



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



## Editorial

### ¿Es posible disminuir el retraso diagnóstico en la infección por VIH?

### Is it possible to reduce the delay in diagnosing HIV infection?

Patricia García de Olalla y Joan A. Caylà \*

Servicio de Epidemiología, Agencia de Salud Pública de Barcelona, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

En el artículo sobre el retraso diagnóstico en la infección por VIH en siete comunidades autónomas (CC.AA.) y en la ciudad autónoma de Ceuta que se publica en este número de *Enferm Infecc Microbiol Clin*<sup>1</sup>, se objetiva que el retraso, definido como aquellos pacientes que en el momento del diagnóstico ya tienen menos de 200 CD4, afecta a casi cuatro de cada diez nuevos diagnósticos de infección por VIH. Ante esta evidencia tiene mucho sentido revisar intervenciones que ayuden a mejorar esta situación.

En España, según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2008, el 50% de los nuevos diagnósticos de VIH se hicieron cuando ya eran tributarios de tratamiento (CD4 < 350 células/μl)<sup>2</sup>. Diversos estudios realizados en el ámbito nacional estiman en un 30% las personas viven con la infección por el VIH sin saberlo, lo que supondría en números absolutos entre unas 30.000 y 45.000 personas<sup>3</sup>. Esta situación genera preocupación por diversos motivos. En primer lugar, porque los pacientes diagnosticados y tratados con retraso tienen más probabilidad de desarrollar sida y de morir que los pacientes a los que se les trata tempranamente<sup>4,5</sup>. En segundo lugar porque el diagnóstico permite disminuir la transmisión del VIH, ya que tras el diagnóstico de esta infección la mayor parte de las personas infectadas tendrán prácticas más seguras al conocer su serología frente a la infección<sup>6</sup>. En este sentido, se ha objetivado que la tasa de transmisión del VIH es 3,5 veces mayor entre los que no conocen su serología que entre los ya diagnosticados, lo que viene a significar que, aproximadamente, el 25% de las personas infectadas que desconocen su serología contribuye al 54% de las nuevas infecciones<sup>7</sup>.

Aunque, el retraso detectado en España afecta a todas las subpoblaciones, su distribución no es homogénea. Según los datos aportados por Oliva et al<sup>1</sup>, las proporciones serían de manera significativa más elevadas en los hombres, los mayores de 30 años, las personas contagiadas por vía heterosexual o por uso de drogas por vía parenteral (UDVP). Cualquiera de estas características sería un factor de riesgo asociado al retraso diagnóstico, según las conclusiones del estudio<sup>1</sup>. Se ha sugerido realizar la prueba de forma repetida en los colectivos en los que esta

infección se suele diagnosticar tardíamente<sup>8</sup> pero en el artículo que nos ocupa los factores mencionados recogen a la práctica totalidad de la población estudiada, lo que imposibilita priorizar subgrupos o lo que es lo mismo debería recomendarse la realización de la prueba de forma repetida en cualquier persona con las características anteriormente mencionadas.

En relación con el sexo, diversos estudios han puesto de manifiesto diferencias en el retraso entre hombres y mujeres. En uno de ellos, se ha evidenciado una interacción entre el sexo y la edad, es decir si en los hombres el retraso aumenta con la edad, en las mujeres este incremento no se observa más allá de los 30 años<sup>9</sup>. La introducción del cribado del VIH en las embarazadas a finales de los años noventa podría explicar este hecho. Identificar y tratar la infección en las mujeres embarazadas no solo disminuye de manera considerable la tasa de transmisión madre-hijo<sup>9</sup>, sino que disminuye el retraso diagnóstico. Para conseguir evitar que la mujer llegue al parto sin conocer su condición de infectada por el VIH es imprescindible la realización de serología frente al VIH en el primer y tercer trimestre del embarazo<sup>10</sup>. La utilización de las pruebas de detección rápidas se hace obligatoria en el caso de que la mujer llegara al parto sin que se haya determinado anteriormente su serología VIH, con el fin de administrar profilaxis antirretroviral y poder llevar a cabo otras intervenciones terapéuticas que eviten la transmisión vertical.

La alta proporción de retraso observada en mayores de 50 años (en más del 60% de los casos)<sup>11</sup> muestra claramente que es necesario incrementar los esfuerzos de prevención y diseñar estrategias para aumentar el diagnóstico precoz en este grupo. En Europa, promover el diagnóstico precoz en todos los grupos de edad como estrategia a corto plazo para disminuir la incidencia de nuevas infecciones aún no se recomienda de manera generalizada<sup>12</sup>. No obstante, la sensibilización del personal sanitario se hace necesaria para establecer un diagnóstico precoz. En este sentido, el médico de atención primaria, como primer paso asistencial representa una oportunidad única para disminuir el retraso en el diagnóstico ya que es básico que se piense en el VIH, en el diagnóstico diferencial de un cuadro compatible con infección aguda por VIH. Este cuadro puede ser muy inespecífico, pero el conocimiento de los antecedentes del paciente puede ayudar a orientar correctamente el diagnóstico<sup>13</sup>.

