

# COMENTARIO EDITORIAL: ¿Llegó la hora del rastreo del virus de la inmunodeficiencia adquirida en la población general?

Ciapponi A, Augustovski F\*

## Resumen

En el presente editorial se repasan las recientes recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades de EE.UU. en cuanto a la ampliación de las indicaciones de rastreo del virus de inmunodeficiencia humana en la población general y otros subgrupos. Se enumeran también las justificaciones de las mismas, así como su costo-efectividad reportada en estudios de países desarrollados. Se considera la viabilidad y factibilidad de la extrapolación de las recomendaciones a países como los nuestros.

Ciapponi A, Augustovski F. ¿Llegó la hora del rastreo de VIH en la población general? Evid. actual. pract. ambul. 9(6); 162-164 Nov-Dic.2006.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) constituye sin dudas uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad en el mundo por su enorme impacto de morbimortalidad. Según datos del 2001, hay más de dos millones y medio de muertes por el VIH a nivel mundial, y se pierden más de 75 millones de años ajustados por discapacidad. Más de 42 millones de personas se encuentran hoy infectadas por el virus en el mundo siendo la segunda causa de mortalidad de origen infeccioso, luego de las infecciones respiratorias.<sup>2</sup>

El tratamiento ha mejorado rotundamente las tasas de supervivencia, especialmente desde la introducción de terapia de antiretroviral altamente activa (cuya sigla en inglés es HAART) hace algo más de una década.<sup>3</sup>

Se reconoce que la amplia disponibilidad del tratamiento antirretroviral ha sido un condicionante fundamental de la retracción de la epidemia en el mundo desarrollado, debido al tratamiento y prevención. Sin embargo la epidemia continúa avanzando en los países en vías de desarrollo incluso en aquellos donde el acceso a la medicación antirretroviral está garantizado por ley. La insuficiencia de las estrategias de prevención y la dificultad en la implementación de los programas de detección precoz de la infección seguramente también contribuyen a esta realidad.<sup>1</sup>

La Fuerza de tareas Preventivas de los EE.UU. (sigla en inglés: USPSTF) mantiene a la fecha las recomendaciones de julio de 2005 en cuanto al rastreo de personas con VIH<sup>4</sup>:

### - **Recomienda evaluar universalmente conductas de riesgo y si las hay, consejo pretest seguido de rastreo (Recomendación A)**

Hay buena evidencia de que la prueba (estándar o la rápida aprobada por la FDA) detectan VIH con precisión. Hay buena evidencia de que el tratamiento oportuno con el régimen HAART mejora los resultados de salud de los rastreados incluyendo menor progresión y mortalidad. Los daños potenciales por falsos positivos son ansiedad, etiquetamiento y efectos en las personas cercanas, pero dado que los falsos positivos son raros los daños del rastreo son mínimos. La mayoría de los efectos adversos del HAART, como trastornos metabólicos, pueden ser corregidos modificando el esquema o con tratamiento apropiado. Por todo esto concluye que los beneficios de rastrear a individuos de riesgo superan sustancialmente los daños potenciales.

### - **Recomienda el rastreo en embarazadas (Recomendación A)**

Hay buena evidencia para rastrear a embarazadas y aceptable de que el consejo prenatal universal y prueba (estándar o rápida) voluntaria, incrementa el número de mujeres diagnosticadas y tratadas antes del parto. Hay buena evidencia de que régimen HAART es aceptado por las embarazadas y de que reduce significativamente la tasa de transmisión madre-hijo sin evidencias de anomalías o problemas materno-fetales (con la excepción del efavirenz). La detección temprana permite discutir la indicación de cesárea electiva y de evitar la lactancia materna para reducir la tasa de transmisión de VIH. Por todo esto concluye que los beneficios de rastrear a toda mujer embarazada superan sustancialmente los daños potenciales.

