

Análisis de las actitudes, formación y conocimientos de los médicos de familia frente al VIH

Marta Montes Luna¹, Maria Besó Delgado², Nuria Orozco Mossi³, JIgnacio Alastrué Loscos⁴, Isabel Torres Tronchoni⁵

¹ Punto de Atención Continuada del Centro de Salud Integrado de Paiporta. Departamento de Salud del Hospital General Universitario de Valencia.

² Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario. Dirección General de Salud Pública. Valencia.

³ Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio auxiliar Navajas y Gaibiel. Castellón. Departamento de salud de Sagunto.

⁴ Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia.

⁵ Médico Especialista en Atención Primaria y Comunitaria. Consultorio auxiliar El Raval Cullera. Valencia.

E-mail de correspondencia: nuriaorozcomossi@gmail.com

RESUMEN

Introducción

El objetivo de este estudio ha sido conocer los factores que influyen en el seguimiento de las recomendaciones actuales para prevenir y diagnosticar precozmente la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por parte de los médicos de familia (MF).

Método

Se realizó un estudio analítico observacional transversal en el ámbito de Atención Primaria mediante una encuesta contestada por 201 MF de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SoVaMFic). La encuesta constaba de cuatro apartados: datos sociodemográficos e información laboral, actitudes ante VIH, formación y conocimientos.

Resultados

El 15,2% de los MF conocía la “Guía de Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario”. Los MF de mayor edad fueron los que realizaron mayor número de pruebas y diagnósticos de VIH. Casi el 90% de los MF solicitaba siempre o casi siempre la prueba del VIH tras diagnosticar otra infección de transmisión sexual (ITS). La dificultad del paciente para hablar de las relaciones sexuales fue seleccionada como la mayor barrera para el diagnóstico precoz del VIH (44,78%). En cuanto a formación, un 70,65% había realizado una o dos actividades de formación en los últimos cinco años. Tres de las cinco preguntas sobre conocimientos fueron correctamente contestadas por más del 50% de los MF.

Quienes conocían la guía anteriormente citada y habían realizado mayor número de actividades formativas, tenían un mayor conocimiento sobre el VIH.

Conclusiones

Para prevenir y diagnosticar precozmente la infección por VIH es imprescindible, entre otras estrategias, mejorar la formación que reciben los MF, difundiendo las guías oficiales de diagnóstico precoz en Atención Primaria (AP), mejorar la formación en sexualidad, y ampliar el tiempo de consulta disponible para cada paciente, ya que estas dos últimas aparecen como las principales barreras a la hora de solicitar la prueba del VIH.

Palabras clave: Infección por VIH, Serodiagnóstico del VIH, Atención Primaria de Salud, Médicos Generales, Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Analysis of attitudes, training and knowledge of general practitioners against HIV

SUMMARY

Introduction

The aim of this study was to know which factors influence in the follow-up by General Practitioners (GPs) of the current recommendations to prevent and early diagnose Human Immunodeficiency Virus (HIV).

Method

A cross-sectional observational analytical study was carried out in Primary Health care practitioners by means of a survey, which was answered by 201 GPs that belong to the Valencian society of family medicine (SoVaM-FiC). The survey consisted of four sections: sociodemographic and working data, attitudes towards HIV, training and knowledge of professionals.

Results

15.2% of the GPs knew the "Guide of Recommendations for early diagnosis of HIV in the sanitary context". The older GPs were those who performed the largest number of HIV tests and diagnoses. Almost 90% of the GPs always or almost always requested HIV testing after the diagnosis of another Sexually Transmitted Infection (STI). The patient's difficulty in talking about sexual relations was selected as the greatest barrier for early diagnosis of HIV (44,78%). Regarding training, 70,65% had carried out one or two training activities in the last five years. Three of the five knowledge questions were correctly answered by more than 50% of the GPs. Those who knew the guide previously quoted and had carried out a greater number of training activities had a greater knowledge about HIV.

Conclusions

To be able to prevent and diagnose early HIV infection, it is essential, among other strategies, to improve GP training, spreading knowledge of the official guidelines for early diagnosis in Primary Care, improving sexuality training, and extending the consultation time available for each patient, even more when these last two items appear as the main barriers when requesting HIV testing.

Key words: HIV infection, HIV serodiagnosis, Primary health care, General practitioners, Health knowledge, attitudes and practice.

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH y el sida sigue constituyendo en la actualidad uno de los grandes problemas de Salud Pública de ámbito mundial, tanto por su gravedad como por su magnitud.

Con el objetivo de mejorar esta situación, ONUSIDA ha fijado para el año 2020 el objetivo 90-90-90¹ que tiene como metas que el 90% de las personas con el VIH conozca su estado serológico; que el 90% de las personas diagnosticadas reciba terapia antirretroviral; y que el 90% de las personas que la reciban tenga la carga viral indetectable.

Lograr estos objetivos podría permitir acabar con la epidemia de VIH en el año 2030.

