



Enfermedades indicadoras de infección por VIH:

Guía para la realización
de la prueba del VIH
a adultos en entornos
sanitarios



Índice

Resumen ejecutivo	5
1. Introducción	7
1.1 Propósito, objetivo y público al que va dirigida esta guía	8
2. Antecedentes	10
2.1 Diagnóstico tardío en Europa y beneficios del diagnóstico precoz	11
2.3 Coste-eficacia de la realización de la prueba del VIH	12
3. Enfermedades indicadoras para la realización de la prueba del VIH	13
3.1 Categorías de enfermedades indicadoras	13
3.2 Especialidades y enfermedades indicadoras	16
4. Cómo implementar la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH en un entorno sanitario	19
4.1 Pasos que debemos considerar antes de la introducción de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH	19
4.2 Obligaciones de los responsables de la especialidad	20
4.3 Obligaciones del sistema sanitario	21
4.4 Otras indicaciones para recomendar una prueba del VIH	21
Apéndices	23
Apéndice 1: Herramienta práctica de apoyo a la implementación	23
Información necesaria para el consentimiento informado	23
Vías de atención	23
Preguntas de pacientes	24
Tipos de pruebas y métodos de muestreo	24
Divulgación de la guía	25
Apéndice 2: Referencias para la prevalencia del VIH en pacientes con enfermedades indicadoras en Europa	26
Apéndice 3: Herramienta de auditoría y notificación	28
Apéndice 4: Ejemplo de documento de información al paciente	30
Apéndice 5: Ejemplo de presentación de la guía	31
Apéndice 6: Plantilla de carta al director	32
Referencias bibliográficas	33

Abreviaturas y acrónimos

CDC

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades

CITC

Asesoramiento y prueba del VIH por iniciativa del paciente

ECDC

Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades

HIDES

Estudio de enfermedades indicadoras de VIH en Europa

HiE

VIH in Europe

HSH

Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres

ITS

Infección de transmisión sexual

OMS

Organización Mundial de la Salud

PIVIH

Personas infectadas por el VIH

PITC

Asesoramiento y prueba del VIH por iniciativa del profesional sanitario

SIDA

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

TAR

Terapia antirretroviral

TB

Tuberculosis

UDPV

Usuario de drogas por vía parenteral

VCT

Asesoramiento y prueba voluntarios

VIH

Virus de la inmunodeficiencia humana

Agradecimientos

Este documento no habría sido posible sin la inestimable colaboración de los miembros del grupo de expertos y los centros participantes en el estudio HIDES.

La redacción de esta guía corresponde a Dorthe Raben¹, Ann Sullivan², Mika Salminen³, Valerie Delpech⁴, Keith Radcliffe⁵, Miriam Lewis Sabin¹, Michael Rayment² y Jens Lundgren¹ en nombre del grupo de expertos sobre realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH a adultos, Marie Louise Jakobsen y Lars Peters.

¹Programa de VIH de Copenhague, Universidad de Copenhague, Dinamarca; ²Chelsea Westminster Hospital, Londres, Inglaterra; Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo, Suecia; ⁴Agencia de Protección de la Salud (HPA), Londres, Reino Unido; ⁵Delegación europea de la Unión Internacional contra las Infecciones de Transmisión Sexual (IUSTI), Tallin, Estonia.

Miembros del grupo de expertos sobre realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH a adultos:

Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Suecia, representado por Marita van de Laar; OMS Europa, Dinamarca, representada por Lali Khotenashvili; Nathan Clumeck, CHU Saint-Pierre, Bruselas, Bélgica; José Gatell, Hospital Clínico IDIBAPS, Universidad de Barcelona, España; Brian Gazzard, Chelsea and Westminster Hospital, Londres, Inglaterra; Jens Lundgren, Universidad de Copenhague y Rigshospitalet, Copenhague; Antonella d'Arminio Monforte, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de San Paolo, Milán, Italia; Jürgen Rockstroh, Medizinischen Universitätsklinik, Bonn, Alemania; Amanda Mocroft, University College London, Reino Unido; Ann Sullivan, Chelsea Westminster Hospital, Londres, Reino Unido; Valerie Delpech, Agencia de Protección de la Salud, Reino Unido; Martin Fisher, Royal Sussex County Hospital, Brighton, Reino Unido; Francesco Blasi, Alberto Mateelli, Sociedad Respiratoria Europea (SRE); Gabriele Arendt, Universitätsklinikum Neurologische Klinik

Düsseldorf, Alemania, Sociedad Neurológica Europea (SNE); Keith Radcliffe, Delegación europea de la Unión Internacional contra las Infecciones de Transmisión Sexual (IUSTI), Tallin, Estonia; Deniz Gokengin, IUSTI Europa, Turquía; José M. Miro, Hospital Clínico - IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España; Bruno Hoen, Centro Hospitalario Universitario Hôpital Saint Jacques de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Besançon (Francia), en nombre de la Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (ESCMID); Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (ESCMID); Erwin Tschachler, Academia Europea de Dermatología y Venereología (EADV); Anne-Françoise Gennotte, GP, Brussels VCT Center, Bruselas; Mika Salminen, Instituto Nacional de Salud y Bienestar (THL), Helsinki, Finlandia (antes denominado Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades).

La OMS y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) han contribuido a la elaboración del documento: “Enfermedades indicadoras de VIH: guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios”. El documento sigue la línea de las directrices del ECDC sobre realización de la prueba del VIH y las recomendaciones de la OMS, ofrece orientación práctica para la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH y puede contribuir a la detección precoz en personas infectadas por el VIH que padecen enfermedades indicadoras de VIH.

Esta guía ha sido coordinada por la Secretaría de *HIV in Europe*. Se puede encontrar más información en www.hiveurope.eu.



HIV in Europe es una iniciativa paneuropea cuyo objetivo consiste en fomentar el diagnóstico precoz y la atención temprana del VIH en Europa.

Resumen ejecutivo

De los aproximadamente 2,3 millones de personas infectadas por el VIH en el continente europeo, se estima que un tercio desconoce su estado serológico frente al VIH, lo que genera elevados niveles de diagnósticos tardíos y de transmisión en la región. En Europa Occidental, el 45-50% de las personas recién diagnosticadas como infectadas por el VIH se diagnostica y se trata tardíamente (es decir, con $CD_4 < 350$ células/ μ L). El diagnóstico tardío está asociado a un incremento de la morbimortalidad relacionada con el VIH, una peor respuesta al tratamiento, un aumento de los costes de la atención sanitaria y un incremento de las tasas de contagio. En consecuencia, son muchas las ventajas de diagnosticar el VIH en un estadio precoz y por eso el diagnóstico precoz debería ser una estrategia clave de sanidad pública. El diagnóstico precoz requiere enfoques innovadores para incrementar el índice de realización de la prueba entre aquellos que tienen más probabilidades de estar infectados y que solicitan asistencia tarde.

Esta guía se centra en las personas que acuden a cualquier ámbito sanitario, incluidas las consultas de especialistas donde es probable que la prueba del VIH no forme parte de la atención médica habitual para pacientes con determinadas afecciones médicas. Este planteamiento innovador que proponemos, la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH, debe convertirse en un elemento adicional de una estrategia de realización de la prueba del VIH global, nacional y completa. La guía ha sido desarrollada por un grupo de representantes de varias sociedades de especialidades clínicas europeas, y ha recibido aportaciones intelectuales de la Oficina Regional de la OMS para Europa y del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. El público al que va dirigida son todos los profesionales sanitarios de las especialidades y ámbitos pertinentes, así como el personal responsable de la supervisión de los programas de pruebas del VIH. La guía se basa en parte en la metodología desarrollada con el estudio HIDES (Estudio de enfermedades indicadoras de VIH en Europa), en el que se documentan enfermedades indicadoras con una prevalencia de más del 0,1%

de VIH no detectado. Estudios recientes demuestran la viabilidad y aceptabilidad de la implantación de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH como parte de la atención rutinaria, pero también analizan los problemas de esta implantación, que se abordan en esta guía.

Los objetivos de la guía son:

- Fomentar y apoyar la implantación de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH en las estrategias nacionales de pruebas del VIH, teniendo en cuenta la prevalencia del VIH local, los programas de pruebas existentes y el contexto sanitario local;
- Recomendar enfoques y herramientas prácticas para la educación y formación de los profesionales sanitarios sobre cómo superar las barreras para recomendar una prueba del VIH.

Las enfermedades indicadoras de VIH pueden dividirse en tres categorías:

1. Enfermedades definitivas de sida entre las PIVH;
2. Enfermedades asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1%;
3. Enfermedades en las que no detectar la presencia de infección por VIH puede tener implicaciones negativas importantes para el tratamiento clínico del paciente.

Existen evidencias derivadas de ensayos clínicos controlados aleatorizados sobre las consecuencias de no tratar a las personas infectadas por el VIH que sufren enfermedades definitivas de sida. No recomendar una prueba en estas circunstancias no puede considerarse una buena práctica clínica. La realización de pruebas de rutina para enfermedades con una prevalencia de VIH superior al 0,1% ha demostrado ser un método rentable y ofrece la posibilidad de mejorar el diagnóstico precoz del VIH, lo que genera la oportunidad de recibir atención y tratamiento más tempranos.

Recomendaciones:

- A todas las personas (sin una prueba del VIH con resultado positivo en la historia clínica del paciente) que padecen **enfermedades potencialmente definitorias de sida** se les debe **recomendar encarecidamente una prueba del VIH**.
- A todas las personas que padecen una **enfermedad con una prevalencia de VIH no diagnosticado >0,1%** se les debe **recomendar encarecidamente una prueba del VIH**.
- En aquellas enfermedades indicadoras de VIH en las que **según los expertos la prevalencia de VIH se considera que con probabilidad es >0,1%**, pero se esperan nuevas evidencias, se recomienda **ofrecer la prueba**.
- En aquellas enfermedades en las que **la no detección de la presencia de infección por VIH puede tener implicaciones negativas importantes** para el tratamiento clínico del paciente, **debe ofrecerse la prueba** para evitar mayor inmunosupresión con resultados adversos potencialmente graves para el paciente, y para maximizar la respuesta potencial al tratamiento de la enfermedad indicadora de VIH (a pesar de que la prevalencia estimada del VIH sea probablemente inferior al 0,1%).

Introducción

Desde mediados de la década de 1990, existe en Europa un tratamiento eficaz para el VIH, lo que ha generado una reducción drástica de la incidencia de casos de sida y muertes relacionadas con el VIH. En la actualidad, son muchas las personas que conviven con el VIH, que ha pasado de ser una enfermedad mortal a convertirse en crónica. No obstante, de los aproximadamente 2,3 millones de personas infectadas por el VIH en el continente europeo, se estima que un tercio desconoce su estado serológico frente al VIH (es decir, entre 700.000 y 900.000 personas) [1;2;3], lo que da lugar a niveles importantes de diagnósticos tardíos y transmisión en el continente. En Europa Occidental, el 45-50% de las personas recién diagnosticadas como infectadas por el VIH se diagnostica y se trata tardíamente (es decir, con CD4 <350 células/ μ L) [4;5;6;7;8; 9;10;11], presentan una peor respuesta al tratamiento [12;13], generan mayores costes de asistencia sanitaria [14] y presentan mayores tasas de transmisión [15]. Según datos de modelo de los Estados Unidos, la mitad de las nuevas infecciones en ese país proceden de las PIVIH que aún no han sido diagnosticadas y que, por lo tanto, no saben que pueden contagiar el virus [15;16]. En consecuencia, son muchas las ventajas de diagnosticar el VIH en un estadio precoz y por eso el diagnóstico precoz debe ser una estrategia clave de sanidad pública. El diagnóstico precoz requiere enfoques innovadores para incrementar las pruebas entre aquellos que tienen más probabilidades de estar infectados y que solicitan asistencia tarde.

Esta guía gira en torno a la introducción de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH dentro de todos los sistemas sanitarios, como un elemento de las estrategias nacionales de realización de pruebas, con el objetivo de incrementar el diagnóstico del VIH en un estadio más temprano de la enfermedad y reducir el nivel de infecciones no diagnosticadas. La guía se basa en parte en el estudio HIDES (Estudio de enfermedades indicadoras de VIH en Europa), un estudio que está investigando la prevalencia del VIH en posibles enfermedades indicadoras en Europa [17].

En una estrategia de realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH, a todos los pacientes que acuden a un entorno sanitario con enfermedades indicadoras específicas se les recomendaría una prueba del VIH de forma rutinaria. La

aceptación de la prueba del VIH ha aumentado en entornos en los que esta se presenta como parte de la atención rutinaria, como en servicios prenatales y consultas de salud sexual [18]. Las estrategias de realización de pruebas dirigidas únicamente a las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH, como hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores sexuales y usuarios de drogas por vía parenteral (UDPV), han resultado en su mayoría ineficaces para prevenir nuevas infecciones por VIH en Europa. No obstante, es esencial seguir recomendando la prueba del VIH entre las poblaciones con mayor riesgo, tal y como recomiendan la OMS y el ECDC (2007, 2010, 2011); además, la OMS recomienda repetir la prueba a intervalos regulares a las personas que se encuentran en riesgo continuo (2010).

