

XII Jornadas de formación y  
sensibilización en VIH y VHC

ConVIHve  
2021



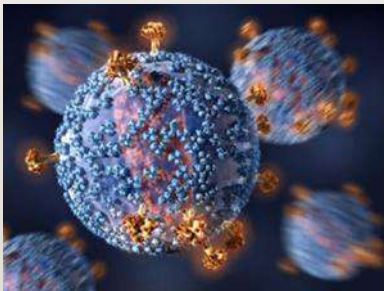
# OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL VIH

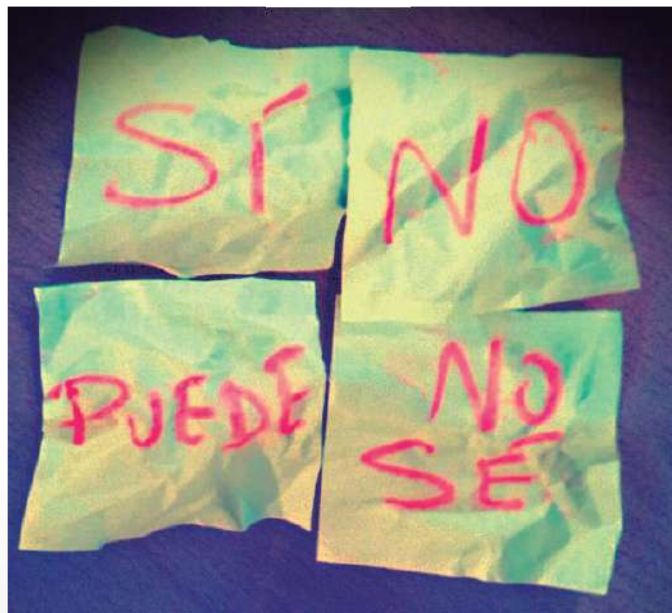
---

M JOSÉ GALINDO PUERTO

UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

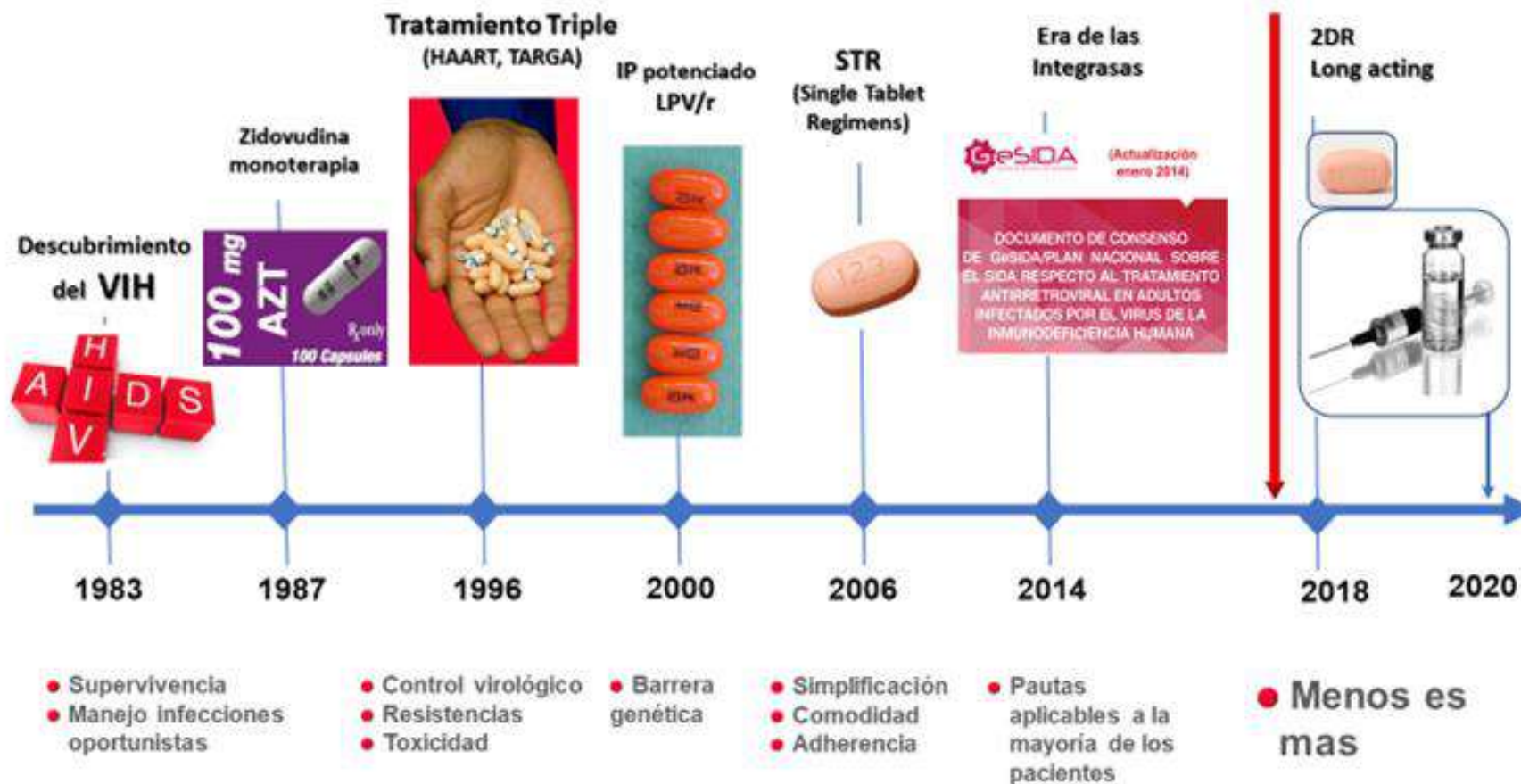
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA





¿por qué hablar  
sobre este  
tema?

# EVOLUCION DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

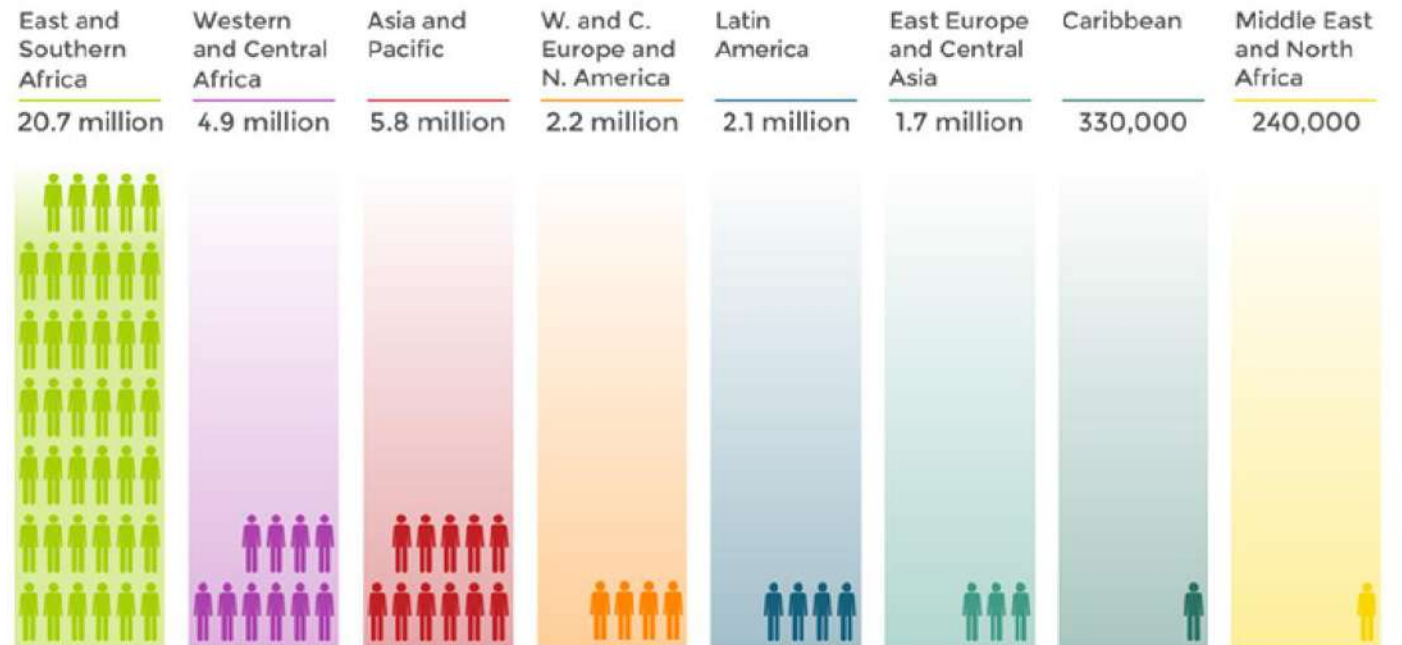


# Global HIV and AIDS statistics

38 million people are living with HIV globally  
19% don't know their status

Avert [www.avert.org](http://www.avert.org) Source: UNAIDS Data 2020

## Number of people living with HIV in 2019



Source: UNAIDS Data 2020

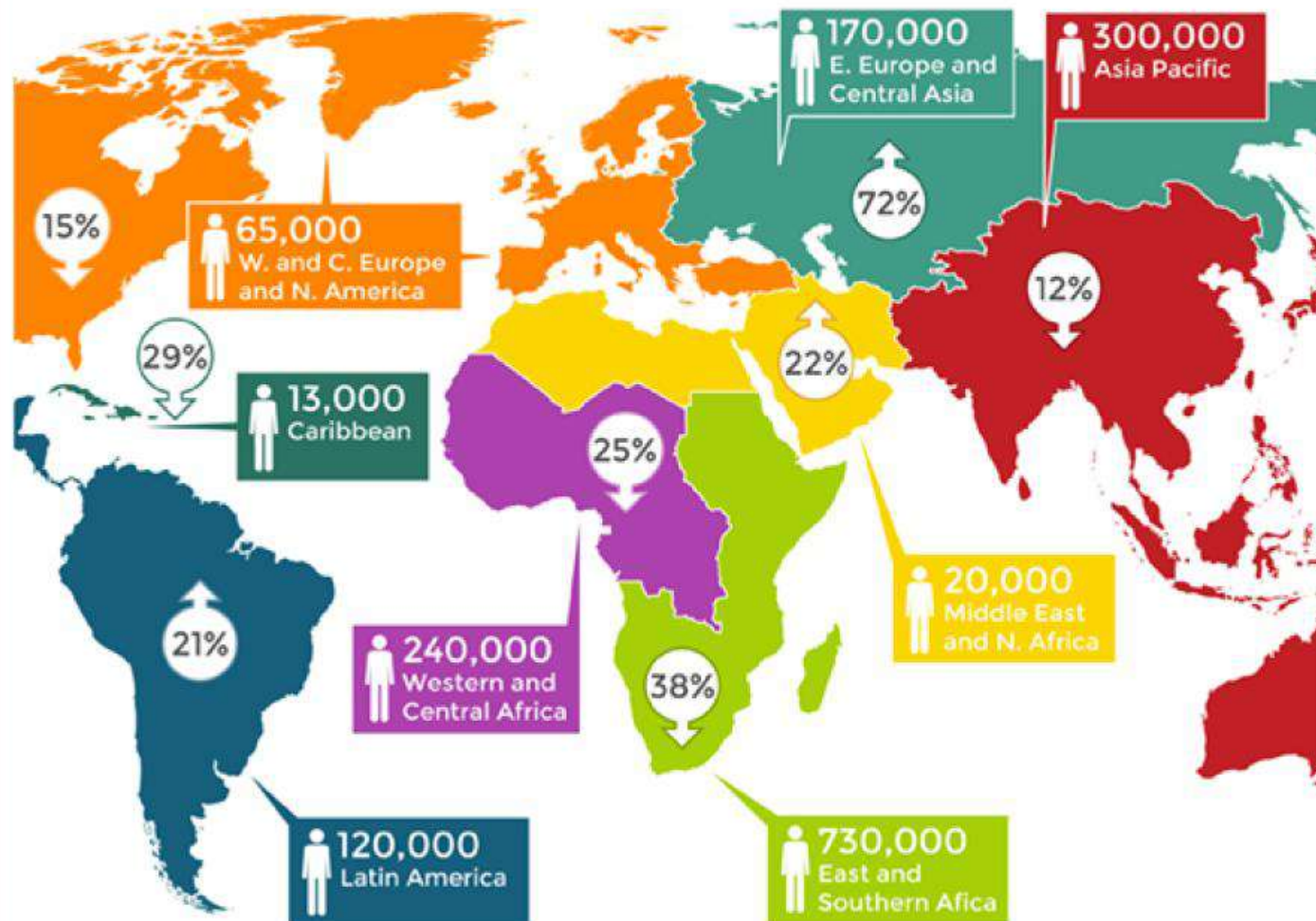
# Number of new HIV infections in 2019 and change since 2010

