

Epidemiología de la infección por VIH en mujeres: adicción a drogas vía parenteral vs transmisión heterosexual

**Marta Caja Calvo, Raúl Ferrando Piqueres, Enrique Soler Company,
Javier Milara Payá.**

*Servicio de Farmacia. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia y Departamento de Farmacología de la
Universidad de Valencia.*

Resumen

Objetivo: Analizar la evolución epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en mujeres y el papel que ha tenido la adicción a drogas vía parenteral (ADVP) en la incidencia de dicha infección.

Materiales y método: Estudio retrospectivo transversal que comprende desde 1985 hasta diciembre de 2004. Los datos se han obtenido de la revisión de las Historias Clínicas y de los registros de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE).

Resultados: Se han estudiado los casos de 75 mujeres infectadas por VIH y diagnosticadas entre 1985-2003. Las pacientes han sido divididas en dos grupos en función de la fecha de inicio de la terapia antirretroviral, antes o después de 1997.

De las 75 pacientes, 48 iniciaron tratamiento entre 1989-1996, con una edad en el momento del diagnóstico de 26 ± 6.8 años. En cuanto al comportamiento de riesgo, el 58% de las pacientes eran ADVP, mientras que un 37.8% se infectaron por relaciones heterosexuales.

Las 27 pacientes restantes iniciaron tratamiento entre 1997-2003, con una edad en el momento del diagnóstico de 32.6 ± 10.7 años. El 29.6% de las pacientes tuvo como comportamiento de riesgo ADVP mientras que el 70.4% se infectaron por relaciones heterosexuales.

Discusión: La edad de las pacientes en el momento del diagnóstico es cada vez más elevada. El mayor cambio se ha observado en la vía de infección y prácticas de riesgo, reduciéndose el número de pacientes ADVP y duplicándose el número de pacientes infectadas por mantener relaciones heterosexuales de riesgo.

Palabras Clave

VIH, mujeres, ADVP, relaciones heterosexuales, epidemiología.

— Correspondencia a:

Marta Caja Calvo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

C/ San Clemente 12 (46015) Valencia. España. E-mail: mcaja78@hotmail.com. Teléfono:

(96)3868581. FAX: 963868180



Summary

Objective: To analyze epidemiological evolution of HIV infection in women and the role of intravenous drugs abusers in the incidence of this infection.

Materials and method: Retrospective transversal study performed from 1985 to December 2004. Data used was obtained from the patient medical reports and the Out-patients Pharmacy Department registers.

Results: Seventy-five women, diagnosed with HIV infection between 1985-2003, were included in the study. Patients were divided in two groups according to they began the antiretroviral therapy before 1997 or after this year.

From 75 patients, 48 starting treatment between 1989-1996 and average at time of diagnosis were 26.4 ± 6.8 years. As far as the risk behaviour, 58% of patients were a intravenous drug abusers (IVDA), while 37.8% patients were infected by risk heterosexual relationships.

Remaining 27 patients start treatment between 1997-2003, and average at time of diagnosis were 32.6 ± 10.7 years. 29.6% of patients were a IVDA, while 70.4% were infected by heterosexual relationships.

Discussion: The age at the moment of diagnosis is more and more elevated. Biggest change has been observed on infection way and risk practices, decrease number of IVDA patients and duplicate number of patients infected by heterosexual risk relationships.

Key Words

HIV, women, IVDA, heterosexual relationship, epidemiology.

INTRODUCCION

El SIDA ha sido la principal epidemia de carácter transmisible que ha azotado el mundo en la segunda mitad del siglo XX¹.

En España, el VIH ha originado al menos tres epidemias, con etiologías claramente diferenciadas: la de adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), la de hombres con relaciones homosexuales y la de transmisión heterosexual^{2,3}.

