



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

SECRETARÍA
GENERAL
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA Y
SANIDAD EXTERIOR



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACION

isc
Instituto
de Salud
Carlos III

Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España

Febrero, 2011

Citación sugerida.

Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (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 aquella se realiza cuando la persona afectada ya ha sufrido un deterioro importante de la inmunidad, o incluso ha desarrollado sida.

Las personas infectadas por el 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 aumenta 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 diagnóstico tardío es mucho mayor que si se les hubiera diagnosticado tempranamente (2).

Por estos motivos la detección de las personas infectadas por el 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 Estados Unidos, donde se han hecho varios estudios para determinar la fracción sin diagnosticar de la infección por VIH, se han encontrado cifras variables (rango: 21%-44%) dependiendo del año, metodología y grupo de población estudiado (1,3,4). En un estudio, realizado en 2008 por los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) entre hombres que tienen

relaciones sexuales con otros hombres (HSH) que frecuentaban locales gays en 21 ciudades de todo el país, se halló una prevalencia global de infección sin diagnosticar del 44%, con diferencias notables por edad y grupo étnico, siendo los HSH jóvenes y los pertenecientes a minorías étnicas los más afectados (4).

En el contexto de la Región Europea de la OMS, incluyendo a la Unión Europea (UE), la información existente sobre la magnitud de este fenómeno es escasa. Así, en un artículo publicado en 2008 se estimó para el conjunto de la UE un porcentaje de infectados con VIH no diagnosticados del 30%, con un rango que oscilaba desde el 15% (Noruega) a más del 50% (Polonia). En el resto de países que forman la Región Europea de la OMS, excluyendo a la UE, la fracción no diagnosticada podría alcanzar el 65% (5).

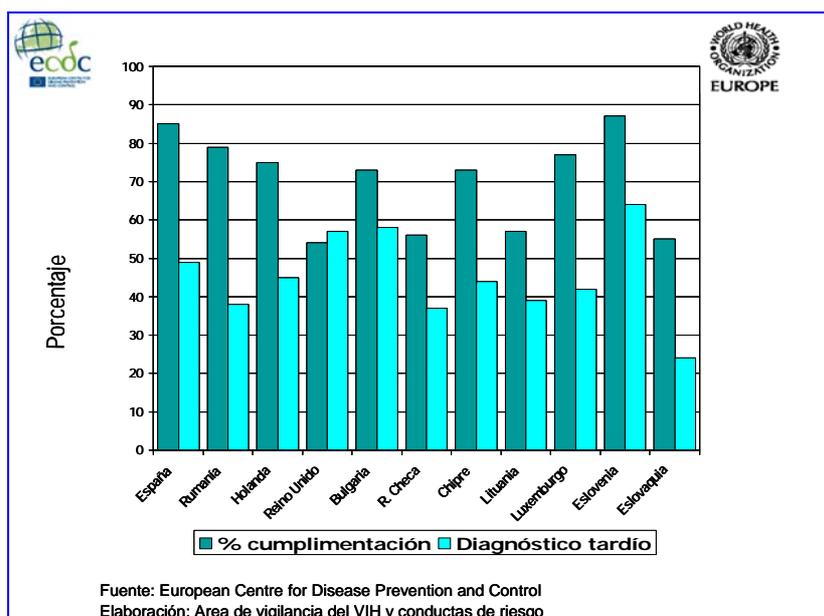
En España se estima que en torno al 30% de las personas infectadas con VIH no lo saben. En un estudio anónimo y no relacionado, que se llevó a cabo entre 1998-2000 en personas que solicitaron asistencia en centros de infecciones de transmisión sexual (ITS), se encontró que el 38% de todas las personas infectadas por el VIH desconocían su situación (6). En otro trabajo realizado posteriormente se ha observado que, entre los casos de sífilis infecciosa y gonococia diagnosticados entre julio de 2005 y diciembre de 2008 en 15 centros de ITS e instituciones penitenciarias, el 11,1% estaban co-infectados con VIH y, de estos, el 34,1% desconocía su estado respecto a la infección (7). Tras ajustar por sexo y lugar de origen, se encontró que el desconocimiento de su situación frente al VIH era más común en los menores de 35 años (menores de 29 años: OR:3,3, IC95%:1,3-8,4; de 29-35 años: OR:2,7, IC95%:1,1-6,5) comparados con los mayores de 40 años; y en aquellos que referían una relación bisexual no protegida como mecanismo de transmisión más probable de la sífilis y/o gonococia comparados con los homosexuales (OR:4,6; IC95%:0,9-23,9), aunque, debido al escaso número de aquéllos, las estimaciones son más inestables. Por el contrario, aquellos con antecedentes de ITS tenían mayor probabilidad de haber sido diagnosticados de VIH antes del episodio de sífilis y/o gonococia actual (OR:0,2; IC95%:0,07-0,32), lo que subraya la importancia de ofertar la prueba de VIH a toda persona que consulte por cualquier ITS.

