

Motivos de consulta de los pacientes VIH en un Centro de Atención Primaria

Astorga García E¹, Heras Criado S, Galvez Moral J, Rueda Sánchez M, Herencias Nevado A.

¹ Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria .Cerro del Aire. Majadahonda

E-mail de correspondencia: lizabethastorga@hotmail.com

RESUMEN

Introducción

Existen 140.000 infectados por el VIH en España. Actualmente el VIH es una enfermedad crónica por lo que asistencia médica que precisan a lo largo de su vida ha aumentado.

Objetivo

Identificar los motivos de consulta de los pacientes con VIH en un centro de Salud (CS) de atención primaria (AP) desde su diagnóstico.

Pacientes y método

Es un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se analizan los motivos de consulta de los pacientes con VIH con al menos una visita en el C.S Cerro del aire en Madrid, desde su diagnóstico hasta diciembre de 2016.

Resultados

Se incluyeron 49 pacientes con una media de edad de 46,9 años en el momento del estudio (Rango; 24-72 años) Realizaron un total de 1809 consultas siendo los temas burocráticos el motivo de asistencia más frecuente (29,1%), seguido por los de patología aguda infecciosa/no infecciosa (19% / 14%) y actividades preventivas (12%). Dentro de los motivos de consulta burocráticos, predomina la asistencia exclusivamente por recetas médicas con el 29,2%. En cuanto al diagnóstico de VIH, en el 12,2% de los casos se realizó en nuestras consultas de AP. Un 6% de pacientes no realizó ninguna consulta tras el diagnóstico.

Conclusiones

Los datos indican que tanto el diagnóstico como el seguimiento de los pacientes con VIH se realizan fuera del ámbito de la AP. Los pacientes acuden a AP principalmente por temas burocráticos, mayoritariamente por recetas médicas. Sin embargo, existe un porcentaje importante de consultas médicas o preventivas, que suponen una gran oportunidad para fomentar la relación médico-paciente, ampliar la cobertura y mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave: VIH en Atención Primaria, motivos de consulta más frecuentes, Centro de Salud.

Reasons for consulting HIV patients at a Primary Care Center

ABSTRACT

Introduction

There are 140,000 HIV-infected people in Spain. HIV is currently a chronic disease, so the medical attention they required throughout their lives has increased.

Objective

The goal is to identify the visit cause of HIV patients in Primary Health care center from the diagnostics.

Patients and method

This study is make up of a retrospective descriptive observational study in which the visit cause of HIV patients with at least one visit to C.S Cerro del Aire in Madrid since the disease diagnosis until 2016.

Results

49 patients were included with an average age of 46,9 years (Range 24-72). They requested a total of 1809 consults to the PH consultation, being bureaucratic topics the most frequent attendance block with 29.1%, followed by acute infectious/non-infectious pathology with a block of 19% and 14% respectively, and preventive activities with a 12% block. Within the bureaucratic visit topic is predominantly based on prescriptions with 29.2%. On the other hand, 12.2% of the HIV diagnoses of the studied patients were requested in our PH center and 6% of patients did not request assistance after the diagnosis.

Conclusions

Analysis of the data indicates that both the diagnosis and the follow-up of HIV patients are performed out of the scope of the PA doctors. Patients go to PA doctors mainly for medical prescriptions. Even so, there is a high number of medical or preventive visits that means a good opportunity to foment the patient-doctor relationship, increase the coverage and improve the assistance quality.

Key words: HIV in PC, most frequent queries, Health care center

INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH sigue siendo a día de hoy una de las mayores preocupaciones sanitarias de nuestra era. Actualmente existen 140.000 infectados por el VIH en España¹ y ante la falta de una curación definitiva el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica y prolongada en el tiempo por lo que ha aumentado la asistencia médica que precisan a lo largo de su vida. La disminución de la morbilidad implica un mayor número de personas infectadas, con un mayor riesgo de transmisión y con aumento de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes por lo que debemos hacer una atención del paciente multifactorial, incidiendo en la prevención primaria y en relación a todas las esferas de la vida sin limitarnos al VIH.

