

Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria: Estudio VIHAP

Autora: Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar. Grupo VIHAP¹

¹ Doctora en Medicina. Especialista en Medicina y Salud Pública
Subdirectora General Adjunta de Promoción de la Salud y Epidemiología. Plan Nacional sobre el Sida
Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación.
Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

E-mail de contacto: brodriguez@msssi.es

RESUMEN

Objetivo

Evaluar la factibilidad de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en los centros de Atención Primaria en España

Método

Estudio de intervención comunitaria no aleatorizado realizado en Atención Primaria. Se ofreció sistemáticamente la prueba de VIH a los pacientes entre 20 y 59 años sexualmente activos, a los que se les indicaba una extracción de sangre por otro motivo. El periodo de recogida de datos fue seis meses entre noviembre de 2014 y marzo de 2016. Se recogieron variables sociodemográficas, administrativas y clínicas y se realizó un análisis estadístico descriptivo con el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Participaron un total de 265 profesionales sanitarios de 36 centros de salud de 8 Comunidades Autónomas. Se realizaron un total de 5.624 pruebas de VIH y se detectaron un total de 10 positivos de los cuales se confirmaron 8. La prevalencia encontrada fue de 0,148% y la aceptación de la oferta de la prueba por parte de los pacientes de un 93-95%. La edad media de los casos positivos fue de 33,5 años y todos presentaban más de 500 CD4/ μ l al diagnóstico. El rendimiento de la prueba fue de 675 pruebas para conseguir un caso positivo.

Conclusiones

La oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención primaria como una intervención más de diagnóstico precoz, es ampliamente aceptada por los pacientes y los profesionales y presenta un rendimiento y un coste adecuado para poder diagnosticar y tratar la infección de VIH de forma temprana.

Palabras clave: VIH, Diagnóstico Precoz, Atención Primaria

Implementation of routine offer of HIV testing in primary care: study VIHAP

SUMMARY

Objective

To evaluate the feasibility of routine offer of HIV test in primary care in Spain

Method

Community intervention Study not randomized, in primary care, HIV testing is routinely offered to patients between 20 and 59 years who were indicated a blood test for another reason. The data collection period was six months between November 2014 and March 2016. Demographic, administrative and clinical variables were collected and descriptive statistical analysis with SPSS was performed.

Results

A total of 265 health professionals from 36 health centers 8 Autonomous Communities: There have been a total of 5,624 HIV tests have detected a total of 10 positive of which were confirmed 8. The prevalence of positive cases was 0,148% and the acceptance of the offer of professionals and patients was 93-95%. The mean age of positive cases was 33.5 years and all had more than 500 CD4/ μ l. The screening test was 675 tests to achieve a positive case.

Conclusions

The routine offer of HIV testing in primary care and intervention early diagnosis, is widely accepted by patients and professionals, and has adequate performance and cost to diagnose early.

Keywords: *HIV, Early Diagnosis, Primary Care*

Introducción

En España se estima que existen unas 150.000 personas con infección por VIH, lo que supone una prevalencia global en la población adulta española de 0,4%; es decir, 4 personas por cada 1000 habitantes¹, de las cuales entre un 20 y un 25 % no está diagnosticada, es decir, un 0,1%^{1,2,3}.

Aunque en nuestro país la prueba del VIH es accesible, gratuita y confidencial, el 46,2% de los nuevos diagnósticos presentaba diagnóstico tardío³, como se observa en la Figura 1.

Las personas con VIH que desconocen su estado serológico frente al VIH, (20-25%) presentan una tasa de transmisión del VIH 3,5 veces superior a las personas ya diagnosticadas^{4,5} y son las responsables del 54% de las nuevas infecciones^{5,6,7}.