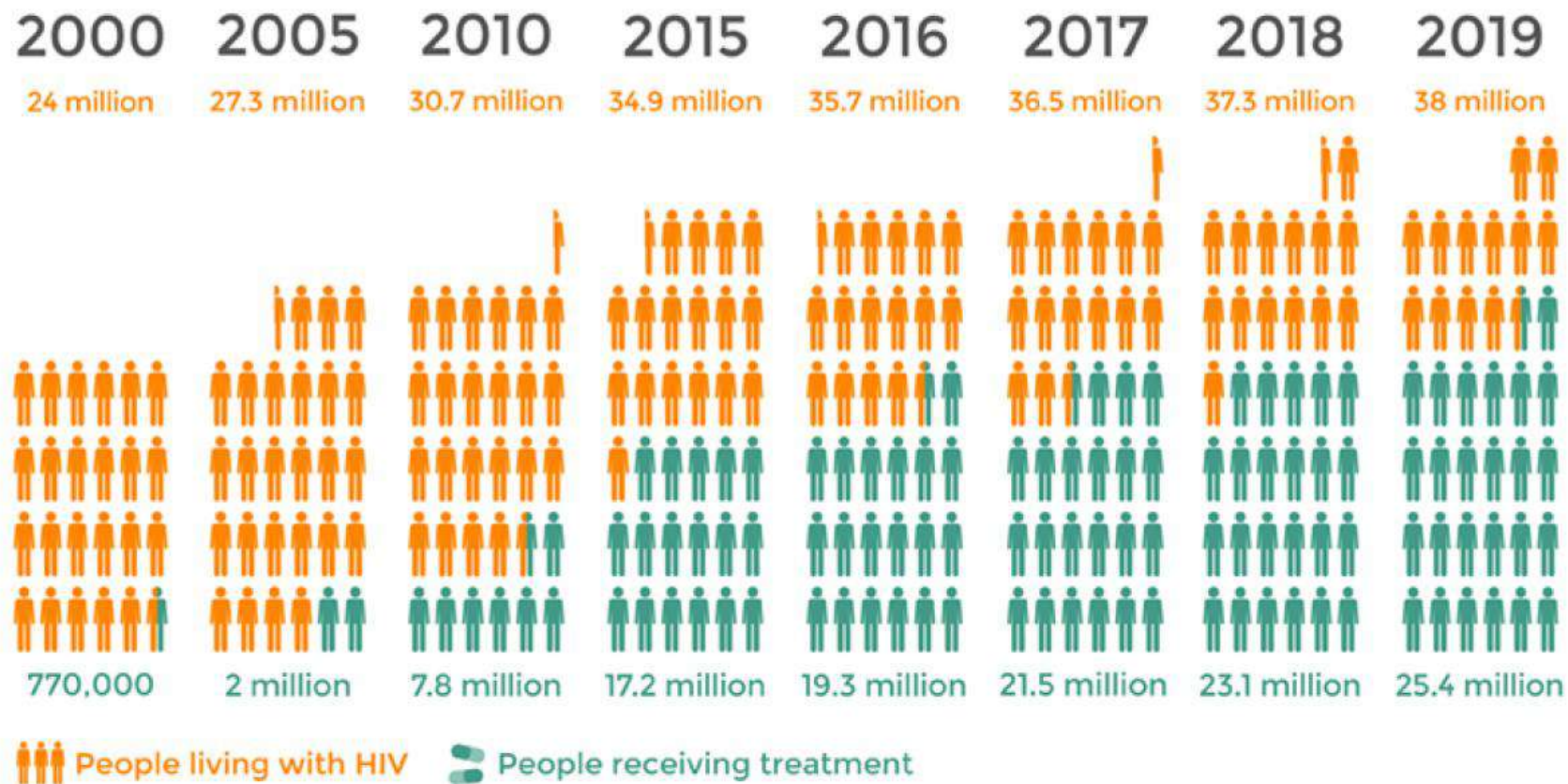
1.7 million people newly infected in 2019 globally

Decrease in number of new infections across the global population each year since 2010

23%

Source: UNAIDS Data 2020



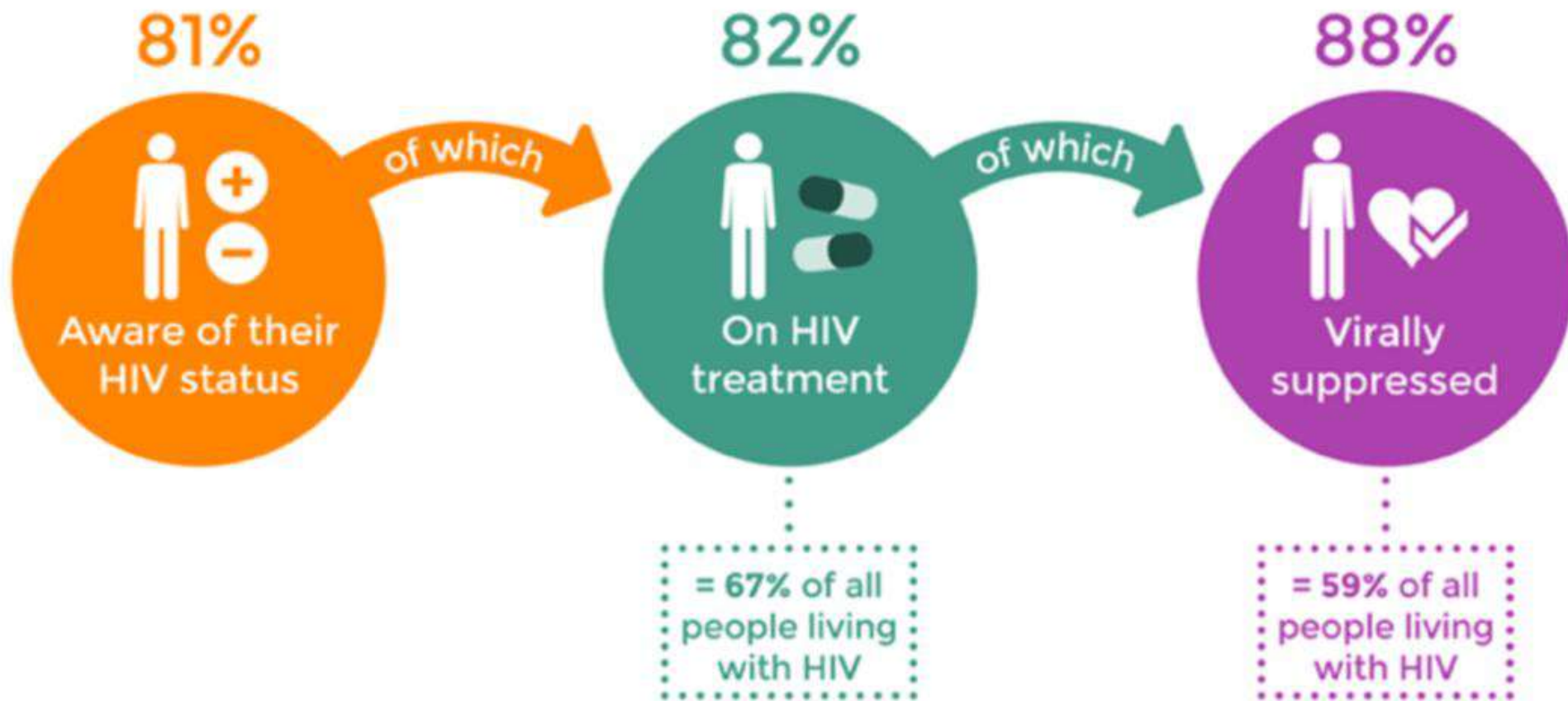


Source: UNAIDS Data 2020

**Avert** [www.avert.org](http://www.avert.org)

HIV and tuberculosis (TB)

## Global progress towards the 90 90 90 targets 2019 (all ages)



Source: UNAIDS Data 2020

# ¿QUÉ ES UNA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN SALUD?

---



- **Pérdida:** carencia o privación de lo que se poseía (salud)
- **Oportunidad:** coyuntura o conveniencia de tiempo o lugar
- **Pérdida de oportunidad en salud:** empeoramiento del pronóstico de una enfermedad como consecuencia de la demora excesiva o inadecuada en su estudio, diagnóstico y tratamiento





# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

La prueba del VIH orientada por condiciones indicadoras: oportunidades perdidas para adelantar el diagnóstico de la infección en hombres que tienen sexo con hombres



Marco Espinel<sup>a</sup>, María José Belza<sup>b,c,\*</sup>, Cristina Cabeza-de-Vaca<sup>b</sup>, Beatriz Arranz<sup>d</sup>, Juan Miguel Guerras<sup>d</sup>, Jennifer García-Soltero<sup>b</sup> y Juan Hoyos<sup>b,c</sup>

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 12/10/2018. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Introducción. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos

Julia del Amo<sup>a,b</sup> y José Antonio Pérez-Molina<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Oportunidades perdidas dentro del sistema sanitario para el diagnóstico de la infección por VIH en HSH en España: necesitamos más compromiso y más acción



Missed opportunities within the health system for the diagnosis of HIV infection in MSM in Spain: Greater commitment and action is required

Julia del Amo<sup>a,b,\*</sup> y Carlos Iniesta<sup>a,b</sup>

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 12/10/2018. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Bloque 2. Propuestas de presente y futuro

Detección temprana

Santiago Moreno<sup>a,\*</sup>, Juan Berenguer<sup>b</sup>, María José Fuster-Ruizdeapodaca<sup>c</sup> y Marisa García Ontiveros<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>c</sup>Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), Madrid, España

<sup>d</sup>Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid, España



# ASPECTOS QUE VAMOS A REVISAR

---

1. Concepto
2. Situación actual
3. Importancia y repercusiones
4. Oportunidades perdidas
5. Estrategias

# AGENDA

---



## I. Concepto

Situación actual

Importancia y repercusiones

Oportunidades perdidas

Estrategias

# Diagnóstico tardío de la infección por el VIH

Definición:

- **Diagnóstico tardío:** es el que se realiza en personas con **<350 linfocitos CD4<sup>+</sup>/μL** o con un evento clínico definitorio de sida, independientemente de cual sea la cifra de linfocitos CD4<sup>+</sup>.
- **Diagnóstico coincidente con enfermedad por el VIH avanzada:** es el que se efectúa en personas con **<200 linfocitos CD4<sup>+</sup>/μL** o junto con un acontecimiento definitorio de sida, independientemente de cual sea la cifra de linfocitos CD4<sup>+</sup>.