En España, según datos correspondientes al año 2016², se estima que la prevalencia de infección por

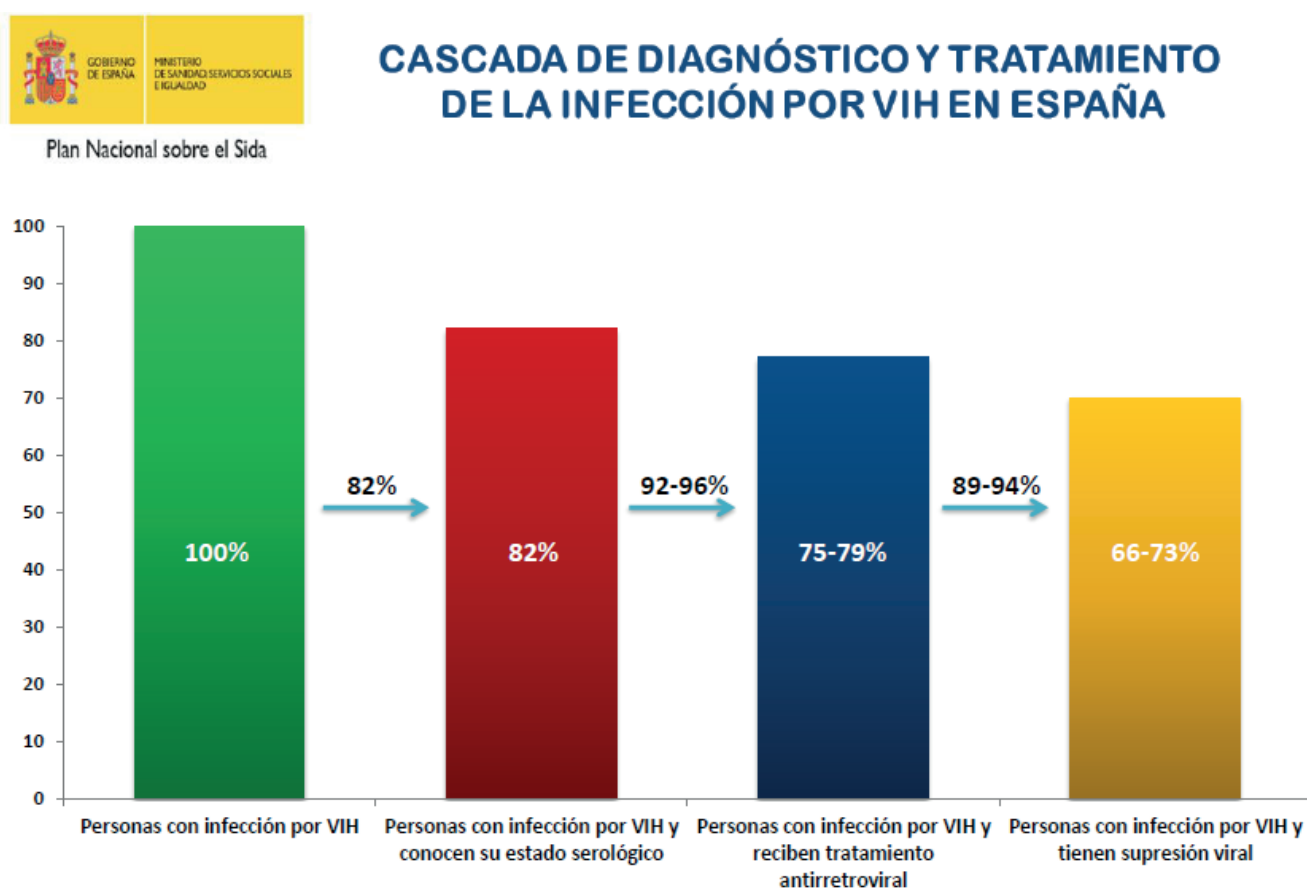
el VIH es del 0,4%, entre 130.000 y 160.000 personas, de las que casi un 20% no están diagnosticadas³. Además, un 46% de los nuevos diagnósticos de VIH se realizó de forma tardía (recuento de linfocitos CD4+ al diagnóstico inferior a 350 células/ μ l).

Vemos pues que nuestro país está lejos de conseguir la primera de estas metas, que el 90% de las personas que viven con el VIH esté diagnosticada (Figura 1)⁴.

Estas personas no diagnosticadas tienen una tasa de transmisión del VIH 3,5 veces mayor que las que sí lo están, por lo que son el origen de buena parte de las nuevas infecciones⁵.

Además, los pacientes con linfocitos CD4+ inferiores a 200 células/ μ l o una enfermedad definitoria de sida en el momento del diagnóstico presentan un

FIGURA 1. CASCADA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA



Elaborado por el Plan Nacional sobre el Sida a partir de las estimaciones realizadas por el Centro Nacional de Epidemiología para el año 2013 y datos procedentes de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH, 2016.

riesgo de muerte diez veces superior durante el primer año⁶.

