

Oportunidades perdidas en el tamizaje de VIH en pacientes de reciente diagnóstico en un centro de atención terciaria de Santiago, Chile, durante el año 2020

Missed HIV screening opportunities among newly diagnosed individuals at an urban medical center in Santiago, Chile during 2020

Catalina Gutiérrez R.¹, Felipe Bravo B.¹, Omar Contreras C.², Alejandra Gavrilovics B.¹, Michel Serri¹, Lorena Rodríguez A.¹, Magdalena Espejo H.¹, Gabriel Llul M.³, Fernando Bernal O.¹ y Patricia Vásquez T.¹

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad de Infectología Hospital San Juan de Dios.

²Estudiante de Medicina Universidad de Chile.

³Laboratorio Clínico, Hospital San Juan de Dios.

Sin conflictos de interés.

Sin fuente de financiamiento.

Recibido: 24 de julio de 2024 / Aceptado: 21 de octubre de 2024

Resumen

Introducción: En Chile se han implementado estrategias para mejorar el testeo de VIH, a pesar de lo cual, numerosos factores contribuyen al tamizaje subóptimo. **Objetivo:** Evaluar oportunidades perdidas de testeo. **Pacientes y Método:** Análisis retrospectivo de pacientes ingresados al policlínico de Infectología del Hospital San Juan de Dios y registro de las atenciones previas al diagnóstico, entre enero y diciembre de 2020. **Resultados:** Ingresaron a control 221 personas viviendo con VIH de reciente diagnóstico (*naïve*). 20% (45/221) eran de sexo femenino y 80% (176/221) de sexo masculino. El promedio de linfocitos CD4+ fue 255 céls/ul. El 71% de los diagnósticos se realizó en una etapa tardía (menos de 350 linfocitos CD4+). Entre los pacientes con diagnóstico reciente, 26 ingresos (11%) tuvieron al menos una oportunidad perdida de tamizaje el año previo; de éstas, 18 eran de sexo masculino (10% de los hombres) y 8 de sexo femenino (17% de las mujeres); 65% (17/26) fueron en consultas en servicio de urgencias y 35% (9/26) en policlínicos ambulatorios. **Discusión:** El porcentaje de oportunidades perdidas pesquisadas fue menor a lo reportado en la literatura médica. Optimizar el tamizaje permite el inicio precoz de terapia antiretroviral lo cual representa un importante paso para reducir la transmisión.

Palabras clave: oportunidades perdidas; recuento linfocitos CD4; diagnóstico tardío.

Abstract

Background: In Chile, several strategies have been implemented to improve HIV testing. **Aim:** To evaluate missed opportunities for HIV screening. **Method:** Retrospective analysis of new patients admitted to Infectious Diseases Service Hospital San Juan de Dios between January and December 2020. **Results:** 221 People Living with HIV/AIDS (PLHIV) naïve were admitted for control. 20% were female and 80% male. The average CD4 lymphocyte count was 255 cells/ul. 71% of diagnoses were made at late stage (less than 350 CD4 lymphocytes). Among newly diagnosed patients, 26 (11%) had at least one missed screening opportunity in previous year. Of these, 18 PLHIV were male (10% of men) and 8 were female (17% of women); 65% were in emergency department and 35% in outpatient offices. **Discussion:** The percentage of missed opportunities in our center was lower than reported in literature. Identifying PLHIV and linking them to care facilities represents an important step in reducing transmission.

Keywords: missed diagnosis; CD4 cell count; HIV; late diagnosis; missed opportunities.

Correspondencia a:

Catalina C. Gutiérrez Ruíz
catalina.gutierrez@redsalud.gob.cl
catagutierrezmd@gmail.com

Introducción

En América latina, datos de ONUSIDA estiman un aumento de 8% de las nuevas infecciones por VIH, considerándose que aproximadamente 85% de las personas que viven con VIH (PVV) conocen su estatus serológico¹.

