

9. Topal J, Conklin S, Camp K, Morris V, Balcezak T, Herbert P. Prevention of nosocomial catheter-associated urinary tract infections through computerized feedback to physicians and a nurse-directed protocol. *Am J Med Qual.* 2005;20: 121–6.
10. Cornia PB, Amory JK, Fraser S, Saint S, Lipsky BA. Computer-based order entry decreases duration of indwelling urinary catheterization in hospitalized patients. *Am J Med.* 2003;114:404–7.

C. Tornero Estebáñez*, M. Bourguet, C. Benavides Villarreal, M.C. Mafe Nogueroles y A. Ventura Esteve
Medicina Interna, Hospital Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(C. Tornero Estebáñez\).](mailto:Tornero.car@gva.es)

doi:10.1016/j.rce.2010.11.015

¿Existen diferencias clínicas entre pacientes inmigrantes y autóctonos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana? Resultados de una cohorte en el área sanitaria de Cartagena (1998-2008)

Are there clinical differences between immigrants and native patients with human immunodeficiency virus infection? Results of a cohort in the health care area of Cartagena (1998-2008)

Sr. Director:

En los últimos años hemos asistido a un gran crecimiento demográfico en nuestro país a expensas del fenómeno inmigratorio. Los últimos informes epidemiológicos nacionales han apuntado a un repunte de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) imputable a la inmigración¹. Sin embargo, son escasos los estudios que han analizado las características clínicas diferenciales de las poblaciones inmigrante y autóctona tanto en la visita basal como en el seguimiento^{2,3}.

El objetivo del presente estudio es evaluar y comparar en las poblaciones inmigrante y autóctona infectadas por el VIH las principales variables clínicas tanto en la visita de inicio como en el posterior seguimiento en nuestra área sanitaria.

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a los pacientes inmigrantes y autóctonos (relación 1:3 apareada en el tiempo) que han sido evaluados por primera vez en nuestra Unidad VIH durante el periodo 1 de enero de 1998 a 31 de diciembre de 2008. La información de las distintas variables se obtuvo de la base de datos de las consultas externas, de las historias de consultas externas y de las historias clínicas de hospitalización. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba de la t de Student o de la prueba de Wilcoxon mientras que las variables cualitativas mediante la prueba de la ji cuadrado, utilizando la corrección de Yates cuando se precisara. Se ha considerado como significativo un valor de $p < 0,05$.

Durante el periodo del estudio fueron incluidos 95 pacientes inmigrantes y 285 pacientes autóctonos. En la primera

visita clínica no se documentaron diferencias significativas en la proporción de pacientes autóctonos (53%) e inmigrantes (38%) con criterios definitorios de sida ($p = NS$). En la visita basal, la tuberculosis pulmonar y/o diseminada fue la entidad definitoria de sida más frecuente en la población inmigrante (10,5%) y autóctona (9,8%), seguida de la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (6,3 y 6,7%, respectivamente). El 42% de los pacientes inmigrantes y el 44% de los pacientes autóctonos presentaron en la visita basal un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200 células/ μl ($p = NS$). Las proporciones de sujetos con carga viral (CV) superior a 100.000 copias/ml fueron del 31 y 32% respectivamente ($p = NS$). Los resultados sobre las principales variables clínicas en la evolución se exponen en la tabla 1.

La objetivación en nuestra serie de una proporción relevante de sujetos inmigrantes y autóctonos que tenían en la visita basal una importante inmunodepresión pone de manifiesto la existencia de un retraso en el diagnóstico y por tanto un mayor riesgo de desarrollar enfermedades indicativas de sida¹⁻⁴. La tuberculosis sigue siendo la infección oportunista definitoria de sida más prevalente en pacientes inmigrantes^{2,5,6}, tanto en la visita basal como en el seguimiento, lo cual se ha relacionado con la elevada tasa de esta infección en sujetos que proceden de África subsahariana y América Latina^{7,8}.

Al igual que en nuestra serie, en diferentes cohortes nacionales y europeas^{2,3,6} se pone de manifiesto el uso extensivo del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes inmigrantes, lo cual no ofrece dudas sobre las garantías de la asistencia sanitaria española y la de otros países europeos a la hora de facilitar un rápido acceso al mismo. Sigue existiendo discordancia sobre el grado de adherencia del TAR en pacientes inmigrantes y autóctonos durante el seguimiento^{3,9}, aunque en la mayoría de los estudios nacionales^{3,6} que valoran esta característica establecen una buena adherencia del mismo en la población inmigrante como así se describe en nuestra cohorte.

En nuestro estudio hemos observado un menor tiempo de seguimiento clínico en la población inmigrante como consecuencia del mayor número de pérdidas en la evolución en este colectivo. Se han identificado recientemente factores de riesgo asociados a pérdida de seguimiento clínico en pacientes con infección por el VIH como serían el carecer de vivienda, ser inmigrante en situación irregular o tener antecedentes de consumo de drogas por vía intravenosa, los cuales podrían explicar en buena medida la alta pre-