En Europa Oriental y Asia Central, la epidemia se está expandiendo, y en algunos ámbitos parece extenderse a la población general [3]. Esto responde a una combinación de incapacidad y falta de voluntad por parte de los profesionales sanitarios para identificar a personas con mayor riesgo y recomendarles la prueba, y a que las personas no se consideran en riesgo [19].

Los agentes europeos no consideran el enfoque actual adoptado en los Estados Unidos, consistente en la realización de pruebas de rutina a todos los adultos de entre 13 y 64 años [20], lo mejor para la mayoría de los entornos sanitarios europeos [21;22]. Otros factores que obstaculizan la ampliación de la recomendación de la prueba del VIH por parte de profesionales sanitarios son principalmente limitaciones de tiempo, la percepción del VIH como un estado excepcional con respecto al proceso de consentimiento y la falta de formación [23]. Se reconoce que todos los profesionales sanitarios deberían tener competencia para solicitar un consentimiento informado del paciente para realizar la prueba del VIH [24]. Por lo tanto, para extender las pruebas del VIH a una amplia variedad de entornos sanitarios, se requieren protocolos de garantía de calidad y mejora de la calidad a la medida de las necesidades específicas de los centros, al objeto de garantizar que las pruebas se llevan a cabo de un modo normalizado, eficaz y ético [25]. Esta normalización para convertir las pruebas en un elemento rutinario de la atención médica contribuiría a los esfuerzos actuales por desestigmatizar el VIH y su prueba de detección [26].

1.1 Propósito, objetivos y público al que va dirigida esta guía

El propósito general de esta guía consiste en abordar las oportunidades perdidas para ampliar la realización de la prueba del VIH a su debido tiempo en todos los entornos sanitarios mediante la introducción de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH como parte de una estrategia global de realización de pruebas del VIH, lo que favorecería una asistencia temprana.

Los objetivos de la guía son:

- Fomentar y apoyar la inclusión de la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH en las estrategias nacionales de realización de pruebas del VIH, teniendo en cuenta la prevalencia del VIH local, los programas de pruebas existentes y el contexto sanitario local.
- Recomendar enfoques y herramientas prácticas para la educación y formación de los profesionales sanitarios sobre cómo superar las barreras para recomendar una prueba del VIH.
- Presentar las consideraciones prácticas que deben tenerse en cuenta a la hora de implementar la realización de la prueba del VIH en entornos sanitarios en los que éstas aún no se incluyen como parte de la atención rutinaria. Esto debería permitir al profesional sanitario realizar una prueba del VIH como parte de la buena práctica clínica, fomentar la normalización de las pruebas del VIH y garantizar buenos resultados, un buen control y una transferencia oportuna a atención y tratamiento de las personas recién diagnosticadas con el VIH que participan en estos programas.

Históricamente, la realización de la prueba del VIH se ha considerado excepcional y se ha tratado de modo distinto en cuanto a la solicitud del consentimiento en comparación con pruebas para la detección de otras afecciones médicas graves [27]. Esto se ha debido en gran parte a la falta de tratamientos eficaces y a una falta de conocimientos sobre la epidemiología del VIH, factores agravados por las actitudes intolerantes mostradas hacia poblaciones con alto riesgo de contraer el VIH (como HSH, trabajadores sexuales y UDPV). Aunque estos obstáculos se han abordado, al menos hasta cierto punto, en muchos entornos, estos factores aún requieren una consideración seria en muchas regiones. No obstante, los vestigios de la "singularidad del VIH" siguen afectando tanto a la voluntad de los profesionales sanitarios de recomendar pruebas del VIH de forma rutinaria como al interés de los afectados por solicitar dicha prueba, lo que en última instancia afecta a la aceptación de la prueba, la atención y el tratamiento [28].

Una de las ventajas de la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH es que reduce la necesidad de evaluar el riesgo antes de la prueba, ya que será la enfermedad indicadora de VIH la que propicie la recomendación de la prueba del VIH por parte del profesional sanitario. Este método ayuda a "normalizar" la realización de la prueba del VIH en casos de personas que pueden no ser conscientes de haber estado expuestas a riesgo, personas que no pueden solicitar una prueba y profesionales que están muy atareados. En la gran mayoría de las ocasiones, los resultados de la prueba en los pacientes atendidos incluso en los entornos de mayor prevalencia será negativo.

Para personas recién diagnosticadas con el VIH, el pronóstico es hoy en día mejor que para otras personas que padecen otras muchas enfermedades graves para las que los médicos suelen recomendar pruebas de manera rutinaria [24]. El mayor beneficio de la realización de la prueba del VIH es el acceso rápido al tratamiento. La provisión de acceso universal a tratamiento y asistencia, servicios de prevención y apoyo, junto con la integración de detección y tratamiento de enfermedades concomitantes comunes con vías claras de derivación a especialistas, debe ser la piedra angular de las estrategias nacionales de realización de pruebas del VIH [29].

El público al que va dirigido esta guía es el siguiente:

- Profesionales sanitarios en todas las especialidades y entornos (véase la tabla 2).
- Personal y responsables políticos dedicados a la supervisión de programas de realización de pruebas del VIH, tanto de ámbito nacional como local.

Ya existen directrices de la OMS y el ECDC para ampliar la realización de pruebas del VIH a entornos sanitarios con el fin de abordar la necesidad de mejorar las tasas de diagnóstico precoz. Estas directrices exigen la recomendación de las pruebas a personas que padecen ITS y "hallazgos clínicos que sugieren la presencia de VIH". Esta guía está en consonancia con las directrices y recomendaciones nacionales de realización de pruebas, así como con las directrices europeas de realización de pruebas del ECDC [29] y la Oficina Regional de la OMS para Europa [29], y viene a complementarlas. En las últimas directrices sobre realización de pruebas, ambas instituciones recomiendan incrementar el número de pruebas del VIH.

Se requieren directrices novedosas basadas en la evidencia que identifiquen enfermedades indicadoras específicas para complementar las estrategias emprendidas por iniciativa de los profesionales sanitarios. Para conocer los aspectos generales de la realización de pruebas del VIH y las recomendaciones específicas relacionadas con otros grupos prioritarios, véanse las directrices paneuropeas vigentes.



Antecedentes

Las directrices internacionales actuales recomiendan organizar y ofrecer las pruebas del VIH en entornos específicos (atención comunitaria y sanitaria) en los que los pacientes solicitan asistencia sanitaria y en entornos comunitarios, en los que los individuos solicitan activamente una prueba del VIH [30]. Informes recientes en los que se analizan las demoras en el diagnóstico después de la infección sugieren que estos últimos, denominados a veces "asesoramiento y prueba del VIH por iniciativa del paciente (CITC) o asesoramiento y prueba voluntarios (VCT)" no han tenido la eficacia deseada para detectar infecciones por VIH con una prontitud suficiente. En consecuencia, el afectado no puede aprovechar todos los beneficios del tratamiento temprano y puede contribuir al contagio de la infección, alimentando así la epidemia. Aunque estos enfoques son un elemento valioso de cualquier estrategia de realización de la prueba del VIH, un enfoque no es suficiente para abordar la pandemia del VIH en Europa.

La recomendación rutinaria de la prueba a mujeres que reciben asistencia prenatal lleva más de una década formando parte de las normas asistenciales en Europa y puede considerarse una forma de prueba del VIH guiada por indicadores de VIH. En algunos países europeos, el cribado de personas que se cree que pueden padecer una ITS se inició hace entre 5 y 7 años. Sin embargo, este planteamiento no se ha adoptado de manera uniforme en todos los países europeos. La sugerencia de incluir otras enfermedades para guiar la realización de la prueba del VIH se realizó por primera vez en 2007 [21], aunque en aquel momento no había datos para determinar con exactitud las enfermedades que debían recomendarse para la realización de pruebas del VIH rutinarias. Desde entonces, se han producido avances importantes que han permitido adoptar un mejor enfoque basado en la evidencia para implementar la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH, gracias entre otros al estudio HIDES [17].

Se han descrito los obstáculos para solicitar activamente una prueba del VIH, como son una baja percepción de estar en riesgo, una falta de deseo de solicitar pruebas regulares por parte de las personas en riesgo, dificultades de algunas personas para acudir a centros sanitarios para revelar los riesgos subyacentes de manera proactiva (debido al miedo a la estigmatización, discriminación o persecución), una falta de incentivos de los profesionales sanitarios para ofrecer la prueba del VIH sin evidencias de factores de riesgo subyacentes y el fracaso de los profesionales sanitarios para obtener esa información [31; 32].

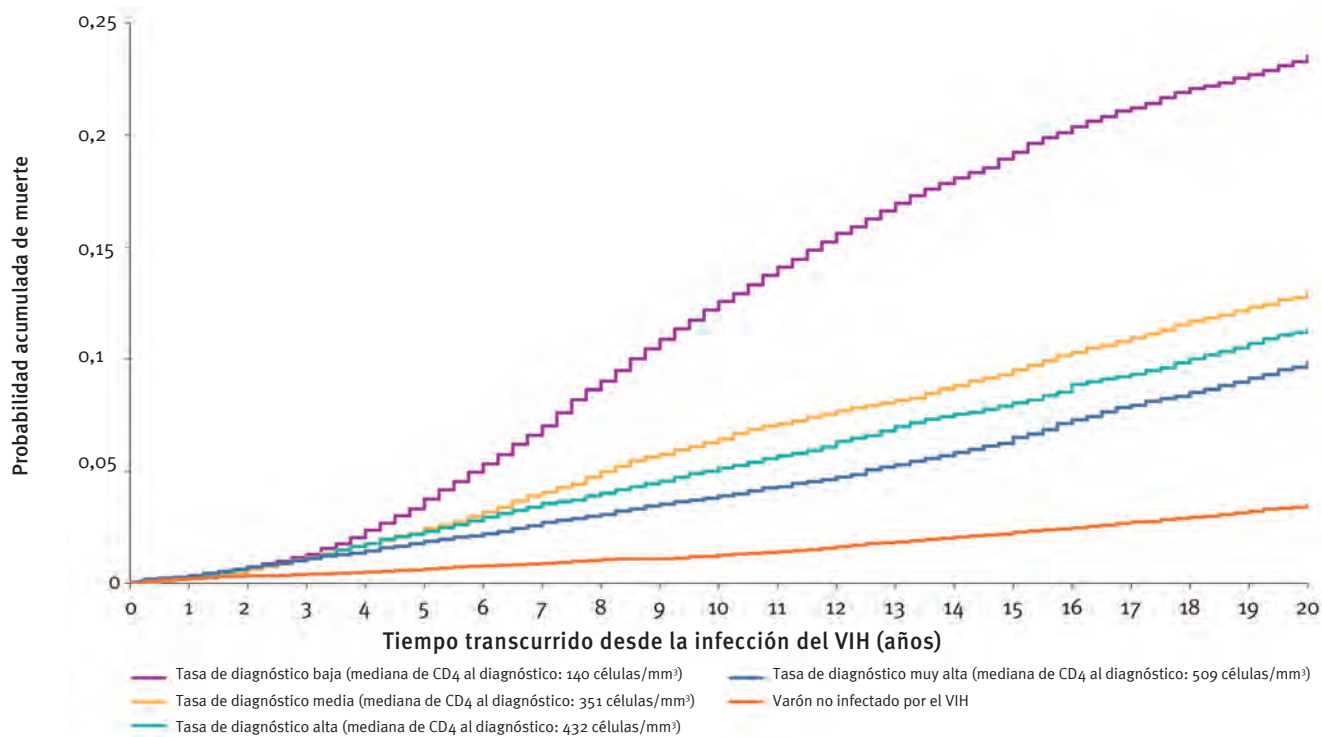
Las estrategias de realización de pruebas alternativas incluyen el ofrecimiento rutinario de pruebas a todas las personas que entran en contacto con el sistema sanitario (cribado universal) en contextos epidémicos no generalizados, como se hace en los Estados Unidos [20], o la identificación/definición de enfermedades específicas en las que la realización rutinaria y uniforme de pruebas puede mejorar las tasas de detección del VIH. En epidemias concentradas o de bajo nivel, el cribado universal rutinario entre la población general cuenta con una mala relación coste-beneficio como intervención de sanidad pública debido a la baja prevalencia esperada. En su lugar, un enfoque basado en el uso de determinadas enfermedades o situaciones vinculadas a un riesgo alto de haber contraído el VIH como indicación para recomendar de manera rutinaria las pruebas (realización de la prueba de VIH guiada por enfermedades indicadoras) podría ofrecer una relación coste-beneficio suficientemente buena tanto para el paciente como para la sanidad pública. Estudios recientes, el HIDES entre ellos, han demostrado que son muchas las enfermedades asociadas a una alta prevalencia del VIH.

