

Solicitud del VIH en Atención Primaria. Una estrategia de sensibilización

Amaia Benito Benito¹, Itziar Albaina Bakaikoa¹, Itxaso Brouard Maiz¹, Maider Etxabe Saenz de Zaitegi¹, Ángela Fuentes Campos¹, Luis Alfonso Rodríguez Menarguez¹.

¹Médicos de familia. Unidad docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

E mail de contacto: abenibeni@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo:

Evaluar en nuestro medio si la formación/actualización de las/os profesionales en medicina familia en la epidemiología del VIH y el adiestramiento en técnicas de comunicación es capaz de mejorar su conocimiento sobre VIH y de incrementar el número de solicitudes de test del VIH, disminuyendo así el diagnóstico tardío de la infección.

Métodos:

Estudio cuasi-experimental tipo antes-después realizado en 4 Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barrualde-Galdakao de Osakidetza. Se realizó una intervención con doble vertiente. Una vertiente directa a los profesionales mediante 3 sesiones en los 4 EAP; la primera sobre conocimientos teóricos acerca de epidemiología y criterios de recomendaciones para la solicitud de VIH; la segunda, sobre técnicas de comunicación para el abordaje de hábitos sexuales y petición de pruebas; y la tercera, de refuerzo y para compartir dificultades halladas.

Se excluyó a los médicos sustitutos, tutores de las residentes y a aquellos que no hubieran acudido a dos de las tres sesiones. Se realizó una encuesta ad hoc sobre conocimientos teóricos de VIH y dificultades para el abordaje de hábitos sexuales previa a la primera y tercera sesión. La segunda vertiente consistió en reforzar la intervención indirectamente mediante trípticos informativos para los pacientes (en 4 idiomas) y carteles que se fijaron en los centros. La intervención se realizó durante 8 meses y se compararon los datos con los 8 meses previos a ella. Se analizaron las variables de las respuestas de las encuestas y el número de solicitudes de VIH contabilizadas (antes y después).

Resultados:

El número de peticiones de VIH se incrementó un 46% en los 4 EAP intervenidos ($p < 0.05$), sin hallar diferencias en el resto de centros de la misma OSI no intervenidos. En las encuestas realizadas a las y los participantes se objetiva un aumento de conocimientos teóricos de los profesionales (44%) y mejora en el abordaje de hábitos sexuales tras la intervención.

Conclusiones:

En el ámbito de la atención primaria es factible aumentar el número de solicitudes de pruebas de VIH mediante intervenciones de sensibilización sobre médicos y pacientes.

Palabras clave: VIH, Atención Primaria, formación.

HIV testing in Primary Care. An awareness raising strategy

ABSTRACT

Objective

To evaluate in our community if training/coaching Family Physicians on communication skills and updated HIV epidemiology; is capable of increasing professionals knowledge on HIV and testing, reducing therefore late diagnosis of HIV infection.

Methods:

Quasi-experimental before and after study conducted on 4 Primary Care Teams (PCT) of Barrualde-Galdakao Integrated Health Organization (IHO). Two-fold intervention was designed. One-fold was direct intervention to professionals through 3 sessions conducted on the 4 PCT; first session about HIV epidemiology and recommendation criteria for HIV testing; second session about communication skills to approach sexual behaviours and HIV testing; and the last one, reinforcement session to share difficulties throughout. The medical tutors of the authors, locum physicians and physicians that didn't complete minimum assistance to two of the three sessions; were excluded. Before the first and the third last session, an ad-hoc questionnaire about theoretical knowledge on HIV and difficulties to approach sexual behaviours was addressed to professionals. Second fold was indirect intervention among patients, using patient information leaflets in the form of triptychs and wall posters. The intervention period was 8 months, and data was compared to the prior 8-month period. Before and after HIV testing and variables on questionnaire answers were analyzed.

Results:

The number of HIV testing increased by 46% on the 4 PCT of Intervention ($p < 0,05$), with no differences shown in the rest of non-intervention PCT of the same IHO. Questionnaires displayed an improvement on theoretical knowledge of professionals on HIV (44%) and on sexual behavior approach, after intervention.

Conclusions:

Is feasible to increase HIV testing on Primary Care by awareness raising strategies among professionals and patients.

