



Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

Infección VIH no diagnosticada:

Situación en España

Marzo, 2009

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH tiene una evolución crónica, condicionada por el deterioro del sistema inmunitario del paciente, que en ausencia de tratamiento lleva al desarrollo de sida y a la muerte. Aunque al producirse la infección aparecen un conjunto de síntomas, estos son muy inespecíficos y pasan desapercibidos con frecuencia, por lo que en muchos casos el diagnóstico de la infección se realiza cuando la persona afectada ya ha sufrido un deterioro importante de la inmunidad, o incluso ha desarrollado sida.

Los infectados con VIH que desconocen su situación generan gran preocupación entre los responsables de salud pública y los clínicos por diversos motivos. En primer lugar, porque, al no beneficiarse del tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA), su probabilidad de desarrollar SIDA y de morir aumentan de forma importante respecto a los pacientes diagnosticados y tratados tempranamente. En segundo lugar, porque estas personas pueden transmitir la infección sin saberlo: algunos estudios muestran como el 54% de las nuevas infecciones que se producen son debidas al 25% de personas que desconocían que estaban infectadas (1). Finalmente, el coste del tratamiento y cuidado de los enfermos con retraso diagnóstico es mucho mayor que si se les diagnostica tempranamente (2).

Por estos motivos la detección de las personas infectadas con VIH que desconocen su estado, lo que se ha llamado “la epidemia oculta”, se ha convertido en una prioridad para los responsables del control del VIH en todo el mundo.

INFECCIÓN VIH NO DIAGNOSTICADA: SITUACIÓN ACTUAL

En los Estados Unidos donde se ha estudiado el problema muy a fondo, se estima que en torno al 25% de las personas infectadas desconocen que lo están (1).

En el contexto de la Región Europea de la OMS y en particular de la Unión Europea, dentro del que se sitúa nuestro país, también se han publicado algunas estimaciones sobre la magnitud de este fenómeno, aunque muchos países no disponen de información. En el conjunto de la Unión Europea (UE) se estima que el porcentaje de infectados con VIH no diagnosticados se sitúa en el 30% con un rango que va del 15% (Noruega) a más del 50% (Polonia). Excluyendo a la UE, en el resto de países que forman la Región Europea de la OMS, la fracción no diagnosticada se piensa que alcanza el 65% (3).

En España se estima que en torno al 30% de las personas infectadas con VIH no lo saben. Se han realizado varios estudios para analizar la situación. En un estudio anónimo y no relacionado que se hizo entre 1998-2000 en personas que solicitaron asistencia en centros para infecciones de transmisión sexual (ITS), se encontró que, de todas las personas infectadas por VIH, el 38% desconocían su situación (4).

En estudios realizados en la Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida (SPNS) se ha observado que, entre los casos de sífilis infecciosa y gonococia desde julio de 2005 a diciembre de 2007 en 14 centros de ITS e instituciones penitenciarias (5), el 12,7% estaban co-infectados con VIH y, de estos, casi el 20% desconocía su infección al acudir a las consultas (Figura 1). En hombres y tras ajustar por otras variables, se encontró que el desconocimiento de su situación era más común en los heterosexuales que entre los homo-bisexuales, y entre los trabajadores sexuales con respecto a los que no lo eran, aunque el número de estos últimos era pequeño, por lo que las estimaciones son más inestables. Por el contrario, aquellos con ITS previas tenían mayor probabilidad de haber sido diagnosticadas, lo que subraya la importancia de ofertar la prueba de VIH a toda persona que consulte por cualquier ITS (Tabla 1).

Figura 1. Situación frente al VIH y conocimiento al respecto en pacientes de sífilis y gonococia. Grupo ITS, 2005-2007.