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH: SITUACIÓN ACTUAL

El nivel de CD4 al diagnóstico de VIH se utiliza como indicador de diagnóstico tardío. Las nuevas guías de tratamiento recomiendan empezar a tratar cuando el nivel de CD4 es inferior a 350 células/ μ l (8), por lo que se utiliza este dintel para definir el diagnóstico tardío; así mismo, cuando la cifra de CD4 es inferior a 200 células/ μ l al diagnóstico o el diagnóstico de VIH coincide con el de sida se habla de enfermedad avanzada.

En la UE, un problema importante a la hora de estimar el diagnóstico tardío es la falta de información sobre el nivel de CD4 al diagnóstico de VIH en muchos países, siendo España y Eslovenia los que tienen mejor cumplimentada esta variable. Entre los países que disponen de información en al menos el 50% de los nuevos diagnósticos de VIH, el porcentaje de diagnóstico tardío se encuentra entre el 24% y el 64% (Figura 1).

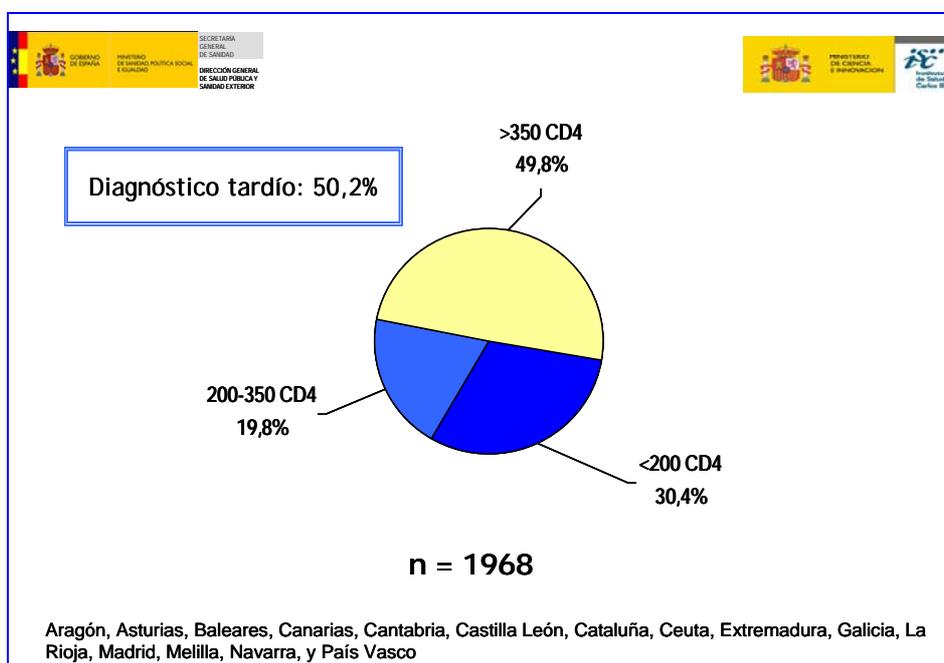
Figura 1. Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH con información sobre CD4 y porcentaje de diagnóstico tardío en algunos países de la UE, 2008.



En España, los sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH que existen en las Comunidades Autónomas (CCAA) de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco aportan información fundamental sobre el diagnóstico tardío, su magnitud y las características de las personas afectadas por el mismo (9).