Keywords: HIV, Primary Care, Training.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico tardío de VIH tiene consecuencias negativas, no sólo para la persona sino también para el resto de la población. El tratamiento individual es más costoso y con peor resultado. Además, las personas no diagnosticadas suponen un riesgo añadido para la propagación de la epidemia. Por este motivo, el diagnóstico precoz se ha convertido en una prioridad a nivel mundial.

Aunque según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su hoja informativa de 2015, el número de muertes por VIH y nuevas infecciones va en descenso, de acuerdo con los datos del European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa (UE/CEE) se ha incrementado, aumentando en 835 diagnósticos de 2013 a 2014. En 2014 fueron diagnosticadas 29.992 personas en 31 países de la UE/CEE, siendo el modo de transmisión principal HSH (hombres que tienen sexo con otros hombres) con un 42,3% seguido del contagio heterosexual con un 32,8%. Destaca que el 47% fueron diagnósticos tardíos (definido como un recuento de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico menor de 350 c./ μ l)^{1,2}.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) durante 2014, según datos del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, se registraron 152 nuevos diagnósticos de VIH con edad media de 37,01 años, de los cuales el 47,7% presentó diagnóstico tardío, datos similares a los observados en el resto de Europa³.

En varios estudios a nivel nacional se objetiva que la promoción del diagnóstico y tratamiento precoces de VIH/ITS en Atención Primaria (AP) en España es insuficiente^{4,5}. En relación a esta circunstancia, algunos autores lo atribuyen a la dificultad expresada por el personal médico de Atención Primaria, a nivel de relación y comunicación, para ofertar el test del VIH en sus consultas^{5, 6, 7}. Aunque todavía existe la creencia entre muchos profesionales de que la oferta de la

prueba a los pacientes puede ser recibida con recelo, estudios recientes en nuestro medio demuestran la alta aceptación de la oferta rutinaria^{8,9}.

Por otro lado, algunos autores apuntan hacia los programas de entrenamiento para mejorar el conocimiento de las y los profesionales en cuanto a las recomendaciones y peticiones de test del VIH¹⁰.

Existe suficiente evidencia de que la oferta rutinaria del test VIH es coste efectiva si la seroprevalencia es $\geq 0.1\%$ (en España se estima una prevalencia de 0.3%). Las recomendaciones de grupos de expertos entre los que se encuentran los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) y The American College of Physicians (ACP) defienden el screening poblacional por grupos de edad. En EEUU se realiza de manera rutinaria el test a través de la estrategia "opt-out testing"¹¹.

La Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, aprobada en 2014 por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, propone ofertar la prueba de manera rutinaria a la población entre 20 y 59 años sexualmente activa, que precise una extracción de sangre por cualquier motivo y que resida en alguna de las provincias cuya tasa de nuevos diagnósticos esté por encima del percentil 75 (siendo Bizkaia una de ellas). Se mantienen las indicaciones de oferta dirigida y realización obligatoria de la misma¹².

Por otra parte, en nuestra comunidad autónoma se ha establecido como prioridad estratégica disminuir las infecciones de transmisión sexual y el diagnóstico tardío del VIH, incidiendo especialmente en la prevención¹³.

Dada la accesibilidad de la población a la Atención Primaria y la longitudinalidad de la misma, parece que la posición del personal médico de este ámbito es privilegiada para la promoción del test. Actividades como la evaluación clínica inicial del paciente, oferta normalizada de la prueba, la comunicación del resultado, el asesoramiento pre y post-prueba y su deriva-

ción a la unidad específica de atención especializada son actividades propias de las y los médicos/as de familia¹⁴.

Tras la revisión de la epidemiología y la situación actual de diagnóstico tardío de VIH nace la idea de realizar este estudio de intervención. El propósito es valorar en nuestro medio si la formación/actualización de las y los médicos de familia en la epidemiología del VIH y el adiestramiento en técnicas de comunicación, ayudados por material informativo para la sensibilización de la población, es capaz de mejorar la capacidad para abordar la oferta de la prueba al paciente y de aumentar el número de peticiones de VIH; confiando en que si así se realiza, contribuiríamos a desvelar la infección oculta y de manera secundaria a reducir la alta tasa de diagnóstico tardío.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasi-experimental tipo antes-después.

El estudio se realizó en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barrualde-Galdakao de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Esta OSI atiende a una población de algo más de 300.000 habitantes. La asistencia primaria se realiza en un total de 17 Equipos de Atención Primaria (EAP) y la atención del segundo y tercer nivel se dispensa a través del Hospital de referencia de Galdakao.

