

Original

Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria[☆]

Rosa Martín-Cabo^a, Juan E. Losa-García^{b,*}, Higinio Iglesias-Franco^a, Rosario Iglesias-González^a, Angélica Fajardo-Alcántara^a y Asunción Jiménez-Moreno^a

^a Centro de Salud Pedro Laín Entralgo, Alcorcón, Madrid, España

^b Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de marzo de 2011

Aceptado el 11 de julio de 2011

On-line el 16 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Diagnóstico

VIH

Atención primaria

Keywords:

Diagnosis

HIV

Primary care

R E S U M E N

Objetivos: Promover la prueba diagnóstica frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en atención primaria y describir su aceptación.

Métodos: Estudio de intervención no aleatorizado en un centro de salud urbano sobre cinco médicos de atención primaria que atendían pacientes de 18 a 65 años de edad a quienes se iba a realizar un análisis de sangre por otro motivo. Se ofreció sistemáticamente la realización de la prueba del VIH si reconocían haber mantenido una relación sexual sin usar preservativo con una persona de la que desconocían su estado serológico frente al VIH. No realizarse la prueba del VIH requería una negativa expresa. El periodo de intervención fue de octubre a diciembre de 2008, y el periodo control de octubre a diciembre de 2007. La variable principal del estudio fue la diferencia en el número de pruebas del VIH solicitadas. Se analizó también la aceptación de dicha prueba.

Resultados: No hubo diferencias en las características demográficas de los pacientes en los dos periodos. El número de pruebas del VIH se incrementó de un 3,7% (22/599) a un 27,2% (212/780) ($p < 0,001$). Se ofreció la prueba a 209 pacientes, cuya edad media fue de 45,6 años (desviación estándar: 11,7), 141 eran mujeres (68%) y 11 no habían nacido en España (5%). Ciento noventa y cinco pacientes (93%) reconocieron la posibilidad de haber estado o estar en situación de riesgo. Sin embargo, sólo tres de aquellos en posible riesgo (1,5%) rechazaron la prueba del VIH.

Conclusiones: Ofrecer sistemáticamente la prueba del VIH en atención primaria aumenta de manera significativa su realización, y en raras ocasiones es rechazada por la población.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Promoting routine human immunodeficiency virus testing in primary care

A B S T R A C T

Objectives: To promote human immunodeficiency virus (HIV) testing in the primary care setting and to describe patients' attitudes toward this practice.

Methods: A non-randomized intervention was conducted on five physicians of an urban primary care center attending patients aged 18-65 years old, who were scheduled to undergo blood tests for other reasons. The patients were systematically offered HIV blood testing if they reported having had sex without a condom with a person of unknown HIV status. Not being tested required active refusal. The intervention period was from October to December 2008 and the control period was from October to December 2007. The main variable was the difference in the number of HIV tests requested. The proportion of patients accepting the test was also analyzed.

Results: Demographic factors were similar in patients in the two periods. The number of HIV tests increased from 3.7% (22/599) to 27.2% (212/780), $p < 0.001$. A total of 209 patients were offered the HIV test. Their mean age was 45.6 years (SD 11.7), 141 were women (68%) and 11 were born outside Spain (5%). One hundred and ninety-five patients (93%) admitted the possibility of having been or being at risk. Of these patients, only three (1.5%), refused the HIV test.

Conclusions: Routine HIV testing in the primary care setting is feasible and few patients refuse to be tested.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se estima que la incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en España se sitúa en torno a 0,07 por mil habitantes y año, y la prevalencia alrededor de tres casos por mil habitantes^{1,2}. Casi un 40% de las personas con VIH tienen menos de 200 CD4/ μ l al ser diagnosticados³, y más del 50%

[☆] Este trabajo fue presentado como póster oral y escrito en el I Congreso Nacional Gesida, en octubre de 2009 (P021 y P38).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jelosa@fhalcorcon.es (J.E. Losa-García).

