

Factores que influyen en el retraso del diagnóstico del VIH

Factors influencing the delayed diagnosis of VIH

Rocio Quiroga Troche^{1,a}, Ariel Leguizamón Castro^{2,b}, Daniel Illanes^{3,c}, Mildreth Castro^{4,d}

Resumen

Objetivos: determinar los factores que influyen en el retraso del diagnóstico del VIH desde la percepción de los pacientes y del personal médico, en el municipio del Cercado. **Métodos:** estudio transversal descriptivo y cuantitativo, a través de entrevistas a pacientes VIH (+), encuestas a personal médico y revisión de historias clínicas. **Resultados:** se revisó 121 historias clínicas de pacientes VIH(+), en distintos establecimientos de salud, observándose un Diagnóstico Tardío (DT) en el 65%, considerando la presencia de enfermedades oportunistas al momento inicial del diagnóstico y 60% considerando el recuento de linfocitos CD4 < 200. En la entrevista con los pacientes, 59% no tenía pareja estable; 80% no se consideraba vulnerable a la enfermedad y 44% tenía información incompleta o nula sobre el VIH/SIDA. En el análisis estadístico, se encontró relación: (variable edad y sexo respecto a entre quienes hay más posibilidad de transmisión) con un valor de $p=0,000000049$ en la primera asociación y un valor de $p=0,000012$ en la segunda; entre las variables (edad respecto a saber sobre VIH) con un valor de $p=0,000013$; entre las variables (tener pareja estable respecto a considerarse a riesgo) con un valor de $p=0,00098$; entre (Nivel de instrucción respecto al motivo de realización de la prueba rápida para VIH) con un valor de $p=0,00083$. En la entrevista con los médicos el 39% de ellos tienen un conocimiento insuficiente sobre VIH/SIDA y la norma. **Conclusiones:** en el retraso del diagnóstico del VIH influyen factores como: la percepción de riesgo, la oferta de la prueba y el conocimiento erróneo del VIH; además el nivel de instrucción y la edad influyen en el acceso a la información. Para mejorar el diagnóstico se debe mejorar la información, hacerla más completa, adecuada y accesible; buscando un cambio de actitud en la población.

Palabras claves: retraso del diagnóstico, información incompleta, cambio de actitud, educación en salud, prevención

Abstract

Objective: to determine the factors influencing the delay of HIV diagnosis from the perception of patients and medical staff, in the municipality of Cercado. **Method:** a descriptive and quantitative cross-sectional study through interviews with patients HIV (+), surveys of medical personnel and medical record review. **Results:** it was the review of 121 clinical histories in different establishments, obtaining 65% of them, a diagnosis late (DT) for the presence of opportunistic disease at diagnosis; DT 60% for CD4 counts less than 200. Initial Among patients, 59% say they have a stable partner; 80% was not considered vulnerable to disease and 44% had incomplete or no information on HIV / AIDS. In the statistical analysis, we found relationship variables (age / if they thought HIV was for everyone) with a value of $p=0.000000049$; (Sex / for whom thought was HIV) with a value of $p=0.000012$; between (age / if they knew about HIV) with a value of $p=0.000013$; (Having a stable partner / considered at risk) with a value of $p=0.00098$; (Level of education / reason for performing HIV test) with a value of $p=0.00083$. Among doctors 39% of them have insufficient knowledge about HIV / AIDS and the norm. **Conclusions:** the delay of HIV diagnosis influence the perception of risk, the offer of proof and the erroneous knowledge of HIV; further education level / age influence access to information. To improve diagnosis should improve information, make it more complete, adequate and accessible; looking for a change of attitude.

Keywords: delayed diagnosis, incomplete information, change of attitude, health education, prevention

Pasan 31 años desde el primer caso confirmado y notificado del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en nuestro país, a pesar de los avances, en torno a la respuesta y las intervenciones para controlar la epidemia, de prevención, tratamiento y atención como en áreas de soporte social y psicológico; el número de casos notificados sigue aumentando, constituyéndose un problema de salud pública.

