

Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria

Rafael C. Puentes Torres¹ y Cristina Aguado Taberné²

¹ Centro de salud Frölunda, Närhälsan, Gotemburgo (Suecia) y

² Centro de Salud Santa Rosa, Córdoba.

E-mail de contacto: rafapuentes82@gmail.com

RESUMEN

Son numerosas las barreras que hoy día encontramos para el diagnóstico de la infección por el VIH desde la atención primaria. Esta enfermedad, estigmatizada desde sus inicios y con una gran carga moral dadas sus vías de transmisión, supone un problema de comunicación común entre médicos y pacientes que desemboca en la falta de información y la expansión irrefrenable de la epidemia, causada sobre todo por la gran cantidad de personas que desconocen su estado serológico.

Para combatir dichas barreras se han realizado numerosos estudios sobre las diferentes líneas de búsqueda del VIH. La búsqueda oportunista y la búsqueda selectiva se postulan como dos de las mejores estrategias que se pueden llevar a cabo desde la atención primaria. La primera propone adoptar la realización de la prueba del VIH como un acto rutinario en consulta aprovechando la petición de una analítica que se iba a realizar por cualquier otro motivo, mientras que la segunda plantea una búsqueda más selectiva en base a diversos indicadores.

A pesar de ser técnicas aparentemente opuestas, pueden llevarse a cabo de forma simultánea en consulta para así abarcar una mayor población.

La infección por el VIH sigue siendo a día de hoy una de las mayores preocupaciones sanitarias de nuestra era. La epidemia sigue en aumento en todo el mundo, por lo que actualmente nuestros esfuerzos deben centrarse en frenar dicha expansión.

Se estima que hoy día hay en España alrededor de 140.000 personas infectadas por el VIH¹, el 30% de las cuales desconoce su estado serológico. La situación se agrava más aún si tenemos en cuenta que las personas que se encuentran en esta fracción no diagnosticada son responsables del 54% de las nuevas infecciones que se producen cada año^{2,3}. Otra de las grandes preocupaciones actuales es el diagnóstico tardío de la enfermedad, esto es, cuando el paciente ya es susceptible de tratamiento por presentar un nivel de CD4 inferior a 350 células/ μ l⁴. Según los datos más recientes, el 50% de los nuevos diagnósticos son tardíos⁵.

En base a estos datos cabe plantearse la necesidad de un cambio en nuestra forma de actuar para así facilitar y aumentar el diagnóstico del VIH. Es evidente que el ámbito idóneo para llevar a cabo dicha labor es fundamentalmente la atención primaria. Hay numerosos motivos para ello, como la cercana relación médico-paciente, que facilita la comunicación, o el hecho de que el 80% de la población acuda a su médico de familia al menos una vez al año, pudiendo abarcar por lo tanto un gran número de individuos desde los centros de salud^{6,7}. No obstante se estima que sólo el 30% de las serologías de VIH se solicitan desde primaria.

Son numerosas las barreras que actualmente encontramos en las diferentes etapas de la lucha contra el VIH, esto es, prevención, diagnóstico precoz y seguimiento de los pacientes infectados y de sus familias⁸. Algunas de éstas vienen impuestas por parte de los pacientes, pero también los médicos encontramos limitaciones que hoy día impiden o retrasan el diagnóstico de esta infección. Creemos que la mayor barrera para el diagnóstico de la infección VIH es la ignorancia.

La falta de percepción de riesgo, el miedo a la no confidencialidad o el desconocimiento de los beneficios del diagnóstico precoz son las barreras percibidas en la población, y la falta de motivación y el escaso tiempo por paciente del que disponemos en consulta son las percibidas por los profesionales.

El VIH viene estigmatizado desde sus inicios en los años 80 por una fuerte asociación con el uso de drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales sin protección⁹. El concepto de “grupos de riesgo” surgió para definir a las personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad en base a su orientación sexual o prácticas de riesgo^{10,11}. Las estadísticas han variado a lo largo de los años desde que comenzase la epidemia del VIH atendiendo a dichos grupos, y si en un principio el mayor motivo de contagio fue el uso de drogas por vía parenteral, seguidamente lo fueron las relaciones sexuales homosexuales y actualmente las heterosexuales. Podemos afirmar por tanto que hoy día los grupos de riesgo son un concepto obsoleto que no debe condicionar a la hora de decidir solicitar o no una serología de VIH. A efectos prácticos, cualquier persona es susceptible de contraer el virus. Sin embargo, a pesar de lo erróneo de los grupos de riesgo, éstos han quedado anclados en la memoria de la sociedad general, y también en el ámbito médico. Es por esto que la demanda de la prueba diagnóstica por parte de la población se ve inhibida por la vergüenza de tener que reconocer prácticas pertenecientes a las esferas más íntimas de las personas, que son rechazadas por la sociedad.