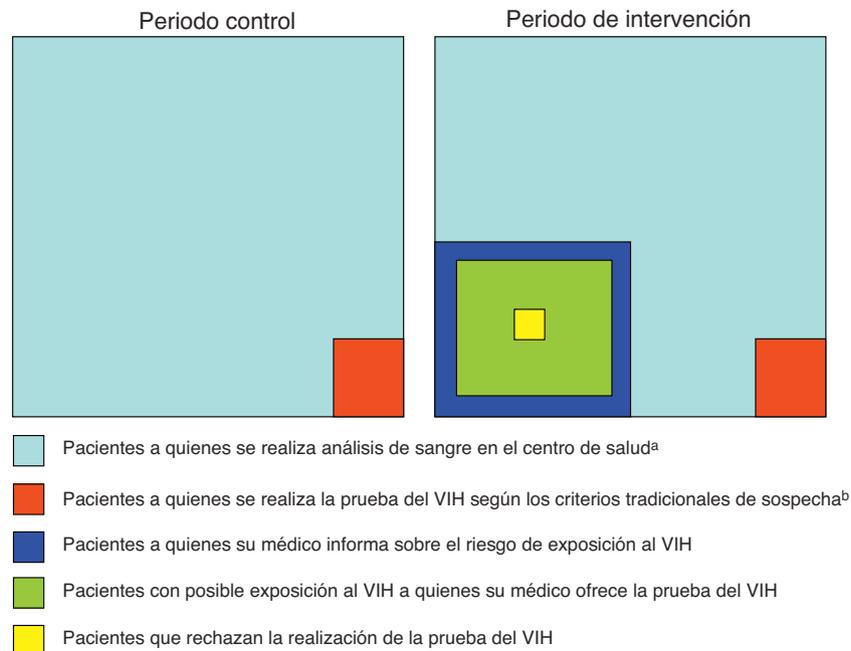


Figura 1. Esquema del estudio. ^a Incluye los solicitados por personal médico y por personal de enfermería. ^b Siempre solicitada por personal médico.

tienen menos de $350 \text{ CD4}/\mu\text{l}^2$. A este retraso diagnóstico contribuye que el 25% de las personas con esta infección no lo saben⁴. Este desconocimiento tiene implicaciones pronósticas muy negativas sobre la pandemia y sobre cada paciente⁵. En la Comunidad de Madrid se calcula que la prevalencia de la infección por el VIH oculta en la población general es del 0,32%⁶. Se considera que de la fracción oculta proviene más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH⁷⁻⁹. La transmisión sexual es la forma de contagio que predomina en la actualidad¹⁰, y los datos disponibles sobre conductas sexuales indican que el 17% de las personas entre 18 y 49 años de edad mantiene relaciones sexuales con parejas ocasionales, y de ellas el 41% no utiliza preservativo¹¹. El retraso diagnóstico afecta sobre todo a quienes adquieren la infección por VIH mediante transmisión heterosexual³.

Promover un diagnóstico precoz es clave en el control de la pandemia por el VIH. El Centro Europeo para la Prevención de Enfermedades (ECDC) indica que hay excelentes razones para hacerlo: *a)* puede detectarse con pruebas fiables, baratas y no invasivas; *b)* su cribado, prevención y tratamiento tienen un buena relación coste-beneficio; *c)* puede ser diagnosticada antes de que aparezcan complicaciones; y *d)* su tratamiento a tiempo conlleva la ganancia de muchos años de vida¹². En 2006, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos revisaron las indicaciones de la prueba del VIH, que pasó a recomendarse a todas las personas de 13 a 64 años de edad que acudieran a los servicios de salud independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia del VIH, y se llevaría a cabo salvo que el paciente expresara su negativa (*opt-out*)¹³. La Organización Mundial de la Salud y sociedades médicas norteamericanas también recomiendan esta estrategia de normalización de la prueba del VIH¹⁴⁻¹⁶. Así, en 2009, el 45% de los norteamericanos se habían realizado la prueba del VIH al menos una vez¹⁷. El cribado sistemático del VIH se había implantado muchos años antes en las gestantes, con resultados muy positivos¹⁸ al resultar determinante en la reducción de la transmisión vertical de esta infección. España presenta una de las prevalencias de infección por el VIH más altas de Europa¹², por lo

que el cribado del VIH puede considerarse una necesidad de salud pública.

Entre las medidas de promoción de la salud en atención primaria debe encontrarse la de difundir entre la población el mensaje de que cualquier persona que haya mantenido relaciones sexuales con penetración sin usar preservativo con una persona de la cual se ignora si es VIH positiva, debe realizarse la prueba del VIH². Atención primaria representa una oportunidad única para el diagnóstico precoz¹⁹. Sin embargo, hay muy pocos estudios sobre la promoción de la prueba del VIH en este ámbito²⁰⁻²², y ninguno de ellos en España. De igual manera, apenas se dispone de datos sobre la anamnesis sexual en atención primaria, sobre la percepción del riesgo de transmisión del VIH y sobre la necesidad de realización de la prueba del VIH. Con estas premisas, en nuestro centro de salud de atención primaria se implementó una intervención con los objetivos de promover la solicitud de la prueba del VIH y conocer la actitud de los pacientes cuando se les ofrece de forma sistemática.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio de intervención no aleatorizado sobre médicos de familia en un centro de salud de la ciudad de Alcorcón, población de la periferia de Madrid. La zona básica de salud de dicho centro incluye 26.131 usuarios; de ellos, el 83% tienen más de 14 años de edad y son atendidos por 15 médicos de familia que, por término medio, cada día reciben a unos 35 pacientes. Los sujetos de estudio fueron los pacientes de 18 a 65 años de edad a quienes se iba a realizar un análisis de sangre por su motivo de atención en el centro de salud.