### - **No recomienda (pero es opcional) el rastreo en personas de bajo riesgo (Recomendación C)**

Hay aceptable evidencia de que el rastreo de adolescentes y adultos sin riesgo para VIH puede detectar casos adicionales y buena evidencia de que intervenciones oportunas, especialmente el HAART, mejorarían los resultados en salud. Sin embargo el rédito de rastrear personas sin riesgo, es bajo y existen daños potenciales ya mencionados. Los beneficios de rastrear de adolescentes y adultos sin riesgo para VIH son muy pequeños en relación al daño potencial como para justificar una recomendación general.

Sin embargo, en septiembre de 2006 el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de EE.UU. publicó un informe actualizando las guías previas<sup>5</sup> en el que recomienda la prueba de VIH optativa de todo adolescente y adulto como parte del control de salud rutinario.

Los objetivos de estas recomendaciones fueron los de incrementar el rastreo de VIH de mujeres embarazadas y otros pacientes de ámbitos de atención sanitaria, una detección más temprana de la infección de VIH, identificar, aconsejar y tratar a personas con la infección de VIH desconocida para reducir la transmisión perinatal de VIH. Estas recomendaciones para la prueba de VIH están dirigidas para ser aplicadas por todos los profesionales de la salud, incluyendo los de atención primaria.

Las recomendaciones no modifican las guías existentes con respecto al asesoramiento (o consejo pre-prueba) de VIH, la prueba a personas de alto riesgo para VIH que solicitan o reciben la prueba de VIH en ámbitos no clínicos, como organizaciones comunitarias o de servicio social.

Para incrementar el diagnóstico de la infección por VIH, es importante no estigmatizar el proceso de prueba e integrar el cuidado clínico con la prevención, asegurando el acceso inmediato de las personas con VIH recién identificadas a un cuidado adecuado de salud. Es probable que más pacientes acepten hacerse la prueba de VIH si es ofrecida periódicamente a todos, sin previa valoración de riesgo.

Comparado con las guías previas, estas recomendaciones contienen algunos cambios muy importantes.

- La recomendación optativa de la prueba de VIH en todos los ámbitos de atención sanitaria, implica que el paciente es notificado de que se solicitará la prueba a menos que se oponga.
- Las personas de alto riesgo para la infección de VIH deben ser rastreados para VIH por lo menos anualmente.
- El consentimiento general para la atención médica debería ser considerado también suficiente consentimiento para la prueba de VIH, sin necesidad del consentimiento escrito.
- En ámbitos de atención sanitaria, el asesoramiento o consejo pre-pruebano no debe ser requerido como parte de programas de rastreo de VIH.

Estas recomendaciones modificadas del CDC propugnan el rastreo rutinario y voluntario de VIH como un componente normal de la consulta médica, similar a buscar otras afecciones curables.

\* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

El rastreo es una herramienta básica de salud pública utilizada para identificar las condiciones de salud no reconocidas de manera de brindar tratamiento antes de que se desarrollen los síntomas y, para las enfermedades transmisibles, poder así ser reducir la probabilidad de la transmisión.

La infección de VIH cumple todos criterios aceptados para justificar el rastreo:

1. Es una seria afección de salud que afecta significativamente la calidad y cantidad de vida
2. Puede ser diagnosticada y tratada en etapa asintomática ya que la misma es prolongada
3. El VIH puede ser diagnosticado por métodos de rastreo confiables, económicos y no invasivos en general aceptados por los pacientes. La prueba usual para diagnosticar la infección (enzimoinmunoensayo repetidamente reactivo seguido por prueba confirmatoria de western blot o inmunofluorescencia, es muy preciso, con una sensibilidad y especificidad mayor a 99%). La prueba rápida (10 a 30 minutos) es también muy exacta.
4. El tratamiento temprano (en la etapa asintomática con menos de 200 CD4/mm<sup>3</sup>) es mejor que en la etapa de diagnóstico habitual (o sintomática).<sup>6,7</sup>
5. El daño de la intervención (rastreo y tratamiento), aunque no despreciable<sup>8</sup>, es menor que el manejo usual. De hecho los pacientes pueden ganar años vida si el tratamiento es empezado tempranamente
6. Los costos del rastreo parecen razonables comparados con los beneficios.