En España los profesionales de la Atención Primaria (A.P) han tenido durante estos años una implicación heterogénea en relación con la epidemia de VIH/sida. Algunos equipos están teniendo el protagonismo que les corresponde desde un planteamiento integral de la atención sanitaria, pero otros, especialmente en áreas geográficas menos afectadas por la epidemia, no han tenido prácticamente ningún papel asistencial, que ha recaído sobre la Atención Especializada². El Portal de Salud de la comunidad de Madrid describe los servicios dedicados al paciente con VIH que se tienen que cubrir desde A.P. Estos son los siguientes³:

El médico de familia ocupa un lugar relevante en el asesoramiento sobre las medidas de prevención de la transmisión y el ofrecimiento de la prueba para facilitar el diagnóstico precoz, la captación del paciente seropositivo y la derivación a la unidad de atención especializada, así como el seguimiento y el control a lo largo del tiempo.

En AP, la prueba se debe ofrecer de forma normalizada, como parte de un chequeo habitual y a toda persona que lo solicite, especialmente a las que tienen más riesgo de infectarse y las que presentan síntomas de infección por el VIH u otras enfermedades

asociadas. Antes de asegurar el diagnóstico, es necesario realizar una prueba de confirmación, además del test serológico habitual y considerar la posibilidad del período de abstinencia terapéutica.

Las pruebas de diagnóstico rápido aportan la inmediatez del resultado, con una buena sensibilidad y la posibilidad de hacer las determinaciones en saliva.

En AP se recomienda una valoración inicial del paciente seropositivo en la que, además de los aspectos clínicos, se tengan presentes los psicológicos, sociales, familiares y laborales, y asesorar al paciente sobre la enfermedad.

En la actualidad, no se dispone de vacunas y el TAR impide la replicación viral, pero no es curativo, por lo que se debe mantener de por vida. El objetivo es mantener la carga viral plasmática a unos niveles indetectables durante el mayor tiempo posible, administrando al menos tres fármacos antirretrovirales.

Los habituales efectos adversos a corto y largo plazo de los antirretrovirales, y otros aspectos dependientes del paciente o del propio sistema, son causa frecuente de abandono del tratamiento y de la consiguiente aparición de resistencias. Es útil conocer estos factores que influyen en la adherencia y ayudar a minimizar aquellos que no la favorecen.

En AP es necesario conocer, diagnosticar y tratar estos motivos de consulta habituales, especialmente los problemas de salud mental, la fiebre, la diarrea o los síntomas respiratorios.

Existe poca bibliografía acerca de los motivos de consulta de los pacientes en Atención primaria, pero existen varios estudios a nivel nacional en los que se objetiva que la promoción del diagnóstico y tratamiento precoces de VIH /ITS en A.P en España es insuficiente¹. En relación a esta circunstancia, algunos autores lo atribuyen a la dificultad expresada por el personal médico de A.P a nivel de relación y comunicación, para ofertar el test del VIH en sus consultas. Aunque todavía existe la creencia entre muchos profesionales de que la oferta de la prueba a los pacien-

tes puede ser recibida con recelo, estudios recientes en nuestro medio demuestran la alta aceptación de la oferta rutinaria⁴.

Dada la accesibilidad de la población a la consulta de A.P y la longitudinalidad de la misma, parece que la posición del personal médico es privilegiada para la promoción del test y la posterior comunicación de los resultados, valoración inicial, asesoramiento y su derivación al centro especializado de referencia, así como el seguimiento posterior del paciente a lo largo de su vida⁵.

De acuerdo a lo anterior éste estudio se realizó con el objetivo de identificar los motivos de consulta más frecuentes en las consultas de A.P de un centro de salud de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS

Principal

Describir los diferentes motivos de consulta en el paciente VIH en el ámbito de Atención Primaria desde la fecha del diagnóstico individual de cada paciente.

Secundarios

- Determinar el porcentaje de diagnósticos de VIH que se realizan en la consulta de AP
- Determinar el porcentaje de pacientes en los que solo existe el diagnóstico sin que realicen visitas posteriores
- Describir datos epidemiológicos de la población diana, en relación a edad y sexo.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo desde la fecha del diagnóstico individual de VIH+ hasta diciembre de 2016.

