

Cristina Aguado Taberné [[Buscar autor en Medline](#)]

Grupo de Trabajo VIH/SIDA de semFYC

José Vazquez Villegas [[Buscar autor en Medline](#)]

Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante de la semFYC

Juanjo Mascort Roca [[Buscar autor en Medline](#)]

Comissió de Cooperació i Salut Internacional (Cocoopsi) de la SCMFIC



Infección por el VIH e inmigración

Resumen

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España que ha ido tomando forma en los últimos 10 años y que plantea numerosos retos sociales: la prevención del VIH es uno de ellos. Los aspectos relacionados con la infección VIH en inmigrantes y minorías étnicas deben contemplarse desde una perspectiva amplia que permita comprender algunos de los problemas específicos de estos colectivos y como éstos van a condicionar actividades de prevención y asistencia. Existen problemas específicos del grupo poblacional de los inmigrantes, como son las barreras legales y de comunicación, que van a condicionar de manera significativa las actividades de prevención y asistencia de estos pacientes. Creemos que el abordaje sanitario de los pacientes inmigrantes y concretamente la infección por el VIH debe hacerse desde los recursos sanitarios existentes tanto de atención primaria como de atención especializada.

Como recomienda el grupo de Atención al Inmigrante de semFYC para poder abordar las necesidades de salud de la población inmigrantes, la repuesta más apropiada no puede venir de dispositivos específicos distintos, sino de su abordaje integral desde la atención primaria, que puede ofrecer continuidad asistencial. La salud de los inmigrantes debe ser considerada desde una óptica interdisciplinar, flexible y dinámica y se deben llevar a cabo estudios de investigación epidemiológica.

Puntos clave

- La inmigración en España es un reto social
- Conocemos poco acerca de los pacientes VIH inmigrantes en el entorno europeo. La medida habitualmente utilizada es la prevalencia
- Es importante conocer la evolución de la epidemia VIH en el país de origen del paciente tanto por los subtipos del virus como por la forma de epidemia.
- El VIH es más frecuente en países en vías de desarrollo y en países industrializados queda reducido mayoritariamente a grupos marginales
- La epidemia del VIH en España es autóctona y la inmigración no ha supuesto cambio en la misma ocupando sólo el 1.9-2.4% de los casos.
- La mayoría de los inmigrantes son jóvenes y sanos. Es la vulnerabilidad económica y afectiva de los inmigrantes al llegar a nuestro país lo que les hace susceptibles de riesgo a la infección por VIH
- La atención sanitaria de los pacientes inmigrantes infectados por el

bibliografía

1. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2002. ONUSIDA. OMS Ginebra 2002. 1-45
2. Castilla J. Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas. Secretaría del Plan Nacional contra el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo 2000 Capítulo 2.
3. Vázquez Villegas J. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en consultas de atención primaria. Grupo de atención al inmigrante semFYC
4. García Vidal J. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 197-202
5. Belza MJ. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. Gac Sanit 200; 14(5): 330-37. [Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



VIH tienen limitaciones por barreras legales y de comunicación que dificultan especialmente las tareas de prevención y promoción de salud tan importantes en la infección por VIH

- El abordaje sanitario de los inmigrantes debe hacerse desde el recurso asistencial de Atención Primaria y Atención Especializada y no desde recursos específicos que podrían hacer más fuerte la marginación de los mismos.

Epidemiología de la infección VIH en el mundo

<http://www.unaids.org/en/default.asp>

http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/All_countries.html

Según el informe de ONUSIDA/OMS en diciembre de 2002 a esa fecha 42 millones de personas viven con VIH/SIDA, 20 millones son mujeres y 3 millones menores de 15 años. En ese año hubo 5 millones de nuevas infecciones y 3 millones de defunciones. Se prevé que entre los años 2002-2010 se infectarán otros 45 millones de personas en países de ingresos medios o bajos especialmente en Asia.

La medida más habitual de la epidemia es la prevalencia de la infección por VIH en la población adulta de un país. Esta medida proporciona una buena perspectiva del estado global de la epidemia y se basa en pruebas anónimas en mujeres embarazadas. Pero esta medida no ofrece una visión clara de las tendencias de la epidemia y no nos dice cuándo se infectó. Así países con la misma prevalencia tienen epidemias muy diferentes. La medida de la incidencia de la infección es decir el número de nuevas infecciones observadas en un año es una medida más exacta de lo que ocurre.