La variable principal del estudio fue la diferencia entre el número de pruebas del VIH solicitadas por los médicos de familia participantes durante el periodo de intervención (octubre-diciembre de 2008) y un periodo control retrospectivo (octubre-diciembre 2007). La información de esta variable se recogió mediante consulta a la base de datos que sustenta la historia clínica electrónica del centro de salud (OMI-AP). Tomando como base el promedio de análisis

- La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica que produce una alteración de los mecanismos de defensa de nuestro organismo, haciéndole vulnerable a otras infecciones y enfermedades.

- El desconocimiento del diagnóstico tiene implicaciones muy negativas: a nivel colectivo, ya que estos pacientes no son conscientes de que pueden transmitir la infección, y a nivel individual, sobre la propia evolución clínica de los afectados al no beneficiarse de la mejora del pronóstico y de la calidad de vida con los tratamientos actualmente disponibles.

Teniendo en cuenta las formas de transmisión del VIH, es recomendable realizarse una prueba del VIH si:

- Se han mantenido relaciones sexuales sin usar el preservativo con una o varias parejas de las cuales se desconocía si estaban infectadas o no. Debería utilizarse siempre el preservativo, también con la pareja estable, a no ser que las dos personas sepan que no tienen el VIH.
- Se ha compartido el material utilizado para inyectarse drogas.
- Se ha tenido alguna infección de transmisión sexual.
- Se está embarazada o piensa tener un hijo.

En este Centro de Salud se pretende diagnosticarla lo antes posible. Para ello se ofrece la realización de la prueba a todo paciente al que se le vaya a solicitar una analítica por otro motivo y pueda estar en situación de riesgo.

Figura 2. Hoja de información al paciente.

de sangre que se solicitaban en 1 mes por los médicos de familia (1.435), la proporción de pruebas del VIH que se pedían habitualmente (3,41%), un incremento de 15 puntos porcentuales en una intervención similar llevada a cabo en gestantes¹⁸, un error α del 5% y un error β del 20%, se calculó un tamaño muestral de 93 análisis de sangre en los periodos control y de intervención.

En los protocolos de los programas de salud que se llevan a cabo en atención primaria, el personal de enfermería también solicita pruebas analíticas que se adscriben al cupo del médico correspondiente. El sistema informático del centro de salud que gestiona las peticiones de análisis (OMI-LAB) no permite diferenciar las que solicita el personal de enfermería de las que piden los médicos de familia; sin embargo, la prueba del VIH, que consiste en la realización de la serología del VIH en la sangre extraída, sólo la solicitan los médicos de familia (fig. 1). Los sujetos de intervención fueron los médicos de familia del mismo turno que el investigador principal y que voluntariamente accedieran a participar. De enero a septiembre de 2008 se llevó a cabo un programa específico de formación en infección por el VIH a los médicos de familia participantes; incluyó una actualización sobre esta enfermedad, haciendo especial énfasis en la infección oculta, en el retraso diagnóstico y en los conceptos de riesgo de contagio y de exposición al VIH.

Los pacientes elegibles objeto de la intervención sobre los médicos de familia fueron sólo aquellos a quienes se iba a realizar un análisis de sangre que no incluyera a priori la prueba del VIH. Se excluyeron, por tanto, los pacientes a quienes se iba a solicitar la prueba del VIH como se había hecho hasta entonces, es decir, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas por vía parenteral, a petición propia, embarazo, síntomas, signos o enfermedades de sospecha (p. ej., infecciones de transmisión sexual) o exposición accidental. Durante el periodo de intervención, los médicos de familia realizaron a los pacientes elegibles una anamnesis sexual sencilla en la cual les explicaron que se consideraba riesgo de exposición el haber mantenido alguna vez en la vida una relación sexual no protegida con una persona de la que se desconocía su estado serológico frente al VIH. Además, en la propia consulta se les entregó una hoja informativa al

