada visita y situación vital del paciente. Los datos obtenidos en la Unidad de Infecciosas se han completado con información procedente del laboratorio de Microbiología, conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del Servicio de Archivos e Historias Clínicas y los registros del Servicio de Urgencias.

Se define como diagnóstico simultáneo de infección por VIH y sida el que tiene lugar en el mismo momento o con un intervalo inferior a un año⁶. Se definen como casos de primoinfección por VIH a aquellos pacientes con seroconversión demostrada en un plazo máximo de 12 meses con o sin sintomatología acompañante. Para la definición de sida se utilizó la clasificación clínica de los CDC de 1986 y de 1993 según el año de diagnóstico. Se

consideran inmigrantes a aquellos pacientes nacidos fuera de España. Se han clasificado por continentes. En el caso de América, se trata de pacientes de Centroamérica y Sudamérica, ya que no hay ningún paciente de Norteamérica. Se define como infección por VHC la presencia de anticuerpos positivos frente al VHC por ELISA y PCR cualitativa positiva; se define como infección por el virus de la hepatitis B (VHB) la presencia de antígeno de superficie hepatitis B (HB) e infección por virus de la hepatitis D (VHD) como anticuerpos positivos antidelta.

Para el cálculo de la tasa de nuevos diagnósticos de VIH se han utilizado las poblaciones de referencia de la Comunidad de Madrid, tabla de población interpolada por municipios y edad simple de 2000 a 2006, en los que el Hospital cubría los municipios de Móstoles y Arroyomolinos. No se incluyeron otros años por la dificultad a la hora de definir la población de referencia. El Servicio de Microbiología, que mantiene una conexión directa con nuestra Unidad, centraliza todos los estudios serológicos pedidos tanto en Atención Primaria, Atención Especializada como en el propio Hospital. Por otra parte, los pacientes que se diagnostican en otros centros también se derivan para su seguimiento.

En los datos de mortalidad se incluyeron no sólo los fallecimientos producidos en el Hospital, sino los obtenidos por el Registro Regional de Sida, las notificaciones por familiares y los centros de desintoxicación. Desde el año 2002, el Hospital de Móstoles forma parte de la cohorte Corona Metropolitana del Sur-Este de Madrid (COMESSEM⁷), aceptada por la Comisión de Investigación del Hospital.

Se ha realizado un análisis descriptivo de variables sociodemográficas y comparativo entre pacientes con distintas vías de contagio (t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2 y test exacto de Fisher, según las características de cada variable). Para el estudio de tendencia lineal, se realizó la prueba de χ^2 de Mantel-Haenszel. Para el cálculo de las tasas de nuevos diagnósticos se ha empleado como denominador el número de habitantes de los municipios que cubre el área del Hospital según la actualización del INE y la Comunidad de Madrid y se han calculado los grupos quinquenales. El rango de edad fue de 15 a 49 años, ya que así se incluía al 93% de los pacientes. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados

Características demográficas iniciales

Los datos demográficos globales se presentan en la [tabla 1](#). Desde mayo de 1983 hasta el mismo mes de 2008 se ha atendido a 2.156 pacientes infectados por VIH. El porcentaje de hombres fue del 73% (1.576 pacientes) y la edad media fue de 30 años; las mujeres fueron ligeramente más jóvenes (31 versus 29 años; $p < 0,001$). En 1.463 pacientes (68%) la vía de contagio fue por consumo de drogas por vía parenteral y en 641 pacientes (30%) por transmisión sexual (el 11% hombres que mantienen relaciones con hombres [HSH] y el 19% heterosexuales [HTX]). El 2% restante incluye transmisión por transfusión de hemoderivados, origen desconocido y 4 pacientes por transmisión vertical.

Los pacientes con sida (grupo C de los CDC) en el momento del diagnóstico fueron 481 (22,3%) y 924 (43%) durante todo el seguimiento. En 109 pacientes (5%) se documentó la primoinfección.

El 44% de los pacientes (1.955) presentaba coinfección con el VHC (el 49% en hombres y el 30% en mujeres). En el 7% se detectaba antígeno de superficie positivo para el VHB (el 7% en hombres y el 4% en mujeres) y en un 2% se detectaba sobreinfección por VHD (el 2% en hombres y el 1% en mujeres).