Por parte de los médicos tampoco resulta cómodo indagar en la vida privada de los pacientes, incluso tras años de conocimiento mutuo, condición que en ocasiones puede llegar incluso a dificultar el tratar temas de esta índole que en teoría podrían alterar la relación médico-paciente. A esto cabe sumar la barrera del limitado tiempo por paciente del que se dispone en consulta, que generalmente no supera los 5 minutos, con lo que no se favorece el invertir tiempo

y esfuerzo en realizar un completo abordaje de los estilos de vida del individuo que pueda orientar en la toma de decisiones.

Hay pacientes que presentan una especial dificultad para este diagnóstico precoz desde el principio de la epidemia, como por ejemplo las personas que consumen o han consumido drogas por vía parenteral, los recluidos en centros penitenciarios, o los que presentan riesgo de exclusión social. También las personas con riesgo especial por sus prácticas sexuales como los usuarios y trabajadores de la prostitución. Hasta ahora se han dirigido actuaciones específicas a estos grupos^{12,13}. Pero además creemos que hay personas especialmente en riesgo y que a veces resultan invisibles para el sistema sanitario, como son los inmigrantes en situación irregular, las parejas sexuales de los infectados, o las personas con múltiples parejas sexuales, bien sean homo, bi o heterosexuales.

Hemos de admitir, no obstante, que algunas de las barreras han mejorado paulatinamente, como la confidencialidad, la accesibilidad y gratuitad del tratamiento o la especialización de los servicios por parte de las unidades de enfermedades infecciosas de los hospitales.

En los últimos años se ha discutido mucho sobre cuál sería la estrategia de búsqueda más adecuada para aumentar el diagnóstico del VIH y reducir la fracción de diagnóstico tardío. Opinamos que todas las estrategias son complementarias, no excluyentes. Creemos que el abordaje debe ser multifocal, aumentando la percepción de riesgo en la población, normalizando la prueba diagnóstica, facilitando la accesibilidad a la prueba y, por supuesto, garantizando la confidencialidad de los datos.

La búsqueda oportunista, o estrategia opt-out, propuesta por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 2006¹⁴, viene avalada por múltiples estudios, ya que parece superar gran parte de las barreras que actualmente nos limitan frente al diagnóstico de esta enfermedad¹⁵⁻¹⁶. Este modelo de bús-

queda cumple los criterios formulados por Wilson y Jungner, pues se trata de un proceso importante por su gravedad y trascendencia individual y social, que puede ser diagnosticado mediante procedimientos sencillos y asequibles, y cuya evolución y pronóstico mejoran con el tratamiento actual. Esta estrategia, que como requisito debe ser voluntaria, es coste-efectiva cuando la prevalencia de la infección es mayor de 0.1%. Consiste en solicitar la serología del VIH a todos aquellos pacientes a los que, por cualquier motivo, se les fuese a realizar un análisis sanguíneo, sin necesidad de abordar temas de la esfera íntima de las personas. De esta forma se normalizaría el uso de esta prueba como algo rutinario, desestigmatizándola y evitando incómodas situaciones tanto para el médico como para el paciente. Desconocemos si esta fórmula sería aceptada por pacientes y por médicos de atención primaria (AP) y para ello se formuló el estudio VIH-AP que avalado por semFYC, SAMFYC y la UDM-FyC de Córdoba, pretende valorar si la búsqueda oportunista del VIH en AP es factible y aceptable por parte de pacientes y profesionales de AP¹⁷.