En definitiva, los profesionales sanitarios deberían ofrecer la prueba del VIH, a todas las mujeres embarazadas, a las personas con

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2010.02.013

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcayla@aspb.es (J.A. Caylà).

prácticas sexuales de riesgo, a los UDVP, a aquellos pacientes que presenten infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis<sup>14</sup> u otras enfermedades relacionables con el VIH, como por ejemplo, eczema seborreico, síndrome mononucleósico, herpes zóster, leucopenia/trombopenia, ya que se estima que en estos casos la prevalencia de infección por el VIH puede ser superior al 1%<sup>15</sup>. La prueba debería realizarse también a todas las personas que lo soliciten. Equiparar la prueba del VIH al resto de las pruebas analíticas es otra iniciativa tanto para generalizarla como para promover la detección temprana de la infección por VIH<sup>16</sup>. Además, las barreras que dificultan su realización, como el estigma, deben ser manejadas adecuadamente, y para ello se debe tener en cuenta las necesidades personales y culturales de los afectados.

Con el objetivo de reducir el retraso, en algunas CC.AA. existen farmacias y programas específicos, programas «outreach», en los que la participación comunitaria es fundamental para acercar estos programas a los colectivos más vulnerables a la infección, donde se pueden realizar la prueba de forma anónima y gratuita, como en centros comunitarios<sup>17</sup> o en saunas gay de Barcelona a partir de un programa llevado a cabo desde Salud Pública<sup>18</sup>, aprovechando la disponibilidad de los test rápidos<sup>19</sup>. Para sensibilizar a la población se ha propuesto la celebración del «Día de la prueba VIH», como ocurre en EE.UU.<sup>20</sup> cada 27 de junio. De todas formas las iniciativas de este tipo en España son escasas pero deberían irse generalizando.

Entre las propuestas dirigidas al personal sanitario y a las autoridades de salud pública se encuentra la que hace mención a la importancia del estudio de los contactos sexuales como una estrategia global de prevención, y uno de los elementos clave para reducir las barreras y favorecer el diagnóstico precoz<sup>21,22</sup>. Actualmente, esta actividad se realiza de forma rutinaria en varios países europeos como Inglaterra, Escocia, Suiza y Suecia, existiendo, aún una amplia heterogeneidad en este tipo de actividades<sup>23</sup>. Sobre la rentabilidad del estudio de contactos, un estudio multicéntrico realizado por el *European Partner Notification Study Group*<sup>24</sup> concluyó que por cada individuo con un nuevo diagnóstico de VIH podían evaluarse dos contactos y que la proporción de infectados entre los contactos que desconocían su serología era del 29%.

Un reciente decreto de Cataluña<sup>25</sup> que regula el sistema de enfermedades de declaración obligatoria, hace mención explícita de la responsabilidad de los médicos/as en la instauración del estudio de contactos como una medida de control de las ITS, en cambio no se contempla aún como una actividad sistemática en un documento de consenso español sobre VIH<sup>26</sup>. Asumiendo, el principio de confidencialidad atribuible al propio acto médico, hay suficientes razones éticas, clínicas y epidemiológicas que justifican la incorporación de la notificación y evaluación de los contactos de la infección por VIH, tal como se hace con otras infecciones<sup>27</sup>. El estudio de contactos en el ámbito asistencial comporta la detección precoz y tratamiento que beneficia al paciente, a sus contactos y a la comunidad. La disponibilidad de tratamiento efectivo con acceso universal y gratuito, la existencia de recomendaciones de tratamiento preventivo para aquellos que son evaluados ya en las primeras horas de la exposición<sup>28</sup>, el derecho de las personas expuestas a conocer su situación de riesgo, y finalmente la posibilidad de tomar acciones preventivas para evitar la infección o recibir tratamiento son actividades que han sido bien aceptadas por los usuarios de programas con más de 20 años de experiencia<sup>29</sup>.

Finalmente, debemos asumir que hay un retraso atribuible al paciente que tarda en consultar y un retraso atribuible al sistema sanitario (el paciente consulta pero no se sospecha infección por VIH). Para disminuir de manera importante el retraso diagnóstico en la infección por VIH es menester impulsar iniciativas que sensibilicen a la población sobre la necesidad de consultar, a los

médicos para que consideren la posibilidad de realizar la prueba en las personas que puedan haber estado expuestas a la infección y a las instituciones de salud pública para que diseñen estrategias innovatorias que favorezcan el diagnóstico precoz. Ello redundará a nivel individual en beneficio del paciente a través de un tratamiento temprano y a nivel comunitario se evitara contagios.

