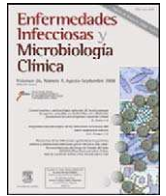


Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Retraso diagnóstico de la infección por el VIH en Andalucía

Delayed diagnosis of HIV infections in Andalusia

Sr. Editor:

España es uno de los países de Europa con un mayor número de casos de infección por el VIH y se estima que cada año se infectan más de 3.000 personas¹. En los últimos años en nuestro país ha cambiado la epidemiología de esta enfermedad con casi desaparición de la transmisión parenteral, predominio de la transmisión sexual e impacto de la inmigración¹⁻⁵. Sin embargo, el retraso diagnóstico no parece haber disminuido con el paso de los años^{6,7}. En un reciente artículo en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Oliva et al⁷ comunican, a partir de los datos procedentes del sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de VIH, que abarca 8 comunidades autónomas que representan un 32% de la población española, un retraso diagnóstico del 37,3 y el 56,3% respectivamente, si se tiene en cuenta el recuento de linfocitos CD4 al inicio menor de 200 o de 350 células/μl. La Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) viene realizando de forma periódica, anual o bianualmente, encuestas de prevalencia que nos dan una fotografía de los cambios asociados a la epidemia del VIH/sida en la Comunidad Autónoma de Andalucía⁸. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer la evolución del retraso diagnóstico en los pacientes con infección por el VIH diagnosticados en Andalucía, estimados a partir de las encuestas de prevalencia.

Se han analizado todos los pacientes con infección por el VIH incluidos en las encuestas de prevalencia de la SAEI realizadas entre los años 1998 y 2008, correspondientes a 9 encuestas. La encuesta de prevalencia se realiza durante una semana a todos los pacientes que acuden de forma regular a las consultas de los hospitales públicos andaluces participantes (Anexo 1). Se recogen datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y analíticos, y los aspectos terapéuticos. Los pacientes incluidos en el estudio son los diagnosticados en el año de la encuesta. Se contrastan las características de los pacientes diagnosticados en los primeros años (grupo A: 1998-2001) frente a los siguientes (grupo B: 2002-2008). Siguiendo el consenso europeo comunicado recientemente^{9,10}, se definió presentación tardía y enfermedad avanzada al diagnóstico como un recuento de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico de la infección por VIH < 350 células/μl y < 200 células/μl, respectivamente. Las variables continuas se expresan como medianas (rango intercuartil [IQR]) y las categóricas como números (porcentajes). El contraste entre variables continuas se realizó con la prueba de la t de Student o de la U de Mann-Whitney, y el de las categóricas con la prueba de la χ^2 con la corrección de Yates o con la prueba de Fisher. Todos los

análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 17.0 (SPSS, Chicago, IL, Estados Unidos).

En este tiempo se realizaron un total de 10.692 encuestas, de las que 614 correspondían a los pacientes diagnosticados en el año de la encuesta (293 en el grupo A y 321 en el grupo B). En la tabla 1 se muestra el contraste de las características demográficas, epidemiológicas y clínicas entre ambos periodos. En el grupo A había más transmisión por el uso de drogas por vía parenteral, más estancia en prisión y menor nivel de estudios. La presentación fue más avanzada en el grupo A, con más casos de sida, menor recuento de linfocitos CD4, más diagnósticos tardíos y más enfermedad avanzada al diagnóstico.

Nuestros datos confirman los cambios epidemiológicos producidos en los últimos años con disminución muy importante de la transmisión parenteral, mejoría del nivel cultural y una presentación de la enfermedad menos avanzada. A pesar de esta mejoría en la presentación en el último periodo, un tercio de pacientes sigue debutando con un evento oportunista que lo etiqueta de sida y 6 de cada 10 nuevos pacientes presentan retraso diagnóstico, lo que supone una importante morbimortalidad y un considerable riesgo de transmisiones inadvertidas. Estos resultados son absolutamente superponibles a los datos comunicados por la cohorte de la Red de Investigación de Sida y por Oliva et al^{6,7}. Después de casi 30 años de epidemia, el problema de la prevención y el diagnóstico precoz están aún sin resolver. Deberíamos afrontar (administración, personal sanitario, colectivos afectados...), quizás de una manera

Tabla 1

Contraste de las características demográficas, epidemiológicas y clínicas entre los periodos A (1998-2001) y B (2002-2008) en el momento del diagnóstico

Variables	Periodo A (n=293)	Periodo B (n=321)	p
Sexo masculino	211 (72,0)	239 (74,4)	0,4
Edad (años)	38,2 (30,5-44,0)	38,1 (30,0-44,0)	0,8
Transmisión VIH			0,0001
ADVP	97 (33,1)	60 (18,6)	
HMX	66 (22,5)	98 (30,5)	
HTX	113 (38,5)	140 (43,6)	
Otro	17 (5,8)	23 (7,1)	
Estancia prisión	46 (15,6)	24 (7,4)	0,002
Estudios			0,023
Sin estudios/Primarios	189 (64,5)	170 (52,9)	
Medios/Superiores	99 (33,7)	132 (41,1)	
Sida	123 (41,9)	107 (33,3)	0,03
TAR	221 (75,6)	225 (70,1)	0,1
CD4 (cél/ml)	245 (58-383)	305 (90-446)	0,03
CD4 < 350 células/ml	191 (65,1)	190 (59,1)	0,009
CD4 < 200 células/ml	142 (48,4)	130 (40,4)	0,007
CD4 < 50 células/mL	60 (20,4)	51 (15,8)	0,07

ADVP: transmisión por uso de drogas por vía parenteral; HMX: contacto homosexual; HTX: contacto heterosexual; TAR: tratamiento antirretroviral.

Las variables cuantitativas se expresan como media (IQR) y las cualitativas como n (%).

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.eimc.2010.02.013](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.02.013)

distinta de lo hecho hasta ahora, este reto, que parece aún lejos de conseguirse.

Agradecimientos

A Manuel Milla de la Secretaría Técnica de SAEI. A todos los miembros de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas que participan de la recogida de las encuestas de prevalencia.

Anexo 1. Hospitales participantes

Almería: H. Torrecárdenas y H. de Poniente. Cádiz: H. Puerta del Mar, H. de Puerto Real, H. Punta de Europa, H. de Jerez y H. de La Línea. Córdoba: H. Reina Sofía. Granada: H. Virgen de la Nieves, H. San Cecilio y H. de Santa Ana. Huelva: H. Juan Ramón Jiménez y H. Infanta Elena. Jaén: H. Complejo Hospitalario de Jaén, H. San Juan de Dios y H. Alto Guadalquivir de Andujar. Málaga: H. Carlos Haya, H. Virgen de la Victoria, H. Costa del Sol, y H. de la Axarquía. Sevilla: H. Virgen del Rocío, H. de Valme, H. Virgen Macarena y H. de Osuna.

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de la epidemia de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CC. AA. Periodo 2003-2009 [actualizado 30/6/2010; consultado 28/01/11]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.
2. López de Muniaín J, Cámara MM, Santamaría JM, Zubero Z, Baraia-Etxaburu J, Muñoz J. Características clínico epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:654–6.
3. Suárez-Lozano I, Fajardo JM, Garrido M, Roca B, García-Alcalde ML, Geijo P, et al. Epidemiological trends of HIV infection in Spain: preventative plans have to be oriented to new target populations (Spanish VACH Cohort). *AIDS*. 2002;16:2496–9.
4. Santos J, Palacios R, Gutiérrez M, Grana M, De la Torre J, Salgado F, et al. HIV Infection in the era of highly active antiretroviral therapy: the Malaga Study. *Int J STD & AIDS*. 2004;15:594–6.
5. Palacios R, Viciano I, Pérez de Pedro I, De la Torre J, Ropero F, Fernández S, et al. Grupo Malagueño para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas Prevalencia de mutaciones de resistencia primaria en los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en la provincia de Málaga. *Enferm Microbiol Clin*. 2008;26:141–5.
6. Sobrino-Vegas P, García-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miró JM, Viciano P, Tural C, et al. Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res*. 2009;7:224–30.
7. Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;9:583–9.
8. Cañas E, Viciano P, Lozano F, Torres-Tortosa M. *La infección por el VIH en Andalucía. Una década de encuestas hospitalarias de prevalencia*. Sevilla: Ed. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; 2001.
9. Antinori A, Johnson M, Moreno S, Yazdanpanah Y, Rockstroh JK. Report of a European Working Group on late presentation with HIV infection: recommendations and regional variation. *Antivir Ther*. 2010;15:31–5.
10. Antinori A, Coenen T, Costagiola C, Dedes N, Effeson M, Gatell JM, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med*. 2011;12:61–4.

Antonio López^a, Rosario Palacios^a y Dolores Merino^b,
Jesús Santos^{a,*} y , Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas

^a Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: med000854@saludalia.com (J. Santos).