Por otro lado, la mayoría de las personas que viven con el VIH y que no están diagnosticadas han tenido múltiples contactos con los servicios sanitarios, especialmente con Atención Primaria, lo que supone oportunidades perdidas de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz^{7,25}.

Por tanto, resulta fundamental que los médicos de AP incorporen en sus actividades habituales la oferta de la serología del VIH. Una oferta que debería dirigirse no sólo a aquellas personas que presenten clínica compatible con la infección, sino también de forma rutinaria a aquellas personas de entre 20 y 59 años sexualmente activas, a las que tras solicitar asistencia en un centro de salud se les haya indicado una extracción de sangre por cualquier motivo⁸.

A pesar de las recomendaciones, una elevada proporción del colectivo de MF no las sigue, lo que se traduce en oportunidades perdidas de diagnosticar y tratar a pacientes infectados por VIH^{7,9,10,11,25}.

El objetivo del estudio es conocer los motivos que hacen que una parte importante de los MF no sigan estas recomendaciones. Para ello, nos hemos propuesto analizar las actitudes, la formación y los conocimientos de los MF en relación con el VIH, ya que la evaluación de las dificultades existentes tendría gran relevancia a la hora de diseñar y aplicar estrategias y programas de actualización con el fin de favorecer cambios de actitud y mejorar competencias⁹.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio analítico observacional transversal realizado en el ámbito de AP.

Se elaboró una encuesta que fue enviada en abril de 2016 a todos los socios de la SoVaMFIC (1.641 socios) a través del correo electrónico, remitiéndose un recordatorio una semana después.

La encuesta fue elaborada por el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SoVaMFIC, sien-

do una encuesta voluntaria, anónima, adaptada a nuestro medio y de una duración inferior a 15 minutos. La elección de las preguntas se basó en la revisión de la literatura existente siendo el método más utilizado la entrevista y los cuestionarios validados de elaboración propia. También se tomaron como referencias diferentes encuestas^{12,13} y escalas como la EASE (Escala actitud ante el sida en Enfermería)¹⁴.

Se evaluó la validez interna realizando una encuesta piloto a un grupo de MF de un Centro de Salud de la provincia de Valencia, que sirvió para mejorar algunos ítems de la encuesta.

Ésta constaba de 4 grandes apartados: información laboral y datos socio-demográficos del encuestado, actitudes, formación y conocimientos sobre el VIH (Anexo 1).

En referencia a las actitudes, se plantearon siete preguntas que pretendían valorar la frecuencia con la que se solicitaba la prueba VIH, las responsabilidades y barreras diagnósticas percibidas. Las preguntas eran en su mayoría de elección múltiple con cinco posibles opciones. En este apartado se crearon dos variables secundarias, *Responsabilidad Score* y *Barrera Score*, para agrupar las preguntas de responsabilidades por un lado y de barreras por otro, determinándose tres niveles: bajo (0-10), medio (11-15), alto (16-25).

Se realizó también una pregunta relacionada con la solicitud de la prueba VIH de forma oportunista en pacientes entre 20 y 59 años, sexualmente activos, que nunca se hubieran realizado la prueba del VIH.

En el apartado relacionado con la formación, se intentaba averiguar mediante tres preguntas si el médico percibía carencias formativas y en qué temas creía que tenía una menor soltura, así como la frecuencia con la que había realizado actividades de actualización y el formato en el que las había realizado.

Finalmente, para evaluar los conocimientos médicos se redactaron cinco preguntas que hacían referencia al periodo ventana de la prueba de cribado, los síntomas que deben hacernos sospechar una pri-

ANEXO 1. ENCUESTA REALIZADA A LOS MÉDICOS DE FAMILIA

ENCUESTA SOBRE ACTITUDES, FORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

1- Edad	2- Sexo	3- Municipio de trabajo:
4.- Situación profesional:	Residente:	X
	Médico EAP con menos de 10 años de ejercicio profesional	X
	Médico EAP con menos de 10 años de ejercicio profesional	X

ACTITUDES

5- Aproximadamente, ¿Cuántas pruebas de VIH has solicitado durante el último mes?	_____
6- ¿Cuántos diagnósticos de VIH has realizado en los tres últimos años en el CS?	_____
7- ¿Con qué frecuencia solicitas la prueba del VIH ante la sospecha de una infección de transmisión sexual?	
Nunca Casi nunca La mitad de las veces Casi siempre Siempre	
8- ¿Con qué frecuencia solicitas la prueba del VIH tras el diagnóstico de un herpes zoster, un síndrome mononucleósico o una leucopenia/trombopenia?	
Nunca Casi nunca La mitad de las veces Casi siempre Siempre	
9- Indica en qué medida consideras que es responsabilidad del MF cada una de estas actividades (siendo uno ninguna responsabilidad y cinco, máxima)	
Valorar el riesgo de infección por VIH de cada paciente	1 2 3 4 5
Realizar educación sanitaria sobre el VIH	1 2 3 4 5
Pedir la prueba del VIH	1 2 3 4 5
Realizar el seguimiento de los pacientes diagnosticados	1 2 3 4 5
Realizar el seguimiento de la(s) pareja(s) de los pacientes	1 2 3 4 5
10- En qué medida consideras que supone una barrera para el diagnóstico precoz del VIH cada uno de los siguientes elementos (siendo uno ninguna responsabilidad y cinco, máxima)	
La falta de tiempo en mi consulta	1 2 3 4 5
Mi dificultad para hablar sobre relaciones sexuales con los pacientes	1 2 3 4 5
La dificultad de los pacientes para hablar sobre relaciones sexuales	1 2 3 4 5
Mi falta de formación sobre el VIH	1 2 3 4 5
Mi falta de formación sobre sexualidad	1 2 3 4 5
11- ¿Crees que sería de utilidad solicitar la prueba de VIH de forma oportunista a todos los pacientes con edades comprendidas entre los 20 y los 59 años, sexualmente activos y que nunca se hubieran realizado la prueba de VIH?	Si No