2.1 Diagnóstico tardío en Europa y beneficios del diagnóstico precoz

Los datos de vigilancia del ECDC/OMS-Europa demuestran que en torno a la mitad de las personas recién diagnosticadas en Europa solicitaron asistencia tardíamente (es decir, con una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μL) en 2010. Los datos sobre las características demográficas de personas con diagnóstico tardío sugieren que las personas de edad más avanzada, oriundas de regiones distintas a Europa y en las que la vía de transmisión no es un resultado de conductas relacionadas con HSH, tienen mayores probabilidades de tener un diagnóstico tardío [33].

Un porcentaje importante de las personas con diagnóstico tardío ha estado en contacto con el sistema sanitario antes de ser diagnosticadas. Algunas personas solicitan asistencia durante la seroconversión, que sigue sin diagnosticarse; otras se presentan con síntomas y enfermedades relacionados con el deterioro de la función inmunitaria (p. ej. herpes zóster, candidiasis bucal o diarrea crónica).

Figura 1: Esperanza de vida prevista para personas infectadas por el VIH en función del momento del diagnóstico [8]



¹ Faltan datos sobre la cifra de células CD4 en el momento del diagnóstico para un gran porcentaje de personas recién diagnosticadas. Los datos de estudios de cohortes en Europa Occidental confirman el porcentaje aproximado de personas recién diagnosticadas con diagnóstico tardío. La situación en Europa Oriental no está bien documentada, pero el porcentaje de personas con diagnóstico tardío en esta región probablemente supera la situación de cualquier otra región.

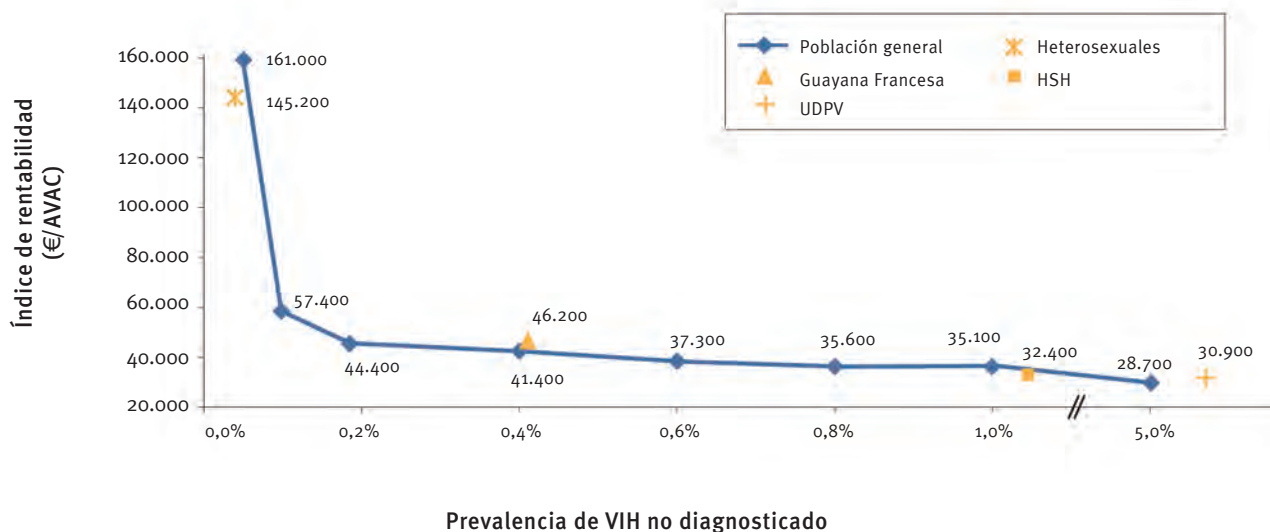
Si una persona es diagnosticada y recibe antes tratamiento para el VIH (*tratamiento antirretroviral o TAR*) durante el curso de la infección, previamente al deterioro grave del sistema inmunitario, su esperanza de vida puede aproximarse a la de la población general [18]. Los elevados niveles de acceso a tratamiento para el VIH en Europa han generado una situación en la que la morbimortalidad relacionada con el VIH se concentra cada vez más entre los que reciben un diagnóstico tardío. El beneficio obvio del tratamiento exige que las personas infectadas por el VIH reciban un diagnóstico precoz e inicien el TAR en el momento oportuno [18].

Además, el tratamiento antirretroviral reduce la multiplicación vírica, lo que vuelve al individuo menos infeccioso. Hay un debate abierto sobre si debe introducirse el tratamiento antirretroviral antes de lo recomendado en la actualidad (CD4 350) como intervención de sanidad pública con el objetivo de prevenir la transmisión. En la actualidad, se está estudiando si esto es beneficioso para el paciente infectado por el VIH con respecto a la mejora de los resultados sanitarios [34]. Está demostrado que las personas diagnosticadas con el VIH modifican su conducta en favor de una actividad sexual más segura que, en sí misma, tendrá beneficios de salud pública gracias a la prevención de la transmisión [35].

2.3 Rentabilidad de la realización de la prueba del VIH

El grado de rentabilidad del cribado para la detección del VIH puede variar en función del tipo, la frecuencia y el contexto, y aumentará en casos de mayor prevalencia de VIH no diagnosticado dentro de la población cribada. Estudios emprendidos en los Estados Unidos y Francia sugieren que la realización de la prueba del VIH será rentable mientras la prevalencia de VIH no diagnosticado sea superior al 0,1% [36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44]. Por debajo de este umbral, la realización de la prueba solo debe plantearse en circunstancias en las que el coste añadido de la misma pueda justificarse. Las justificaciones incluyen consecuencias potencialmente negativas en caso de no detectarse la infección por VIH. Cabe destacar que los análisis de rentabilidad presuponen que todas las personas con un diagnóstico de VIH reciben asistencia y tienen acceso a terapia antirretroviral y, por lo tanto, se beneficiarán de tratamiento.

Rentabilidad de la prueba del VIH en Francia según la prevalencia del VIH no diagnosticado [45]



Enfermedades indicadoras para la realización de la prueba del VIH

3.1 Categorías de enfermedades indicadoras

Las enfermedades que se consideran indicativas para recomendar una prueba del VIH pueden dividirse en tres categorías (Tabla 1). La justificación de su inclusión varía, del mismo modo que el nivel de recomendación para realizar una prueba del VIH en aquellos que presentan las enfermedades indicadoras incluidas en la lista.

1. Enfermedades definitorias de sida entre las PIVIH (tabla 1, columna 1). Un acontecimiento definitorio de sida es una afección o enfermedad que se produce cuando el sistema inmunitario está suficientemente deteriorado, lo que indica que la infección por VIH ha evolucionado a sida. Si la infección por VIH sigue sin diagnosticarse y el primer acontecimiento se trata con éxito, seguirán otros acontecimientos definitorios de sida, puesto que la deficiencia inmunitaria subyacente no se ha tratado. El reconocimiento de la infección por VIH es esencial para la administración oportuna de TAR (dentro de la primera o segunda semana tras el diagnóstico del acontecimiento definitorio de sida) y para evitar la evolución del VIH, y genera mayor tasa de supervivencia. Además, mejora la respuesta al tratamiento de muchas de las enfermedades.

Directriz: a todas las personas (que no se sabe que están infectadas por el VIH) que se presentan con un acontecimiento potencialmente definitorio de sida, con independencia de la prevalencia de VIH en el entorno en el que se trata la enfermedad, se les debe recomendar encarecidamente la prueba del VIH.

Justificación: existe un extenso corpus de evidencias de ensayos controlados aleatorizados de las consecuencias de no tratar a personas infectadas por el VIH con acontecimientos definitorios de sida. No recomendar una prueba en estas circunstancias no puede considerarse un buena práctica clínica.

2. Enfermedades asociadas a una prevalencia de HIV no diagnosticado >0,1% (tabla 1, columna 2a). La prueba del VIH se recomienda a todas las personas que padecen cualquiera de estas enfermedades, ya que se ha demostrado que la realización de la prueba cuando existe una prevalencia de VIH superior al 0,1% resulta rentable. Estas enfermedades pueden afectar con mayor frecuencia a personas infectadas por el VIH, bien porque comparten una vía de transmisión común, bien porque su presentación se ve favorecida por la deficiencia inmunitaria característica asociada a la infección por VIH. Por el contrario, no debe suponerse que cualquier afección observada con mayor frecuencia en la población infectada por el VIH cumple esta definición; solo deben considerarse enfermedades indicadoras del VIH aquellas enfermedades en las que se ha documentado una prevalencia del VIH superior o igual al 0,1% en poblaciones no diagnosticadas previamente. Cabe destacar que pueden imponerse restricciones en determinados grupos etarios, ya que la mayor parte de los datos de prevalencia actuales corresponde a adultos de entre 16 y 65 años. Hoy en día, hay pocas evidencias que demuestren que esta categoría sea indicadora de VIH; la lista debe revisarse y actualizarse continuamente, ya que nuevos datos permiten identificar aquellas enfermedades que cumplen con estos criterios (véanse los apéndices 2 y 3).

Directriz: a todas las personas que padecen una enfermedad asociada con una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1% se les debe recomendar encarecidamente una prueba del VIH.

Justificación: la realización rutinaria de pruebas a personas con enfermedades con una prevalencia de VIH igual o superior al 0,1% resulta rentable. Puede incrementar el índice de diagnósticos precoces de VIH.

Directriz: a todas las personas que padecen una enfermedad que los expertos consideren que pueda tener una prevalencia de VIH igual o superior al 0,1% se les debe ofrecer una prueba de VIH hasta tener más datos disponibles.

Justificación: las enfermedades que los expertos consideran que puedan tener una prevalencia igual o superior al 0,1% se indican en la tabla 1, columna 2b, y se debe recomendar la prueba hasta tener más datos disponibles. En el apéndice 3, se describe la metodología para identificar la prevalencia del VIH en posibles enfermedades indicadoras.

3. Enfermedades en las que no detectar la presencia de infección por VIH puede tener implicaciones negativas importantes para el tratamiento clínico de la persona (tabla 1, columna 3). La terapia inmunosupresora puede deteriorar aún más el sistema inmunitario de una persona infectada por el VIH con consecuencias negativas; por lo general, esto puede minimizarse con un tratamiento eficaz para el VIH. Además, el VIH no tratado puede afectar negativamente a la respuesta de una persona a un tratamiento específico para la enfermedad indicadora. Estos medicamentos se utilizan de manera diversa en los sistemas sanitarios y para múltiples indicaciones, como el tratamiento de melanomas malignos, enfermedades autoinmunes y en receptores de trasplantes.

Directriz: se recomienda ofrecer una prueba del VIH como medida preventiva antes de empezar a administrar medicación inmunosupresora, con independencia de la prevalencia del VIH en el entorno en el que se trata la enfermedad.

Justificación: se debe ofrecer la prueba para estas enfermedades para evitar una mayor supresión del sistema inmunitario con resultados adversos potencialmente graves para el afectado, y para maximizar la respuesta potencial al tratamiento de la enfermedad indicadora (a pesar de que la prevalencia de VIH estimada sea con probabilidad inferior al 0,1%).

