Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE TEST VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA. REGISTRO DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN EN 1991,1992 Y 1993

Agustín Tomás Vega Alonso / Milagros Gil Costa / Carmelo Ruiz Cosín
Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Consejería de Sanidad y Bienestar Social

Resumen

Objetivo: este estudio descriptivo tiene como objetivos mejorar el conocimiento sobre el uso y demanda de la población general del test VIH en Atención Primaria, así como detectar insuficiencias de la práctica de la medicina general en relación con el VIH/SIDA.

Método: de 1991 a 1993, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, basada en una muestra de médicos voluntarios con población atendida representativa de la población regional, ha registrado información sobre el test VIH.

Resultados: entre los hallazgos más significativos cabe resaltar una frecuencia ascendente de realización del test: 65, 107 y 125 por 100.000 habitantes en 1991,1992 y 1993 respectivamente. Los usuarios de drogas por vía parenteral son el grupo de riesgo que con más frecuencia aparecen en el registro de tests realizados, 24%, seguido de las embarazadas, 17%, y de los contactos heterosexuales múltiples, 9%. El porcentaje de tests positivos encontrado fue del 5,2%.

Conclusiones: la comparación con otros países de nuestro entorno, presenta notables diferencias en cuanto a la frecuencia, motivos de la práctica del test y los resultados del mismo, cuya principal explicación pudiera estar relacionada con los diferentes sistemas sanitarios y practica de la medicina general y las características de riesgo de infección por VIH de las diferentes poblaciones.

Palabras clave: Test VIH. Atención Primaria. Médicos centinelas.

DEMAND AND PRESCRIPTION OF HIV TEST IN PRIMARY HEALTH CARE. REGISTRY OF SENTINEL NETWORKS OF CASTILLA AND LEÓN (SPAIN) IN 1991, 1992 AND 1993

Summary

Objective: the objective of this descriptive study is to improve the knowledge about the use and demand of HIV test in general population in Primary Health Care, as well as to detect lacks in general medicine related to HIV/AIDS.

Method: from 1991 to 1993, the Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, a voluntary sample of general practitioners and pediatrics has collected HIV test data from a covered population representative of the general population.

Results: one of the most important findings is the ascending frequency in tests done: On 65, 107 and 125 per 100,000 inhabitants in 1991, 1992 and 1993 respectively. Intravenous drug users are the more important group risk in the register, 24%, followed by pregnant women, 17%, and the multiple heterosexual contacts, 9%. Among all the tests, 5.2% were positive.

Conclusions: the comparison with others countries shows differences in frequency, cause and results, whose most probable explanation could be related to the different Health Care System and practice in general medicine and the patterns of risk infection in different populations.

Key words: HIV test. Primary Health Care. Sentinel networks.

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones por VIH son, en la actualidad, uno de los problemas más importantes de Salud Pública debido a su magnitud y a su gravedad, además de los problemas psico-sociales que plantea. La alta incidencia de nuevos casos de SIDA y el incremento constante de la prevalencia de seropositividad de VIH hacen suponer que no es un fenómeno que vaya a desaparecer en poco tiempo.

Correspondencia: A. Tomás Vega Alonso. Servicio de Epidemiología. Consejeria de Sanidad y Bienestar Social. Avda. Burgos 5. 47071 Valladolid.
Este trabajo ha sido cofinanciado por el Programa de Investigación Médica -Investigación en Servicios de Salud- de la CE.
Este artículo fue *recibido* el 26 de enero de 1995 y fue *aceptado,* tras revisión, el 23 de mayo de 1995.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

En la década pasada, el alto número de pacientes tratados frente a la infección por VIH ha sobrecargado enormemente los servicios hospitalarios especializados llegando en algunos casos a una situación de crisis[1]. Los profesionales de Atención Primaria (AP), que en este problema de salud han jugando un importante papel en el despistaje de la infección VIH y en el consejo a los afectados, se encuentran en una situación adecuada para evaluar el riesgo de infección de la población por la proximidad a la comunidad y la accesibilidad al conocimiento de sus hábitos y/o comportamientos de riesgo[3]. Por otra parte, una adecuada formación y sensibilización en el manejo de estos pacientes favorecería una mejor redistribución de la asistencia entre los servicios hospitalarios y la medicina extrahospitalaria.

Enmarcado en un programa de cooperación europeo, la acción concertada «EUROSENTINEL» de la CE dependiente del Programa de Investigación Médica -Investigación en Servicios de Salud-[4], la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León (RMCCyL) registra, desde junio de 1990, la demanda y prescripción de test VIH en Atención Primaria.

Los motivos que llevaron a plantear este estudio se centran en la relativa escasez de datos sobre el riesgo y la infección por VIH en el ámbito extrahospitalario y fuera de los grupos especiales de riesgo, la insuficiencia de información disponible sobre la demanda de test VIH por la población y las causas que la provocan y la necesidad de conocer la práctica y el manejo de este problema de salud por parte de los profesionales de AP.

Del análisis de esta exposición de motivos, se plantearon tres objetivos: a) describir los patrones de utilización del test VIH en medicina general; b) evaluar y caracterizar la demanda de test VIH por la población general; c) detectar posibles insuficiencias de la práctica en AP frente al VIH y al SIDA.