Población y ámbito de estudio

La población en seguimiento es aproximadamente 45.000 usuarios y corresponde a la adscrita al centro de salud Cerro del Aire de Majadahonda (Madrid)

Criterios de inclusión

Todos los pacientes de ambos sexos mayores de edad que realicen visitas a las consultas C.S Cerro del Aire desde el diagnóstico individual de infección por VIH hasta el 31 de Diciembre de 2016, siempre que conste su diagnóstico registrado en la Historia clínica informatizada compartida de la AP de la comunidad de Madrid.

La Historia clínica informatizada comenzó en el año 2000 por lo que los pacientes que hayan sido diagnosticados antes de esta fecha se iniciará en el momento que haya el primer registro de visita en su historia.

Tamaño muestral

Se incluyeron todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, por lo que no fue necesario un muestreo.

Variables

- Demográficas: edad (numérica) y sexo
- Principales: Motivos de consulta reflejados en la historia clínica de cada paciente.

Recogida de datos

Los datos sobre la población VIH fueron recogidos de su historia clínica de forma totalmente confidencial recabando información de los motivos por los que acudieron en cada visita médica.

Los motivos de consulta son excluyentes entre sí y se clasificaron en función del motivo principal de la consulta entre:

1. Actividades preventivas: Se incluyó vacunación, toma de constantes, mamografías, citologías y demás pruebas de cribado según protocolos vigentes de la cartera de servicios de la Comunidad de Madrid realizadas en la consulta y solicitadas desde la consulta de A.P o desde el ámbito hospitalario.
2. Analíticas y pruebas complementarias: En éste apartado se incluyó la asistencia para las analíticas así como pruebas de imagen, espirometrías, ECG se-

gún protocolos vigentes de la cartera de servicios de la Comunidad de Madrid solicitadas desde la consulta de AP.

3. Burocracia: Éste apartado por su extensión se subdividió en 4:

- Aportar informes
- Recetas: En este apartado se contabilizaron las visitas exclusivamente para realización de recetas o renovación de receta electrónica. No se incluyeron las visitas en las cuales el motivo fué una afección y secundariamente se hizo una prescripción médica, así como tampoco si el motivo fue la aportación de informes, que además conllevaran recetas adjuntas.
- Derivación a otros especialistas
- Incapacidad temporal

4. Patología infecciosa aguda, sea cual sea su etiología y localización.

5. Patología infecciosa crónica: como por ejemplo VHC

6. Patología aguda de causa no infecciosa: p.ej. Traumatismos, cortes, lumbalgias, anemia, gota...

7. Patología crónica de causa no infecciosa: p. ej. HTA, DM, EPOC, cataratas...

8. Salud mental. Patología psiquiátrica.

9. Curas de enfermería.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva, de los datos se presentan medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Las variables cualitativas, se presentan con su distribución de frecuencias y porcentaje. Las variables cuantitativas se presentan con su media, desviación estándar (DE); si mostraron una distribución asimétrica se presentan con su mediana y rango intercuartílico (P25-75).

Aspectos éticos

En las bases de datos no se incluyó información que pudiera identificar directa o indirectamente a los par-

ticipantes del estudio. Con ello, se respetaron las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). Se respetó la autonomía del paciente sobre investigación en humanos (Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). El investigador responsable garantiza la seguridad de las bases de datos, que no podrán ser utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

RESULTADOS

De los 45.000 usuarios adscritos al centro cumplieron los criterios de inclusión 49 pacientes por lo que la prevalencia de los pacientes con diagnóstico de VIH que son visitados en el C.S Cerro del Aire sería de 0,11%.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los 49 pacientes son 10 mujeres y 39 hombres, lo que corresponde a 20,4% del sexo femenino frente al 79,6% del sexo masculino.

La edad de la población VIH, en el momento del cierre del estudio (31 diciembre 2016) estaba comprendida entre los 24 y 72 años, con una media de edad de 47,42 años. En los hombres la edad media fue de 46,61 años y en las mujeres fue de 50,6 años (Gráfico 1).