Tabla 1: Definiciones de enfermedades indicadoras y recomendación de la prueba del VIH

1. Enfermedades definitorias de sida entre las PIVIH*

Prueba recomendada encarecidamente	<p>Neoplasias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de cuello uterino • Linfoma no Hodgkin • Sarcoma de Kaposi <p>Infecciones bacterianas</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, pulmonar o extrapulmonar • Complejo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC) o <i>Mycobacterium kansasii</i>, diseminado o extrapulmonar • <i>Mycobacterium</i>, otras especies o especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar • Neumonía recurrente (2 o más episodios en 12 meses) • Septicemia por salmonela recurrente <p>Infecciones víricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retinitis por citomegalovirus • Citomegalovirus, otras (excepto hígado, bazo, ganglios linfáticos) • Bronquitis/neumonitis por herpes simple, úlcera(s) por herpes común >1 mes • Leucoencefalopatía multifocal progresiva • Herpes simple: úlceras crónicas (1>mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis. <p>Infecciones parasitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmosis cerebral • Criptosporidiosis diarreica, >1 mes • Isosporiasis, >1 mes • Leishmaniosis diseminada atípica • Reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalitis o miocarditis) <p>Infecciones micóticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> • Candidiasis, esofágica • Candidiasis, bronquial/ traqueal/ pulmonar • Criptococosis, extrapulmonar • Histoplasmosis, diseminada/extrapulmonar • Coccidioidomicosis, diseminada/extrapulmonar • Penicilliosis, diseminada
------------------------------------	--

3. Enfermedades en las que no detectar la presencia de infección por VIH puede tener implicaciones negativas importantes para el tratamiento clínico de la persona, aunque la prevalencia estimada de VIH probablemente sea inferior al 0,1%

Ofrecer la prueba	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades que requieren una terapia inmunosupresora agresiva: <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer - Trasplante - Enfermedad autoinmune tratada con terapia inmunosupresora • Lesión cerebral primaria ocupando espacio • Púrpura trombocitopénica idiopática/trombocítica
-------------------	--

2a. Enfermedades asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1%**

Prueba recomendada encarecidamente	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de transmisión sexual • Linfoma maligno • Cáncer/displasia anal • Displasia cervical • Herpes zóster • Hepatitis B o C (aguda o crónica) • Síndrome mononucleósico • Leucocitopenia/trombocitopenia idiopática que dure >4 semanas • Dermatitis seborreica/exantema • Enfermedad neumocócica invasiva • Fiebre sin causa aparente • Candidemia • Leishmaniosis visceral • Gestación (implicaciones para el feto)
------------------------------------	--

2b. Otras enfermedades de las que se considera que es probable que tengan una prevalencia de VIH no diagnosticado >0,1%

Ofrecer la prueba	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de pulmón primario • Meningitis linfocítica • Leucoplasia vellosa oral • Psoriasis grave o atípica • Síndrome de Guillain-Barré • Mononeuritis • Demencia subcortical • Enfermedad del tipo esclerosis múltiple • Neuropatía periférica • Pérdida de peso injustificada • Linfadenopatía idiopática • Candidiasis bucal idiopática • Diarrea crónica idiopática • Insuficiencia renal crónica idiopática • Hepatitis A • Neumonía adquirida en la comunidad • Candidiasis
-------------------	--

* Basado en el sistema de clasificación de los CDC y la OMS [46]

** Referencias bibliográficas en el apéndice 2

En www.hiveurope.eu se ofrecen actualizaciones de la tabla basadas en pruebas futuras de prevalencia del VIH en enfermedades indicadoras en 2b

3.2 Especialidades y enfermedades indicadoras

Las personas con VIH no diagnosticado pueden acudir a cualquier hospital, clínica o consulta general/de atención primaria. Debe considerarse la realización de la prueba del VIH durante cualquier contacto clínico si una persona padece una enfermedad indicadora de VIH. Son muchos los especialistas médicos que dispensan cuidados a las personas que padecen las enfermedades indicadas en la tabla 1. En la tabla 2, se clasifican las enfermedades indicadoras de VIH en función de la especialidad del médico que con mayor probabilidad va a atender a esos pacientes.

Tabla 2: Enfermedades indicadoras y especialidades implicadas

Especialidad: Neumología

Tuberculosis
Neumonía por *Pneumocystis carinii*
Neumonía, recurrente
Enfermedad pulmonar MAC
Histoplasmosis, diseminada/extrapulmonar
Bronquitis/neumonitis por herpes simple
Candidiasis bronquial/pulmonar
Neumonía adquirida en la comunidad

Especialidad: Neurología y Neurocirugía

Toxoplasmosis cerebral
Criptococosis, extrapulmonar
Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalitis o miocarditis)
Síndrome de Guillain-Barré
Mononeuritis
Demencia subcortical
Enfermedad de tipo esclerosis múltiple
Neuropatía periférica
Lesión cerebral primaria ocupando espacio

Especialidad: Dermatología/Dermatovenereología/ Medicina del Aparato Genitourinario

Sarcoma de Kaposi
Úlcera(s) por herpes simple
Leishmaniosis diseminada atípica
Penicilliosis, diseminada
Dermatitis seborreica/exantema
Herpes zóster
Infecciones de transmisión sexual
Hepatitis B o C (aguda o crónica)
Psoriasis grave o recalcitrante
Candidemia
Candidiasis

Especialidad: Gastroenterología/Hepatología

Criptosporidiosis diarreica >1 mes
Microsporidiosis, >1 mes
Isosporiasis, >1 mes
Candidiasis, esofágica
Hepatitis B o C (aguda o crónica)
Diarrea crónica idiopática

Especialidad: Oncología

Linfoma no Hodgkin
Sarcoma de Kaposi
Cáncer de pulmón primario
Cáncer/dislipasia anal
Cáncer que requiere una terapia inmunosupresora agresiva

Especialidad: Ginecología/Obstetricia

Cáncer de cuello uterino

Infecciones de transmisión sexual
Hepatitis B o C (aguda o crónica)
Gestación (implicaciones para el feto)
Displasia cervical

Especialidad: Hematología

Linfoma no Hodgkin

Linfoma maligno
Leucocitopenia/trombocitopenia idiopática que dure >4 semanas

Púrpura trombocitopénica trombótica

Especialidad: Enfermedades infecciosas/Medicina Interna

Tuberculosis
Mycobacterium tuberculosis, pulmonar o extrapulmonar
Complejo MAC o *Mycobacterium kansasii*, diseminado o extrapulmonar
Mycobacterium, otras especies o especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar
Neumonía, recurrente (2 o más episodios en 12 meses)
Neumonía por *Pneumocystis carinii*
Criptococosis, extrapulmonar
Septicemia por salmonela
Citomegalovirus, otras (excepto hígado, bazo, ganglios linfáticos)
Úlcera(s) por herpes simple >1 mes/ bronquitis/neumonitis por herpes simple
Candidiasis bronquial/traqueal/pulmonar
Candidiasis esofágica
Histoplasmosis, diseminada/ extrapulmonar
Coccidioidomicosis, diseminada/extrapulmonar
Leishmaniosis diseminada atípica
Reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalitis o miocarditis)
Penicilliosis, diseminada

Infección de transmisión sexual
Hepatitis B o C (aguda o crónica)
Enfermedad de tipo mononucleosis

Especialidad: Enfermedades infecciosas/Medicina Interna

Enfermedad neumocócica invasiva Herpes zóster
Meningitis linfocítica
Leishmaniosis visceral
Pérdida de peso injustificada
Fiebre idiopática
Diarrea crónica idiopática
Linfoadenopatía idiopática
Leucocitopenia/trombocitopenia idiopática que dure >4 semanas

Especialidad: Reumatología

Enfermedad autoinmune tratada con terapia inmunosupresora agresiva

Especialidad: Oftalmología

Retinitis por citomegalovirus

Especialidad: Otorrinolaringología

Candidiasis traqueal/esofágica
Enfermedad de tipo mononucleosis

Especialidad: Nefrología

Insuficiencia renal crónica idiopática

Especialidad: Medicina general

Sintomatología que concuerda con cualquiera de las enfermedades enumeradas

Especialidad: Medicina de Emergencia

Sintomatología que concuerda con cualquiera de las enfermedades enumeradas.

Especialidad: Odontología

Leucoplasia vellosa oral
Candidiasis bucal y esofágica
Sarcoma de Kaposi



Cómo implementar la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH en un entorno sanitario

Todos los entornos sanitarios en los que se tenga previsto implementar la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH deben implantar procedimientos que abarquen todos los aspectos operativos de la realización de la prueba al paciente y de control de los resultados. Se deben consensuar vías de atención de pacientes claramente documentadas en relación con el tratamiento y la asistencia con los servicios de VIH especializados locales [47]. El siguiente resumen puede utilizarse como base de dichos programas; es posible que se requiera adaptación local.

4.1 Pasos que debemos considerar antes de la introducción de la prueba de VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH

Primer paso: pruebas del VIH. En los casos en los que en las instalaciones sanitarias se cuente con acceso habitual a servicios de pruebas diagnósticas analíticas suministrados por un laboratorio de microbiología clínica (bien in situ o mediante subcontrata), las pruebas del VIH pueden incluirse en estos servicios. No obstante, antes de poner en marcha un programa de realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH, debe verificarse la disponibilidad y el plazo de entrega de los resultados. En algunos entornos, quizá sea preferible realizar un análisis de diagnóstico inmediato, aunque esta opción requiere mayor preparación y formación del personal que trabaja in situ, así como un algoritmo claro para la confirmación basada en laboratorio de todos los resultados positivos. Los resultados negativos de análisis de diagnóstico inmediato no requieren pruebas complementarias ni confirmatorias, sino que pueden entregarse al momento. Los resultados de pruebas positivas basados en laboratorio siempre deben confirmarse antes de entregarse al centro que asiste al paciente. Solo los análisis de diagnóstico inmediato con certificación y marca CE pueden utilizarse

con fines diagnósticos dentro de la UE y el EEE, pero los requisitos/reglamentos nacionales sobre sus condiciones de uso varían y se deben tener en cuenta. Se recomienda encarecidamente la participación en un plan de control de calidad en caso de implementarse un análisis de diagnóstico inmediato. Se ofrece más información en el apéndice 1.

Segundo paso: educación y formación. Identificar y abordar las preocupaciones e inquietudes de los profesionales sanitarios que trabajan en el entorno sanitario. La experiencia adquirida en entornos sanitarios en relación con la prueba del VIH indica que los profesionales sanitarios que no ofrecen de manera rutinaria pruebas del VIH pueden sentirse incómodos o sentir cierta inquietud. Estas inquietudes deben abordarse de manera proactiva y es responsabilidad de los jefes del entorno sanitario tratarlas. Deben celebrarse debates abiertos en las reuniones de personal y ofrecerse acceso a materiales de formación e información (véase el apéndice 1). Todos los miembros del personal médico, obstétrico y de enfermería, así como todos los trabajadores sanitarios expertos deben tener competencia para solicitar el consentimiento y pedir una prueba del VIH, como ocurre con cualquier otra prueba diagnóstica. Si van a utilizarse análisis de diagnóstico inmediato, antes de su implementación debe recibirse formación sobre su uso y sobre la interpretación correcta de los resultados.

Tercer paso: ofrecimiento de la prueba. Considerar cómo ofrecer la prueba y solicitar el consentimiento informado. El ofrecimiento debe llevarse a cabo en un entorno que respete la intimidad de la persona. Hay que ser explícito en el lenguaje estandarizado que se usa para solicitar el consentimiento. Un buen ejemplo sería: “Se le ha diagnosticado [nombre de la enfermedad] y en estos casos seguimos un proceso rutinario de diagnóstico que incluye una prueba del VIH para todas las personas que padecen esa enfermedad en este centro/consulta. ¿Acepta someterse a ella?”

Debe suministrarse información relacionada con la necesidad de volver a realizar la prueba y el intervalo que pasará, si procede. Debe considerarse la posibilidad de proporcionar esta información preliminar por escrito, para que la persona pueda conservarla. En la conversación previa a la prueba, debe ofrecerse al paciente la posibilidad de formular preguntas y solicitar información sobre el modo como se van a entregar los resultados.

En caso de que una persona rechace la recomendación de una prueba del VIH, se le explicarán con más detalle los posibles riesgos en términos de complicaciones para la enfermedad primaria. No se debe presionar al paciente para que acepte la prueba ni se le debe negar tratamiento si se niega a someterse a la prueba, sino que debe volver a ofrecérsele la prueba en la siguiente consulta y contemplarse la posibilidad de derivar al paciente a especialistas en salud sexual o VIH para mantener una conversación más profunda y ofrecer su apoyo, si procede. Si se utilizan análisis de diagnóstico inmediato, en la conversación previa a la prueba debe explicarse que un resultado negativo es definitivo (dentro de los límites del periodo de margen de la prueba), pero que los resultados positivos solo se consideran preliminares y que deben confirmarse a través del análisis de una segunda muestra de sangre, en el marco de los reglamentos del algoritmo de pruebas nacional. Para consultar las preguntas frecuentes, véase el apéndice 1.

Cuarto paso: conversación después de la prueba. El enfoque de la conversación pasada la prueba y el nivel de detalle del asesoramiento dependen de los resultados de la misma (véase el apéndice 1).

Si el resultado de la prueba del VIH es negativo, pueden considerarse varias opciones, en función de las circunstancias y la formación del personal. Es una buena oportunidad para fomentar la salud y mantener el estado negativo del individuo; debe disponerse de material por escrito u ofrecerse instrucciones sobre dónde encontrar información adicional (p. ej. un sitio web o derivación a otro entorno sanitario especializado en el suministro de dicha información).

Si el resultado de la prueba del VIH es positivo, es indispensable que el entorno sanitario disponga de normas claras y consensuadas por escrito sobre el manejo de un diagnóstico de VIH positivo. Los aspectos que debemos considerar incluyen cómo comunicar al paciente el resultado de la prueba; la comunicación de un resultado positivo de la prueba del VIH (como cualquier otra comunicación importante relacionada con la salud) debe realizarse con empatía y junto con un plan sobre los pasos que se deben seguir.