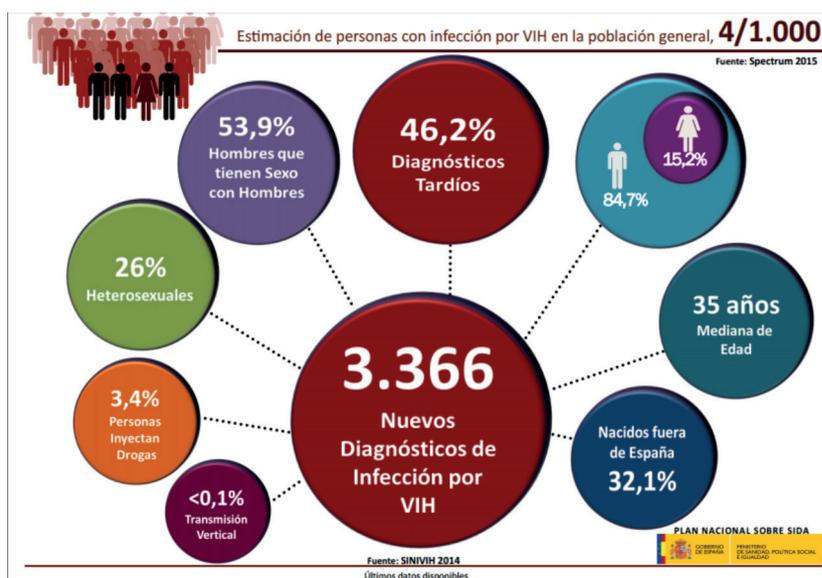
Es un hecho aceptado que el diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbilidad de los pacientes. Las personas con infección por VIH que desconocen su situación no pueden beneficiarse del tratamiento antirretroviral (TAR), por ello tienen mayor riesgo de desarrollar sida y su mortalidad se

ve aumentada de forma muy importante con respecto a las personas que acceden al diagnóstico y al tratamiento eficaz tempranamente. Además, el coste del tratamiento y cuidado de los enfermos es muy superior cuando se diagnostica la infección de forma tardía.

Actualmente en España, según los datos correspondientes al año 2015 aportados por las CCAA e Instituciones Penitenciarias, un total de 110.612 personas con infección por VIH está recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que supone un 93% del total de personas diagnosticadas⁸. Y un 89% de las personas con infección por VIH en tratamiento, presenta carga viral indetectable según la última encuesta Hospitalaria⁸. Por consiguiente, de las metas 90-90-90 de ONUSIDA¹ para el año 2020, en España se han conseguido las dos últimas y continua pendiente la primera: diagnosticar al 90% de las personas con infección por VIH.

Otro dato importante a tener en cuenta es que el 95% de los nuevos casos notificados de VIH se encuentra en el rango de edad entre 20 y 59 años, según el último informe vigilancia epidemiológica³ y

FIGURA 1. NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA



Fuente: Elaboración propia Plan Nacional sobre el Sida Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/Info_Vigilancia.pdf

las tasas de VIH más elevadas las presentan las personas entre 25 y 34 años, como se muestra en la Figura 2.

El cribado de VIH en poblaciones expuestas al riesgo, en situaciones clínicas sugerentes de infección o con sintomatología de Sida está ampliamente implantado y consensuado. Sin embargo, el cribado rutinario no es una práctica habitual.

La implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en las consultas de atención primaria como intervención comunitaria de salud pública se enmarca en el objetivo 5 del “Plan Estratégico de Prevención y control de la infección por VIH y otras ITS, (PEVIH-ITS) 2013-2016”⁹, y en la “Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario”¹⁰, publicada en abril de 2014 .

El principal objetivo de esta intervención es evaluar la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica de VIH en Atención Primaria, como paso previo a la implantación generalizada de la misma en este ámbito asistencial.

Objetivos

Objetivo General: Evaluar la factibilidad de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria

Objetivos Específicos:

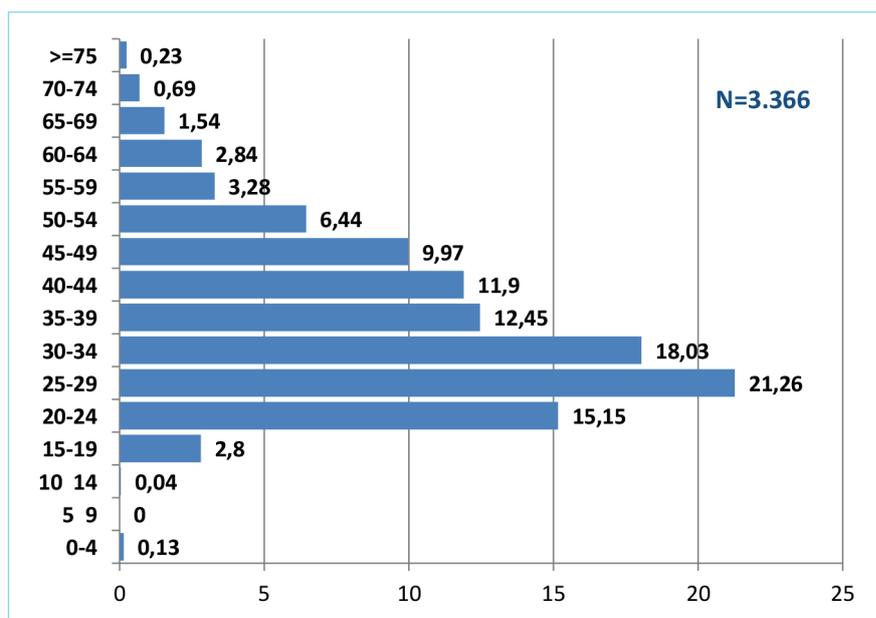
- Cuantificar el número de nuevas infecciones por VIH detectadas en la población en estudio
- Identificar el perfil de los pacientes con resultado positivo
- Describir la aceptación de la oferta de la prueba
- Cuantificar el rendimiento de la oferta rutinaria de la prueba en Atención Primaria

Material y métodos

Tipo de estudio: Estudio de intervención comunitaria para la implementación de la prueba de VIH en la población general.

Ámbito: El estudio se llevó a cabo en los Centros de Salud de Atención Primaria de ocho Comunidades Autónomas (CCAA) correspondientes al 61,29% de la población española. Cada Comunidad Autónoma participante determinó en su territorio las provincias y

FIGURA 2. TASAS DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH POR GRUPOS DE EDAD.



Tasas por 100.000 habitantes

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Vigilancia del VIH³

los centros de atención primaria que consideraron de especial interés para la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica de VIH.

Período de estudio: La recogida de información se realizó de forma continuada durante seis meses, en un período comprendido entre noviembre de 2014 y marzo de 2016.

Población de estudio: Se incluyeron de forma sistemática todos los pacientes que acudieron a las consultas de Atención Primaria en los centros de salud seleccionados en el periodo de estudio previamente definido, a los que por cualquier motivo se les indicó una extracción de sangre y que cumplían los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**
 - Ser sexualmente activo
 - Tener entre 20-59 años
 - No proceder de países de alta prevalencia de VIH
- **Criterios de exclusión:**
 - Tener un diagnóstico previo de infección por VIH
 - Presentar criterios clínicos de infección por VIH/sida
 - Embarazadas
 - Tener una prueba realizada en el último año

Procedimiento de Recogida de datos

El Plan Nacional sobre Sida lideró el grupo de trabajo del Estudio VIHAP, diseñó el protocolo y la metodología del estudio y consensó con los responsables de las Comunidades Autónomas participantes su implantación.

Se elaboró una presentación para la Formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria participantes, con material docente sobre el VIH, la prueba diagnóstica, la oferta rutinaria y el estudio, para su incorporación en los planes de formación continuada de atención primaria de las Comunidades Autónomas participantes.

Para ofertar la prueba se utilizaron los criterios publicados en el Algoritmo de oferta de la prueba de la “*Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario*”, exceptuando las tasas de nuevos diagnósticos.

Los profesionales sanitarios participantes ofertaron la prueba diagnóstica a aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión referidos, explicando brevemente los beneficios de hacerse la prueba al menos una vez en la vida y los objetivos del estudio, obteniendo el consentimiento del paciente. En los casos en los que el resultado de la prueba fue positivo, se solicitó la prueba de confirmación y, en caso de confirmación, se ofertó consejo post-prueba al paciente y se le derivó al hospital de referencia según el protocolo.

Los profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermería participantes en el estudio, recogieron los datos de cada paciente al que se le realizó la prueba cumplimentando el formulario diseñado ad-hoc. También se elaboró una hoja resumen para facilitar la oferta a los profesionales con información breve al paciente y el consentimiento para participar en el estudio piloto.

El 24 de noviembre de 2014 el Comité de ética de la investigación del Instituto de Salud Carlos III emitió un informe favorable para la realización del estudio necesario para la implementación de la oferta de la prueba de VIH en las CCAA. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos y el tratamiento de los mismos según la legislación vigente ¹¹.