Material y métodos

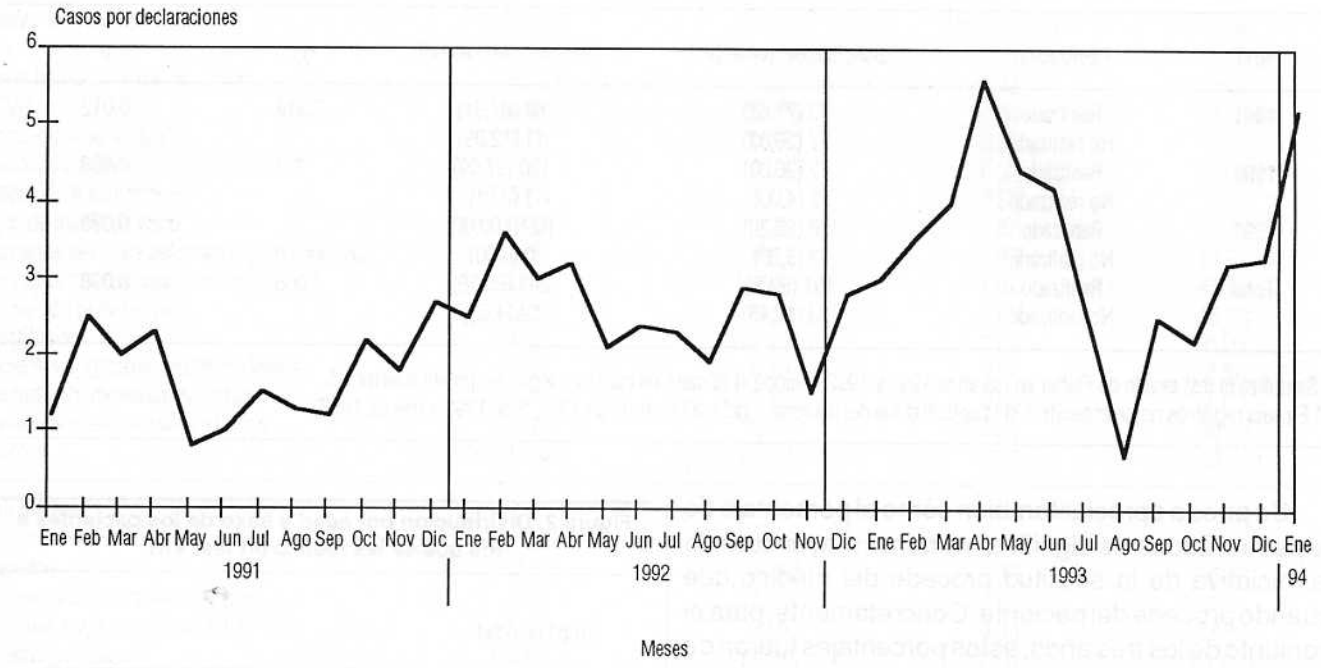
La RMCCyL es un subsistema de información epidemiológica formada por médicos y pediatras de Atención Primaria voluntarios que trabajan en el Sistema Nacional de Salud en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma[5]. Su objetivo es el de notificar aquellos procesos o problemas de Salud, previamente definidos, que aparecen en su consulta en un período determinado de tiempo. El número de participantes en el período de estudio que comprende este trabajo fue de 154 médicos generales y 47 pediatras en 1991, 133 médicos generales y 45 pediatras en 1992 y 115 médicos generales y 40 pediatras en 1993. En 1989 se realizó un estudio de representatividad geográfica y poblacional para asegurar la validez de los resultados pese a la voluntariedad de la participación postmuestral[6]. Con el fin de mantener dicha representatividad en el tiempo se han efectuado los ajustes anuales imprescindibles sobre la población cubierta por los médicos centinelas, según los datos del Padrón Municipal de habitantes de 1986[7], consistentes en mantener en activo sólo al número necesario de notificadores. La representatividad de la RMCCyL es regional y no existe por lo tanto posibilidad de comparación interprovincial.

Para el cálculo del denominador poblacional, se estudiaron dos procedimientos: a cada médico se le asignó la población correspondiente a su demarcación profesional consignada en el Padrón Municipal de habitantes de 1986. En el medio urbano se hizo una distribución de la población municipal proporcional al número de profesionales del municipio. El segundo método de estimación se basó en el número de titulares y beneficiarios de la Seguridad Social que cada médico general o pediatra tienen asignado. La comparación de las cifras no mostraron diferencias significativas entre los dos métodos[8] por lo que se decidió la utilización del primero. Las poblaciones totales así estimadas fueron de 189.287, 162.922 y 149.846 personas cubiertas por la Red en 1991, 1992 y 1993 respectivamente.