Johnson M et al., *Antivir Ther* 2010, 15(Suppl 1):3–8.

European Late Presenter Consensus Working Group. *HIV Medicine*, 2011; 12:61-64.





# AGENDA

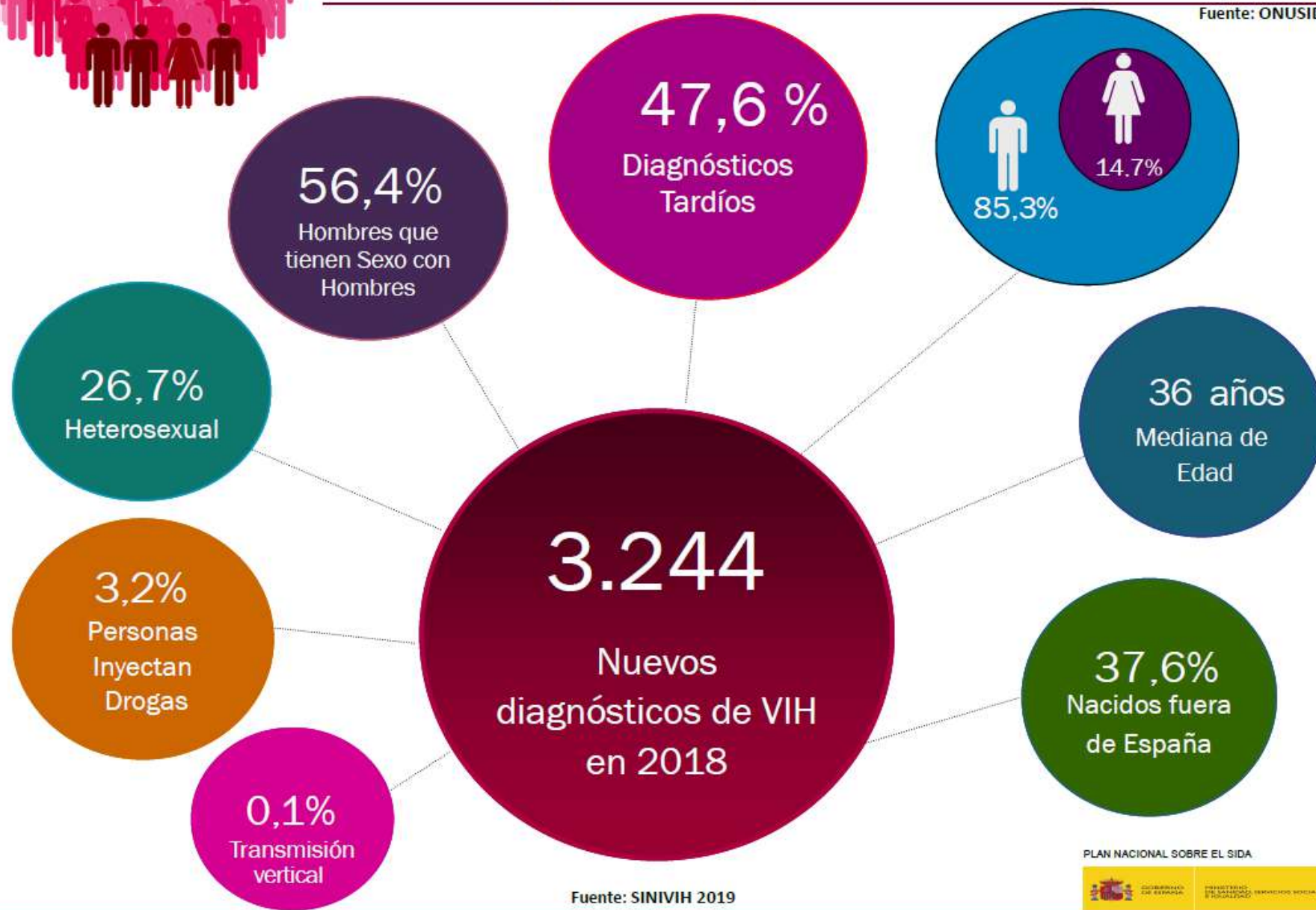
---

1. Concepto actual
2. **Situación actual**
3. Importancia y repercusiones
4. Oportunidades perdidas
5. Estrategias



## Estimación de la prevalencia de personas con el VIH en la población general 0,3%

Fuente: ONUSIDA 2019



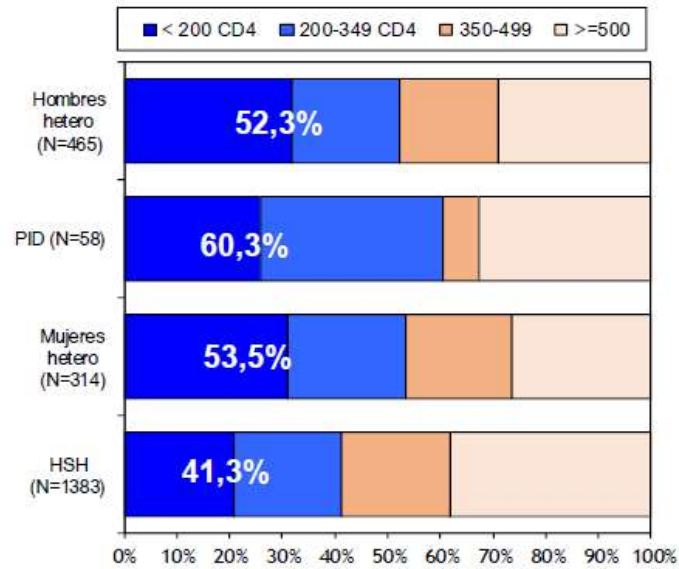
Fuente: SINIVIH 2019

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

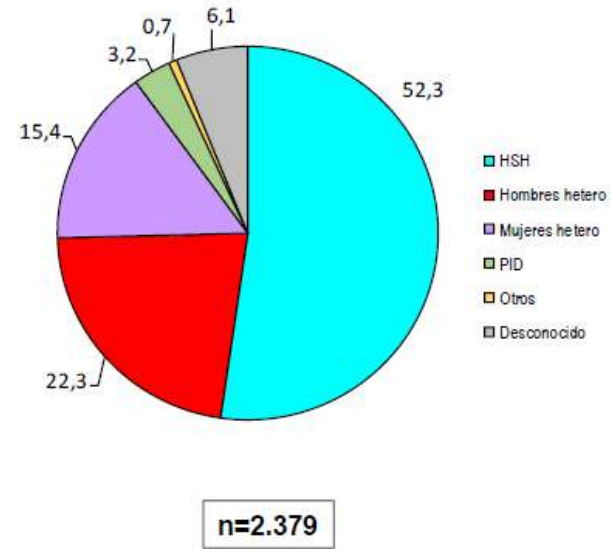


**Figura 12**  
**Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío.**  
**España, año 2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.**

**Diagnóstico tardío según modo de transmisión**

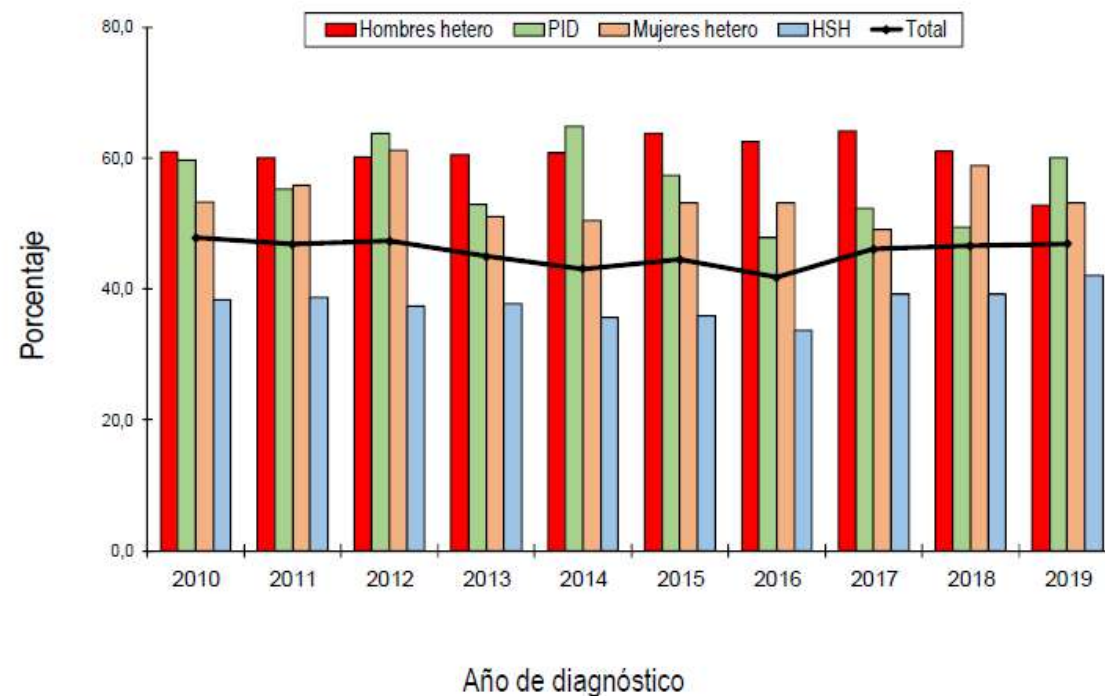


**Modo de transmisión en pacientes con diagnóstico tardío**



PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; N.C.: No consta información

**Figura 21**  
**Nuevos diagnósticos de VIH.**  
**Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión.**  
**España\*, 2010-2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.**



\*Aragón, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y Ceuta.





# AGENDA

---

1. Situación actual
2. Concepto
3. **Importancia y repercusiones**
4. Oportunidades perdidas
5. Estrategias

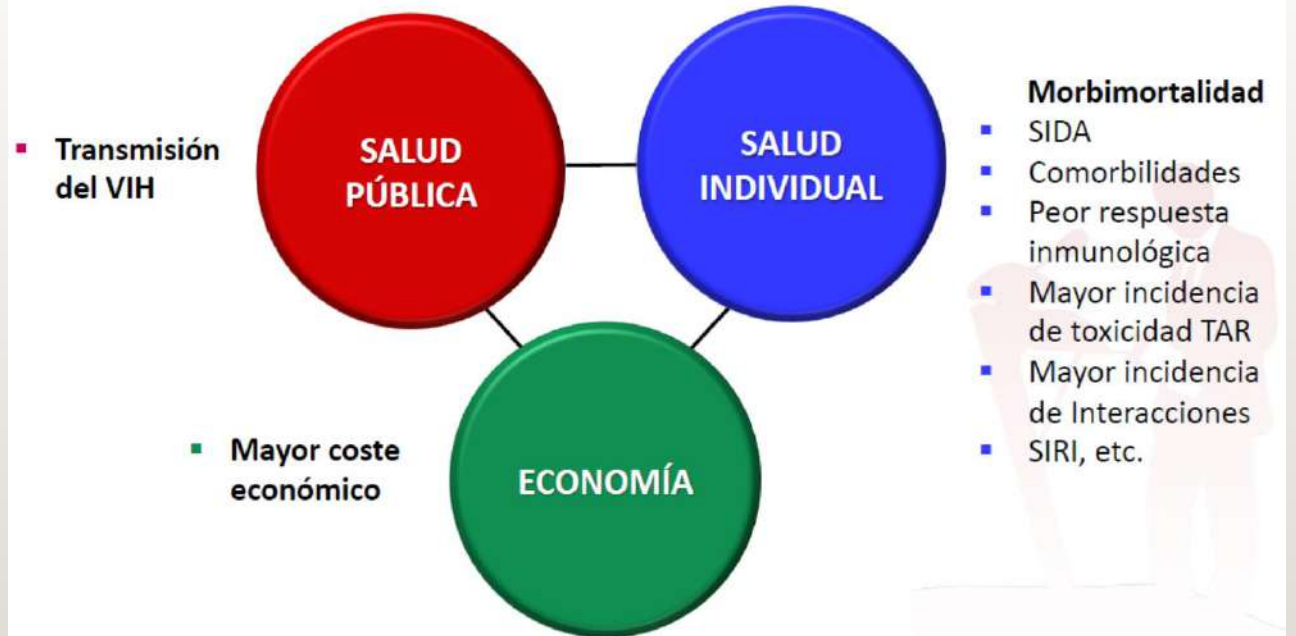
# PERO TENEMOS UN PROBLEMA... SEGUIMOS DIAGNOSTICANDO TARDE Y ESTO TIENE SU IMPACTO