En total los pacientes realizaron 1809 visitas y a continuación se detalla en la Tabla 1 el número y porcentaje por bloques de atención definidos en este estudio, siendo la más prevalente las consultas motivadas por burocracia llegando al 29,1% de las consultas, seguida de la Patología infecciosa aguda con el 19,2%. La patología que menos consultan es la Patología infecciosa crónica. Dentro del apartado de burocracia el motivo más prevalente fue la visita exclusivamente por recetas con el 29,1% seguido de la

GRÁFICO 1. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN VIH ADSCRITA AL CENTRO DE SALUD.

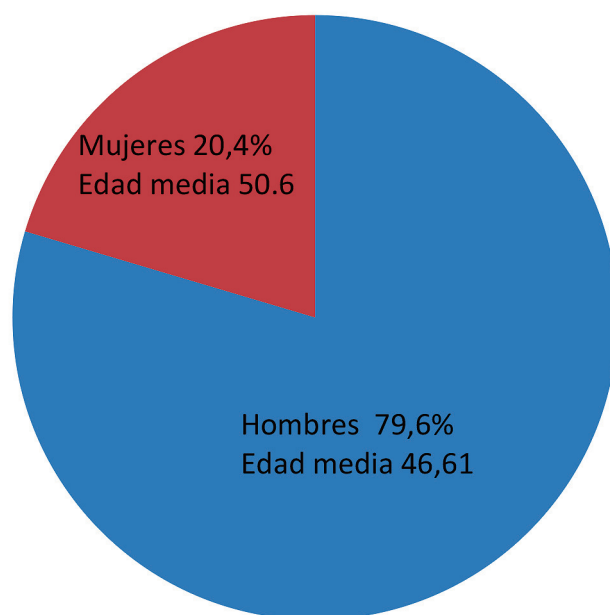


TABLA 1. TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LAS VISITAS SEGÚN BLOQUES DE ASISTENCIA.

MOTIVOS DE CONSULTA	Nº VISITAS	PORCENTAJE
Actividades preventivas	225	12,4%
Analíticas y pruebas complementarias	117	6,5%
Burocracia	527	29,1%
Patología infecciosa aguda	347	19,2%
Patología infecciosa crónica	26	1,4%
Patología aguda no infecciosa	255	14,1%
Patología crónica no infecciosa	115	6,4%
Salud mental	129	7,1%
Curas de enfermería	68	3,8%
TOTAL	1.809	100%

visita para aportar informes nuevos con el 25% (Tabla 2).

De los 49 pacientes, el 12% (N=6) fueron diagnosticados en las consultas de AP del C.S. Cerro del Aire (gráfica 2) mientras que el 88% fueron diagnosticados en ámbito hospitalario. El 6% (N=3) no realizó más consultas al CS Cerro del Aire tras el diagnóstico de VIH.