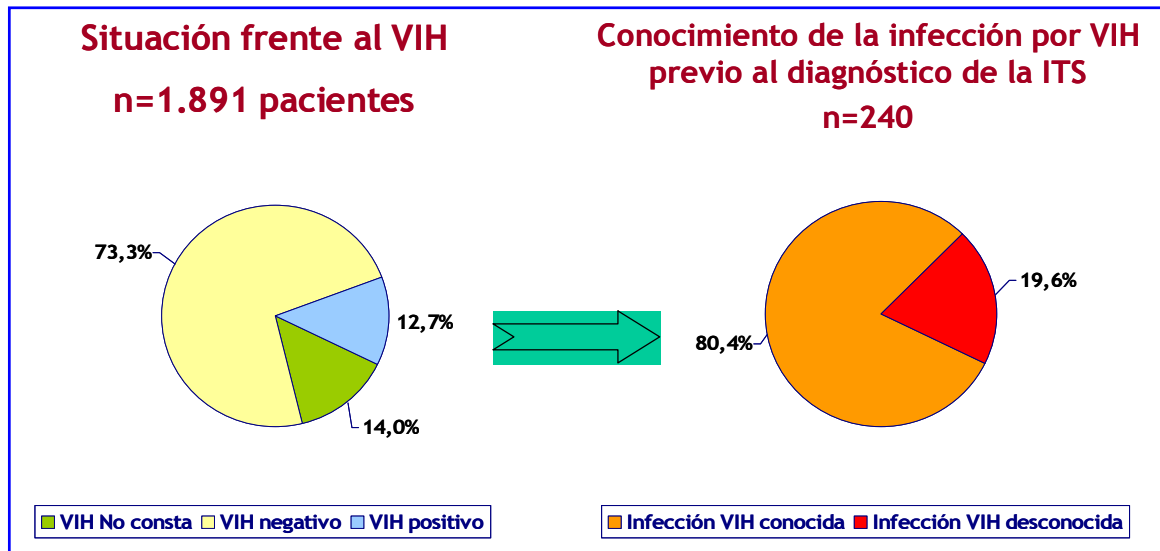


Tabla 1. Factores asociados a infección VIH no conocida en hombres con sífilis infecciosa o gonococia. Odds ratios ajustadas e intervalos de confianza al 95% (OR, IC95%). Grupo ITS, 2005-2007.

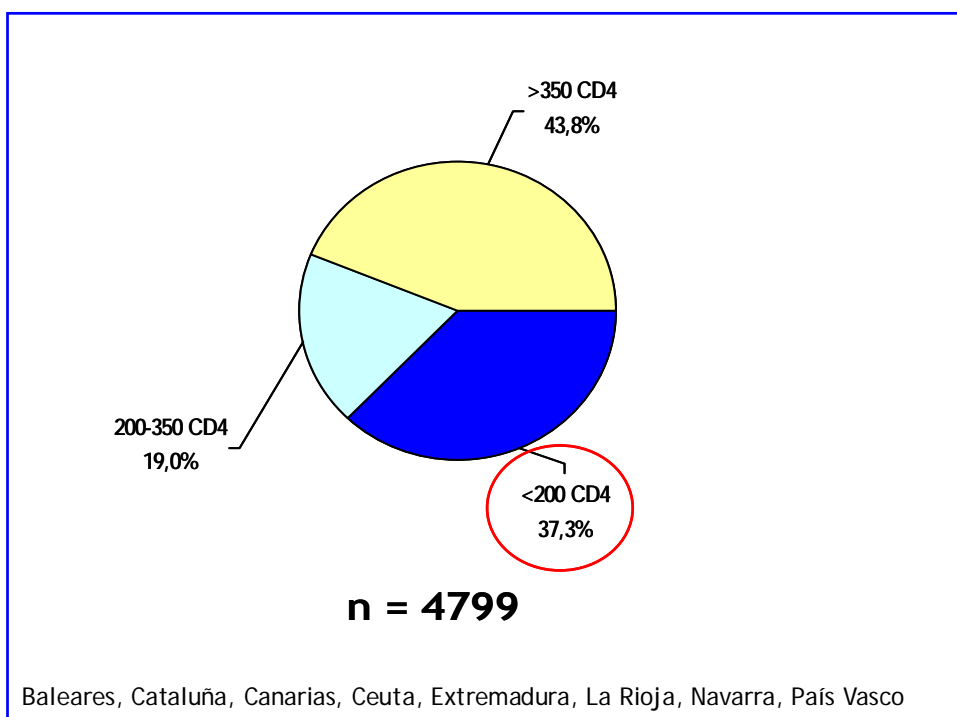
Variables	OR	(IC95%)	p
Edad (<29 años)			
29-35 años	0,9	(0,2-3,7)	0,92
36-40 años	1,6	(0,4-6,2)	0,51
≥41 años	0,7	(0,2-2,3)	0,62
País de origen (España)			
Otros	1,6	(0,5-5,0)	0,45
Nivel de estudios (secundarios/superiores)			
Sin estudios/primarios	1,4	(0,5-4,0)	0,56
Mec.de transmisión (HSH/bisexual)			
Heterosexual	3,6	(0,8-15,7)	0,09
Antecedentes de ITS (No)			
Sí	0,1	(0,02-0,20)	0,00
Ejercicio prostitución (No)			
Sí	27,0	(2,5-285,9)	0,00