Se recomienda entregar los resultados personalmente, y no por teléfono o correo, salvo que el afectado haya indicado alguna de estas últimas como opciones preferentes.

El entorno sanitario debe contar con vías de atención al paciente consensuadas, claras y documentadas, acordes con las directrices nacionales, y, de ser necesario, contactar de inmediato con la consulta especializada en VIH para garantizar una derivación rápida y completa del paciente (como se haría con cualquier otro tipo de problema sanitario). El paciente debe ser informado de la necesidad de adoptar medidas de precaución para evitar el contagio del VIH a parejas sexuales o personas con las que comparta agujas, y se iniciará la notificación a la pareja.

Si se utilizan análisis de diagnóstico inmediato, deberán tenerse presentes otras consideraciones sobre la comunicación de resultados, ya que los resultados negativos pueden comunicarse de inmediato, pero los resultados positivos deben corroborarse con una prueba confirmatoria realizada en el laboratorio antes de comunicar los resultados definitivos al paciente. Por lo tanto, deben existir normas claras por escrito sobre cómo comunicar el resultado positivo preliminar y la necesidad de tomar una muestra de sangre secundaria para la confirmación de este resultado en el laboratorio. Estas normas pueden redactarse del modo siguiente: “El resultado preliminar de la prueba de detección es positivo, lo que significa que puede estar infectado por el VIH. No obstante, este resultado no es definitivo, y tenemos que hacer más análisis de sangre. Hasta que tengamos el resultado definitivo, que tardará aproximadamente [insertar el plazo de entrega de resultados local] días, deberá adoptar medidas de precaución para evitar el contagio a sus parejas sexuales o personas con las que comparta agujas”.

Existen documentos de directrices relacionadas con las pruebas del VIH en los que se ofrecen explicaciones detalladas de los principios generales de realización de la prueba del VIH:

- Guía del ECDC: Realización de la prueba del VIH: incremento de los índices de aceptación y eficacia en la Unión Europea (2010) [29]
- Guía del ECDC: Prevención y control de enfermedades infecciosas entre toxicómanos por vía intravenosa (2011) [48]
- Directrices de realización de las pruebas del VIH del BHIVA (2008) [24]
- Guía de la OMS (2010) [28]
- EMCDDA: Directrices para la realización de la prueba del VIH, hepatitis vírica y otras infecciones en toxicómanos por vía intravenosa (2010)[49]

Véase también el anexo 1 para conocer otros recursos y materiales de formación.

4.2 Obligaciones de los responsables de la especialidad

Todos los entornos sanitarios están afiliados a una red que guía el desarrollo de la atención dentro de la especialidad, normalmente una sociedad científica. La formación, los debates entre compañeros, el apoyo y el fomento de estas redes y directrices de especialidad entre los responsables son muy importantes. Lo ideal es que la formación la impartan profesionales que ya ejerzan dentro de la especialidad, posiblemente en colaboración con colegas con experiencia específica en el VIH.

La iniciativa *HIV in Europe* (<http://www.hiveurope.eu/>) puede proporcionar contacto con especialistas en VIH y materiales de formación, y puede utilizarse como enlace en caso de que los sistemas de salud de un determinado lugar desearan colaborar en la difusión de encuestas y auditorías adicionales según los mismos principios descritos en el apéndice 2.

Envíe un mensaje a hiveurope@cphiv.dk o llame al teléfono +45 3545 5757.

4.3 Obligaciones del sistema sanitario

El sistema sanitario al que el entorno hospitalario esté organizativamente afiliado debe adoptar las directrices y comunicar esta decisión a las personas correspondientes dentro del sistema. También se recomienda establecer comunicación con los responsables de las especialidades para coordinar el proceso descrito antes. Se recomienda encarecidamente al sistema sanitario que coordine el desarrollo de encuestas, así como la implementación de supervisión/auditoría y la evaluación de las directrices de realización de la prueba del VIH implementadas dentro de su sistema sanitario para seguir mejorando la calidad y las instrucciones relacionadas con la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH.

4.4 Otras indicaciones para recomendar una prueba del VIH

En cualquier entorno sanitario se debe recomendar la prueba del VIH a personas que:

1. Sean parejas sexuales de personas infectadas por el VIH
2. Sean hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
3. Tengan antecedentes de usuarios de drogas por vía parenteral
4. Hayan sido trabajadoras sexuales
5. Sean oriundas de un país con alta prevalencia del VIH (>1% en la población general) [50] (véase la lista de ONUSIDA sobre la prevalencia estimada) [51]
6. Mujeres embarazadas
7. Hijos nacidos de mujeres infectadas por el VIH
8. Que solicitan una prueba del VIH
9. Que padezcan una ITS
10. Que se hayan pinchado con una aguja (véanse las directrices de la OMS)

Un enfoque nacional eficaz con respecto a la realización de la prueba del VIH debe basarse en el conocimiento de la epidemia a escala local y nacional. Los programas de realización de pruebas deben concebirse para llegar a las personas en riesgo de infección y conceder prioridad a los que sufren mayor riesgo. Deben analizarse datos de vigilancia y otros datos relevantes, incluida información sobre el VIH no diagnosticado y diagnóstico tardío, para comprender las tendencias de la epidemia y su cronología a escala regional y nacional. Las subpoblaciones (como las indicadas arriba) o su riesgo suelen ocultarse y sufren estigmatización. Deben iniciarse encuestas especiales para determinar los niveles de VIH entre estos grupos y sus índices de realización de la prueba del VIH, así como los conocimientos, las actitudes y las conductas relevantes, para lograr el incremento de la aceptación de la prueba del VIH. También deberán analizarse datos complementarios sobre otras ITS, conductas sexuales y relacionadas con la toxicomanía por vía intravenosa en la población general, así como en grupos de riesgo de contraer el VIH.

Se recomienda a las personas con conductas de riesgo continuas que se sometan a las pruebas con mayor frecuencia. Por ejemplo, algunos países recomiendan a los HSH como mínimo una prueba anual, frecuencia que aumentará en función de la conducta sexual. Las directrices actuales del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) recomiendan el ofrecimiento regular de pruebas a usuarios de drogas por vía parenteral, como mínimo una vez cada 6 o 12 meses. La OMS recomienda volver a realizar la prueba a personas en riesgo constante como mínimo una vez al año. Las personas infectadas por el VIH deben recibir asesoramiento sobre asuntos relacionados con la revelación de su estado: recomendación a su pareja de la prueba del VIH, notificación a la pareja con arreglo a las políticas y procedimientos nacionales, así como realización de la prueba del VIH y asesoramiento en pareja.



Apéndices

Apéndice 1: Herramienta práctica de apoyo a la implementación

El apéndice 1 se ha concebido para proporcionar herramientas prácticas para la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH. Ofrece enlaces a varios ejemplos de métodos para facilitar la adaptación local y su uso en la implementación de la estrategia de realización de pruebas.

Información necesaria para el consentimiento informado

A continuación, se ofrecen ejemplos sobre cómo se puede suministrar información sobre la realización de pruebas del VIH y sus ventajas, por medio de folletos, carteles y vídeos.

Documento de información para el paciente: Ejemplo de la Unidad de Colposcopia, apéndice 4

Cartel: Ejemplo del servicio de urgencias:

<http://www.aidsetc.org/aidsetc?page=etres-display&resource=etres-434>

Vídeo: Realización de las pruebas del VIH, ECDC: conocer, tratar, prevenir:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight_aids/Pages/index.aspx

Otros recursos:

AETC, Supporting HIV Education for Health Care Professionals, www.aidsetc.org. Incluye artículos, pósteres, programas, fichas técnicas y manuales, herramientas y juegos de diapositivas.

Realización de la prueba del VIH en los servicios de urgencias: guía práctica <http://www.edhivtestguide.org/>

Vías de atención

Los siguientes recursos incluyen guías prácticas sobre aspectos de la coordinación de la atención que han de tenerse en cuenta a la hora de introducir la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH.

Estudio web VIH: <http://depts.washington.edu/hiv aids/index.html>. Módulo de enseñanza interactiva sobre cribado rutinario del VIH en entornos sanitarios; incluye apartados sobre posibles obstáculos para el cribado rutinario del VIH, así como sobre pruebas diagnósticas, asesoramiento y concertación de asistencia.

Primeros pasos: Lista de integración del VIH: <http://www.aidsetc.org/aidsetc?page=etres-display&resource=etres-570>

Realización de la prueba del VIH en los servicios de urgencias: guía práctica <http://www.edhivtestguide.org/>.

Concertación de asistencia.

Preguntas de pacientes

A continuación, se ofrecen ejemplos de algunas preguntas que los pacientes suelen plantear. Las preguntas deben adaptarse al contexto y el entorno local.

Preguntas frecuentes:

P1: *¿Cree que estoy infectado con el VIH?* R1: No lo sé. Normalmente recomendamos una prueba a todas las personas que padecen esta enfermedad.

P2: *No estoy expuesto a riesgos de contraer el VIH, ¿tengo que hacerme la prueba?* R2: La mayoría de los adultos corren un riesgo potencial de contraer el VIH sin darse cuenta; salvo que se hayan sometido a la prueba recientemente, recomiendo a todas las personas que padecen esta afección que se hagan la prueba del VIH.

P3: *¿Quién va a saber que me he hecho la prueba del VIH?* R3: La prueba del VIH, como el resto de los análisis que estamos realizando, es confidencial. Eso significa que solo usted y el equipo médico sabrán que se ha sometido a la prueba y el resultado de la misma. (Debe comprobarse si esto es así en su zona.)

Si un paciente se niega a someterse a la prueba, deben analizarse los motivos para asegurarse de que su decisión no se basa en creencias falsas sobre el virus o las consecuencias de someterse a la prueba. Deben explicarse los riesgos potenciales en términos de complicaciones de la enfermedad primaria, pero no se debe presionar al paciente para que acepte la prueba ni negar tratamiento si no acepta la prueba. Debe documentarse la negativa a someterse a la prueba.

Las leyes de confidencialidad varían de unos países a otros, por lo que es importante que los profesionales sanitarios conozcan los riesgos y beneficios asociados a la revelación obligatoria del estado serológico frente al VIH, en entornos en los que esta sea de aplicación.

Otros recursos:

CDC HIV Testing in Health Care Settings: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/healthcare/index.htm#resource> Incluye preguntas y respuestas para profesionales y para el público en general.

Tipos de pruebas y métodos de muestreo

Hay distintos tipos de pruebas que deben considerarse.

Los factores que afectan a la elección de la prueba son los siguientes

- Entorno: presiones de tiempo, espacio, flebotomía planificada como parte de la atención
- Personal: competencia/tiempo
- Coste
- Sensibilidad/especificidad
- Necesidad de pruebas de cuarta generación para la detección de la mononucleosis O repetición de la prueba con la periodicidad adecuada
- Distintos "márgenes temporales" para distintas pruebas
- "Riesgo" de pérdida durante el seguimiento
- Urgencia del resultado, es decir, necesidad de volver a llamar si no se produce el seguimiento programado

Otros recursos:

Realización de la prueba del VIH en los servicios de urgencias: guía práctica <http://www.edhivtestguide.org/>. Elección de una prueba.

Divulgación de la guía

Se recomienda distribuir esta guía a las sociedades clínicas nacionales/europeas pertinentes. Se puede hacer de los siguientes modos:

- Compartiendo la guía para su publicación en revistas médicas –[plantilla de carta al director](#)–, [apéndice 6](#)
- Identificando un experto nacional que divulgue la información a escala nacional
- Mediante presentaciones en congresos en sociedades clínicas –[ejemplo de presentación](#)–, [apéndice 5](#)

El resumen ejecutivo y las tablas correspondientes se encuentran disponibles en [francés](#), [alemán](#), [español](#) y [ruso](#).

Para solicitar asistencia, póngase en contacto con hiveurope@cphiv.dk.

Otros recursos con materiales educativos y directrices europeas sobre realización de la prueba del VIH:

AETC, Supporting HIV Education for Health Care Professionals: www.aidsetc.org.