La notificación, por correo, tenía una periodicidad semanal, independientemente de la existencia o no de alguna demanda o prescripción de test VIH en ese período. En la ficha de declaración estaban definidos los criterios de inclusión de caso: «Cada demanda (explícita o no) de un test VIH, sin tener en cuenta el hecho de que el test haya sido realizado o no, así como cada test pedido por el médico»; también se definieron las variables que debían ser recogidas de manera sistemática (anexo I). Además se consignaba en la ficha datos para la identificación del médico, número de semana de la declaración, las incidencias acaecidas durante ese período que pudiera distorsionar el registro, como vacaciones de los médicos, traslados, ILT, etc., que servían para realizar los ajustes poblacionales correspondientes. Como complemento existía una documentación adicional de instrucciones para la cumplimentación de cada una de las variables objeto de estudio. El número total de registros estudiados en estos tres años fue de 544, distribuyéndose en 154 en 1991, 185 en 1992 y 205 en 1993.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Figura 1. Evolución mensual de la frecuencia de tests realizados con relación a las declaraciones efectuadas*



*Este indicador se calcula dividiendo el número de casos registrados en un mes entre el número de declaraciones (con o sin casos) realizadas por los participantes en el mismo periodo y multiplicado por 100.

A partir de 1992 se comenzó con el registro de una ficha individualizada (anexo 2) que era remitida al médico prescriptor para su cumplimentación. En ella se recogían datos sobre el lugar de derivción del paciente (habitualmente el lugar donde se le practicaba el test), la disponibilidad de los análisis realizados, el método utilizado y el resultado del test. Para considerar un resultado de test VIH como positivo se pedía un test ELISA, u otro positivo y confirmación con IFI-IF o Western-Blot. En total se estudiaron 362 tests realizados de los 390 prescritos entre 1992 y 1993.

Los tests estadísticos utilizados han sido el chi cuadrado, el text exacto de Fisher y los tests y comparación de medias y proporciones según los métodos descritos por Fimberg[9] en 1977 y Kendal y Stuart[10] en 1979. Para el cálculo de los intervalos de confianza se ha utilizado el método de Gardner y Altman[11] descrito en 1992.

Todos los registros fueron codificados y grabados en el nivel provincial (Sección de epidemiología) y posteriormente validados en el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Los datos han sido procesados y tabulados con SAS con el que se han realizado la mayor parte de los tests estadísticos[12]. Los intervalos de confianza para proporciones se efectuó con el programa CIA de acuerdo con el método antes mencionado.

Resultados

Frecuencia de demanda y prescripción del test VIH

La frecuencia de demanda o prescripción de un test VIH en Atención Primaria fue de 81 por 100.000 habitantes en 1991 (IC 95%: 68 - 94 x 100.000). En 1992 se situó en 114 x 100.000 (IC 95%: 97 - 131 x 100.000) y en 1993 en 137 x 100.000 (IC 95%: 118 - 156 x 100.000).

La frecuencia de tests prescritos y efectivamente realizados fue de 124, con una tasa de 65 x 100.000 en 1991 (IC 95%: 54 - 77 x 100.000), de 174, tasa de 107 x 100.000 en 1992 (IC 95%: 91 - 123 x 100.000) y de 188, tasa de 125 x 100.000 en 1993 (IC 95%: 108 -143 x 100.000).

La figura 1 muestra gráficamente la evolución ascendente del número de tests VIH realizados bajo la prescripción de un médico general o pediatra de AP.

Origen de la demanda y realización del test

Existe una doble tendencia ascendente en la evolución anual del porcentaje de tests realizados entre los solicitados tanto por el médico como por el paciente (tabla 1).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1. Número y porcentaje de tests VIH (demandas del paciente y prescripciones médicas) distribuidos por realización y año de registro

Año	Realización	Solicitud del paciente**	Solicitud del médico**	χ^2	p
1991	Realizado	43 (71,67)	80 (87,91)	6,318	0,012
	No realizado	17 (28,33)	11 (12,09)		
1992	Realizado	72 (96,00)	100 (97,09)	*	0,698
	No realizado	3 (4,00)	3 (2,91)		
1993	Realizado	76 (96,20)	109 (100,00)	*	0,073
	No realizado	3 (3,80)	0 (0,00)		
Total	Realizado	191 (89,25)	289 (95,38)	7,086	0,008
	No realizado	23 (19,45)	14 (4,62)		

* Se utilizó el test exacto de Fisher en los años 1991 y 1992, cuando el número de casos en algún grupo era inferior a 5.
** En seis registros no se especificó si la solicitud fue del paciente o del médico (uno de 1991, 2 de 1992 y tres de 1993).

Se puede apreciar también cómo el porcentaje de tests realizados es significativamente mayor cuando la iniciativa de la solicitud procede del médico que cuando procede del paciente. Concretamente, para el conjunto de los tres años, estos porcentajes fueron de 95,38% y 89,25% respectivamente (P = 0,008).

Distribución por edad y sexo de los pacientes con test VIH realizado

El número de varones superó ampliamente al de las mujeres, 272 (57,3%) frente a 203 (42,7%) existiendo 11 casos no consignados. La media de edad por sexo fue de 31,0 años en los varones y 25,8 en las mujeres (P = 0,0001).