Los pacientes llegan a consulta médica con un sistema inmune deteriorado y alta replicación viral que acompañada de falta de terapia antirretroviral o su comienzo tardío, hace que evolucionen desfavorablemente, presenten más complicaciones y tengan mayor mortalidad¹.

El diagnóstico de pacientes VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) en etapas avanzadas (CD4 menor 200 cel/mm³) y/o con presencia de enfermedades oportunistas, puede deberse a factores propios de los pacientes como: falta de información sobre la enfermedad, que el individuo no se considera en riesgo, miedo a la prueba por el estigma social del diagnóstico VIH (+); así también factores relacionados con el sistema de salud: falta de sospecha clínica, falta de capacitación, poca oferta de prueba rápida.

La generación-difusión de información oportuna, es importante para el diseño de nuevas estrategias y mejorar las existentes. Para frenar y reducir la propagación del VIH/SIDA

¹Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón, Postgrado de Medicina Tropical. Cochabamba, Bolivia.

²Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

³Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón, Postgrado de Medicina Tropical, Director IIBISMED, Cochabamba, Bolivia.

⁴Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón, Postgrado de Medicina Tropical

^aMédica Cirujana/MSc en Salud Pública; ^bMédico Cirujano, ^cMédico Cirujano/MSc. en Salud Pública, ^dPediatra/MSc. en Salud Pública

*Correspondencia a: Rocio Quiroga Troche

Correo electrónico: unikitachio@gmail.com

Recibido el 16 de mayo de 2016. Aceptado el 20 de julio de 2016.

se hace necesario también investigar los diferentes factores que inciden en su incremento, así como factores que influyen en el diagnóstico tardío de la enfermedad; tanto por el paciente y el personal de salud.

Material y métodos

Para realizar esta investigación, a través de una carta y entrevistas personales, se solicitó permiso a los responsables del Hospital Clínico Viedma (HCV), Instituto de Desarrollo Humano (IDH), Centro Departamental de Vigilancia y Referencia (CDVIR); y a los pacientes explicando el motivo de realizar este trabajo, asegurando la confidencialidad de los pacientes.

Este trabajo de investigación es descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

El universo de estudio estuvo constituido por:

- Población VIH(+), a través de un muestreo por conveniencia entre los pacientes de consulta externa del (CDVIR) y el HCV se entrevistó a una muestra de n=153 pacientes; entre los criterios de inclusión (pacientes VIH(+), que acepten participar y hablen castellano) criterios de exclusión (que no acepten participar, no hablen castellano)
- Personal médico de establecimientos de salud del Cercado: se realizó un muestreo por conveniencia entre establecimientos de 1^{er} nivel, 3^{er} nivel y servicios privados, se encuestó a una muestra de n= 41 médicos; como criterios de inclusión (que trabajen por lo menos 1 año en el establecimiento, que realicen consulta externa, que acepten participar) criterios de exclusión (especialistas en el manejo pacientes VIH, que no realicen consulta externa, que no acepten participar, que trabajen menos de 1 año en el establecimiento).

Se utilizó una hoja de recolección de datos, durante la revisión de historias clínicas n=126, entre el HCV y el IDH, de pacientes VIH (+) diagnosticados entre las gestiones 2012-2015; se tuvo acceso a HC del HCV y del IDH, llegando a una muestra de n=126.

Para determinar la fase de la enfermedad al momento del diagnóstico, se tomó en cuenta el primer conteo de linfocitos