Para la intervención se eligió de forma intencional no aleatoria cuatro de los EAP (en adelante denominados equipos de intervención, EI). Estos se caracterizan por ser todos centros acreditados para la docencia de residentes de medicina familiar y comunitaria y que cuentan con 10 o más médicas/os de AP, en los que, además, estaban realizando la formación MIR los y las autores/as de este trabajo.

- EAP Basauri-Ariz (28104 habitantes): 18 cupos médicos
- EAP Basauri-Kareaga (16345 habitantes): 11 cupos médicos

- EAP Abadiño-Elorrio-Berriz (24877 habitantes): 16 cupos médicos
- EAP Aiala (18965): 11 cupos médicos

La intervención tuvo dos vertientes:

A. Intervención sobre médicas/os: consistió en 3 sesiones en el propio centro.

En la primera (“sesión de sensibilización”) el objetivo principal era sensibilizar a las/os médicas/os sobre el problema epidemiológico. Se realizó una presentación de 30 minutos utilizando datos de la CAPV del año 2013 en relación con los nuevos diagnósticos VIH, diagnósticos tardíos y criterios de recomendaciones para la solicitud de la prueba. Posteriormente se abrió un debate para la aclaración de dudas de al menos 20 minutos. Después se entregaba a los médicos un tríptico informativo con el resumen de la sesión (figura 1). Se cumplían así dos objetivos, por una parte se sensibilizaba sobre el problema epidemiológico y por otro, se hacían públicas las recomendaciones de la guía¹².

La segunda sesión (“venciendo las dificultades”) se realizó dos semanas más tarde de la primera. En esta sesión se escenificaban durante 30 minutos las mejores técnicas de comunicación para abordar el ofrecimiento de la prueba a las y los pacientes. Se utilizaron para ello tres videograbaciones tipo role-playing creadas ad hoc con tres escenarios tipo. Se realizaba un debate posterior de 30 minutos.

En la tercera sesión (“sesión de refuerzo”), se recordaban los datos epidemiológicos y las recomendaciones de la guía, se aclaraban dudas y se compartían experiencias, dificultades y soluciones sobre el proceso.

Estas tres sesiones fueron impartidas por dos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Bizkaia formadas ex profeso.

B. Intervención sobre la población: la intervención se hizo de manera indirecta sobre las y los pacientes. En los 4 equipos de intervención (EI) se colocaron carteles elaborados por Osakidetza para la promo-

FIGURA 1.

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH

CATEGORIA A (1 o varios de los siguientes)

- Infección asintomática por VIH
- Linfadenopatias generalizadas persistentes
- Infección aguda por VIH
- Ausencia de eventos B o C

CATEGORIA B (cuadros clínicos no incluidos en C que cumplen 1 de los siguientes criterios)

- Cuadros atribuidos a infección por VIH o que indican un defecto en la inmunidad celular (Ej. Angiomatosis bacilar, **candidiasis orofaríngea-Muguet-** o **vulvovaginal persistente**; leucoplasia oral vellosa; **herpes zoster multimetamérico** o **≥ 2 episodios**; PTI; cuadro constitucional con fiebre >38.5°C o **diarrea > 1 mes**; displasia cervical moderada-severa-carcinoma in situ cervical-; Listeriosis; EIP sobre todo si complicada con abscesos tubo-ováricos; **neuropatía periférica**; ...)
- Cuadros clínicos cuya evolución estén complicados por VIH a criterio del médico

CATEGORIA C (cuadros recogidos en la definición SIDA)