En el año 2009, el 30,4% de los nuevos diagnósticos de VIH presentaban una cifra de CD4 menor de 200 células/ μ l en el momento de detectarse la infección y el 19,8% tenía una cifra de CD4 entre 200 y 350 células/ μ l, lo que significa que el 50,2% de los nuevos diagnósticos de VIH eran susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados de infección por VIH (Figura 2).

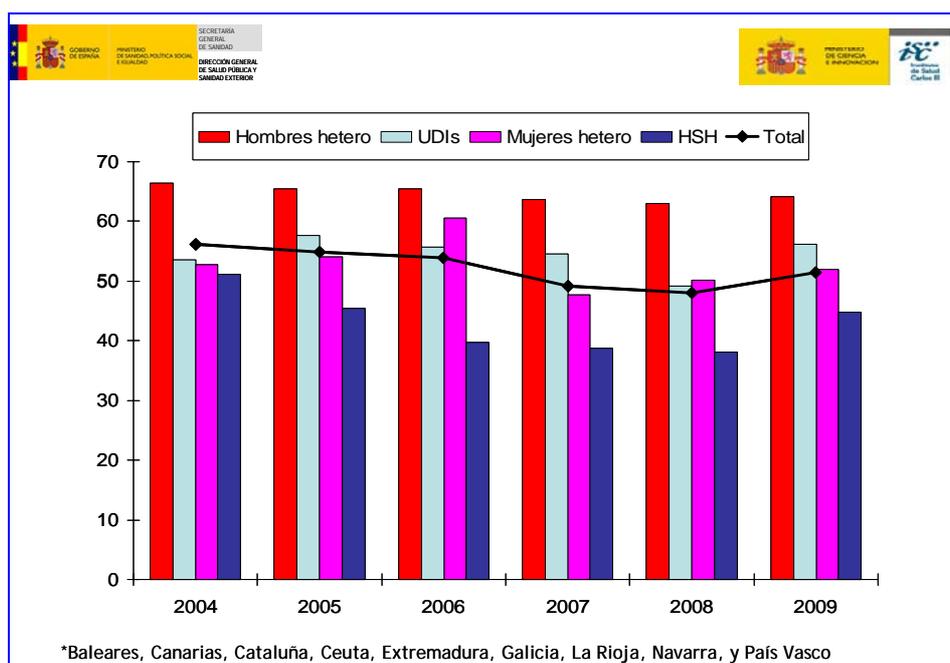
Figura 2. Diagnóstico tardío de la infección VIH. Sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. 15 Comunidades Autónomas, 2009.



En un análisis realizado para evaluar los factores asociados al diagnóstico tardío (periodo 2003-2008, datos de 12 CCAA), se determinó que éste era mayor en hombres (OR:1,4; IC95%:1,2-1,6); en aquellos que tenían entre 30-39 años (OR:1,6; IC95%:1,5-1,9), 40-49 años (OR:2,6; IC95%:2,2-3,0) y los de

50 y más (OR:4,7; IC95%:3,9-5,7); en las personas procedentes de Latinoamérica (OR:1,5; IC95%:1,3-1,7) y África Subsahariana (OR:1,7; IC95%:1,4-2,1); y en personas que atribuyeron su infección al uso compartido de material de inyección (OR:1,8; IC95%:1,5-2,1) o a relaciones heterosexuales (OR:1,9; IC95%:1,7-2,2). Además, la probabilidad de diagnóstico tardío fue mayor en los diagnosticados en los años 2003 (OR:1,4; IC95%:1,2-1,7), 2004 (OR:1,3; IC95%:1,1-1,6) y 2005 (OR:1,3; IC95%:1,1-1,5) frente a los diagnosticados en 2008 (10). Sin embargo, al observar la tendencia del diagnóstico tardío según mecanismo de transmisión del VIH en el periodo 2004-2009, se constata un descenso del mismo en HSH mientras que en el resto de pacientes la tendencia es estable (9) (Figura 3).