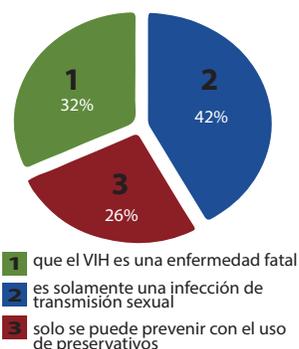


Gráfico 1: Tipo de conocimiento previo sobre el VIH

Fuente: elaboración propia con datos de encuestas a personal médico

Tabla 1: Creencias y vivencias pacientes VIH

	SI		NO	
1) Pareja estable	63	41,18%	90	58,82%
2) Se consideraba a riesgo	30	19,61%	123	80,39%
3) Sabía sobre el VIH/SIDA	85	6,21	67	43,79%
4) Antes le habían ofrecido hacerse la prueba	43	28,10%	110	71,9%
5) Consejería pre test	53	2,68%	103	67,32%
6) Consejería post test	116	75,82%	37	24,18%
7) Resultado mismo lugar	117	76,47%	36	23,53%
8) Información mismo lugar	84	54,90%	69	45,1%
9) Enviado a otro lugar	94	61,44%	59	38,56%
10) Prueba gratuita	105	68,63%	48	31,37%
11) Solicitud de más pruebas	98	64,05%	55	35,95%
12) Información actual suficiente	49	32,03%	104	67,97%

CD4, aparte del diagnóstico clínico de VIH, también la presencia de enfermedades oportunistas

La información obtenida de la revisión de HC, de la entrevista de pacientes VIH(+) y de la encuesta a médicos fue introducida, en una hoja de cálculo de Excel®, elaborándose con ella la base de datos, exportada para su análisis al programa estadístico Epi Info™ 7, donde se realizó el análisis descriptivo con el uso de tablas y gráficos; y analítico usando como medidas de asociación el Chi² y el valor de p.

Resultado

Después de la revisión de HC, los casos se agruparon según los 4 estadios de la OMS para enfermedades oportunistas, en el momento del debut clínico se obtuvo que casi un 65% de los casos tienen un diagnóstico tardío por presencia de enfermedades oportunistas (estadios III y IV).

Así mismo teniendo en cuenta el primer conteo de linfocitos T CD4, este valor varía entre 0-1053 cel/mm³; del total de HC revisadas tenemos que un 60% de los pacientes fueron diagnosticados VIH (+) con un valor inicial de linfocitos T CD4 menor a 200 cel/mm³.

El 61% de los entrevistados refirieron que se realizaron la prueba por orden médica, por presentar molestias frecuentes y/o por períodos prolongados, entre estas: pérdida de peso, diarrea crónica, tos por varias semanas y fiebre persistente. El 66% de ellos, manifestó que transcurrieron más de 2 semanas entre el inicio de los síntomas y la prueba laboratorial para VIH/SIDA.

Entrevista a pacientes VIH (+):

El 69% de los casos están entre los 17-36 años de edad, el 69% es de sexo masculino. El 69% de las mujeres en estudio es ama de casa, en el sexo masculino no existe una diferencia muy significativa entre categorías. El 77% no realiza estudios superiores; el 57% son solteros.

Respecto a las preguntas de si/no, se agrupan las preguntas y respuestas en la siguiente Tabla 1.

De los 86 pacientes que refirieron haber oído sobre el VIH antes de su diagnóstico, la televisión (TV) y el colegio suma el 66% de las respuestas. En este mismo grupo de pacientes se preguntó sobre la información que habían obtenido (ver Gráfico 1), las respuestas se centraron en tres ideas principales: 1. que el VIH es una enfermedad fatal, 2. es solamente una

Tabla 2: Quien es responsable del diagnóstico

Pacientes deben pedir la prueba	Médicos deben solicitar la prueba	Ambos	Ninguno
50%	18%	24%	5%

infección de transmisión sexual y 3. solo se puede prevenir con el uso de preservativos.

Sobre quién es responsable del diagnóstico (Tabla 2), el 50% de los entrevistados afirma que es el paciente que debe solicitar la prueba, sobre todo si considera tener conductas de riesgo. Sobre el motivo de no haberse realizado con anterioridad la prueba (Tabla 3), el 46% ve como causa: la información inadecuada o ausente sobre la enfermedad y sobre la prueba. Al final de la entrevista se les pregunto sobre la manera de incrementar el diagnóstico temprano (Tabla 4), el 53% sugiere trabajar sobre la información que se brinda.

Durante el análisis se vio que existe asociación entre la variable SEXO femenino y la variable CREER QUE EL VIH ES SOLO PARA grupos de riesgo ($\chi^2=21,89/p=0,00000123$); del total de mujeres entrevistadas el 77% creía que el VIH era solo para grupos de riesgo (prostitutas, drogadictos, homosexuales).

