

ARTÍCULO ESPECIAL

Epidemiología del VIH/SIFA. Situación en Andalucía

García León FJ ¹, Galicia García MD ².

¹ D.G. Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla, ² Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN

Desde la descripción de los primeros casos en 1981, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se han convertido en la última pandemia del siglo XX¹. A pesar de los logros alcanzados en su prevención y los avances terapéuticos que han modificado la situación epidemiológica * y social de la infección y enfermedad, la epidemia se encuentra lejos de estar bajo control. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la sección de la Organización de las Naciones Unidas encargada de la vigilancia del SIDA (ONUSIDA) estiman que el número de personas vivas con VIH o el SIDA es de 36.1 millones al final del año 2000².

La pandemia presenta patrones epidemiológicos bien diferenciados, con una prevalencia de infección VIH en la población general que oscila entre el 8 % en África subsahariana y menos del 1 % en los países más desarrollados. Incluso dentro de Europa existen grandes diferencias, con un aumento explosivo de la incidencia de nuevos casos de enfermedad en los países del Este, debido a la transmisión entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), mientras que en el Oeste se observa un descenso de la incidencia de la enfermedad y de las nuevas infecciones, con aumento de la prevalencia de infección VIH³.

La cuantificación de la magnitud de este problema presenta dificultades tanto por los cambios en la evolución

de la epidemia, como por la historia natural de la enfermedad u otros factores tales como el porcentaje de personas infectadas que desconocen su situación serológica, el subregistro de los casos, sesgos en la información sobre factores de riesgo, sesgos en la selección de sujetos incluidos en estudios concretos o resistencia social al uso de determinadas fuentes de información.

En consecuencia es preciso utilizar fuentes de información diversas para poder tener una valoración de la situación epidemiológica; aunque cada una sea incompleta o sometida a sesgos, la valoración será correcta en la medida que los resultados de cada fuente de información sean corroborados con los de otras.

CASOS DE SIDA

La vigilancia epidemiológica del SIDA como enfermedad se ha realizado mediante el registro de los casos, utilizando definiciones consensuadas internacionalmente que han permitido realizar comparaciones entre distintos territorios y conocer las características epidemiológicas de los casos, para de esta forma adecuar las medidas preventivas; igualmente han permitido evaluar las actividades de prevención y el impacto de los nuevos tratamientos.

España es el país de la Unión Europea con la mayor tasa de incidencia acumulada de casos de SIDA por millón de habitantes³. El año de mayor incidencia fue 1994, igual que ocurrió en la mayoría de los países de la Unión Europea (UE), pero en aquel año, la tasa anual española por millón de habitantes (183) era casi el doble que la del país que le seguía en incidencia (Francia con 97).

El primer puesto es ocupado desde 1998 por Portugal, país en el que la incidencia sigue aumentando a expensas de la transmisión entre los UDVP.

* Una versión de este trabajo fue presentada en el XII Congreso de la SAMFyC en Cádiz, 2001.

Dentro de España, la mayor incidencia ha correspondido a la Comunidades de Madrid, Baleares, País Vasco y Cataluña. Andalucía presenta una posición intermedia, con una tasa de incidencia menor que el conjunto nacional, pero con provincias como Málaga, Cádiz y Huelva que se encuentran en el mismo rango que las Comunidades de mayor incidencia⁴.

Por Distritos sanitarios, la mayor incidencia corresponde a Algeciras, La Línea, Bahía de Cádiz, Málaga, Huelva y Andújar. Esta distribución de casos se ve corroborada con la información del Registro de Mortalidad de Andalucía. En cuanto a municipios, la mayor incidencia corresponde a La Línea, El Puerto de Santa María, Torremolinos, y Algeciras, seguidos de Huelva, Fuengirola, Málaga, Andújar, Nerja, Mojácar, Barbate y pequeñas poblaciones de la Sierra de Huelva, centro de Almería y Granada⁵. (Figura 1)

Desde el inicio de la epidemia se observó que ésta tenía unas características especiales en España e Italia: el alto porcentaje de casos entre UDVP. España es el país de la UE con el mayor porcentaje de UDVP entre sus casos, sólo superado a nivel mundial por Ucrania (87%), Kazajistán (81%), Malasia (72%) y Bahrain (68%)⁶.

La distribución porcentual de los casos en Andalucía es similar a la del resto del país, aunque con un mayor porcentaje de UDVP y menor en transmisión heterosexual y en varones con prácticas homosexuales de riesgo.