Para garantizar la confidencialidad de la información recogida se definieron tres niveles, de manera que solo el primer nivel de atención primaria disponía de la información de identificación de los pacientes, la Comunidad Autónoma agregaba la información codificada y el Ministerio de Sanidad recibía la información anonimizada.

Variables de estudio:

Según el formulario diseñado ad-hoc se recogieron las siguientes variables:

Variables Administrativas

- Fecha de consulta: Día/Mes/Año.
- Centro de salud: Listado
- Comunidad Autónoma: Código INE
- Provincia: Código INE
- Municipio: Listado
- Identificación del Médico

Variables Sociodemográficas

- Identificación del paciente: solo en el centro de salud
- Edad : 20-59
- Sexo: Hombre/Mujer/Otros
- Orientación sexual: Heterosexual/Homosexual/Bisexual/Otros
- País de origen: (Listado)
- Año de llegada: (solo nacidos fuera de España)

Variables Clínicas

- Prueba Previa VIH:
 - Año última prueba
 - Resultado prueba previa: Positivo/Negativo
- **Realización de prueba diagnóstica actual**
 - Consentimiento: Sí/No
 - Resultado de la prueba: Positivo/Negativo
 - Prueba de Confirmación : Positivo/Negativo
- **En caso de resultado positivo**
 - Antecedentes de ITS y de conductas de riesgo en el último año:
- Seguimiento (Laboratorio)
 - Determinación de CD4
 - Carga viral: copias/mL

Análisis

El formato de recogida de datos se realizó siguiendo la estructura del formulario diseñado a tal fin a partir de la información disponible en cada Comunidad Autónoma.

Se realizaron tres cortes de datos acumulados para la correcta monitorización del estudio piloto; al mes del inicio del estudio, a los tres meses y a la finalización del periodo definido (a los seis meses).

Este análisis permitió detectar y corregir dificultades y obstáculos antes de la finalización del estudio.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas en la muestra, se calcularon las frecuencias y los porcentajes de las variables cualitativas, así como la media y desviación típica de las variables continuas.

El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico SPSS Statistic 21®, y las figuras y tablas presentadas en este informe se realizaron con paquete Microsoft Excel®.

Limitaciones:

Es muy importante destacar las limitaciones metodológicas de este estudio, cuyo principal objetivo no es la investigación, sino la implementación de una intervención de salud pública, la oferta de la prueba de VIH en las consultas de atención primaria y la identificación de las barreras y dificultades a las que se enfrentan los profesionales sanitarios de atención primaria en el momento de la oferta rutinaria de la prueba.

Las principales limitaciones metodológicas a tener en cuenta para interpretar los resultados son las siguientes:

Selección de la muestra:

- Selección de las CCAA: Han participado las CCAA que voluntariamente han expresado su interés, independientemente de las tasas de nuevos diagnósticos.
- Selección de los Centros de Salud: los centros de salud participantes han sido elegidos a criterio de la CCAA. Únicamente en la Comunidad de Madrid la selección se ha realizado de forma aleatoria.
- Selección de los profesionales: una vez seleccionados las CCAA y los centros de salud, la participación de los profesionales ha sido voluntaria entre todos aquellos que recibieron la formación específica para participar en el estudio.

- Sesgo de Recuerdo de prueba previa: las mujeres que han estado embarazadas, en el momento que se les pregunta si tienen una prueba de VIH previa, algunas lo niegan, porque no recuerdan que la prueba del VIH está incluida junto con otras serologías como la sífilis o el toxoplasma en el protocolo de seguimiento del embarazo desde los años 90.
- Sesgo de Selección poblacional: hay que tener en cuenta que los resultados de este estudio únicamente hacen referencia la población que frecuenta las consultas de atención primaria y no a toda la población; por eso es muy importante definir la muestra por sexo, edad y características principales, porque los resultados solo representan a esa población. Las personas con más probabilidad de acudir al centro de salud y hacerse una analítica, podrían no corresponder con las personas más expuestas al VIH.

Resultados

Los resultados de este informe corresponden al análisis de los datos recogidos desde noviembre de 2014 hasta el 31 de marzo de 2016, según la metodología expuesta anteriormente. Finalmente han participado un total de 265 profesionales sanitarios de 36 centros de salud, correspondientes a 8 Comunidades Autónomas: Andalucía, Baleares, Canarias, Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, País Vasco y La Rioja, y se han notificado un total de 5.624 pruebas de VIH.