También encontramos asociación entre la variable EDAD >44 años y la variable CREER QUE EL VIH ES SOLO PARA grupos de riesgo ($\chi^2=27,29/p=0,000000496$); del total de pacientes mayores de 44 años el 88% consideraba que el VIH era solo para grupos de riesgo (prostitutas, drogadictos, homosexuales).

Se encontró además asociación entre la variable nivel de instrucción: ninguna o básica y la variable: motivo de la realización de la prueba: ($\chi^2= 9,46/p=0,00083$); el 83% de los pacientes sin educación o solo básica, habían buscado atención médica, de una manera tardía, es decir cuando ya presentaban enfermedades oportunistas.

Encuesta personal medico:

El grupo etáreo más frecuente está comprendido entre los 26-34 años con el 49%.

A la pregunta si conocen la norma de atención a pacientes VIH(+), un 78% respondió SI y solo un 22% respondió que no.

Sobre cuáles consideran que podrían ser el o los factores de sospecha para pensar en VIH en un paciente (Grafico 2), la pérdida de peso con el 46%, es la principal causa de sospecha.

Creamos una escala de evaluación de conocimiento sobre el VIH/SIDA y la norma, sobre 10 preguntas de la encuesta a los médicos, con una sola respuesta aceptada como correcta,

Tabla 4: Como se puede mejorar el diagnóstico temprano del VIH

Trabajando sobre la información	Oferta de la prueba	Autocuidado
53%	35%	12%

Tabla 3: Motivo de la no realización antes de la prueba rápida para VIH

Miedo al resultado	No "pensaban" que les podía pasar	Vergüenza a la estigmatización	Información inadecuada sobre el VIH y rapidez de la prueba
27%	17%	10%	46%

con un valor de dos puntos por pregunta, y una escala de calificación, cuyos resultados vemos en la Tabla 5.

Discusión y Conclusión

Con el presente estudio se pudo evidenciar la proporción de diagnóstico tardío de VIH en nuestro departamento; en otra etapa será ver las percepciones de los pacientes VIH (+) sobre la enfermedad en diferentes aspectos como: diagnóstico, información, conductas de riesgo, responsabilidades, etc. Finalmente se encuesto a los médicos de distintos establecimientos valorando conocimiento y actitud. Con estos datos se extrajo información macro de la situación del VIH en nuestro departamento.

Según información de la OPS/OMS en el 2012 en Latinoamérica y el Caribe cerca del 40% de los pacientes VIH (+) son diagnosticados con un conteo de CD4 menor a 200 cel/mm³; en otro estudio realizado específicamente en Cochabamba aproximadamente un 54% tiene una enfermedad oportunista al inicio del tratamiento².

En este estudio con la revisión de historias clínicas, alrededor del 60% de los pacientes son diagnosticados tardíamente, tomando en cuenta tanto el valor de CD4 inicial así como la presencia de enfermedades oportunistas al momento del diagnóstico.

Estos datos indican que, a pesar de los adelantos del tratamiento, el trabajo en prevención y tratamiento; y todas las mejoras en otros aspectos de la temática; el diagnóstico de la enfermedad es tardío, por lo que se hace necesario trabajar para disminuir los factores que influyan en la presencia de este diagnóstico tardío; así como también en mejores estrategias para incrementar el diagnóstico oportuno y a la vez incrementar el tratamiento oportuno y reducir la mortalidad por el VIH/SIDA.

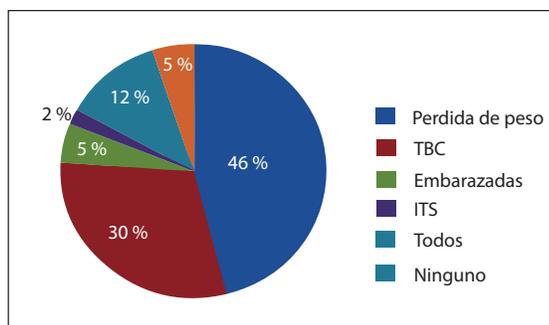
Acerca de los pacientes VIH(+)

En América Latina y el Caribe, hay que destacar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre el hombre y la mujer en temas como la fidelidad conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja, Las diferencias de género, caracterizadas por las relaciones de

Tabla 5: Evaluación de conocimientos sobre VIH/SIDA

preguntas acertadas	Calificado	Resultado
14 o +	suficiente	7%
10 a 12	aceptable	54%
8 o -	insuficiente	39%

Fuente: elaboración propia con datos de encuestas a personal medico.