FORMACIÓN

12- ¿Consideras que tienes una formación adecuada sobre VIH/Sida?	Si	No
13- Indica qué formación has recibido sobre VIH/Sida en los cinco últimos años:		
Sesiones clínicas	Si	No
Talleres	Si	No
Jornadas	Si	No
Cursos de formación	Si	No
Congresos	Si	No
Otros _____		
14- En cuáles de los siguientes aspectos consideras que deberías mejorar tu formación:		
Prevención y diagnóstico	Si	No
Entrevista clínica	Si	No
Seguimiento de los pacientes	Si	No
Tratamiento	Si	No
Otros _____		

ANEXO 1. ENCUESTA REALIZADA A LOS MÉDICOS DE FAMILIA (CONTINUACIÓN)

CONOCIMIENTOS

15- ¿Sabes cuánto tiempo debe transcurrir desde que se ha mantenido una relación sexual hasta que se la realice la prueba para que ésta sea completamente fiable?

1. Seis meses
2. Tres meses
3. Mes y medio
4. Dos semanas
5. No lo sé

16- ¿Sabrías cuáles son los síntomas más frecuentes en la primoinfección por VIH?

1. El VIH no da síntomas hasta que no transcurren varios años desde la infección (8-10 años)
2. La aparición de sintomatología a las pocas semanas de la infección es posible, pero es excepcional
3. En más del 50% de los pacientes aparecen síntomas, que en muchos casos son similares a los de la mononucleosis
4. Siempre aparecen síntomas, que casi siempre incluyen un exantema muy característico
5. No lo sé

17- ¿Conoces en qué consiste la profilaxis postexposición?

1. Consiste en administrar tratamiento ARV durante cuatro semanas a un paciente que ha tenido un riesgo muy elevado de infección por el VIH
2. Consiste en administrar tratamiento ARV durante una semana a un paciente que ha tenido un riesgo muy elevado de infección por el VIH
3. Consiste en administrar tratamiento ARV diario mientras el paciente mantenga prácticas de riesgo elevado
4. Es un tratamiento en fase experimental que no está financiado por el SNS
5. No lo sé

18- De las siguientes vacunas, ¿Sabes cuáles son aconsejables para los pacientes con infección por VIH?

1. Gripe, hepatitis B y neumococo
2. Gripe y varicela
3. Sólo la de la hepatitis A
4. No hay ninguna indicación especial para los pacientes con VIH
5. No lo sé

19- ¿Sabes qué porcentaje de pacientes con infección por VIH se diagnostican de forma tardía en España?

1. Menos del 10%
2. Entre el 20 y el 30 %
3. Casi el 50%
4. Más del 75%
5. No lo sé

20- ¿Conoces la "Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario" publicada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con diferentes sociedades científicas?

Si No

Puedes encontrar en la Guía en esta dirección:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>.

Observaciones:

mo infección, la profilaxis postexposición, las vacunas aconsejadas en pacientes con el VIH y el porcentaje de diagnóstico tardío en España. Se creó una variable secundaria (*Conocimientos Score*) para evaluar el nivel de conocimientos global, en función del número de preguntas correctamente contestadas. También se preguntó si conocían la existencia de la “Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario” publicada por el MSSSI en 2014 en colaboración con diferentes sociedades científicas⁸.

Los datos fueron analizados con el software estadístico Stata 14. Como test estadísticos se emplearon la regresión lineal, chi cuadrado o t de student según las características de las variables. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con valores de p inferiores a 0,05.

Los profesionales se informaron y participaron de forma voluntaria, siendo la encuesta anónima y

por tanto preservándose la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Se recibieron 250 encuestas (15,23% de las enviadas) de las que se excluyeron 49 (19,6%) por contener únicamente datos sociodemográficos. Las características de los médicos encuestados se representan en la Tabla I.