El porcentaje global de pacientes nacidos fuera de España se situaba en torno al 12% (255 pacientes), con un 54% de varones. En este grupo de pacientes predominaba la transmisión sexual (85%), mientras que en los nacidos en España (1.901 pacientes) la vía preferente de contagio fue el uso de drogas por vía parenteral (75%). El origen de los pacientes nacidos fuera de España es principalmente África (63%) y Centroamérica y Sudamérica (25%). La edad media es de 34 (± 9) años frente a los 29 (± 8) años de los nacidos en España ($p < 0,001$).

Se han registrado 675 fallecimientos (31,3%) en estos años. La causa de la muerte en el 23% de los pacientes no fue la infección por VIH. El 57% de los pacientes (524) que habían cumplido criterios de sida ha fallecido, mientras que el porcentaje de muertes en los pacientes sin diagnóstico de sida fue del 12%.

Tabla 1
Datos demográficos iniciales globales y comparación según vía de contagio

	Global n = 2.156	UDVP n = 1.463	HSH n = 230	HTX n = 411
Edad	29,96 (8,57)	27,69 (6,01)	36,61 (10,87)*	34,47 (10,58)†
Sexo (hombre)	1.576 (73)	1.154 (78)	230 (100)*	170 (41)†,‡
Nacidos fuera de España	255 (11,8)	27 (1,8)	38 (16,5)*	181 (44,0)†,‡
Origen				
África	160 (62,7)	5 (18,5)	2 (5,3)*	146 (80,6)†,‡
América	63 (24,7)	7 (25,9)	30 (78,9)*	26 (14,3)†,‡
Europa	30 (11,7)	14 (51,8)	6 (15,8)*	8 (4,4)†,‡
Asia	2 (0,9)	1 (3,7)	-	1 (0,7)
CD4 nadir	255 (261)	249 (262)	276 (295)	265 (236)
Primoinfecciones	109 (5,0)	36 (2,5)	30 (13,0)*	42 (10,2)†
Años de seguimiento	5,66 (5,31)	4,99 (5,45)	5,94 (5,50)*	4,41 (4,53)†,‡
Hepatopatía				
VHC+	955 (44)	873 (61,0)	15 (6,8)*	60 (16,6)†,‡
VHB+	138 (6,7)	116 (8,2)	8 (3,7)*	13 (3,7)†
VHD+	38 (1,8)	38 (2,7)	0 (0,0)*	0 (0,0)†
Evolución				
Sida	924 (43)	650 (44,4)	107 (46,5)	150 (36,5)†,‡
Fallecimiento	675 (31,3)	535 (36,6)	58 (25,2)*	68 (16,5)†,‡
Perdidos/derivados	434 (20,1)	359 (24,5)	8 (3,4)*	22 (5,3)†,‡

Variables cuantitativas expresadas en media (DS). Variables cualitativas expresadas en número absoluto (%).

DS: desviación *standard*; HSH: homosexuales; HTX: heterosexuales; UDVP: usuario de drogas por vía parenteral; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VHD: virus de la hepatitis D.

* Diferencias estadísticamente significativas entre UDVP y HSH.

† Diferencias estadísticamente significativas entre UDVP y HTX.

‡ Diferencias estadísticamente significativas entre HSH y HTX.

Distribución por años

En los 25 años de seguimiento se ha observado un crecimiento en el número de nuevos diagnósticos de infección por VIH hasta 1991, donde se alcanzó el máximo con 188 casos y a partir de ahí un descenso progresivo, siempre por encima de los 100 pacientes hasta 1998, en el que la incidencia anual de infección por VIH descendió a menos de 60 nuevos diagnósticos. El porcentaje de hombres fue siempre superior al de mujeres, aunque éstas llegaron casi al 50% en el 2004 (fig. 1).

