

específico de encuesta epidemiológica de enfermedad de declaración obligatoria.

Los análisis univariados consideraron como variables dependientes precisar ingreso en la UCI y morir, y como variables independientes los factores intrínsecos, el sexo y la edad. La asociación se estudió utilizando el test exacto de Fisher y la *t* de Student. El nivel de significación estadística utilizado fue $p < 0,05$. Se empleó el programa SPSS14.

Cuarenta y tres pacientes cumplieron la definición de caso. El 55,8% eran hombres, con una edad media de 37,3 años. La duración mediana del ingreso fue de 7 días (tabla 1). En 24 casos (55,8%) se detectó alguna de las condiciones clínicas especiales que justificaba la indicación de recibir la vacuna de la gripe A. Excepto una paciente que había recibido la vacuna el día previo al inicio de los síntomas, ninguno estaba vacunado.

El 27,9% de los pacientes ingresaron en la UCI; de ellos, el 75% precisaron ventilación mecánica. La duración media del ingreso en la UCI fue de 14,4 días (tabla 1).

El 72,1% de los casos recibieron tratamiento antiviral (tabla 1). En los adultos, el único factor asociado con la muerte fue padecer diabetes mellitus ($p=0,018$), mientras que el único factor asociado con ingresar en la UCI fue tener una edad de 53 o más años ($p=0,023$).

Este trabajo es, hasta la fecha, el único que ha estudiado la epidemiología de los casos de gripe A que precisaron ingreso hospitalario en España.

La enfermedad respiratoria crónica fue el principal factor intrínseco, tal y como han descrito otros autores³⁻⁵; la prevalencia en los distintos subgrupos sugiere que puede ser un importante factor de riesgo de hospitalización en estos pacientes.

El porcentaje de ingresados en la UCI (27,9%) se sitúa en una posición intermedia con respecto a lo reflejado en otros estudios (25%³ a 31%¹).

El tratamiento antiviral se administró con menos frecuencia que la documentada en otras series^{3,4}, pese a que se ha indicado en pacientes hospitalizados con sospecha de gripe A, incluso comenzando 48 h después del inicio de los síntomas³.

El hecho de que la diabetes se asociara con la mortalidad concuerda con lo documentado en una investigación realizada recientemente en Canadá⁵.

Nuestros resultados tienen una elevada validez, pues al haber obtenido información completa de todos los casos se minimiza el sesgo derivado de las pérdidas de seguimiento.

Más de la mitad de los pacientes podían haber sido vacunados. Ya que se dispone de vacunas eficaces y seguras, los futuros planes asistenciales deben tener en cuenta, además de la demanda de ventiladores, camas de UCI y duración de ingresos, la necesidad de

conseguir coberturas vacunales adecuadas, especialmente en los pacientes diabéticos y a partir de los 53 años de edad.

Contribuciones de autoría

I. Hernández-García concibió, diseñó y supervisó todos los aspectos del estudio, y realizó el análisis de los datos. M.A. García-Iglesias y E. López-García participaron en la adquisición de los datos. M.C. Sáenz-González analizó los datos. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y participaron en la redacción y la revisión de los distintos borradores del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final. I. Hernández-García es el responsable del artículo.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Louie JK, Acosta M, Winter K, et al. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California. *JAMA*. 2009;302:1896-902.
2. H1N1 Flu (Swine Flu): past situation updates. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. [Consultado 5/3/2010.] Disponible en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/updates/>.
3. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, et al. Hospitalized patients with 2009 H1 N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med*. 2009;361:1935-44.
4. Denholm JT, Gordon CL, Johnson PD, et al. Hospitalised adult patients with pandemic (H1N1) 2009 influenza in Melbourne, Australia. *Med J Aust*. 2010;192:84-6.
5. Campbell A, Rodin R, Kropp R, et al. Risk of severe outcomes among patients admitted to hospital with pandemic (H1N1) influenza. *CMAJ*. 2010;182:349-55.

Ignacio Hernández-García*, María Aránzazu García-Iglesias, Eva López-García y María del Carmen Sáenz-González

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignaciohernandez79@yahoo.es

(I. Hernández-García).

doi:10.1016/j.gaceta.2010.07.006

Estimaciones sobre la inmigración y el VIH en España

Estimations of immigration and HIV in Spain

Sr. Director:

Agradecemos mucho el interés que han mostrado Díez et al¹ por nuestro trabajo², y nos gustaría hacer algunas aclaraciones respecto a sus comentarios.

Nuestro objetivo era caracterizar las fuentes de información existentes sobre la epidemiología del VIH en los inmigrantes en España, y reunir los datos más relevantes derivados de ellas, citando siempre las fuentes originales. Por este motivo, y también en aras de hacer más fluida la lectura, nos hemos ceñido a citar los resultados originales, sin reanalizar ningún dato, y hemos obviado algunos detalles específicos de cada metodología utilizada originalmente.