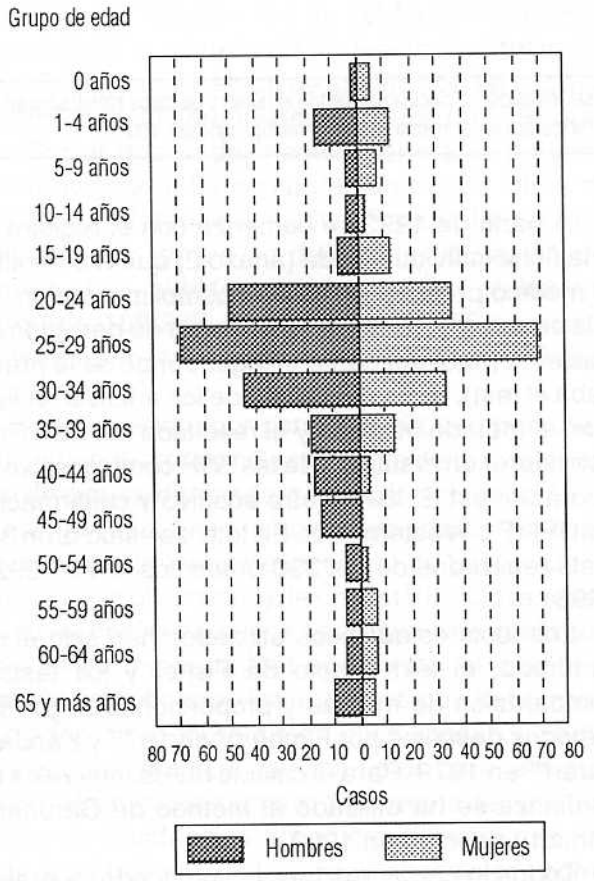
La figura 2 representa la pirámide de distribución por edad y sexo de los pacientes a los que se les realizó un test VIH.

Evolución temporal de los factores de riesgo y otros motivos para un test VIH

Los motivos para la prescripción y realización de un test VIH fueron divididos en dos categorías. La primera reflejaba la presencia de algún factor o comportamiento considerados «de riesgo» de infección VIH. La segunda categoría representaba todos aquellos otros motivos para hacer un test VIH sin que existiese realmente un factor de riesgo. El factor de riesgo fue conocido en 283 personas a las que se les practicó un test VIH, es decir en el 58,2% de todos los tests realizados. Del resto, el 32,5% tenía otro motivo principal. En el 9,3% no existía factor de riesgo o motivo conocido.

Tomando como base los pacientes con factor de riesgo conocido a los que se les practicó un test VIH en los tres años de registro (283), el grupo más importante fue el ser usuario de drogas por vía parenteral (UDVP), 41,6% (IC 95%: 36,0-47,4), seguido de los contactos heterosexuales múltiples, 14,8% (IC 95%: 10,7-19,0), de los contacto heterosexuales con personas que pertenecen a alguna categoría de riesgo, 10,6% (IC 95%: 7,0-14,2) y los hijos de madre perteneciente a alguna categoría de riesgo, 9,2% (IC 95%: 6,1-13,2).

Figura 2. Distribución por edad y sexo de los pacientes a los que se les realizó un test VIH



Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 2. Distribución por motivo y sexo de los pacientes a los que se les practicó un test VIH

Motivo-factores de riesgo	Varones	Mujeres	Desconocido	Total
Varón homo-bisexual no UDVP	13 (3)	0 (0)	0 (0)	13 (3)
UDVP	96 (20)	20 (4)	2 (0)	118 (24)
Homo-bisexual + UDVP	3 (1)	0 (0)	0 (0)	3 (1)
Hemofílico o alteraciones coagulación	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Recepción transfusiones	5 (1)	4 (1)	0 (0)	9 (2)
Hijos de madre a riesgo	12 (2)	12 (2)	2 (0)	26 (5)
Contactos sexuales personas región endémica	9 (2)	4 (1)	1 (0)	14 (3)
Contactos heterosexuales múltiples	33 (7)	8 (2)	1 (0)	42 (9)
Exposición profesional	5 (1)	10 (2)	0 (0)	15 (3)
Prostitución	4 (1)	2 (0)	0 (0)	6 (1)
Pacientes originarios región endémica	2 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)
Contactos homosexuales a riesgo	3 (1)	1 (0)	0 (0)	4 (1)
Contactos heterosexuales a riesgo	8 (2)	22 (5)	0 (0)	30 (6)
Subtotal	194 (40)	83 (17)	6 (1)	283 (58)
Otro motivo				
Ansiedad	17 (4)	16 (4)	1 (0)	36 (8)
Razones administrativas y legales	7 (2)	2 (0)	0 (0)	9 (2)
Síntomas sugieren infección VIH	12 (2)	6 (2)	0 (0)	18 (4)
Screening embarazo	2 (0)	77 (16)	2 (1)	81 (17)
Screening matrimonio	1 (0)	1 (0)	0 (0)	2 (0)
Pacientes con ETS	11 (2)	1 (0)	0 (0)	12 (2)
Subtotal	50 (10)	105 (22)	3 (1)	158 (33)
Desconocido	28 (6)	15 (3)	2 (0)	45 (9)
Total	272 (56)	203 (42)	11 (2)	486 (100)

Nota al pie: Los porcentajes, entre paréntesis, tienen como base el total de los 486 tests realizados.

La evolución a lo largo de los tres años de registro ha sido diferente para unas categorías y otras. La proporción de la categoría UDVP ha caído del 51,3% en 1991 al 33,3% en 1993. El motivo «Contactos heterosexuales múltiples» es el que más ha subido, pasando de 13,5% en 1991 y 7,6% en 1992 a 22,8% en 1993. También ha sufrido un incremento importante la categoría de varones homo y bisexuales; de 0 casos en 1991 se pasó al 2,8% en 1992 y al 9,5% en 1993.