En cuanto a las prácticas de riesgo, los consumidores de drogas dominaban en los primeros años, pero se produjo un descenso progresivo de esta vía de contagio a costa de un aumento de la vía sexual (HTX con una progresión más rápida, mientras que los HSH lo hicieron de una forma algo más lenta) (fig. 2).

La distribución por años de los pacientes en los que se diagnosticó simultáneamente infección por VIH y enfermedad avanzada con criterios de sida se muestra en la figura 3, oscilando entre el 20 y el 30% en todo el período.

El número total de pacientes nacidos fuera de España fue de 255 (12%). Desde el año 2000 se ha producido un notable incremento del porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH por encima del 40% con respecto a los nacidos en España, que alcanzó el 70% en el 2007 (fig. 4).

En la figura 5 se representan los nuevos diagnósticos de infección por VIH, de casos de sida y de muertes. En los primeros años, hasta 1994 (con un pico en 1991), observamos un predominio de los nuevos diagnósticos de VIH sobre los casos de sida y muerte. A partir de ese año las 3 líneas se muestran paralelas, observándose un descenso brusco de cada una de ellas desde 1996.

Tasas de nuevos diagnósticos

Se ha realizado una estimación de tasas de nuevos diagnósticos de infección por VIH del año 2000 al 2006 (tabla 2), en la que se observa una tendencia lineal global al descenso en este período (cae de 275 casos por millón de habitantes en el año 2000 a 195 en el año 2006). En el caso de los hombres, la estimación evoluciona de 412 casos por millón de habitantes en el 2000 a 269 en el 2006 (también con tendencia lineal demostrada al descenso). Con respecto a las mujeres, la tasa varía de 139 por millón de habitantes en 2000 a 120 por millón en 2006 (sin demostrarse variación en este grupo). El cálculo por grupos de edad quinquenales entre 15 y 49 años se muestra en la tabla 2.

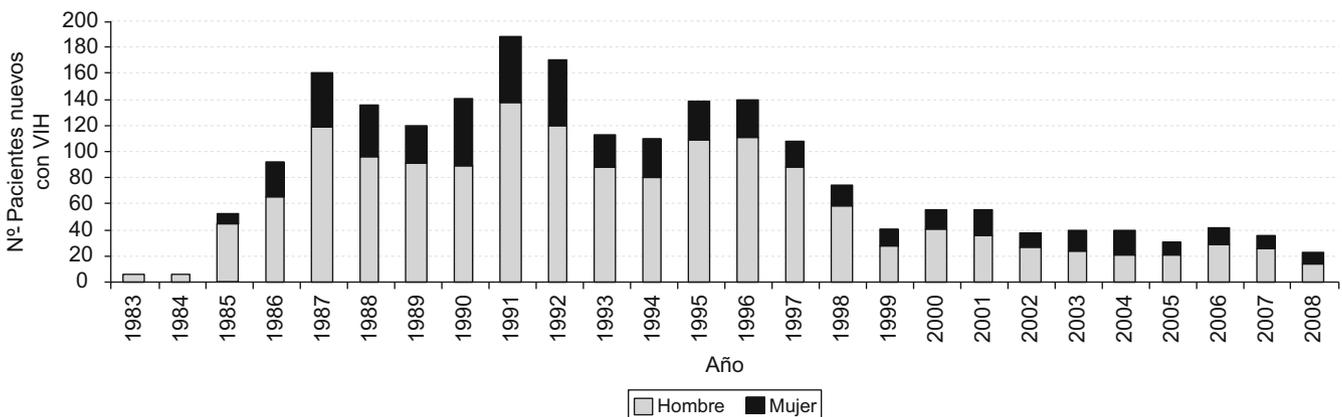


Figura 1. Distribución del número de pacientes por año de diagnóstico y sexo.