Se reclutaron 208 médicos de familia de 150 centros de salud de todo el territorio nacional y durante 3 meses se realizó la búsqueda oportunista del VIH, consiguiendo un total de 3.314 pacientes entre 18 y 65 años que dieron su consentimiento para, aprovechando una petición de análisis, determinarles su estado serológico de VIH, sin tener en cuenta sus prácticas sexuales o conductas de riesgo, y siempre y cuando no se hubiera realizado nunca anteriormente esta determinación. Atendiendo a la causa de petición de la analítica, la más frecuente fue la revisión de un problema crónico. El 93% de los pacientes aceptó realizarse el test del VIH. De ellos, el 57% no se habían realizado el test con anterioridad porque no se consideraban en riesgo y el 35% porque su médico no se lo había propuesto (tabla 1). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una mayor aceptación entre los grupos de edad más jóve-

TABLA 1. MOTIVO POR EL QUE LOS SUJETOS NO SE HABÍAN REALIZADO NUNCA CON ANTERIORIDAD LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

Motivos	n (%)
No consideraba que estuviese en riesgo	1757 (56,9)
Su médico o enfermera no se lo había propuesto	1074 (34,8)
Preocupación por un resultado positivo	66 (2,1)
No sabía dónde hacerse la prueba	47 (1,6)
Temor por las agujas o la sangre	23 (0,7)
Le preocupa que se entere su familia	9 (0,3)
Le preocupa la confidencialidad de los datos	9 (0,3)
Otros motivos	101 (3,3)
TOTAL	3086 (100)

nes, con mayor nivel de estudios y que provenían de ciudades con mayor población. Del 7% de pacientes que no aceptarán la prueba, el 74 % referían no considerarse en riesgo para la infección del VIH (tabla2).

Parece, además, una estrategia coste efectiva atendiendo a los criterios de los CDC, puesto que se halló una prevalencia de serologías positivas del 0.24%.

Este trabajo se realizó en todo el territorio nacional, tanto en ámbito rural como urbano. En cuanto a los médicos de familia que participaron, el 92% consideró esta estrategia de búsqueda aceptable y el

89% factible, siendo la principal barrera la falta de tiempo en consulta. Realizando un análisis estadístico de sus perfiles se determinó que no hubo diferencias significativas en cuanto a esta aceptabilidad y factibilidad percibida por los médicos en base a la edad ni el sexo del profesional, aunque sí se halló una correlación positiva con los años trabajados en el campo y con el hecho de ser docente.

Podemos concluir, por tanto, que la búsqueda oportunista del VIH en atención primaria en nuestro medio es un método válido para el diagnóstico, que

TABLA 2. MOTIVO POR EL QUE LOS SUJETOS RECHAZAN REALIZARSE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

Motivos	n (%)
No considera que esté en riesgo	169 (73,9)
Preocupación por un resultado positivo	29 (12,8)
Temor por las agujas o la sangre	5 (2,2)
Le preocupa que se entere su familia	3 (1,3)
Le preocupa la confidencialidad de los datos	3 (1,3)
Se realizará la prueba en otro centro	2 (0,9)
Otros motivos	17 (7,5)
TOTAL	228 (100)

es aceptado por médicos y pacientes y que es además coste-efectivo.

También es necesaria y complementaria la búsqueda selectiva de la infección por VIH en Atención Primaria. En base a este método cabe destacar los estudios Hides 1 y 2, de ámbito europeo y patrocinados por el CEEISCAT, que pretenden valorar la prevalencia de la infección VIH en AP solicitando la serología a todos aquellos pacientes que cumplan alguna de las situaciones indicativas y/o criterios conductuales propuestos en el estudio^{18,19}. Se incluyeron como situaciones indicativas las siguientes: linfoma maligno, displasia cervical o anal, hepatitis B o infección por el virus C, enfermedad similar a la mononucleosis, leucocitopenia o trombocitopenia inexplicable durante al menos 4 semanas, dermatitis seborreica, neumonía que requiera ingreso hospitalario al menos 24 horas, linfadenopatía inexplicable, cáncer de pulmón primario, psoriasis severa, enfermedad de transmisión sexual, herpes zóster en menores de 65 años y candidiasis oral.

