

Sida en la Comunidad de Madrid. Análisis por lugar de nacimiento

AIDS in the Community of Madrid. Analysis by place of birth

Sr. Director:

En los últimos años se ha producido un incremento importante de la población inmigrante en España. Este incremento ha sido especialmente notorio en algunas comunidades, entre las que se encuentra Madrid. Así, a 1 de enero de 2010, la población residente en Madrid no autóctona constituía el 16,6% de la población¹. Es bien conocido que la población inmigrante puede proceder de áreas con tasas de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) mayores que las existentes en España, pero también se sabe que los inmigrantes constituyen un colectivo más vulnerable al VIH/sida por cuestiones socioculturales²⁻⁴.

Hemos determinado las características epidemiológicas de la población inmigrante diagnosticada de sida en la Comunidad de Madrid (CM) y las hemos comparado con la de la población autóctona. Para ello, hemos realizado un estudio descriptivo de los casos de sida notificados al Registro de la CM desde enero de 2005 hasta septiembre de 2010 en personas nacidas tanto en España como fuera. Según el área geográfica de nacimiento la población inmigrante se ha agrupado en América Latina y Caribe, África subsahariana, Europa Occidental, Europa Oriental y Norte de África y Oriente Medio.

Hemos comparado las tasas de incidencia por 100.000 habitantes, el sexo, la edad, el mecanismo de transmisión y el retraso diagnóstico entre inmigrantes y autóctonos. Se ha considerado retraso diagnóstico cuando el período transcurrido entre el diagnóstico de infección por VIH y el de sida ha sido de doce o menos meses.

Entre enero de 2005 y septiembre de 2010 se notificaron 1.823 nuevos casos de sida (el número de casos de 2009 y 2010 no están consolidados por retraso en la notificación). El 32,3% de los pacientes habían nacido fuera de España. Este porcentaje ha aumentado progresivamente desde el 21,3% de 2005 al 40,5% del 2010. Los resultados se muestran en la [tabla 1](#). La tasa de incidencia ha sido mayor en inmigrantes que en autóctonos ($p < 0,05$) (9,8 vs. 6,2 en 2005; 14,9 vs. 5,1 en 2006; 11,6 vs. 4,5 en 2007; 10,4 vs. 4,4 en 2008, y 8,7 vs. 3,0 en 2009), especialmente en los procedentes del África subsahariana (tasas de 91,1 en 2005; 133,9 en 2006; 141,3 en 2007; 118,4 en 2008; y 46,1 en 2009).

En relación con el sexo, en España encontramos una mayor incidencia en hombres que en mujeres (10,4 vs. 2,4 en 2005; 8,6 vs. 1,9 en 2006; 7,4 vs. 1,8 en 2007; 7,0 vs. 1,9 en 2008; y 5,0 vs. 1,1 en 2009), América Latina y Caribe (15,2 vs. 2,3 en 2005; 23,0 vs. 6,1 en 2006; 17,8 vs. 2,6 en 2007; 15,7 vs. 2,5 en 2008; y 20,3 vs. 3,8 en 2009), Europa Occidental (15,2 vs. 4,1 en 2005; 26,8 vs. 2,2 en 2006; 14,4 vs. 0,0 en 2007; 11,2 vs. 1,6 en 2008; y 12,0 vs. 0,0 en 2009) y Europa Oriental (1,4 vs. 1,5 en 2005; 7,9 vs. 1,6 en 2006; 3,0 vs. 0,0 en 2007; 4,8 vs. 2,6 en 2008; y 1,5 vs. 0,8 en 2009). En África subsahariana, la mayor tasa de incidencia se observó en mujeres, salvo en 2006 (94,8 vs. 88,2 en 2005;

117,5 vs. 145,4 en 2006; 146,3 vs. 138,3 en 2007; 139,9 vs. 105,4 en 2008; 84,3 vs. 23,3 en 2009).