Las categorías de referencia se muestran entre paréntesis

Los sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH que existen en las Comunidades Autónomas (CCAA) de Baleares, Cataluña, Canarias, Ceuta, Extremadura, Navarra, La Rioja y País Vasco aportan información fundamental sobre el diagnóstico tardío, su magnitud y las características de las personas afectadas por él (6).

En el periodo 2003-2007 en el conjunto de las 8 CCAA mencionadas previamente más del 37% de los nuevos diagnósticos del VIH presentaban retraso diagnóstico, es decir tenían en el momento de detectarse la infección una cifra de CD4 menor de 200, lo que significa que su inmunidad estaba ya muy alterada y se encontraban en peligro (Figura 2).

Figura 2. Diagnóstico tardío de la infección VIH. Sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. 8 Comunidades Autónomas, 2003-2007.



El retraso diagnóstico fue mayor en hombres, en extranjeros y en personas que atribuyeron su infección al uso compartido de material de infección o a las relaciones sexuales heterosexuales (Tabla 2).

Tabla 2. Factores asociados a diagnóstico tardío de VIH. Odds ratios ajustadas e intervalos de confianza al 95% (OR, IC95%) (8 Comunidades Autónomas)*.

Variab les	OR	(IC95%)	p
Sexo (Mujer)			
Hombre	1,5	(1,2-1,8)	0,00
Edad (<30)			
30-35 años	1,5	(1,2-2,0)	0,00
36-42 años	2,4	(1,9-3,1)	0,00
≥43 años	3,9	(3,0-5,1)	0,00
País de origen (España)			
Otros	1,4	(1,2-1,7)	0,00
Mecanismo de transmisión (HSH)			
UDI	1,3	(1,0-1,7)	0,05
Heterosexual	1,7	(1,4-2,1)	0,00

* Baleares, Cataluña, Canarias, Ceuta, Extremadura, La Rioja, Navarra, País Vasco

El mayor retraso diagnóstico de los hombres frente a las mujeres se observa en todos los países desarrollados, y se atribuye al hecho de que a las mujeres embarazadas se les oferta sistemáticamente la prueba del VIH. Esto subraya la importancia de “diseminar” y “normalizar” la realización de la prueba del VIH para detectar la infección en sus estadios más tempranos.

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEL VIH

Desafortunadamente, no todas las CCAA recogen datos sobre número de pruebas de VIH realizadas de forma sistemática. En las 11 que sí lo hacen y cuyos datos figuran en el Informe del Cuestionario de Actividades de Prevención del VIH en las Comunidades Autónomas (ICAP) se observa un incremento notable del número de pruebas realizadas entre 2002 y 2007, de 392.054 a 1.019.515.

En cuanto a los patrones de realización de la prueba de VIH existe alguna información que aporta luz al respecto. Entre los nuevos diagnósticos de VIH detectados en una red de 19 centros de diagnóstico de VIH e ITS localizados

en las principales ciudades españolas, el 64% se habían realizado un test previo a aquél en que se detectó la infección (7). Al examinar los factores asociados con realización de un test previo, se encontró que los hombres, las personas mayores de 40 años, aquellas con menor nivel de estudios y las que adquirieron la infección por compartir material de inyección o por relaciones sexuales heterosexuales tenían menor probabilidad de haberse realizado un test (Tabla 3).

Tabla 3. Factores asociados a existencia de un test previo entre los nuevos diagnósticos de VIH. Grupo EpiVIH, 2003-2006.

