

EDITORIAL

Diagnóstico tardío de la infección por VIH

A mediados de la década de 1990, la expansión de la terapia antirretroviral de gran actividad tuvo un impacto extraordinariamente positivo sobre la morbi-mortalidad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) allá donde se facilitó el tratamiento a la población infectada.

Los países mas afectados por la pandemia de VIH carecían de los recursos y la infraestructura necesarios para hacer llegar el tratamiento a los que lo necesitaban, por lo que ONUSIDA promovió la iniciativa “3 x 5” con el objetivo de lograr que tres millones de enfermos en todo el mundo tuvieran acceso a tratamiento efectivo para el año 2005. Posteriormente, en un hito histórico, los gobiernos se comprometieron a alcanzar en 2010 el acceso universal al tratamiento de todos aquellos que lo precisaran. Para verificar el progreso realizado y decidir acciones futuras se celebrará una Reunión de Alto Nivel sobre Sida en Nueva York, en junio de 2011¹.

Junto a la falta de recursos, el obstáculo más importante para que los infectados con VIH se beneficien plenamente del tratamiento antirretroviral es la ignorancia de su situación por una parte importante de ellos. La proporción de la población infectada que no está diagnosticada es mayoritaria en los países en desarrollo, pero incluso en la Unión Europea (UE) se estima que representa el 30% de las personas vivas con VIH. Además del efecto deletéreo que tiene este desconocimiento para los enfermos, su impacto sobre la salud pública es demoledor. En Estados Unidos se ha estimado que el 25% de infectados sin diagnosticar es responsable de la transmisión en el 54% de las nuevas infecciones debidas al VIH. Por otra parte, el diagnóstico tardío de la infección conlleva el deterioro de la inmunidad del paciente y encarece enormemente el tratamiento de las personas en esa situación.

Las graves repercusiones individuales y sociales que tiene la existencia de la fracción no diagnosticada han determinado que, al objeto de reducirla, la promoción del diagnóstico temprano de la infección se haya convertido en una prioridad.

Idealmente, la infección por VIH debería diagnosticarse lo antes posible tras producirse la transmisión, pero la escasa especificidad de la enfermedad por seroconversión y la larga duración, aun en ausencia de tratamiento, de la etapa asintomática, dificulta el proceso. En este contexto, se considera que, como mínimo, el diagnóstico debería hacerse antes de que la situación inmunológica del paciente se deteriore lo suficiente como para requerir tratamiento; de ahí que las definiciones más aceptadas actualmente señalen como hechos definitorios del diagnóstico tardío la existencia de alguna enfermedad definitoria de sida o la presencia de menos de 350 células/ μ l de linfocitos CD4 en el momento de diagnosticarse la infección por VIH.

Si se define diagnóstico tardío como la presencia de menos de 350 CD4/ μ l al diagnóstico de VIH, en España, en 2009, se encontraban en esta situación el 50,2% de los nuevos diagnósticos. Un 30,4% presentaban menos de 200 CD4/ μ l, es decir su sistema inmune sufría un grave deterioro que podía causar el desarrollo de alguna de las enfermedades diagnósticas de sida en cualquier momento. Cifras similares a las de nuestro país se han encontrado en aquellos países de la UE que disponen de esta información².

La distribución del diagnóstico tardío no es aleatoria. En España los más afectados por esta situación son los inmigrantes, en particular los procedentes de Latinoamérica o África Subsahariana, las personas que se infectaron por compartir material de inyección o por contacto heterosexual, los mayores de 40 años y los varones. La menor frecuencia de diagnóstico tardío entre las mujeres se atribuye a los programas de cribado prenatal del VIH y se observa en todos los países donde éstos se han implantado masivamente.

¿Qué hacer ante esta situación? Cualquier estrategia para disminuir el diagnóstico tardío debe garantizar que toda persona que desee realizarse la prueba del VIH pueda hacerlo. Esto requiere que el test sea gratuito y accesible, y que se garanticen la confidencialidad de sus resultados y los derechos de los pacientes. Sin embargo, aun cuando estos requisi-