Con respecto a la edad media en hombres encontramos los siguientes valores ($p < 0,05$): España $42,2 \pm 9,2$ años; América Latina y Caribe $36,8 \pm 8,9$; África subsahariana $37,4 \pm 11,4$; Europa Occidental $38,7 \pm 10,3$ y Europa Oriental $30,3 \pm 9,0$. La edad media en mujeres ($p < 0,05$) fue: España $39,7 \pm 8,8$ años; América Latina y Caribe $36,9 \pm 7,9$; África subsahariana $33,9 \pm 10,2$; Europa Occidental $32,3 \pm 10,4$ y Europa Oriental $27,5 \pm 8,5$ años.

El mecanismo de transmisión en hombres fue como sigue ($p < 0,05$): en España el 56,4% fueron usuarios de drogas intravenosas (UDI), el 29,8% fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 12,5% fueron heterosexuales (HTX); en América Latina y Caribe, los cifras fueron de 2,0% en UDI, 69,8% en HSH y 27,1% en HTX; en África subsahariana encontramos el 6,6% en UDI, 6,6% en HSH y 81,3% HTX; en Europa Occidental los porcentajes fueron 33,3% en UDI, 52,8% en HSH y 13,9% en HTX; en Europa Oriental las cifras fueron 50,0, 21,4 y 14,3%, respectivamente; y, por último, en Norte de África y Oriente Medio los UDI representaron el 55,6%, HSH el 16,7% y HTX 27,8%.

El mecanismo de transmisión en mujeres fue ($p < 0,05$): en España el 58,7% fueron UDI, y el 40,4% fueron HTX; en América Latina y Caribe, los cifras fueron de 100% en HTX; en África subsahariana encontramos el 3,9% en UDI y el 92,1% en HTX; en Europa Occidental los porcentajes fueron 25,0% en UDI y 75,0% en HTX; y, por último, en Europa Oriental las cifras fueron 14,3% y 57,1%, respectivamente.

El retraso diagnóstico (considerando como tal a cualquier paciente en quien el período transcurrido entre el diagnóstico de infección por VIH y el de sida fue de menos de 12 meses) fue mayor en foráneos que en autóctonos ($p < 0,05$). El 71,1% de hombres inmigrantes vs. el 37,3% de autóctonos presentaron retraso diagnóstico. Estos porcentajes fueron de 77,5 y 24,7% en mujeres, respectivamente. Estos porcentajes variaron según sexo y el área geográfica estudiada. En hombres encontramos el 70,5% de retraso diagnóstico en América Latina y Caribe, el 77,7% en África subsahariana, el 51,2% en Europa Occidental, el 64,7% en Europa Oriental. En mujeres observamos el 78,8% de retraso diagnóstico en América Latina y Caribe, el 77,9% en África subsahariana, el 75,0% en Europa Occidental y el 57,1% en Europa Oriental.

En conclusión, encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. La tasa de incidencia de sida y el retraso diagnóstico son mayores en la población inmigrante que en autóctona. La tasa de incidencia de sida fue especialmente elevada en la población del África subsahariana. Precisamente el África subsahariana fue la única región en que la tasa de incidencia fue mayor en mujeres que en hombres. La transmisión por uso de drogas es mayor en la autóctona. La transmisión HSH es mayor entre la población procedente de América Latina y Caribe, así como la procedente de Europa Occidental. La edad al diagnóstico ha sido mayor en los autóctonos, con diferencias estadísticamente significativas frente a todos los grupos de foráneos, excepto en mujeres de Europa Occidental. El retraso diagnóstico se observó en tres cuartas parte de los inmigrantes. Previamente hemos comunicado el alto porcentaje de retraso diagnóstico en las nuevas infecciones por VIH⁵. Por tanto, precisamos implantar sistemas que permitan un diagnóstico precoz.