---



## Consecuencias del retraso diagnóstico del VIH

Tres categorías:

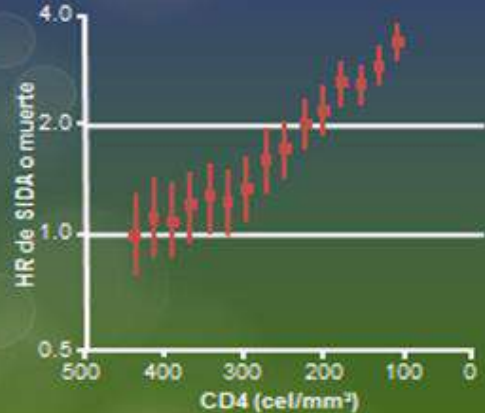


# SUPERVIVENCIA?

Lo que hemos aprendido en los últimos años...

## ART Cohort Collaboration: Probabilidad de sida o muerte tras el inicio de TAR

○ Analisis de 15 cohortes de USA y Europa (ART Cohort Collaboration) N = 24.444 pacientes



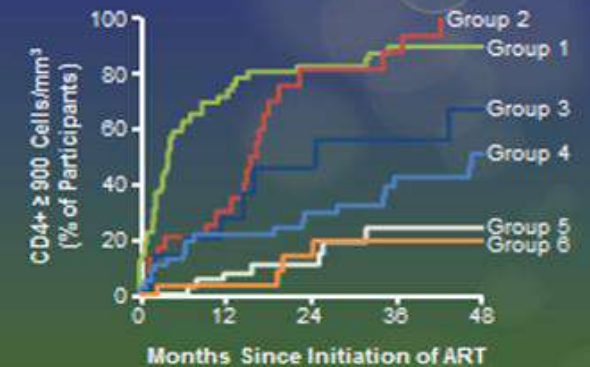
Comparación	HR (IC 95%)
1-100 vs 101-200	3.35 (2.99-3.75)
101-200 vs 201-300	2.21 (1.91-2.56)
201-300 vs 301-400	1.34 (1.12-1.61)
251-350 vs 351-450	1.28 (1.04-1.57)
351-450 vs 451-550	0.99 (0.76-1.29)

Iniciar TAR con CD4 351-450/mm<sup>3</sup> disminuye el riesgo de sida o muerte

May MT et al. [PLoS One](#). 2013 Apr 18.

## Early ART Enhances Recovery of CD4+ Cell Counts

- HIV-1-infected pts (N = 468) followed for 48 mos
- Median time to CD4+ < 500 in those not treated: 12 mos
- 64% of pts treated ≤ 4 mos after infection achieved CD4+ cell count ≥ 900 cells/mm<sup>3</sup>
  - 34% in those deferring therapy
- Early ART resulted in higher final CD4+ cell counts



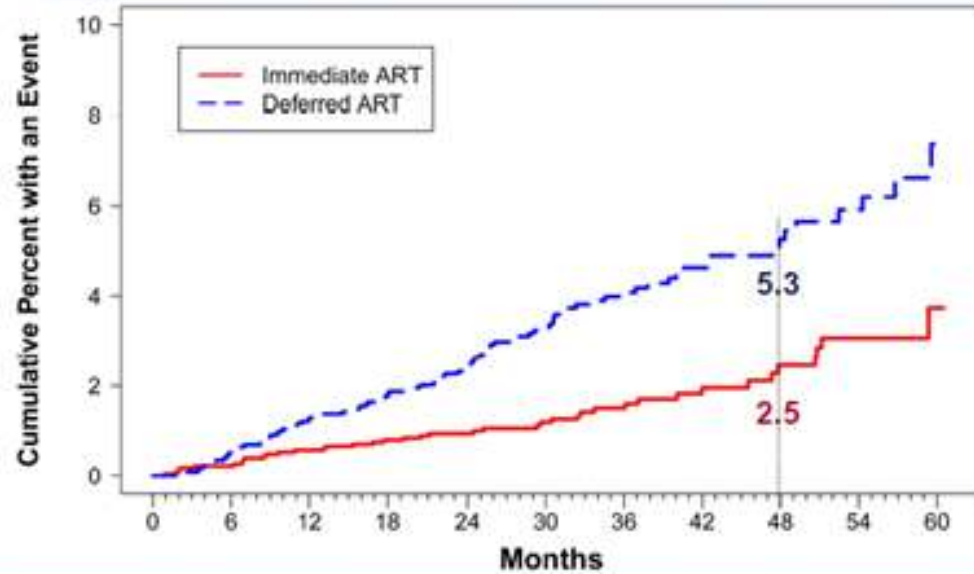
CD4+ Cell Count at ART Initiation	Group (Est. Time to ART Initiation After HIV Infection [mos])
High (> 500 cells/mm <sup>3</sup> )	1 (≤ 4); 2 (4-12); 3 (> 12)
Low (< 500 cells/mm <sup>3</sup> )	4 (≤ 4); 5 (4-12); 6 (> 12)

Le T, et al. *N Engl J Med*. 2013;368:218-230.

# ESTUDIO START: INICIO DE TRATAMIENTO INDEPENDIENTEMENTE DE LA CIFRA DE CD4 EN TODAS LAS GUÍAS

Serious AIDS or nonAIDS events or death

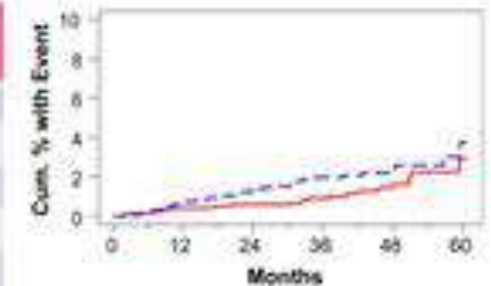
	Immediate ART	Deferred ART
No. with Event (%)	42 (1.8%)	96 (4.1%)
Rate/100PY	0.60	1.38
HR (Imm/Def)	0.43 (95% CI: 0.30 to 0.62, p <0.001)	



## START. Serious non-AIDS Events.

	Immediate ART	Deferred ART
No. with Event	29	47
Rate/100PY	0.42	0.67
HR (Imm/Def)	0.61 (95% CI: 0.38 to 0.97, p=0.04)	

Non-AIDS Event	Imm. ART	Def. ART
Cancer, non-AIDS*	9	18
Cardiovascular disease*	12	14
Liver or renal disease	1	2
Death, other	7	13
<b>Any Serious Non-AIDS</b>	<b>29</b>	<b>47</b>

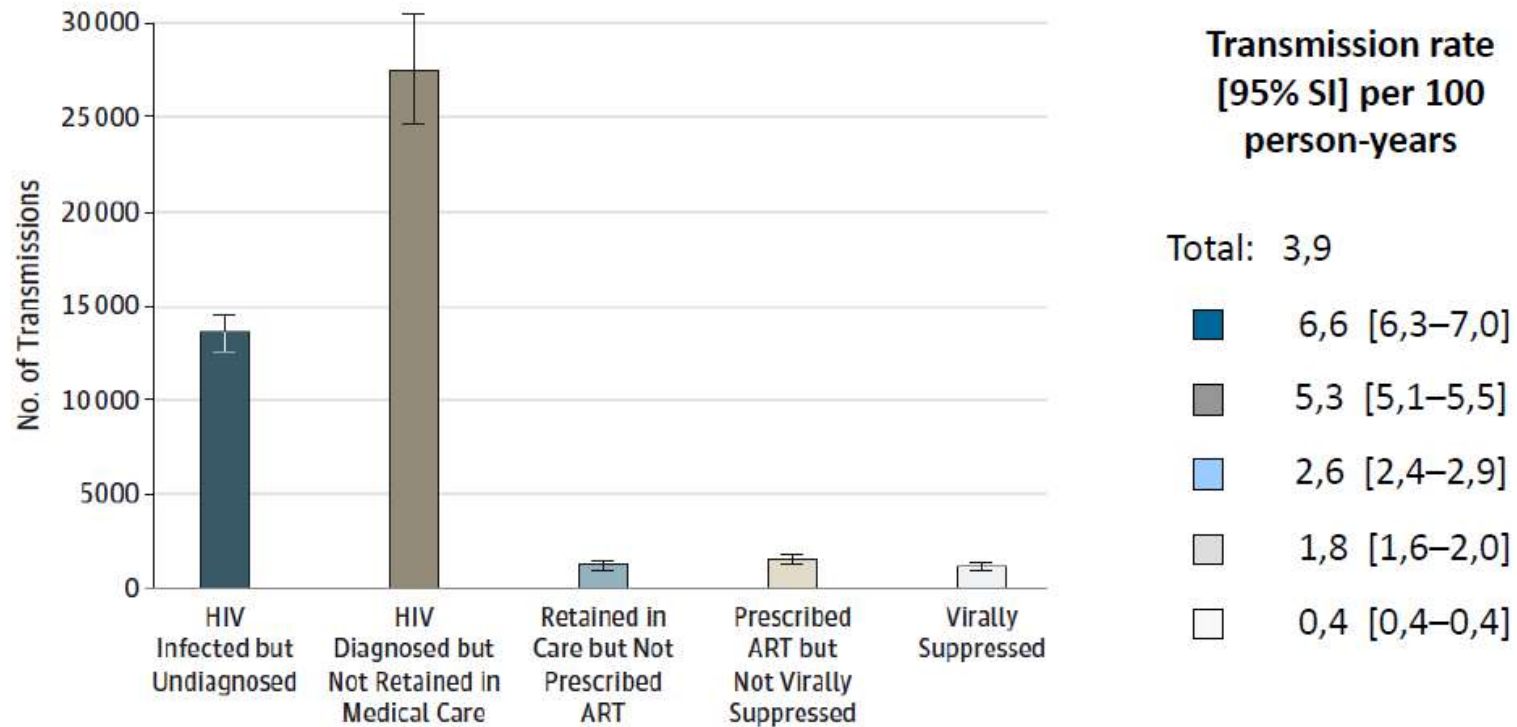


Participants from Australia, Europe, Israel and USA:  
 - 22/27 (81%) of cancer cases  
 - 19/26 (73%) of CVD cases

Lundgren J. 8th IAS, Vancouver, Canada, July 19-22, 2015. #MOSY0301. N Engl J Med 2015; 373:795-807.