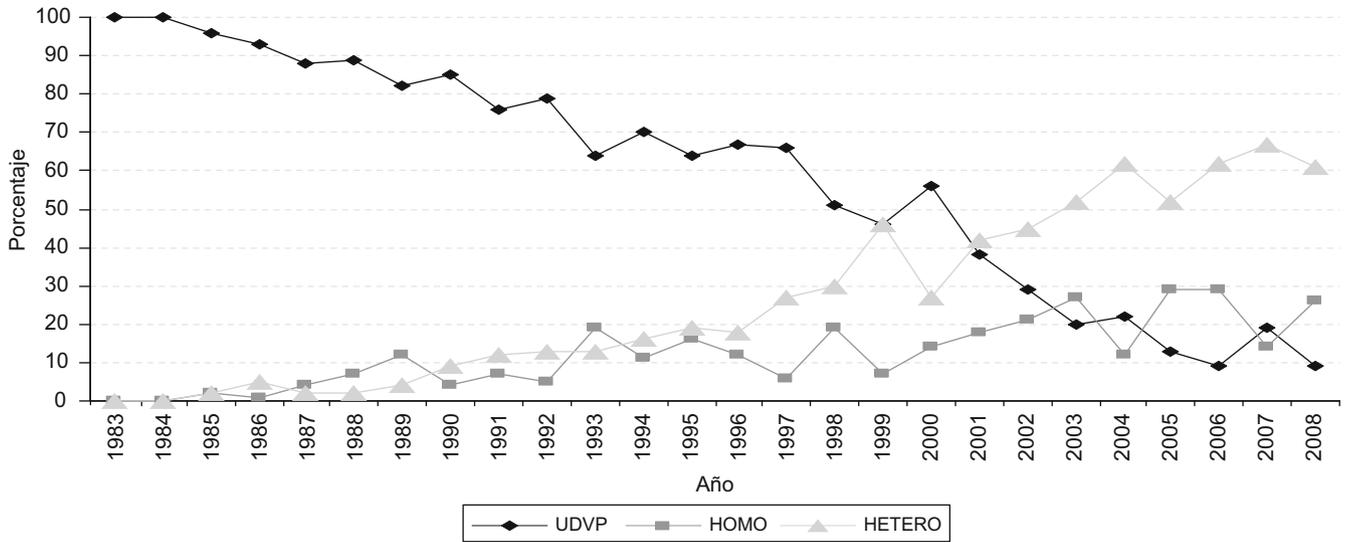


Figura 2. Distribución de nuevos diagnósticos de VIH por año. Porcentajes según vías de contagio.

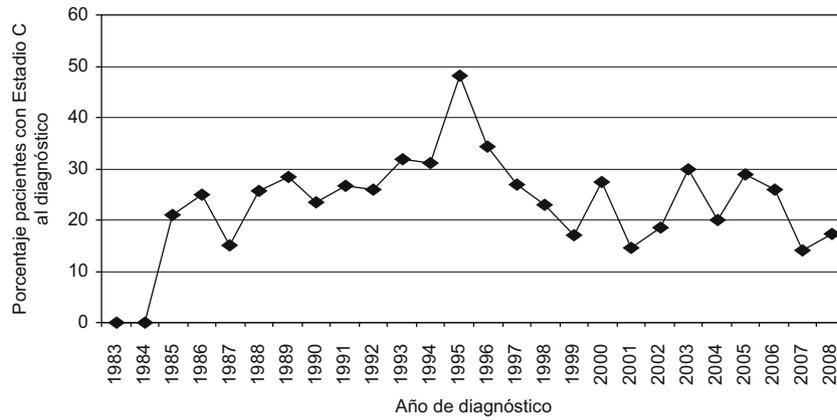


Figura 3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico simultáneo de infección por VIH y sida distribuidos por años.