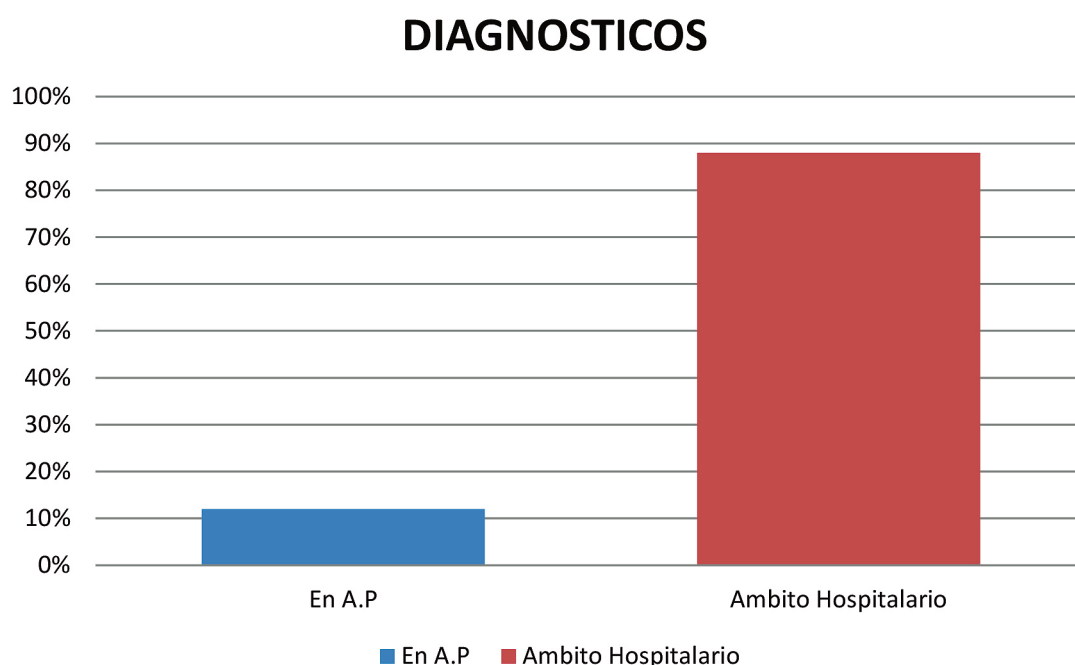
DISCUSIÓN

Los resultados de éste estudio descriptivo aportan información relevante, dado que apenas existe información al respecto, sobre los motivos de consulta en AP de los pacientes con VIH en nuestro medio, viéndose que mayoritariamente son motivos burocráticos. También observamos que en la mayoría de ca-

TABLA 2. NÚMERO DE VISITAS Y PORCENTAJES DENTRO DEL MOTIVO DE BUROCRACIA.

BUROCRACIA	Nº DE VISITAS	PORCENTAJE
Informe y recetas	94	17,8%
Aportar informes	132	25,0%
Recetas	154	29,2%
Derivaciones	87	16,6%
IT	60	11,4%
TOTAL	527	100% 0

GRÁFICA 2. PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS DE VIH EN LA CONSULTA DE A.P EN CONTRAPOSICIÓN A ÁMBITO HOSPITALARIO.



Los datos epidemiológicos de la población adscrita al Centro de Salud de Majadahonda (Población urbana de la periferia de Madrid), como son la prevalencia de la enfermedad por VIH en la actualidad, las edades de los pacientes y su distribución por sexo. Los datos epidemiológicos consultados en el Plan Nacional sobre el Sida en España de 2016 indican una prevalencia media de infección por VIH del 0,4%⁶ en 2014, superior a la de nuestra población asistida en consulta que fue del 0,11%. Esto

podría explicarse por una proporción de pacientes con VIH que nunca acudirían al centro de primaria y por tanto no se tendría registro de los mismos.

En cuanto a la distribución por edades la mediana de edad de los pacientes asistidos en C S Cerro del Aire es de 48 años frente a una mediana de 43 años⁶ de la población general española con diagnóstico de VIH, según los datos del registro nacional de casos de VIH/sida, diferencias probablemente relacionadas con la escasa muestra del estudio.

La distribución por sexos es muy similar a la población española con VIH según los datos de 2014:

podría explicarse por una proporción de pacientes con VIH que nunca acudirían al centro de primaria y por tanto no se tendría registro de los mismos.

En cuanto a la distribución por edades la mediana de edad de los pacientes asistidos en C S Cerro del Aire es de 48 años frente a una mediana de 43 años⁶ de la población general española con diagnóstico de VIH, según los datos del registro nacional de casos de VIH/sida, diferencias probablemente relacionadas con la escasa muestra del estudio.

La distribución por sexos es muy similar a la población española con VIH según los datos de 2014:

En Mujeres del 20,7% en la población VIH española y 20,4% en nuestra muestra. En hombres 79,3% en la población VIH española frente al 79,6%⁷ de nuestra muestra.

En cuanto a los datos obtenidos referidos al lugar donde se realizó el diagnóstico serológico, en el centro de salud es solo del 12%, por lo que el resto de los pacientes son diagnosticados en centros específicos o en ámbito hospitalario, lo que conlleva a un aumento de probabilidad de que los pacientes se encuentren en ese momento en un estadio más avanzado de la enfermedad o que incluso debuten con una enfermedad definitoria de sida. Por este motivo se debe promover más la realización de serologías desde el centro de salud aprovechando que se tengan que realizar una analítica por cualquier otro motivo.

Por otro lado el 6% de la población diagnosticada de VIH no aporta ningún tipo de información a su historia clínica, lo que indica que son seguidos exclusivamente en medio hospitalario.