# Impacto de la infección por VIH oculta sobre la transmisión

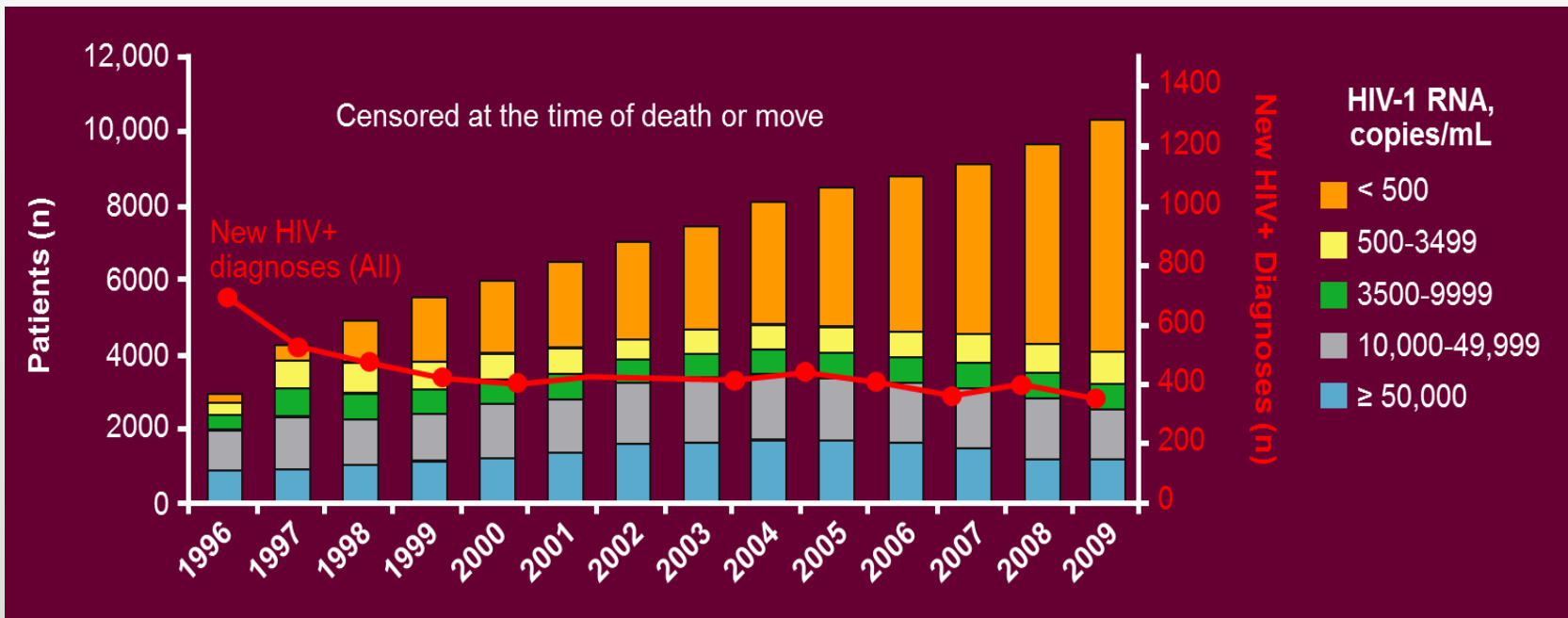
A United States, 2009



Skarbinski J, et al. *JAMA Intern Med* 2015; 175:588-596.

# REDUCTION IN NEW HIV DIAGNOSES IN BC: TESTING, HAART, AND COMMUNITY VL

- Period of declining new HIV diagnoses in BC coincident with increased HIV testing rates, increased uptake of antiretroviral therapy, and decrease in community viral load (1996-2008)
  - Decline in new HIV diagnoses despite increases in syphilis, gonorrhea, chlamydia



# NUEVO PAPEL DEL TAR: TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN

## PARTNER

767 couples contributed 894 eligible couple/y FU, 75 EU sites.

- 445 HSX, 282 MSM.
- Condomless sex, Not using PEP or PrEP.
- Latest HIV VL <200 copies (within max past 12 m)
- Diagnosed Iof STIs: 16% of MSM, 5-6% HTSX
- Estimated condomless sex acts: 14,000 – 16,400.
- Phylogenetically linked transmissions



Partner

## HPTN 052

	April 2005-May 2011			May 2011-May 2015			Overall		
	PY f/u	All partner infections # (rate)	Linked partner infections# (rate)	PY f/u	All partner infections # (rate)	Linked partner infections # (rate)	PY f/u	All partner infections # (rate)	Linked partner infections # (rate)
<b>Total</b>	3482	46 (1.32)	37 (1.06)	5012	32 (0.64)	9 (0.18)	8494	78 (0.92)	46 (0.54)
<b>Early arm</b>	1751	4 (0.23)	1 (0.06)	2563	15 (0.59)	2 (0.08)	4314	19 (0.44)	3 (0.07)
<b>Delayed arm</b>	1731	42 (2.43)	36 (2.08)	2449	17 (0.69)	7 (0.29)	4180	59 (1.41)	43 (1.03)
<b>Rate ratio</b>		0.09	0.03		0.86	0.28		0.31	0.07
<b>Risk reduction</b>		91%	97%		14%	72%		69%	93%

Rate = # of events/ 100 PY  
Risk reduction = 1 – rate ratio

Linked = index to partner transmission

Cohen MS et al. 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment, and Prevention Vancouver, Canada, July 20, 2015

	Number of events	Couple/y FU	Estimated n sex acts	10 year risk
<b>Overall</b>	0 (0-0.00008)	894	44,439	0 (0-4%)
HT m+/f-	0 (0-0.0003)	288	13,728	0 (0-12%)
HT m-/f+	0 (0-0.0003)	298	14,295	0 (0-12%)
* MSM	0 (0-0.0003)	308	16,416	0 (0-11%)

Rodger A, et al. CROI 2014. Abstract 153LB.

## PARTNER2: HIV Transmission

- No linked transmissions documented in ~ 77,000 condomless sex acts when HIV-positive MSM partner suppressed to HIV-1 RNA < 200 copies/mL

Sexual Behavior Reported by HIV-Negative Partner	Linked Transmissions, n	Upper 95% CI*	Condomless Sex Acts, n	CYFU
Any sex	0	0.23*	76991	1596
Anal sex	0	0.24	70743	1546
Insertive anal sex	0	0.27	52572	1345
Receptive anal sex without ejaculation	0	0.43	23153	867
Receptive anal sex with ejaculation	0	0.57	20770	652
Any sex with an STI	0	2.74	6301	135

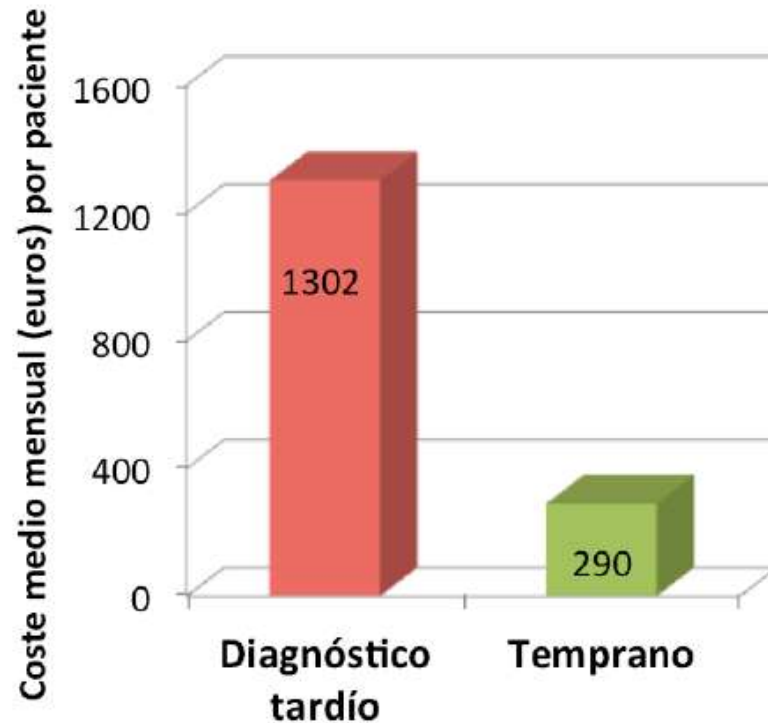
\*For rate of within-couple HIV transmission per 100 CYFU. \*Compared with 0.84 for MSM and 0.46 for heterosexuals in PARTNER1.

- Unlinked transmissions occurred in 15 initially HIV-negative MSM partners

# Impacto económico del D. Tardío del VIH

Hospital Ramón y Cajal, Madrid (2004–2009)

- Exceso de coste sanitario:  
1.012,6 € por paciente/mes
- Gasto de hospitalizaciones: 17  
veces mayor que en DP
- Gasto específico de TAR: 16%  
mayor que en DP
- Ahorro potencial global:  
13.000.000 €



Martínez-Colubi, M, et al. XIV Congreso SEIMC, 2012. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012; 30:94.



# AGENDA



1. Situación actual
2. Concepto
3. Importancia y repercusiones
4. Oportunidades perdidas
5. Estrategias

# ¿OPORTUNIDADES PERDIDAS?

---

Contactos con el sistema sanitario en los que se podría haber realizado una serología diagnóstica de VIH antes del momento del diagnóstico





Original

## Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío



César Gargallo-Bernad<sup>a,\*</sup>, Francisco Javier Sangrós-González<sup>b</sup>, Piedad Arazo-Garcés<sup>c</sup>, Rosa Martínez-Álvarez<sup>c</sup>, Carmen Malo-Aznar<sup>d</sup>, Alicia Gargallo-Bernad<sup>e</sup>, Alba Ballester-Luna<sup>f</sup>, Luis Eduardo Cabrero-Pascual<sup>g</sup>, Pablo Gil-Orna<sup>h</sup>, Víctor José Abadía-Gallego<sup>h</sup>, Isabel Torres-Peña<sup>a</sup> y Héctor Ordiz-Suárez<sup>i</sup>

### R E S U M E N

**Introducción:** El diagnóstico tardío (DT) de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfocitos CD4 < 350/μl al diagnóstico de la enfermedad) empeora el pronóstico de los afectados y aumenta las probabilidades de transmisión. El objetivo del presente trabajo fue analizar la prevalencia de DT, identificar las oportunidades diagnósticas perdidas (ODP) y averiguar el nivel asistencial donde se produjeron.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de la población diagnosticada de infección por VIH/sida en el periodo 2011-2015 en Aragón. Se identificaron las ODP durante los 3 años previos al diagnóstico de la enfermedad en todos los niveles asistenciales, así como la frecuentación asistencial. Se analizaron las condiciones indicadoras (CI) que generaron más ODP, según las últimas recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el medio sanitario.

**Resultados:** Se analizaron 435 nuevos casos de VIH/sida. El 45,1% fueron diagnosticados en Atención Primaria (AP). El 49,4% presentaron criterios de DT y el 61,1% se contagiaron vía heterosexual. La mayor parte de ODP (68,5%) se dieron en AP. Las CI que generaron más ODP fueron la dermatitis seborreica/exantema (19,4%) y la fiebre sin causa aparente (10,3%). Sin embargo, las CI que se asociaron a mayor DT fueron la neumonía adquirida en la comunidad y la pérdida de peso injustificada.

**Conclusión:** En Aragón, la prevalencia de DT es elevada, la principal vía de transmisión es la heterosexual y la mayor parte de las CI pasan desapercibidas en AP. La difusión de las guías actuales para solicitar una prueba de VIH orientada por CI y el *screening* VIH en todo preoperatorio es una medida eficaz para disminuir el DT.