Actitudes

En relación a los resultados relacionados con las actitudes (Tabla II), el número medio de pruebas de VIH realizadas en el último mes por cada MF fue significativamente mayor en los médicos de mayor edad ($3,0 \pm 2,6$), y en los que trabajaban en municipios con mayor número de habitantes ($3,6 \pm 2,6$). Por categoría profesional, fueron los Médicos Internos residentes

TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N (%)
1. Edad	
<35	55 (27,4)
35-44	43 (21,4)
45-54	58 (28,9)
>54	45 (22,4)
2. Sexo (mujeres)	145 (72,1)
3. Población de trabajo	
>100.000 habitantes	79 (39,5)
10.000-100.000 habitantes	90 (45,0)
<10.000 habitantes	31 (15,5)
4. Situación profesional	
Residente	40 (19,9)
EAP<10a	33 (36,3)
EAP>10a	128 (63,7)

TABLA II. RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS REFERENTES A ACTITUDES.

ACTITUDES		N o $\bar{x}$ (DS o %)
5. Número de pruebas último mes		2.2±0,23
6. Número de diagnósticos VIH últimos 3 años		0,6±0,08
7. Frecuencia prueba VIH por sospecha ITS	Nunca o casi nunca	14 (7,0)
		7 (3,5)
		180 (89,6)
8. Frecuencia prueba VIH por sd mononucleósico/leucopenia/neutropenia		
	Nunca o casi nunca	103 (31,2)
	La mitad de las veces	91 (45,3)
	Casi siempre-siempre	7 (3,5)
9. Responsabilidades del médico de familia		
Valorar riesgo de infección de cada paciente	1 _ 2	9 (4,5)
	3	15 (7,5)
	4 _ 5	177 (88,1)
Educación sanitaria sobre VIH	1 _ 2	7 (3,5)
	3	18 (9,0)
	4 _ 5	176 (87,6)
Pedir prueba VIH	1 _ 2	2 (1,0)
	3	15 (7,5)
	4 _ 5	184 (91,5)
Seguimientos de los pacientes	1 _ 2	49 (24,4)
	3	75 (37,3)
	4 _ 5	77 (38,3)
Seguimiento de parejas de los pacientes	1 _ 2	26 (13,9)
	3	46 (22,9)
	4 _ 5	129 (64,2)
Recuento Responsabilidades		
Bajo (0-10)		5 (2,5)
Medio (11-15)		9 (4,5)
Alto (16-25)		187 (93,0)
10. Barreras para el diagnóstico precoz		
Falta de tiempo en la consulta	1 _ 2	81 (40,3)
	3	39 (19,4)
	4 _ 5	81 (40,3)
Dificultad del médico para hablar de relaciones sexuales	1 _ 2	130 (64,7)
	3	46 (21,3)
	4 _ 5	28 (13,9)
Dificultad del paciente para hablar de relaciones sexuales	1 _ 2	38 (18,9)
	3	73 (36,3)
	4 _ 5	90 (44,8)

TABLA II. RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS REFERENTES A ACTITUDES (CONTINUACIÓN).

ACTITUDES		N o $\bar{x}$ (DS o %)
Falta de formación del médico sobre VIH	1 _ 2	92 (45,8)
	3	65 (32,3)
	4 _ 5	44 (21,9)
Falta de formación del médico sobre sexualidad	1 _ 2	121 (60,2)
	3	45 (22,3)
	4 _ 5	35 (17,4)
Recuento Barreras		
Bajo (0-10)		50 (24,9)
Medio (11-15)		87 (24,4)
Alto (16-25)		64 (31,8)
11. Sería de utilidad solicitar la prueba VIH de forma oportunista a personas de 20-59 años		133 (66,2)

(MIR) los que realizaron menor número de pruebas de VIH ($0,78 \pm 1,1$).

Los médicos de mayor edad fueron los que realizaron mayor número de diagnósticos de VIH en el último año ($0,36 \pm 0,78$ los menores de 35 años y $1,02 \pm 1,83$ los mayores de 54 años).

Cuando se les preguntó con qué frecuencia solicitaban la prueba de VIH ante la sospecha de una infección de transmisión sexual, 14 médicos (7%) respondieron no hacerlo nunca o casi nunca.

Tan sólo 7 profesionales (3,48%) solicitaban casi siempre o siempre la prueba de VIH tras el diagnóstico de un herpes zóster, una mononucleosis, una leucopenia o una neutropenia.

El 93,03% de los médicos percibía una responsabilidad global alta frente al VIH.

Las barreras percibidas en mayor proporción como un impedimento para el diagnóstico precoz de la infección por el VIH fueron la dificultad del paciente para hablar de relaciones sexuales (44,78%) y la falta de tiempo en la consulta (40,30%), siendo el factor menos considerado la capacidad del médico para hablar de las relaciones sexuales (13,93%).

Formación

Los resultados relativos a formación se representan en la tabla III.

El 37,5% de los médicos consideraba tener una formación adecuada, sobre todo los menores de 35 años (54,5%) y los MF con menos de 10 años de experiencia (60,6%).

Un porcentaje del 12,4% de los encuestados no había realizado actividades de formación en los últimos cinco años.