Pero esto es difícil y caro y en muchos países no es posible. La determinación periódica de la prevalencia del VIH en grupos de jóvenes puede servir como parámetro sustituto.

La evidencia del impacto de la epidemia es irrefutable. Allí donde se ha propagado de forma incontrolada está arrebatando recursos y capacidades de desarrollo de países ya mermados por otras crisis.

Desde el inicio de la epidemia hace ya más de dos décadas la infección por VIH se ha extendido por todos los continentes pero con grados de afectación muy variables. Ha tenido efectos devastadores por:

- su capacidad de propagación
- elevada letalidad y mortalidad sin tratamiento antirretroviral
- por afectar a grupos poblacionales jóvenes .

Las características sociales, culturales y económicas han jugado un papel importante en las características de la epidemia. La introducción del VIH en cada lugar se ha producido en diferentes momentos y a través de distintos mecanismos de transmisión por lo que la epidemia se ha configurado con gran variedad de situaciones.

Los países en vías de desarrollo no han emprendido medidas preventivas de forma organizada y la evolución de la epidemia ha sido peor. En los países que han podido poner en marcha mecanismos preventivos eficaces han conseguido revertir la evolución de la epidemia y en estos queda reducido a grupos poblacionales con peor acceso a medidas preventivas y al tratamiento antirretroviral. Se puede afirmar que el VIH tiende a concentrarse en países pobres y en los países industrializados a grupos marginales. Queda por ver la evolución en los países en los que la entrada de la epidemia ha sido tardía pero que presentan conductas frecuentes de riesgo.

Hay una necesidad ineludible de ampliar las actividades enfocadas a las personas con mayor riesgo. Pero las intervenciones enfocadas no bastan por sí solas para detener la epidemia. También son esenciales programas más extensos que lleguen a la población general. Las tasas de incidencia del VIH podrían aumentar

vertiginosamente en los países marcados por diferencias socioeconómicas y con una migración masiva

En América del Norte se inició la epidemia al inicio de los años ochenta. Las vías de transmisión más extendidas son las relaciones homosexuales y el consumo de drogas. La prevalencia en estos grupos llegó a ser alta pero los programas de prevención y el Tratamiento antiretroviral (TAR) ha disminuido tanto la mortalidad como la prevalencia.

En Europa Occidental hay mayor prevalencia en los núcleos urbanos y en el sur del continente especialmente en España y Portugal, la vía de transmisión es el consumo de drogas vía parenteral y está aumentando la vía heterosexual. Parece que también está disminuyendo la epidemia por los programas de prevención y el TAR.

Sin embargo en Europa del Este la epidemia ha tenido una entrada tardía, pero es actualmente la epidemia VIH/SIDA de crecimiento más rápido en todo el mundo, favorecido por la desestructuración social y económica. La vía más frecuente es la parenteral por el consumo de drogas y en menor medida la sexual. Ha crecido de forma espectacular en la Federación Rusa y se tiene constancia de que los registros subestiman en gran medida el número real de personas que viven con el virus. Cabe destacar el papel importante de las prisiones en la propagación de la infección en algunos países de este entorno.

África Subsahariana es la región más afectada acumulando 2/3 de los infectados (casi 30 millones de infectados). La transmisión fue precoz y vía heterosexual con una tasa de prevalencia cercana al 20% de la población y con una tasa de incidencia progresiva en el tiempo. En algunos países de esta región, la prevalencia del VIH en adultos ha aumentado por encima del 30%: Botswana (38,8%), Lesotho (31%), Swazilandia (33,4%) y Zimbabwe (33,7%). Afecta sobretudo a mujeres jóvenes y éstas infectan vía vertical a sus hijos. Además el TAR sólo lo reciben una minúscula fracción de pacientes infectados. Cabe destacar que países como Uganda donde la epidemia es susceptible de la intervención humana con un descenso cuantitativamente significativo en la incidencia en mujeres embarazadas.

En el Norte de África existen deficiencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica lo que dificulta la valoración precisa de la epidemia. Existe una prevalencia relativamente alta de otras enfermedades de transmisión sexual lo que es un signo de que existen prácticas sexuales peligrosas de forma extendida en la zona.