En cuanto a los tests practicados en pacientes sin factor de riesgo, el screening antes o durante el embarazo supone más de la mitad de los casos (51%), seguido de la ansiedad, 22,7%, y la presencia de síntomas sugestivos de infección VIH sin factor de riesgo o de enfermedades de transmisión sexual (ETS) 11,3% y 7,6% respectivamente.

La evolución anual muestra un incremento importante de 1991 a 1993 en los tests practicados a embarazadas, pasando del 37,8% al 53,0%. Por el contrario, los pacientes con enfermedades de transmisión sexual (ETS) cayeron del 10,8% al 4,5% en el mismo período de tiempo.

En 50 pacientes existió una asociación de factor de riesgo con algún otro motivo para la realización del test. En la mayoría de los casos fue la ansiedad y las razones administrativas o legales la causa consignada.

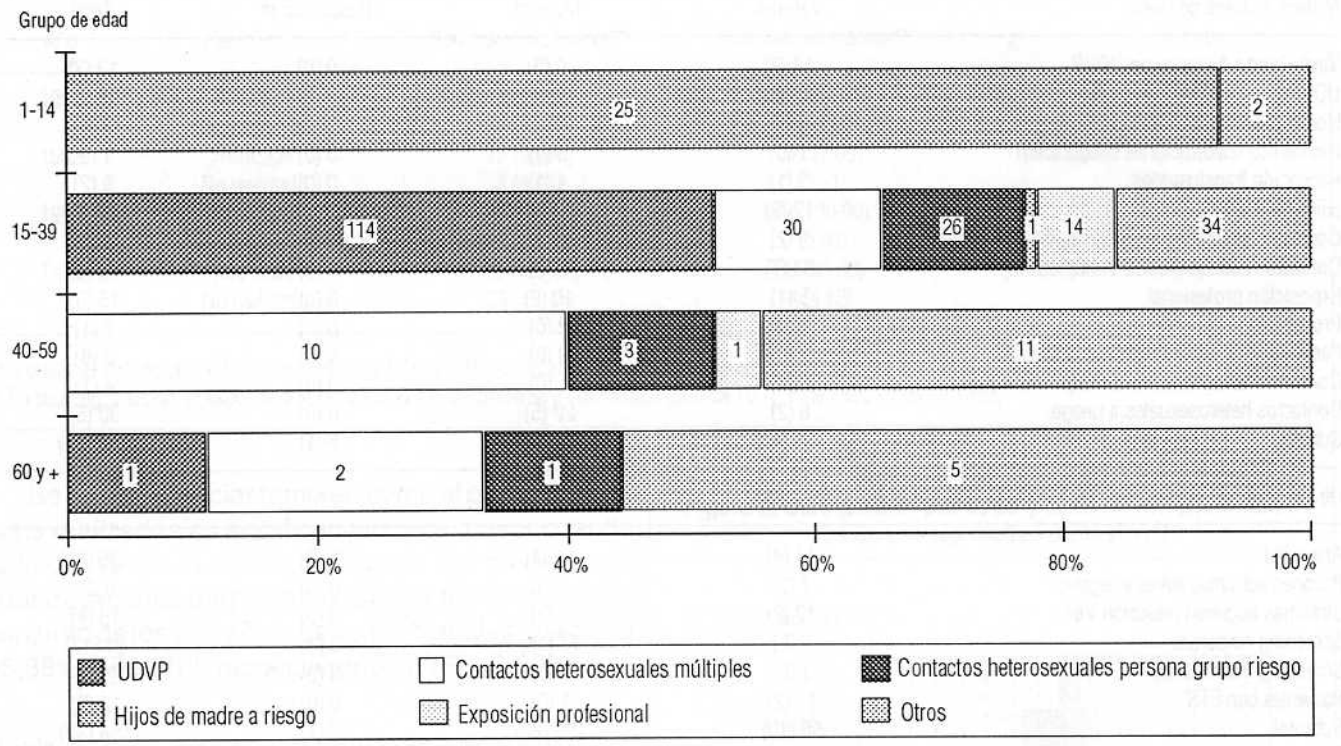
Distribución por edad y sexo de los pacientes a los que se les practicó un test VIH

Por sexo, los tres principales factores de riesgo que motivaron la práctica de un test VIH fueron el ser un UDVP, los contactos heterosexuales múltiples y el ser hijo de madre «a riesgo» para los varones y el ser UDVP, los contactos heterosexuales múltiples y los contactos sexuales con personas que pertenecen a algún grupo con factor o comportamiento «de riesgo» para las mujeres. Cuando no existe un factor de riesgo conocido, el motivo más relevante fue la ansiedad en los varones y el screening antes y durante el embarazo en las mujeres (tabla 2).

Se aprecia asimismo diferencias en las causas motivadoras del test cuando se hace la distribución por grandes grupos de edad. La figura 3 muestra esta distribución para los principales factores de riesgo presentes. En la edad de mayor incidencia, 15-39

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Figura 3. Distribución por motivo de la demanda y grupo de edad de los pacientes a los que se les practicó un test VIH



Los números en las barras corresponden con el número absoluto de casos.

años, los UDVP son los más frecuentes, mientras que en edades más avanzadas, otros factores entre los que cabe citar los contactos heterosexuales múltiples fueron los que más motivaron el test VIH.