En cuanto a los aspectos a mejorar, el seguimiento de los pacientes (74,6%) y el tratamiento (70,7%) fueron los ítems que más se consideraron.

Un 60% de los residentes encuestados consideraba necesaria su mejora en la formación en cuanto a la prevención y el diagnóstico.

Conocimientos

En relación con los conocimientos de los médicos, representados en la tabla IV, cabe añadir, que los médicos menores de 35 años fueron los que menos conocían el tiempo que tiene que transcurrir entre una relación de riesgo y la realización de una prueba de VIH para que el resultado sea completamente fiable

TABLA III. RESULTADO EN LAS PREGUNTAS RELATIVAS A LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS.

FORMACIÓN	N (%)
12. Consideración de una formación adecuada	75 (37,5)
13. Formación recibida	
Sesiones clínicas	112 (55,7)
Talleres	38 (18,9)
Jornadas	54 (26,9)
Cursos	46 (22,9)
Congresos	22 (11,0)
Otros	36 (17,9)
Recuento Actividades Formación	
0	25 (12,4)
1 - 2	142 (70,7)
≥ 3	34 (16,9)
14. Aspectos a mejorar	
Prevención y diagnóstico	97 (48,3)
Entrevista clínica	71 (35,3)
Seguimiento de pacientes	150 (74,6)
Tratamiento	142 (70,7)
Otros	8 (4,0)

TABLA IV. RESULTADOS EN LAS PREGUNTAS RELATIVAS A CONOCIMIENTOS.

CONOCIMIENTOS	N (%)
15. Tiempo entre relación y prueba	52 (26,3)
16. Síntomas primoinfección	129 (65,2)
17. Profilaxis postexposición	114 (57,6)
18. Vacunas aconsejadas	170 (86,0)
19. Porcentaje de diagnóstico tardío	49 (24,8)
Recuento Conocimientos	
0_1	38 (18,9)
2_3	121 (60,2)
4_5	42 (20,9)
20. Guía recomendaciones	30 (15,2)

(16,4%). En cuanto a la aparición de síntomas durante la primoinfección, fueron los médicos de entre 45-54 años los que mejor conocían esta respuesta. Un 22,7% creía que la aparición de síntomas a las pocas semanas de la infección son excepcionales, y un 5,6% que ésta es asintomática.

Más de la mitad de los MF tenían conocimientos sobre la profilaxis postexposición y las vacunas aconsejadas, siendo los médicos con más de 10 años de experiencia los que menos conocían la pauta adecuada de la profilaxis postexposición (52,8%).

De todos los encuestados, un 24,75% conocía el porcentaje de diagnóstico tardío en España, y un 62,2% lo consideró inferior a las cifras reales.

Relación entre formación, actitudes y conocimientos

Los médicos que consideran tener un nivel de formación baja, califican las barreras percibidas como de un nivel medio (40%) o alto (52%) a diferencia de los que han asistido a un número intermedio o elevado de actividades formativas, los cuales además solicitan la prueba de VIH ante la sospecha de ITS con mayor frecuencia ($p = 0,048$).

Los médicos que consideran tener un nivel de formación adecuada muestran un recuento en las preguntas de conocimientos superior (2,8) que aquellos que afirman no tenerla (2,4) ($p = 0,032$). Además, los médicos que solicitan la prueba de VIH nunca o casi nunca ante la sospecha de ITS tienen un recuento de conocimientos de 2,39 (2,2- 2,6), siendo de 3,4 (2,6- 4,3) ($p=0,039$) para aquellos que la solicitan casi siempre o siempre.

También tienen un recuento de conocimientos inferior 1,4, (0,4-2,4) los médicos que asumen un nivel de responsabilidad bajo en comparación con aquellos con nivel de responsabilidad alto 2,6 (2,4-2,7), ($p=0,034$).

Los médicos que conocen los síntomas de la primoinfección tienen un score de responsabilidades media o alta con mayor frecuencia (99,2%) que los que desconocen los síntomas de la primoinfección (94,2%) ($p = 0,037$).

El porcentaje de diagnóstico tardío era conocido por el 13,04% de los médicos que no habían asistido a ninguna actividad formativa, 22,69% de los que había asistido a 1 o 2 y 41,18% de los que había asistido a 3 o más. Estos datos se correlacionan con los resultados relativos al recuento de conocimientos siendo respectivamente 1,91 (DS 0,23), 2,58 (DS 0,97) y 2,91 (DS 0,20) ($p=0,005$).

Un 66,7% de los médicos que conocía la Guía de Recomendaciones, frente a un 32,1% de los que no la conocía, afirmó tener una formación adecuada ($p<0,001$).

Los médicos que conocían la guía habían solicitado un mayor número medio de pruebas en el último mes (3,8 [IC95%:2,7- 4,8] que aquellos que no la conocían 1,9 [IC95% 1,4- 2,4], $p = 0,004$) y solicitaron la prueba de VIH tras el diagnóstico de un herpes zóster, un síndrome mononucleósico o una neutropenia/leucopenia con mayor frecuencia (16,7% frente a 1,2%, $p<0,001$).

DISCUSIÓN

Aunque existen diversos artículos sobre las barreras existentes para el diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria y de la actitud ante él de los médicos de familia, la mayoría trata de un solo aspecto en particular y no aborda el tema con una visión más amplia como nuestro estudio.

Estudios realizados en otros países sobre las oportunidades perdidas en prevención y diagnóstico precoz muestran que, al igual que en España, existe un infradiagnóstico que dificulta el tratamiento precoz y la prevención de la transmisión^{11,15,16,17}. Nuestro estudio muestra que un gran porcentaje de médicos considera útil la solicitud de la prueba de VIH de manera oportunista a personas de entre 20 y 59 años, sexualmente activas, a los que no se les haya solicitado la prueba anteriormente. Al igual que en el estudio realizado por Puentes Torres y otros¹⁸ en el que un 91,9% de los MF consideró la búsqueda oportunista del VIH aceptable y el 89,3%, factible.

Además, otro trabajo publicado recientemente en España concluye que la prueba serológica rutinaria del VIH tiene una alta aceptación entre los usuarios que consultan en AP¹⁹.

En un estudio realizado en Carolina del Norte¹¹ se objetivó que el 75% de los pacientes con VIH experimentó síntomas del síndrome retroviral agudo; y aun-

que el 83% solicitó atención médica, sólo el 15% fue adecuadamente diagnosticado en esa visita médica inicial. Los datos de nuestra encuesta sugieren que se podrían mejorar los conocimientos relacionados con la primoinfección (65,15%) aumentando las posibilidades de realizar un diagnóstico precoz.

Dada la evidencia que existe sobre la progresión de la enfermedad en los pacientes que permanecen años sin diagnosticar, es imprescindible realizar pruebas de cribado en AP para reducir el retraso diagnóstico^{6,9,15}.

Un estudio realizado en tres centros de AP de Barcelona, mostró que la formación de los médicos en AP triplicó la petición de serologías de VIH²⁰. En nuestro estudio también son los profesionales con un mayor grado de formación, los que solicitan la prueba de VIH con mayor frecuencia ante un diagnóstico de ITS. Aún así son necesarias nuevas estrategias para mejorar la prevención²¹.

Consideramos necesario el uso de técnicas evaluadoras dirigidas a conocer el impacto en la práctica clínica de cada una de las actividades formativas²² pudiendo así optimizar los recursos materiales y personales.

Cabe destacar, el elevado porcentaje de médicos que cree que existe dificultad exclusivamente por parte del paciente para hablar de temas de índole sexual en la consulta. Esto podría ser debido a no haber trabajado una buena relación de confianza entre médicos y pacientes por falta de tiempo y de habilidades comunicativas²³.

Los avances actuales producen cambios continuos en el abordaje del VIH, por lo que es importante que los profesionales estén en formación continua. En la pregunta referente al tiempo que tiene que transcurrir entre una relación de riesgo y la realización de una prueba diagnóstica para que el resultado sea fiable, el bajo porcentaje de acierto (26,3%), podría ser atribuible a la aparición relativamente reciente de pruebas de cuarta generación que ha hecho disminuir este intervalo de tiempo.

En nuestro país se cuenta con una larga experiencia de actividades formativas sobre VIH y otras ITS, counselling, diversidad sexual, que deben hacerse extensivas a todos los centros de salud²⁴ y así lograr en los próximos años una mayor implicación de todos los profesionales de AP en el diagnóstico precoz del VIH y en el control de la epidemia.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones; en primer lugar, el sesgo de selección, dado que los MF que contestaron la encuesta representan algo más del 12% de los encuestados, pudiendo sesgar los resultados si los que contestaron fueron los más motivados en el tema.

También cabe destacar el sesgo por deseo de aceptación, que supondría un interés por contestar lo que se supone que sería “correcto” y no la realidad.

Finalmente, el no poder descartar que los participantes consultasen alguna fuente de información para contestar las preguntas de conocimientos, podría también alterar los resultados del estudio.

En conclusión, para prevenir y diagnosticar precozmente la infección por VIH es imprescindible, entre otras estrategias, mejorar la formación que reciben los MF, difundiendo las guías oficiales de diagnóstico precoz en AP, mejorar la formación en sexualidad, y ampliar el tiempo de consulta disponible para cada paciente, ya que estas dos últimas aparecen como las principales barreras a la hora de solicitar la prueba del VIH.

AGRADECIMIENTOS

A la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SoVaMFIC) por las facilidades otorgadas para realizar la encuesta y por su trabajo de difusión.