tos se cumplan, hay muchas personas infectadas que no perciben su riesgo, o bien temen el estigma que asola a los infectados, por lo que no solicitan el test. Esto ha llevado a impulsar políticas que propugnan la oferta de la prueba del VIH por parte de los profesionales sanitarios, algo que se conoce en inglés como “provider initiated testing”. En líneas generales, para países como España con epidemias concentradas, existen dos grandes estrategias para llevar a cabo esta iniciativa. La primera, implantada por primera vez en Estados Unidos en 2006, promueve que, cuando se alcance un cierto dintel de prevalencia —fijado allí el 0,1%— a partir del cual el procedimiento es coste-efectivo, los sanitarios oferten sistemáticamente el test de VIH a toda persona que solicite asistencia sanitaria por cualquier causa². La segunda opción propone que la oferta no se haga de forma generalizada, sino dirigida a aquellos subgrupos de población donde la probabilidad de infección es más alta, bien por la mayor frecuencia de conductas de riesgo entre ellos —caso de los internos de prisiones— o porque existan signos/síntomas de enfermedades defintorias de sida o ligadas al VIH, como la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual o las hepatitis³. En beneficio de la factibilidad, las dos estrategias propugnan la simplificación del proceso de realización del test —generalmente el consentimiento por parte del paciente y el consejo pre-prueba— pero las propuestas concretas para llevar a cabo esta simplificación pueden variar bastante. Ambas opciones contemplan la oferta generalizada de cribado en las embarazadas y la determinación obligatoria del VIH en los donantes de sangre y órganos.

Además de la oferta universal o selectiva del test por parte de los sanitarios, las políticas de disminución del diagnóstico tardío del VIH suelen abordar otros aspectos como son la periodicidad de realización de la prueba, la implantación de programas de detección comunitarios y el acceso a pruebas rápidas para la detección del virus.

Distintos organismos internacionales e instituciones sanitarias de algunos países recomiendan que ciertas poblaciones se hagan el test periódicamente; en el caso de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres se ha indicado una periodicidad de un año en ausencia de prácticas de riesgo conocidas, mientras que para los inyectores de drogas se sugiere un intervalo de entre seis y doce meses.

Los programas comunitarios de detección del VIH tienen por objeto facilitar el acceso al test de

determinadas poblaciones mediante la oferta de la prueba fuera de los establecimientos sanitarios y entre los lugares más comunes donde se llevan a cabo están las farmacias y los centros comunitarios. En ambos casos, como también en los programas de acercamiento que se realizan en la calle o con ocasión de eventos especiales como el día del orgullo gay, las pruebas rápidas para la detección del VIH, cuya sensibilidad y especificidad son muy altas, son esenciales para su desarrollo.

En diciembre de 2010, el Centro Europeo para el Control de la Enfermedad (ECDC en sus siglas en inglés) publicó un documento-guía con el objetivo de informar el proceso de desarrollo, monitorización y evaluación de las estrategias nacionales de realización de la prueba del VIH en los países de la UE⁵. Cualquier estrategia nacional debe basarse en los siguientes principios: a) prueba voluntaria y confidencial, con consentimiento informado que debería estar documentado, lo que no implica necesariamente la firma del paciente; b) garantía de acceso al tratamiento y a los servicios sanitarios y preventivos; c) compromiso político, incluyendo provisión de recursos suficientes y utilización coste-efectiva de éstos; d) políticas para reducir el estigma; e) eliminación de barreras financiero-legales, incluyendo las normas de obligatoriedad —excepto en donaciones de sangre y trasplantes— y promulgación de leyes antidiscriminatorias; f) participación de todos los implicados en el desarrollo e implantación de la estrategia de promoción del test; g) inclusión del test del VIH como parte integral de toda estrategia sanitaria relacionada de una u otra forma con el VIH.

En aplicación de este último punto, el ECDC hace especial referencia a la sanidad penitenciaria, señalando que, cuando se sabe o sospecha que la prevalencia del VIH en las prisiones de un país es alta, el acceso de los internos a la prueba del VIH, de forma voluntaria y confidencial y añadiendo, si es posible, el cribado para otras ITS y para las hepatitis víricas, debe ser una parte esencial de los programas nacionales dirigidos a expandir la prueba del VIH y reducir el diagnóstico tardío. Cabe señalar que la política de integración de las prisiones en las estrategias nacionales de prevención del VIH, incluyendo el acceso al diagnóstico del VIH, es una realidad en España desde hace ya mucho tiempo, y sin duda ha contribuido de forma decisiva a que la sanidad penitenciaria española sea un referente mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH: desde los países a las regiones hasta la reunión de alto nivel sobre sida y más allá. Hoja de Ruta 2011. Ginebra: ONUSIDA; 2011 [citado 2011 may 18]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/2011_UA_roadmap_es.pdf.
2. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2010.
3. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Jansen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR* 2006; 55 (RR14): 1-17.
4. UNAIDS/WHO. Guidance on provider- initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: UNAIDS/WHO; 2007
5. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV Testing: increase uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.

Mercedes Díez

Unidad de Epidemiología del VIH y Conductas de Riesgo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología
mdiez@isciii.es