Dado que el motivo de consulta más frecuente es la burocracia se debería fomentar la atención del paciente VIH desde AP aprovechando la continuidad en las visitas al médico de familia, se puede hacer un buen seguimiento del paciente y elaborar un plan de cuidados en colaboración con el propio paciente reforzando las medidas preventivas para retrasar la aparición de comorbilidades más frecuentes en esta población y alcanzar una buena calidad de vida⁸.

Varias han sido las limitaciones de éste estudio. La principal es que es posible que algunos pacientes diagnosticados de VIH del área de referencia del centro médico no hayan sido incluidos en este estudio debido a que no han realizado ninguna visita en el mismo. También, puede no haberse incluido el paciente al desconocerse el diagnóstico de VIH, debido a que no exista registro del mismo en el sistema informático de historia clínica compartida de los centros de AP de la comunidad de Madrid, en el caso que el diagnóstico se haya realizado en el sistema de Salud

privada u hospitalaria y el paciente no lo hubiera notificado en el sistema sanitario público de AP. El estudio podría haber resultado más completo si además de los motivos de consulta descritos se hubiesen especificado por aparatos o por motivos concretos, así como patología relacionada con el VIH o no, o diferenciando efectos secundarios de la medicación. En el estudio solo un paciente consultó por lipodistrofia por lo que no resultó significativo. Así mismo, los resultados de la prevalencia de los motivos de consulta y sus criterios de clasificación no se pueden comparar dado que no existen estudios similares en la bibliografía.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indican que tanto el diagnóstico como el seguimiento de los pacientes VIH se realizan fuera del ámbito de la AP. Los pacientes acuden a la consulta del médico de AP principalmente por temas burocráticos y más concretamente a por recetas, y en segundo lugar por patología infecciosa aguda que fundamentalmente no relacionan directamente con su enfermedad de base. Aún así, la AP cada vez más se constituye como un pilar importante en el diagnóstico y manejo del VIH. El 94% de pacientes acude a la consulta de AP por algún motivo, por lo que es una oportunidad para fomentar la relación médico paciente, mejorar la calidad y ampliar la cobertura en la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puentes R., Aguado C. Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria. Rev Multidisc Sida. 2016; 4(8): 20-5. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/barreras-al-diagnostico-precoz-del-vih-en-atencion-primaria/> (Consulta octubre 2017)
2. Guerra Romero L, Sánchez de Vega T. Prevención y asistencia de la Infección por VIH en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enf>

- [Transmisibles/sida/docs/prevencion_ap.pdf](#) (Consulta octubre 2017)
3. Casanova Colominas JM^a, Rodríguez Fernández M^aC, Gómez García M. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. AMF. 2013; 9(6): 306-15. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354285122040&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354285049041 (Consulta noviembre 2017)
4. Benito Benito A, Albaina Bakaikoa I, Brouard Maiz I, Etxabe Saenz de Zaitegi M, Fuentes Campos A, Rodríguez Menarguez LA..Solicitud del VIH en Atención Primaria. Una estrategia de sensibilización. Rev Multidisciplinar Sida.2016; 4(7): 16-27. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/solicitud-del-vih-en-atencion-primaria-una-estrategia-de-sensibilizacion/> (Consulta noviembre 2017)
5. Thomas Mulet V, Aguado Taberna C, Fidalgo González S, Fransi Galiana L, Gutiérrez Jodra M, Mascort Roca J, et al.La infección por el VIH /SIDA y Atención Primaria. Aten Primaria.2004; 33(1): 3-5. Disponible en: file:///D:/13056498_S300_es.pdf (Consulta noviembre 2017)
6. UNAIDS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del GARPR España Enero de 2015 - diciembre de 2015. Disponible en: www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ESP_narrative_report_2016.pdf (Consulta diciembre 2017)
7. Dirección General de Salud Pública , Calidad e Innovación.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 2016. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientificos-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_VIH_SIDA_2016_def.pdf (Consulta noviembre 2017)
8. Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Eiros Bouza JM, Palacios Martín T. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. An Med Interna.2007; 24(8):399-403.Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n8/revision.pdf> (Consulta diciembre 2017)