respecto (fig. 2). En un formulario específico diseñado a tal fin, se registró si reconocían haber estado o estar en esa situación de riesgo de transmisión, y si aceptaban la realización de la prueba del VIH. En este último caso se obtuvo el consentimiento informado escrito, en el cual se especificaba que la participación era voluntaria, que el resultado de la prueba era confidencial y que, en caso de resultar positiva, se ofrecería consejo, ayuda y atención precoz por el especialista en enfermedades infecciosas del hospital de referencia. Por tanto, no realizarse la prueba del VIH requería una negativa explícita (*opt-out*). Se estimó que la intervención consumía 5 minutos de consulta. Durante todo el periodo de intervención, los médicos de familia objeto de la intervención recibían diariamente un recordatorio del estudio mediante correo electrónico.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Se utilizaron la media y la desviación estándar para describir la distribución de las frecuencias en variables cuantitativas, y el porcentaje para las variables cualitativas. Se realizó un análisis bivariado mediante la *t* de Student para comparación de medias en las variables continuas y mediante *ji* al cuadrado para la comparación de proporciones en las variables categóricas, con la corrección del test exacto de Fisher cuando fue oportuno, en los grupos de comparación. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas diferencias con una *p* < 0,05 (dos colas). Se utilizó el programa estadístico SPSS v16.

Resultados

El 80% de los pacientes adultos que fueron atendidos por los médicos de familia en el centro de salud tenían una edad entre 18 y 65 años. En la práctica clínica habitual se realizaba un análisis de sangre a un 15% de ellos. En la tabla 1 se recogen las características de los grupos poblacionales incluidos en el estudio, que fueron homogéneos salvo en cuanto a los nuevos casos de infección por el VIH que se diagnostican en el hospital de referencia, en los que predominan los varones no nacidos en España. En el turno de mañana trabajaban siete médicos de familia, de los cuales dos rechazaron

Tabla 1
Características demográficas de la población de estudio y relacionadas con ella

Población (n)	Edad media en años (DE)	Porcentaje de sexo femenino	Porcentaje de no nacidos en España
Ciudad de Alorcón (168.000 hab)	67% entre 20 y 64 años de edad	51	13
Personas que acuden a consulta de los cinco médicos de familia durante el periodo de intervención (3740)	51 (18)	58	5
Pacientes a quienes se realizó un análisis de sangre en la consultas de los cinco médicos de familia durante el periodo de intervención (780)	49 (13)	60	6
Pacientes a quienes los médicos de familia ofrecieron la prueba del VIH durante el periodo de intervención (pacientes elegibles, 209)	46 (12)	68	5
Pacientes a quienes se realizó un análisis de sangre en la consultas de los cinco médicos de familia durante el periodo control (599)	48 (13)	63	5
Cohorte de todos los pacientes VIH nuevos diagnosticados en el hospital de referencia ^a en 2007-2008 (48)	35 (13)	29 ^b	58 ^b

^a Hospital Universitario Fundación Alorcón, referencia de un área de 200.000 habitantes, que incluye la población de Alorcón³³.

^b $p < 0,005$ para la comparación con los otros grupos.

participar por razones personales en un caso y profesionales en otro. Cada uno de los cinco médicos de familia participantes objeto de la intervención tenía una población asignada por tarjeta sanitaria de unas 1.400 personas, y su distribución por edad y sexo era homogénea ($p = 0,996$).

En el periodo control se solicitaron 599 análisis de sangre en los cupos de los cinco médicos de familia (en los que por consiguiente estaban incluidos los solicitados por el personal de enfermería dentro de los programas de promoción de la salud); de ellos, 22 incluyeron la prueba del VIH (3,7%), que siempre solicitó un facultativo según la sospecha o por indicación tradicional. En el periodo de intervención, los mismos cinco médicos de familia pidieron 780 análisis de sangre (en los que también estaban incluidos los solicitados por el personal de enfermería dentro de los programas de promoción de la salud), de los cuales 212 incluían la prueba del VIH (27,2%), entre ellos los que los médicos de familia siguieron pidiendo según la sospecha o por indicación tradicional y los que fueron resultado de la intervención sobre los médicos de familia, según se recoge en la figura 1. Esta diferencia de un 23,5% fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En la tabla 2 se recogen las pruebas analíticas solicitadas en cada periodo por cada médico de familia.

Durante los meses de octubre a diciembre de 2008, los médicos de familia sobre quienes se realizó la intervención plantearon la realización de la prueba del VIH a 209 pacientes elegibles, es decir, aquellos a los que tenían previsto hacer un análisis de sangre por

otro motivo y no estaba previsto solicitar la prueba del VIH según se hacía tradicionalmente antes del periodo de intervención (fig. 1). Su edad media, sexo y nacionalidad se recogen en la tabla 1. Ciento noventa y cinco pacientes (93%) reconocieron haber mantenido al menos una relación sexual no protegida con una persona de la que desconocían su estado serológico frente al VIH, y por tanto podían haber estado o estar en situación de riesgo de haber contraído esta infección. Sin embargo, sólo tres de estos pacientes en posible riesgo (1,5%) rechazaron la realización de la prueba del VIH. Los pacientes que rechazaron la prueba del VIH, a pesar de reconocer haber mantenido una relación sexual según los criterios indicados, justificaban su decisión afirmando que no aceptaban la posibilidad de haberse contagiado en esas circunstancias. Todas las pruebas del VIH realizadas resultaron negativas y todos los pacientes a quienes se solicitó acudieron a recoger los resultados. Los médicos de familia objeto de intervención consideraron que el consumo de tiempo de consulta era asumible.

Por consiguiente, de las 212 pruebas del VIH pedidas por los cinco médicos de familia durante el periodo de intervención, 192 se solicitaron como parte del programa de intervención y 20 fuera de él, es decir, como se venía haciendo antes de la intervención según las prácticas tradicionalmente más relacionadas con la infección por el VIH (fig. 1).

Discusión

El diagnóstico precoz de la infección por el VIH tiene beneficios tanto individuales como sobre la población, pues facilita el contacto de los infectados con los servicios sociales y sanitarios, y favorece un tratamiento temprano que mejora el pronóstico de la infección, a la vez que promueve la adquisición de prácticas sexuales seguras en las personas diagnosticadas de la infección y con ello permite reducir el número de nuevas infecciones en la comunidad⁵. Diagnosticar precozmente la infección por el VIH pasa por normalizar la prueba de su detección en la población general^{23,24}. La prueba del VIH es coste-efectiva²⁵, incluso en atención primaria²⁶, que como puerta de acceso al sistema sanitario ocupa una posición inmejorable para su promoción²⁷. Ante la ausencia de evidencia en España, diseñamos una intervención con este objetivo. Nuestros resultados demuestran, en primer lugar, que el cambio de actitud en los facultativos aumentó siete veces el número de peticiones de la prueba del VIH. Este porcentaje es superior al 17% que se alcanzó en gestantes¹⁸ y que

Tabla 2
Pruebas analíticas de sangre solicitadas en cada periodo y resultados de la intervención

	Periodo control (n = 599)	Periodo intervención (n = 780)	p
Análisis de sangre pedidos por médico 1 (%)	17,9	21,3	0,11
Análisis de sangre pedidos por médico 2 (%)	19,5	18,2	0,53
Análisis de sangre pedidos por médico 3 (%)	20,5	20,9	0,87
Análisis de sangre pedidos por médico 4 (%)	22,0	20,8	0,57
Análisis de sangre pedidos por médico 5 (%)	20,0	18,8	0,58
Petición de prueba del VIH (%)	3,7	27,2	< 0,001

conllevo la universalización de la prueba del VIH en esa población, contribuyendo a reducir la transmisión vertical del VIH. Otro resultado de extraordinaria relevancia es la elevadísima aceptación de la prueba del VIH, superior al 98%. Este porcentaje sobrepasa el 45% observado en estudios similares llevados a cabo en Estados Unidos y Reino Unido^{21,22}. Además, está en la línea de que la aceptación del cribado sistemático es mejor que el tradicional basado en poblaciones vulnerables (con prácticas de más riesgo y reconocidas)²⁸. Es posible que esta aceptación esté condicionada por la confianza de los pacientes en su médico de familia, lo que en sí mismo es una fortaleza de nuestra intervención. Atención primaria es el lugar preferido por los ciudadanos para hacerse la prueba del VIH, por lo que este nivel asistencial resulta estratégico en el control de la infección¹¹. Por otro lado, todos los pacientes acudieron a recoger el resultado, lo que demuestra la confianza en la atención recibida en su centro de salud. En el análisis de la aceptación de la prueba se excluyeron los pacientes en quienes la prueba del VIH iba a ser solicitada por el mismo objeto de la consulta.

El abordaje tradicional del diagnóstico de la infección por el VIH basándose exclusivamente en los grupos vulnerables resulta más difícil (en tiempo y dinero) que el universal^{29,30}. Sin embargo, la estrategia de normalizar la prueba requiere un cambio en la actitud de los facultativos. Por ello, el primer paso para la implementación de nuestra intervención fue habilitar un programa de formación médica específica con una actualización sobre esta enfermedad, haciendo especial énfasis en la infección oculta, el retraso diagnóstico y los conceptos de exposición al VIH y riesgo de contagio. Se insistió expresamente en considerar riesgo de exposición una relación sexual no protegida con una persona de quien se desconoce su estado serológico frente al VIH².

Para evitar el efecto Hawthorne de ser observado, en lugar de comparar simultáneamente los pacientes de dos grupos de médicos diferentes se optó por una intervención no aleatorizada, en la cual el grupo de comparación lo constituyera un histórico de pacientes atendidos por los mismos médicos objeto de la intervención. Para facilitar la intervención se decidió que los médicos de familia participantes compartieran el mismo turno que el investigador principal. Dos de ellos rechazaron participar, pero aun así se alcanzó el tamaño muestral necesario, ya que con la participación voluntaria de al menos tres médicos de familia del centro de salud durante 3 meses se alcanzaba el tamaño suficiente para el objetivo propuesto.

Se restringieron los sujetos de estudio a pacientes de 18 a 65 años de edad por ser los sexualmente más activos y porque es el segmento de edad que recomiendan los CDC para hacer de forma sistemática la prueba del VIH¹³. Aunque lo ideal hubiera sido ofrecer la prueba a todos los pacientes que acudieron a la consulta, se limitó a aquellos en que iba a realizarse una extracción de sangre para realizar una prueba analítica por otro motivo. Si bien se introdujo un sesgo, hacerlo de esta forma facilitó la intervención y evitó añadir una venopunción no prevista. Una alternativa hubiera sido utilizar una prueba del VIH rápida, pero no están disponibles en la práctica habitual de los centros de salud, como otros autores ya han observado²². Además, en caso de positividad requiere una extracción de sangre por venopunción para su confirmación, lo que hubiera dificultado la rutina de trabajo del centro de salud. El tiempo empleado en entregar la hoja informativa y de consentimiento no complicó la dinámica de la consulta, según la impresión de los médicos de familia participantes. Incluso es previsible que, en un contexto de normalización de la prueba en la práctica clínica diaria, sin necesidad de entregar un escrito o firmar un consentimiento, el impacto en la consulta diaria sería aún menor.

Como ya se ha indicado y se recoge en la [figura 1](#), en los protocolos de los programas de salud que se llevan a cabo en atención

primaria el personal de enfermería solicita pruebas analíticas que quedan adscritas a sus médicos respectivos. Los sistemas de información disponibles no permiten diferenciarlas de las que pide el facultativo; en todo caso, la prueba del VIH siempre la solicita el médico. Cuando se compara el porcentaje de pruebas del VIH solicitadas, el número total de análisis en ambos periodos son los solicitados tanto por el médico como por la enfermera adscrita a su cupo, si bien sólo el médico ofrecía la prueba del VIH a los pacientes a quienes él mismo solicitaba el análisis. Por esta razón, aunque se pidieron análisis a 780 pacientes en el periodo de intervención, los médicos de familia sólo actuaron sobre 209, que fueron aquellos a quienes sólo sus médicos iban a solicitar un análisis de sangre sin la prueba del VIH por no considerarlos población vulnerable.

Nuestra intervención se llevó a cabo en un único centro de salud, con un grupo limitado de médicos y durante un periodo recortado de tiempo, por lo que no podemos descartar un sesgo de selección poblacional. Sus resultados no pueden extrapolarse a otros centros de salud que atiendan poblaciones diferentes. Además, las personas con más probabilidad de acudir al centro de salud y hacerse un análisis podrían no corresponderse con las personas más expuestas al VIH. Sin embargo, este estudio contribuye a aumentar la percepción de exposición al VIH y a normalizar su prueba diagnóstica en el ámbito sanitario. Hasta ahora, los centros sanitarios son entornos de retraso diagnóstico porque los pacientes con VIH consultan en repetidas ocasiones antes de ser diagnosticados^{19,31,32}. Por otro lado, nuestra intervención no modificó la práctica habitual de solicitar la prueba del VIH ante comportamientos de riesgo más conocidos, ni el abordaje centrado en infecciones o manifestaciones orientativas; por ello, las peticiones de pruebas del VIH fuera de la intervención fueron casi idénticas en el periodo control y en el de intervención (20 frente a 22) ([fig. 1](#)).

Ninguna de las serologías realizadas tuvo resultado positivo. Considerando que la prevalencia de infección oculta es del 0,3% en la Comunidad de Madrid⁶ y la incidencia de la infección por el VIH de 12 por cien mil habitantes y año en el hospital de referencia del área de salud donde se ubica el centro de salud en que se realizó el estudio³³, la muestra no fue lo suficientemente grande como para valorar este resultado. Quizás, si se hubiese centrado en varones inmigrantes más jóvenes podría haberse obtenido algún resultado positivo, sin olvidar que los tres pacientes que rechazaron la prueba pueden suponer una infraestimación. Por el contrario, nuestro tamaño muestral sí fue adecuado para nuestro objetivo primario de promover la prueba del VIH en atención primaria. Los resultados obtenidos son la base para llevar a cabo estudios con un mayor tamaño muestral, que permitan demostrar que estas intervenciones contribuyen a mejorar el diagnóstico precoz. De cualquier modo, en caso de haber tenido algún resultado positivo, la continuidad asistencial por atención especializada en el seguimiento de esta enfermedad estaba garantizada, aspecto fundamental y al que cada vez se otorga más importancia para controlar esta pandemia³⁴.

En conclusión, actualizar los conocimientos del personal sanitario sobre el riesgo de exposición al VIH y ofrecer sistemáticamente la prueba del VIH a los pacientes cuyo médico de atención primaria va a solicitar un análisis de sangre y reconocen haber mantenido una relación sexual no protegida con una persona de quien desconocían su estado serológico frente al VIH, aumenta significativamente la realización de la prueba. Cuando se incorpora una anamnesis sexual básica en la consulta de atención primaria, una proporción muy alta de pacientes reconoce la posibilidad de haber estado expuesto al VIH y excepcionalmente rechaza la prueba del VIH. Por consiguiente, una anamnesis sexual elemental puede contribuir a diagnosticar antes esta infección. Tal estrategia, además, puede ayudar a normalizar la prueba del VIH en la población general.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Se estima que un tercio de los pacientes con infección por el VIH no lo saben, y más de la mitad están en fase avanzada cuando son diagnosticados. Promover el diagnóstico precoz es fundamental en el control de esta pandemia, y atención primaria ocupa una posición inmejorable para lograr este objetivo. En España no se dispone de estudios sobre la promoción de la prueba del VIH en atención primaria y hay pocos datos sobre la anamnesis sexual y sobre la percepción del riesgo de transmisión.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Impulsa la normalización de la prueba del VIH en atención primaria al demostrar que ofrecerla sistemáticamente a los pacientes a quienes se va a solicitar un análisis de sangre aumenta significativamente su realización. La mayoría de la población reconoce relaciones no protegidas con otra persona de la que desconoce su estado frente al VIH, y excepcionalmente rechaza la realización de la prueba del VIH. Es la base para diseñar trabajos encaminados a disminuir la población oculta de pacientes con infección por el VIH, elemento clave para evitar las consecuencias del retraso diagnóstico en esta enfermedad.

Contribuciones de autoría

R. Martín-Cabo realizó el cronograma de trabajo, obtuvo datos, realizó los análisis y supervisó todos los aspectos de su realización. J.E. Losa-García concibió el estudio e interpretó los hallazgos. H. Iglesias-Franco obtuvo datos, aportó ideas y contribuyó a la redacción del primer borrador del manuscrito. R. Iglesias-González obtuvo datos, aportó ideas y contribuyó a la redacción del primer borrador del manuscrito. A. Fajardo-Alcántara obtuvo datos, aportó ideas y revisó el primer borrador del manuscrito. A. Jiménez-Moreno obtuvo datos, aportó ideas y revisó el primer borrador del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final. R. Martín-Cabo es la responsable del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Este trabajo hubiese sido imposible sin la colaboración del personal de enfermería del C.S. Pedro Laín Entralgo de Alcorcón, de Mariano Casado y Jesús Martín (Dirección del área 8 de Atención Primaria de Madrid), y de Fernando Cava (Hospital Universitario Fundación Alcorcón).

