



Editorial

Asunción Díaz.

Área de vigilancia del VIH y comportamientos de riesgo.
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Del 5 de mayo se celebró en Madrid la reunión monográfica “*Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH*”, organizada por la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA) en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III ¹. Como en ediciones previas, la convocatoria reunió a profesionales de muy diversos ámbitos que trabajan en el campo de la infección por VIH, contribuyendo así a la visión multidisciplinar que tanto enriquece las reuniones monográficas y los congresos de SESIDA.

Las consecuencias negativas de diagnosticar de forma tardía la infección por el VIH son de sobra conocidas: a nivel individual, los pacientes no se benefician del tratamiento antirretroviral y su probabilidad de desarrollar sida y de morir aumenta respecto a los diagnosticados y tratados de forma temprana; a nivel de la población, se dificulta cortar la cadena de transmisión del virus ya que las personas infectadas que desconocen su situación adoptan menos medidas preventivas y, al no recibir tratamiento, son más infecciosas comparadas con las que sí lo hacen; finalmente, el tratamiento de los pacientes diagnosticados tardíamente es más costoso debido a su peor situación inmunológica. Por

estas razones, la promoción del diagnóstico precoz es una prioridad para el control de la epidemia de VIH en todo el mundo.

Según los últimos datos disponibles en España, el 46,2% de los nuevos diagnósticos de VIH no-tificados al Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) en 2014 presentaba menos de 350 CD4/ μ l en la primera determinación tras el diagnóstico y un 27,7% presentaba menos de 200 CD4/ μ l, lo que supone que el paciente puede desarrollar en cualquier momento una enfermedad definitiva de sida. Los más afectados por esta situación fueron los inmigrantes, las personas que adquirieron el virus por relaciones heterosexuales sin protección o tras inyectarse drogas con material contaminado, los mayores de 49 años y los varones. Aunque los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres presentaron un porcentaje de diagnóstico tardío menor (39,5%), al ser el grupo más numeroso en el global de nuevos diagnósticos de VIH, también lo son entre los casos de VIH diagnosticados de forma tardía. Un aspecto preocupante es que no se observan descensos significativos según modo de transmisión en los últimos seis años ².

La reunión “Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH” se articuló en varias sesiones que incluyeron conferencias, mesas redondas, comunicaciones orales y posters.

Tras la conferencia inaugural, donde se realizó una exhaustiva revisión sobre el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y las consecuencias de su no realización, se abordaron los siguientes aspectos: a) la realización de la prueba del VIH en diversos entornos (atención primaria, centros comunitarios, farmacias, saunas); b) conceptos básicos sobre los estudios de coste efectividad y su aplicación a las estrategias de cribado de la infección por VIH; c) revisión de estudios recientes sobre la profilaxis pre-exposición y su utilización dentro de un concepto amplio de prevención con implicación de la comunidad; d) prevalencia de infecciones agudas detectadas en un centro comunitario y la derivación de los nuevos diagnósticos al sistema sanitario; e) herramientas metodológicas para determinar el país probable de adquisición de la infección en inmigrantes; f) el fenómeno del Chem-Sex en Barcelona, g) factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con infección por el VIH; d) y finalmente, se mostraron datos recientes sobre discriminación por razón de la infección por VIH ¹.

Cuatro de las comunicaciones presentadas se centraron en la oferta rutinaria y dirigida de la prueba de VIH en el ámbito de la atención primaria. En relación a este primer abordaje, los resultados de dos estudios sobre la oferta de la prueba en pacientes asintomáticos con indicación de una extracción de sangre por cualquier motivo, mostraron una aceptabilidad muy elevada tanto por parte de los pacientes como de los profesionales sanitarios. Las cifras de prevalencia de VIH halladas fueron de 0,14%-0,15% ³ y 0,24% (IC95%:0,04%-0,43%) (4) en poblaciones de 20 a 59 años y de 18 a 65 años, respectivamente. En

el trabajo de Rodríguez Ortiz de Salazar et al. ³, se observó que solo un 28,5% de los individuos estudiados referirían tener una prueba previa; y en el de Aguado et al. ⁴ el 57% de los casos no se habían realizado previamente una prueba de VIH por no sentirse a riesgo de contraer la infección, siendo además esta la razón más frecuente para rechazar realizase el test. Estos datos sugieren que una barrera importante desde el punto de vista del paciente es la falta de percepción de riesgo y es ahí donde la oferta rutinaria de la prueba tiene gran valor. Dentro de las barreras expresadas por los profesionales sanitarios la falta de tiempo fue la principal; en este sentido las recomendaciones actuales ⁵ de abreviar el consejo pre-prueba pueden facilitar este acto.