## Bibliografía

- Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010, doi:10.1016/j.eimc.2010.02.013.
- Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de Notificación de casos de las CC.AA. periodo 2003–2008. Actualización 30 de junio de 2009. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos\\_diagnosticos\\_ccaa.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008–2012. [consultado 13/7/2010]. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>.
- Palella Jr FJ, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, Moorman AC, Wood KC, Greenberg AE, et al.; HIV Outpatient Study Investigators. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. *Ann Intern Med.* 2003;138:620–6.
- Sobrinho-Vegas P, García-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miró JM, Viciano P, Tural C, et al.; CoRIS. Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res.* 2009;7:224–30.
- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;39:446–53.
- 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.
- Yang B, Chan SK, Mohammad N, Meyer JA, Risser J, Chronister KJ, et al. Late HIV diagnosis in Houston/Harris County, Texas, 2000–2007. *AIDS Care.* 2010;22:766–74.
- Chou R, Smits AK, Huffman LH, Fu R, Korthuis PT; US Preventive Services Task Force. Prenatal screening for HIV: A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2005;143:38–54.
- Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/SEGO/AEP para el seguimiento de la infección por el VIH relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. [consultado 13/7/2010]. Disponible en: [http://www.gesida.seimc.org/pcentifica/fuentes/DcyRc/DcyRc\\_Recomendaciones\\_seguimiento%20infeccion%20VIH%20en%20la%20reproduccion\\_embarazoyprevencion\\_transmision\\_vertical.pdf](http://www.gesida.seimc.org/pcentifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_seguimiento%20infeccion%20VIH%20en%20la%20reproduccion_embarazoyprevencion_transmision_vertical.pdf).
- Smith RD, Delpech VC, Brown AE, Rice BD. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over. *AIDS.* 2010. [Epub ahead of print].
- García de Olalla P. Iniciativas para promover el diagnóstico precoz del VIH. *Enf Emerg.* 2010;12:93–4.
- Chu C, Selwyn PA. Diagnosis and initial management of acute HIV infection. *Am Fam Physician.* 2010;81:1239–44.
- Tuberculosis Working Group Incorporating Scientific Societies, Autonomous Communities, and the Ministry of Health and Consumer Affairs. National Plan for the Prevention and Control of Tuberculosis in Spain. *Arch Bronconeumol.* 2009;45:148–53.
- Gatell JM, Zulaica D, Del Romero J, Robledo T. Cómo promover y facilitar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH-1. *Enf Emerg.* 2010;12:121–4.
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55(RR-14):1–17.
- Fernández-Lopez L, Rifà B, Pujol F, Becerra J, Pérez M, Merodio M, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counseling and Testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS.* 2010;21:388–91.
- García de Olalla P, Carrasco MG, Martín S, Ros M, Santomà MJ, Moreno A, et al., Saunes Study Group. HIV testing at 4 bathhouses in Barcelona City, Spain. XVIII International AIDS Conference. July 18–23 2010. Vienna, Austria.
- Oliva G, Almazán M, Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/03.
- Centers for Disease Control and Prevention. National HIV Testing Day–June 27, 2010. *MMWR.* 2010;59:737. Disponible en: [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5924a1.htm?cid=mm5924a1\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5924a1.htm?cid=mm5924a1_w).
- Recommendation No. R (89) 14 of the Committee of Ministers to Member States on the Ethical Issues of HIV Infection in the Health Care and Social Settings. Adopted by the Committee of Ministers on 24 October 1989 at the 429th meeting of the Ministers' Deputies. *Int Dig Health Legis.* 1990;41(1):39–48.

22. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Partner Services Programs for HIV Infection, Syphilis, Gonorrhoea, and Chlamydial Infection. *MMWR*. 2008;57(No. RR-9):1–63.
23. Arthur G, Lowndes CM, Blackham J, Fenton KA; ESSTI Network. Divergent approaches to partner notification for sexually transmitted infections across the European Union. *Sex Transm Dis*. 2005;32:734–41.
24. European Partner Notification Study Group. Recently diagnosed sexually HIV –infected patients: seroconversion interval, partner notification period and a high yield of HIV diagnoses among partners. *Q J Med*. 2001;94:379–90.
25. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Decret 67/2010 de 25 de maig pel qual es regula la notificació de les malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*. DOGC Núm. 5666-8.7.2010. [consultado 14/7/2010]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/diari/5666/10140122.htm>.
26. Palacios R, Polo R (coordinadores). Grupo de expertos de GESIDA y del Plan Nacional sobre el Sida. Secretaría del Plan Nacional Borrador Documento de consenso sobre las infecciones de transmisión sexual en personas con infección por el VIH. [consultado 14/7/2010]. Disponible en: [http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/dcconsensos.asp?apnv0=pcientifica&apnvA=dcconsensosyrc&appag=dcconsensos\\_txt.htm](http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/dcconsensos.asp?apnv0=pcientifica&apnvA=dcconsensosyrc&appag=dcconsensos_txt.htm).
27. Caylà JA, Orcau A. Study of contacts in the XXI Century: innovations are needed. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(13):494–5.
28. Almeda J, Allepuz A, Simón BG, Blasco JA, Esteve A, Casabona J. Proposed recommendations for the management of HIV post–exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill*. 2004;9:35.
29. Jones JL, Wykoff RF, Hollis SL, Longshore ST, Gamble Jr WB, Gunn RA. Partner acceptance of health department notification of HIV exposure, South Carolina. *JAMA*. 1990;264:1284–6.