Del total de pruebas realizadas se han excluido del análisis 220 registros por no cumplir los criterios de inclusión, y se dispone de información individualizada de 2.983 registros, de los cuales el 55,8% eran mujeres y el 43,7% hombres.

El rango de edad seleccionado para ofertar la prueba rutinaria se situaba entre los 20 y los 59 años. La edad media de la muestra fue de 39,9 años (DE=10,9) y se observan diferencias estadísticamente significativas en la edad media por comunidad autó-

noma ($p < 0,000$). Las comunidades autónomas que presentaban la menor edad media fueron Madrid y Canarias, ambas con una media de edad de 38,8 años.

No se observan diferencias estadísticamente significativas en la edad media por sexo. Los hombres presentan una edad media de 40,4 (DE=10,8) y las mujeres de 39,5 (DE=10,8),

Respecto a los grupos de edad, presentan una distribución homogénea en la muestra, siendo el mayor representado el grupo de edad entre 40 a 44 años con un 14,4% y los de menor representación son el grupo de 20 a 24 años con un 10,1% y el de 55 a 59 años con el 10,7%.

El 72,4 % de las personas incluidas en la muestra nacieron en España y un 27,6% fuera de España, con una media de tiempo desde su llegada a España hasta la oferta de la prueba, de 12,5 años (DE=8,0).

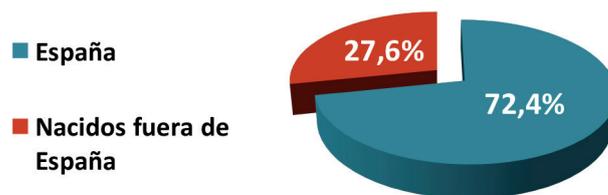
Un total de 1.912 registros tienen recogida la orientación sexual, de los cuales el 95,7% se declaran heterosexuales, el 2,7% (N=68) homosexuales y el 1,5 % (N=29) bisexuales.

El 25,8% del total refiere tener una prueba previa de VIH con resultado negativo. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,000$) en la prueba previa de VIH por Comunidad Autónoma, siendo el País Vasco con un 32,2% y Madrid con un 29,5% las CCAA que presenta mayor porcentaje de prueba previa.

No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo: el 26,5% de las mujeres y el 24,8% de los hombres, referían tener una prueba previa negativa. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,000$) en la prueba previa de VIH según la edad del paciente, alcanzando el mayor porcentaje de prueba entre los 35 y los 44 años.

También se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,016$) según el lugar de nacimiento. Así, referían mayor frecuencia de pruebas previas de

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PAÍS DE NACIMIENTO.



Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP.

VIH, las personas nacidas fuera de España con un 29,3% que las nacidas en España con un 23,6%.

La aceptación de la oferta de la prueba por parte de los pacientes es elevada, situándose entre un 93-95%. La aceptación de la intervención por parte de los profesionales, es cercana al 100%, porque participaron en el Estudio VIHAP aquellos que voluntariamente aceptaron, una vez realizada la formación.

Del total de pruebas de VIH realizadas en las ocho Comunidades Autónomas que han participado en el estudio se han detectado diez casos positivos, de los cuales se han confirmado ocho. Dos casos han resultado ser falsos positivos en las pruebas de confirmación: ambas son mujeres heterosexuales nacidas en España.

La prevalencia no diagnosticada en España se estima en 0,10%²⁷ y la prevalencia encontrada en el estudio, con ocho casos confirmados, es superior a la esperada, alcanzando una prevalencia de 0,148%.

La edad media de estos casos positivos fue de 33,5 años (rango entre 23 - 48 años), y la mediana de 30 años, siendo inferior a la media y la mediana de los nuevos casos notificados en el sistema de información publicado en el último informe de Vigilancia epidemiológica³. Del total de los casos positivos, siete eran hombres, tres personas habían nacido fuera de España, tres de ellos eran heterosexuales, cuatro homosexuales y una persona bisexual.

TABLA 1. PORCENTAJE DE PRUEBAS PREVIAS REALIZADAS SEGÚN SEXO Y LUGAR DE NACIMIENTO.