De los 25 tests realizados a niños con madre o padre perteneciendo a algún grupo de riesgo, el ser UDVP (seis casos) o tener contactos heterosexuales múltiples (cuatro casos) fueron los más frecuentes.

Cuando el test era realizado a un individuo que había tenido un contacto heterosexual con una persona perteneciente a alguna categoría de riesgo, 30 casos, esta categoría fue la de UDVP en nueve casos (30,0%) y el ser varón homosexual en cuatro casos (13,3%); cuatro pacientes (13,3%) tenían consignado otro grupo y en 23 casos (43,3%) no se conocía el factor de riesgo.

Otras variables de interés

Del total de individuos o tests realizados, 95 (19,5%), se habían hecho un test anterior, en 351 (72,2%), era la primera vez y en 40 (8,2%) no se disponía de esta información.

De los 362 tests realizados entre 1992 y 1993 (tests en los que se estudió el resultado), el 30,9% de los tests fueron efectuados en un hospital público y el 29,8% en un centro extrahospitalario público. Menos del 1% consignan un centro privado, pero existen cerca de un 40% no consignado. Los resultados fueron conocidos en el 77,1% de los casos, el 3,3% fueron perdidos, el 0,8% no notificados en AP y en el 18,8% este dato faltaba.

Resultado del test VIH y método empleado

Para considerar un resultado de test VIH como positivo se pedía un test ELISA, u otro positivo y confirmación con IFI-IF o Western-Blot. El test más empleado fue ELISA, en la práctica totalidad de los casos y la asociación ELISA + W-B, en el 11% de los registros. De los 362 casos, 87 (24%) no tenían resultado consignado, 19 (5,2%) tenían un resultado positivo (ELISA + test de confirmación) y 256 (70,8%) eran negativos.

Entre los positivos, 11 (57,89%) pertenecían a la categoría de UDVP, 2 (10,53%) a contactos heterosexuales múltiples, 2 (10,53%) a contactos heterosexuales con personas de algún grupo de riesgo y el resto se reparten en exposición profesional (1 caso), homosexual + UDVP (1 caso), hijo de madre a riesgo (1 caso) y desconocido (1 caso).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Discusión

Los tests VIH de este estudio descriptivo proceden de la RMCCyL y representan sólo una proporción de todos los tests VIH practicados en nuestra comunidad. Si bien estos datos pueden ser considerados como representativos de lo que sucede en el ámbito de la AP, no representan en absoluto al total de los tests practicados. Otras aproximaciones de estas personas a los servicios de laboratorio como pueden ser la práctica privada, la consulta directa en un centro especializado u hospitalario o derivados de los centros de rehabilitación de drogodependientes o de ayuda, dependientes de organizaciones no gubernamentales, quedan por tanto al margen de este estudio.

Más difícil aún es valorar convenientemente las características epidemiológicas de los pacientes testados con resultado positivo por la moderada representatividad de todos los tests prescritos y por las características de la población atendida en AP que implica un escaso número de positivos. No obstante, merece la pena resaltar la importancia de observar estos fenómenos en una población tan heterogénea como es la población cubierta por la Red, que en cierta media son representativos de lo que ocurre en la población general.

Los resultados obtenidos muestran una clara tendencia ascendente de la frecuencia de la prescripción y realización de test VIH desde AP. El indicador utilizado, número de tests realizados dividido entre declaraciones efectuadas, se ha utilizado con el fin de suavizar las variaciones estacionales ocasionadas por los períodos vacacionales de los médicos participantes y para eliminar el sesgo ocasionado por la variación anual del número de médicos notificadores. Las variaciones temporales observadas por grupo de riesgo deben ser interpretadas con cautela al estar basadas en un número relativamente bajo de casos.

La frecuencia en Castilla y León es la más baja de todas las frecuencias descritas en otras redes centinelas con un registro de similares características y perfectamente comparables. Bélgica, Francia y sobre todos Suiza muestran entre 10 y 20 veces más tests en AP que nuestra comunidad. Holanda sin embargo sólo tiene dos veces más tests prescritos en el primer nivel asistencial[4,13,14].

Estas diferencias no sólo traducen un diferente sistema sanitario entre estos países y el nuestro, sino también las especiales características de los pacientes testados en lo que a su comportamiento de riesgo se refiere, que implica diferentes aproximaciones al test VIH. Así, en Castilla y León, el alto porcentaje de UDVP, con sistemas de ayuda socioasistencial específicos puede ser motivo de derivaciones directas a laboratorios hospitalarios o extrahospitalarios sin el previo paso por los servicios de AP.

Las diferencias son marcadas también en el origen de la demanda y en la distribución por factores de riesgo o en otros motivos para realizar un test VIH. En Castilla y León, el 60% de los tests son prescritos por iniciativa del médico en Castilla y León, mientras que este porcentaje no llega al 50% en Bélgica, Suiza y sobre todo en Holanda en donde el 87% de los tests son demandados por el paciente.

En más de la mitad de los pacientes se ha recogido algún factor o comportamiento de riesgo (58%) cuya distribución porcentual se asemeja a la distribución de los factores de riesgo presentes en los casos de SIDA[15]. Los UDVP representan el 42% de todos los factores de riesgo presentes y el 24% de todos los tests realizados y sitúa a éste como el más importante de todo el registro. Esta alta proporción refleja la verdadera importancia de este grupo de riesgo en nuestra comunidad.