- Infecciones
 - Digestivas:** **Candidiasis esofágica**; Enfermedad no hepática por CMV (esofagitis, colitis); Esofagitis herpética; Diarrea crónica (>1mes) por *Cristosporidium* o *Isospora*; Septicemia recidivante por *Salmonella*.
 - Respiratorias:** **Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar**; bronquitis o neumonía herpética; **TBC pulmonar**; Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* o **Neumonía bacteriana de repetición (≥ 2 en 1 año)**.
 - Neurológicas:** **Criptococosis (meníngea)**; **Toxoplasmosis cerebral**; Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva; Encefalopatía VIH.
 - Ocular:** Retinitis por CMV
 - Cutáneas:** **Herpes simple crónica (>1 mes)**
 - Infecciones diseminadas:** **TBC extrapulmonar**; ID por *Mycobacteria Avium Complex (MAI)*; *Mycobacterium Kansasi* u otras micobacterias; **Coccidioidomicosis** e **Histoplasmosis extrapulmonar**; CMV no hepatoesplénica ni ganglionar.
- Neoplasias
 - Cáncer de cérvix invasor; Sarcoma de Kaposi cutáneo o mucoso; Linfoma no Hodgkin fenotipo B o indeterminado de células pequeñas no hendidas o inmunoblástico; Linfoma de Burkitt; Linfoma Cerebral Primario.
- Otros
 - Síndrome de emaciación secundario a VIH (*wasting syndrome*)

Derivación a:

Nombre, Apellidos
Teléfono de CONTACTO
DATAR posible infección y
Vía de transmisión.

94 400 71 00

Atención de: CONSULTAS EXTERNAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Si ETS: BOMBERO ECHANIZ. TLF: 94 400 69 69 (L-V Previa cita)

Vías de transmisión:
Transfusión sanguínea.
Pinchazo accidental con sangre VIH+.
Coito anal o vaginal RECEPTIVO no protegido
Coito anal o vaginal INSERTIVO no protegido
Sexo orogenital receptivo

MANEJO DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA

Arriakuan egon zara? Zalantzak argitu

GIB/HIESaren proba egin **HEMEN**

WE ALL HAVE AIDS

ASINTOMÁTICOS

REALIZACIÓN OBLIGATORIA	OFERTA DIRIGIDA	OFERTA RUTINARIA
<ul style="list-style-type: none"> Donantes de sangre Estudio de donantes de órganos o tejidos Usuarios de técnicas de reproducción asistida Obtención y recepción de semen. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición al VIH: accidental, parejas sexuales VIH+. Procedente de países con alta prevalencia (tabla 2). Criterios recogidos en tabla 1. 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazadas Internos en instituciones penitenciarias Población sexualmente activa 20-59 años que requiera una extracción de sangre para analítica (por cualquier motivo)*, o conducta de riesgo (> 1 pareja sexual)

*Oferta rutinaria aceptada para provincias con nuevos diagnósticos de VIH > p75 para este rango de edad (Bizkaia).

SINTOMÁTICOS

- Enfermedades Indicadoras de infección VIH ver tabla
- Enfermedades DEFINITORIAS de SIDA (C)
- Compatible con PRIMOINFECCIÓN

Tabla 1: OFERTA DIRIGIDA

Personas que lo soliciten por EXPOSICIÓN DE RIESGO
Parejas sexuales de personas VIH+
UDIs (Usuarios Drogas IV) y sus parejas sexuales
HSH y sus contactos sexuales (mujeres y hombres)
PEP (personas que ejercen la prostitución) y sus CLIENTES
Personas heterosexuales con >1 pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos 12 meses
Personas que desean DEJAR DE UTILIZAR PRESERVATIVO con sus parejas
Agresión sexual
Exposición de riesgo al VIH: ocupacional, accidental
Países de alta prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales

Tabla 2: PAÍSES CON ALTA PREVALENCIA DE VIH (>1%) según informe global de ONU-SIDA

ÁFRICA SUB-SAHARIANA: Angola, Benín, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Kenia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Namibia, Nigeria, República Central Africana, República Unida de Tanzania, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Suazilandia, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue.
EUROPA CENTRAL Y DEL OESTE : Estonia
SUR Y SUDOESTE ASIÁTICO : Tailandia
ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA : Djibuti
CARIBE : Bahamas, Haití, Jamaica, Trinidad-Tobago
LATINOAMÉRICA : Belice, Guyana.

ción de la realización de la prueba (figura 2). Así mismo, en las salas de espera se dejaron trípticos informativos aconsejando el diagnóstico precoz de la infección (figura 3). El material informativo se colocó coincidiendo con la primera sesión y estuvo visible durante los 8 meses restantes.

Por otro lado, el equipo investigador diseñó una encuesta ad hoc que tenía el objetivo de conocer la percepción que tenían los profesionales médicos sobre el problema del diagnóstico precoz del VIH en atención primaria. En la encuesta se recogían preguntas sobre conocimientos epidemiológicos, recomendaciones de realización de la prueba y dificultades de abordaje comunicacional con los pacientes. Fueron preguntas de respuesta múltiple. Las encuestas eran anónimas y se pasaron a todos los profesionales 15 minutos antes de la primera y de la tercera sesión.

Las unidades objeto de estudio fueron las y los facultativos/as de los citados EI. Debían ser médicos/as estables de plantilla y tener una continuidad en el

cupo de al menos un año. Se excluyeron a las tutoras de las y los residentes impulsores del trabajo de investigación. También se excluyeron a los que rehusaban participar en el estudio y los que no completaban la intervención (debían asistir al menos a dos de las tres sesiones). Los datos de las pruebas VIH se obtuvieron del Servicio de Laboratorio central de la OSI.

Las dos primeras sesiones se realizaron durante el mes de mayo de 2014 y la tercera se realizó en octubre de ese mismo año, con el objetivo de tratar de paliar el decrecimiento que tienen los impactos de sensibilización con el paso del tiempo.

Se analizaron las variables de las respuestas de las encuestas (antes y después) y el número de solicitudes de VIH contabilizadas desde octubre de 2013 hasta mayo de 2014 (solicitudes antes de la intervención) en relación a las solicitadas desde junio de 2014 hasta enero de 2015 (solicitudes después).

Para la medición del número de solicitudes antes y después también se utilizó como grupo control al

FIGURA 2.



conjunto de los EAP de la OSI que no fueron objeto de la intervención (13 EAPs).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

– En relación con las y los sanitarios/as: la participación fue totalmente voluntaria. El jefe de cada equipo anunció con suficiente antelación la fecha y el propósito de las sesiones, que se realizaban en horario laboral, en días en que las agendas de las consultas estaban expresamente acondicionadas para la sesión. Los horarios de las sesiones estuvieron sujetos a la organización de cada EI.

Antes de comenzar la sesión se expusieron las condiciones del estudio y se solicitó el consentimiento para la participación de cada uno de los médicos.

– En relación con la población: el material informativo que se colocó en las mesas de las salas de espera recogía información de la guía de recomendaciones¹² y los carteles de las paredes habían sido confeccionados por Osakidetza. Cada médico de forma individual y en su propia consulta, pedía el consentimiento a cada paciente para la realización de la prueba (Información preprueba. Consentimiento verbal. Anotación en la historia clínica).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ofreció la participación a todos los profesionales médicos. De cualquier forma, para considerar válidos los resultados, y basándonos en estudios previos¹⁶, para lograr un incremento de 15 puntos porcentuales en el número de solicitudes, con un grado de confianza del 95% y considerando una potencia del 80%, debíamos contar con al menos la participación de 25 médicos/as.

Análisis de medias y proporciones. La diferencia entre la medición inicial y final del número de pruebas se llevó a cabo mediante la T-Student para comparación de medias apareadas. Se analizaron los resultados con el paquete estadístico SPSS 19

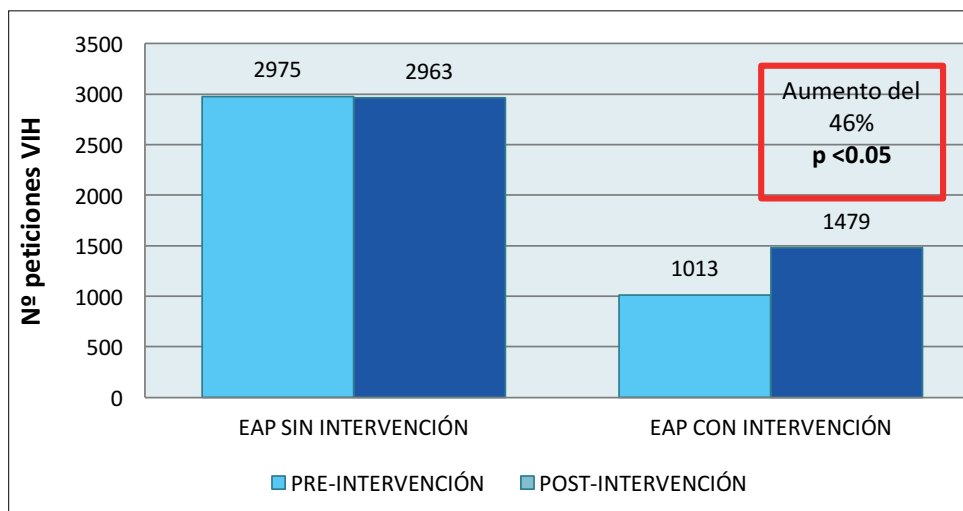
RESULTADOS

Asistieron a la primera sesión de sensibilización 56 profesionales de los 4 EI (el 100%). Segregando los datos por sexos, nos encontramos 26 varones (el 46,4%) y 30 mujeres (53,6%). Los criterios de exclusión para el conteo final fueron: no asistencia a alguna de las otras 2 sesiones de intervención (25%) y la eliminación del sesgo de las 6 profesionales que tutorizaban a los y las autores/as de este trabajo. Por lo que finalmente, se incluyeron los datos de 36 profesionales médicos (64% de participación). De estos 36 profesionales resultantes, 20 fueron varones (55,5%) y 16 mujeres (44,4%). En los 8 meses previos a la intervención, se realizaron 1.013 peticiones de VIH en los 4 EI y 2.975 en los otros 13 Equipos de Atención Primaria de la OSI. Hubo un aumento significativo de peticiones en el periodo de 8 meses siguientes, siendo de un 46%, (466 peticiones más) en los 4 EI, sin apreciar cambios en el resto de EAP no intervenidos de la OSI, con un descenso del 0.4% (12 peticiones menos) ($p < 0,05$) (tabla 1).

Analizando los datos de los EI de manera individualizada, los incrementos mayores se produjeron en dos de los EAP, Aiala con un incremento del 57,7% y Abadino-Elorrio-Berriz con un 52%. En un tercer EI (Basauri-Kareaga) el incremento fue más discreto (15,4%). En el cuarto EI (Basauri-Ariz) no se produjo ningún incremento (mismo número de peticiones).

En cuanto a la encuesta, inicialmente se realizó a los 56 profesionales que acudieron a la primera sesión. La encuesta postintervención se realizó a los 36 profesionales que completaron la formación. En los resultados de la encuesta postintervención aumenta el porcentaje de conocimientos teóricos actualizados sobre el VIH (del 32,18% al 46,58%). Respecto al abordaje de hábitos sexuales en consulta, los profesionales afirman realizarlo en mayor proporción tras la intervención (del 23,52% al 53,84%). Además, perciben una mejoría en sus capacidades; así, del 11,76%

TABLA 1. PETICIÓN DE PRUEBAS VIH



que consideraba solicitar las peticiones de VIH adecuadamente se pasó al 23,33% y del 58,82% del que creían verse capaces de asesorar tras un resultado positivo se pasó al 69,23% (tabla 2).

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que, mediante una intervención formativa, se puede mejorar la petición de

pruebas de VIH, el abordaje de los hábitos sexuales y los conocimientos teóricos sobre VIH en AP.

Consideramos que la intervención realizada es pertinente en el momento actual dado el llamativo porcentaje de diagnóstico tardío del VIH en nuestro medio (en 2014, en la CAPV 47,7%)³.

Coincidiendo con la preparación de la investigación, se publicó la Guía de “Recomendaciones para

TABLA 2. RESULTADOS DE ENCUESTAS A PROFESIONALES:

TOTAL ENCUESTAS PREINTERVENCIÓN: 56, TOTAL ENCUESTAS POSTINTERVENCIÓN: 36

Tipos de preguntas	Preintervención	Postintervención
Preguntas teóricas respuesta múltiple una sola verdadera Epidemiología y recomendaciones	32,18%	46,58%
Pregunta con respuesta múltiple para elegir varias opciones. ¿Abordas los hábitos sexuales en consulta?	Sí: 23.52% No: 25.49% Según edad:54.90% Según sexo: 3.92% Según la apariencia: 3.92%	Si: 53.84% No: 12.82% Edad: 51.28% Sexo: 7.69% Según la apariencia: 7.69%
Pregunta con respuesta múltiple para elegir 1 opción ¿Crees que solicitas las peticiones de VIH necesarias?	Casi nunca: 9.80% Menos de las necesarias:74.50% Adecuadas: 11.76% Más de las necesarias: 1.96%	Casi nunca: 3,33% Menos de las necesarias: 76,92% Adecuadas:23,33% Más de las necesarias: 0%
Pregunta con respuesta múltiple para elegir 1 opción ¿Te sientes capacitado para realizar un asesoramiento si el resultado fuese positivo?	Sí: 58.82% No: 39.21%	Sí: 69,23% No: 30, 77%

el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario¹², por lo que pudimos introducir las recomendaciones y difundir la nueva guía entre las y los profesionales.

La intervención descrita se mostró efectiva, con un incremento medio de las solicitudes de pruebas de VIH cercano al 50%, respecto a los 8 meses previos, aunque el aumento de peticiones presenta variabilidad inter-equipos. El aumento total del número de peticiones se relaciona, en su gran mayoría, con dos de los EI. Desconocemos los motivos de esa variabilidad, aunque las características de los equipos que mejor se comportaron eran diferentes (eran EAP más pequeños, con menos presión asistencial y estaban en un entorno rural) y sin embargo, los que presentaron menores incrementos eran EAP grandes de áreas urbanas. Creemos que merece la pena analizar estas diferencias en posteriores estudios.

Aunque los resultados son favorables, una de las limitaciones ha sido la pérdida de algunas/os profesionales que no completaron la intervención diseñada (25%). De cualquier forma, creemos que la inasistencia a algunas sesiones, no es sino el reflejo de las condiciones de nuestro trabajo diario, porque algunos profesionales no pudieron acudir a las sesiones por excesos de consultas o por la realización de avisos domiciliarios.

Por otro lado, el periodo estival, con las ausencias por vacaciones y la contratación de algunos sustitutos, han supuesto una dificultad añadida en el seguimiento homogéneo del periodo postintervención.

Durante las 3 sesiones, se trabajaron conocimientos teóricos y técnicas de comunicación para ayudar al abordaje de hábitos sexuales, que es la mayor limitación que autoperceben los médicos de familia para una mayor y más precoz detección de VIH^{5,6}. En este sentido, consideramos que la utilización de videgrabaciones con situaciones simuladas, ha sido fundamental para la fase de sensibilización de los profesionales médicos participantes, método que ya se ha

mostrado efectivo en otras publicaciones¹⁵. Además de aumentar los conocimientos teóricos, los profesionales se mostraban más capaces a la hora de abordar los hábitos sexuales de sus pacientes (de un 24% al 54%).

Se decidió deliberadamente no incluir como variables en el estudio los datos de las y los pacientes a los que se les pedía la prueba, con intención de preservar el funcionamiento habitual de las consultas y no tener que asociar un formulario a cada petición.

En este sentido, aunque no hemos medido el grado de aceptación de la prueba por parte del paciente, sí realizamos un feedback cualitativo en la última reunión con el personal médico participante. Los comentarios apuntan a una aceptación de manera mayoritaria, siendo las negativas casi anecdóticas. Esto refuerza las tesis de otros estudios en nuestro medio¹⁶. De igual manera, al no recoger los datos de las y los pacientes, no hemos podido medir la intervención indirecta dirigida a los mismos, aunque creemos que la mejora en los EI con respecto al resto de EAP, puede ser reflejo de la intervención conjunta realizada a las y los profesionales y a las/os pacientes.

Desconocemos si las diferencias favorables encontradas en los equipos de intervención, se mantendrán más allá de los 8 meses, porque sabemos, que los efectos de las intervenciones disminuyen con el tiempo. Nos parece importante trabajar en el diseño de intervenciones continuadas en el tiempo y así realizar estudios prospectivos con seguimientos más amplios.

De cualquier forma, a pesar de las limitaciones de este trabajo, nuestros resultados son muy prometedores, porque revelan que en Atención Primaria es factible conseguir un aumento de peticiones del test del VIH, un paso fundamental a la hora de conseguir objetivos finales como son el aumento de diagnóstico precoz y la disminución del número de personas portadoras que desconoce su condición.

OTROS AUTORES

Guillermo Cairo Rojas¹

¹Médico de Familia. Técnico de la Unidad docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

AGRADECIMIENTOS

Las y los siguientes médicas/os han colaborado en la realización del estudio:

EAP ARIZ

Z. AmestiGoyogana, A. Berganza Setien, ChirapozuMendibil, M.A. Durana Villanueva, M. EtxeguibelBicuña, A. FernándezMartínez, J. Gómez Paz, A. González Echave, M.J. Isuskiza Carro, R. Lejarza Azula, V. López Palacios, A. LópezRodríguez, L. MarijuanArcocha, M. MartínezÁlvarez, J.L. Padierna Acero, M.C. Robledo Martín, M.L. Romaña Lombo y J. Torcal Laguna.