Prevalencia y número de oportunidades diagnósticas perdidas por cada condición indicadora de los nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en los diferentes niveles asistenciales

Condición indicadora n (%)	Población total n= 428	Episodios 2.041 (100)	Atención Primaria 1.398 (68,5)	Urgencias 580 (28,4)	En ingreso hospitalario 63 (3,1)
Dermatitis seborreica/exantema	172 (40,2)	396 (19,4)	328 (23,5)	64 (11,1)	4 (6,4)
Fiebre sin causa aparente	105 (24,5)	210 (10,3)	121 (8,8)	83 (14,4)	6 (9,7)
Pérdida de peso injustificada	88 (20,6)	208 (10,2)	120 (8,6)	79 (13,6)	9 (14,6)
Infecciones de transmisión sexual	70 (16,4)	148 (7,3)	129 (9,4)	19 (3,7)	0 (0)
Linfadenopatía idiopática	67 (15,7)	147 (7,2)	109 (8,0)	34 (6,3)	4 (6,5)
Candidiasis bucal	70 (16,4)	137 (6,7)	107 (7,4)	29 (4,7)	1 (1,6)
Diarrea crónica idiopática	44 (10,3)	108 (5,3)	68 (4,8)	34 (5,6)	6 (9,7)
Factores de riesgo	51 (11,9)	89 (4,4)	42 (3,1)	40 (7,0)	7 (11,3)
LP/TPI > 4 semanas	46 (10,7)	85 (4,2)	38 (2,5)	42 (7,0)	5 (6,5)
Gestación	26 (22,0) <sup>‡</sup>	73 (3,6)	52 (3,8)	21 (3,6)	0 (0)
Neumonía adquirida en la comunidad	25 (5,8)	66 (3,2)	27 (2,1)	30 (5,2)	9 (14,5)
Neuropatía periférica	28 (6,5)	66 (3,2)	25 (1,8)	38 (6,4)	3 (4,8)
Herpes zóster	34 (7,9)	65 (3,2)	51 (3,6)	14 (2,4)	0 (0)
HS: úlceras > 1 mes, bronqu/neumonía/esofag	27 (6,3)	55 (2,7)	41 (2,9)	14 (2,4)	0 (0)
Candidiasis vaginal	31 (7,2)	54 (2,6)	48 (3,4)	6 (1,0)	0 (0)
Hepatitis B o C (aguda o crónica)	28 (6,5)	48 (2,4)	36 (2,6)	9 (1,6)	3 (4,8)
Síndrome mononucleósico	13 (3,0)	22 (1,1)	14 (0,9)	8 (1,2)	0 (0)
Leucoplasia oral vellosa	15 (3,5)	20 (1,0)	14 (0,9)	5 (0,7)	1 (1,6)
Candidiasis esofágica	5 (0)	13 (0,6)	8 (0,6)	3 (0,5)	2 (3,2)
Displasia cervical	7 (0)	13 (0,6)	11 (0,8)	1 (0,2)	1 (1,6)
Neumonía recurrente (2 o más en 12 meses)	6 (0)	7 (0,3)	3 (0,2)	4 (0,7)	0 (0)
Hepatitis A	2 (0)	5 (0,2)	3 (0,2)	2 (0,3)	0 (0)
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	1 (0)	2 (0,1)	0 (0)	0 (0)	2 (3,2)
Cáncer/dislplasia anal	1 (0)	1 (0)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)
Citomegalovirus (no hígado, bazo, ganglios)	1 (0)	1 (0)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)
Meningitis linfocítica	1 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)
Septicemia por <i>Salmonella</i> recurrente	1 (0)	1 (0)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)

HS: úlceras > 1 mes, bronqu/neumonía/esofag; herpes simple como agente causal de úlceras crónicas de más de un mes de duración, bronquitis, neumonía o esofagitis; LP/TPI > 4 semanas; leucopenia/trombocitopenia idiopática de más de 4 semanas de duración.

<sup>‡</sup> Prevalencia calculada sobre el total de mujeres (no se solicitó prueba de VIH tras prueba de embarazo positiva). Prevalencia en el total de la población: 6,1%.

# Oportunidades diagnósticas perdidas en infección por VIH

## El 28% de las ODP\* se dieron en Urgencias (10)



\*ODP: oportunidades de diagnóstico perdidas

- 428 nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en Aragón en el periodo 2011-2015
  - Generaron un total de 7.475 consultas en los 3 años previos al diagnóstico
  - El 12,2% (911) de esas consultas se realizaron en Urgencias
    - De media, 2 visitas en urgencias por cada paciente durante los 3 años previos al diagnóstico
- 86,2% de estos nuevos diagnósticos tuvieron al menos ODP\* en los 3 años previos
- La prevalencia de DT aumentó cuanto mayor fue la frecuentación asistencial en servicios de Urgencias



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

[www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)



Original breve

## Identificando objetivos fast-track: oportunidades perdidas en el diagnóstico de VIH en la Comunidad de Madrid

Nuria Gallego-Márquez<sup>a,b</sup>, Carlos Iniesta<sup>c,\*</sup> y Grupo de Trabajo para el Estudio de las Oportunidades Perdidas Fast-Track Madrid<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Vigilancia de VIH, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup> Master of Science in Public Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, EE. UU.

<sup>c</sup> Unidad de coordinación de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS), Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 24 de febrero de 2021

Aceptado el 22 de abril de 2021

On-line el xxx

*Palabras clave:*

Pruebas de VIH

Retraso en el diagnóstico

Oportunidades perdidas

VIH

Sida

### R E S U M E N

**Introducción:** La oferta dirigida de la prueba de VIH está recomendada en personas con prácticas de riesgo y en enfermedades indicadoras de VIH. Las oportunidades diagnósticas perdidas (OP) son aquellas donde no se cumplen estas recomendaciones.

**Objetivo:** Conocer el porcentaje de OP según práctica de riesgo (OP dirigidas) y condiciones indicadoras (OP indicadas) en la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Se seleccionaron 109 personas con nuevo diagnóstico de VIH en 7 centros sanitarios (abril 2018-marzo 2019) mediante encuestas telefónicas. Se definió oportunidad diagnóstica como cualquier contacto con el sistema sanitario en el que debería haberse realizado la prueba de VIH. Se calculó la ocurrencia de OP en los 2 años anteriores al diagnóstico de VIH.

**Resultados:** De 32 oportunidades diagnósticas dirigidas e indicadas, un 96,9 y un 57,8%, respectivamente, derivaron en OP. Globalmente, el 83,8% de las oportunidades diagnósticas resultaron en OP.

**Conclusión:** Las OP son una importante área de mejora en el diagnóstico precoz de VIH.

© 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Tabla 2**

Motivo de consulta que derivó en el diagnóstico de VIH por sexo. Respuesta múltiple

	Hombres (n = 98)	Mujeres (n = 11)	Total (n = 109)
<i>Condiciones indicadoras</i>			
FOD de más de un mes de duración	28 (28,6)	2 (18,2)	30 (17,0)
Diarrea crónica o recurrente	25 (25,5)	2 (18,2)	27 (15,3)
Pérdida de peso del 10% o más	20 (20,4)	4 (36,4)	24 (13,6)
Herpes zóster	5 (5,1)	0 (0)	5 (2,8)
Candidiasis oral	7 (7,1)	1 (9,1)	8 (4,5)
Tuberculosis pulmonar	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Infección de transmisión sexual	7 (7,1)	0 (0,0)	7 (4,0)
Hepatitis	3 (3,1)	0 (0,0)	3 (1,7)
<i>Otra enfermedad o motivo de consulta</i>	34 (34,7)	3 (27,3)	7 (20,9)
<i>Otras situaciones</i>			
Ninguna de las situaciones anteriores	31 (31,6)	3 (27,3)	34 (19,2)
No lo sé	1 (1,0)	1 (9,1)	1 (0,6)

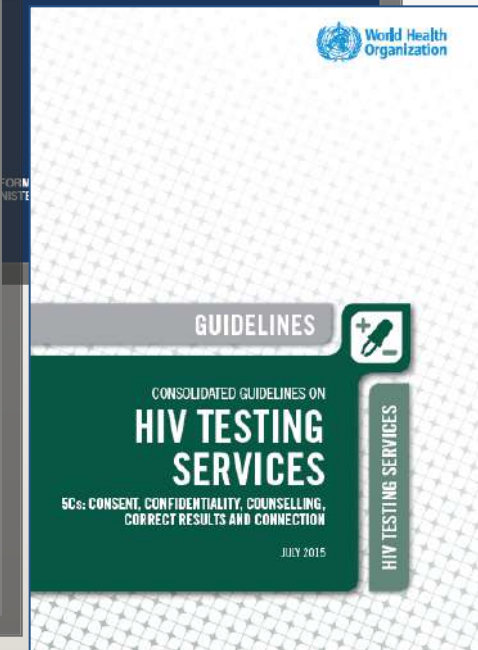
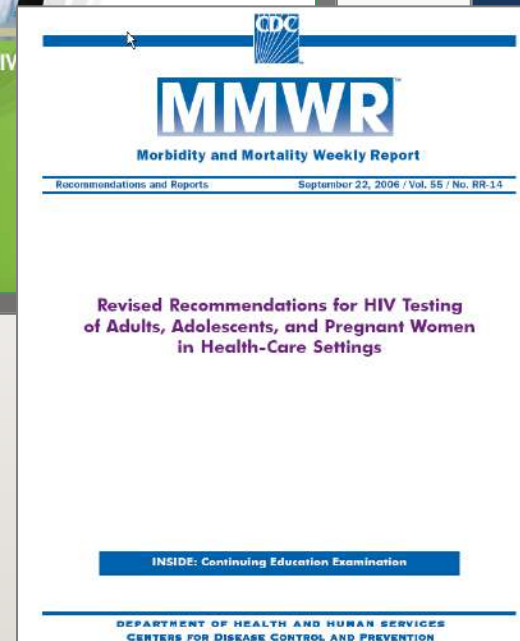
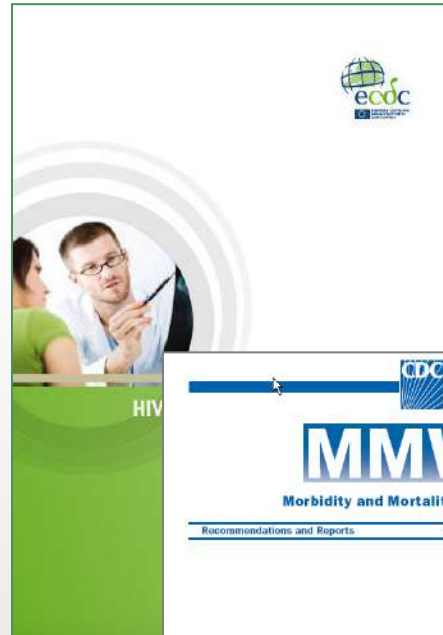
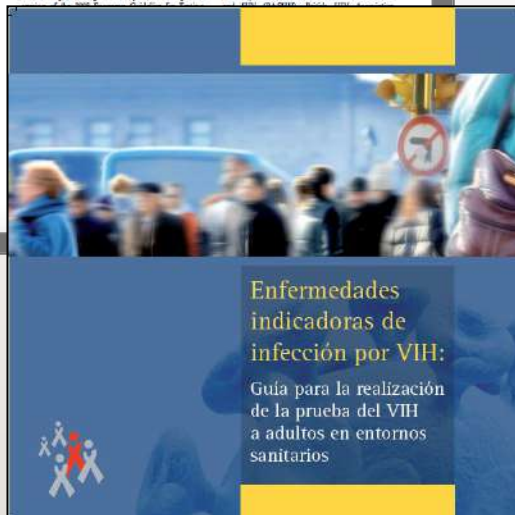
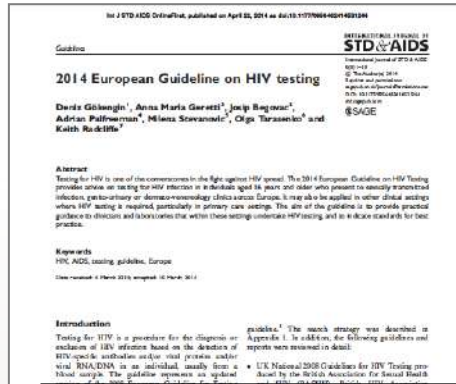
FOD: fiebre de origen desconocido; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

# AGENDA



1. Situación actual
2. Concepto
3. Importancia y repercusiones
4. Oportunidades perdidas
5. Estrategias

# Guías sobre el cribado y la prueba del VIH





# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

## Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014  
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

### Objetivo general:

Promover el diagnóstico precoz del VIH para disminuir el número de personas con infección no diagnosticadas.

