

4. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM, Parrilla P. Socio-personal profile of teenagers opposed to organ donation. *Nephrol Dial Transplant*. 2004;19:1269-75.
5. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Rivas P, Canteras M, et al. Psycho-social profile in favour of organ donation. *Transplant Proc*. 2003;35:1276-81.
6. Frutos MA, Blanca MJ, Rosel J, Ruiz P, Elosegui E. Opiniones de profesionales sanitarios de Málaga sobre donación y trasplante de órganos: actitudes en hospitales con y sin actividad trasplantadora. *Rev Esp Trasp*. 1991;1:221-6.
7. Ríos A, Conesa C, Munuera C, Pascual FJ, Fajardo D. Campaña informativa sobre la donación y trasplante de órganos en escolares. *Aten Primaria*. 1998;21:623-6.
8. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Canteras M, Parrilla P. Importancia de los profesionales de Atención Primaria en la educación sanitaria de la donación de órganos. *Aten Primaria*. 2004;34:528-33.
9. Equipo de Coordinación de Trasplantes del Hospital General de Segovia. Opiniones y actitudes del personal del Hospital General de Segovia acerca de la extracción de órganos para trasplante. *Nefrología*. 1991;11(Suppl 1):57-9.



Localizador web  
Artículo 135.131

## Epidemiología de la infección por el VIH en el Área de Santiago de Compostela: cambio de espectro en el período 1989-2004

**Sr. Editor:** Hasta la década de los años noventa, en los países de Europa occidental y en otros industrializados, los casos notificados de sida eran los principales instrumentos para realizar el seguimiento de la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Con el descenso de los casos de sida desde la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) este dato puede ser menos representativo para la infección por el VIH. En Europa, desde 1999 la información anónima individual de los casos de sida y los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se notifican cada 6 meses al sistema EuroHIV en un formato estandarizado<sup>1,2</sup>. Sin embargo, el registro no se cumple en toda la región EuroHIV y no está en vigencia en países muy afectados por la epidemia, como Francia, España e Italia<sup>3</sup>. De hecho, en España la información epidemiológica nacional disponible se circunscribe a los casos de sida<sup>4</sup>, aunque algunas comunidades autónomas, como las de Navarra y La Rioja, cuentan con sistemas de notificación de los nuevos diagnósticos de la infección por el VIH desde el inicio de la epidemia en los años ochenta<sup>5</sup>. En general, los datos disponibles son pocos y proceden de algunos estudios que se extienden desde el inicio de la epidemia<sup>5,6</sup>, de estudios realizados a partir de la seroprevalencia de la infección en las pruebas voluntarias realizadas en poblaciones de especial interés (usuarios de drogas por vía parenteral, pacientes con enfermedades de transmisión sexual, embarazadas), en las consultas hospitalarias de enfermedades infecciosas<sup>4</sup>, así como algún estudio sobre casos de nuevo diagnóstico<sup>7</sup>. Hay escasa información y pocos estudios que comparen la epidemiología de la época pre-TARGA y la del momento actual de las infecciones por el VIH, carencia que también se cumple en la comunidad autónoma gallega. Para analizar las características

epidemiológicas de los pacientes al establecer el diagnóstico de infección por el VIH y determinar si hay diferencias epidemiológicas entre los pacientes de los períodos 1989-1996 (pre-TARGA) y 1997-2004 (TARGA), se realizó el estudio transversal descriptivo de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH registrados en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, a partir de la revisión sistemática de las historias de los pacientes.

Las variables estudiadas incluyeron datos epidemiológicos (edad, sexo, práctica de riesgo), el motivo de indicación de la serología de diagnóstico de infección por el VIH, la cifra de linfocitos CD4 y el lugar de residencia. Se realizó análisis de los datos con el programa estadístico SPSS versión 10.0.7. El estudio de la asociación de las variables categóricas se realizó mediante tablas de contingencia y la corrección de Yates al estadístico  $\chi^2$ . Los valores se consideraron significativos de  $p$  menores de 0,001, con un intervalo de confianza del 95%. Se incluyó a 309 pacientes (177 pacientes de la era pre-TARGA y 132 pacientes de la etapa TARGA). La distribución por sexo y edad y la indicación de la serología mostró diferencias significativas en la edad (media de 28 años en el grupo pre-TARGA frente a los 36 en el TARGA;  $p < 0,001$ ) y en los motivos para indicar la serología (decisión personal y envío desde unidades de drogodependencia en el grupo pre-TARGA frente a diagnóstico de sida en el TARGA;  $p < 0,001$ ). La vía de transmisión en la etapa pre-TARGA era mayoritariamente no sexual: un 64% por vía parenteral frente a un 35% por vía sexual. En la era TARGA, los resultados se invierten, de modo que es mayoritaria la transmisión sexual, con un 66,7%, frente a un 33,3% para otras vías de transmisión. La diferencia en la vía de transmisión entre los 2 grupos es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Además, en el grupo de pacientes heterosexuales, observamos que en el grupo pre-TARGA había una distribución homogénea al 50% en cuanto al sexo (23 pacientes en cada uno), con una mediana de edad de 31 años (extremos: 18-63); en el grupo TARGA, la distribución por sexos fue de un 33,3% de mujeres y un 66,7% de varones, con una mediana de edad de 41 años (extremos: 19-83). No se aprecian aquí diferencias significativas con respecto al sexo ( $p = 0,09$ ), pero sí en cuanto a la edad ( $p < 0,001$ ). Respecto a la situación inmunológica, la mediana de CD4 fue de 512 células/ $\mu$ l (extremos: 2-2.463) en el grupo pre-TARGA y de 300 células/ $\mu$ l (extremos: 1-2.420) en el TARGA ( $p < 0,001$ ). El 33% de los pacientes en la etapa TARGA presentaba una enfermedad indicativa de sida en el momento del diagnóstico ( $p < 0,01$ ). Finalmente, en cuanto a la distribución poblacional, hay una disminución de nuevos casos de infección por el VIH en áreas costeras (donde la vía de infección era tradicionalmente parenteral por consumo de drogas inyectadas), frente a otros núcleos ( $p = 0,002$ ).

Se estima que el pico de incidencia del VIH en Europa Occidental se produjo en 1983 entre la población homosexual (unos 120.000 infectados en 1985) y entre 1987-88 en usuarios de drogas por vía parenteral (unos 144.000 en 1989)<sup>8</sup>. A principios del siglo XXI se estima que entre 520.000 y 610.000 personas presentan infección en esta región del mundo<sup>9</sup>. En España, desde la extensión en 1996 del TARGA, la incidencia de sida ha descendido un 69,5%, especialmente en el período 1997-1999, descenso que ha sido más moderado a partir de 2000<sup>10</sup>. Sin embargo, la información sobre la infección por el VIH es escasa. Así, es difícil estimar el número de personas vivas infectadas por el VIH al basarse en extrapolaciones de estos datos parciales. El Plan Nacional sobre el Sida cifra la cantidad en unas 150.000 personas<sup>4</sup>, y en las comunidades autónomas de Navarra y La Rioja, con seguimiento desde el inicio de la epidemia, se ha constatado un descenso real del número de nuevos diagnósticos de más de un 70% desde principios de la década de los años noventa<sup>5,6</sup>. Los resulta-

dos de nuestro trabajo muestran que en la era del TARGA han cambiado significativamente los aspectos demográficos de los pacientes con infección por el VIH en el Área Sanitaria de Santiago: predomina la transmisión sexual, especialmente en varones en torno a la década de los 40 años de edad. En transmisión heterosexual no hay diferencias significativas entre varones y mujeres; sin embargo, la proporción varón:mujer ha pasado de 1:1 a 2:1 en la era TARGA. Es imprescindible disponer de sistemas de información que permitan realizar el seguimiento de la situación epidemiológica de la infección por el VIH en la población<sup>1</sup>. La vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH es indispensable para caracterizar y monitorizar los problemas sociosanitarios derivados de ésta y para planificar programas de prevención. Para conseguir este objetivo, es imprescindible contar con un sistema de información sobre los nuevos casos diagnósticos de infección por el VIH. De esta forma, la información epidemiológica servirá para adaptar las intervenciones de prevención y la planificación sociosanitaria a la realidad y a las necesidades de cada lugar.

Iago Villamil-Cajoto, Elena Losada-Arias,  
Arturo González-Quintela  
y Arturo Prieto-Martínez

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.  
Santiago de Compostela. A Coruña. España.

1. Hamers FF, for the group of experts and national coordinators of HIV/AIDS surveillance from the countries of WHO European Regions. Recommendations for HIV surveillance in Europe. *Euro Surveill*. 1998;3:51.
2. Hamers FF, Infuso A, Alix J, Downs AM. Current situation and regional perspective of HIV/AIDS surveillance in Europe. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2003;32 Suppl 1:39-48.
3. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*. 2004;364:83-94.
4. Centro Nacional de Epidemiología y Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Vigilancia epidemiológica del SIDA y el VIH en España [accedido 11 julio 2005]. Disponible en: <http://cne.isciii.es/htdocs/sida/sidavih.htm>
5. Moreno C, Irsarri F, Urriaga M, Sola J, Fernández C, Martínez V, et al. Vigilancia epidemiológica de las infecciones por el VIH/SIDA en Navarra entre 1985 y 2002. *An Sist Sanit Navar*. 2003;26:269-75.
6. Moreno C, Huerta, Lezaun M, 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.
7. Teira R, Suárez-Lozano I, Muñoz P, Viciano P, Lozano F, Galindo MJ, et al. Patrón epidemiológico de la infección por el VIH en 15 hospitales españoles: casos de nuevo diagnóstico incluidos en la cohorte VACH en 2001-2002. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:213-7.
8. Downs AM, Heisterkamp SH, Rava L, Houweling J, Jager JC, Hamers FF. Back-calculation by birth cohort, incorporating age-specific disease progression, pre-AIDS mortality and change in European case definition. European Union Concerted Action on Multinational AIDS scenarios. *AIDS*. 2000;14:2179-89.
9. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update 2004 [accedido 11 julio 2005]. Disponible en: <http://www.unaids.org/wad2004/report.html>
10. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2004. Informe semestral n.º 2, año 2004 [accedido 11 julio 2005]. Disponible en: [http://www.msc.es/Diseno/enfermedades/lesiones/enfermedades\\_transmisibles.htm](http://www.msc.es/Diseno/enfermedades/lesiones/enfermedades_transmisibles.htm)