Para mujeres embarazadas, el rastreo optativo de VIH debe incluir la rutina de las pruebas prenatales y el consentimiento escrito para la prueba de VIH no debería ser requerido. La mayor vigilancia para la infección de VIH entre mujeres embarazadas redujo 95 % la incidencia de la transmisión de VIH vertical entre 1992 y 2004. En regiones de alta incidencia de VIH entre mujeres embarazadas, se recomienda la repetición del rastreo en el tercer trimestre.

Estas recomendaciones son aplicables a adolescentes, aunque temas como la confidencialidad y la participación de los padres hacen que la intervención en este grupo etario sea más delicada.

**Cuadro. Rasgos salientes de las nuevas recomendaciones del CDC**

- La prueba de VIH debiera ser ofrecida como una parte del cuidado de salud rutinario en todos ámbitos de atención sanitaria para pacientes entre los 13 y 64 años. Los pacientes con tuberculosis o con enfermedades de transmisión sexual son particularmente buenos candidatos para el rastreo de VIH. El rastreo debe ser reconsiderado, en pacientes de poco riesgo, si la prevalencia local de la infección por VIH no diagnosticada es menor a 0,1%.
- La prueba de VIH debiera ser ofrecida anualmente a pacientes de alto riesgo, incluyendo a consumidores de drogas intravenosas y sus compañeros sexuales, personas que intercambian sexo por dinero o drogas, parejas de personas infectadas con VIH, o personas con más que 1 compañero sexual desde su última prueba de VIH.
- La prueba de VIH debiera ser considerada una parte rutinario de los rastreos en atención sanitaria. Los pacientes deben ser informados que la prueba de VIH será llevada a cabo a menos que se opongan, sin necesidad de un consentimiento especial para la prueba de VIH. Las mujeres embarazadas tienen prioridad especial para el rastreo, y deberíamos analizar las razones de las que mujeres embarazadas que declinan efectuarse el rastreo.
- La prueba de VIH debe ser llevado a cabo en mujeres embarazadas tan temprano como sea posible en el embarazo. Entre mujeres de alto riesgo debe realizarse una segunda, ideal-

mente antes de la semanas 36 de gestación.

- Si una mujer con estado de VIH desconocido entra en trabajo de parto, debe realizarse una prueba rápida de VIH y debe ser administrado el tratamiento apropiado. No es imprescindible una prueba confirmatoria en esta situación.
- La prueba rápida de VIH también podría ser beneficiosa en poblaciones para las que el reporte de los resultados podría ser difícil.
- Todos los casos confirmados de VIH y SIDA son de denuncia obligatoria.
- Los padres deben estar involucrados en el proceso de consentimiento de la prueba de VIH en adolescentes de ser posible.
- Muchas personas en alto riesgo no concurren acceden regularmente al sistema de salud. Deben considerarse intervenciones comunitarias que fomenten el rastreo de VIH entre estas poblaciones.

**Conclusiones**

Aunque comenzar a tratar pacientes con VIH ocasiona costos considerables, también provoca beneficios de sobrevida que pueden justificar los costos adicionales. Incluso si solamente una limitada cantidad de pacientes VIH positivos recibieran cuidados, los beneficios de sobrevida en relación a la inversión en recursos parecieran justificar su recomendación en algunos países.

Sin embargo como cualquier estrategia de rastreo como una política sanitaria, es esencial que cualquier sistema de salud considere si la intervención "vale la pena", y es un uso adecuado de los escasos recursos del sistema, en relación a todos los otros usos posibles del presupuesto para poder de este modo priorizar las intervenciones.

Por desagradable que sea no podemos olvidar la metáfora de la frazada corta. Si nos cubrimos por un lado quedamos descubiertos por otro. Dicho a través de un ejemplo, vacunas como las antirotavirus o anti HPV pueden ser costo-efectivas, pero de incorporarlas al plan de vacunación nacional podrían consumir la mitad o más del presupuesto vigente.