En Chile, en el año 2022 se estimó que había 83.000 PVV, con una prevalencia de 0,6% y aproximadamente 5.000 nuevas infecciones al año, con una incidencia de 0,25 x 1.000 personas, considerándose una epidemia concentrada en poblaciones claves¹.

Asimismo, se objetivó un aumento de casos nuevos de infección por VIH registrados durante el periodo pre-pandemia y posteriormente una baja en la demanda de test de VIH durante el periodo pandemia COVID-19 (2020-2021)².

La detección del VIH en el país se hace principalmente a través de un examen de tamizaje, que puede efectuarse en establecimientos de salud de atención abierta o cerrada del sistema público o privado. Este examen debe ser voluntario, confidencial y acompañado de consejería³.

En nuestro país se han implementado estrategias para mejorar el testeo, entre ellas solicitar tamizaje de VIH a toda mujer embarazada durante el primer control de embarazo y posteriormente repetirlo durante el tercer trimestre, con el objetivo de disminuir la transmisión vertical de VIH⁴; la implementación el año 2017 del test visual/rápido para el tamizaje de VIH en establecimientos de atención primaria y centros comunitarios⁵ y el auto testeo el año 2023⁶. Además el año 2019 se agregó la estrategia PrEP (profilaxis pre exposición) para la prevenir la adquisición de VIH⁷.

A pesar de estas recomendaciones, numerosos factores contribuyen al tamizaje subóptimo. Entre las barreras para solicitar el examen se describen el estigma social, problemas de privacidad y la baja percepción de riesgo. Se han identificado lugares de atención clínica donde se desperdician oportunidades de tamizaje de VIH, entre ellas los servicios de urgencia. Estudios han reportado porcentajes de oportunidades perdidas entre 31⁸ y 58%⁹ (porcentaje de pacientes recientemente diagnosticados que tenía al menos una oportunidad perdida de testeo previo).

La encuesta nacional de salud (ENS) del año 2017, evidenció que sólo 17,2% de las personas encuestadas refirió haberse realizado el examen para VIH en los últimos 12 meses. Esta cifra presenta una disminución de 40%, respecto a la ENS realizada en 2010^{10,11}. A esto se agrega que, de los nuevos diagnósticos, 42% se notifica en etapa SIDA¹², lo que se considera un diagnóstico tardío de la enfermedad.

Globalmente, los diagnósticos tardíos son un desa-

fío; en Europa, en el año 2022, el 50,6% de los diagnósticos fueron tardíos, definiéndose como un recuento de linfocitos T CD4+ (LTCD4+) menor a 350 céls/ul. Entre los factores de riesgo para el diagnóstico tardío se evidenció el reporte de orientación heterosexual¹³.

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc), está compuesto por centros de atención primaria de salud, secundaria y terciaria. Los centros terciarios están constituidos por el Hospital Félix Bulnes Cerda, el Hospital de Curacaví, el Hospital de Talagante, el Hospital de Peñaflo, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital de Melipilla y el Instituto Traumatológico.

El policlínico de Infectología del Hospital San Juan de Dios, en Santiago de Chile, atiende aproximadamente 4.300 PVV, provenientes en su mayoría de la Red Asistencial del SSMOc. El año 2019, en el laboratorio clínico de nuestra institución se realizaron 27.544 exámenes de tamizaje, con 426 casos confirmados y el año 2020 el número total de exámenes disminuyó a 24.462, confirmando 252 casos (datos no publicados).

En esta disminución de casos nuevos influyó la baja en el testeo, al igual que en todo nuestro país. Cabe resaltar que, durante toda la pandemia, y a pesar de las restricciones por la situación epidemiológica, se mantuvo la atención a todos los ingresos de PVV con inicio precoz de TAR (el mismo día del ingreso a policlínico) y continuidad en el despacho de medicamentos. Para evaluar las oportunidades perdidas de testeo durante este periodo, se llevó a cabo este estudio.

Pacientes y Método

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes nuevos ingresados al policlínico de Infectología del Hospital San Juan de Dios durante el período entre enero y diciembre de 2020. La información se recopiló desde la ficha clínica electrónica (RCE) o prestación específica, del registro del laboratorio clínico, y registros de farmacia a través del sistema Hermes.

Para esto se revisaron las horas agendadas durante el año previo (un año previo al diagnóstico de infección por VIH) mediante revisión de plataforma *TrakCare* (sistema de información hospitalaria para la gestión integrada de la Red Asistencial del SSMOc), donde se registran las consultas de los Hospitales: Félix Bulnes Cerda, de Curacaví, de Talagante, de Peñaflo y San Juan de Dios.

Se incluyeron en el análisis todas las PVV con diagnóstico reciente ingresadas en el período, mayores de 18 años y se excluyeron las PVV diagnosticadas previamente o trasladadas desde otro centro, así como pacientes bajo 18 años de edad.

A continuación, se revisó la historia clínica del paciente para ver si tenía una visita en hospitales integrados en la plataforma *TrackCare*. La pérdida de oportunidad de testeo se definió como la falta de realización de la prueba de detección del VIH en consultas ambulatorias o servicios de emergencia, en un período de doce meses antes del diagnóstico del VIH y de la admisión a nuestra unidad.

Los datos recopilados incluyeron sexo, edad, fecha de la consulta, recuento de LTCD4+ en el momento del diagnóstico, embarazo, orientación sexual, patologías definitorias del SIDA en el momento del diagnóstico y motivo de consulta en servicios de urgencia. El manejo de la base de datos y análisis estadístico se realizó utilizando plataforma RedCAP y programa Excel.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico (CEC) de nuestro hospital, Resolución Exenta n° 04731/2023.

Resultados

Desde enero a diciembre de 2020 ingresaron a control 221 PVV de reciente diagnóstico (*naive*), de un total de 347 ingresos totales (126 correspondían a traslados o reingresos). El 20% (45/230) eran de sexo femenino y 80% (176/221) de sexo masculino.

De los CD4+ registrados a su ingreso, el promedio de LTCD4+ fue de 255 céls/ul. El 71% de los diagnósticos se realizó en una etapa tardía (menos de 350 LTCD4+) como se detalla en la Tabla 1.

Entre los pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH ingresados al policlínico del Hospital San Juan de Dios, 26 tuvieron al menos una oportunidad perdida de tamizaje el año previo registrado en plataforma hospitalaria, lo que equivale a 11% de los pacientes *naive*. De estas oportunidades perdidas, 18 eran de sexo masculino (10% de los hombres) y 8 de sexo femenino (17% de las mujeres). De las 8 mujeres con oportunidades perdidas, 4 se encontraban cursando un embarazo al momento del diagnóstico.

De las oportunidades perdidas, 65% (17/26) fueron en atenciones en servicios de urgencias y 35% (9/26) en policlínicos ambulatorios de los hospitales integrados en sistema *TrakCare*. Los motivos de consulta en servicio de urgencia se detallan en la Tabla 2.

De los 26 pacientes con oportunidades perdidas, 15 (58%) tenían menos de 200 LTCD4+ y 11 (42%) más de 200 LTCD4+ al momento del diagnóstico. Las oportunidades desaprovechadas fueron principalmente en personas con orientación heterosexual (Tabla 3).

De los 26 pacientes con oportunidades perdidas, 9/26 (35%) debutaron con patologías definitorias de SIDA a su ingreso al policlínico y 17/26 (65%) no; las patologías se detallan en la Tabla 4.

Tabla 1. Recuentos linfocitos T CD4+ de pacientes ingresados a policlínico de Infectología el año 2020

Recuento linfocitos CD4+	Porcentaje (número)
Menor a 100	27% (60/221)
Entre 100 y 200	16% (36/221)
Entre 200 y 350	28,5% (63/221)
Sobre 350	28% (61 /221)
Sin dato	0,5% (1/221)

Tabla 2. Motivos de consulta en servicio de urgencias en oportunidades de testeo desaprovechadas

Motivo de consulta en Servicios de Urgencia	Porcentaje (número)
Dolor abdominal	24% (4/17)
Cefalea	18% (3/17)
Constatación de lesiones	18% (3/17)
Náuseas y vómitos	12% (2/17)
Intento de suicidio	5% (1/17)
Mordedura animal	5% (1/17)
Otras	18% (3/17)

Tabla 3. Oportunidades perdidas según orientación sexual

Orientación sexual	Porcentaje (número)
Heterosexual	65 % (17/26)
Homosexual	23% (6/26)
Bisexual	8% (2/26)
Otro	0
No descrito	4% (1/26)

Tabla 4. Infecciones oportunistas al diagnóstico, en pacientes con oportunidades perdidas de testeo el año previo

Enfermedades definitorias de SIDA	Número de casos
Toxoplasmosis cerebral	1
Meningitis por <i>Cryptococcus</i> spp	1
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	1
Síndrome consuntivo	1
Candidiasis esofágica	2
Tuberculosis meníngea	1
Tuberculosis miliar	2
Total	9

Discusión

Este estudio es la primera aproximación a oportunidades de tamizaje perdidas realizado en Chile; determinando 11% de ocasiones desaprovechadas en hospitales de la Red de Salud Metropolitana del Área Occidente, lo cual es menor a lo descrito en la literatura médica. Entre los sesgos que podemos mencionar, se encuentran que las atenciones médicas en nuestro país se realizan principalmente en el sistema de atención primaria, ya sea en consultorios o CES-FAM (centros de salud familiares) y las atenciones de urgencias en SAPUS (servicios de atención primaria de urgencias), las cuales no fueron identificadas en este estudio. A pesar de esto, los pacientes que consultaron a los hospitales integrados en el sistema *TrakCare* sí pudieron ser pesquisados. Si comparamos nuestro resultado con un estudio reciente que se realizó en un centro en Nueva York, Estados Unidos de América, y que evaluó solo las atenciones previas en su centro, el porcentaje también es menor, 11% comparado con 36%¹⁵.

El 73% de los diagnósticos se realizó en una etapa tardía de la enfermedad, lo cual demuestra que se pierden oportunidades de tamizaje en pacientes asintomáticos, que probablemente no consultan hasta una etapa avanzada de la enfermedad, o que consultan en atención primaria de salud y en hospitales de la red pública y privada.

Al igual que lo descrito en la literatura médica, hubo un mayor porcentaje de oportunidades perdidas en personas de orientación heterosexual¹³, en quienes existe una percepción de riesgo menor y, en nuestro estudio, hubo un porcentaje más alto de oportunidades

desaprovechadas en mujeres (17%) que en hombres (10%), lo cual lleva a un diagnóstico tardío en mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo; en nuestro estudio, la mitad de las mujeres que habían tenido oportunidades perdidas de testeo al ingreso a nuestro policlínico, se encontraban cursando un embarazo, y la evidencia ha demostrado que mientras más precoz se inicia la TAR en mujeres embarazadas, el riesgo de transmisión vertical de VIH es menor¹⁶.

Al igual que lo reportado en la literatura médica, la mayoría de las oportunidades perdidas fueron en los servicios de urgencia; más de la mitad de los pacientes tenía recuento de LTCD4+ menor a 200 y 35% se encontraban en etapa SIDA¹⁷ al ingreso al policlínico.

Los hallazgos de este estudio refuerzan la necesidad de incentivar en testeo; este tamizaje se puede realizar en el sector público en establecimientos de atención primaria, centros ambulatorios de especialidad y hospitales; y en el sector privado en clínicas, laboratorios clínicos, mutuales, centros médicos, fundaciones, hospitales clínicos universitarios, hospitales institucionales y organismos no gubernamentales (ONG)³. Así mismo, desde el año 2023 se puede realizar auto testeo.

Conclusiones

El diagnóstico e inicio precoz de TAR es una importante estrategia de salud pública, permitiendo preservar la salud de los pacientes al incentivar comportamientos más saludables y disminuir la morbimortalidad y, al mismo tiempo, disminuir la transmisión. Implementar e incentivar políticas para aumentar el testeo es un factor clave para lograr estos objetivos¹⁴.

Referencia bibliográfica

- 1.- UNAIDS DATA 2023 UNAIDS data 2023.
- 2.- Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010-2022 Boletín vol.13 no. 7, 2023 Instituto de Salud Pública de Chile. https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2023/11/BoletinVIH02-09112023A_FINAL.pdf
- 3.- Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH 2010. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-VIH.pdf
- 4.- Guía de Práctica Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA 2017 Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE División de Planificación Sanitaria, DIPLAS. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/sindrome-de-la-inmunodeficiencia-adquirida-vih-sida/recomendaciones/>
- 5.- CIRCULAR-Nº15-Instruye-sobre-implementación-de-Piloto-Test-Visual-Rápido-para-el-tampara-el-tamizaje-de-VIH-en-establecimientos-de-atención-primaria-y-centro-comunitario. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/CIRCULAR-NºC2ºBA15-Instruye-sobre-implementaci%C3%B3n-de-Piloto-Test-Visual-R%C3%A1pido-para-el-tamizaje-de-VIH-en-establecimientos-de-atenci%C3%B3n-primaria-y-centro-comunitario.pdf
- 6.- Lineamientos técnicos operativos para la implementación de la estrategia de auto testeo de VIH <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/DECRETO-EXENTO-NºC2ºB0-25-SSP-2023-LINAMIENTOS-.pdf>
- 7.- Res.-Exenta-Nº1345-Aprueba-Orientaciones-Técnicas-2019-Profilaxis-Pre-Exposición-PREP-a-la-infección-por-VIH1 <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/Res.-Exenta-NºC2ºBA1345-Aprueba-Orientaciones-T%C3%A9nicas-2019-Profilaxis-Pre-Exposici%C3%B3n-PREP-a-la-infecci%C3%B3n-por-VIH1.pdf>
- 8.- DeRose J, Zucker J, Cennimo D, and Swaminathan Hindawi S. Missed testing opportunities for HIV screening and early diagnosis in an urban tertiary care center. *AIDS Res Treat.* 2017, Article ID 5708620. <https://doi.org/10.1155/2017/5708620>
- 9.- Powell M, Krentz HB, Eagles ME, Gill MJ. Missed opportunities within healthcare for an earlier diagnosis of HIV. *Int J*

- STD & AIDS 2020; 31(12): 1169-77. doi: 10.1177/0956462420945948.
- 10.- Soto-Silva A. La infección por VIH en tiempos de pandemia: Muchos retrocesos, innumerables desafíos. *Rev. Chilena Infectol.* 2022; 39(3): 287-93. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182022000200287>
- 11.- Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, primeros resultados. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública Santiago, 2017. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf.
- 12.- Boletín epidemiológico trimestral. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Chile, se 1 - 13, año 2019 BET_VIH_MARZO_2019.pdf (minsal.cl)
- 13.- HIV/AIDS surveillance in Europe 2019. 2018 data (europa.eu)
- 14.- Bagchi AD, Davis T. (n.d.). Clinician barriers and facilitators to routine HIV testing: a systematic review of the literature. *J Int Assoc Providers AIDS Care* 2020; 19, 2325958220936014. <https://doi.org/10.1177/2325958220936014> PMID: 325887.
- 15.- Paer J, Ratcliffe J, Chang M, Carnevale C, Quigee D, Gordon P, et al. Predictors of missed HIV screening opportunities among newly diagnosed individuals at an urban medical center in New York City, 2018-2022. *PLoS ONE.* 2023; 18(9): e0290414. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290414>
- 16.- Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, Dollfus C, Faye A Pannier E, et al. for the ANRS-EPF Study Group. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis* 2015; 61 (Issue 11), 1 December 2015: 1715-25. <https://doi.org/10.1093/cid/civ578>
- 17.- Terms, definitions, and calculations used in CDC HIV surveillance publications December 2016 <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/systems/nhbs/cdc-hiv-terms-surveillance-publications-2014.pdf>