EAP KALERO

G. González Martín, J. March Roca, M.J. Osuna Aguilar, E. Pérez Fernández, J.I. Fraile Esteban, J.R. Martín Beñaran, E. Marzo Jurico, F. Medel Rocandio.

EAP AIALA

J. Basterrica Larrea, I. Bilbao Armas, E. Calvo Moreira, F. Galván Lago, M.L. Gastiasoro Cuesta, J. LópezFernández, J.R. Oribe Bárcena, A. Román Cabanillas, B. UriondoSabaldua, K. ZubiriaSopena, M.A. Arriaga Bayo, J.J. Bilbao Usatorre, F.J. Gil Bengoa, A.I. Izagirre Berasategui, R. González Santisteban.

EAP ABADIÑO-BERRIZ-ELORRIO

I. InchaustiErdoiza, M.C. Martínez Curiel, J.M. Ezquerro Mañaricua, M.J. Gongeta Arregui, F. SolagurenMagunacelaya, A. Abaunza Badaya, B. Catania Agüero, F. Dávila García, I. Lasa Beitia, M. UnzurrunzagaAltube, A. Bolinagalrisarri, E. Ibarruri Martínez, I. Gorroño, A. Etxebarria.

Agradecimiento especial a Mohammed Filali-Boukhriss por la traducción, a Arantxa Arrillaga por su colaboración y apoyo; y por último a nuestras tutoras, que se dedicaron a formarnos durante cuatro largos

años: ML Rodríguez Madariaga, MJ Ibars Cervera, K Bilbao Aguirre, A Iza Padilla; L Jauregi Logroño, VE GabiñaAldai.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. World Aids Day 2015. Hoja informativa . Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf (Consulta noviembre 2015)
2. European Centre for Disease Prevention and Control. WHO regional office for Europe.HIV/ AIDS surveillance in Europe 2014.Stockholm: ECDC; 2015. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf> (Consulta diciembre 2015)
3. Osakidetza.com Vitoria-Gasteiz: Departamento de salud del Gobierno Vasco. 2015. Nuevas infecciones por VIH año 2014; Plan del sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sida_epidemiologia/es_sida/adjuntos/nuevas%20infecciones%20por%20vih%202014.pdf (Consulta junio 2015)
4. Fuster Ruiz de Apodaca JM. Barreras psicosociales para el diagnóstico precoz. En: XV Congreso Nacional sobre el Sida. Madrid. 2012. SEISIDA. Disponible en: <http://www.congresonacionalsida.es/images/ponencias/mj-fuster-diagnostico-tardio-seisida-2012.pdf> (Consulta diciembre 2015)
5. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013; 31: 451-4.
6. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 29: 490-6.
7. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV. A review of the US literature. *AIDS.* 2007; 21 : 1617-24.
8. Cayuelas-Redondo L, Menacho-Pascual I, Noguera-Sánchez P, Goicoa-Gago C, Pollio-Peña G, Blanco-Delgado R ,et al. Solicitud de VIH en condiciones indicadoras en atención primaria: resultados de una colaboración. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015; 33 :656-62.
9. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmez Valdivieso MP, Martín Gómez C. Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención

- Primaria: aceptación por pacientes y médicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015; 33: 426-8.
10. Capital KaCyrilliciriazova TK, Neduzhko OO, KangDufour M, Culyba RJ, Myers JJ. Evaluation of the effectiveness of HIV voluntary counseling and testing trainings for clinicians in the Odessa region of Ukraine. *AIDS Behav.* 2014; 18 (Suppl.1):S89-95.
 11. Bartlett JG. Screening for HIV infection . Uptodate. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/screening-and-diagnostic-testing-for-hiv-infection?source=search_result&search=screaning+for+vih+infeccion&selectedTitle=1~150 (Consulta enero 2016)
 12. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Abril de 2014. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario . Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf (Consulta enero 2016)
 13. Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf (Consulta diciembre 2015)
 14. Casanova Colominas JM, Rodríguez Fernandez MC, Gomez Garcia M. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. *AMF.*2013; 9 : 306-15.
 15. Kinnersley P, Pill R. Potential of using simulated patients to study the performance of general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1993; 43: 297-300.
 16. Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit.* 2012; 26:116-22.