A los socios de las SoVaMFIC que participaron en la encuesta, por el tiempo dedicado a su cumplimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Ginebra: Acción acelerada para acabar con el sida; 2016. Disponible en:

- http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf (Consulta febrero 2018)
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2016: 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 2017. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf (Consulta junio 2018)
 - Núñez O, Hernando V, del Amo J, Moreno S, Díaz A. Estimación de las personas que viven con el VIH y de la fracción no diagnosticada de VIH en España. En: XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla; 2017: p.1. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35a776666015b5bdd25a90424> (Consulta febrero 2018)
 - Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Cascada diagnóstica y tratamiento de la infección por el VIH en España. Madrid. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/CascadaWEBDXTTOVIH22Novbre17.pdf> (Consulta mayo 2018)
 - 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: 1447-50.
 - Sobrinho-Vegas P, Moreno S, Rubio R, Viciano P, Bernardino JI, Blanco JR, et al. Impact of late presentation of HIV infection on short-, mid- and long-term mortality and causes of death in a multicenter national cohort: 2004-2013. *J Infect*. 2016; 72 :587-96.
 - Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*. 2016; 92: 387-92.
 - Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre el Sida. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid; 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf> (Consulta mayo 2018)
 - Mascort J, Aguado C, Alastrué I, Carrillo R, Fransi L y Zarco J. Grupo de Trabajo sobre VIH-Sida de la sem-FYC. VIH y atención primaria. Volver a pensar en el sida. HIV and primary care. Think back to AIDS. *Aten Primaria*. 2017; 49 :65-6.
 - Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J, 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 Infecc Microbiol Clin*. 2013; 31:451-4.
 - Hightow-Weidman LB, Golin CE, Green K, Shaw EN, MacDonald PD, Leone PA. Identifying people with acute HIV infection: demographic features, risk factors, and use of health care among individuals with AHI in North Carolina. *AIDS Behav*. 2009; 13:1075-83.
 - Llobera Serentill A, Casabella Abril B, Pérez Sánchez J, Carrillo Muñoz R, Vía Vidal M, García Ortega D. Elaboración de una prueba para evaluar conocimientos y actitudes sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en profesionales de atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1996; 17: 564-9.
 - Taboada-Rodríguez XA, Figueiras A, López-Álvarez XL, Monteagudo-Romero J. VIH/sida en atención primaria: opiniones y necesidades de los profesionales sanitarios gallegos. *Aten Primaria*. 1997; 20:319-23.
 - Arroyo LM. Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/ Sida. *Revista Multidisc Sida*. 2014;1: 25-41. Disponible en <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/03/Originales-2-Rev-2.pdf> (Consulta mayo 2018)
 - Koh KC, Islam M, Chan WK, Lee WY, Ho YW, Alsagoff SAH, Yusof RA. Missed opportunities for earlier HIV-testing in patients with HIV infection referred to a tertiary hospital, a cross-sectional study. *Med J Malaysia*. 2017; 72:209-14.
 - Wohlgemut J, Lawes T, Laing RB. Trends in missed presentations and late HIV diagnosis in a UK teaching hospital: a retrospective comparative cohort study. *BMC Infect Dis*. 2012; 12:72.
 - Levy I, Maor Y, Mahroum N, Olmer L, Wieder O, Litchevski V, et al. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in patients who presented with advanced HIV disease: a retrospective cohort study. *BMJ* 2016; 6. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e012721> (Consulta mayo 2018)
 - Puentes RC, Aguado C, Pérula LA, Espejo J, Castro C, Fransi L. Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunista de VIH en los centros de salud de España. *Aten Primaria*. 2017; 49:593-602.
 - Puentes RC, Aguado C, Pérula LA, Espejo J, Castro C, Fransi L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en cen-

- tros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. Aten Primaria. 2016; 48:383-93.
20. Cayuelas L, Menacho Pascual I, Noguera-Sánchez P, Goicoa Gago C, Pollio Peña G, Blanco Delgado R, et al. Solicitud del VIH en condiciones indicadoras de Atención Primaria: resultados de una colaboración. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015; 33:656-62.
21. Domínguez-Berjon MF, Pichiule-Castaneda M, García-Riolobos MC, Esteban Vasallo ND, Arenas González SM, Morán Arribas M, et al. A feasibility study for 3 strategies promoting HIV testing in primary health care in Madrid, Spain (ESTVIH project). J Eval Clin Pract. 2017; 23:1408-14.
22. Rodés A, Aguilera R, Blanch C, Casabona J. Evaluación de una hoja informativa sobre la infección por VIH/sida dirigida a los profesionales de atención primaria de Cataluña. Aten Primaria. 1996; 17:4-12.
23. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Publica. 2002; 76:561-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076516>.(Consulta mayo 2018)
24. Morán M. El diagnóstico precoz del VIH en la Comunidad de Madrid de aquí al 2020. Rev Multidisc Sida. 2017; 5;(12):3-6. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/el-diagnostico-precoz-del-vih-en-la-comunidad-de-madrid-de-aqui-al-2020/11/> (Consulta mayo 2018)
25. Ramón Trapero J.L, Zarzano Martínez C. VIH-Sida y todo lo que puede hacer el médico de familia. Rev AMF. 2018; 14:295-304. (Consulta octubre 2018)