La epidemia por ADVP tuvo un comienzo precoz y un curso muy abrupto por tratarse de una vía de transmisión muy eficiente. Sin embargo, la transmisión heterosexual ha dado

lugar a una situación de endemia mantenida en el tiempo. Inicialmente, la mayor parte de los casos se produjeron en las parejas sexuales de personas infectadas por otras vías, principalmente ADVP. Posteriormente, este mecanismo de transmisión ha seguido generando un goteo lento de casos dispersos en el conjunto de la población.

I. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Los factores de riesgo en una infección por VIH son: el uso de drogas por vía intravenosa, el contacto sexual con una persona infectada,



las transfusiones de sangre, trasplantes o hemoderivados contaminados y la transmisión vertical durante el parto.

I. Usuarios de drogas por vía parenteral

El consumo de drogas intravenosas es la práctica de riesgo que ha ocasionado más infecciones por el VIH en España y dio lugar a una epidemia de grandes dimensiones en la década de los 80, cuyos efectos se han extendido hasta la actualidad. El consumo de heroína inyectada se popularizó en España en un contexto de crisis socioeconómica y de fuertes cambios sociales, en un momento en el que no se conocían bien las consecuencias que tenía este consumo para la salud ni el riesgo real que suponía la infección por el VIH. La transmisión de esta enfermedad fue muy rápida al ser esta una vía de contagio muy eficaz y ser frecuentes las prácticas de compartir los materiales de inyección³.

Conforme se fue haciendo manifiesta la gravedad de esta situación se produjo una reacción social muy importante. Probablemente fue esta percepción social y el propio temor al SIDA los factores determinantes para que se frenase la incorporación de nuevos jóvenes a esta forma de consumo. Se emprendieron también numerosas actividades preventivas dirigidas a los ADVP con resultados variables. La experiencia posterior ha demostrado el papel fundamental de la educación en los jóvenes y adolescentes para prevenir futuros comportamientos de riesgo. Respecto a las actividades dirigidas a los ADVP en activo, quedó demostrada la necesidad de no fundamentar la prevención exclusivamente en programas de recuperación total de toxicómanos, sino que era necesario complementarla con programas de deshabituación con metadona.

El principal hecho que explica el curso de la epidemia de VIH en ADVP en España es su concentración específicamente en las generaciones nacidas entre 1950-1970⁴. El número de personas jóvenes que se ha incorporado al consumo de drogas por vía parenteral es progresivamente menor, y paralelamente, muchos de los antiguos consumidores de heroína lo han abandonado y muchos otros lo han sustituido parcial o totalmente por el consumo inhalado o fumado, por drogas psicoactivas y de diseño, o han iniciado la terapia sustitutiva con metadona.

Algunos autores⁵ demostraron como la oferta de drogas puede condicionar las vías de consumo de cada lugar y, por lo tanto, su potencial en la transmisión del VIH. En el momento actual, el mercado de las drogas en España esta determinando formas de consumo con menor impacto en la transmisión parenteral del VIH⁶.

2. Trasmisión Heterosexual

La extensión del VIH en la población depende del número medio de parejas por unidad de tiempo, de la frecuencia de comportamientos de riesgo y del contacto entre grupos de población con prevalencias más altas de VIH y el resto⁷.

El Instituto Nacional de Estadística realizó una Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales en el año 2003 con representatividad de toda la población española de 18-49 años⁸. Esta encuesta encontró que el 21.6% de los hombres y el 4.1% de las mujeres habían estado con más de 10 parejas a lo largo de su vida, y que el 17.1% de las personas que habían tenido relaciones en el último año habían tenido alguna pareja ocasional. Por el contrario, el 25% de los hombres y el 55.6% de las mujeres



habían tenido relaciones sexuales sólo con una persona a lo largo de su vida, siendo estos porcentajes muy superiores a los de otros países de Europa, especialmente en lo que respecta a las mujeres. La edad media de la primera relación sexual es relativamente tardía: 18.1 años en hombres y 19.1 en mujeres. Entre los menores de 30 años, el 79.6% refirieron haber utilizado el preservativo en esta primera relación, y sólo el 59% de los encuestados había utilizado siempre el preservativo en las relaciones con parejas ocasionales. El 6.7% de los hombres refirieron haber tenido relaciones con personas a las que pagaron por ello, y el 87.6% había utilizado el preservativo la última vez que tuvo este tipo de relaciones.