Un hecho llamativo, ya constatado en otros estudios relacionados con el VIH y también en el registro regional de casos de SIDA[15], es el incremento del grupo perteneciente a los contactos heterosexuales. En el registro de la Red se puede observar que el 9% de las personas que demandan un test VIH sin tener otro factor de riesgo es por haber tenido contactos heterosexuales múltiples, no necesariamente con seropositivos o personas consideradas a riesgo. Asimismo se aprecia un descenso del grupo de UDVP que se testan en AP cuya explicación pueda deberse a un descenso de esta práctica de riesgo y a la utilización de vías alternativas de asistencia sanitaria. Especial relevancia en estos datos representa el número relativamente importante de tests realizados en niños menores de 15 años. Este alto porcentaje, 5,5%, de todos los test practicados no tiene correspondencia con ningún registro de los países de nuestro entorno y se encuentra justificado por el despistaje sistemático de la infección VIH en hijos de madres o padres que presentan algún comportamiento de riesgo o son seropositivos, la mayoría pertenecientes al grupo de UDVP.

Otro fenómeno llamativo de los resultados es el hecho de que en el grupo de 15-39 años se centra el mayor número de UDVP, mientras que en los grupos de edad avanzados se observa más heterogeneidad de los factores o comportamientos de riesgo.

De los resultados serológicos cabe destacar lo que ya se suponía, que los UDVP representan el mayor volumen de resultados positivos, a gran distancia de los otros factores de riesgo.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Resulta interesante también analizar el 33% de los tests prescritos en los que no existía un factor o comportamiento de riesgo conocido. Parece ser una práctica común, y con tendencia a aumentar, el testar a las embarazadas, de manera sistemática al hilo de los exámenes de rutina (17% de todos los tests). La ansiedad, sin otro componente adicional, fue la causa de la práctica del 8% del total de tests que se mantiene, sin embargo en límites bajos si la comparamos con el porcentaje de otros países de nuestro entorno[4].

Si bien los resultados de los tests practicados no aportan una cifra valorable y representativa de la región, sí permite algún tipo de comparación internacional. A pesar de que el número total de tests por médico es mucho menor en Castilla y León que en los demás países europeos, el porcentaje de seropositivos en los tres años del registro es significativamente mayor, 5,2% frente al 1,1% de media.

Algunas preguntas quedan todavía en el aire, contribuyendo a tomar una actitud precavida en la valoración de estos datos. La veracidad de la información sobre la actividad sexual recogida en este tipo de estudios ha sido ampliamente cuestionada[16]. Tampoco está claramente definida la frontera entre lo que se considera un comportamiento de riesgo y cuando se empieza a considerar que existe un componente de ansiedad, y en este caso, ¿es siempre necesario testar al individuo que demanda el test?

Un número no despreciable de tests son motivados por razones administrativas y legales pero se desconoce la causa específica que lo provoca. En todo caso la cuestión que se plantea es si todas esas demandas tienen una justificación o son prácticas enmarcadas fuera de la legalidad. Un problema similar plantea el screening durante el embarazo. Se desconoce si existe consentimiento o al menos información a la embarazada sobre la realización de esa prueba.

A pesar de todos estos interrogantes y nuevas hipótesis de trabajo que pueden ser planteadas, el registro de la prescripción de test VIH desde AP parece una herramienta útil en la valoración de la situación del problema y comportamiento de la población general frente a la infección VIH.

Parece que la AP se enfrenta cada vez más con el manejo de población con factores o comportamientos de riesgo de VIH/SIDA y que esta población demanda cada vez más servicios específicos como el test VIH. En este sentido, algunos autores muestran la necesidad de preparar y descargar responsabilidades en la AP para el control y seguimiento de estos pacientes, sean o no seropositivos o enfermos de SIDA[17,18].

Los datos aportados por este trabajo no han podido poner de manifiesto insuficiencias en la práctica médica de la AP frente al VIH/SIDA. Por el contrario, se ha observado una correcta caracterización del demandante de un test VIH, sobre todo en lo que se refiere a los factores de riesgo, aspecto sumamente importante para el consejo y la educación sanitaria destinada a cambiar los comportamientos y prácticas de riesgo.

Este registro no pretende más que esclarecer algunos aspectos de la relación VIH-AP y parece interesante su continuación con el fin de evaluar tendencias en el comportamiento tanto de la población como del sistema sanitario. Nuevas hipótesis de trabajo plantean la necesidad de avanzar hacia la implantación de un registro de actividades y de seguimiento de pacientes VIH o enfermos de SIDA en la Atención Primaria, como ya se ha puesto de manifiesto por algunos autores[19] y llegar a conocer la actitud y la aptitud de los profesionales de AP frente a esta enfermedad y sus condicionantes clínicos y sociales.

Agradecimiento

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de todos los médicos generales, pediatras y personal de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social que colaboran en la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León.

