



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Las pérdidas de seguimiento de las personas con infección por VIH: un punto débil en el continuo de cuidados



Follow-up losses of people with HIV infection: A weak point in the continuum of care

Maria J. Vivancos y Santiago Moreno*

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, Madrid, España

En una época en la que las personas que viven con infección por VIH (PVVIH) alcanzan una supervivencia y una calidad de vida similares a las de las personas no infectadas, se ha convertido en objetivo prioritario identificar cualquier obstáculo que impida a las PVVIH acceder y beneficiarse de los cuidados sanitarios, incluido el tratamiento antirretroviral, que proporcionan estos beneficios. Para lograrlo, es necesario que se alcance el control de la replicación del virus de modo mantenido, lo que implica que, tras el diagnóstico de la infección por VIH, las personas deben acudir al sistema sanitario, ser retenidos en los cuidados, iniciar tratamiento antirretroviral y, finalmente, ser adherentes al mismo. Estos múltiples escalones fueron enunciados por primera vez por Gardner et al. en 2011¹, en lo que se dio en llamar el continuo (o cascada) de cuidados de la infección por VIH e identificaron la proporción de personas que no superaban alguno de los obstáculos y, por consiguiente, no alcanzaban el objetivo final de conseguir carga viral indetectable. De modo llamativo, según sus estimaciones, solo el 19% de los pacientes con infección por VIH tenían carga viral indetectable en Estados Unidos.

El continuo de cuidados propuesto por Gardner tuvo amplia resonancia y aceptación. Países de todo el mundo han hecho esfuerzos para estimar los valores en cada uno de los escalones de la cascada. De modo relevante, sirvió de base para establecer la estrategia 90-90-90 de la Organización Mundial de la Salud². Según esta propuesta, para 2020 se debería haber conseguido que el 90% de las personas infectadas por VIH estén diagnosticadas, que el 90% de los diagnosticados estén en tratamiento y que el 90% de las personas en tratamiento hayan conseguido el éxito virológico. Por tanto, los 6 escalones de la propuesta inicial se resumen en solo 3. Esta reducción puede, sin embargo, inducir a ignorar algunas barreras intermedias de enorme importancia para conseguir el objetivo final. En concreto, entre el diagnóstico y la indicación de tratamiento antirretroviral se sitúa la toma de contacto y la retención en el sistema sanitario. En algunos países, incluido el nuestro, estos escalones han supuesto un punto débil de los cuidados, limitando el éxito global. Es importante conocer lo más fielmente posible el

cumplimiento de cada uno de los objetivos parciales para poder establecer medidas que ayuden a mejorar la situación en caso de detectarse deficiencias.

El artículo de Teira et al. resulta especialmente pertinente en este contexto³. En él se explora las personas que son retenidas en el sistema sanitario después que han tomado contacto, una de las áreas menos evaluada dentro de la cascada de cuidados de las PVVIH. La proporción de personas vistas en una consulta de infección por VIH que se pierden en su seguimiento constituye un área de enorme importancia. En el artículo original de Gardner et al., aproximadamente un tercio de las personas diagnosticadas y puestas en contacto con los cuidados sanitarios no eran retenidas en el sistema¹, contribuyendo de un modo significativo a la baja cifra de personas que lograban tener carga viral indetectable.

De acuerdo a las cifras de los hospitales españoles participantes en la cohorte VACH que se recogen en el trabajo de Teira et al., un 15% de los pacientes atendidos fueron perdidos para el seguimiento en el periodo de estudio, de 2012 a 2014. La cifra es buena si se compara con las proporcionadas por estudios llevados a cabo en países de nuestro entorno⁴⁻⁶ y en el rango de otros estudios españoles⁷. Debe señalarse que la comparación entre estudios puede no ser adecuada dadas las diferentes definiciones utilizadas. Realmente, no existe una definición estándar para pérdida de seguimiento en los cuidados sanitarios. Sin embargo, para el conocimiento de nuestra realidad, la definición de «pérdida de seguimiento» utilizada en este trabajo (menos de una visita en el periodo de un año) es adecuada y transmite de modo fiable los pacientes que no logran ser adherentes con el número de visitas que actualmente se consideran mínimas para un seguimiento adecuado.