Los criterios conductuales propuestos fueron: pacientes que hayan ejercido como trabajadores del sexo, pacientes que alguna vez hayan consumido drogas por vía parenteral (UDVP), pacientes procedentes de países con elevada prevalencia de VIH, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH), pacientes que mantienen relaciones sexuales concurrentes, pacientes que hayan mantenido relaciones sexuales sin protección con trabajadores del sexo, pacientes que sean pareja sexual de una persona infectada por el VIH, parejas sexuales de UDVP, parejas sexuales de personas que proceden de países con alta prevalencia de VIH, mujeres que sean pareja sexual de HSH, pacientes que hayan tenido relaciones sexuales sin protección con personas que desconocen su estado serológico, pacientes con antecedentes de estancias en la cárcel o que presenten tatuajes, perforaciones o escarificaciones realizadas sin medidas sanitarias adecuadas, mujeres que soli-

citen la anticoncepción de emergencia y mujeres que se realicen o hayan realizado una interrupción voluntaria del embarazo. En este estudio se reclutaron 258 pacientes, de los cuales el 59% fueron varones y el 31% de origen extranjero. La situación indicativa más frecuentemente detectada fue la sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS), que constituyó el 41% de los casos, y el criterio conductual más frecuente fue las prácticas sexuales no protegidas, que se encontró en el 59%.

Como resumen consideramos que el diagnóstico precoz de la infección por VIH puede y debe ser realizado en Atención Primaria mediante la normalización de la prueba como parte de la rutina diaria, pudiendo llevar a cabo como estrategias tanto la búsqueda oportunista como la búsqueda selectiva, que pueden ser complementarias para así abarcar el mayor porcentaje posible de población.

Bibliografía

1. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial. Indicadores 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/indicadores2006_3.pdf (Consulta mayo 2016)
2. Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Med.* 2008; 9 (Suppl.2):6-12.
3. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DiagnosticoTardio2011.pdf> (Consulta junio 2016)
4. UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Steering Committee¹, Sabin CA, Schwenk A, Johnson MA, Gazzard B, Fisher M, et al. Late diagnosis in the HAART era: proposed common definitions and associations with mortality. *AIDS*. 2010; 24(5):723-7.
5. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. 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 Si-

- da. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo; Madrid Nov 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf (Consulta abril 2016)
6. Elías MJ, Gomez-Ayerbe C, Muriel A, Calonge ME, Diaz A, Elías PP, et al. Comparison of routine versus targeted HIV testing strategies: coverage and estimated missed infections in emergency room and primary care centre. *J Int AIDS Soc.* 2014; 17(4 Suppl. 3):19671.
 7. Busto MJ, García 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 Infect Microbiol Clin.* 2011;29 (7):490-6.
 8. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J; en nombre del Grupo de Trabajo del Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria en España. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2013;31(7):451-4.
 9. Castilla J, de la Fuente. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de SIDA. España, 1980-1998. *Med Clin (Barc.)* 2000; 115(3):85-9.
 10. Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, Marchou B, Lang T; NADIS Group. High-risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient Care STDS.* 2006; 20 (12):838-47.
 11. Bokhour BG, Solomon JL, Knapp H, Asch SM, Gifford AL. Barriers and facilitators to routine HIV testing in VA Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2009;24(10):1109-1114
 12. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *MMWR.* 2006; 55 (RR-14): 1-17.
 13. Sanders GD, Anaya HD, Asch S, Hoang T, Golden JF, Bayoumi AM, et al. Cost-effectiveness of strategies to improve HIV testing and receipt of results: economic analysis of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(6):556-3.
 14. Haukoos JS, Campbell JD, Conroy AA, Hopkins E, Bucossi MM, Sasson C, et al. Programmatic cost evaluation of nontargeted opt-out rapid HIV screening in the Emergency Department. *PLoS One.* 2013;8(12):e81565.
 15. Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, Wight D, Hart GJ. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): a pilot study. *Sex Transm Infect.* 2009; 85 (5):326-9.
 16. Rayment M, Thornton A, Mandalia S, Elam G, Atkins M, Jones R, et al. HIV testing in non-traditional settings – The HINTS Study: a multi-centre observational study of feasibility and acceptability. *PLoS One.* 2012; 7(6):e39530.
 17. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Péruela de Torres L, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galliana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Prim.* 2016; 48(6):383-93.
 18. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One.* 2013;8(1):e52845.
 19. Raben D, Mocroft A, Rayment M, Mitsura VM, Hadziosmanovic V, Sthoeger ZM, et al. Auditing HIV testing rates across Europe: results from the HIDES 2 Study. *PLoS One.* 2015; 11;10(11): e0140845.