Bibliografía

1. Vigilancia del SIDA en España. *Informe trimestral Nº 3/94.* Registro Nacional del SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. 30 de septiembre de 1994.
2. Katsufrakis PJ, Radecki SE. Training in human immunodeficiency virus disease for community physicians. The Los Angeles experience. *West J Med* 1992; 156 (6): 619-23.
3. Paaw DS, O'Neil DF. Human immunodeficiency virus and the primary care phisician. *J Fam Pract* 1990; 31: 646-50.
4. Van Casteren V, Leurquin P, Bartelds A y cols. Demand Patterns for HIV-Test in General Practice: Information Collected by Sentinel Networks in 5 European Countries. *Eur J Epidemiol* 1993; 2: 169-75.
5. *Boletín Epidemiológico de Castilla y León* 1989; vol 5 nº 37.
6. Vega AT, Gil M, Ruiz C, Zapatero E, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León: aplicación del análisis de conglomerados para la obtención de una población representativa. *Gac Sanit* 1990; 4: 184-8.
7. Instituto Nacional de Estadística. *Poblaciones de Derecho y de hecho de los municipios españoles.* Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Madrid: INE, 1987.
8. Vega Alonso AT. *La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León. Descripción, Análisis y Evaluación* [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, 1994.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 04/08/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

9. Fiemberg SE. *The Analysis of cross-classified data.* Cambridge, MA: MIT Press, 1977.
10. Kendall M, Stuart A. *The advanced theory of statistics,* vol 2. New York: MacMillan Publishing Company, 1979.
11. Gardner MJ, Altman DG. *Statistics With Confidence.* Belfast: The Universities Press Ltd, 1992.
12. *SAS Procedures Guide,* version 6, 3rd edition. Cary NC: SAS Institute Inc, 1990.
13. Van Casteren V, Bartelds A, Gurtner F, Massari V, Maurice-Tison S, Vega A. Prescriptions of HIV-test by sentinel networks of general practitioners in various European Countries. *The Seventh International Conference on AIDS.* Florence, Italy, 16-21 June 1991.
14. Massari V, Epidemiologie de l'infection à VIH en médicine générale libérale. *Rev Epidém et Santé Publ* 1993; 41:S54- S6.
15. *Informe trimestral del Registro Regional de SIDA de Castilla y León.* Consejería de Sanidad y Bienestar Social. 30 septiembre 1994 (datos no publicados).
16. Ross MW. Psychosocial factors in admiting to homosexuality in sexual transmitted disease clinic. *Sexually Transmitted Diseases* 1985; 12: 83-9.
17. Alberny M, Segú MS, Grenzner V. Manejo del paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 8: 88-98.
18. González López E. El futuro protagonismo de la atención primaria en el VIH/SIDA [Carta al director]. *Aten Primaria* 1993; 1: 52.
19. Calonge BN, Miller RS, Dennis LK, Joffe LS. AIDS in Primary Care: A Report from the Ambulatory Sentinel Practice Network. *J Fam Pract* 1991; 32 (4): 369-72.

Anexo 1. Modelo de ficha de declaración de la demanda y prescripción de test VIH

TEST VIH

Iniciales de los dos apellidos		☐ ☐
Edad (especificar si son meses)		☐ ☐
Sexo (V/H)		☐
Test VIH		
solicitado por el paciente	1	☐
por iniciativa del médico	2	☐
MOTIVO DE LA DEMANDA		
Grupo de riesgo:		
varón homo-bisexual NO drogad. VP	1	☐
adictos a droga por V.P. (ADVP)	2	☐
homo/bisexual + ADVP	3	☐
pac.hemofílico con con alt. coagulación	4	☐
paciente de transfusión	5	☐
HIJOS DE MADRE RIESGO grupo...../	6	☐
con. sexuales persona reg. endémica VIH	7	☐
contactos heterosexuales múltiples	8	☐
exposición profesional	9	☐
tipo		
prostitución	10	☐
pac.origen región endémica VIH	11	☐
contactos homosexuales persona grupo...../	12	☐
contactos heterosexuales persona grupo...../	13	☐
desconocido	14	☐
otros	15	☐
OTRO MOTIVO		
ansiedad	1	☐
razones administrativas y legales	2	☐
síntomas sugestivos de la infección VIH	3	☐
screening antes/durante el embarazo	4	☐
screening antes del matrimonio	5	☐
persona con enfermedad de trans.sex (ETS)	6	☐
desconocido	7	☐
TEST VIH		
¿Ha sido el test realizado? (S/N)		☐
¿Se había realizado con anterioridad a éste algún otro test VIH (S/N)		☐

Anexo 2. Modelo de ficha de declaración del resultado de los tests realizados

RESULTADO DEL TEST VIH

Código médico: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Semana de registro del caso: ☐ ☐
Fecha de nacimiento (D.M.A.): ☐ ☐ ☐

Derivado a:
- Consulta especialista S.S. ☐
- Consulta especialista privado ☐
- Hospital público ☐
- Hospital privado ☐
- Laboratorio no hospitalario público ☐
- Laboratorio no hospitalario privado ☐
- Servicios territoriales de B.S. ☐

Analítica recibida: ☐
Anticuerpos anti VIH
- Positivos (1) ☐
- Negativos (2) ☐
- No realizado (3) ☐

Método analítico:
- ELISA (1) ☐
- I.F.I.; I.F. (2) ☐
- Westernblot (3) ☐
- Otro (4) ☐
- No consta (0) ☐

Analítica no recibida: ☐
- Paciente perdido de vista ☐
- Ausencia de notificación ☐