La oferta dirigida de la prueba ha de realizarse a cualquier persona que presente signos y/o síntomas de infección por VIH o sida (indicios de primo-infección por VIH, enfermedades diagnósticas de sida o de las llamadas “enfermedades indicadoras de VIH”, definidas en el proyecto “HIV Indicator Disease across Europe Study (HIDES)”, como enfermedades ligadas con mayor probabilidad de presentar infección por VIH o aquellas en las que no diagnosticar el VIH podría tener consecuencias negativas para el pronóstico del paciente) o exposiciones de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer la infección. Aguado et al. ⁴, determinaron una elevada prevalencia de enfermedades indicadoras de VIH en atención primaria (41%), siendo la más frecuente la sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS). En el trabajo de Agustí et al. ⁶, realizado en Atención Primaria en Cataluña, encontraron que el porcentaje de realización de la prueba del VIH en los 4 meses posteriores a un primer episodio de una enfermedad indicadora de VIH fue bajo (18,56%), y que al 60% y 70% de los pacientes diagnosticados con una ITS o hepatitis respectiva-

mente, no se les realizó la prueba del VIH. Además hallaron que los pacientes de 50 o más años, las mujeres y los que presentaban una única enfermedad indicadora eran más propensos a que no les realizara la prueba del VIH. Según estos resultados, sería necesario reforzar la percepción de los profesionales sanitarios para que oferten la prueba de VIH con mayor frecuencia teniendo en cuenta las características epidemiológicas y clínicas de cada caso.

Una de las iniciativas para incrementar la oferta dirigida de la prueba en este ámbito fue presentada por Cayuelas Redondo et al.⁷. El objetivo de su estudio era potenciar la solicitud de pruebas de VIH en pacientes con sospecha de una enfermedad indicativa mediante una alerta informática, que aparecía al codificar uno de los diagnósticos seleccionados para el estudio, para solicitar la serología. Tras esta intervención se triplicó el número de solicitudes de pruebas de VIH (del 14,9% al 41,5%) y se diagnosticaron 4 nuevos casos de infección por el VIH, de los cuales el 83,3% nunca se había realizado una prueba.

En resumen, la determinación de barreras y obstáculos en el abordaje del diagnóstico precoz del VIH ha de servir para continuar en la búsqueda de oportunidades de mejora. En este número monográfico de la Revista Multidisciplinar del Sida se presentan algunos de los trabajos expuestos en la reunión.

Bibliografía

1. Programa de la Reunión Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH. Disponible en: <http://www.seisida.es/reunion2016/programa> (Consulta julio 2016).
2. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y 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; Nov 2015.
3. Rodríguez Ortiz de Salazar, B. Estudio VIHAP. Implementación de la oferta rutinaria del VIH en Atención Primaria. Reunión "Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH". Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid, 5 de mayo de 2016.
4. Aguado Taberné, C. Barreras para el diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria. Reunión "Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH". Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid, 5 de mayo de 2016.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid, 2014.
6. Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Casabona J. Oportunidades perdidas para la realización de la prueba del VIH en Atención Primaria en pacientes diagnosticados con una condición indicadora en Cataluña, España. Reunión "Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH". Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid, 5 de mayo de 2016.
7. Cayuelas Redondo L, León A, García F, Sequeira Aymar E, Noguera Sánchez P, Ruíz Sánchez M, Barba Ávila O, Herrero Mateu MA, Menacho Pascual I. Alerta informática al diagnosticar una condición indicadora de VIH en Atención Primaria. Reunión "Buscando oportunidades para el diagnóstico precoz del VIH". Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid, 5 de mayo de 2016.