Factores asociados a existencia de un test previo	
Variab les	OR (IC 95%)
Sexo (Mujer)	
Hombre	0,7 (0,4-1,0)
Edad (<=27 años)	
28-32 años	1,0 (0,7-1,4)
33-38 años	0,9 (0,6-1,2)
≥39 años	0,7 (0,5-0,9)
Nivel de estudios (Secundarios/superiores)	
Sin estudios/ Primarios	0,8 (0,6-1,1)
País de origen (España)	
Europa Occidental	2,2 (1,2-4,6)
Europa del Este	0,4 (0,2-0,8)
Norte de África	1,1 (0,3-3,9)
África Subsahariana	0,5 (0,3-0,8)
Latinoamérica	1,0 (0,8-1,3)
Otros/NC	4,3 (0,9-21,8)
Mecanismo de transmisión (Rel. HSH)	
Relaciones Heterosexuales	0,3 (0,2-0,4)
Antecedentes de ITS (No/ NC)	
Sí	2,0 (1,5-2,6)

Modelo ajustado por año y centro de diagnóstico. Las categorías de referencia se muestran entre paréntesis

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

La reducción de la fracción no diagnosticada de la infección por VIH es una prioridad para los responsables del control de la infección en España. Para mejorar la situación se requiere implantar un conjunto de acciones que se señalan a continuación:

A. Oferta sistemática de la prueba del VIH a:

- Mujeres embarazadas, en el primer y tercer trimestre de gestación.
- Grupos de población que se sabe presentan prevalencias altas de VIH en cualquier contacto con el sistema sanitario
- Personas que ejercen la prostitución y usuarios de ella.
- Enfermos de tuberculosis.
- Personas que consulten por sospecha de cualquier infección de transmisión sexual ITS
- Personas que consultan en clínicas de planificación familiar o contracepción tardía (...)
- Internos en instituciones penitenciarias
- Cualquier persona que haya tenido relaciones sexuales sin protección con personas cuyo estatus VIH desconoce.

B. Asegurarse de que toda persona diagnosticada accede a programas de tratamiento y apoyo

C. Realizar acciones para incrementar la percepción del riesgo de infección y la conveniencia de realizar la prueba entre los médicos:

- Introducir la salud sexual en Historia Clínica habitual
- “Normalizar” la prueba del VIH en Atención Primaria

D. Realizar acciones para incrementar la percepción del riesgo de infección y la conveniencia de realizarse la prueba entre los grupos de población con mayor retraso diagnóstico:

- Personas heterosexuales.
- Personas mayores de 40 años.
- Inmigrantes de Latinoamérica, África y Europa Oriental.
- Personas con menor nivel de formación, socialmente excluidos o en riesgo de estarlo.

E. Incrementar la accesibilidad de la prueba del VIH:

- Mejorar la accesibilidad a las pruebas rápidas para detección del VIH mediante su disponibilidad en establecimientos sanitarios, programas dirigidos a poblaciones de difícil acceso y programas específicos desarrollados a través de las oficinas de farmacia.

B. Aumentar los esfuerzos en la prevención, y en particular:

- Reforzar el consejo post-prueba en personas que se realizan la prueba y resultan ser negativas.
- Reforzar las actividades de prevención en personas infectadas con VIH.
- Reforzar las actividades de prevención en grupos con prevalencia de VIH mayor que en población general.
- Reforzar acciones para disminuir el estigma y la discriminación de las personas infectadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Marks G, Crepaz N, Janssen R. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20(10):1447-50.
2. Krentz H, Auld M, Gill M. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Med* 2004;5(2):93-8.
3. Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine* 2008;9(Supl.2):6-12.
4. Grupo para el Estudio Anónimo no Relacionado de Seroprevalencia de VIH en Consultas de ETS. Seroprevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-2000. *Med Clin (Barc)* 2002;119(249-51).
5. Grupo de trabajo sobre ITS. Sífilis y gonococia en una red de centros de ITS. Resultados julio 2005 - diciembre 2007. Madrid; Marzo 2009.
6. 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 CCAA. Periodo 2003-2007. Actualización 30 de junio de 2008. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH autonómicos; 2008.
7. Grupo EPIVIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2006. Madrid: Centro Nacional Epidemiologia; 2008.