Figura 3. Diagnóstico tardío según mecanismo de transmisión y año de diagnóstico. 9 Comunidades Autónomas, 2004-2009



El mayor porcentaje de diagnóstico tardío 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 DE VIH

Actualmente se recoge información sobre número de pruebas de VIH realizadas en 16 CCAA, y en 2009 éstas sumaron un total de 1.162.738. En las 9 comunidades que recogen datos desde 2002 se observa un incremento notable del número de pruebas efectuadas desde 394.056 en 2002 a 672.391 en 2009 (11).

En cuanto a los patrones de realización de la prueba de VIH existe alguna información al respecto. Entre los nuevos diagnósticos de VIH detectados, entre 2003-2008, en una red de 19 centros de diagnóstico de VIH e ITS, localizados en las principales ciudades españolas, el 67% se habían realizado un test previo a aquél en que se diagnosticó la infección (12). Al examinar los factores asociados con realización de un test previo (ajustando por edad, sexo, año y centro de diagnóstico, y antecedentes de ITS), se encontró que las personas con menor nivel de estudios (OR:0,8; IC95%:0,6-1,0), los procedentes de Europa del Este (OR:0,6; IC95%:0,4-1,1) y aquellos que adquirieron la infección por relaciones sexuales heterosexuales (OR:0,3; IC95%:0,2-0,4) tenían menor probabilidad de haberse realizado un test.

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 medidas consensuadas por los agentes implicados en la lucha frente al VIH que aborden aspectos esenciales para disminuir la fracción no diagnosticada. Entre estas actuaciones cabe señalar las siguientes:

- Recomendaciones sobre personas a quienes debe ofertarse la prueba del VIH sistemáticamente
- Acciones dirigidas a incrementar la percepción del riesgo de infección tanto entre las sub- poblaciones más afectadas por el diagnóstico tardío como entre los profesionales sanitarios

- Acciones destinadas a aumentar la accesibilidad de la prueba
- Acciones para garantizar la realización de la prueba de forma confidencial y con consejo asistido.
- Acciones para asegurar el acceso de los individuos diagnosticados con VIH a los programas de tratamiento, apoyo psicosocial prevención.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- El diagnóstico tardío es un problema de primera magnitud en todo el mundo, incluyendo España.
- La mitad de las personas diagnosticadas de VIH en España en 2009 se encontraban en una situación inmunológica que los hacía tributarios de tratamiento.
- El diagnóstico tardío es mayor en los hombres, en las personas de más edad, en aquellos que se infectaron por las vía heterosexual o parenteral y en las personas inmigrantes, sobre todo en las que provienen de Latinoamérica y África Subsahariana.
- La reducción del diagnóstico tardío es una prioridad, tanto desde el punto de vista individual como de salud pública.
- La monitorización del total de CD4 al diagnóstico de VIH es esencial para evaluar la tendencia del diagnóstico tardío.
- Al objeto de evitar retrasos innecesarios en la atención de los infectados con VIH tras su diagnóstico, la determinación de CD4 debe realizarse lo antes posible tras realizarse este.

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. Campsmith ML, Rhodes PH, Hall HI, Green TA. Undiagnosed HIV prevalence among adults and adolescents in the United States at the end of 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53(5):619-24.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and awareness of HIV infection among men who have sex with men --- 21 cities, United States, 2008. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(37):1201-7.
5. Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine* 2008;9(Supl.2):6-12.
6. 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(7):249-51.
7. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clinico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2008. Centro Nacional de Epidemiología, 2010. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/grupotrabajoits.pdf>
8. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización enero 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>
9. 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 2003-2008. Actualización 30 de junio de 2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH autonómicos; 2010. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf

10. Oliva J, Diez M, Galindo S, Vivés N, Nicolau A, Castilla J, Izquierdo A, Arrillaga A, Álvarez M, Lezaun ME, Rivas A, Cereijo J, Malo C, Fernández A, Castrillejo D. Factores asociados al retraso diagnóstico en nuevos diagnósticos de VIH en 12 CCAA. Cambio de definición. XXVIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(Espec Congr 2):158
11. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Informe del cuestionario de actividades de prevención del VIH en las Comunidades Autónomas (ICAP). AÑO 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, octubre 2009. Disponible en:
<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/publicaciones.htm>
12. Grupo EPIVIH. Proyecto EPIVIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2008. Centro Nacional de Epidemiología, 2010. Disponible en:
http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_epi.pdf