	Prueba previa			
	Frecuencia	Porcentaje	Total	p-valor
Sexo				
Hombre	262	24,8	1.056	0,722
Mujer	371	26,5	1.400	
Otros	4	40	13	
Lugar de Nacimiento				
Extranjero	185	29,3	671	0,012
Españoles	455	23,6	1.925	
Total	640	25,8	2.478	

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP.²⁴

TABLA 2. PREVALENCIA ESPERADA Y OBSERVADA

Prevalencia esperada	Prevalencia observada
0,10%	0,148%

Fuente: Grupo de Trabajo Estudio VIHAP ²⁴

Con la información disponible, todos los pacientes positivos confirmados presentaban más de 500 células/ μ l de CD4 al diagnóstico; por lo tanto, se pueden confirmar que los ocho casos diagnosticados en el estudio VIHAP se han diagnosticado de forma temprana.

Según estudios previos¹² la rentabilidad de la prueba de VIH en población general está confirmada en poblaciones que presentan prevalencias no diagnosticadas superiores al 0,1% de VIH.

El rendimiento de la prueba que se ha obtenido en esta intervención de salud pública es de un positivo por cada 675 pruebas realizadas.

Con la información aportada por las CCAA sobre el coste de la prueba de cribado de VIH se puede estimar que el coste de la implementación de la oferta rutinaria de VIH en atención primaria ha supuesto un coste añadido entre 675 y 2.025 euros por cada caso positivo diagnosticado.

Discusión

La guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, publicada por el Plan Nacional sobre el Sida en 2014¹⁰, sienta las bases para fomentar la realización de la prueba del VIH en la población general: aporta recomendaciones específicas para la indicación de la prueba del VIH con el objetivo de disminuir el número de personas con VIH no diagnosticadas.

Con los resultados de esta intervención podemos afirmar que la aceptación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH es elevada, tanto por los profesionales de atención primaria como por parte de los pacientes.

En un estudio dirigido a población general entre 18 y 75 años que se realizó en Madrid en 2010, el 98% aceptó el cribado de VIH en atención primaria, consiguiéndose una cobertura del 60% de la población diana y el coste mínimo estimado por cada paciente diagnosticado ascendía a 941 euros¹³.

En EEUU los CDC ¹⁴ recomiendan la realización de la prueba del VIH a todos los pacientes entre 13 y 64 años que acuden a centros sanitarios, independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia de VIH, y se realiza por exclusión optativa (opt-out), salvo que el paciente expresara su negativa. En 2009 el 45% de los norteamericanos se había realizado la prueba del VIH al menos una vez en la vida ¹⁴

En la mayoría de los países de Europa excepto en Francia^{15,16}, el cribado de VIH se dirige a poblaciones de riesgo de infección. En Francia ^{15,16}, desde 2009 se realiza cribado de VIH a la población general entre 15 y 70 años de forma rutinaria al menos una vez la vida y se ha demostrado que el cribado a población general mejora la supervivencia comparado con la práctica habitual, mientras que el cribado a poblaciones de alto riesgo es coste efectiva^{15,16}.

En Portugal, el cribado de VIH a la población general entre 18 y 69 años de forma rutinaria también mejora la supervivencia comparado con la práctica habitual e incrementa el coste efectividad, y se recomienda un test anual en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), y cada tres años en regiones de alta incidencia y prevalencia ¹⁷.

Las barreras más frecuentemente identificadas al realizar el cribado de VIH en atención primaria fueron la falta de tiempo y la falta de formación específica de los profesionales ^{18,19}. En un estudio realizado en la

Comunidad de Madrid, para el 75,2% de los médicos de atención primaria, la falta de tiempo no se considera un problema para el cribado ²⁰ y uno de cada cinco médicos de Atención primaria (21%) ya estaba realizando la prueba de VIH de forma rutinaria ²⁰, sin disponer de un programa de cribado específico.

Las relaciones sexuales sin protección son la forma de transmisión de VIH que predomina en la actualidad³ y los datos disponibles indican que el 17 % de las personas entre 18 y 49 años de edad mantienen relaciones sexuales con parejas ocasionales y de ellas, el 41% no utiliza el preservativo²¹.

Respecto al consentimiento informado para la prueba de VIH se recomienda hacerlo de forma verbal, dejando constancia de la aceptación del paciente en la historia clínica.

Hay que buscar oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH en atención primaria. En estudios realizados en EEUU y en Reino Unido se ha observado que en atención primaria se pierden oportunidades para testar a los pacientes ^{14,18}.