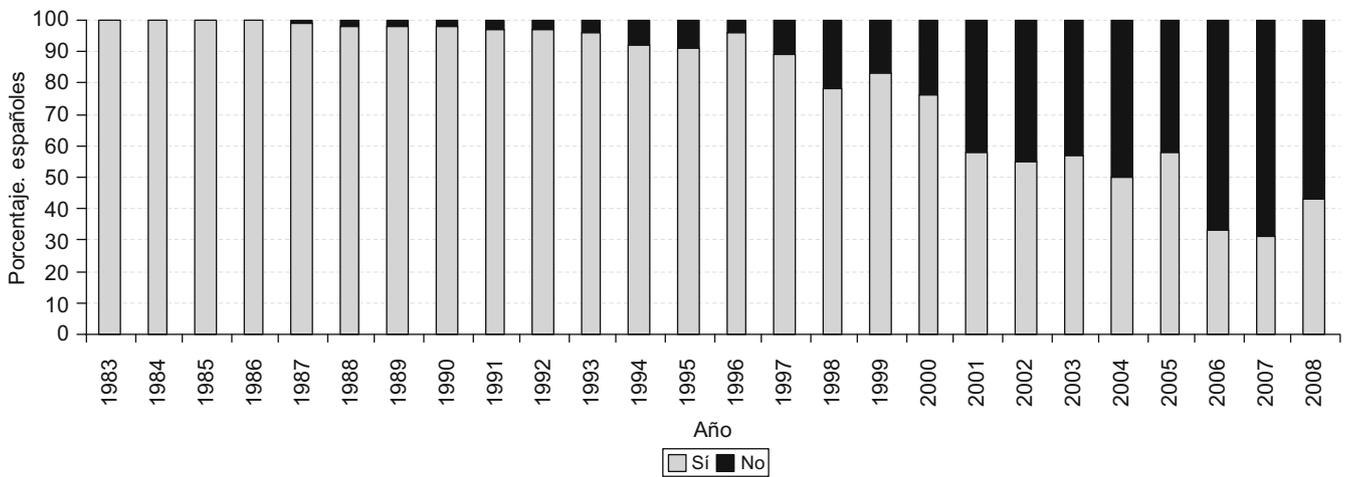


Figura 4. Distribución de nuevos diagnósticos de VIH por año. Porcentajes según origen (nacidos en España y en el extranjero).

Discusión

Aunque en términos globales la epidemia tiene una vía de contagio predominantemente sexual, en nuestro medio sigue prevaleciendo el uso de drogas (en la cohorte global supone el 68%

de todos los pacientes diagnosticados) y esto probablemente esté en relación con el gran peso de este factor de riesgo en los primeros años de epidemia. Desde el año 2000 se ha producido un importante descenso de los nuevos diagnósticos por esta vía, bajando en el 2003 al 20%. Castilla encontró datos similares en la