Gráfica 2: Factores sospecha VIH

Fuente: elaboración propia con datos de encuestas a personal médico

poder y control de los hombres sobre las mujeres, así como los factores sociales y culturales que contribuyen a mantener a las mujeres subyugadas, relegando sus necesidades, aspiraciones, derechos y responsabilidades son algunos de los factores determinantes en el aumento del problema de la infección por el VIH/SIDA en las mujeres³.

En los datos que reporta sobre “situación epidemiológica programa ITS, VIH/SIDA”, la distribución de casos VIH (+) por ocupación: la categoría “labores de casa” ocupa el segundo lugar con mayor presencia de casos⁴.

En este estudio, la misma categoría abarca el 69%, esta cifra nos llama la atención y debe llevarnos a la reflexión; se podría pensar erróneamente que las amas de casa, constituyen una fuente de infección; pero no debe ser entendido en ese sentido, las amas de casa pertenecen a los grupos vulnerables a la enfermedad, debido a poco conocimiento de la enfermedad en algunos casos, o porque confía en su pareja o no decide sobre su vida sexual. Por estos datos se puede decir que el riesgo probablemente esté más en casa que en la calle, en el caso de las mujeres.

La generación actual de jóvenes es la mayor de la historia: casi la mitad de la población tiene menos de 25 años, no han conocido un mundo sin SIDA⁵.

De acuerdo al “Informe Nacional de Progresos en Respuesta al VIH/SIDA 2014”, el 67% de los casos notificados fueron en edades menores de 35 años, con una razón de masculinidad de 1,7⁶.

Nuestros datos indican que el 69% de los casos se concentra en los <37 años, con una relación de masculinidad de dos; debiendo considerar que en el grupo masculino se encuentran gran parte de las diversidades sexuales.

Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados mundialmente representan la mitad de los nuevos casos de VIH- el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes. Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes⁷.

En este estudio, el grupo etáreo con más casos VIH (+) es el menor de 35 años, pero un 31% está por encima de esa edad; cuando vemos esa variable de grupo etáreo, respecto a

en el que existe más porcentaje de personas que “sí sabían sobre el VIH” este corresponde al grupo de 17-35 años, paradójicamente.

Esto puede ser debido a que las generaciones más jóvenes tienen mayor posibilidad de acceso a distintas fuentes de información, y la educación se va modificando de acuerdo a la problemática actual. Pero es contradictorio que este grupo con más acceso a información, tenga mayor número de casos; lo que sucede es que les llega la información, pero no la adecuada, o no genera un cambio de actitud; por eso se deben buscar maneras para que la información, tenga mayor impacto por ejemplo y mostrar el lado SIDA de la enfermedad, que no se la vea como una ITS más; obviamente respetando la confidencialidad de los pacientes.

Según informaciones oficiales, un gran porcentaje de los jóvenes permanece sin información acerca del sexo y de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Aunque una mayoría ha oído hablar del SIDA muchos no saben cómo se expande y no creen estar en riesgo. Aquellos jóvenes que conocen algo acerca del VIH a menudo no se protegen a sí mismos pues carecen de habilidades o medios para adoptar conductas seguras^{8,9}.

Pero también se debería trabajar con campañas informativas sobre el VIH, para el grupo etáreo “mayor de 35 años”, porque la incidencia en este grupo es considerable; también porque son encargados de la educación en casa de los más jóvenes y generaciones futuras y si ellos no están adecuadamente informados, no serán aliados en la prevención del VIH y se convierten también en un grupo vulnerable por la desinformación.

Los estudios han demostrado que una conexión emocional consistente y positiva con un adulto protector, ayuda a los jóvenes a sentirse a salvo y seguros¹⁰.