### Objetivos específicos:

- Fomentar la realización de la prueba del VIH en la población general
- Aportar recomendaciones específicas para la indicación de la prueba del VIH
- Ofrecer a los profesionales sanitarios la información y formación necesarias
- Potenciar la autonomía del paciente en la decisión de realizarse la prueba

Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.



# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

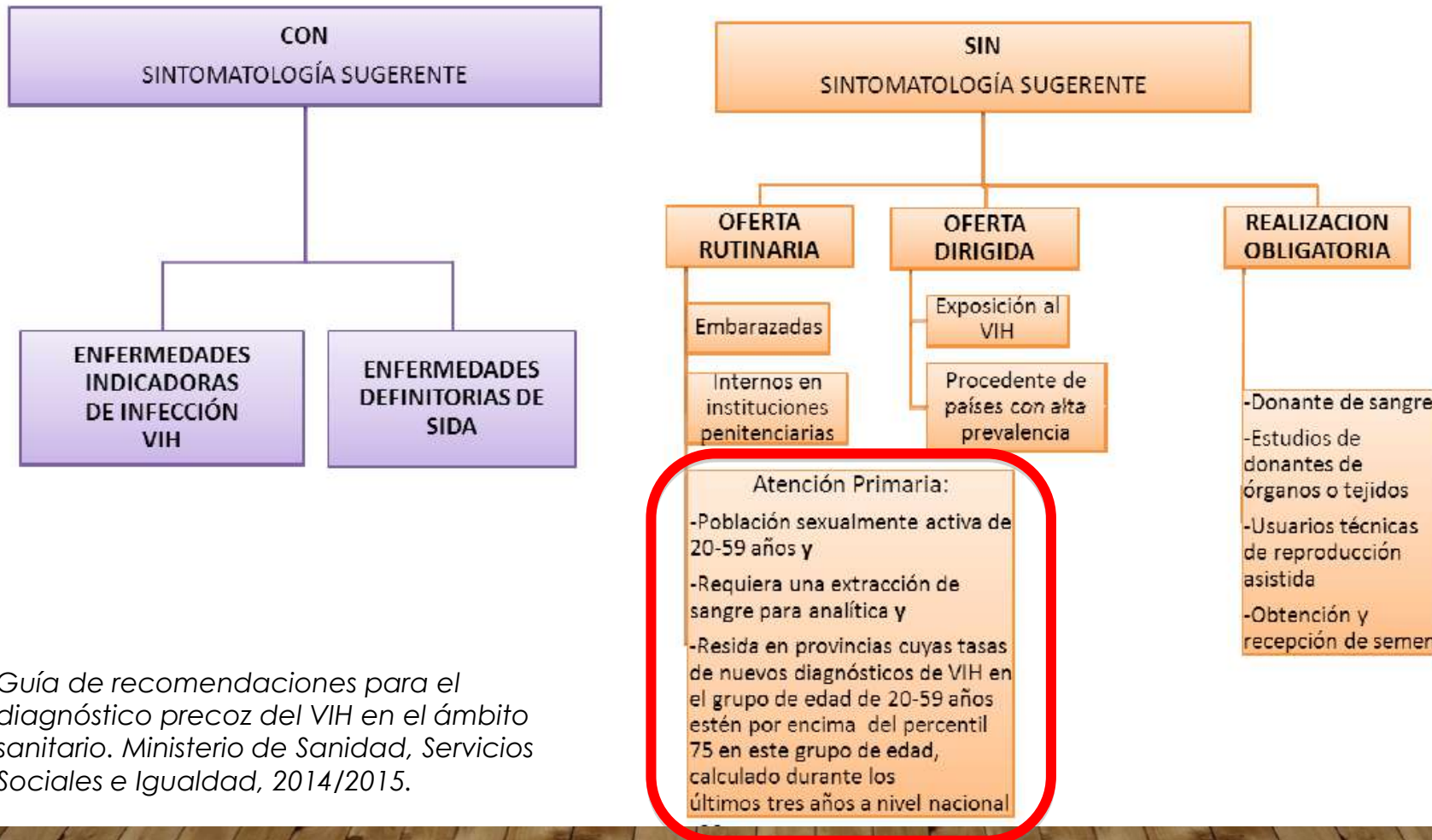
- Priorizar el cribado en los grupos vulnerables (oferta dirigida).
- Oferta rutinaria de la prueba en ámbitos geográficos con altas tasas de incidencia de infección por el VIH.

Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.



# Recomendaciones españolas

## “Ofertas dirigida y rutinaria”



Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014/2015.

# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

Oferta dirigida

¿A quién?

- A todas las personas que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo
- Parejas sexuales de personas infectadas por VIH
- UDIs actualmente o con antecedentes de haberlo sido, y sus parejas sexuales
- HSH y sus parejas sexuales (hombres y mujeres)
- Personas que ejercen la prostitución (PEP): mujeres, hombres y transexuales, sus parejas sexuales y sus clientes
- Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos doce meses
- Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables
- Personas que han sufrido agresión sexual
- Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional (accidental)
- Personas procedentes de países de alta prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales (Tabla 5)

Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.



# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

Oferta rutinaria:

- Aplicación de los indicadores clínicos HIDES



Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.



# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en Europa

## Neoplasias:

- Cáncer de cuello uterino
- Linfoma no Hodgkin
- Sarcoma de Kaposi

## Infecciones bacterianas

- *Mycobacterium tuberculosis*, pulmonar o extrapulmonar
- Complejo *Mycobacterium avium* (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)
- Septicemia por salmonela recurrente

## Infecciones víricas

- 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 cónicas (>mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis

## Infecciones parasitarias

- Toxoplasmosis cerebral
- Criptosporidiosis diarrea, >1 mes
- Isosporiasis, >1 mes
- Leishmaniosis diseminada alopica
- Reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalitis o miocarditis)

## Infecciones micóticas

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Candidiasis, esofágica
- Candidiasis, bronquial/ traqueal/ pulmonar
- Criptococosis, extrapulmonar
- Histoplasmosis, diseminada/extrapulmonar
- Coccidioidomicosis, diseminada/extrapulmonar
- Peniciliosis, diseminada



Recomendar encarecidamente la prueba del VIH

- 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)



Recomendar encarecidamente la prueba del VIH

- 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



Ofrecer la prueba del VIH



HIV in Europe. HIV indicator conditions. Guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings, 2011



# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

Oferta rutinaria: ¿A quién?

**Mujeres embarazadas**

**Personas internadas en instituciones penitenciarias**

**Personas de la población general que:**

- Tengan una edad comprendida entre 20 y 59 años,
- Sean sexualmente activas
- Se les haya indicado una extracción de sangre por cualquier motivo en un centro de Atención Primaria
- Residan en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el citado grupo de edad esté por encima del percentil 75 de la tasa nacional, calculado durante los tres últimos años.\*

Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.



# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

Oferta rutinaria: ¿Dónde?

- Centros de atención primaria
- Centros de atención especializada
- Consultas de obstetricia y seguimiento del embarazo
- Servicios sanitarios de los centros penitenciarios



Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.



# Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario en España

Repetir la prueba al menos una vez al año:

Usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI)

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)

Personas que ejercen la prostitución

Parejas sexuales de personas con infección por el VIH

Otras personas en las que se detecte un riesgo de exposición continuado







# EMERGENCIAS

Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento

(Artículo publicado en Emergencias. 2020;32:416-426)

## PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN DE VIH EN PACIENTES CON:



## Hay evidencia de la necesidad y la relevancia de promover los programas de cribado del VIH en los SU\* españoles.

### 1 Objetivo

asentar una base razonable desde el punto de vista clínico, organizativo y de eficiencia que fomenten la solicitud de la prueba del VIH en los SU.

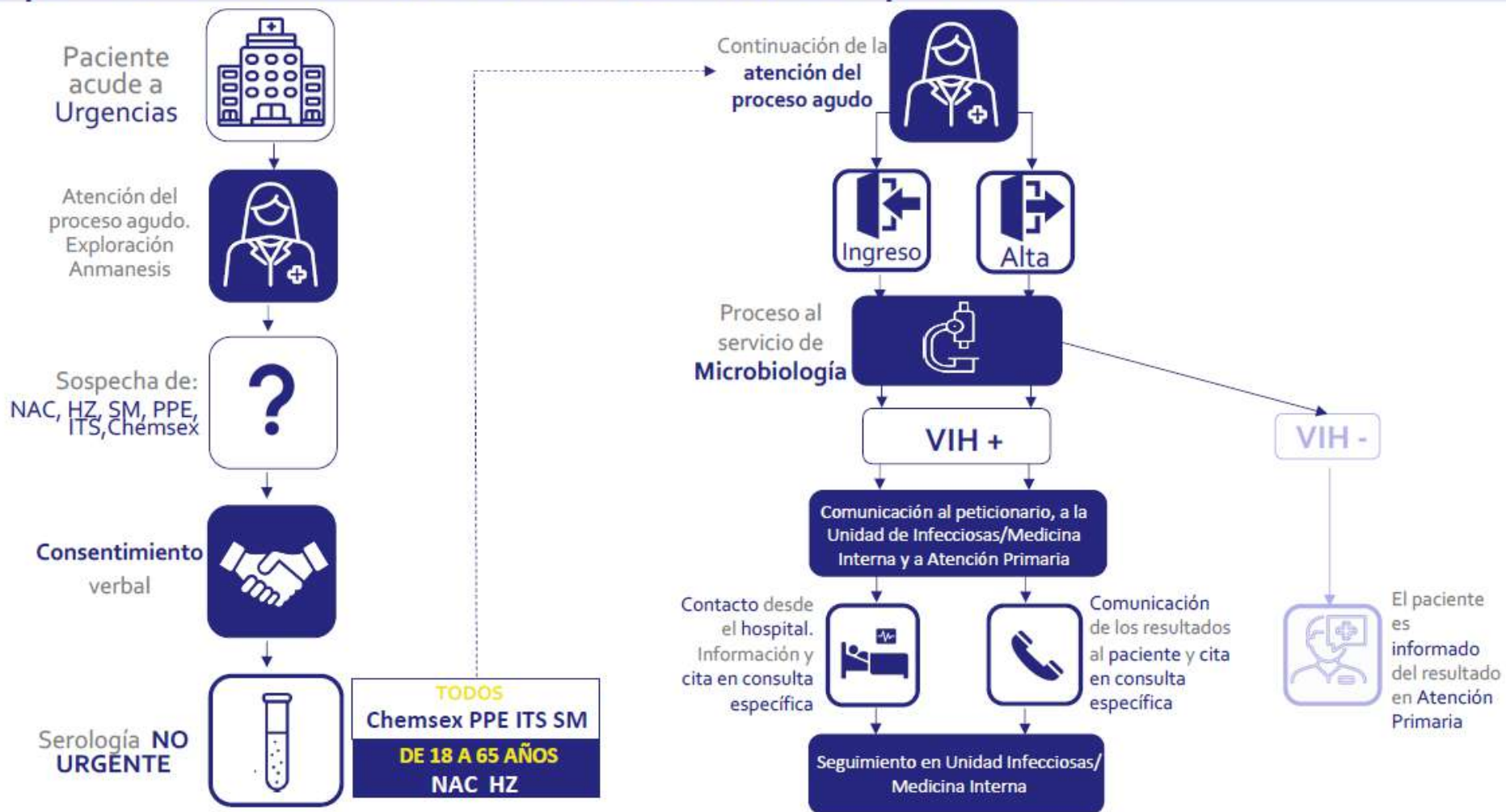
### 2 Finalidad

conseguir incrementar el diagnóstico de la infección por VIH en un estadio más temprano de la enfermedad

## Entidades seleccionadas para el diagnóstico precoz del VIH



# Propuesta de circuito de derivación de pacientes



## ***Immediate Antiretroviral Therapy Initiation on the Day of HIV Diagnosis***

Since many individuals may fail to engage in care during the delay between initial HIV diagnosis (or first clinic visit) and the time ART is prescribed, some groups have proposed rapid ART initiation on the same day of HIV diagnosis as a strategy to increase engagement in care and increase the proportion of individuals who achieve and maintain ART-mediated viral suppression. This strategy was recently tested in a randomized controlled trial of 277 individuals in South Africa who had recently received HIV diagnoses. Those randomized to receive immediate ART initiation on the day of diagnosis were significantly more likely than those randomized to usual care (the delay between diagnosis and ART initiation) to achieve and maintain viral suppression.

support  
in care  
contr  
health  
Africa  
that sar  
random

### **Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV**



Developed by the DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents - A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC)

## **What's New in the Guidelines? (Last updated October 17, 2017; last reviewed October 17, 2017)**

barriers to engagement in care, and underlying HIV and TB epidemics in South Africa. The generalizability of these findings to the United States, these studies suggested that immediate ART initiation may be feasible and could potentially improve clinical outcomes. While no studies have been performed in the United States, a recent pilot study of 39 individuals in

# PERO CUIDADO...

---

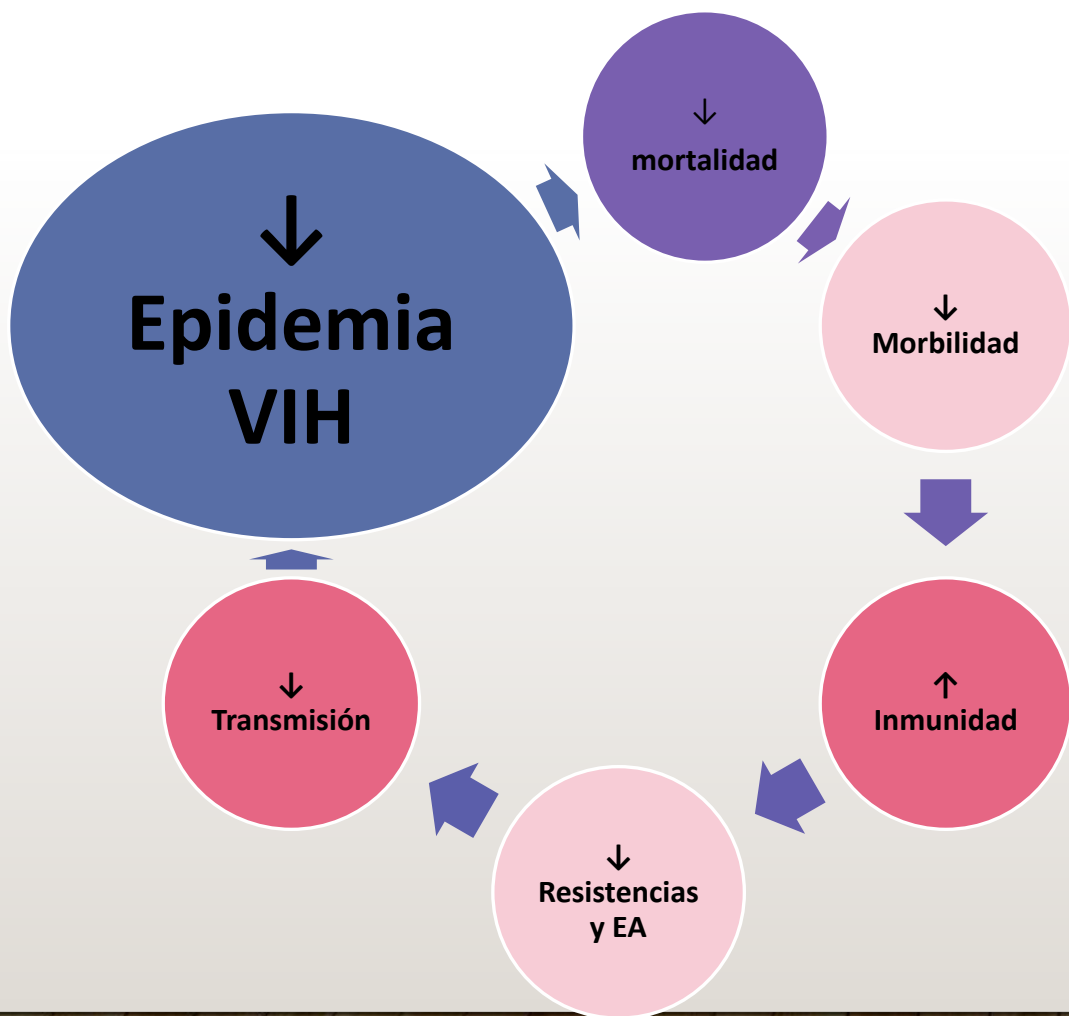


- Todo esto no sirve de nada si no existe buena coordinación entre:
  - Quien solicita la prueba
  - Quien la realiza
  - Quien ve el resultado
  - Quien remite al paciente al hospital

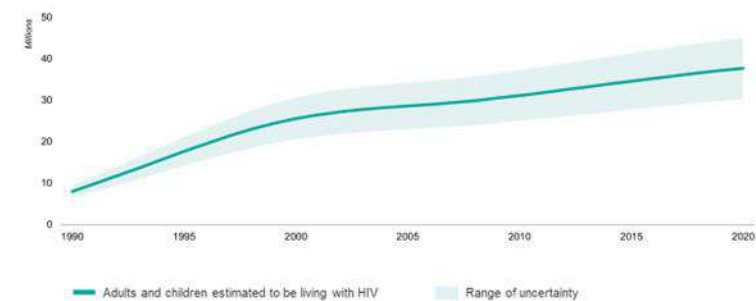
# CONCLUSIONES



# ¿POR QUÉ DIAGNOSTICAR PRECOZMENTE EL VIH?



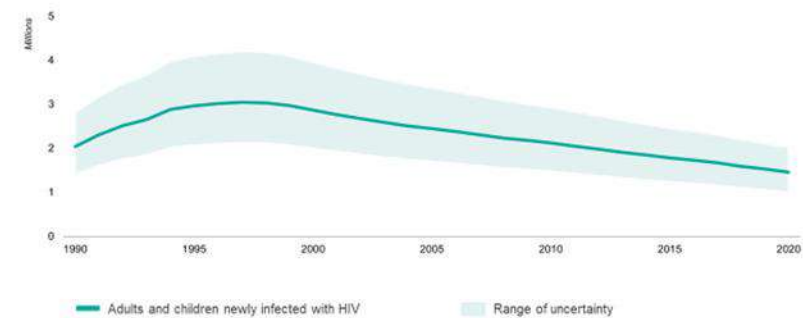
Adults and children estimated to be living with HIV | 1990–2020



Source: UNAIDS 2021 epidemiological estimates.



Adults and children newly infected with HIV | 1990–2020



Source: UNAIDS 2021 epidemiological estimates.



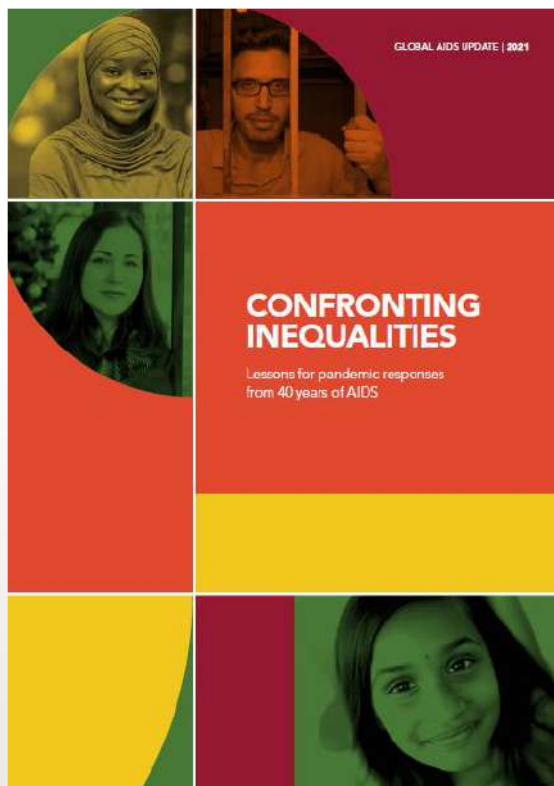
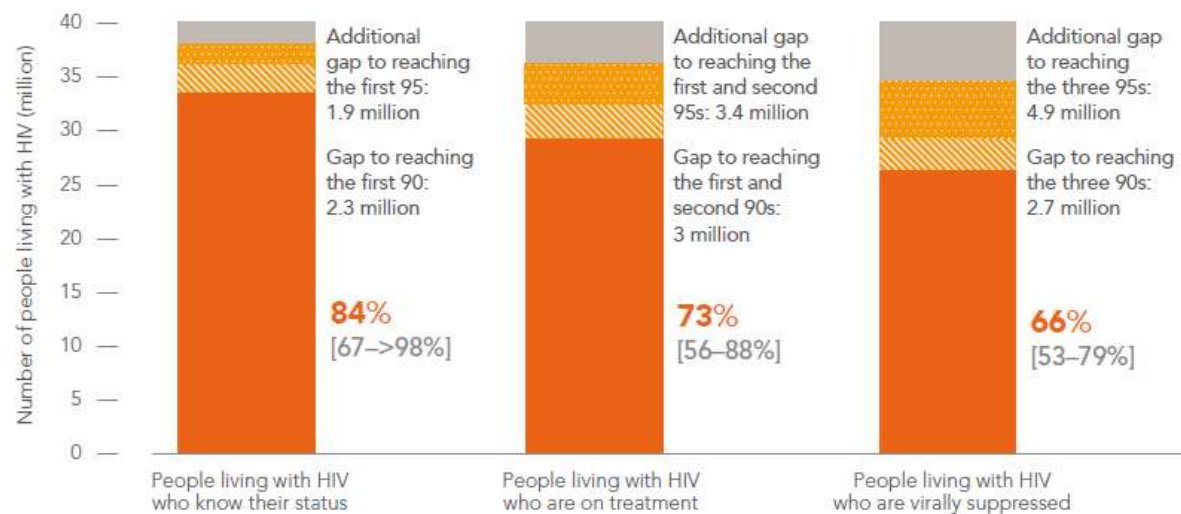


FIGURE 0.3 | HIV TESTING AND TREATMENT CASCADE, GLOBAL, 2020



Source: UNAIDS special analysis, 2021.



- 
- El diagnóstico tardío es un problema importante y las oportunidades perdidas también
  - Es un punto fundamental que hay que mejorar para alcanzar los objetivos de la OMS
  - Existen múltiples estrategias
  - Es esencial crear circuitos diagnósticos y de derivación adecuados para acortar los tiempos entre el momento del diagnóstico y el de inicio de tratamiento
  - En estos momentos de tratamiento universal, cualquier diagnóstico puede ser considerado como tardío





gracias  
\*thanks