Coincidimos con Díez et al¹ en que la información que presentamos se refiere a nuevos diagnósticos de infección por el

VIH. Sin embargo, no consideramos que sea incorrecto el epígrafe de «Estimaciones de incidencia y prevalencia de infección por el VIH...», ya que los nuevos diagnósticos de la infección pueden y suelen utilizarse como estimadores de la incidencia.

Bibliografía

1. Díez M, Oliva J, Díaz A, et al. La inmigración y el VIH en España. Gac Sanit. 2010;24.
2. Caro-Murillo AM, Castilla Catalán J, Del Amo Valero J. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. Gac Sanit. 2010;24:81-8.

doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.006

Ana María Caro-Murillo*, Jesús Castilla Catalán y Julia del Amo Valero

Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: amcaro@isciii.es, amcarom@yahoo.com (A.M. Caro-Murillo).

La inmigración y el VIH en España

Migration and HIV in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con atención el artículo de Caro-Murillo et al¹ titulado *Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias*, recientemente publicado en su revista. Consideramos del mayor interés la revisión de las fuentes de datos sobre inmigración y VIH existentes en España y el análisis de situación que presenta el artículo, por cuanto pone de relieve la importancia que han cobrado las personas originarias de otros países en el devenir de la epidemia del VIH en España, así como las dificultades existentes para obtener información válida sobre este grupo de población. Por ello, al objeto de contribuir al debate, quisiéramos hacer algunas consideraciones.

En la primera parte del artículo, los autores acertadamente señalan la indefinición del término «inmigrante», las dificultades para establecer los denominadores de las tasas y las limitaciones inherentes a las variables utilizadas para recoger información epidemiológica sobre inmigrantes en España. Sin embargo, a continuación hacen una revisión de la epidemiología del VIH en inmigrantes en nuestro país en la cual presentan tasas por región de procedencia sin especificar la fuente de los denominadores, lo que resulta sorprendente.

En la página 84, bajo el epígrafe «Estimaciones de incidencia (...) según lugar de origen», se presentan tasas de incidencia por origen a partir de los datos aportados entre 2000 y 2004 por los sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH de cinco comunidades autónomas. Esto podría llevar a pensar que dichas tasas de incidencia son verdaderamente tales, es decir, tasas de incidencia de nuevas infecciones. Aunque la tasa de nuevos diagnósticos de VIH se usa en vigilancia como una aproximación a la incidencia, no son términos equivalentes, pues la primoinfección suele pasar inadvertida y el retraso diagnóstico es muy frecuente. En el análisis de las cinco comunidades al cual se hace referencia en el artículo^{2,3}, el 43,9% de los nuevos diagnósticos de VIH tenían menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico o fueron diagnosticados simultáneamente de sida, lo que sugiere que la infección se produjo años atrás². Señalar la diferencia entre nuevo diagnóstico y nueva infección por VIH es todavía más pertinente en los inmigrantes, que

en ocasiones provienen de países con problemas de acceso al diagnóstico.

La no distinción entre «nuevos diagnósticos de VIH» e «infección por VIH» se aprecia también en la página 84, primera columna, primer párrafo, donde en lugar de «Registros autonómicos de infección por VIH» debería decir «Registros autonómicos de nuevos diagnósticos de VIH».

La afirmación de los autores sobre el descenso de las tasas de nuevos diagnósticos entre 2000 y 2004, tanto en españoles como en extranjeros, creemos que precisa matizarse, ya que en el estudio original no se ha tenido en cuenta el retraso en la notificación de los nuevos diagnósticos de VIH al comparar las tasas a lo largo del periodo. El total de nuevos diagnósticos que se presenta para 2004 es de 288, mientras que para esas mismas comunidades la notificación correspondiente a ese año actualizada a 30 de junio de 2007 fue de 345 (referencia n.º 45 de la bibliografía). Si se recalcula la tasa de 2004 utilizando este último dato, la cifra resultante ya no es 57,8/millón sino 69,2/millón, a pesar de que sólo se corrige parcialmente por retraso puesto que la notificación de nuevos diagnósticos tarda en completarse al menos 4 años, según puede apreciarse en la actualización de 2009⁴. Cabe destacar, en cualquier caso, que la tendencia en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH varía según la vía de transmisión, por lo que resulta difícil hablar de una tendencia global.

Finalmente, quisiéramos señalar que nosotros sí hemos encontrado un mayor retraso diagnóstico (definido como presencia de menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico del VIH) en los inmigrantes⁵. Además, se aprecia una interacción de la variable «lugar de origen» y las variables «sexo», «edad» y «mecanismo de transmisión», de forma que aunque las tres variables se asocian a un retraso diagnóstico en el mismo sentido entre españoles y extranjeros, en los últimos la fuerza de la asociación es mayor, lo que sugiere que los factores que favorecen el retraso diagnóstico actúan con más fuerza en los extranjeros⁶.

Muchas gracias por su atención.

Bibliografía

1. Caro-Murillo AM, Castilla Catalán J, Del Amo Valero J. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. Gac Sanit. 2010;24:81-8.