Incluye artículos, pósteres, programas, fichas técnicas y manuales, herramientas y juegos de diapositivas

Manual para fomentar las pruebas del VIH y mejorar los servicios de asesoramiento:

<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

Guía de formación para la realización de pruebas rápidas del VIH:

<http://wwwn.cdc.gov/dls/ila/hivtraining/>

Directrices sobre pruebas rápidas del VIH de los CDC:

[http://wwwn.cdc.gov/dls/ila/documents/HIVRapidTest%20Guidelines%20\(Final-Sept%202005\).pdf](http://wwwn.cdc.gov/dls/ila/documents/HIVRapidTest%20Guidelines%20(Final-Sept%202005).pdf)

Directrices de la OMS para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos con recursos limitados:

<http://www.who.int/hiv/pub/vct/rapidhivtests/en/>

Directrices de la OMS sobre repetición de la prueba del VIH:

http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index.html

Programa de formación para la realización de pruebas del VIH y el asesoramiento a parejas:

<http://www.cdc.gov/globalaids/Resources/prevention/chct.html>

Realización de pruebas del VIH, ECDC: conocer, tratar, prevenir:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight_aids/Pages/index.aspx

Guía y vídeos sobre el fomento de las pruebas del VIH en Europa

Formación sobre la realización de pruebas/asesoramiento a parejas:

<http://www.cdc.gov/globalaids/Resources/prevention/chct.html>

Manual de la OMS para fomentar las pruebas del VIH y mejorar los servicios de asesoramiento:

<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

Apéndice 2: Referencias para la prevalencia del VIH en pacientes con enfermedades indicadoras en Europa

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática. Se iniciaron búsquedas en Pubmed/MEDLINE utilizando los términos de búsqueda “X Y VIH Y prevalencia O pruebas O diagnóstico” y combinaciones de los mismos (donde X = enfermedad indicadora de interés). Los registros se limitaron a los publicados después del 1 de enero de 1985 y solo en inglés. Se revisaron los abstracts de todos los resultados obtenidos y se recuperaron y se revisaron los textos completos de todas las referencias citadas a continuación. También se revisaron sistemáticamente, de haberlos, los abstracts enviados a las conferencias médicas de la British HIV Association y la European AIDS Clinical Society (en general a partir de 2005) para obtener datos relevantes.

Enfermedades indicadoras para la realización rutinaria de la prueba del VIH	Prevalencia del VIH	Referencias
Infecciones de transmisión sexual	4,06%	[17]
Linfoma maligno	0,29 – 2,9%	[17; 52; 53]
Cáncer/displasia anal/cervical	0,37 – 1,6%	[17; 54; 55; 56; 57]
Herpes zóster	2,89%	[17; 58; 59]
Hepatitis B o C (aguda o crónica)	0,36 – 5,7%	[17; 60]
Hepatitis C	8 - 59%	[44; 61]
Enfermedad de tipo mononucleosis	3,85% 7%	[17; 62; 63; 64]
Leucocitopenia/trombocitopenia idiopática que dure >4 semanas	3,19%	[17]
Dermatitis seborreica/exantema	2,06%	[17]
Enfermedad neumocócica invasiva	2,4 - 4%	[65; 66]
Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)	0,76%	[67]
Candidemia	6 - 23%	[68; 69]
Fiebre idiopática	3%	[70]
Leishmaniasis visceral		[71; 72]
Psoriasis		[73]
Síndrome de Guillain Barré/AIDP		[74; 75; 76]
Cáncer de pulmón primario		Sin datos
Meningitis linfocítica		Sin datos
Leucopenia vellosa oral		
Mononeuritis múltiple		Sin datos
Demencia subcortical		Sin datos
Enfermedad de tipo esclerosis múltiple		Sin datos
Neuropatía periférica		Sin datos
Pérdida de peso injustificada		Sin datos

Enfermedades indicadoras para la realización rutinaria de la prueba del VIH	Prevalencia del VIH	Referencias
Candidiasis bucal idiopática		Sin datos
Diarrea crónica idiopática		Sin datos
Insuficiencia renal crónica idiopática		Sin datos
Hepatitis A		[77]
Gestación:		
Francia	0,34%	[78]
Grecia	0,1%	[78]
Italia	0,1 - 0,3%	[78]
Países Bajos	0,3%	[79]
Rumanía	0,2%	[80]
Escocia	0,2%	[78]
Reino Unido	0,01 - 0,26%	[78]

Apéndice 3: Herramienta de auditoría y notificación

Métodos utilizados para identificar afecciones indicadoras para la realización de la prueba del VIH



Tal y como se ha indicado, hay pocas evidencias sobre la prevalencia del VIH en enfermedades que se cree que tienen una prevalencia alta de infección por VIH no diagnosticado. Para identificar enfermedades dentro de esta categoría, han de realizarse encuestas de prevalencia del VIH en pacientes que aún no saben que están infectados por el VIH en toda Europa. Gracias al estudio HIDES (Estudio de enfermedades indicadoras de VIH en Europa), se han identificado algunas de las enfermedades con una prevalencia de VIH superior al 0,1%, que aparecen en la tabla 1, columna 2.

Para seguir identificando las enfermedades que tienen una prevalencia de VIH superior al 0,1%, es necesario ampliar el número y el tamaño de las encuestas que se elaborarán en el futuro y de las auditorías que se llevarán a cabo para que las enfermedades se consideren indicadoras, al objeto de garantizar un índice de resultados positivos alto dentro de un sistema sanitario determinado.

Como parte de la iniciativa *HIV in Europe*, se recogerá experiencia actualizada en toda Europa, que se publicará en su sitio web ([http:// www.hiveurope.eu/](http://www.hiveurope.eu/)), y las recomendaciones de la tabla 1 se modificarán en función de los resultados de encuestas futuras.

Método	Propósito	¿Cómo?
Encuestas sobre enfermedades indicadoras de VIH	Identificar la prevalencia de VIH en enfermedades indicadoras potenciales para evaluar si la enfermedad cumple el criterio mínimo de prevalencia de VIH del 0,1%	Ofrecer la prueba del VIH a pacientes que aún no saben si están infectados por el VIH y que padezcan la enfermedad estudiada
Auditorías de realización de pruebas del VIH	Evaluar las pruebas del VIH realizadas a pacientes que padecen alguna enfermedad ya clasificada como indicadora para la realización de la prueba del VIH.	Número de personas atendidas en un entorno sanitario con una enfermedad determinada y a cuántas de esas personas se les ofreció una prueba del VIH (y número de resultados positivos de pruebas del VIH)

Nuestro deseo es perfeccionar esta guía, y para ello animamos a los sistemas sanitarios (y, si no es posible, a los entornos sanitarios individuales) de toda Europa a:

- Elaborar encuestas para enfermedades que son posibles indicadores para la realización rutinaria de la prueba del VIH; en caso de que los datos sean insuficientes, considerar estas enfermedades como indicadoras para realizar la prueba como parte de la atención rutinaria.
- Empezar auditorías del alcance y los resultados de las pruebas del VIH realizadas para enfermedades incluidas en la tabla 1 (pág. 15) y consideradas por el sistema sanitario como indicadoras para la realización de una prueba del VIH.

Para obtener más información y conocer la metodología, consulte www.hiveurope.eu; también puede enviar un mensaje a hiveurope@cphiv.dk o llamar al teléfono +45 3545 5757.

Ejemplo de informe de recogida de datos online para el estudio de enfermedades indicadoras

HIDES Survey | REDCap - Windows Internet Explorer provided by RH

https://chip-uf.info/redcap/redcap_v4.8.4/DataEntry/index.php?pid=59&page=hides_enrment_cabcid=1234

Filer Rediger Vis Favoritter Funktioner Hjælp

Favoritter

HIDES Survey | REDCap

Project Setup

Project status: **Production**

Data Collection

Patient ID: **1234**

Data Collection Instruments

HIDES Enrolment

Lock all forms

Applications

- Calendar
- Data Export Tool
- Data Import Tool
- Data Comparison Tool
- Logging
- File Repository
- User Rights
- Record Locking Customization
- E-signature and Locking Mgmt
- Graphical Data View & Stats
- Data Quality
- API
- Report Builder

Reports

- test
- HIV test result
- test3
- hiv positive

Help & Information

- Help & FAQ
- Video Tutorials
- Suggest a New Feature

If you are experiencing problems, please contact your REDCap administrator

Udfærd

Adding new Patient ID: **1234**

Patient ID: 1234

Section A: Demography

Year of birth: (YYYY) * must provide value

Gender: Male Female * must provide value reset value

Ethnicity: White Asian Black Unknown * must provide value reset value

Section B: Indicator Disease

Patient presenting with: (based on treating physician's clinical or microbiological diagnosis) * must provide value

- Malignant lymphoma (irrespective of type)
- Cervical dysplasia/cancer (CIN II and above)
- Anal dysplasia/cancer
- Hepatitis B (acute or chronic - and irrespective of time of diagnosis relative to time of survey)
- Hepatitis C (acute or chronic - and irrespective of time of diagnosis relative to time of survey)
- Hepatitis B+C (acute or chronic - and irrespective of time of diagnosis relative to time of survey)
- Ongoing mononucleosis-like illness
- Unexplained leukocytopenia or thrombocytopenia lasting at least 4 weeks
- Seborrhic dermatitis/exanthema
- Pneumonia (admitted to hospital at least 24h)
- Unexplained lymphadenopathy
- Peripheral neuropathy of unknown cause (diagnosed by neurologist)
- Primary lung cancer
- Severe or recalcitrant psoriasis (newly diagnosed) * must provide value

(Only one box ticked allowed)

Section C: HIV Test Results

Previous HIV serological status (patients must NOT be known to be HIV infected at the time of survey)

Previously tested for HIV: Yes No Unknown * must provide value reset value

HIV test result: Positive Negative * must provide value reset value

Date of blood sample: Textbox YYYY

Internet 100%

Apéndice 4: Ejemplo de documento de información para el paciente

REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA DEL VIH EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA Chelsea and Westminster Hospital Foundation Trust

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES

El VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que afecta al sistema inmunitario y provoca el sida.

Actualmente, el VIH es una infección que puede tratarse con medicación. El éxito del tratamiento depende de la detección de la infección en un estadio temprano.

Algunas enfermedades afectan con más frecuencia a personas infectadas por el VIH. Estas enfermedades a veces pueden mejorarse tratando la infección por VIH.

No obstante, se desconoce la frecuencia con la que la infección por VIH afecta a las personas que padecen estas enfermedades.

En la actualidad, ofrecemos de forma rutinaria pruebas del VIH a todas las personas que padecen estas enfermedades y los animamos a someterse a la prueba para detectar la presencia de infección por VIH, tal y como recomiendan las directrices nacionales.

La alteración de las células que recubren el cuello del útero es una de estas enfermedades, y el problema podría ser más frecuente en personas infectadas por el VIH. No obstante, la gran mayoría de las mujeres con alteración de las células del cuello del útero no padecen VIH. La mayoría de las mujeres que acuden a la Unidad de Colposcopia han sido derivadas por su médico de familia debido a estas alteraciones.

Durante la colposcopia le preguntaremos si desea someterse a una prueba del VIH. Realizaremos esta prueba a partir de una muestra de saliva. Puede formular todas las preguntas que desee y no está obligada a aceptar la prueba. El hecho de rechazar la prueba del VIH no va a afectar a la atención que reciba en la Unidad de Colposcopia.

La prueba examina la presencia de anticuerpos (proteínas) en la saliva que podrían indicar si está o no infectada por el VIH. No hay VIH en la propia saliva.

La prueba del VIH en la saliva es una prueba de detección. El resultado puede ser "negativo", lo que significa que no está infectada por el VIH, o "positivo", lo que significa que es necesario realizar más pruebas para comprobar si está o no infectada por el VIH. Pediremos a todas las pacientes con un resultado "positivo" que acudan a la John Hunter Clinic at Chelsea and Westminster para someterse a más pruebas. Todas las pacientes que acepten una prueba del VIH recibirán el resultado. No se analizará la presencia de ninguna otra infección de transmisión sexual con esta prueba.

La realización de una prueba del VIH es confidencial. Si se somete a la prueba y el resultado es negativo, NO será necesario recurrir a su seguro médico.

Si cree que ha estado en riesgo de contraer la infección por el VIH en los últimos tres meses, debería someterse a la prueba hoy mismo y repetirla dentro de tres meses. Podemos encargarnos de todos los trámites.

REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA DEL VIH EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA Chelsea and Westminster Hospital Foundation Trust

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES

Recepción del resultado de la prueba

Podrá recibir el resultado de la prueba de VIH por mensaje de texto enviado a su teléfono móvil o por carta. Si elige recibir un mensaje de texto y el resultado es negativo, recibirá el siguiente mensaje:

Remitente: "Colposcopia C+W"
Mensaje: "El resultado de su prueba de saliva es negativo"

Si el resultado es positivo, o tenemos que contactar con usted por otro motivo, le llamaremos a su teléfono móvil. Ningún paciente recibirá un resultado positivo a través de un mensaje de texto.

Si elige recibir el resultado por carta, le enviaremos el resultado de la prueba del VIH junto con la carta de la Unidad de Colposcopia sobre el resto de los resultados de las pruebas realizadas hoy. Se enviará copia a su médico de familia, si fue este el que le derivó a esta unidad. Si prefiere que no enviemos el resultado de su prueba de VIH a su médico de familia, basta con que nos lo indique y no enviaremos esta parte de la carta.