El incremento de la cobertura de la prueba de VIH en la población general reduce las tasas de diagnóstico tardío ^{13,14, 22, 23,,24}.

La USPSTF reconoce que la estrategia más efectiva para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionada con el VIH en EEUU es la prevención primaria y evitar la exposición a la infección ²³.

Otras estrategias, como las pruebas rápidas en farmacias y centros comunitarios, o la oferta dirigida a poblaciones vulnerables, se han demostrado eficaces en diagnóstico precoz del VIH, y la oferta rutinaria en atención primaria constituye una estrategia más de prevención^{25,26}.

Con este tipo de estrategias los pacientes se benefician del diagnóstico precoz, pero los costes de realizar la prueba del VIH a la población general todavía son desconocidos. En un estudio de implementación de la prueba universal (no basada en riesgo) realizada por enfermeras de atención primaria en EEUU²⁷,

se concluye que los ahorros económicos tanto a nivel individual como a nivel macro, son mayores que los costes.

Conclusiones

Si entendemos como medida de efectividad aquella que pretende conocer el resultado alcanzado por una intervención en condiciones habituales de uso y por análisis de factibilidad, aquel que pretende conocer la viabilidad o funcionalidad de una intervención en condiciones habituales, en este estudio se ha conseguido la implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH, al menos en aquellos centros de salud donde se ha desarrollado la intervención.

Los centros de salud como primer nivel de contacto con el sistema sanitario son puntos clave para realizar intervenciones preventivas y los profesionales de Atención Primaria y han demostrado que desempeñan un papel muy relevante en la prevención y el cribado de la infección por el VIH.

Una vez analizado el proceso y el resultado de esta intervención de salud pública, se puede concluir que entre las medidas de promoción de la salud en atención primaria se debe incluir el mensaje de que cualquier persona que haya mantenido relaciones sexuales con penetración sin usar el preservativo con una persona de la que se ignora su estado serológico, debe realizarse la prueba del VIH.

Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona expuesta a prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y que es importante diagnosticar la infección lo antes posible para iniciar el tratamiento. Se recomienda realizarse la prueba al menos una vez en la vida.

La aceptabilidad de la prueba rutinaria de VIH en las consultas de atención primaria es elevada y superior a la aceptación de la oferta dirigida a grupo vulnerables.

Aproximadamente una de cada tres personas a las que se les ha ofertado la prueba habían realizado una

prueba de VIH negativa previa y una de cada tres personas a las que se les ha realizado la prueba, ha nacido fuera de España.

La prevalencia de casos positivos encontrada ha sido mayor de la esperada²⁷, lo que indica que este tipo de intervenciones son eficaces, pero debemos seguir trabajando para disminuir la fracción no diagnosticada en la población y superar la meta de ONUSIDA del 90%¹.

La edad media en los casos diagnosticados es menor a la edad media de diagnóstico de VIH en España³ y todos los casos han sido diagnosticados precozmente.

El rendimiento de la prueba indica que es una buena inversión tanto a nivel económico como en términos de salud, para evitar elevados gastos del tratamiento, menor esperanza de vida y peor pronóstico, en los casos de diagnóstico tardío.

En aquellas Comunidades Autónomas y centros de salud donde se ha realizado el estudio se ha logrado introducir un cambio en la cultura impulsando la oferta rutinaria de la prueba de VIH en atención primaria. Esta intervención contribuye a aumentar la percepción de exposición al VIH y a normalizar la prueba diagnóstica en este ámbito asistencial.

Entre las oportunidades de mejora identificadas se ha detectado que es importante mejorar la formación continuada de los profesionales sanitarios de atención primaria, sobre el diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y sobre habilidades y herramientas para realizar adecuadamente una historia clínica que incluya las conductas sexuales.

Es necesario extender este tipo de intervenciones de salud pública dirigidas a la población general a todo el territorio nacional, ya que no solo ahorra costes económicos a largo plazo, sino costes en términos de salud, al diagnosticar tempranamente la infección por el VIH.

La oferta rutinaria de la prueba de VIH dirigida a la población general en las consultas de Atención Primaria constituye una estrategia más de prevención, que junto con las pruebas rápidas en farmacias y centros comunitarios, y la oferta dirigida a poblaciones vulnerables contribuyen a disminuir la proporción de personas no diagnosticadas, facilitando el tratamiento precoz, mejorando su calidad y su esperanza de vida.