Tabla 1 Evolución clínica de las poblaciones inmigrante y autóctona con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

| Características | Inmigrantes (n = 95) | Autóctonos (n = 285) | p |
|---|-------------------------|-------------------------|---------|
| Semanas de seguimiento (mediana) | 81,7 | 176,7 | < 0,001 |
| Tiempo hasta primer evento definitorio de sida | | | |
| <i>Meses desde primera visita (media ± DE)</i> | 12,2 ± 11,4 | 27,2 ± 25,5 | NS |
| <i>Meses desde inicio del TAR (media ± DE)</i> | 11,0 ± 13,1 | 19,6 ± 25,3 | NS |
| Eventos definitorios de sida en el seguimiento | | | |
| <i>Casos (%)</i> | 14,7 | 17,8 | NS |
| <i>Enfermedades (% del total de casos)</i> | | | |
| Tuberculosis | 25,0 | 23,5 | NS |
| Criptosporidiosis | 33,3 | 21,5 | NS |
| Síndrome caquéctico | 8,3 | 19,6 | NS |
| Candidiasis esofágica | 16,7 | 7,8 | NS |
| LMP | 0 | 5,9 | NS |
| Neumonía bacteriana recurrente | 16,7 | 0 | NS |
| TAR | | | |
| <i>Experiencia con TAR (%)</i> | 84,0 | 84,0 | NS |
| <i>Régimen de TAR de inicio (%)</i> | | | |
| ITIAN + IP | 52,2 | 44,2 | NS |
| ITIAN + ITINN | 44,7 | 42,4 | NS |
| <i>Adherencia > 95% al final del seguimiento (%)</i> | 80,2 | 76,2 | NS |
| Pérdidas en el seguimiento (%) | 55,8 | 44,0 | 0,057 |
| Causas de pérdidas en el seguimiento | | | |
| <i>Muerte (%)</i> | 3,1 | 5,6 | |
| <i>Causas no filiadas (% del total)</i> | 45,3 | 36,0 | 0,02 |
| <i>Traslado del domicilio (% del total)</i> | 7,4 | 2,4 | |
| Causas de muerte (n y % del total) | | | |
| <i>Enfermedad definitoria de sida</i> | 1 (33,3) | 5 (31,2) | NS |
| <i>Shock séptico</i> | 1 (33,3) | 3 (18,7) | NS |
| <i>Neoplasias no relacionadas con sida</i> | 1 (33,3) | 1 (6,0) | NS |
| <i>Hepatopatía crónica VHC descompensada</i> | 0 | 1 (6,0) | NS |
| <i>Otras causas/no filiadas</i> | 0 | 6 (37,5) | NS |

IP: inhibidores de la proteasa; ITIAN: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucléosidos; ITINN: inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos; LMP: leucoencefalopatía multifocal progresiva; NS: no significativa; TAR: tratamiento antirretroviral.

valencia de pérdidas en ambos colectivos a lo largo del tiempo¹⁰.

En conclusión, no hemos encontrado diferencias clínicas significativas entre ambas poblaciones en nuestra área sanitaria, aunque sí hemos detectado mayores pérdidas en el seguimiento en la población inmigrante.

Bibliografía

- Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Período 2003-2006 [actualizado 30/6/2007]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf.
- Ramos JM, Gutiérrez F, Padilla S, Masía M, Escolano C. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por el VIH en extranjeros en Elche, España (1998-2003). Enferm Infect Microbiol Clin. 2005;23:469-73.
- Perales-Fraile I, Ramos-Martínez A, Asensio-Vegas A, Martín-Jiménez T. Características de la infección por el VIH en la población inmigrante. Enferm Infect Microbiol Clin. 2006;24:407-8.
- Staehelin C, Rickenbach M, Low N, Egger M, Ledermann B, Hirscher B, et al. Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. AIDS. 2003;17:2237-44.
- Valencia ME, Holguín A, Moreno V, Álvarez A, Lago M, González J. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 e inmigración: manifestaciones clínicas, subtipos y evolución de 78 pacientes ingresados durante los últimos 5 años. Med Clin. 2007;128:302-4.
- Hernández A, García-Cerrada C, Pulido F, Rubio R, Hervás R, Cepeda C. 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 Infect Microbiol Clin. 2007;25:441-5.
- Holmes CB, Losina E, Walensky RP, Yazdanpanah Y, Freedberg KA. Review of human immunodeficiency virus type 1-related

- opportunistic infections in sub-Saharan Africa. *Clin Infect Dis.* 2003;36:652–62.
8. Moreira-Júnior ED, Silva N, Brites C, Carvalho EM, Bina JC, Badaro R, et al. Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome in Brazil. *Am J Trop Med Hyg.* 1993;48:687–92.
9. Marcellin F, Carrieri MP, Peretti-Watel P, Bouhnik AD, Obadía Y, Lert F, et al. Do migrants overreport adherence to highly active antiretroviral therapies?: results from the French VESPA (ANRS-EN12) National Survey. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;5:646–50.
10. Lebouché B, Yazdanpanah Y, Gerard Y, Sissoko D, Ajana F, Alcaraz I, et al. Incidence rate and risk factors for loss to follow-up in a French clinical cohort of HIV-infected patients from January 1985 to January 1998. *HIV Med.* 2006;7:140–5.

F. Vera-Méndez^{a,*}, B. Delgado-Romero^b,
A.J. Trujillo-Santos^a y A. Cano-Sánchez^a

^a Sección de Medicina Interna-Infecciosas, Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena, Murcia, España

^b Centro de Salud Cartagena-Este, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscovera72@gmail.com
(F. Vera-Méndez).

doi:10.1016/j.rce.2010.11.016