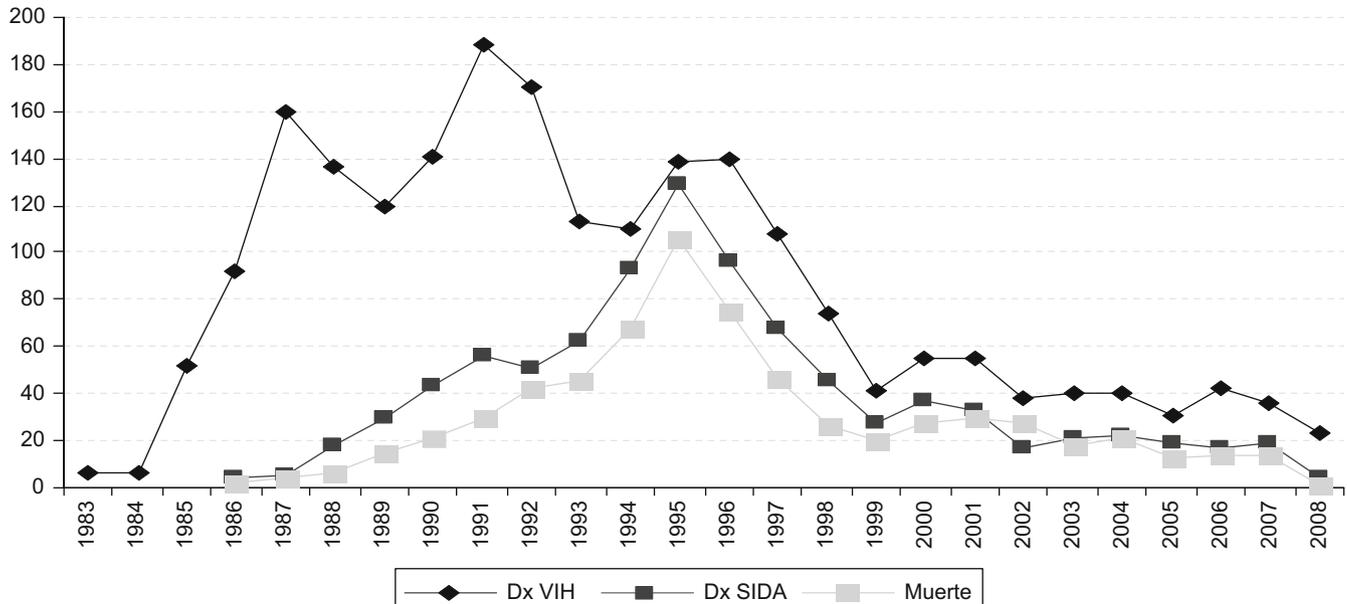


Figura 5. Número de pacientes con nuevos diagnósticos de VIH, de sida y casos de muerte distribuidos por año.

Tabla 2

Incidencia por 10^6 habitantes de nuevos diagnósticos de VIH, distribuidos por sexo y grupos de edad quinquenales

Año	Total	Hombres	Mujeres	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
2000	274,8	412,0	139,1	53,9	124,4	568,6	1.154,1	686,8	377,8	108,0
2001	272,5	358,9	188,8	-	210,6	467,8	663,5	1.085,1	392,1	55,3
2002	186,0	265,8	107,1	-	43,2	237,9	454,2	732,6	333,9	113,6
2003	192,3	231,7	153,3	-	89,6	474,4	604,4	517,5	67,1	118,8
2004	190,8	200,8	180,8	72,1	284,3	246,7	468,2	451,9	408,6	184,8
2005	145,7	197,5	93,9	76,3	-	277,1	266,9	320,8	267,4	211,5
2006	195,0	269,4	120,7	80,2	317,5	394,4	197,2	375,1	658,1	321,7

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

cohorte COMESEM hasta 2001⁷ y Caro-Murillo en la cohorte CoRis durante el seguimiento entre 2004 y 2005⁸. Estas tendencias pueden atribuirse a la introducción de programas de reducción de daños, que se asocian a un descenso en el consumo de drogas en inyección y en el uso de agujas y jeringas contaminadas⁹. Según el último informe de ONUSIDA publicado en diciembre de 2007, en España el número de nuevos diagnósticos de VIH entre usuarios de drogas inyectables disminuyó durante el período 2003–2005 a un 38%¹⁰. La vía sexual, por su parte, representa el 30% de todos los diagnósticos realizados en estos 25 años. La transmisión por relaciones HTX ha experimentado un importante incremento en los últimos años. Estos diagnósticos se producen sobre todo en mujeres. El *screening* en el embarazo y la elevada inmigración de países con alta prevalencia de esta vía de propagación (África subsahariana) pueden explicar el aumento de estas tasas². En la actualidad se reconoce este factor de riesgo en más del 60% de los nuevos diagnósticos de nuestra cohorte. Por su parte, los nuevos diagnósticos de VIH en HSH se han ido aumentando de una forma más constante y paulatina, lo que puede explicarse por los incrementos de las relaciones sexuales de hombres con parejas masculinas ocasionales registrados también en otros países europeos, como Francia, Suiza y Reino Unido¹¹. En la encuesta de salud y hábitos sexuales realizada desde la perspectiva del sida por el Ministerio de Sanidad, un 17,1% ha mantenido relaciones sexuales en el último año con parejas ocasionales y un 41% de éstos reconoce haber podido estar expuesto al riesgo de infección por VIH, aunque el 96% de toda la población encuestada identifica

correctamente la vía de transmisión sexual como forma de contagio¹².

Desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), la transmisión vertical ha disminuido de forma importante, de hecho no se registró ningún caso entre las pacientes con un adecuado control del embarazo (datos no mostrados); en su estudio comparativo en los 2 períodos de tiempo de 1994 y 2004 Orío constata datos similares¹³.

En cuanto a la primoinfección, Sued en su seguimiento prospectivo en Barcelona encuentra un 2,9% de los nuevos diagnósticos de VIH en los 7 años de duración de su estudio¹⁴. Por nuestra parte, en estos 25 años hemos diagnosticado al 5% de los pacientes en esta fase; este porcentaje es más elevado en los últimos 10 años y llega a superar el 10% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en cada uno de los años de todo este período (datos no mostrados). La organización de la consulta puede justificar este resultado, ya que además del seguimiento por VIH, se realiza estudio prospectivo de los pacientes con síndromes febriles que acuden a Urgencias y nos son derivados. El seguimiento centralizado de estos pacientes con síndromes febriles y el alto índice de sospecha favorecen que este porcentaje sea mayor que en otros centros, en los que los pacientes se remiten ya con el diagnóstico de infección por VIH. El análisis de este subgrupo de pacientes merece un estudio adicional, pero conocer su forma de contagio hará posible la introducción de medidas preventivas.

El retraso en el diagnóstico, definido como diagnóstico simultáneo o en un período inferior a un año de infección por VIH y enfermedad avanzada con criterios de sida, es destacable y

no ha descendido claramente desde 1985 a pesar de la extendida difusión de las vías de contagio y las conductas de riesgo para su adquisición. Teira encuentra en la cohorte VACH un 20%, incluidos aquellos pacientes con niveles de CD4 de menos de 200 en el momento del diagnóstico¹⁵. Por su parte, Jaén en la cohorte PISCIS describe un 25% de pacientes con criterios de sida en el momento del diagnóstico¹⁶. Según datos de los CDC, de los pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH en 2005 el 38% se diagnosticó de sida en un plazo inferior a un año¹⁷.

En nuestra experiencia, en estos 25 años no se ha avanzado nada en el diagnóstico precoz de la infección (mantenemos el mismo porcentaje de retrasos diagnósticos durante todo el período), por lo que claramente hay que cambiar la estrategia. En esta línea consideramos adecuada, aunque un tanto tardía, la iniciativa promulgada por los CDC: la estrategia de realización sistemática de la serología a toda persona que tenga contacto con el sistema sanitario¹⁸, esto debería llevarse a cabo en nuestro país en las áreas de primer contacto de los pacientes con nuestro sistema sanitario, especialmente en los centros de salud. Este nuevo enfoque ha pasado el filtro del análisis de la relación coste-eficacia^{19,20}.

El fenómeno de la inmigración en nuestro país también se ha visto reflejado en nuestra cohorte, observándose en un 12%. Según el INE es este mismo porcentaje el encontrado en la población general⁵. Esta proporción se ve incrementada en los últimos años, llegando al 70% en el año 2007. Hernando describe un 25% de los nuevos diagnósticos en un hospital de Madrid entre 2001 y 2004²¹. Este ascenso refleja tanto el aumento de este tipo de población como el hecho de que cada vez se hacen más estudios serológicos en este grupo de pacientes. Su procedencia más habitual es de África subsahariana, Centroamérica y Sudamérica.

En cuanto a la incidencia por millón de habitantes calculada desde el año 2000, podemos decir que existe tendencia al descenso en estos primeros años de siglo de forma global y predominantemente en los hombres, mientras que en el caso de las mujeres, la tendencia no es tan clara, lo que vuelve a poner de manifiesto que ellas son un grupo de riesgo en el momento actual en nuestro medio. El ONUSIDA, por su parte, estima una incidencia de 149 nuevas infecciones por millón de habitantes en el año 2006 en el Reino Unido, mientras que en Portugal suponen 205 nuevas infecciones por millón en el mismo año¹⁰. En nuestro medio la estimación es muy similar a la presentada por ONUSIDA para países próximos; este organismo reconoce no disponer de estos datos para nuestro país, aunque se sabe que desde el inicio de la epidemia en España hasta diciembre de 2007 se ha notificado un total de 75.733 casos de sida¹⁶.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que no se puede determinar con exactitud la población de referencia del Hospital durante todo el estudio, ya que en los primeros años (de 1983 a 1998) el Hospital cubría un área de 400.000 habitantes y pasó posteriormente a cubrir la mitad de ésta con la apertura del Hospital Fundación Alcorcón. Es por eso que para el cálculo de tasas de incidencia de nuevos diagnósticos de VIH hayamos realizado la estimación a partir del año 2000, en el que la población ya estaba distribuida en los Hospitales correspondientes.