Bibliografía

- Castilla J, Pachón I, González MP, et al. Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. *Epidemiol Infect.* 2000;125:159-62.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. (Consultado el 4/7/2010.) Disponible en: <http://www.msp.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>.
- Oliva J, Galindo S, Vives N, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:583-9.
- Campsmith ML, Rhodes PH, Hall HI, et al. Undiagnosed HIV prevalence among adults and adolescents in the United States at the end of 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53:619-24.
- Moreno S, Mocroft A, Monforte A. Medical and societal consequences of late presentation. *Antivir Ther.* 2010;15 (Suppl 1):9-15.
- Moreno S, Ordoñez M, Sanz JC, et al. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population in Madrid, Spain: evidence for the need of effective testing programs. Program and abstracts of the XVIII International AIDS Conference; July 18-23, 2010; Vienna, Austria. *Abst. LPB28.*
- 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.
- Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis.* 2007;195:951-9.
- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, et al. Meta-analysis of high-risk sexual behaviour 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.
- Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, et al. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (200-2004). *Gac Sanit.* 2006;20:442-8.
- Instituto Nacional de Estadística/Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de salud y hábitos sexuales. España 2003. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006 (Consultado el 4/7/2010.) Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03.htm>
- European Center for Disease Prevention and Control. HIV infection in Europe: 25 years into the pandemic. (Consultado el 4/7/2010.) Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0703.TER.HIV.in.Europe.25.Years.Pandemic.pdf>.
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR.* 2006;55(RR14):1-17.
- WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. HIV/AIDS Programme. 2007. (Consultado el 4/7/2010.) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf.
- Lubinski C, Aberg J, Bardeguez AD, et al. HIV policy: the path forward—a joint position paper of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America and the American College of Physicians. *Clin Infect Dis.* 2009;48:1335-44.
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Intern Med.* 2009;150:125-31.
- Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs: HIV testing and diagnosis among adults – United States 2001-2009. *MMWR.* 2010;59:1550-5.
- Stringer EM, Stringer JSA, Cliver SP, et al. Evaluation of a new testing policy for human immunodeficiency virus to improve screening rates. *Obstet Gynecol.* 2001;98:1104-8.
- García de Olalla P, Caylá JA. ¿Es posible disminuir el retraso diagnóstico en la infección VIH? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:580-2.
- Simmons E, Roberts M, Ma M, et al. Recommendations and practice. *AIDS Patient Care and STDs.* 2006;20:79-83.
- Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, et al. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): a pilot study. *Sex Transm Infect.* 2009;85:326-9.
- Ezeanolue EE, Gande N, Ekeh O, et al. Routine HIV screening program in an urban outpatient setting. *AIDS Read.* 2010. (Consultado el 4/7/2010.) Disponible en: <http://www.theaidsreader.com/display/article/1145619/1518303>.
- Simmons E, Lally MA, Flanigan TP. Routine, not risk-based, human immunodeficiency virus testing is the way to go. *J Infect Dis.* 2003;187:1024.
- Bayer R, Fairchild AL. Changing the paradigm for HIV testing. The end of exceptionalism. *N Engl J Med.* 2006;355:647-9.
- Bozzette SA. Routine screening for HIV infection. Timely and cost-effective. *N Engl J Med.* 2005;352:620-1.
- Phillips KA, Feryak S. The cost-effectiveness of expanded HIV counselling and testing in primary care settings: a first look. *AIDS.* 2000;14:2159-69.
- Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Eiros Bouza JM, et al. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *An Med Intern (Mad).* 2007;24:399-403.
- Mahoney MR, Fogler J, Weber S, et al. Applying HIV testing guidelines in clinical practice. *Am Fam Physician.* 2009;80:1441-4.
- Wenrich MD, Randall J, Carline JD, et al. HIV risk screening in the primary care setting. Assessment of physicians' skills. *J Gen Intern Med.* 1997;12:107-13.

30. Epstein RM, Levenkron JC, Frarey L, et al. Improving physicians' HIV risk-assessment skills using announced and unannounced standardized patients. *J Gen Intern Med.* 2001;16:176-80.
31. Avery A, Del Toro M. How routine is HIV testing? Utilization of EMR to measure missed opportunities. 48th IDSA Meeting; October 21-24, 2010; Vancouver, Canada. Abst. 1062.
32. Pérez Rueda M, Comeche Fernández B, Delgado Yagüe M, et al. ¿Dónde y por qué son atendidos en el hospital los pacientes en los 10 años anteriores al diagnóstico de la infección por VIH? I Congreso GESIDA. Madrid, 21-24 de octubre de 2009. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27 (Esp. Congr. 2): 49-50.
33. Losa García JE, Comeche Fernández B, Pérez Rueda M, et al. Descripción clínico-epidemiológica de los casos incidentes de infección VIH en un hospital durante el bienio 2007-8. I Congreso GESIDA. Madrid, 21-24 de octubre de 2009. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27 (Esp. Congr. 2): 15-6.
34. Goicoechea M, Smith DM. Universal HIV testing: is it enough? *Clin Infect Dis.* 2007;45:1375-6.