Está claro que el rastreo para la detección y tratamiento tempranos de personas con VIH mejorará la calidad y cantidad de vida pero lo que cada estado debe definir, tras minuciosas evaluaciones económicas sanitarias, es si es una inversión eficiente frente a los otros posibles usos de los recursos.

En el caso de EE.UU, diversos estudios demostraron que el rastreo voluntario del VIH es costo-efectivo incluso en ámbitos donde la prevalencia es baja (0,1%), teniendo una costo-efectividad similar a otras estrategias establecidas de rastreo (hipertensión, cáncer de mama o colon).<sup>9,10,11</sup>

Las conclusiones de los mismos son en general conservadoras, debido a que no incorporan las importantes implicancias de los beneficios "indirectos", que se obtendrían al reducir la transmisión del virus a las parejas sexuales de la población directamente rastreada.<sup>11</sup>

Debido a importantes diferencias entre los distintos sistemas de salud, tanto en cuanto a su estructura, prácticas, y disponibilidad de recursos, es imposible extrapolar directamente los resultados de evaluaciones económicas de EE.UU a países como los nuestros.

Es deseable que se realicen estudios de costo-efectividad con datos locales para poder definir si el rastreo de VIH a la población general en nuestros países sería también un uso eficiente de los recursos disponibles, así como de su factibilidad local.

## Referencias

1. Bertozzi S, Padian S, Wegbreit J, et al. "HIV/AIDS Prevention and Treatment." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), ed. , 331-370. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-18
2. Belloso W. Virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (Primera entrega). Evid. Actual. Pract. ambul. 2005;8:21-23.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Cases of HIV Infection and Aids in the United States, 2002. HIV/AIDS Surveillance Report, Vol. 14. Accessed at [www.cdc.gov/hiv/stats/hasr1402.htm](http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr1402.htm) on 23 March, 2005.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 05-0580-A, July 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/hiv/hivrs.htm>
5. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR 55(RR-14):1-17.
6. McNaghten AD, Hanson DL, Jones JL, Dworkin MS, Ward JW. Effects of antiretroviral therapy and opportunistic illness primary chemoprophylaxis on survival after AIDS diagnosis. Adult/Adolescent Spectrum of Disease Group. AIDS 1999;13(13):1687-95.
7. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1998;338(13):853-60.
8. Belloso W. Virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (segunda entrega). Evid. actual.pract. ambul. 2005; 8:46-50.
9. Walensky RP, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Routine human immunodeficiency virus testing: an economic evaluation of current guidelines. Am J Med 2005;118:292--300
10. 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;352:586--95
11. 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;352:570--85

## INFO - EVIDENCIA

### ¿Qué es Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria?

Una publicación independiente editada cada dos meses desde 1997 por la Fundación MF, Organización sin fines de lucro dedicada a promover el desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria de la salud.

### ¿Cuál es el objetivo de Evidencia?

Contribuir a la educación continua y a la actualización de los profesionales de la salud de la región en el área de la atención ambulatoria.

### ¿Contenidos de Evidencia

- Información independiente, actualizada y resumida en forma sencilla y en castellano sobre temas relevantes de la atención ambulatoria.
- Artículos seleccionados por su calidad y relevancia clínica, resumidos y comentados críticamente por destacados profesionales del área.
- Revisiones sobre temas clínicos, epidemiológicos, sanitarios o humanísticos, de importancia para la práctica ambulatoria.
- Notas farmacológicas para la actualización rápida de temas de terapéutica clínica.
- Discusión de casos clínicos con herramientas de Medicina Basada en la Evidencia.
- Glosario de términos de epidemiología y medicina basada en la evidencia

### ¿Cómo es posible acceder a Evidencia?

Por suscripción a la edición en papel, o bien por Internet, en nuestro sitio:  
<http://www.evidencia.org>