

27 de noviembre, mañana

## Mesa 1

Moderadores: **José Antonio Iribarren**  
**Inma Ocaña**

### Evolución del VIH/SIDA 1981-2006

**Patricia García de Olalla.** *Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.*

#### **¿Cuál es el alcance de la infección por VIH/SIDA en España?**

Desde que en 1981 se diagnosticara el primer caso de SIDA, en un hombre homosexual de Barcelona<sup>1</sup>, y hasta diciembre de 2005 se han notificado 72.876 casos en España. En 2005, la incidencia del SIDA en España sigue siendo una de las más elevadas de Europa Occidental con 43 casos por millón de habitantes<sup>2</sup>.

Más difícil es precisar el número de infecciones por VIH, ya que al contrario del SIDA, no es de declaración obligatoria. A finales del 2004, sólo 8 de las 17 comunidades autónomas aportaban casos al Centro Nacional de Epidemiología, basándose en éstos se estimó entre 50 y 80 casos por millón de habitantes la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España<sup>3</sup>. Tasa que se situaría en el mismo rango de la notificada por Francia, Irlanda o el Reino Unido, países con tasas de SIDA sensiblemente inferiores.

#### **¿Cómo ha cambiado la epidemia del SIDA en los últimos 25 años?**

Las características de las personas diagnosticadas con SIDA, han cambiado a lo largo de estos 25 años. La enfermedad sigue predominando en los hombres, aunque la proporción de mujeres ha pasado del 10% en los primeros años de la epidemia hasta el 23% del 2005.

Mientras que todos los grupos poblacionales se afectan por el VIH/SIDA, no todos se afectan por igual. En los primeros años los grupos afectados por el SIDA fueron los hombres con prácticas homosexuales (HMS) y los usuarios de drogas por vía inyectada (UDI). A pesar de haber disminuido notablemente el uso de drogas por vía inyectada (UDI) en España, ésta continua siendo la vía de transmisión más

frecuente (48% en el 2005). Los casos que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales ascendieron al 31%, ocupando el segundo lugar y la tercera vía de transmisión en frecuencia son las relaciones homosexuales masculinas, que supusieron en 2005 el 15% de todos los casos notificados<sup>4</sup>.

Otro cambio que merece ser resaltado, es el apreciado en relación con el país de nacimiento. Así, si en 1992 en el 1,2% de las personas con SIDA constaba un país distinto de España este porcentaje supera el 12% desde el 2003. Este incremento no indica, necesariamente, que exista un incremento de casos de SIDA entre la población inmigrante, sino que podría ser el reflejo del espectacular aumento de la población inmigrante en España.

Uno de los resultados objetivos más llamativos que se han observado desde la introducción del tratamiento antirretroviral combinado (TARC), ha sido la disminución en la incidencia de las infecciones oportunistas, entre ellas la tuberculosis (TB)<sup>5</sup>. Aún así la TB es desde 1996 la enfermedad diagnóstica de SIDA más frecuente en España en mayores de 13 años. La incidencia de TB varía en función de una serie de características tales como la vía de transmisión de la infección por VIH, la localización geográfica, el género o el antecedente de internamiento en centros cerrados.

A pesar de la disponibilidad de la prueba del VIH, el número de casos de SIDA con un diagnóstico tardío de la infección por VIH es importante, tanto por su magnitud como por sus consecuencias, ya que las personas que no se saben infectadas no pueden beneficiarse de los tratamientos. En España en 2005 el 41% de los casos de SIDA fueron diagnosticados de infección por VIH en el mismo mes o en el mes anterior al diagnóstico de SIDA.

Con la introducción de la TARC<sup>6</sup>, se apreció un espectacular descenso de la mortalidad (decremento del 67% entre 1996 y 1998), pero, el VIH/SIDA continúa siendo una de las primeras causas de mortalidad en adultos jóvenes. En los últimos años, la mortalidad parece tender a la estabilización, y algunos estudios realizados, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, ponen de manifiesto ligeros incrementos en la mortalidad relacionados, probablemente, con el acceso a las terapias antirretrovirales<sup>7,8</sup>.

En resumen, en la epidemia por VIH/SIDA se pueden distinguir dos periodos bien definidos: el primero de ellos se caracteriza por una rápida difusión del VIH en los años 80 que afectó, principalmente, a los UDI; y el segundo, tras la introducción de la TARV en 1996, por un marcado descenso de los casos y de la mortalidad por SIDA. Sin embargo, desde hace unos años se observa un cambio en la tendencia hacia el aumento de las conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH, que pueden tener influencia en el curso de la epidemia. Así, cabe citar el repunte de casos observado en algunas categorías de transmisión y la existencia de una proporción considerable de personas infectadas por el VIH que desconocen su estado y que pueden tener un papel relevante en la transmisión del VIH.

En Europa la infección por VIH es un problema de salud pública mayor y la notificación de los diagnósticos de VIH es esencial en la vigilancia de la epidemia, así como un útil para evaluar la respuesta de la salud pública en el control de la transmisión de la infección. Con el fin de alcanzar este objetivo desde el Centro Europeo para la Monitorización Epidemiológica del VIH/SIDA se remarca la necesidad que los países europeos dispongan de sistemas de vigilancia de la infección VIH y del SIDA que además de asegurar una alta calidad de los datos recogidos, proporcionen una elevada exhaustividad de los casos de VIH y SIDA del país.

## Bibliografía

1. Vilaseca J, Arnau JM, Bacardi R, Mieras C, Serrano A, Navarro C. Kaposi's sarcoma and toxoplasma gondii brain abscess in Spanish homosexual. *Lancet* 1982;1:572.
2. EuroHIV. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2005*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006:72.
3. Sistema de información sobre nuevas infecciones por el VIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH. En: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi\\_nuevos\\_diagnosticos.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_nuevos_diagnosticos.jsp).
4. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2006. Informe Semestral nº 1, Año 2006. En: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS\\_Informe\\_junio\\_2006.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_junio_2006.pdf).
5. Kirk O, Gatell JM, Mocroft A, Pedersen C, Proenca R, Brettle RP, Barton SE, Sudre P, Philips AN, Lundgren JD, for the EuroSIDA Study Group. Infections with Mycobacterium TB and Mycobacterium avium among HIV-infected Patients after the Introduction of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:865-72.
6. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA Study Group. *Lancet* 1998;352:1725-30.
7. McFarland W, Chen S, Hsu L, et al. Socioeconomic status is associated with a higher rate of death in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco. *JAIDS* 2003;33:96-103.
8. AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: does it vary with socioeconomic group in a country with a National Health System? *Eur J Public Health* 2006:12.

## Evolución en la incidencia de tuberculosis en las personas infectadas por VIH

Santiago Moreno Guillén. *Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

El tratamiento antirretroviral de alta eficacia ha mostrado elevada eficacia en la reducción de la incidencia de infecciones oportunistas y en la mortalidad asociada a las mismas. El efecto que el tratamiento antirretroviral ha tenido sobre la incidencia de la tuberculosis y la mortalidad asociada se ha demostrado también en varios contextos. Tanto en países pobres y subdesarrollados como en países ricos e industrializados la incidencia de la tuberculosis ha disminuido de modo importante entre las personas que han tenido acceso al tratamiento antirretroviral.

En España, algunos estudios han mostrado también una reducción en la incidencia de la tuberculosis asociada a la infección por VIH tras la introducción de estos potentes tratamientos. A nivel nacional, el Registro de Casos de SIDA ha mostrado una reducción anual progresiva del número de pacientes que se presentan con tuberculosis como enfermedad definitoria. En prisiones, el número de pacientes con infección por VIH que desarrollan tuberculosis ha disminuido también de forma ostensible. Aunque la disminución de la incidencia de tuberculosis se inició antes, no cabe duda que la introducción del tratamiento antirretroviral de combinación fue el factor determinante que impactó en la incidencia de la misma.

Recientemente se ha llevado a cabo en algunos de los hospitales integrados en la Red de Investigación en SIDA (RIS) un estudio diseñado para evaluar el impacto del tratamiento antirretroviral de combinación en la incidencia de tuberculosis entre pacientes infectados por VIH. Se trata de un estudio de cohorte, multicéntrico, en el que se incluyeron los pacientes infectados por VIH atendidos y seguidos al menos durante 6 meses en 10 hospitales españoles desde enero de 1997 a diciembre de 2003. Se excluyeron los pacientes con tuberculosis diagnosticada antes de 1997.

En total, los 4.269 pacientes incluidos se siguieron durante una mediana de 3,8 años (total: 16.455 personas-año de observación). Se diagnosticaron 222 casos de tuberculosis con una incidencia global de 1,35 por 100 personas-año (CI: 95, 1,18-1,54). En el análisis multivariante, la adicción a drogas intravenosas (HR 1.5 95% CI: 1.05-2.04), un recuento bajo de CD4 (< 200 x10<sup>6</sup> células/l) y una carga viral elevada (> 5 log<sup>10</sup> copias/ml) en la inclusión se asociaron de modo independiente con un riesgo más elevado de desarrollar tuberculosis, mientras que la administración de tratamiento antirretroviral de combinación [HR (95%CI), 0,08 (0,05-0,13)] se mostró altamente protector.

Se observó una importante disminución en la incidencia de tuberculosis a lo largo del tiempo: 2,39, 1,51 y 0,86 por 100 pacientes-año en los periodos 1997-98, 1999-2000, y 2000-03, respectivamente (p<0,001 para la tendencia) (Figura 1). Llamativamente, la disminución fue significativa entre los pacientes que no habían recibido tratamiento antirretroviral (de 9,46 a 2,55 por 100 pacientes-

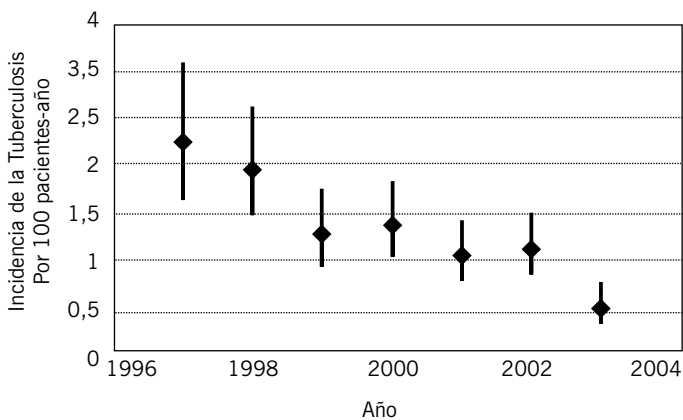


Figura 1. Tendencia en la tasa de tuberculosis (IC 95%) por 100 pacientes-año.

año,  $p < 0,001$ ), pero no entre los pacientes que habían sido tratados (de 0,70 a 0,57,  $p = 0,21$ ). El efecto calendario se atenuó, aunque persistió, tras ajustar por cifra de CD4 y categoría de transmisión, ya que los sujetos vistos en los últimos años del estudio con menor frecuencia habían adquirido la infección a través de drogas o estaban severamente inmunosuprimidos. Los factores de riesgo más importantes para desarrollar tuberculosis independientemente de la administración de tratamiento antirretroviral fueron la adicción a drogas parenterales como vía de transmisión y un recuento de  $CD4 < 200$  células/mm<sup>3</sup>.

Como conclusión, el estudio confirma la reducción de la incidencia de tuberculosis con la administración de tratamiento antirretroviral en nuestro país, aunque todavía sigue siendo apreciable, especialmente entre ADVP y los pacientes severamente inmunodeprimidos. La llamativa disminución de la enfermedad observada en los pacientes infectados por VIH sin tratamiento sugiere que, además de la baja proporción de adictos los años más recientes, la reducción de la transmisión podría ser un factor contribuyente significativo en la disminución global de la enfermedad.

## Bibliografía recomendada

- Secretaria del Plan Nacional sobre el SIDA. *Tuberculosis en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- Badri M, Wilson D, Wood R. Effect of highly antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet* 2002;359:2059-64.
- Girardi E, Antonucci G, Vanacore P, et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. *AIDS* 2000;14:1985-91.
- Satoro-Lopes G, Felix de Pinho AM, Harrison LH, Schechter. Reduced risk of tuberculosis among Brazilian patients with advanced human

immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2002;34:543-6.

## Farmacoeconomía de los tratamientos para la infección por el VIH y para la Tuberculosis

Marco A. Programa VIH/SIDA. Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona. E-mail: 23074amm@comb.es

### Introducción

La lógica de cualquier análisis económico se basa en la noción de escasez, que recuerda que las necesidades, a menudo crecientes, superan a los recursos, que son limitados. En la sociedad actual hay cada vez mayor demanda y acceso a los servicios sanitarios, la población envejece y los ancianos consumen 4-5 veces más recursos sanitarios que los jóvenes, las nuevas tecnologías son más eficaces, pero también más caras, y los avances farmacológicos permiten cronificar enfermedades e incrementar el número de enfermos-consumidores, como ha ocurrido, por ejemplo, con la infección por el VIH. Nuestras necesidades son, por consiguiente, numerosas y decidir qué recursos utilizar en el ámbito de la salud y con qué objeto es una decisión trascendente en cuanto supone un "coste de oportunidad", que implicará no poder dedicar esos recursos a otras actividades con un potencial beneficio sanitario. El concepto económico de coste y de beneficio deriva de este principio. *El beneficio* es lo que se gana al cubrir la necesidad que se ha decidido cubrir, y el coste es el beneficio que se habría obtenido si los mismos recursos se hubieran empleado de manera diferente. No se trata de gastar lo menos posible, sino de hacer el mejor uso de los recursos que disponemos. En definitiva, la lógica de los análisis económicos de la salud se basa en la elección, en la manera de hacerla y en sus consecuencias.

### Estudios de evaluación económica

Las presiones económicas sobre los sistemas de atención a la salud<sup>1</sup>, la cuantía del consumo de medicamentos<sup>2</sup> y en Estados Unidos la creciente competencia por el mercado sanitario<sup>3</sup>, contribuyeron al desarrollo de métodos para evaluar los costes y resultados de la atención sanitaria. Las evaluaciones económicas completas comparan dos o más alternativas y, además, comparan tanto los efectos sobre los recursos (costes) como los efectos sobre la salud (beneficios o resultados). Los recursos se cuantifican en unidades monetarias, mientras que los resultados se miden de diferentes formas y existen diferentes tipos de estudios según cómo sean evaluados: coste-beneficio, coste-efectividad, coste-utilidad y análisis de minimización de costes.

Con el fin de reflejar la importancia no sólo de la expectativa de vida, sino también de su calidad, a finales de los setenta se propuso una medida única en la que se combinaran la cantidad de vida con la

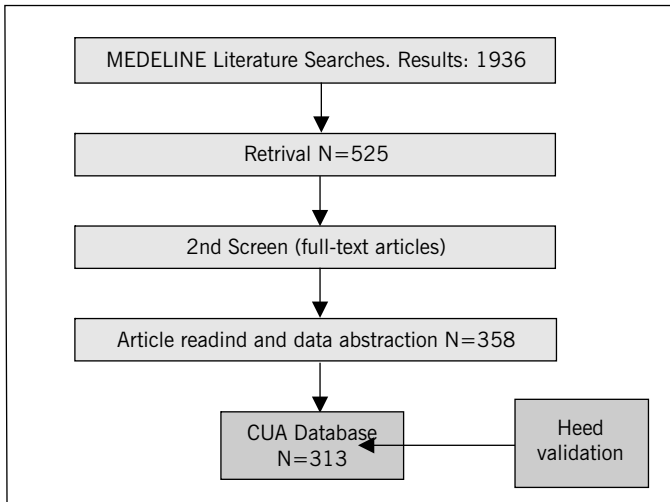


Figura 1. CUA registry process for 1998-2001 Studies

calidad de vida. Así nacieron los conceptos de año de vida ajustado por calidad (*quality-adjusted life year*), conocido como AVAC o QALY, y de análisis coste-utilidad. Muchos autores consideran que este tipo de estudios son un tipo de análisis de coste-efectividad. En los años noventa se ha seguido desarrollando el análisis coste-utilidad, y se han definido diferentes tipos de "utilidades" genéricamente conocidas como medición de la calidad de vida relacionada con la salud (*healthrelated-quality-of-life, HRQOL*). Para medir la calidad, se utilizan escalas de salud, que incluyen desde el valor 1 (salud ideal) al valor 0 (muerte), existiendo incluso valores negativos que corresponden a lo que el paciente considera peor que la propia muerte<sup>4</sup>.

Para la toma de decisiones colectivas sobre cuánto gastar en servicios sanitarios conviene saber si los beneficios del cambio tecnológico valen lo que cuestan. Contestar a esta pregunta requiere transformar los beneficios sanitarios (años de vida ajustados por calidad -AVAC- ganados, por ejemplo) en valores monetarios que puedan ser comparados con los costes. En términos económicos, se estima que un proceso o medicamento es coste-útil cuando la inversión por AVAC no supera los 30.000 €.

### El Registro CUA y el coste-utilidad de los tratamientos para la infección por el VIH y para la tuberculosis

Internacionalmente, existe un registro de análisis de coste-utilidad (Cost Utility Analysis: CUA registry), que es elaborado por la Escuela de Salud Pública de Harvard, que realiza una búsqueda sistemática de los artículos publicados en MEDLINE y selecciona aquellos que contienen elementos con interés coste-efectivo. Una vez analizados y auditados externamente, se incluyen en una base de datos y se elaboran recomendaciones, que pueden ser de utilidad para profesionales, industria o Administración Pública<sup>5</sup>. A modo de ejemplo,

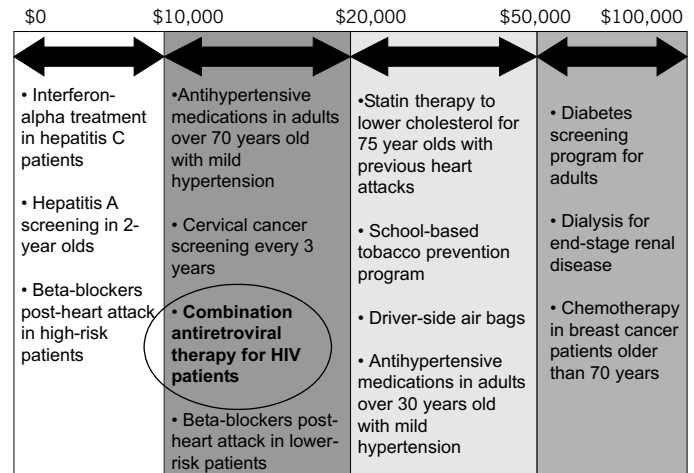


Figura 2. Cost per QALY (\$2002)

el proceso de registro, en el periodo 1998-2001, puede observarse en la Figura 1. En ese periodo se analizaron 30 y 15 CUAs de la infección por el VIH y de infecciones respiratorias, incluyendo la TBC, respectivamente. Aunque el elevado precio de algunos fármacos podría inducir a creer que el TARGA no es coste-efectivo, el coste por QALY de estas combinaciones está en el intervalo entre 10.000-20.000\$ (Figura 2); es decir, inferior a los 30.000 € por AVAC, anteriormente citado como referente. Es de resaltar, no obstante, que no siempre el TARGA es coste-útil y así, por ejemplo, en la prescripción a trabajadores debido a exposición accidental con sangre potencialmente contaminada, el coste por QALY se eleva a los 500.000 \$. Finalmente, el registro CUA dedica mucha menor atención al análisis de coste-utilidad de la tuberculosis, presumiblemente porque desde hace años es conocido que los programas de prevención de TBC son altamente coste-efectivos, incluso en población UDVP, habitualmente considerada de bajo cumplimiento<sup>6,7</sup>.

### Bibliografía

- Walley T, Davey P. Pharmacoeconomics: a challenge for clinical pharmacologists. *Br J Clin Pharmacol* 1995;40:199-202.
- Walley T, Haycox A. Pharmacoeconomics: basic concepts and terminology. *Br J Clin Pharmacol* 1997;43:343-8.
- Siegel JE, Torrance GW, Russell LB, Luce BR, Weinstein MC. Guidelines for pharmacoeconomic studies: recommendations from the Panel on Cost Effectiveness in Health and Medicine. *Pharmacoeconomics* 1997;11:159-68.
- Torrance GW, Feeny D. Utilities and quality-adjusted life years. *Int J Technol Assess Health Care* 1989;5:559-75.
- CUA Registry. Harvard School of Public Health, 2005. Accesible en: <http://www.tufts-nemc.org/cearegistry/index.html>

6. Snyder D, Paz A, Mohle-Boetani J, Fallstad R, Black R, Chin D. Tuberculosis prevention in methadone maintenance clinics. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:178-85.
7. Sanz-Granda A. Estudios de farmacoeconomía: Evaluación farmacoeconómica de la prevención de tuberculosis. *Panorama Actual Med* 2001;25:213-5.

## Infecciones en presos ¿influye la inmigración?

**Julio García Guerrero.** Centro Penitenciario de Castellón. Crtra de Alcora km 10. 12071 Castellón. E-mail: garciaj@comcas.es

En los últimos cinco años España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes procedentes de zonas del mundo de renta baja, fundamentalmente del norte de África, Latinoamérica y la antigua Europa del este. Tal es así que ahora mismo unos 4,5 millones de personas habitantes en España no nacieron aquí, lo que significa un 9% de la población total. Estos flujos migratorios son una fuente de riqueza para cualquier país receptor ya que, generalmente, los inmigrantes son las personas más capaces de su país de origen, jóvenes, sanos y con gran capacidad de trabajo. No obstante, los países que dan origen a este fenómeno suelen estar poco desarrollados y con malas condiciones higiénicas y de salubridad general, por lo que se ha señalado que esta población puede ser origen de un aumento, en el país receptor, de la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas, como tuberculosis, sida o determinadas hepatopatías virales.

El caso de la tuberculosis es paradigmático a este respecto. Hoy está fuera de duda que la inmigración está complicando la lucha contra la TBC en los países receptores de inmigrantes. Parece claro que la inmigración originaria de países con alta endemia tuberculosa ha interrumpido el declive de esta enfermedad que se había objetivado en países como Canadá, EE UU y otros de la Europa más rica; en España también se ha visto como, mientras las tasas descienden en población autóctona, suben marcadamente entre los inmigrantes<sup>1,2</sup>. Lo que no está tan claro es porqué enferman de TBC los inmigrantes en nuestro país, si es porque provienen de países con alta endemia de infección tuberculosa o es por la situación de debilitamiento, desnutrición, hacinamiento y, en general, pésimas condiciones de vida a las que se ven expuestos la mayoría de ellos a su llegada a España.

En el VIH la situación no parece ser igual a la de la TBC. España presenta tasas de infección por VIH muy superiores a las de los países origen de nuestros inmigrantes y los casos de Sida declarados entre esta población no llegan al 14% del total de 2005. Hay que hacer notar que esta proporción tiene una tendencia claramente ascendente, ya que en 1992 no llegaba al 1%. Lo que no está establecido es si este aumento indica un aumento en la incidencia entre esta población o es una simple consecuencia de su crecimiento. No hay datos sobre las hepatopatías virales C y B pero hay que suponer que su comportamiento será similar al del VIH ya que los

tres virus comparten vías de transmisión. Un reciente estudio aporta algunos datos globales sobre prevalencia de infecciones en inmigrantes y puede servir como referencia<sup>3</sup>. En él se confirma lo expuesto más arriba: 43% de pacientes tenía Mantoux  $\geq 10$ mm y se detectó 1,33% de serologías positivas para el VIH, 2,12% para VHC, 1,90% para sífilis y 3,38% de portadores de VHB.

En las cárceles estamos soportando el fenómeno del aumento de la población inmigrante de una forma mucho más explosiva que en la población general. Los últimos datos poblacionales publicados en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior<sup>4</sup> y en el Departamento de Justicia de la Generalitat catalana<sup>5</sup> se refieren al 30-06-2006. En esa fecha 63.685 personas estaban reclusas en las prisiones españolas y de ellas 22.231, el 34,90% del total, eran extranjeras, con un aumento en el último año superior al 10%. Existe poca información sobre este aspecto dentro de las prisiones. Un estudio objetivó que los reclusos inmigrantes tenían menores tasas de infección VIH y VHC<sup>6</sup>, pero no hemos encontrado más publicaciones significativas al respecto, ni estudios que comparen el estado de salud de los presos inmigrantes con el de los autóctonos. Podría pensarse que, a priori, la población inmigrante debe tener carencias de salud más importantes a su entrada en prisión que el resto de los inmigrantes y, mucho más, que la población española que igualmente sufre encarcelamiento, pero no hay estudio alguno que compare ambos grupos de individuos. Nos planteamos el tener una idea lo más exacta posible de la patología con la que ingresan las personas en nuestra prisión y establecer diferencias si las hubiere, entre inmigrantes y autóctonos.

Realizamos un estudio prospectivo y descriptivo en el que recogimos información de variables sociodemográficas y clínicas de todas las personas que ingresaron por primera vez en prisión, y lo hicieron en nuestro Centro, a lo largo del año 2005. Obtuvimos los datos de entrevistas con todos los pacientes a su ingreso y de consultas en las Historias Clínicas. Todos los pacientes prestaron su consentimiento informado escrito previo a su participación en el estudio. Se realiza un estudio descriptivo y se comparan variables cualitativas mediante el test de  $\chi^2$ , y cuantitativas mediante el test de la T de Student. Utilizamos modelos de regresión logística binaria para determinar Odds en aquellas comparaciones en las que existen diferencias estadísticamente significativas. Los datos se analizaron con SPSS v.12.

Tuvimos 264 primeros ingresos, 18 (7%) de ellos fueron excluidos del estudio: 1 por negativa y 17 por información incompleta. Entre los 246 restantes 230 (93,5%) eran varones. La edad media del conjunto fue de 31,9 años (IC 95%: 30,6-33,1), mayor en los españoles (33,9 vs. 30,7.  $p=0,023$ ). 89 (36%) fueron españoles y 157 (64%) extranjeros, de los que 96 (61,6%) residían ilegalmente en España. Las nacionalidades de los ingresados extranjeros se detallan en la Tabla 1. El tiempo medio de estancia en España de los extranjeros antes de su entrada en prisión era de 36,6 meses (IC 95%: 28,3-44,9), con diferencias según tuvieran residencia legal o no: 64,2 meses (45,7-82,7) vs 19,1 (14,9-23,3),  $T=4,8$ ;  $p<0,0001$ . 24,7% de españoles referían consumo de algún psicotropo a su ingreso, por sólo 13% de extranjeros ( $p=0,0001$ ). En la Tabla

País	N	%
Total	246	100
España	89	36,2 (del total)
Inmigrantes	157	63,8 (del total)
Rumania	63	40,1 (de los extranjeros)
Marruecos	39	24,8 (de los extranjeros)
Argelia	8	5,1 (de los extranjeros)
Colombia	8	5,1 (de los extranjeros)
Ecuador	6	3,8 (de los extranjeros)
Bulgaria	5	3,2 (de los extranjeros)
Turquía	4	2,5 (de los extranjeros)
Brasil, Francia, Hungría	3	1,9 (de los extranjeros)
Portugal	2	1,3 (de los extranjeros)
Alemania, Argentina, Bolivia, Chequia, Eslovaquia, R. Dominicana, Georgia, Italia, Letonia, Moldavia, Nigeria, Sierra Leona y Venezuela	1	0,7 (de los extranjeros)