Desde 1994 la incidencia ha disminuido considerablemente debido a los avances en la lucha contra el SIDA, tanto en la prevención como en los nuevos tratamientos antirretrovirales. La mayor caída se registró entre 1996 y 1997, mientras que en los últimos años se ha ido sua-

vizando. Este enlentecimiento en el descenso se observa igualmente en el resto de los países de nuestro entorno⁶.

El descenso se ha producido en todas las categorías de transmisión, siendo más pronunciado para la transmisión madre-hijo (91%), seguido de un descenso entre el 73 y 85% en receptores de hemoderivados, varones homosexuales con o sin drogadicción y UDVP. La menor disminución se ha producido en la transmisión heterosexual (46%). (Figura 2)

Acompañado de este descenso se observa un desplazamiento en la edad de los casos a edades más tardías y aumento en el porcentaje de mujeres (transmisión heterosexual en parejas estables de UDVP). (Figura 3)

La evolución observada en los estudios transversales de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) es similar⁷, con la mayor prevalencia de enfermos ingresados en 1995 y descenso posterior, (mientras que las consultas externas se han mantenido en torno al 20-25%) no observándose tampoco notables diferencias en cuanto a los mecanismos de transmisión. Similar evolución se observa en trabajos realizados en otras zonas del país⁸.

La mortalidad por SIDA ha seguido una evolución paralela a la incidencia de casos, siendo la primera causa de muerte prematura expresada en años potenciales de vida perdidos durante los años 1995 y 1996, en los que representó el 3.3% de todas las defunciones en Andalucía¹.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN

Hasta 1998 se estima que se habían infectado en España en total cerca de 180.000 personas, incluidos los ya fallecidos, y en unas 125.000 las personas vivas infectadas por VIH. El número de personas vivas infectadas por el VIH al final de 2000 se estima que es ligeramente mayor que en años precedentes, al continuar por un lado la transmisión de la infección y por otro la reducción de la mortalidad por SIDA⁹.

Tras la disponibilidad de las pruebas diagnósticas de VIH y el conocimiento del largo periodo de incubación de la enfermedad, se vio la necesidad de monitorizar la infección, dado que los nuevos casos estaban informando de una exposición ocurrida hacía 10 años, pero para orientar las actuaciones de prevención era necesario conocer las categorías de transmisión de los infectados recientemente.

Para ello se utilizó la prevalencia de la infección en poblaciones centinelas y se hicieron

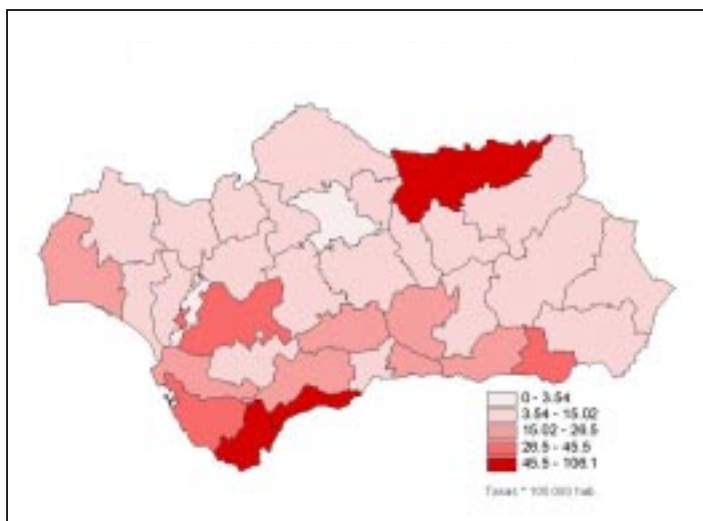


Figura 1. Tasas acumuladas de SIDA por distritos. Andalucía. Período 1996-2000.

UDVP: usuarios de drogas por vía parental.
 Homo/Bisex: homosexual/bisexual.
 Heterosex: heterosexual.