Conocer los cambios epidemiológicos registrados en nuestro medio podría favorecer la definición de nuevas dianas de actuación y, por otro lado, el hallazgo pertinaz del retraso diagnóstico obliga a cambiar radicalmente la estrategia de detección de la infección.

Agradecimientos

Al Dr. José María Peña Sánchez de Rivera y al Dr. José Luis Agud Aparicio por la lectura crítica del artículo.

Bibliografía

1. Pneumocystis pneumonia- Los Angeles. MMRW. 1981;30:250–2.
2. Informe anual de ONUSIDA 2007. Conocer su epidemia [citado 8 Jul 2008]. Disponible en: URL: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_en.pdf.
3. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyra MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983;220:868–71.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis among men who have sex with men-New York City, 2001. MMRW. 2001;50:117–20.
5. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Datos provisionales. Nota de prensa de 20 Junio 2008 [citado 10 Jul 2008]. Disponible en: URL: <http://www.ine.es/prensa/np503.pdf>.
6. Fenton KA. Changing epidemiology of HIV/AIDS in the United States: Implications for enhancing and promoting HIV testing strategies. *Clin Infect Dis*. 2007;45:S213–20.
7. Castilla V, Alberdi JC, Barros C, Gómez J, Gaspar G, Sanz J. Cohorte multicéntrica de pacientes con infección VIH de la Corona metropolitana sudeste de Madrid (COMESM): fundamentos, organización y resultados iniciales. *Rev Clin Esp*. 2003;203:170–7.
8. Caro-Murillo AM, Castilla J, Pérez-Hoyos S, Miró JM, Podzamczar D, Rubio R, et al. Spanish cohort of naive HIV-infected patients (CoRis): Rationale, organization and initial results. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:3–4.
9. De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C, Brugal MT, Barrio G, Soriano V, Project Itinere Group, et al. Injecting and HIV prevalence young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:537–42.
10. Situación de la epidemia de sida 2007: últimos avances de la epidemia mundial de sida. Resúmenes por regiones: América del Norte, Europa Occidental y Central [citado 5 Jul 2008]. Disponible en: URL: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1532_epibriefs_namericaeurope_es.pdf.
11. Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson A. Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a Community sample of homosexual men. *Sex Transm Infect*. 2004;80:236–40.
12. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vigilancia epidemiológica de conductas de riesgo [citado 1 Jul 2008]. Disponible en: URL: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/encuestaHabitosSexuales.pdf>.
13. Orío M, Peña JM, Rives MT, Sanz M, Bates I, Madero R, et al. Changes in vertical HIV transmission: Comparison between 1994 and 2004. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:321–4.
14. Sued O, Miró JM, Alquezar A, Claramonte X, García F, Plana M, et al. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: Clinical, virological and immunological characteristic of 75 patients (1997–2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:238–44.
15. Teira R, Suárez-Lozano I, Muñoz P, Viciano P, Lozano F, Galindo MJ, et al. Changing trends in HIV epidemics: Recent diagnoses in the Spanish VACH cohort (2000–2002). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:213–7.
16. Jaén A, Casabona J, Esteve A, Miró JM, Tural C, Ferrer E, et al. Clinical-epidemiological characteristics and antiretroviral treatment trends in a cohort of HIV infected patients. The PISCIS Project. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:525–31.
17. CDC. HIV/AIDS surveillance report, 2006 Vol 18. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, 2008. [citado 1 Jul 2008] Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006report/default.htm>.
18. CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. MMRW. 2006;55:1–17.
19. Paltiel AD, Weinstein M, Kimmel A, Seage 3rd R, Losina E, Zhang H, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med*. 2005;352:586–95.
20. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2005;352:570–85.
21. Hernando A, García-Cerrada C, Pulido F, Rubio R, Hervás R, Cepeda C, et al. Infección por el VIH en inmigrantes: diferencias clínico-epidemiológicas con la población autóctona en un área de salud de la Comunidad de Madrid (2001–2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:441–5.