Tabla 1. Nacionalidades de los pacientes incluidos

Droga	Consumo de drogas referido al ingreso		Significación	Odds Ratio	I. C. 95%
	Espanoles	Extranjeros			
Tabaco	79 (88,8%)	114 (72,6%)	$\chi^2 = 8,77$ $p = 0,003$	2,98	1,41-6,28
Alcohol	51 (57,3%)	69 (43,9%)	$\chi^2 = 4,05$ $p = 0,044$	1,71	1,01-2,89
Cocaína	34 (38,2%)	9 (5,7%)	$\chi^2 = 41,5$ $p = 0,001$	10,2	4,60-22,60
Hachís	21 (23,6%)	6 (3,8%)	$\chi^2 = 8,96$ $p = 0,003$	2,9	1,40-6,00
Benzos	13 (14,6%)	6 (3,8%)	$\chi^2 = 9,27$ $p = 0,002$	4,3	1,60-11,80
Heroína	12 (13,5%)	3 (1,9%)	$\chi^2 = 13,28$ $p = 0,001$	8	2,20-29,20

Tabla 2. Diferencias en el consumo de drogas.

2 se detalla el consumo según las sustancias y las diferencias entre los grupos.

Encontramos 51 pacientes (32,5%) extranjeros con Mantoux  $\geq 10$  mm por sólo 14 (15,7%) entre los españoles ( $p=0,004$ ), mientras

	Características clínico-serológicas			Significación	O.R. I.C.95%
	Total Muestra (246)	Espanoles (89)	Extranjeros (157)		
PPD $\geq 10$	65 (26,4%)	14 (15,7%)	51 (32,5%)	$\chi^2 = 8,22$ $P = 0,004$	0,38 0,20-0,75
HBsAg+	5 (2%)	0 (0%)	5 (3,2%)	$\chi^2 = 2,83$ $p = 0,089$	
HBcAc+	48 (19,5%)	11 (12,4%)	37 (23,6%)	$\chi^2 = 4,54$ $p = 0,033$	0,46 0,22-0,95
VHC+	12 (4,9%)	9 (10,1%)	3 (1,9%)	$\chi^2 = 8,23$ $p = 0,004$	5,78 1,52-21,92
VIH+	7 (2,8%)	6 (6,7%)	1 (0,6%)	$\chi^2 = 7,66$ $p = 0,006$	11,30 1,30-95,31
RPR+, TPHA+	4 (1,6%)	0 (0%)	2 (2,6%)	$\chi^2 = 2,31$ $p = 0,129$	

Tabla 3. Características clínico-serológicas según el origen de los pacientes

que en el caso del VIH sucedía a la inversa: 6 (6,7%) vs 1 (0,6%),  $p=0,006$ . Las demás características serológicas se muestran en la Tabla 3.

Los resultados que obtenemos muestran como también en las pruebas se da un aumento de la población achacable a la inmigración, pero también que, salvo quizás en el caso de la Tuberculosis, no hay que prestar a la población inmigrante una atención especial ya que su estado de salud es equiparable e incluso mejor al de la población autóctona.

## Bibliografía

1. Orcau A. Casos importados y control en Barcelona. *Enf Emerg* 2004;6:246-8.
2. Ordobás M, Cañellas S. Tuberculosis en personas de origen extranjero en la Comunidad de Madrid. *Enf Emerg* 2004;6:245-6.
3. Gimeno LA, Fernández de Alarcón I, Pérez-Alonso E, Peñalva D, Ruiz-Giménez JL, Martín-Ramos E. Examen de Salud a inmigrantes en Atención Primaria. *Enf Emerg* 2006;8:40-7.
4. [www.mir.es/instpeni/archivos/mensual.pdf](http://www.mir.es/instpeni/archivos/mensual.pdf) (Acceso el 18-09-2006).
5. [www.genocat.net/justicia/doc/doc\\_16876593\\_1.pdf](http://www.genocat.net/justicia/doc/doc_16876593_1.pdf) (Acceso el 18-09-2006)
6. Siaz de la Hoya P, Bedia M, Murcia J, Cebriá J, Sánchez-Payá J, Portilla J. Factores predictivos de infección por el VIH, VHC y coinfección en la población reclusa de una prisión española. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23:53-7.