

Este tipo de entrevista es crucial en la investigación, desafortunadamente no se efectúan de manera consistente. En Los Angeles, por ejemplo, a marzo de 1994, en un total de 219 (18%) de 1.234 mujeres con SIDA no se ha identificado el riesgo, sólo 40 (22%) de estas mujeres han sido entrevistadas, 83 (38%) están todavía investigándose, las restantes 87 (40%) están muertas o no ha sido posible encontrarlas. Alguna de estas mujeres pudiera haber sido infectada por IA. Los factores de riesgo para la adquisición de VIH a través de IA permanecen poco claros y no pueden ser dilucidados por esta investigación limitada por el tamaño de la muestra y datos incompletos.

No se ha establecido si hay o no diferencia en la eficacia de transmisión entre semen fresco y congelado. Hipotéticamente el semen fresco es más eficaz en la concepción y hace más viables los virus, haciéndolo más capaz de transmitir infección. Otra evidencia sugiere que la criopreservación no altera la viabilidad (hasta -196° C).

Lo mismo que un caso en Nueva York resultó de una IA con semen fresco, otros cuatro casos en Australia fueron inseminados con semen criopreservado. En este estudio el semen fresco y congelado son capaces de transmitir el VIH. La inseminación directa intrauterina se ha asociado a un incremento de riesgo de infección por otros organismos. El uso infrecuente de inseminación intrauterina en esta investigación, no permite investigar la diferencia de riesgo de adquisición de VIH por técnicas de inseminación.

Tampoco fue posible establecer una asociación entre factores de susceptibilidad del huésped y riesgo de transmisión VIH.

La relación entre frecuencia de procedimientos de IA y riesgo de infección VIH permanece poco clara y se relaciona probablemente con factores intrínsecos del donante y del huésped, infectividad vírica y virulencia. Los autores sospechan que los factores que facilitan la infección VIH-IA son multifactoriales y paralelos a los que facilitan la transmisión heterosexual.

El descubrimiento de estos casos refuerza la importancia de continuar con el *screening* entre donantes de semen y la urgente necesidad de llevar a cabo estudios entre donantes y receptores involucrados en procedimientos de IA antes de 1986.

Es necesario que los servicios de salud investiguen a mujeres con SIDA o infección VIH a las que no se ha identificado ningún factor de riesgo preguntándoles específicamente por IA. También se recomienda la vigilancia de todas las clínicas involucradas en estos procedimientos para asegurarse que cumplen con las recientes guías establecidas para donantes de inseminación por la Sociedad de Fertilidad en 1990.

Mary E. Guinan de la Oficina de HIV/AIDS, CDC, Atlanta, comenta en una editorial sobre seguridad y secreto de la inseminación artificial, que es necesario un gran esfuerzo para mantener el control de complicaciones infecciosas a través de estos procedimientos, cuando los detalles de muchos clientes y donantes de inseminación han sido referidos como uno de los secretos mejor guardados. Alude a la experiencia de estas clínicas de fertilidad que a principios de los años 80 operaban con medidas estándar de seguridad altas. Estas clínicas pusieron en práctica medidas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual no siendo obligatorio ni siendo una práctica habitual en ese momento. En 1983 Mascola et al pusieron de relieve el *screening* de donantes para ETS no siendo en ese momento rutinario.

También guardaban las historias ante la posibilidad de que sus clientes recibieran semen infectado o que los donantes fueran encontrados como fuente de infección. De otra manera estos casos nunca hubieran podido relacionarse definitivamente con procedimientos de inseminación. Concluyendo que sólo el entendimiento del papel que desempeñan los médicos, las mujeres que desean un embarazo y los donantes de semen en la prevención del VIH se podrá romper la barrera de secreto que rodea la inseminación artificial a través de donantes en EE.UU.

T. Pelayo

Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Cantabria.

Realización de determinaciones del VIH a los pacientes antes de la cirugía: los puntos de vista de los cirujanos

Chapman K, Meadows J, Catalán J, et al. Testing patients for HIV before surgery: the views of doctors performing surgery. *AIDS Care* 1995; 7: 125-128.