En Latinoamérica la epidemia es muy variable y se produjo de forma precoz pero progresiva; predomina la transmisión heterosexual y en menor cuantía la homosexual y el consumo de drogas vía parenteral. Es importante remarcar la importancia que esta zona tienen las migraciones intracontinentales en busca de trabajo en la propagación de la infección por VIH

En Asia la entrada de la infección fue tardía tanto por consumo de drogas como vía heterosexual. La prevalencia no es muy alta pero si la tasa de incidencia por lo que puede decirse que esta zona la epidemia está en expansión pues en muchos países asiáticos (India, China, Tailandia...), se aprecia una mayor vulnerabilidad debido a un incremento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, uso de sexo comercial, consumo de drogas, e importantes desplazamientos de la población de manera que para algunos expertos, en el futuro si no se aplican programas de prevención efectivos puede llegar a niveles como los que vemos en el África subsahariana.

Así tomando como ejemplo la China encontramos que las estimaciones oficiales informan de un millón de personas que vivían con el VIH en China a mediados de 2002. A menos que se emprendan rápidamente respuestas eficaces, un total de 10 millones de chinos habrá contraído el VIH a finales de esta década. Un dato a tener en cuenta es la práctica frecuente, especialmente en las zonas rurales más pobres, de la donación de sangre retribuida en ocasiones a centros de transfusión que no cumplían los procedimientos básicos de seguridad hematológica. Un estudio llevado a cabo en 2001 en zonas rurales del este de

China puso de manifiesto una prevalencia del VIH alarmantemente alta (12,5%) entre personas que habían donado plasma.

Hay dos tipos principales de VIH: el tipo 1 (VIH-1) que es el responsable de la mayoría de las infecciones a nivel mundial. Es el más frecuente en Occidente y también en África a pesar de que es en este continente y en concreto en el África occidental (Guinea-Bissau, Costa de Marfil, Senegal ...) donde más casos hay descritos de infección por el VIH tipo 2 (VIH-2). En Europa no es muy frecuente siendo la mayoría de infecciones por VIH-2 diagnosticadas en inmigrantes africanos y en menor proporción en nativos que han vivido en una zona endémica o que han tenido relaciones sexuales no protegidas con inmigrantes. Es importante que en el proceso de diagnóstico se solicite una serología para VIH 1 y VIH 2 y que el resultado de la misma informe sobre la presencia o ausencia de VIH tipo 1 y tipo 2 .

El VIH ha demostrado una capacidad notable para explotar los cambios en el entorno social y adaptarse a ellos. A nivel molecular el virus también se está modificando constantemente.

El VIH 1 se clasifica en tres subgrupos: M (principal), O(atípico) y N(no M, no O). El grupo principal (M) se divide en diversos subtipos, y en variantes derivadas de la combinación de dos o más subtipos, conocidas como formas recombinantes circulantes (CRF). Los subtipos se definen por tener genomas singulares como mínimo en el 25%. Se han identificado 11 subtipos (A,B,C....)y 13 CRF.

Los diferentes subtipos han quedado restringidos a determinadas zonas geográficas. El subtipo C está muy extendido en África meridional, India y Etiopía. El subtipo B es frecuente en Europa, América y Australia. En África pueden detectarse casi todos los subtipos y cierto número de CRF. Estas formas genéticas están ayudando en el estudio de la epidemia. Se sabe que el subtipo C es el más común y representa el 50% de todas las infecciones nuevas. El subtipo A es el 2º más frecuente y es responsable del 30% de las nuevas infecciones y el 80% en las de África Occidental. En Europa el subtipo A apareció en la epidemia de Kaliningrado y el subtipo B se propagó en CDVP.

No está claro si la existencia de diferentes subtipos tienen implicaciones importantes para la transmisibilidad o el tratamiento. Se postula que la cepa predominante en África meridional es más agresiva que otras. Pero casi todos los subtipos identificados hasta ahora responden claramente al tratamiento antirretroviral.

Además el VIH está mutando constantemente dentro de los individuos y esto tienen implicaciones importantes desde el punto de vista clínico como de salud pública. Además de la mutación natural los genes del VIH mutan en respuesta a presiones externas como el sistema inmunitario de la persona o el uso de fármacos y hay mutaciones resistentes en personas infectadas de novo y multiresistencias.