Rogamos informe a la persona que le realiza la prueba de cómo le gustaría recibir el resultado. Compruebe que tenemos los datos de contacto correctos para que podamos hacerle llegar el resultado.

Si no ha recibido el resultado en el plazo de dos semanas, póngase en contacto con los asesores sanitarios de la John Hunter Clinic, indicando que se sometió a una prueba del VIH en la Unidad de Colposcopia. No dude en llamar a este número si tiene alguna duda o pregunta sobre su prueba del VIH.

John Hunter Clinic
Asesores sanitarios:(020) 8846 6155
Horario de atención telefónica:
Lunes, martes, jueves y viernes de 9.30 a 17.00 h;
miércoles de 12.30 a 17.00 h

Conserve este documento para futuras consultas.

Fecha de consulta: _/_/2011

Resultado previsto para: _/_/2011

Apéndice 5: Ejemplo de presentación de la guía. Presentada por el Dr. Keith Radcliffe en el Congreso *HIV in Europe* Copenhague 2012, marzo de 2012

Guía de *HIV in Europe* sobre la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras del VIH en adultos

Dr. Keith Radcliffe

En nombre de: *Grupo de expertos de HIV in Europe* sobre la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH a adultos

Ventajas del diagnóstico precoz del VIH

- **Ventajas para la persona infectada**
 - Terapia antirretroviral (TAR) → Reducción de la morbilidad (esperanza de vida cercana a lo normal¹)
- **Ventajas para la salud pública**
 - Reducción de las tasas de transmisión
 - Reducción de las conductas sexuales de riesgo (68%²)
 - TAR → Infecciosidad ↓ (96% en HPTN 052³)
 - Reducción de los costes de la atención sanitaria

1. May M et al. *BMJ* 2011; 343: d6016.
2. Marks G et al. *JAIDS* 2005; 39: 446-53.
3. Cohen MS et al. *N Engl J Med* 2011; 365: 493-505.

Problemas del diagnóstico tardío

- En Europa, ~50% de los casos se diagnostican tardíamente, es decir, por debajo del umbral para tratamiento de CD4 <350¹
- Más frecuente en inmigrantes varones de edad avanzada
- Menos frecuente en
 - HSH (hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres)
 - Mujeres

Se necesitan nuevos enfoques

1. Vigilancia de VIH/sida en Europa 2010. ECDC y OMS.

Obstáculos para el diagnóstico precoz

- **Paciente – *miedo a consultar***
 - Desconocimiento del riesgo
 - Negación
 - Miedo a la estigmatización y la discriminación
 - Dificultades para acceder a los servicios (en especial los inmigrantes)
- **Médico/profesional sanitario – *miedo a ofrecer la prueba***
 - Falta de conocimientos
 - Falta de confianza a la hora de preguntar sobre conductas de riesgo y ofrecer una prueba
 - Miedo a que el paciente se sienta discriminado
 - La prueba se considera engorrosa o difícil

Superar los obstáculos

- Ofrecer una prueba del VIH aceptable para los pacientes en varios entornos sanitarios; p. ej. el 83% de pacientes con afecciones médicas agudas¹
- Pero la prueba no suele ofrecerse; p. ej. solo se analizó el 43% de los casos de TB²
- Elevada variabilidad entre los profesionales sanitarios a la hora de ofrecer la prueba; p. ej. 45-88% entre médicos³
- La realización por defecto de la prueba con una opción (automática) de rechazo contribuye a incrementar las tasas de aceptación p. ej. un 96% para la detección prenatal en el Reino Unido en 2010⁴

1. Ellis S et al. *Clinical Medicine* 2011; 11: 541-3.
2. Thomas William S et al. *Int J STD & AIDS* 2011; 22: 748-50.
3. Petlo T et al. *Int J STD & AIDS* 2011; 22: 727-9.
4. National Antenatal Infections Screening Monitoring. *HPA*.

Realización de pruebas del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH

- La presencia de diagnósticos/escenarios clínicos específicos induce a ofrecer una prueba del VIH
- Una parte de una estrategia racional de realización de la prueba del VIH
- Complementa a otras directrices
 - Nacionales
 - ECDC
 - OMS

Apéndice 6: Plantilla de carta al director



HIV in Europe Working Together for Optimal Testing and Earlier Care

Secretaría de *HIV in Europe*
Programa VIH de Copenhague
Universidad de Copenhague
Facultad de Ciencias de la Salud
The Panum Institute / edificio 21.1
Blegdamsvej 3B
DK-2200 Copenhague N

Teléfono: +45 35 45 57 58
Fax: +45 35 45 57 82

E-mail: hiveurope@cphiv.dk
Web: hiveurope.eu

fecha

Asunto. Enfermedades indicadoras de VIH: guía para la realización de pruebas del VIH a adultos

Al director

En colaboración con los agentes del continente europeo y basándose en las evidencias existentes, entre ellas los resultados del estudio HIDES (Estudio de enfermedades indicadoras de VIH en Europa (<http://www.hides.eu/>), el Comité Directivo de la iniciativa *HIV in Europe* (www.hiveurope.eu/) en colaboración con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y OMS Europa ha desarrollado una guía sobre cómo implementar la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH como parte de la atención rutinaria en entornos sanitarios.

Esperamos que la revista considere la publicación del resumen ejecutivo de la guía (adjunto) para garantizar que esta importante estrategia de realización de la prueba del VIH se integra en la práctica clínica en las especialidades correspondientes.

El concepto de pruebas guiadas por enfermedades indicadoras es un enfoque a través del cual puede animarse a los profesionales de la salud a realizar la prueba del VIH a más pacientes en función de marcadores objetivos (es decir, enfermedades). En una epidemia concentrada, la realización de pruebas debería centrarse en determinados subsegmentos de la población. El objetivo del estudio HIDES consiste en definir mejor qué enfermedades tienen una prevalencia de VIH superior al 0,1%, puesto que la realización de la prueba del VIH a poblaciones con una prevalencia de VIH superior a esta ha demostrado ser rentable. Existen pocos datos sobre la prevalencia del VIH para varias enfermedades en las que la prevalencia de VIH se considera que es mayor que en la población general, y los datos recopilados en HIDES servirán de apoyo para esta guía, así como las experiencias de la implementación de encuestas de detección del VIH en presuntas enfermedades indicadoras.

Para obtener más información, póngase en contacto con la Secretaría de *HIV in Europe* en hiveurope@cphiv.dk. El documento íntegro puede descargarse en www.hiveurope.eu

Atentamente,

Referencias bibliográficas

1. ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010, noviembre de 2011
2. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. HIV prevention in Europe: action, needs and challenges; 2–3 de octubre de 2006; Estocolmo, Suecia.
3. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia global del SIDA 2010 http://www.unaids.org/GlobalReport/Global_report.htm
4. Grzeszczuk A, Dusza M, Pyztiak-Kowalska K, Kubicka J, Mularska E, Kalinowska-Nowak A, Jabłonowska E, Barańkiewicz G, Bander D, Jadwiga G, Mikuta T, Podlasiński RB. Newly diagnosed HIV infection in Poland in 2006–2008 - late versus early presentation; AIDS care, under peer revision
5. Bander, D, Leszczyszyn-Pynka, M, Boroń-Kaczmarek, A. Late AIDS diagnosis in patients hospitalized in Clinic of Infectious Diseases and Hepatology PAM in years 2003–2007. Przegląd Epidemiologiczny 2009, 63(1): 61–66.
6. Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV infected populations in Europe. HIV Med 2008; 9: 6–12.
7. Antinori A, Coenen T, Costagliola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell M, Girardi E, Johnson M, Kirk O, Lundgren J, Mocroft A, D’Arminio Monforte A, Phillips A, Raben D, Rockstroh JK, Sabin C, Sönnnerborg A, De Wolf F para el grupo de trabajo European Late Presenter Consensus. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. DOI: 10.1111/j.1468- 1293.2010.00857.x. HIV Medicine (2010)
8. Nakagawa F, Lodwick RK, Smith CJ, Smith R, Cambiano V, Lundgren J, Delpech V, Phillips AN. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. AIDS. 2012 Jan 28; 26(3): 335–43.
9. Sabin CA, Schwenk A, Johnson MA, Gazzard B, Fisher M, Walsh J, et al. Late diagnosis in the HAART era: proposed common definitions and associations with mortality. AIDS 2010; 24: 723–7.
10. Chadborn TR, Baster K, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Rice BD, et al. No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die? England and Wales, 1993–2002. AIDS 2005; 19: 513–20.
11. Fisher M. Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities. Curr Opin Infect Dis 2008; 21: 1–3.
12. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. Antiviral Ther 2007; 12: 89–96.
13. Egger M, May M, Chêne G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, Costagliola D, D’Arminio Monforte A, De Wolf F, Reiss P, Lundgren JD, Justice AC, Staszewski S, Leport C, Hogg RS, Sabin CA, Gill MJ, Salzberger B, Sterne JA. ART Cohort Collaboration. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. Lancet. 2002 Jul 13; 360(9327): 119–29.
14. Schackman BR, Freedberg KA, Weinstein MC, et al. Cost-effectiveness implications of the timing of antiretroviral therapy in HIV-infected adults. Arch Intern Med 2002; 162: 2478–86
15. 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 Jun 26; 20(10): 1447–50.
16. Hall HI, Holtgrave DR, Mautsby C. AIDS 2012 HIV Transmission Rates from persons living with HIV who are aware and unaware of their infection, United States.
17. Sullivan, A en nombre del HIDES Study Group, HIDES (HIV indicator diseases across Europe study): results from the pilot phase, presented at the EACS Conference, Belgrado, octubre de 2011. Manuscrito en preparación.

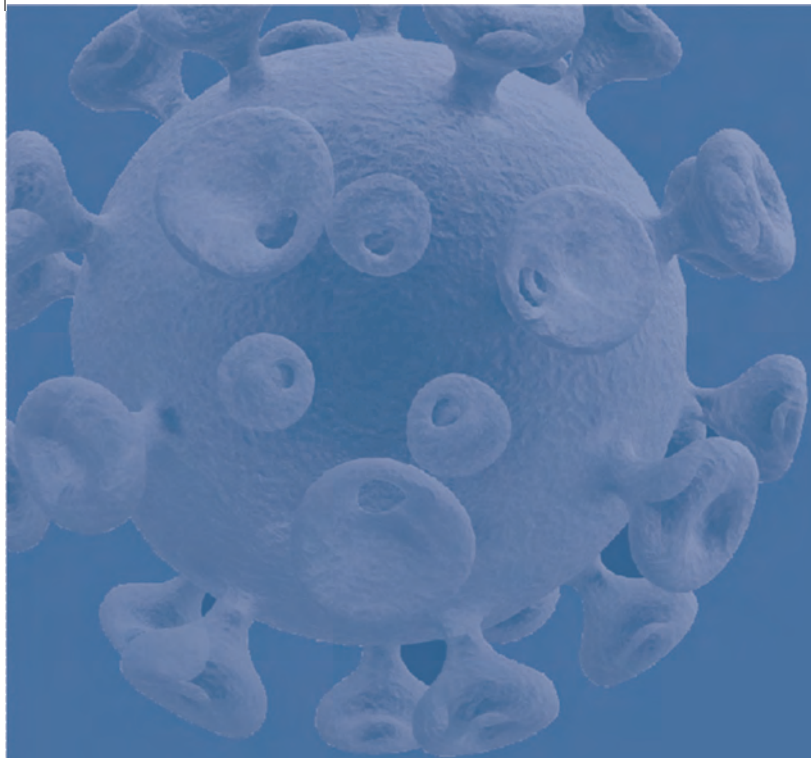
18. Baggaley R. HIV for non-HIV specialists, Diagnosing the undiagnosed. 2008 http://www.medfash.org.uk/publications/documents/HIV_for_non_HIV_specialists.pdf
19. Chen JY, Tian H, Dahlin-Lee E, Everhard F and Mayer K. HIV Testing and Monitoring in Privately Insured Members Recently Diagnosed with Potential AIDS Defining Events, CROI, 2009, poster 1044 <http://retroconference.org/2009/PDFs/1044.pdf>
20. CDC guidelines Centers for Disease Control and Prevention Revised recommendations for HIV of adults, adolescents and pregnant women in health care settings. Morbid Mortal Weekly Rep 2006; 50: 1-16.
21. Gazzard B et al. Indicator diseases-guided testing for HIV – the next step for Europe? HIV Medicine (2008) 9 (Suppl. 2): 34-40.
22. WHO Policy framework (2010) Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region.
23. Rayment M, Thornton A, Mandalia S, Elam G, Atkins M, et al. (2012) HIV Testing in Non-Traditional Settings – The HINTS Study: A Multi-Centre Observational Study of Feasibility and Acceptability. PLoS ONE 7(6): e39530. doi:10.1371/ journal.pone.0039530
24. UK Testing Guidelines 2008 <http://www.bhiva.org/HIVTesting2008.aspx>
25. WHO Handbook for improving HIV testing and counselling services http://www.who.int/hiv/pub/vct/97892415_00463/en/index.html
26. Sabin M, Lo YR. Progress in providing HIV testing and counseling in health facilities: WHO/UNAIDS guidance. JAMA 2010 Jul 21; 304(3): 342-3. No hay abstract disponible. Fe de erratas en: JAMA 2010 Aug 4; 304(5): 525
27. Bayer R, Edington C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. J Health Polit Policy Law. 2009 Jun; 34(3): 301-23.
28. WHO guidelines HIV (2010) <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>
29. ECDC guidance (2010) HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDCDispForm.aspx?ID=588>
30. WHO MSM treatment guidelines: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/
31. Mimiaga MJ, Johnson CV, Reisner SL, Vanderwarker R, Mayer KH. Barriers to routine HIV testing among Massachusetts community health center personnel. Public health reports (Washington, DC : 1974). 2011; 126(5): 643-52. Epub 2011/09/03.
32. Christopoulos KA, Koester K, Weiser S, Lane T, Myers JJ, Morin SF. A comparative evaluation of the process of developing and implementing an emergency department HIV testing program. Implementation Science : IS. 2011; 6: 30. Epub 2011/04/01.
33. Comunicación personal de Ole Kirk.
34. START - Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment – version 2.0 <http://insight.cabr.umn.edu/start/>
35. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, Kennedy CE, Sweat MD. HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990-2005. AIDS Behav. 2008 May; 12(3): 363-73. Epub 2007 Dec 27.
36. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. N Engl J Med 2005; 352(6): 586-95.
37. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. N Engl J Med 2005; 352(6): 570-85.
38. Walensky RP, Losina E, Malatesta L, et al. Effective HIV case identification through routine HIV screening at urgent care centers in Massachusetts. Am J Public Health 2005; 95(1), 71-3.
39. Prabhu VS, Farnham PG, Hutchinson AB, et al. Cost-effectiveness of HIV screening in STD clinics, emergency departments, and inpatient units: a model-based analysis. PLoS One 6(5), E19936 (2011).
40. Shrestha RK, Clark HA, Sansom SL, et al. Cost-effectiveness of finding new HIV diagnoses using rapid HIV testing in community-based organizations. Public Health Rep 2008; 123 (Suppl. 3): 94-100.
41. Varghese B, Peterman TA. Cost-effectiveness of HIV counseling and testing in US prisons. J Urban Health 2001; 78(2): 304-12.

