

Cartas a la Directora

Cribado de VIH/sida en las farmacias comunitarias

HIV/AIDS screening in community pharmacies

Sra. directora:

Hemos leído con interés el artículo de Gorostiza et al.¹ publicado en GACETA SANITARIA y queremos hacer unas puntualizaciones al respecto de que no existe ninguna comunicación de experiencias similares anteriormente. En Cataluña se ha venido desarrollando, desde 2009, un programa idéntico en 36 farmacias comunitarias distribuidas en 21 localidades de la provincia de Barcelona, a las que en 2012 se añadieron 12 en la de Tarragona. Dicha experiencia fue presentada conjuntamente con la del País Vasco en diferentes jornadas y congresos, como por ejemplo la *Jornada nacional para la presentación del programa de implantación de la prueba rápida VIH en farmacias* (Madrid, 13 de diciembre de 2011). Del mismo modo, tenemos constancia de experiencias similares en otras comunidades autónomas.

Por otro lado, nos gustaría aportar los resultados obtenidos en nuestra experiencia. De 6853 pruebas realizadas entre 2009 y 2012 en personas que voluntariamente la solicitaron en las farmacias comunitarias autorizadas, un 72,0% fueron hombres y un 27,6% mujeres (en 31 pruebas no figuraba el sexo del beneficiario de la determinación). La edad media de los sujetos fue de 33,8 años (DE: 9,7) y un 11,6% eran personas no autóctonas.

En relación a las prácticas de riesgo de infección por el VIH, un 90,2% manifestaron tener una relación sexual no protegida, y de éstos el 61,2% de los encuestados se autodefinieron como heterosexuales. La tasa de detección fue de 9,8 reactivos por cada mil pruebas realizadas. Cuando se analiza la relación entre positividad y diferentes variables sociodemográficas o de prácticas de riesgo, se halla un mayor porcentaje de pruebas reactivas en las personas que practican relaciones homosexuales, en los adictos a drogas por vía intravenosa y en los ciudadanos no autóctonos (tabla 1). Un punto importante a destacar es que tan sólo un 42% de los sujetos con resultados reactivos acudieron a la cita en su hospital de referencia para el establecimiento del diagnóstico de certeza y el análisis de su inmunocompetencia.

La detección precoz de la infección reduce la probabilidad de infección asociada a prácticas de riesgo y proporciona tratamiento en estadios precoces². Hay acuerdo en que diferentes alternativas comunitarias pueden complementar la oferta proporcionada por la atención médica convencional. En Cataluña, desde 1994 existe un trabajo en red con diferentes ONG que realizan anónimamente el cribado del VIH y actividades de asesoramiento³, y desde el año 2006 éste se viene realizando mayoritariamente mediante test rápido.

Coincidimos con los autores en afirmar que la farmacia comunitaria como centro de salud, por su proximidad, accesibilidad, equilibrio territorial, conexión en red y confianza ciudadana, puede complementar idóneamente los programas de prevención primaria y secundaria de la infección por el VIH, en especial en sujetos no detectados en las actividades de cribado tradicional. No

Tabla 1

Pruebas realizadas por sexo y relación entre la reactividad de la prueba del VIH en la farmacia y la variables tipos de práctica sexual de riesgo, adicción a drogas por vía intravenosa y origen geográfico de las personas (cálculos realizados con el programa EPIDAT 3.1)

Variable independiente	Nº pruebas	Nº pruebas reactivas	Tasa de detección (%)
Total pruebas realizadas	6.853	67	9,8
Hombres^a			
Total	4.933	51	10,3
Consulta por una relación sexual de riesgo ^b			
– Relación homosexual	795	31	39,0
– Relación heterosexual	2.877	13	4,5
Consulta por adicción a drogas intravenosas	26	2	76,9
No autóctonos que se hacen la prueba	518	10	19,3
Mujeres^a			
Total	1.889	16	8,5
Consulta por una relación sexual de riesgo ^b			
– Relación homosexual	31	0	0,0
– Relación heterosexual	1.289	8	6,2
Consulta por adicción a drogas intravenosas	6	2	333,3
No autóctonos que se hacen la prueba	273	6	22,0

^a Se han realizado 31 pruebas en personas de sexo desconocido. Todas ellas han sido no reactivas. También hay cinco personas transexuales, todas ellas negativas, que se han considerado en el análisis como hombres homosexuales.

^b Se desconoce el tipo de relación sexual en 1251 hombres y en 566 mujeres. La prueba ha sido reactiva en siete hombres y ocho mujeres. También se desconoce el sexo de 20 personas heterosexuales y ocho homosexuales, todas ellas con un resultado negativo en la prueba.

obstante, es cierto que debería asegurarse su correcta derivación, a fin de garantizar su inclusión y seguimiento efectivo en la atención primaria de salud o en las unidades especializadas de referencia.

Contribuciones de autoría

A. Giménez, B. Rifà y R. Guayta-Escolies realizaron el diseño del estudio, la supervisión de su desarrollo, la evaluación y la redacción del primer borrador y del artículo definitivo. M. Barau, P. Gascón y A. Dronda supervisaron el desarrollo del estudio en Barcelona y Tarragona, compilaron los datos, crearon la base de datos regional, y supervisaron y corrigieron el artículo. J.L. Martínez realizó el análisis estadístico de la base de datos, revisó el artículo e incorporó la tabla 1.

Financiación

Durante su fase de pilotaje, el programa recibió patrocinio para el desarrollo de la investigación por parte de las compañías farmacéuticas ALERE, Boehringer y Pfizer. Actualmente el Programa de cribado mediante test rápido en farmacias comunitarias se halla incluido en la cartera de servicios concertados entre

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.010>

CATSalut y el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Gorostiza I, Elizondo E, Braceras L. Programa de cribado de VIH/sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit.* 2013;27:164-6.
2. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, et al. Cost effectiveness of screening for HIV in the era of highly antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2005;352:570-85.
3. Fernández-López L, Rifà B, Pujol F, et al. Impact of the introductions of rapid HIV testing in the voluntary counselling and testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD&AIDS.* 2010;21:388-91.

Rafel Guayta-Escolies^{a,*}, Albert Giménez^b, Benet Rifà^b, Mercè Barau^c, Pilar Gascón^a, Àngels Dronca^d y José Luis Martínez^b

^a Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, Barcelona, España

^b Programa de Prevenció i Assistència de la Sida (PPAS),

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^c Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona, Barcelona, España

^d Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rguayta@ccfc.cat

(R. Guayta-Escolies).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.07.005>

The apparent ineffectiveness of bicycle helmets: A case of selective citation

La aparente ineficacia de los cascos de bicicleta: un caso de citación selectiva

Ms Director,

A recent Gaceta Sanitaria letter concluded bicycle helmet use should not be mandated in urban areas.¹ Mandatory helmet legislation (MHL) is controversial and a balanced presentation of all scientific evidence is therefore critical. This letter will briefly discuss relevant literature uncited by the authors.

The authors note bicycle use declines with MHL. However, there is ample evidence the contrary is possible. South Australian household surveys found similar cycling rates prior to and after MHL regardless of gender, age or level of urbanisation.² Adelaide cycling counts increased by 2.9% after MHL. Other surveys from Victoria, Australia³ and Ontario, Canada⁴ indicate either no change or an increase in cycling following MHL.

New South Wales surveys were commissioned around the 1991 MHL to estimate changes in helmet wearing.⁵ These reports were designed to estimate helmet wearing and not cycling rates. No such surveys exist for NSW and conclusions using this data are therefore weak. However, this data forms the basis for the argument MHL leads to less cycling. Importantly, this data does not produce unequivocal results as Sydney adult cycling counts increased 22% following MHL.

Regarding the effects of MHL on urban cycling, the cycling mode share in Australian cities changed little after MHL from 1.14% in 1986 to 1.13% in 1991 after most Australians were subjected to MHL.

The above examples of non-decreasing cycling rates following MHL have important health implications. The de Jong paper, cited by Rojas-Rueda et al., assumes cycling rates only decline with MHL. However, as evidenced above, this does not hold uniformly. Importantly, for non-decreasing cycling rates, this model always estimates a benefit to MHL.

A New Zealand evaluation by Clarke and cited by Rojas-Rueda et al. ignores critical analyses found in the original source material.⁶ This research demonstrates serious traumatic brain injury rates per million hours spent cycling declined significantly following MHL. Clarke only considered all cycling injuries and, since helmets are designed to protect the head only, his analysis could mask any positive impact of MHL.

The manuscript mentions Australian research demonstrating a benefit of MHL, yet cites a rejoinder critical of this work. Missing from the letter was a full-length response to the rejoinder demonstrating the criticisms were unfounded and the original analysis was rigorous and robust.⁷ Briefly, the original study estimated a 29% decline in bicycle related head injury hospitalisations attributable to MHL compared with limb injuries. There was a concurrent helmet wearing increase from about 25% to 80%. Note the rejoinder self-cites a paper retracted due to numerous arithmetic errors.⁸

There is strong evidence helmet wearing, either voluntarily or compulsory, mitigates the risk of bicycle related head injury. Of note, head injury is the most common cause of cycling-related hospitalisation in Catalonia.⁹ Helmets, however, should not be viewed as a panacea and instead are an important part of any cycling safety strategy along with segregated cycling facilities and lower speed limits for motorised traffic. The benefits of each intervention are situational – helmets will help a cyclist in an accident and segregated cycling infrastructure will help avoid accidents. I therefore believe the decision to mandate helmet use should be in conjunction with a comprehensive strategy and not in isolation.

Bibliografía

1. Rojas-Rueda D, Cole-Hunter T, Nieuwenhuijsen M. Ley para el uso obligatorio de casco por ciclistas en zonas urbanas. ¿Es bueno para la salud pública? *Gac Sanit.* 2013;27:282-5.
2. Marshall J, White M. Evaluation of the compulsory helmet wearing legislation for bicyclists in South Australia. Walkerville, SA: South Australian Department of Transport; 1994. Office of Road Safety Report Series 8/94 [consulted on 9/9/2013]. Available at: <http://www.bicyclenetwork.com.au/media/vanilla/file/SA%20Helmet%20eval%201994%20SA%20Marshall.pdf>
3. Finch C, Heiman L, Neiger D. Bicycle Use and Helmet Wearing Rates in Melbourne, 1987 to 1992: the influence of the helmet wearing law. Melbourne: Monash University Accident Research Centre; 1993 [consulted 9/9/2013]. Available at: <http://www.monash.edu.au/miri/research/reports/muarc045.pdf>
4. Macpherson AK, Parkin PC, To TM. Mandatory helmet legislation and children's exposure to cycling. *Inj Prev.* 2001;7:228-30.
5. Smith NC, Milthorpe FW. An Observational Survey of Law Compliance and Helmet Wearing by Bicyclists in New South Wales - 1993. Rosebery, NSW: NSW Roads and Traffic Authority; 1993 [consulted on 9/9/2013]. Available at: http://bicycleinfo.nsw.gov.au/tools_and_resources/cycling_research.html
6. Tin Tin S, Woodward A, Ameratunga S. Injuries to pedal cyclists on New Zealand roads, 1988-2007. *BMC Public Health.* 2010;10:655.
7. Walter SR, Olivier J, Churches T, Grzebieta R. The impact of compulsory helmet legislation on cyclist head injuries in New South Wales, Australia: A response. *Acc Anal Prev.* 2013;52:204-9.