El interés de conocer la cifra de pacientes con pérdida de seguimiento es doble. Por un lado, determina el mínimo de pacientes que no reciben tratamiento antirretroviral. Sin embargo, existe una aparente discordancia cuando se trata de evaluar las consecuencias de las pérdidas de seguimiento en nuestro entorno. En la actualización más reciente de la cascada de cuidados en España, entre el 92% y el 96% de todos los pacientes diagnosticados estarían recibiendo tratamiento antirretroviral⁸. Esta aparente inconsistencia de los datos es difícil de explicar, dado que la estimación de un 15% de pérdidas de seguimiento en este artículo está en el rango bajo de las estimaciones y, aún así, es muy superior a la proporción

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.09.008>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: smguillen@salud.madrid.org (S. Moreno).

estimada de personas diagnosticadas que no estarían en tratamiento antirretroviral (tan solo un 4-8%).

Por otro lado, la identificación de factores asociados a la pérdida de seguimiento puede ayudar a diseñar estrategias para mejorar la situación. En este sentido, algunos factores identificados en el trabajo de Teira et al. merecen ser comentados. Es especialmente relevante el hecho de que sean factores sociodemográficos los que determinan en mayor medida las pérdidas de seguimiento. Carecer de empleo, ser inmigrante o pertenecer a un estrato social bajo se asocian todos ellos con una menor retención en los cuidados sanitarios. Si el objetivo es disminuir las pérdidas de seguimiento, se debe prestar especial atención a los pacientes en los que concurren estas características, especialmente si son jóvenes (la edad joven también se ha visto asociada con mayor tasa de pérdidas). Sería bueno que en estas personas se pudieran activar mecanismos, todavía por diseñar, que garantizaran la adherencia a las visitas a la consultas. Los trabajadores sociales podrían sin duda ofrecer una ayuda extraordinaria en este sentido. Aunque no ha sido constante en todos los estudios publicados, se ha identificado que el tamaño del hospital también puede condicionar la tasa de pacientes con seguimiento adecuado, que sería mejor en hospitales con mayor número de camas (> 1.000). El hallazgo resulta de interés y, de ser confirmado, podría relacionarse con la mayor experiencia y especialización en hospitales de gran tamaño donde se atiende a mayor número de personas con infección por VIH.

La cuestión que analizamos no es menor. Cada uno de los componentes de la cascada de cuidados de las PVVIH debe ser analizado para detectar potenciales fallos y poner remedio. Por motivos obvios, se ha centrado la atención en medir y mejorar el primer escalón de la cascada, es decir, disminuir la fracción no diagnosticada actualmente estimada en un 18% en España⁹. En el otro extremo de la cascada, la adherencia a la medicación en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral ha sido un foco

de interés constante y, en gran medida, se han conseguido éxitos notables en esta área. No debemos olvidarnos, sin embargo, de los pasos intermedios. Entre ellos, lograr que se fidelicen los pacientes que tomaron contacto con la consulta un día y que mantengan el seguimiento recomendable se revela como un área de clara mejora. Nuestro sistema sanitario debe responder a este desafío y estamos seguros de que lo hará con éxito, una vez más.

Bibliografía

1. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis.* 2011;52:793–800.
2. World Health Organization. ONUSIDA. 90-90-90. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida; 2014 [consultado 11 Mar 2019]. Disponible en: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90.es.pdf.
3. Teira R, Espinosa N, Gutiérrez MM, Montero M, Martínez E, González F, et al. Pérdidas de seguimiento de personas con infección por el VIH en la cohorte española VACH en el periodo 2013-2014: importancia de los factores sociodemográficos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:361–6.
4. Drew RS, Rice B, Rüütel K, Delpech V, Attawell KA, Hales DK, et al. HIV continuum of care in Europe and Central Asia. *HIV Med.* 2017;18:490–9.
5. Gourlay A, Noori T, Pharris A, Axelsson M, Costagliola D, Cowan S, et al. The human immunodeficiency virus continuum of care in European Union countries in 2013: Data and challenges. *Clin Infect Dis.* 2017;64:1644–56.
6. Nosyk B, Montaner JS, Colley G, Lima VD, Chan K, Heath K, et al., STOP HIV/AIDS Study Group. The cascade of HIV care in British Columbia Canada, 1996-2011: A population-based retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2014;14:40–9.
7. Sobrino-Vega P, Gutiérrez F, Berenguer J, Labarga P, García F, Alejos-Ferreras B, et al. La cohorte de la red española de investigación en sida y su biobanco: organización, principales resultados y pérdidas al seguimiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:645–53.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La infección por VIH y SIDA. Cascada de diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en España. [consultado 11 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/CascadaWEBDxTTOVIH22Novbre17.pdf>.
9. Nuñez O, Hernando V, Díaz A. Estimating the number of people living with HIV and the undiagnosed fraction in Spain in 2013. *AIDS.* 2018;32:2573–81.