42. Shrestha RK, Sansom SL, Richardson-Moore A, et al. Costs of voluntary rapid HIV testing and counseling in jails in 4 states—advancing HIV Prevention Demonstration Project, 2003–2006. *Sex Transm. Dis.* 2009; 36 (Suppl. 2): S5–8.
43. Walensky RP, Weinstein MC, Smith HE, Freedberg KA, Paltiel AD. Optimal allocation of testing dollars: the example of HIV counseling, testing, and referral. *Med. Decis. Making* 2005; 25(3): 321–9.
44. Bini EJ, Currie SL, Shen H, Bräu N, Schmidt W, Anand BS, et al; VA HCV-001 Study Group National multicenter study of HIV testing and HIV seropositivity in patients with chronic hepatitis C virus infection. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 732–9.
45. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, Pillonel J, Poullié AI, Scemama O, Deuffic-Burban S, Losina E, Walensky RP, Freedberg KA, Paltiel AD. Routine HIV screening in France: clinical impact and costeffectiveness. *PLoS One* 2010 Oct 1 ;5(10): e13132.
46. AETC National Resource Center. HIV Classification: CDC and WHO Stage Systems http://www.aidsetc.org/aidsetc?page=print&build=print&pf=http%3A%2F%2Fwww.aidsetc.org%2Faidsetc%3Fpage%3Dcg-205_hiv_classification
47. WHO HTC quality improvement handbook (2010) [http:// www.aidstarone.com/sites/default/files/who_pitc_handbook.pdf](http://www.aidstarone.com/sites/default/files/who_pitc_handbook.pdf)
48. ECDC Guidance: Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs (2011). http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=757
49. EMCDDA: Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users (2010). <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines>
50. García-Rodríguez JA, Martín Sánchez AM, Canut Blasco A, García Luis EJ, Luna Rodrigo G. Incidence of *Cryptosporidium* sp. in patients treated in a general hospital. Technics for the identification of oocysts in feces. *Med Clin (Barcelona)* 1989; 93: 164–8 [Artículo en español].
51. AIDSInfo. Base de datos de AIDSinfo, ONUSIDA, 2011. Accesible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>
52. Buxton JK, Davidson KL, Davies JM, Scott FM, Tucker J. South East Scotland experience of HIV testing in patients newly diagnosed with lymphoma. *J R Coll Physicians Edinb* 2011 Sep;41(3): 284.
53. Cave J, Edwards SG, Miller RF, Ardeschna KM, Lee SM. Should we implement 'opt-out' HIV testing for patients with lymphoma? *Clin Med* 2009 Aug; 9(4): 320-2.
54. Briggs A, Partridge DG, Bates S. HIV testing in colposcopy and termination of pregnancy services: a missed opportunity? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011 Oct; 37(4): 201-3. Epub 2011 Aug 11.
55. Calkins A, Stehman FB, Bundy B, Benda JA, Mannel RS, Seago P, Cappuccini F, Alvarez RD, Monk BJ, Maiman M. Human immunodeficiency virus testing in patients with invasive cervical carcinoma: a prospective trial of the gynecologic oncology group. *Int J Gynecol Cancer* 2006 MarApr; 16(2): 660-3.
56. Kietpeerakool C. Human immunodeficiency virus infection in women undergoing treatment for cervical neoplasia: prevalence and the feasibility of routine screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008 Jan-Mar; 9(1): 36-8.
57. Dhairyawan R, Millett D, Creighton S. Routine HIV testing in colposcopy. *HIV Medicine* 2010; 12 (Suppl. 1): 14–86 (Poster 138).
58. Naveen KN, Tophakane RS, Hanumanthayya K, Pv B, Pai VV. A study of HIV seropositivity with various clinical manifestation of herpes zoster among patients from Karnataka, India. *Dermatol Online J* 2011 Dec 15; 17(12): 3.
59. Sharvadze L, Tsertsvadze T, Gochitashvili N, Stvilia K, Dolmazashvili E. HIV prevalence among high risk behavior group persons with herpes zoster infection. *Georgian Med News* 2006 Mar; (132): 60-4.
60. Perera S, Lallemand C, Gilleece Y and Verma S, HIV testing in patients with hepatitis B and/or C. *HIV Medicine* 2011; 12 (Suppl. 1): 14–86 (Poster 83).
61. Cacoub P, Renou C, Rosenthal E, Cohen P, Loury I, Loustaud-Ratti V, et al. Extrahepatic manifestations associated with hepatitis C virus infection. A prospective multicenter study of 321 patients. The GERMIVIC. Groupe d'Étude et de Recherche en Médecine Interne et Maladies Infectieuses sur le Virus de l'Hépatite C. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79: 47–56.

62. Bottieau E, Clerinx J, Van den Enden E, Van Esbroeck M, Colebunders R, Van Gompel A, et al. Infectious mononucleosis-like syndromes in febrile travelers returning from the tropics. *J Travel Med* 2006; 13: 191–7.
63. Coco A, Kleinhans E. Prevalence of primary HIV infection in symptomatic ambulatory patients. *Ann Fam Med* 2005 Sep-Oct; 3(5): 400-4.
64. Hsu D, Ruf M, O’Shea S, Costelloe S, Peck J, Tong C. Diagnosing HIV infection in patients presenting with glandular fever-like illness in primary care: are we missing primary HIV infection? *HIV Med.* 2012 May 11. doi: 10.1111/j.1468- 1293.2012.01023.x
65. Yin Z, Rice BD, Waight P, Miller E, George R, Brown AE, Smith RD, Slack M, Delpech VC. Invasive pneumococcal disease among HIV-positive individuals, 2000-2009. *AIDS* 2012 Jan 2; 26(1): 87-94.
66. Papineni P, Rampling T, Klein J; HIV testing in patients with *Streptococcus pneumoniae* bacteraemia. *HIV Medicine* 2012; 13 (Suppl. 1): 13–85 (Poster P156).
67. Falguera M, Martín M, Ruiz-González A, Pifarré R, García M. Community-acquired pneumonia as the initial manifestation of serious underlying diseases. *Am J Med* 2005 Apr; 118(4): 378-83.
68. Tortorano AM, Biraghi E, Astolfi A, Ossi C, Tejada M, Farina C, et al; FIMUA Candidemia Study Group. European Confederation of Medical Mycology (ECMM) prospective survey of candidaemia: report from one Italian region. *J Hosp Infect* 2002; 51: 297–304.
69. Tortorano AM, Rigoni AL, Biraghi E, Prigitano A, Viviani MA; FIMUA-ECMM Candidaemia Study Group. The European Confederation of Medical Mycology (ECMM) survey of Candidaemia in Italy: antifungal susceptibility patterns of 261 non-albicans *Candida* isolates from blood. *J Antimicrob Chemother* 2003; 52: 679–82.
70. Doherty JF, Grant AD, Bryceson AD. Fever as the presenting complaint of travellers returning from the tropics. *QJM* 1995; 88: 277–81.
71. Pintado V, Martín-Rabadán P, Rivera ML, Moreno S, Bouza E. Visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV-infected patients. A comparative study. *Medicine (Baltimore)* 2001 Jan; 80(1): 54-73.
72. OMS. 1997. Leishmania/HIV co-infection. Epidemiological analysis of 692 retrospective cases. *Wkly Epidemiol Rec* 72: 49-54
73. Morar N, Willis-Owen SA, Maurer T, Bunker CB. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. *Lancet Infect Dis* 2010 Jul; 10(7): 470-8.
74. Howlett WP, Vedeler CA, Nyland H, Aarli JA. Guillain-Barré syndrome in northern Tanzania: a comparison of epidemiological and clinical findings with western Norway. *Acta Neurol Scand* 1996 Jan; 93(1): 44-9.
75. Millogo A, Sawadogo A, Lankoandé D, Sawadogo AB. [Guillain-Barré syndrome in HIV-infected patients at Bobo-Dioulasso Hospital (Burkina Faso)]. [Article in French]. *Rev Neurol (Paris)* 2004 May; 160(5 Pt 1): 559-62.
76. Thornton CA, Latif AS, Emmanuel JC. Guillain-Barré syndrome associated with human immunodeficiency virus infection in Zimbabwe. *Neurology.* 1991 Jun; 41(6): 812-5.
77. Søgaard OS, Lohse N, Østergaard L, Kronborg G, Røge B, Gerstoft J, Sørensen HT, Obel N. and risk Morbidity of sub sequent diagnosis of HIV: a population based case control study identifying indicator diseases for HIV infection. *PLoS One* 2012; 7(3): e32538. Epub 2012 Mar 5.
78. Hudson C, Bergenstrom A, Bell E, McCann E, Sherr L. The dilemma of antenatal HIV testing: what goes on in the European Community? *J Roy Soc Med* 1999; 92: 273–6.
79. Cocu M, Thorne C, Mătuşa R, Tica V, Florea C, Asandi S, Giacquinto C. Mother-to-child transmission of HIV infection in Romania: results from an education and prevention programme. *AIDS Care* 2005; 17: 76–84
80. Simpson W, Johnstone F, Goldberg D, Gormley S, Hart G. Antenatal HIV testing: assessment of a routine voluntary approach. *Br Med J* 1999; 318: 1660–1.

Notas







HIV in Europe
Working Together for Optimal
Testing and Earlier Care

www.hiveurope.eu

Secretería de *HIV in Europe*

Copenhagen HIV Programme

ISIM, The Panum Institute, Building 21.1 Blegdamsvej 3b

2200 Copenhagen, Dinamarca

Teléfono: +45 35 45 57 82

Fax: +45 36 47 33 40

hiveurope@cphiv.dk

www.hiveurope.eu

La guía puede descargarse gratuitamente en

www.hiveurope.eu

Secretaría Técnica de la Plataforma VIH en España

Weber Shandwick

Paseo de la Castellana 135. Planta 11.

28046 Madrid

Teléfono: 91 745 86 00

Con la colaboración de:



PLATAFORMA VIH EN ESPAÑA

Con el patrocinio de:



GILEAD

Con el aval científico de:



Red Española de
Investigación en SIDA (RIS)



GeSIDA
Grupo de Estudio del SIDA-SEIMAC



seisida
SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA