

# Nuevas recomendaciones sobre el rastreo masivo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

New recommendations about masive screening of human immunodeficiency virus infection

Fernando Vázquez Peña\*, Valeria Vietto\*\*, Silvina Belardinelli\*\*\*

## Resumen

En el contexto del debate sobre la conveniencia de realizar rastreo universal para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), este artículo describe la controversia y resume las nuevas recomendaciones de la Fuerza de Tareas de Cuidados Preventivos de EE.UU. (USPSTF).

## Abstract

In the context of the debate about the convenience about implementation of universal screening for human immunodeficiency virus (HIV) infection, this article describes the controversy and summarizes the new recommendations of United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

**Palabras clave:** virus de la inmunodeficiencia humana, rastreo. **Key words:** human immunodeficiency virus, screening.

Vázquez Peña F, Vietto V y Belardinelli S. Nuevas recomendaciones respecto del rastreo masivo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Evid Act Pract Ambul. Oct-Dic 2012. 15(4). 123-124.

## Viñeta clínica

En nuestro consultorio de atención primaria se presenta un joven de 22 años, soltero, que vemos en consulta de primera vez, que nos dice que viene para hacerse un control de salud. Además del interrogatorio y el examen físico de rutina, le pedimos un laboratorio. Pero... ¿le solicitamos una prueba serológica para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de esa rutina? Ante esa situación hipotética, otras posibles opciones podrían ser interrogar primero sobre conductas de riesgo, y en base a sus respuestas decidir si le pedimos o no el estudio, o preguntarle directamente al paciente si desea hacerse el estudio. ¿Y si en vez de un joven nos consultara una mujer de 57 años? ¿Qué deberíamos hacer?

Hasta hace pocos meses, el debate entre quienes sostenían ser cautos y esperar a que hubiese suficiente evidencia que avalara la indicación de rastreo a la población general<sup>1</sup> y quienes recomendaban ofrecer la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a los pacientes adolescentes y adultos en general<sup>2,3</sup>, era candente.

Por ejemplo, Bayer y col., en su artículo editorial publicado a fines de 2011<sup>4</sup>, analizaban las discrepancias en las recomendaciones de los grupos de expertos, dadas por sus diferentes puntos de vista sobre la evidencia disponible, el del científico y del responsable de las políticas de salud públicas).

Vale destacar que en este contexto Max Weber (1864–1920), para muchos uno de los padres de la sociología, en su obra escrita hace casi un siglo pero aún vigente, describe las diferentes características de ambas mentalidades, afirmando que las verdades son parciales y reflejan solo una parte de la complejidad social. Lo que de una perspectiva científica se ve como rigor metodológico, puede ser visto por personas con responsabilidades de salud pública como fanatismo metodológico. Pero, por otro lado, un énfasis en considerar el contexto y ser flexibles, es una peligrosa invitación a la inconsistencia científica.

La Fuerza de Tareas de EE.UU., conocida por el rigor científico en que se apoyan sus recomendaciones, sostenía que, dado el potencial beneficio y los daños asociados con el diagnóstico de VIH (incluyendo el miedo al rechazo, el abandono, el abuso verbal y la agresión física), no se disponía de evidencia suficiente para expedirse ni a favor ni en contra de esta práctica preventiva<sup>1</sup>. Sin embargo, los responsables por las políticas de salud, que naturalmente tienden a relativizar la evidencia científica, a priorizar aspectos de la gestión, a mirar el contexto de la problemática e intentar “el arte de lo posible”, interpretaban los mismos informes de la bibliografía como suficientes para

indicar el rastreo voluntario en forma masiva, y, evocando las diferencias marcadas por Weber, destacaban el hecho de que la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de EE.UU. pudiera “darse el lujo” de no hacer ninguna recomendación<sup>4</sup>.

El debate entre científicos y políticos llegó a su fin a fines de noviembre de 2012, cuando la USPSTF emitió un comunicado por el que se daba a conocer su recomendación a favor del rastreo de la infección por el VIH en adolescentes y adultos de 15 a 65 años de edad, y en individuos no incluidos en este rango etario que presenten riesgo aumentado de contraer dicha infección. Ver cuadro 1<sup>6</sup>.

**Cuadro 1.** Resumen de las recomendaciones de la USPSTF para el rastreo del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se recomienda (recomendación de tipo A) el rastreo de la infección por VIH en:

- La población general de 15 a 65 años de edad.
- Los adolescentes más jóvenes y los adultos de mayor edad que se encuentren en situación de riesgo aumentado
- Las mujeres embarazadas, incluyendo aquellas que se presenten en trabajo de parto con serología desconocida para VIH.

<sup>6</sup>Sobre la base de datos epidemiológicos, la USPSTF considera como grupos de alto riesgo de infección por VIH a los hombres homosexuales y a los usuarios activos de drogas endovenosas. Además, se señalan como otros factores de riesgo a las relaciones sexuales (vaginales o anales) no protegidas con más de una pareja, el antecedente de tener o haber tenido parejas sexuales con infección conocida por el VIH, el intercambio de sexo por drogas o dinero, y el antecedente de uso de drogas endovenosas o de enfermedades de transmisión sexual (sospechada o confirmada).

La ampliación de la población susceptible de ser sometida a esta práctica preventiva se respalda en una revisión sistemática sobre los beneficios y los daños del rastreo de esta infección, en la que se incluye la evidencia reciente de que el inicio de la terapia antirretroviral en individuos infectados con recuentos de leucocitos CD4 menores de 500 células/mm<sup>3</sup> mejora los resultados clínicos, en términos de reducción de la mortalidad y de la frecuencia de eventos marcadores del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y disminuye la transmisión sexual del virus.

Por ejemplo, un análisis retrospectivo de los pacientes del ensayo clínico aleatorizado SMART documentó un incremento de 5,3 veces (IC95% 1,3 a 9,6) de la mortalidad o los eventos marcadores de SIDA en quienes se demoró el inicio de tratamiento antirretroviral hasta que los linfocitos CD4 llegan a valores menores de 250/mm<sup>3</sup>, respecto de los pacientes que

\*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. fernandoramon.vazquez@hospitalitaliano.org.ar

\*\*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. valeria.vietto@hospitalitaliano.org.ar

\*\*\*Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.



recibieron tratamiento con recuentos entre 350 y 500/mm<sup>3</sup>. Esta estimación implicaría que se necesitaría tratar sólo a 15 personas infectadas con CD4 mayores de 350/mm<sup>3</sup> para prevenir una muerte adicional por VIH<sup>9</sup>.

Por su parte, se estima que la reducción del riesgo de transmisión sexual del VIH asociada con la terapia antirretroviral es de 10 a 20 veces en parejas serodiscordantes<sup>9,10</sup>. Estos beneficios se suman a los ya conocidos sobre la identificación y el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas, capaz de reducir dramáticamente la transmisión por vía perinatal<sup>11,12</sup>.

Por otra parte, fueron evaluados los daños a largo plazo de la terapia con antirretrovirales, determinándose que, a pesar de la confirmación del incremento significativo en el riesgo de infarto de miocardio asociado a la exposición prolongada a ciertos inhibidores de la proteasa (RR 1,3 por año; IC95% 1,1 a 1,4), la incidencia de eventos en términos absolutos es poco relevante (3,5 por mil personas-año).

Dado que se estima que aproximadamente el 75% de los pacientes en quienes se detecta la infección por el VIH sin que se aplique la estrategia de pesquisa activa de casos, poseen recuentos de CD4 menores de 500/mm<sup>3</sup> (más de la mitad de ellos, menores de 350/mm<sup>3</sup>)<sup>13</sup>, se sugiere que muchas personas diagnosticadas a través del rastreo masivo se verán beneficiadas por el inicio del tratamiento antirretroviral en forma inmediata. Otras razones para promover el rastreo masivo incluyen la posibilidad de implementar otras intervenciones efectivas, como las inmunizaciones y la quimioprofilaxis contra infecciones oportunistas<sup>14</sup>, la modificación de conductas de riesgo de las personas al conocerse seropositivas para el VIH, que lleva a una disminución de la transmisión del virus, y una eventual reducción del estigma social que produce la realización de las pruebas serológicas si se aplica esta práctica a la población general y no sólo a los individuos considerados de alto riesgo.

La prueba diagnóstica recomendada para efectuar el rastreo del VIH continúa siendo la técnica de ELISA, que en caso de ser positiva debe ser repetida y confirmada por la de Western Blot, con características operativas de alta precisión (sensibilidad y especificidad mayores al 99%). Se pueden emplear las pruebas rápidas en la saliva o en la sangre, que proporcionan resultados más rápidos que las convencionales y tienen una sensibilidad y especificidad similares; sin embargo, un resultado positivo debe ser confirmado por el método tradicional<sup>6</sup>.

Más de allá de las excelentes características operativas de estas pruebas diagnósticas, es importante tener en cuenta que en poblaciones cuya prevalencia de infección por VIH es baja, la tasa de falsos positivos de las pruebas de rastreo sería mayor que la de verdaderos positivos. La USPSTF actualmente considera que la evidencia acerca de las consecuencias emocionales (por ejemplo ansiedad, estrés psicológico) de los falsos positivos es limitada y mayoritariamente anecdótica, y que éstas dependerían del modo y el momento en que se les noti-

fica el resultado de la prueba a los pacientes.

Otra limitación importante para poner en práctica la recomendación del tamizaje universal, es la ausencia de evidencia suficiente para determinar los intervalos óptimos para el rastreo de VIH. Se han propuesto diferentes estrategias basadas en el riesgo individual del paciente; sugiriéndose una única prueba en la población general, con determinaciones sucesivas de anticuerpos en quienes tienen un riesgo conocido de contagio, por ejemplo aquellas personas con conductas de riesgo o las residentes de áreas de alta prevalencia (al menos anualmente), mientras que existe consenso en que las mujeres debe repetirse el tamizaje con cada embarazo.

Más allá de las recomendaciones de los grupos de expertos, y al igual que en otras afecciones (como por ejemplo el cáncer de mama o el de colon), la infección por el VIH cumple todos los criterios de Frame y Carlson para justificar su rastreo<sup>15</sup>. En EE.UU. diversos estudios demostraron que es una práctica costo-efectiva incluso en ámbitos donde la prevalencia del virus es baja (0,1%)<sup>17,18,19</sup>. Sin embargo, debido a la importantes diferencias entre los distintos sistemas de salud, no sería lícito extrapolar directamente los resultados de las evaluaciones económicas a otras poblaciones, y para los médicos de atención primaria que ejercemos la profesión en sociedades diferentes a la norteamericana, ante la ausencia de recomendaciones locales basadas en políticas de salud pública, el dilema acerca de a qué pacientes pedirles la prueba de VIH no parece haberse resuelto. Aunque los beneficios en la sobrevida con el tratamiento temprano de la infección pueden justificar los costos adicionales, comenzar a tratar pacientes con VIH ocasiona costos considerables, y se debe evaluar en cada región si esos costos se justifican en relación a otras intervenciones también necesarias. Incluso si se contara con evaluaciones de costo-efectividad basadas en datos locales que permitieran una toma de decisiones racional, se necesitarán además estudios de impacto presupuestario para garantizar un uso eficiente de los recursos disponibles.

## Conclusiones

Aunque no se logró identificar estudios que evaluaran en forma directa los efectos clínicos del rastreo de la infección por VIH en comparación con no realizarlo, la revisión de la evidencia acumulada en los últimos años permite afirmar que los beneficios de aplicar esta práctica preventiva en la población general superan los potenciales daños. En poblaciones con marcadas diferencias en cuanto a la estructura del sistema sanitario, la disponibilidad de recursos y las características epidemiológicas de la infección por el VIH, en ausencia de políticas de salud pública y recomendaciones locales claras, cada médico de atención primaria deberá evaluar si las recomendaciones de este tipo de grupo de expertos pueden ser aplicados a sus pacientes a cargo, y, probablemente, tomar decisiones individuales en cada caso particular.

Recibido el 20/11/12 y aceptado el 30/12/12.

## Referencias

1. 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>
2. Branson BM et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR 55(18-19):1-17.
3. WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in Elth facilities. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2007.
4. Bayer R, Oppenheimer G. Routine HIV Screening — What Counts in Evidence-Based Policy? NEJM, Oct 6 2011, 365, 14, 1265-68.
5. Weber M. El político y el científico. Alianza Editorial 1967, Madrid.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: Draft Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 12-05173-EF-3. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec.htm>
7. Screening for HIV: Systematic Review to Update the 2005 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf13/hiv/hivadulart.htm>
8. Emery S et al. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naive participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. J Infect Dis. 2008;197:1133-44.
9. Anglemeyer A y col. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. Cochrane Database Syst Rev. 2011;CD009153.
10. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011;365:493-505.
11. Chou R, Hultman LH, Fu R, Smits AK, Korthuis PT; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2005;143(1):55-73.
12. Chou R, Cantor AG, Zakher B, Bougatsos C. Screening for HIV in Pregnant Women: Systematic Review to Update the 2005 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Ann. Intern. Med. 20 de noviembre de 2012;157(10):719-28.
13. Buchacz K, Armon C, Palella FJ, et al. CD4 cell counts at HIV diagnosis among HIV outpatient study participants, 2000-2009. AIDS Res Treat. 2012;2012:869841.
14. Losina E, Schackman BR, Sadownik SN, et al. Racial and sex disparities in the life expectancy losses among HIV-infected persons in the United States: impact on risk behavior, late initiation, and early discontinuation of antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2009;49:1570.
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;20:1447.
16. Ciapponi A, Augustovski F. ¿Llegó la hora del rastreo de VIH en la población general? Evid. Actual. Pract. Ambul. 2006;9(6):162-4.
17. 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.
18. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States- an analysis of cost-effectiveness. N Eng J Med 2005;352:586-96
19. Sanders CG, Bayoumi AM, Sundaram V, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. N Eng J Med 2005;352:570-85.