3. Riesgo parenteral no asociado a ADVP

El VIH se transmite por transfusiones de sangre, hemoderivados y trasplantes obtenidos de donantes infectados. También puede transmitirse de forma iatrogénica en procedimientos medicoquirúrgicos y odontológicos cuando no se aplican medidas adecuadas de esterilización. Estas formas de transmisión han desaparecido virtualmente tras la implantación de controles obligatorios desde mediados de los años 80⁷.

Actualmente la exposición accidental a sangre u objetos contaminados son causa esporádica de infecciones en el medio sanitario y también fuera de él, pero sin relevancia como para cambiar el curso epidemiológico.

4. Transmisión Vertical.

Para que se reduzca la transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo es necesario el diagnóstico precoz de la infección en todas las gestantes.

La eficacia del tratamiento antirretroviral ha logrado reducir en España el número de infecciones y de casos de SIDA en hijos de madres infectadas⁹.

Quedan pendientes los embarazos que no son seguidos en el sistema sanitario, situación que es más frecuente en embarazos procedentes de países de alta prevalencia. En estos casos, el cribado en el momento del parto y el tratamiento inmediato todavía puede reducir el riesgo de transmisión al niño.

II. SIDAY MUJER

Aunque en España sigue habiendo un claro predominio del sexo masculino, cada vez es mayor el número de mujeres que se están infectando con el virus VIH, adquiriendo la infección principalmente por relaciones sexuales con hombres VIH positivos¹⁰.

Las mujeres constituyen el 40% de los casos de infección por VIH en el mundo. De manera global el colectivo femenino ha sufrido un dramático ascenso en el número de casos diagnosticados con casi 3.000 nuevas infecciones diarias.

En EEUU, el 77% de los casos de SIDA en las mujeres se concentra en las minorías étnicas. La mayoría de los nuevos casos se producen en mujeres de 20 a 29 años y a medida que disminuye la edad de los afectados la proporción de mujeres aumenta¹¹.

La incidencia de infección por VIH en mujeres de 13 a 24 años se acerca al 44% del total en ese grupo de edad, siendo este colectivo el que mejor puede reflejar la tendencia de la epidemia, ya que son las que más recientemente han iniciado las prácticas de riesgo. De hecho, ya se observa que en población de adultos jóvenes con nivel socioeconómico



bajo la prevalencia de VIH es mucho mayor en las mujeres que en los hombres.

Si analizamos el grupo de las mujeres declaradas con SIDA en España nos encontramos que desde el año 1981 se han notificado 13.300 casos siendo la razón hombre/mujer de 4/1 incluso en el año 2003¹¹. El 76% de ellas tienen edades comprendidas entre los 20 y los 34 años, siendo la media de edad menor que en los varones, y constituyen la gran mayoría de los casos de SIDA por transmisión heterosexual en adolescentes y adultos jóvenes.

La incidencia de los casos ha sido ascendente hasta 1994, pero desde 1996 y con la introducción de TARGA se ha registrado una disminución global del 68%¹². El mayor descenso se ha producido en las usuarias de drogas por vía parenteral (78%), seguido de la categoría heterosexual (53%).

En cuanto a las mujeres embarazadas con infección por VIH, se han encontrado tasas desde 1-3 por mil, según la comunidad autónoma, y en determinados grupos de riesgo, como las prostitutas, se estima que entre un 5 y un 50% de ellas podrían ser portadoras, sobretodo si son además usuarias de drogas por vía parenteral. La prevalencia del VIH en prostitutas no drogadictas es baja (1%).

III. CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH

Todas las fuentes de información disponibles coinciden en señalar que la transmisión del VIH en España ha experimentado un pronunciado y continuo retroceso en los últimos años^{2,13}. Desde principios de la década de los 90 los nuevos diagnósticos de infección por el VIH han disminuido más de un 70% en todas

las comunidades de las que se disponen datos¹⁴⁻¹⁷ debido principalmente a un descenso en las infecciones por ADVP (disminuyendo el número de infecciones por compartir material de inyección y por relaciones heterosexuales con ADVP).

Desde el 2000 varias comunidades autónomas recogen información sobre nuevos casos y el análisis conjunto demuestra que la tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH ha seguido descendiendo y se ha situado en 59/millón de habitantes en 2004.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En 1997 la FDA (Food and Drug Administration) decidió que no se podían excluir más a las mujeres de los estudios clínicos por el simple hecho de que pudieran quedar embarazadas¹². Actualmente el porcentaje de mujeres en investigaciones relacionadas con el SIDA está aumentando pero todavía es bastante bajo, apareciendo la mujer en la mayoría de los casos, como una variable respecto a los datos obtenidos en hombres. Por esto el presente estudio se ha centrado en las mujeres.

OBJETIVO

Determinar la evolución epidemiológica de la infección por VIH en mujeres que fueron diagnosticadas en dos épocas muy diferentes (antes y después de la introducción del TARGA) y analizar el papel que tuvo la ADVP en la incidencia de SIDA.

MATERIALES Y METODO

Estudio retrospectivo transversal que comprende desde el año 1985 hasta diciembre de 2004.



Incluye mujeres, pacientes de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, mayores de 18 años, con infección por VIH y en tratamiento con antirretrovirales por lo menos durante un año.

Se han excluido del estudio las pacientes que no han llegado al año de terapia antirretroviral por diversas causas (abandono del tratamiento, traslado a otra ciudad o fallecimiento).

Las pacientes se han dividido en dos grupos en función de la fecha de inicio de la terapia con antirretrovirales, antes o después de 1997, ya que a partir de este año el uso a gran escala de potentes fármacos antirretrovirales ha prolongado el período de incubación del SIDA y ha reducido drásticamente la mortalidad de los afectados.

Los datos utilizados se han obtenido a partir de las correspondientes historias clínicas de las pacientes y de los registros (soporte informático y papel) de la UFPE en los que se recoge la dispensación de los fármacos antirretrovirales y el seguimiento terapéutico.

Los parámetros evaluados han sido:

Datos epidemiológicos y demográficos: edad, fecha de diagnóstico de la enfermedad, fecha en la que iniciaron la terapia antirretroviral, hábitos tóxicos (ADVP, tabaco, alcohol) y programas de deshabituación con metadona, número de hijos, abortos y pareja seropositiva.

El tratamiento estadístico de los datos se realiza mediante el programa informático SPSS utilizando la prueba estadística de la t-Student.

RESULTADOS

En total se han estudiado 75 mujeres, diagnosticadas con infección por VIH entre 1985-2003, con una media de edad de 28.1 ± 8.4 años. Todos los datos obtenidos se describen detalladamente en la Tabla 1 y 2.

DISCUSION

Las mujeres con infección por VIH han sido estudiadas en un período muy amplio

Tabla 1. Resumen de los resultados obtenidos en cuanto a las principales vías de infección por VIH en las mujeres estudiadas.

	Años: 1989-1996 (n=48)	Años: 1997-2003 (n=27)	p
Infección por ADVP (%)	58	29.6	0.0166
Infección por relaciones heterosexuales de riesgo (%)	37.8	70.4	
Infección por transfusión sanguínea (%)	4.2	0	



Tabla 2. Resumen de los resultados obtenidos del estudio de los datos epidemiológicos y demográficos, de las mujeres infectadas por VIH que iniciaron tratamiento entre los años 1989-2003.