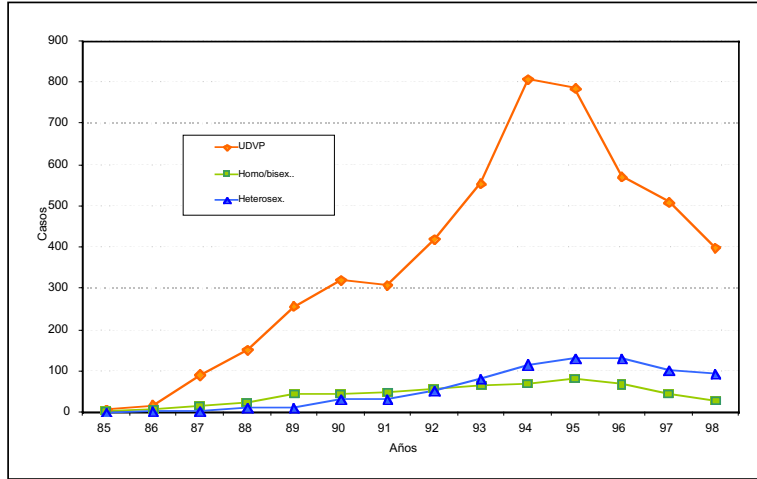


Figura 2. Casos de SIDA en Andalucía por categorías de transmisión y año de diagnóstico.

cálculos sobre el número de infectados sobre la base del número de casos de SIDA.

El seguimiento de cohortes concretas aportó gran información sobre la historia natural de la enfermedad, pero sus problemas metodológicos y operativos no lo hacían generalizable.

Los donantes de sangre, con la autoexclusión de posibles portadores de la infección por VIH, son un colectivo que en principio debería tener un bajo riesgo de infección por

CDVP: consumidor de drogas por vía parental.
 Homo-CDVP: homosexual consumidor de drogas por vía parental.
 Homo-Bisex: homosexual/bisexual.
 Heterosex: heterosexual.
 HMR: hijo de madre de riesgo.
 Hemo-Trans: Receptores de hemoderivados/transfusiones
 Otros-NC: Otros/no contesta

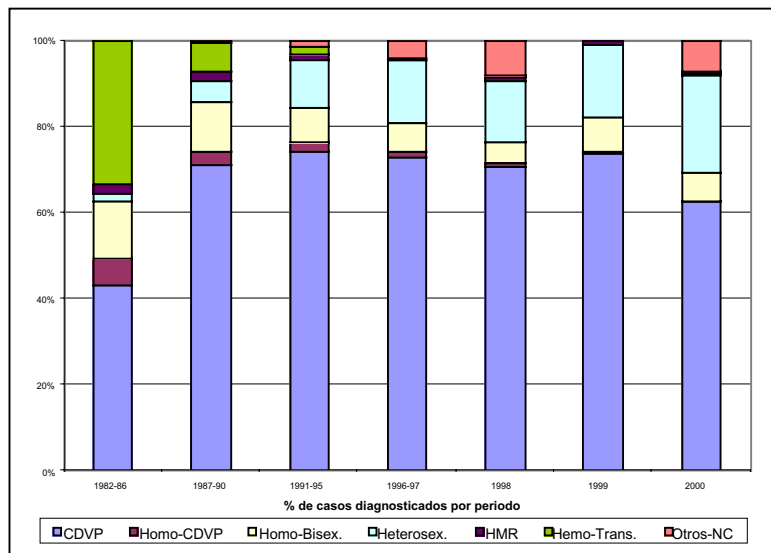


Figura 3. Casos de SIDA Andalucía. Evolución porcentual de la incidencia por categoría de transmisión.

VIH, y por tanto no son en sentido estricto representativos de la población general. No obstante, permiten tener una aproximación de las tendencias de la infección y su distribución espacial.

En la Unión Europea, España y Grecia son los países que han presentado una mayor prevalencia en donantes de sangre, aunque su tendencia ha sido claramente descendente al igual que en el resto de países³. La prevalencia en el conjunto de la Unión, en todas las donaciones testadas, ha pasado de 4 por 100.000 en 1992 a 1.6 en 1999, año en el que los valores máximos correspondieron a Italia (4.8), España (4.9) y Grecia (6.4).

Para los nuevos donantes, la prevalencia en la Unión Europea ha pasado de 17.7 por 100.000 en 1992 a 4.5 en 1999. Según un estudio, no publicado, realizado en Andalucía en 1998 la prevalencia fue de 4.9 para todas las donaciones y de 17.9 para los nuevos donantes.

Los centros de ETS son considerados poblaciones centinelas para el seguimiento de la infección por VIH¹⁰. Entre 1995 y 1999 se ha producido en España un descenso en la prevalencia global y por sexo de la infección por VIH en las personas atendidas en los centros de ETS, pasando de un 4,3% en 1995 al 2,8% en 1999^{11,12}. Los tres centros andaluces participantes en los primeros años del estudio, presentan igualmente una prevalencia descendente, pasando del 2,3% en 1995 al 1,3% en 1997, siendo en todo momento menor que la observada en el conjunto del país.

Del inicio al final de este periodo se observa un aumento de la prevalencia en varones homosexuales y UDVP. No cambia el patrón de edad (mayor prevalencia entre los 30 y 34 años).

En los dos primeros años del estudio (en los que se recogió esta información), se observó un ascenso no significativo estadísticamente en las parejas sexuales de usuarios de drogas vía endovenosa.

La mayor prevalencia en 1998-99

correspondió a los usuarios de drogas inyectadas (39.1%), seguido de hombres homo/bisexuales (14,1%), exposición heterosexual (2.3%) y mujeres que ejercen la prostitución (1.2%), observándose en este colectivo grandes diferencias según el sujeto fuese además UDVP (43%) o no UDVP (0,9).

La prevalencia de VIH en recién nacidos para el periodo 1996 a 1999 en 7 Comunidades Autónomas (CCAA) se estima en 1.3 por mil¹³; se considera que estos valores son altos comparados con los países de nuestro entorno, pero dado que en este estudio están sobrerrepresentadas comunidades con baja prevalencia de la infección, la tasa nacional sería mayor; estudios en la Comunidad Valenciana, y Madrid encontraron una prevalencia del 2 por mil, por lo que podríamos valorar la incidencia en Andalucía en torno al 1.5 por mil. Esta información requiere un análisis más detallado, pero es concordante con el aumento de la transmisión heterosexual a mujeres compañeras de pareja de UDVP.

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH

En los últimos años, la generalización de los nuevos tratamientos antirretrovirales de alta eficacia ha aumentado el periodo de incubación de la enfermedad y disminuido la incidencia de casos de SIDA y la mortalidad de los afectados, lo que se ha traducido en un incremento de la prevalencia de infectados por el VIH y de enfermos, por lo que los estudios de seroprevalencia han perdido sensibilidad para detectar variaciones en la incidencia de la infección.

En consecuencia, tanto organismos internacionales como nacionales (Plan Nacional del SIDA¹⁴ y Comisión Asesora del SIDA de la Consejería de Salud), han indicado la necesidad de implantar un sistema de información sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH para conocer la evolución actual de la epidemia.

La incidencia por el VIH es el parámetro más útil para describir la dinámica de la infección¹⁵. Los sistemas de notificación de nuevas infecciones aportan información más próxima a la transmisión del VIH y, por tanto, más útil para su prevención.

Se estima que el VIH se propagó con rapidez en España durante la década de los 80, alcanzándose la máxima incidencia de infecciones entre 1984 y 1987. Hasta 1990 se estima que se habían infectado en España más de 110.000 personas, produciéndose a partir de entonces un descenso mantenido en la incidencia de VIH en los principales colectivos afectados y también en el conjunto de la población. Aunque se siguen produciendo nuevas infecciones, actualmente no superarán las 6.000 anuales⁹.

En los países de la UE la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos de VIH por millón de habitantes, ha descen-

dido desde 46 en 1993 a 41 en 1999, año en el que no se disponía de esta información para 5 países: Austria, Holanda, Francia, España y Portugal³.

No se dispone de información de nuevos diagnósticos para todo el país, pero sí para La Rioja, Navarra y, durante un tiempo, Asturias. La información de estas Comunidades nos muestra un ascenso de la incidencia de los nuevos diagnósticos por VIH hasta alcanzar la cifra mayor en 1991 (40.7 por 100.000 habitantes), produciéndose a continuación un descenso que continua en la actualidad, siendo la incidencia de 2000 el 25% de la de 1991. De los diagnósticos recientes en los que se conoce su mecanismo de transmisión, el mayor porcentaje corresponde a UDVP (70%), seguido de transmisión heterosexual (16%) y homosexual (12%)¹⁶.

Estos datos no pueden considerarse representativos de la población española o andaluza, (aunque posiblemente sí su tendencia), dado que se han obtenido de Comunidades con una incidencia de SIDA inferior a la media nacional, y un porcentaje mayor de UDVP entre los casos registrados.

Aún así, si se comparan estos datos con los países de la UE, se observa que durante todos los años estudiados, España habría tenido la mayor incidencia de la UE. En 1999, la tasa de 114 por millón en España era seguida de Grecia con una tasa de 101 y Alemania con 78, siendo la media de la UE de 41.2.

Los estudios realizados por la SAEI⁷ muestran claramente cómo han evolucionado las categorías de transmisión entre los nuevos diagnósticos VIH: con anterioridad a 1990, más del 80% de las nuevas infecciones se producían en UDVP, mientras que los nuevos diagnósticos realizados en 1998-99 se produjeron en UDVP (37%), seguidos de los correspondientes a transmisión heterosexual (35%) y homosexuales con el 23%.

Se destaca en dicho estudio que el 65% de las parejas estables de las mujeres infectadas por vía heterosexual eran varones UDVP.

Estos datos concuerdan con los obtenidos en el área hospitalaria del Hospital Punta de Europa de Algeciras, en un estudio no publicado, donde se observa que la incidencia de nuevos diagnósticos experimentó un ascenso hasta el año 1998, descendiendo un 64% en 1999, descenso que continúa, aunque los nuevos diagnósticos siguen siendo mayoritariamente UDVP (88%).

CONCLUSIÓN

1. El VIH/SIDA continuará siendo un importante problema de salud en nuestro medio, y hoy como hace 20 años, sigue estando asociado fundamentalmente a la drogadicción, afectando anteriormente a los UDVP y hoy a sus mujeres.

2. Los cambios en la supervivencia producirán un aumento de la prevalencia de la infección, aumentando por tanto el riesgo de infección si no se toman las medidas preventivas oportunas.
3. Las mujeres de UDVP deben ser un colectivo prioritario en cuanto a la educación sanitaria, diagnóstico precoz y consejo en atención primaria.
4. Es necesario disponer lo antes posible de un sistema de información de cobertura universal sobre los nuevos diagnósticos VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañas EJ, García León FJ. Epidemiología de la infección por el VIH y SIDA. En: La infección por el VIH: Guía Práctica. Sevilla: Junta de Andalucía; 2000. p. 25-31.
2. ONUSIDA. La epidemia de SIDA: Situación en diciembre de 2.000. ONUSIDA /00.44S- WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9
3. European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2000. 2000; N° 63.
4. Plan Nacional sobre el SIDA. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Informe semestral nº 1. Balance de la epidemia a 30 de junio de 2001.
5. Consejería de Salud. Informe anual VIH/SIDA 2.000. Sevilla 2000.
6. Global AIDS surveillance. Part I. Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 2000. Weekly Epidemiological record 2000; 47: 379-383.
7. Cañas García-Otero E, Viciano Fernández P (Coordinadores) por el GAEI. Informe 1992-1999. 8 años de monitorización de la epidemia VIH/SIDA en Andalucía. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Antequera. Junio 2000.
8. Plan Nacional sobre el SIDA. Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/SIDA. Análisis de la evolución 1995-1998. Madrid. Junio 2000.
9. Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de SIDA en España: 1980-1998. Med Clíin (Barc) 2000; 115: 85-89.
10. Organización Panamericana de Salud. Taller de capacitación en vigilancia centinela del VIH. Ed: Ministerio de sanidad y Consumo – Plan nacional del SIDA, agencia de Cooperación Internacional, Centro Iberoamericano de Formación. 1997.
11. Plan Nacional sobre el SIDA. Vigilancia de la infección por VIH en centros y consultas de VIH, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar. Resultados de las pruebas voluntarias de VIH. 1995-1997. Boletín Epidemiológico Semanal 1999; 2.
12. Grupo de Estudio de Seroprevalencia de VIH. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-1999. Boletín Epidemiológico Semanal 2000; 8.
13. Plan Nacional sobre el SIDA. Prevalencia de anticuerpos anti-VIH 1-2 en recién nacidos de 7 CCAA. Años 1996-1999. Madrid. Junio 2000.
14. Comisión de Salud Pública del C.I.S.N.S. Resumen de la 43ª Reunión mantenida el 29 de octubre de 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. 1998.
15. Casabona i Barbarà J. Los "sidas" del siglo XXI. Med Clíin (Barc) 2000; 115: 95-97.
16. Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, González A, Sola J, Castilla J. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y la Rioja. Med Clíin (Barc) 2000; 114: 653-655.