Tabla 1 Características epidemiológicas de los casos de sida diagnosticados en la CM (2005-2010). Diferencias por zonas del mundo de procedencia

	España	Foráneos	ALC	ASS	EOC	EOR	NA-OM
<i>Hombres (n)</i>	986	441	234	109	45	18	19
<i>Mujeres (n)</i>	248	148	52	82	4	7	0
<i>Tasa de incidencia</i>							
2005	6,2	9,8*	8,1*	91,1*	9,5	1,4*	
2006	5,1	14,9*	13,7*	133,9*	14,2*	4,8	
2007	4,5	11,6*	9,5*	141,3*	7,2	1,5	
2008	4,4	10,4*	8,5*	118,4*	6,5	3,7	
2009	3,0	8,7*	11,3*	46,1*	6,1	1,2	
<i>Edad</i>							
Hombres	42,2 ± 9,2		36,8* ± 8,9	37,4* ± 11,4	38,7* ± 10,3	30,3* ± 9,0	
Mujeres	39,7 ± 8,8		36,9* ± 7,9	33,9* ± 10,2	32,3 ± 10,4	27,5* ± 8,5	
<i>CR hombres (%)</i>							
UDI	56,4		2,0*	6,6*	33,3*	50,0	55,6
HSX	29,8		69,8*	6,6*	52,8*	21,4	16,7
HTX	12,5		27,1*	81,3*	13,9	14,3	27,8
Otros	1,3		1,0	5,5	0,0	14,3	0,0
<i>CR mujeres (%)</i>							
UDI	58,7		0,0	3,9*	25,0	14,3	
HTX	40,4		100,0*	92,1*	75,0	57,1	
Otros	0,9		0,0	3,9	0,0	28,6	
<i>RD (%)</i>							
Hombres	37,3	71,1*	70,5*	77,7*	51,2	64,7*	
Mujeres	24,7	77,5*	78,8*	77,9*	75,0	57,1	

ALC: América Latina y Caribe. ASS: África Subsahariana; EOC: Europa Occidental; EOR: Europa Oriental; HSH: hombre que mantiene sexo con hombres; HTX: heterosexual; NA-OM: Norte de África y Oriente Medio; RD: retraso diagnóstico; UDI: usuario de drogas intravenosas. *p < 0,05 (comparación con población autóctona).

Los datos obtenidos reflejan las características de la epidemia en sus lugares de origen. La información obtenida coincide con comunicaciones realizadas previamente en nuestro medio^{6,7}.

Bibliografía

1. Padrón Continuo del Instituto de Estadística de la CM. Disponible en: www.madrid.org/iestadis.
2. Broring G, Van Duifhuizen R. Morbidity and the spread of HIV/AIDS: a challenge to health promotion. *Aids Health Promot Exch.* 1993;1:1-3.
3. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health.* 1998;3:936-44.
4. Del Amo J, Hamers FF, Infuso A, Broring G, Fenton K. HIV/AIDS in migrants and ethnic minorities in Europe. En: Erwin J, Peters B, Smith D, Myers H, editors. *Ethnicity and HIV: Prevention and care in Europe and the USA*. Londres: International Medical Press Ltd; 2003. p. 46-60.
5. Cortés F, Cevallos C, Verdejo J, Izarra C, Moratilla L. Perfil de los nuevos diagnósticos de VIH en la Comunidad de Madrid. XII Congreso Nacional sobre el SIDA (Seisida) Valencia 2009 (mayo, 20-22). Abs P 3.07.
6. Hernando Jerez A, Barcia-Cerrada C, Pulido Ortega D, Rubio García R, Hervás Gómez R, Cepeda González C, et al. Infección por el VIH en inmigrantes: diferencias clínico-epidemiológicas con la población autóctona en un área de la Comunidad de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25:441-5.
7. Caro Murillo AM, Gutiérrez F, Ramos JM, Sobrino P, Miró JM, López-Cortés LF, et al. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana en inmigrantes en España: características epidemiológicas y presentación clínica en la cohorte CoRIS, 2004-2006. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:380-8.

C. Cevallos, J. Verdejo*, C. Izarra y M. Ordobas

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.verdejo@salud.madrid.org (J. Verdejo).

doi:10.1016/j.rce.2010.12.014