	Años: 1989-1996 (n=48)	Años: 1997-2003 (n=27)	p
Edad Media Diagnóstico (años)	26.4±6.8	32.6±10.7	0.2351
Pacientes con pareja seropositiva (%)	47	14.8	
Pacientes con hijos (%)	77	59	0.0245
Media nº de hijos/paciente	1.6	2.4	
Pacientes con abortos (%)	29.2	7.4	0.0408
Programa de deshabituación con Metadona (%)	36	14.8	
Consumo de Tabaco (%)	62	59	
Consumo de Alcohol (%)	17	11	

de tiempo, que comprende del año 1985 hasta diciembre del 2004, por lo que se han establecido dos grupos de pacientes en función del inicio del tratamiento antirretroviral, antes o después de 1997. Precisamente, es en 1997 cuando el Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el SIDA estableció la combinación de tres antirretrovirales como la base de la terapia actual contra el VIH¹⁸. Además, es también en este año cuando se incorpora la medida de la carga viral con el fin de establecer recomendaciones terapéuticas en el manejo de la enfermedad y predicciones sobre la eficacia del tratamiento.

No se han encontrado diferencias significativas en la edad en el momento del diagnóstico entre los dos grupos de pacientes pero si que podemos observar que la edad es cada vez más elevada, dando lugar a que

una gran proporción de pacientes presenten un diagnóstico simultáneo de infección por VIH y SIDA. Una de las causas es el diagnóstico tardío de la infección por VIH, ya que las personas que no saben que están infectadas no pueden beneficiarse de los tratamientos. La falta de sospecha de la infección, los reparos de la población a solicitar la prueba y del médico a recomendarla suponen una limitación importante para alcanzar el diagnóstico precoz. De hecho un número importante de pacientes son diagnosticados de su infección por VIH a consecuencia de un ingreso por una infección oportunista, estando gravemente inmunodeprimidos.

Datos publicados en la literatura¹⁹ establecen que el 76% de las mujeres infectadas en el 2003 tienen edades comprendidas entre 20-34 años.



El número de pacientes con hijos ha descendido al igual que el número de abortos terapéuticos en el segundo grupo respecto al primero. La mayoría de estos abortos fueron provocados, sobre todo en el primer grupo, con el fin de evitar la transmisión vertical del VIH (TV), ya que hasta la década de los 90 no habían prácticamente medios para prevenirla. También influyó en el número de abortos el hecho de que más de la mitad de las mujeres del primer grupo fueran adictas a drogas vía parenteral.

Realmente el primer gran avance en la prevención de la TV se produjo hace 13 años cuando se demostró que el tratamiento con Zidovudina (AZT) en la madre durante el embarazo y parto, y en el recién nacido, disminuía alrededor de un 70% la transmisión al niño¹⁸.

En los países occidentales, el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) durante la gestación conduce a una TV menor del 2%^{12,20}. Además si el parto se produce por cesárea se reduce el riesgo de contagio al feto en comparación con el parto natural.

Podemos apreciar diferencias significativas en cuanto a la adicción a drogas vía parenteral siendo esta la principal causa de infección por VIH en las pacientes del primer grupo lo que originó la gran incidencia de dicha infección en la década de los 80, debido principalmente a la gran facilidad de contagio de esta vía.

Si analizamos el comportamiento de riesgo podremos observar que es donde se ha producido un mayor cambio. Ha descendido el número de pacientes ADVP mientras que se ha duplicado el número de pacientes infectadas por transmisión heterosexual, lo que concuerda con la literatura revisada^{2,10,11}.

De las pacientes ADVP es remarcable que en el primer grupo un 36% hicieron uso de un

programa de deshabituación con metadona lo que les ha permitido en la mayoría de los casos superar su adicción y continuar vivas en la actualidad.