El objetivo de este estudio ha sido investigar las actitudes de los cirujanos hacia las pruebas de anticuerpos frente al VIH en los pacientes quirúrgicos. Cincuenta de ochenta (62,5%) cirujanos pertenecientes a dos hospitales docentes de Londres, devolvieron completados los cuestionarios postales anónimos. El 66% de la muestra prefería algún tipo de prueba obligatoria en el preoperatorio de los pacientes quirúrgicos, aunque la mayoría de ellos pensaba que esto era necesario solamente para los pacientes considerados como pertenecientes a «grupos de alto riesgo». El 84% creía que esto les aseguraba su seguridad frente a la infección durante la intervención quirúrgica. El 48% estaba de acuerdo con la realización de las pruebas a los pacientes sin su consentimiento. Los resultados sugieren que la mayoría de los cirujanos en este estudio están de acuerdo con las pruebas obligatorias de anticuerpos frente al VIH en el preoperatorio de los pacientes con la creencia de que esto les protegerá de infectarse durante la cirugía. Se tratan los problemas asociados con las pruebas obligatorias y en la confianza sobre tales pruebas como protección de los médicos frente a la infección durante la cirugía.

La aplicación de las precauciones universales pueden reducir al mínimo el riesgo de transmisión de VIH durante la cirugía. Sin embargo, se han planteado algunas objeciones a la aplicación de estas medidas en todos los procedimientos quirúrgicos, enfocadas no sólo al incremento de costos que esto llevaría consigo, sino también al aumento en el tiempo requerido en cada acto quirúrgico y al probable detrimento en la habilidad del cirujano, fundamentalmente en relación con una posible menor sensibilidad al llevar dos pares de guantes, y también en relación con las

gafas de protección y visores que pueden entorpecer la visión del campo quirúrgico y la intercomunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Ante estos planteamientos, se ha sugerido que tales precauciones, además de aplicarse en aquellos casos conocidos como infectados por el VIH, también se podrían aplicar de forma selectiva a los pacientes que reconozcan alguna conducta con práctica de riesgo. Sin embargo, la identificación de estos casos puede resultar difícil solamente mediante una historia clínica, ya que en muchas ocasiones el propio paciente puede no ser consciente de ello, o si lo es, no querer comunicarlo. También se ha sugerido ofrecer a todos los pacientes quirúrgicos la realización del estudio serológico de anticuerpos anti-VIH. Hay que tener en cuenta, que tampoco así se identificarían todos los pacientes infectados, ya que según se ha demostrado en algunos trabajos, las personas que perciben una mayor posibilidad de estar infectados, en ocasiones rechazan la oferta del estudio de VIH. Por otro lado, la realización del estudio de forma coercitiva va en contra de la normativa legal que claramente establece que el estudio del VIH ha de ser voluntario, y su incumplimiento puede pues implicar problemas de orden legal y ético.

Ante esta situación, los autores de este trabajo investigan en un grupo de cirujanos, que trabaja en una de las áreas de mayor seroprevalencia de VIH en el Reino Unido, cuáles son las actitudes y opiniones frente a la realización del VIH previo a la cirugía, a la realización del análisis sin consentimiento informado y al consejo. Cuentan con las respuestas aportadas en los cuestionarios elaborados para tal fin, en un total de 50 cirujanos. El 66% resultó partidario de la realización obligatoria de análisis de VIH preoperatorio, bien a todos los pacientes (opinión del 42,4%), o bien sólo a aquellos casos en los que por la historia clínica se perciba alguna conducta de práctica de riesgo (opinión del 57,6% restante). Cerca de la mitad (48%) plantearon que en determinadas circunstancias se podría realizar el estudio sin necesidad de consentimiento del paciente. El 42% de los cirujanos opinaba que si se realizase el estudio obligatoriamente, se deberían dar los resultados al paciente rutinariamente, mientras que el 40% abogaba por dar el resultado sólo a aquellos pacientes que los requiriesen. Por otro lado, el 66% opinaba que se debería dar consejo a todos los pacientes mientras que el 30% pensaba que esto no era necesario. La gran mayoría de los cirujanos, planteaba su propia seguridad (opinión del 84%), y además ayudaba a controlar la difusión de la enfermedad (opinión del 74%).