Grupo de Trabajo Estudio VIHAP

Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar, Olivia Castillo Soria, Émely García-Carrasco, María de Mar Andreu, Fernando Lozano de León, Carmen Zamora, Valentín Esteban, Consuelo Ramírez Sampedro, Arantxa Arri Illaga, Mónica Moran, Eva Martínez, Lourdes Capote, Rosa Aranguren, Margalida Ordinas y José Antonio Taboada.

Artículo elaborado con Datos preliminares del Estudio VIHAP presentados a la Reunión de SEISIDA el 5 de mayo de 2016.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a todos los profesionales sanitarios de atención primaria y de las Consejerías de las Comunidades Autónomas que han participado en la recogida de la información y en la formación, y que con su trabajo han hecho posible la consecución de esta intervención.

Bibliografía

1. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA Presentación de los Informes sobre la respuesta sobre la respuesta mundial al Sida 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR_2015guidelines_es.pdf (Consulta mayo 2016)
2. Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV infected populations in Europe. *HIV Med.* 2008;9 9 (Suppl 2):6-12.
3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y

- Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Madrid Nov 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf (Consulta mayo 2016)
4. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States - Implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 39(4): 446-53.
 5. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006; 20(10):1447-50.
 6. Cohen MS, Holmes C, Padian N, Wolf M, Hirschall G, Lo YR, et al. HIV treatment as prevention: how scientific discovery occurred and translated rapidly into policy for the global response. *Health Aff (Millwood)*. 2012; 31(7):1439-49.
 7. Del Romero J, Castilla J, Hernando V, Rodriguez C, Garcia S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. *BMJ*. 2010;340:c2205.
 8. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH y Sida 2015. Plan Nacional sobre el Sida Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2015.pdf> (Consulta mayo 2016)
 9. Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras ITS, 2013-2016. Plan Nacional del Sida. MSSSI 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf (Consulta abril 2016)
 10. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Plan Nacional del Sida. MSSSI 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf> (Consulta mayo 2016)
 11. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, (LOPD). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188 / <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750> (Consulta abril 2016)
 12. HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013. Disponible en: <http://www.hiveurope.eu/LinkClick.aspx?fileticket=uX3jqEWsejg%3d&tabid=176> (Consulta mayo 2016)
 13. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes 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. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-cribado-infeccion-por-el-virus-S0213005X14003395?redirectNew=true>
 14. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force, et al. Screening for HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013;159:51-60.
 15. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2010; 5: e13132.
 16. Fernandez-Gerlinger MP, Bernard E, Saint-Lary O. What do patients think about HIV mass screening in France? .A qualitative study . *BMC Public Health*. 2013;13:526.
 17. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in Portugal: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2013; 8: e84173.
 18. Agustí C. et al Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria. *Aten Prim*. 2012; 44:689-90.
 19. Agustí C, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:451-4.
 20. Busto MJ, García San Miguel L, Castela ME, Bermudez E. Actitudes y prácticas de los médicos de Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:490-6.
 21. Suárez Cardona M, Belza MJ, De la Fuente de Hoz L.. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003: Informe general. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2006. Disponible en http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924965002&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis (Consulta abril 2016)

22. Ransome Y Terzian A, Addison D, Braunstein S, Myers J, Abraham B, et al. Expanded HIV testing coverage is associated with decreases in late HIV diagnoses. *AIDS*. 2015; 29:1369-78.
23. Estudio VIHAP: Implementación de la oferta rutinaria del VIH en Atención Primaria. Junio 2016. Plan Nacional sobre el Sida .Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/DocReunion23Novbre2015_progPresentaciones.pdf (Consulta mayo 2016)
24. Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, et al. Attitudes to rapid HIV testing among Spanish General Practitioners. *HIV Med*. 2013; 14 (Suppl.3): 53-6.
25. Marti-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.
26. Moreno S, Ordobás M, Sanz JC, Ramos B, Astray J, Ortiz M, et al. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population having blood test within primary care in Madrid, Spain. *Sex Transm Infect*. 2012; 88:522-4.
27. Knapp H, Chan K. HIV Rapid testing in a VA primary care department setting: programmatic cost analysis at five years. *J AIDS Clin Res*. 2015; 6;:5; 1000451.