Al comparar ambos grupos también podemos destacar que se ha reducido a un tercio el número de mujeres con pareja sentimental estable seropositiva en el momento del diagnóstico. En el primer grupo de pacientes la mayoría de las mujeres eran pareja de hombres ADVP.

En cuanto a otros hábitos tóxicos, el consumo de tabaco es similar en ambos grupos de pacientes, mientras que el consumo de alcohol de forma habitual fue ligeramente superior en las pacientes del primer grupo respecto a las pacientes del segundo.

En el primer grupo podemos observar que un porcentaje reducido de mujeres se infectaron por el VIH mediante una transfusión sanguínea mientras que en el segundo grupo ningún paciente se ha infectado por este mecanismo de transmisión, debido principalmente a la implantación de controles obligatorios desde mediados de los años 80.

En nuestro grupo de mujeres, la transmisión mediante relaciones heterosexuales ha reemplazado al consumo de drogas por vía parenteral como mecanismo principal de infección por VIH, siguiendo un patrón epidemiológico similar al de otros grupos estudiados.

REFERENCIAS

1. Sepkowitz K. AIDS. The first 20 years. *N Engl J Med* 2001; 344:1764-72.
2. Secretaria del Plan Nacional sobre el SIDA, VIH y SIDA en España. Situación epidemiológica 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.



3. Castilla J, Bolea A, Suarez M, De La Fuente L, Spain. En: McElrath K, ed. HIV and AIDS: a World view. Westport (CT): Greenwood Press; 2002: 183-99.
4. Castilla J, Pollan M, Lopez-Abente G. The AIDS epidemic among Spanish drug users: a birth-cohort associated phenomenon. *Am J Pub Health* 1997; 87: 770-4.
5. De la fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo M. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. *Addiction* 1997; 92: 1749-63.
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema estatal de información permanente sobre adicciones a drogas (SEIPAD). Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 2002. Madrid 2004.
7. Gonzalez J, Moreno S, Rubio R. (2006). *Infección por VIH 2005*. Publicaciones Permanyer.
8. Instituto Nacional de Estadística. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA. *Cifras INE* 4/2004.
9. Registro Nacional de casos de SIDA. Situación Epidemiológica a 30 de Junio de 2005. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2005.
10. Registro Nacional de Casos de SIDA. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Situación a 30 de Junio de 2002. Secretaria del Plan Nacional sobre el SIDA y Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo.
11. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Ginebra: UNAIDS; 2004 (<http://www.unaids.org>).
12. López Rubio A, Nogueira I, Sobrino P, Martín L, Mahillo I. Impacto de la terapia anti-retroviral de gran actividad en la evolución de la incidencia de SIDA en mujeres en España. *SEISIDA*; noviembre 2004; Madrid (abstract CO2-3).
13. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2005 [disponible en http://193.146.50.130/htdocs/sida/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf].
14. Zulaika D, Aguirrebengoa K, Andia A, et al. Características epidemiológicas de las nuevas infecciones causadas por el VIH comparadas con los casos de SIDA. La epidemia de VIH/SIDA en el País Vasco. *Gac Sanitaria* 2004; 18: 145-9.
15. Moreno C, Huerta I, Lezaun M, Gonzalez A, Sola 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.
16. Castilla V, Alberdi J, Barros C, Gómez J, Gaspar G, Sanz J. Multicenter cohort of patients with HIV infection in the Madrid south-eastern metropolitan crown (COMESM): basic organization and initial results. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 170-7.
17. Gonzalez-Celador R, Sacristan Salgado A, Valero L, Saenz-Gonzalez M. Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la provincia de Salamanca (1985-2002). *Enferm Infec Microbiol Clin* 2004; 22: 272-8.
18. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents*. Octubre 2004.
19. Joint Unit Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO), AIDS Epidemic Update; diciembre 2005. www.unaids.org.
20. McIntyre J. Strategies to prevent mother-to-child transmission of HIV. *Curr Opin Infect Dis* 2006; 19:33-8.