Se plantea pues, en este trabajo, la disyuntiva sobre la posible realización o no del estudio de VIH como un análisis preoperatorio más, bien a la población general o bien a ciertos grupos de población seleccionados, algo que hasta la fecha no está permitido, según la normativa legal relativa a la realización del estudio de VIH. Sin embargo, según algunos trabajos, esta actitud no parece que conlleve un menor riesgo de transmisión accidental de la infección por VIH al personal sanitario, a través fundamentalmente del pinchazo accidental. Tal vez, el planteamiento debería ir más encaminado a la aplicación rigurosa de las precauciones universales en todos los pacientes, práctica que debería iniciarse desde el comienzo del período de formación, con el fin de que no conlleve nunca un detrimento en los procedimientos quirúrgicos, y sí un beneficio como medidas preventivas.

No hay que olvidar, sin embargo, que ante el caso de un accidente de exposición a sangre de paciente perteneciente a algún grupo de prácticas de riesgo, el cirujano debería tener derecho a la realización del estudio serológico de VIH al paciente, con el fin de poder realizar en el personal sanitario accidentado, el seguimiento adecuado y brindarle la oportunidad de un tratamiento antirretrovírico, a pesar de que hasta la fecha no esté claramente demostrada su eficacia.

L. Pérez Álvarez y R. de Andrés Medina

Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus (CNBCR). Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid.

Exactitud de las determinaciones de anticuerpos frente al VIH en saliva

King A, Marion SA, Cook D, et al. Accuracy of a saliva test for HIV antibody. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1995; 9:172-175.

Se valoró la exactitud del protocolo de recogida y examen de muestras de saliva para la determinación de anticuerpos frente al VIH-1 en unas condiciones reales de campo. Los 1.256 participantes en el estudio procedían de dos lugares de baja prevalencia —una clínica de exploraciones de referencia (478) y de un programa de reinserción social basado en la calle (431)— y dos clínicas de alta prevalencia —una clínica para el tratamiento del VIH/SIDA (337) y una clínica de hemofílicos (10)—. La saliva se recogió utilizando el dispositivo de recogida de Omni-Sal y fue examinada por técnicos, que desconocían el estado sérico, utilizando un protocolo modificado que emplea el EIA VIH recombinen. El suero se examinó utilizando métodos normalizados. Un simple inmunoensayo enzimático de saliva (EIA) identificó de forma correcta a 358 de los 368 individuos seropositivos, con una sensibilidad del 97,3% (IC del 95%: 95,1-98,7), y a 888 de los 888 individuos seronegativos, con una especificidad del 100% (IC del 95%: 99,6-100). La confirmación de los EIA de saliva positivos con la repetición de otro EIA de saliva y de un ensayo de radioinmunoprecipitación de saliva resultó en una caída importante de la sensibilidad hasta el 85,3% (IC del 95%: 81,0-89,0). Se concluye que un único EIA de saliva utilizando el protocolo modificado de la prueba anteriormente descrita es suficientemente exacto para fines de vigilancia, pero no se recomienda para fines diagnósticos o de selección.

Desde los primeros años de esta década se vienen desarrollando, por distintas casas comerciales, equipos de tercera generación para la detección de anticuerpos frente a VIH en saliva, con el fin de evitar los peligros y molestias que conlleva la extracción de sangre. Al mismo tiempo, se han ido realizando estudios encaminados a comprobar la sensibilidad y la inespecificidad de este tipo de equipos.

Los resultados que este tipo de trabajos han dado no son comparables la mayor parte de las veces, dada la gran variación que hay entre unos y otros respecto al número de participantes, que en algunos casos son pocos, y a la proporción de seropositivos y seronegativos incluidos en el estudio, variaciones que pueden hacer que la muestra no sea totalmente representativa.