La variabilidad genética del VIH explica la dificultad para desarrollar una vacuna y la esperanza radica en determinar qué aspectos del virus son lo suficientemente constantes para que la vacuna provoque una respuesta inmunitaria eficaz contra las múltiples variantes del VIH

Mapa nº 39, 40 y 41

Inmigración en España

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España y la proporción de inmigrantes (2.5%) es inferior a la media europea (4.8%). Sin embargo su tendencia es creciente debido a la llegada de personas procedentes de países en vías de desarrollo. El 40% procede de Europa, el 20% del Magreb y el 18% de Iberoamérica . Actualmente se están incrementando los de África subsahariana y disminuyen los de Europa. Los más vulnerables y desconocidos son los que están en situación irregular administrativa.

España tienen nivel intermedio de infección VIH, superior a la media europea a excepción de Portugal pero inferior a África y el Caribe o Asia.

La epidemia de VIH en España es autóctona y la inmigración no ha supuesto un aumento significativo de los casos. Solo el 2% del total de casos ocurre en inmigrantes procedentes de Europa (41%), África (28%) y América (27%).

Las categorías de transmisión de los casos de SIDA en inmigrantes es heterogéneo y de patrón similar a los países de origen, por lo que nos parece importante conocer la evolución de la epidemia VIH en el mundo. La excepción son los inmigrantes del Magreb en los que hay un porcentaje alto de CDVP raro en su país y que parece adoptado del nuestro al estar en situación de marginalidad.

Existe poca información sobre sujetos de origen no europeo y de grupos raciales y étnicos en Europa. En 1986 un 7% de los casos de SIDA en Europa eran sujetos africanos. En diciembre del 1999 no se registraba el origen de los pacientes infectados por VIH. La recogida de este tipo de información en los diferentes países europeos es desigual. La mayoría de los países excepto el Reino Unido no disponen de mucha información.

En España la actividad se centra en la monitorización de la prevalencia de la infección en poblaciones centinela, habitualmente con conductas de riesgo, como consumidores de droga vía parenteral, hombres homosexuales y mujeres que ejercen la prostitución. Hasta el momento no hay estudios sistemáticos dirigidos específicamente a poblaciones de inmigrantes. Hay algunas encuestas en las que se recoge la variable país de origen lo que permite obtener la seroprevalencia del VIH en inmigrantes y compararla con personas con situaciones de riesgo similares nacidas en España.

En un estudio realizado en clínicas de enfermedades de transmisión sexual en 1998 el 28% de los consultantes eran inmigrantes de África o el Caribe. La prevalencia del VIH en mujeres prostitutas inmigrantes fue del 0.6% inferior al 1.8% de las mujeres prostitutas españolas., esto es explicado por la escasa prevalencia de coexistencia de inmigración y consumo de drogas. Tampoco existían diferencias significativas en el país de origen en los travestis que ejercen la prostitución.. Sin embargo la prevalencia de VIH en varones que ejercen la prostitución es mayor que en mujeres dado la coexistencia de CDVP aunque tampoco hubo diferencias significativas entre el país de origen.

Según un estudio realizado en la prisión de Barcelona en 1998 los internos autóctonos están más afectados por el VIH que los inmigrantes, hecho influido por el uso de drogas inyectadas. Pero sin embargo en los inmigrantes hay una elevada frecuencia de situaciones no regularizadas y la ausencia de núcleo familiar estable que constituyen indicadores de marginación social..

En otro estudio en Barcelona en 2001 en inmigrantes éstos presentaban con más frecuencia que los autóctonos infección por hepatitis B y sífilis y una incidencia similar en infección por VIH.

La mayoría de las personas inmigrantes son jóvenes y sanas. Es la situación de vulnerabilidad socioeconómica y afectiva de los inmigrantes al llegar a España el principal factor de riesgo para la infección por el VIH. Como consecuencia del tráfico ilegal de personas, se está dando una proporción creciente de inmigrantes dentro de los colectivos que ejercen la prostitución(hombres, mujeres y travestis) y esta sobremarginación puede hacerles más vulnerables a aceptar conductas de riesgo.

Existen barreras socioeconómicas, lingüísticas y legales para realizar prevención de VIH en los grupos de inmigrantes en España, para lo cual parece necesaria la figura del mediador.

La prevención del VIH debe formar parte de un enfoque sanitario integrador que garantice el derecho a la salud de estos colectivos. La situación de marginalidad de los inmigrantes puede llevar a obstaculizar el desarrollo de estrategias preventivas de salud pública y en concreto de VIH

Una mención especial necesita la comunidad gitana en nuestro medio.

La comunidad gitana española son alrededor de 600.000 personas de las cuales el 40% están en Andalucía. Es una comunidad muy heterogénea. Tiene una tasa de natalidad mayor y una esperanza de vida menor con lo que se puede decir que es un grupo muy joven. Además tiene muchas carencias formativas y escasa posibilidad de trabajo normalizado. En los adultos el porcentaje de analfabetismo funcional es muy elevado.

Conocemos poco acerca de la situación de la infección VIH en la comunidad gitana y dado el número de fallecidos por esta causa podemos imaginar que el alcance del problema es mayor que el que parece a simple vista. Afecta fundamentalmente a CDVP y en sus parejas sexuales. La tendencia generalizada es negar la existencia de la enfermedad y existe gran desconocimiento de los mecanismos de transmisión. Por lo que el diagnóstico es tardío.

Papel de la atención primaria

Aunque la infección por VIH tienen una prevalencia menor que las patologías atendidas en Atención Primaria, reúne varias de las características típicas de AP:

- Es una enfermedad crónica
- Es una enfermedad prevenible que requiere promoción de la salud y prevención primaria, secundaria y terciaria
- Tiene afectación multisistémica y multiorgánica
- Precisa atención continuada lo que hace imprescindible una adecuada coordinación entre atención primaria y especializada así como con los recursos sociales existentes.
- Afecta a las esferas bio-psico-social y familiar

Entre las funciones de Atención primaria en cuanto a la infección por VIH cabe destacar:

- Promoción de salud: está referido sobretodo a pacientes no infectados en situación de riesgo y las personas inmigrantes son unos de ellos. Los profesionales de AP tenemos contacto regular con muchas personas y podemos reafirmar conductas saludables y lanzar mensajes preventivos.
- Prevención: aprovechando la continuidad o periodicidad de los encuentros clínicos. Todos los que trabajamos en AP sabemos lo difícil que es pues no existen habitualmente demandas explícitas en el terreno preventivo y más aún en personas inmigrantes. Además desconocemos habitualmente las prácticas de riesgo concretas de los pacientes, así como sus conocimientos, actitudes y necesidades de los mismos, máxime de pacientes con los que tenemos dificultades de comunicación como los inmigrantes. Si conocemos que la infección por VIH es un problema de salud ligado a comportamientos sería importante conocer cuáles son éstos. Y además aunque la población tenga los conocimientos estos no se convierten en hábitos de vida saludables duraderos, en ocasiones por falta de habilidades o por actitudes difíciles de cambiar. Por eso la OMS recomienda el consejo asistido como una relación de ayuda para la atención a los pacientes en riesgo de infección por VIH.
- Diagnóstico precoz de la infección por VIH: en España cerca de $\frac{1}{4}$ parte de las personas infectadas por el VIH desconocen que lo están. Para realizar medidas preventivas y romper la cadena de la infección debemos conocer lo antes posible el estado serológico de los pacientes con riesgo de infección o en los que las medidas preventivas sean eficaces como es el caso de la transmisión vertical. Así se recomienda el screening sistemático en mujeres embarazadas. El papel de AP en este punto es claro, pero los propios profesionales subestimamos el riesgo y por tanto la detección precoz no es aún una realidad.
- Estudio de contactos: sobretodo contactos sexuales en parejas

estables de infectados. En atención primaria tenemos un lugar privilegiado para detectar nuevas infecciones en grupos amplios como las parejas sexuales de los infectados. Sabemos que en España están emergiendo nuevas infecciones en las parejas de los CDVP infectados.

- Atención al paciente infectado : en colaboración con Atención especializada que es el nivel de atención que lleva mayoritariamente el peso de estos pacientes. Existen algunas cosas como la vacunación sistemática y específica, la profilaxis de algunas enfermedades oportunistas y la atención general al paciente que podemos y debemos asumir. Para esto es imprescindible una adecuada coordinación interniveles.

- Atención a la familia del infectado: tanto desde el punto de vista de apoyo clínico como emocional en las diferentes etapas que lleva el ser el soporte de un paciente crónico y grave.

Nos parece que los pacientes inmigrantes en riesgo de infección por VIH deben ser tratados como el resto de los pacientes. Para ofrecer una atención de calidad a los pacientes afectados por el VIH una de las premisas más importantes es que el profesional QUIERA atenderlos y los que trabajamos en AP no podemos ni queremos quedarnos al margen. Adquirir habilidades en la atención al paciente infectado por el VIH en AP es una necesidad ineludible e inaplazable.