En este trabajo, los autores han estudiado a pacientes reclutados en cuatro lugares diferentes, aunque en realidad, configuran tres grupos. En el primero, incluyeron a pacientes que estaban siendo tratados en consultas de infección por VIH o en una clínica de tratamiento de hemofilia, y de los que ya conocían con anterioridad que eran seropositivos. En el segundo grupo, incluyeron a personas que asistieron a una clínica de diagnóstico de infección por VIH y en el tercero, a personas contactadas por la calle. Tenían de esta forma un grupo con una prevalencia del 100% y otros dos de baja prevalencia, aunque se podían esperar diferencias entre ellos. En cada uno de los tres grupos hubo alrededor de los 450 participantes.

El hecho de que, desde los puntos de vista epidemiológico y estadístico, el trabajo esté mejor montado, hace que sus resultados tengan más valor. Demuestran que la sensibilidad de la prueba es de un 85%. En otros estudios han encontrado que puede llegar hasta un 97%. Esta imposibi-

lidad de encontrar un equipo con una sensibilidad del 100% fue la causa de que la CDC, cuando aprobó el Ora-Sure, lo hiciera para uso exclusivamente con fines epidemiológicos, no diagnósticos.

Por otro lado, los autores han estudiado la posibilidad de emplear un RIPA aplicado a saliva, para intentar confirmar los ELISAS sin necesidad de recurrir a muestras de suero. Como pasa con el *western-blot* de saliva, no existe una correlación tan clara de bandas con los anticuerpos. Es posible que sea esta la razón por la que los resultados que obtuvieron al intentar confirmar por este método, fueran bastante más discordantes. En ambas formas de confirmación será necesario modificar las técnicas hasta hacerlas óptimas como lo son con suero.

Dado que la especificidad es buena, del 100%, así como el valor predictivo, principalmente en los grupos de prevalencia baja, la detección de anticuerpos en saliva sigue siendo válida para estudios epidemiológicos y posiblemente para detectar IgA en el diagnóstico perinatal sobre todo en los países en desarrollo, aunque no han estudiado la sensibilidad del método con estos fines.

G. Contreras Carrasco y R. de Andrés Medina
 Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus (CNBCR).
 Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid.



Estamos interesados en conocer el grado de aceptación, regularidad de recepción y utilidad de la «*Publicación Oficial de SEISIDA*» entre instituciones y personas que **no son Socios de SEISIDA** y la reciben.

En este sentido nos parece que debería enviarse a las personas e instituciones para las que esta publicación tenga interés.

Si está interesado en seguir recibiendo la «*Publicación Oficial de SEISIDA*», como hasta ahora, **y no es Socio de SEISIDA**, le rogamos cumplimente el boletín adjunto con sus datos (a máquina o en caracteres de letra tipo imprenta). Su cumplimentación no significa ningún compromiso de pago por su parte.

Muchas gracias por su colaboración

BOLETÍN PARA CONTINUAR RECIBIENDO LA «PUBLICACIÓN OFICIAL DE SEISIDA»

(A contestar por quienes NO sean Socios de SEISIDA)

¿Recibe con regularidad la «*Publicación Oficial de SEISIDA*»

Sí No

¿Está Ud. interesado en seguir recibéndola?

Sí No

Debido al fuerte incremento de los costes de papel y del correo, podría ser necesario el pago de una cantidad. Estaría Ud. dispuesto a pagar por año (1 volumen, números 1-10)

0 ptas. 1.000 ptas. 2.000 ptas. 4.000 ptas. 6.000 ptas.

(Marcar lo que proceda)

1er Apellido 2º Apellido

Nombre Profesión

Dirección de envío: Particular Profesional (Marcar lo que proceda)

Dirección de envío particular:

Código postal Localidad Provincia

Dirección de envío profesional (incluir nombre de la institución, servicio o sección, piso, etc.):

Centro de trabajo

Departamento/Sección/Servicio/Unidad

Domicilio

Código postal Localidad Provincia

Tel.: Fax:

Remitir por correo a: Sr. Secretario de SEISIDA
 Apartado de Correos 42137
 28080 MADRID