Si bien no se puede evitar que los jóvenes tengan relaciones, podemos prevenir el VIH, mediante el conocimiento adecuado y el uso del preservativo. Es necesario hacer de los padres de familia un aliado estratégico, para guiar y sostener las decisiones seguras sobre la salud y bienestar de los más jóvenes. Hacer que la información sobre el VIH en los colegios también llegue a ellos; para lograr que tomen conciencia de lo importante que son en la lucha de la propagación del VIH, el

educar con información correcta y oportuna a sus hijos.

Según el nivel de instrucción, el 54% de los pacientes refiere haber estudiado hasta secundaria (terminándola o no), si bien existe educación sexual en los colegios y suponemos que se trata la temática del VIH; llama mucho la atención que un 44% del total de pacientes refieren no haber escuchado antes del VIH; esto debe llevarnos a revisar y supervisar la currícula en los colegios, porque si la educación sexual en colegios incluyera información adecuada sobre el VIH, tendríamos un impacto al reducir la incidencia de casos a mediano plazo.

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes, sin embargo el acceso a la educación sobre SIDA está lejos de ser universal, en América Latina y el Caribe sólo 4% y 38% de los jóvenes no escolarizados y escolarizados respectivamente tienen acceso a la educación sobre prevención. En la región la epidemia está bien consolidada y asume muchas facetas dada la diversidad en los patrones demográficos y de desarrollo de países de la región, por lo cual existe el peligro que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces¹¹.

En un estudio que se llevó a cabo en Paraguay sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana; concluyen que existe poca información sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes frente al VIH/SIDA, percibiendo que los programas de prevención no tienen la fuerza que debieran en el momento actual, se considera necesario investigaciones sobre el estado de los conocimientos, actitudes y prácticas en grupos vulnerables para definir políticas adecuadas que integren globalmente las áreas de prevención, tratamiento y atención al VIH/SIDA¹².

De la relación entre, nivel de instrucción con razón para la realización de la prueba; entre los que tienen menor nivel educativo, existe un mayor porcentaje que lo hizo por una "orden médica", es decir de manera tardía, porque ya presentaban síntomas de algunas enfermedades oportunistas, de manera frecuente y prolongada. Entonces la información adecuada mejoraría el diagnóstico oportuno de la enfermedad, este resultado es lógico ya que a mayor nivel educativo mayor posibilidad de haber tenido acceso a información sobre el VIH y la prueba rápida.

En cuanto a la fuente de información sobre el VIH para el 40% fue la TV, un 26% el colegio/universidad y solo un 3% obtuvo la información en un seminario o taller específico en la temática; es de esperar que la calidad de información de estas fuentes sea distinta; por ejemplo en la televisión, como sabemos se hace mucho énfasis en el uso del preservativo sobre todo en época en festividades (Urkupiña, Corso de Corsos); en el colegio se aborda la temática dentro el concepto de las Infecciones de Transmisión Sexual; una explicación completa solo es posible obtenerla a veces en talleres o seminarios, pero como vemos poca población tiene acceso.

El 68% de los pacientes entrevistados consideran que la información actual no es suficiente; además el 53% de ellos, considera como recomendación que la manera de aumentar el diagnóstico oportuno es mejorando y trabajando con la

información y las autoridades deben asumir su rol de manera integral: financiamiento (sostenibilidad de las pruebas rápidas gratuitas), normativa, capacitación e informativa para controlar el aumento de casos VIH; el sistema de salud a la cabeza del Ministerio de Salud es responsable de supervisar la calidad de información que se brinda a la población, trabajando en la mejora del contenido y alcance de la información sobre el VIH.

Los gobernantes pueden contener la epidemia a un costo relativamente bajo, invirtiendo en prevención antes que en el tratamiento de las consecuencias del VIH/SIDA, con la información y el soporte para prevenir la infección. La prevención del VIH, al igual que el tratamiento es para toda la vida. En lugar de iniciativas de prevención aisladas o de corto plazo, los programas nacionales eficaces necesitan mantener a largo plazo las acciones fundamentales a un nivel suficiente, adaptarlas a medida que la epidemia evoluciona, y responder a los cambios que se produzcan en las características de la infección y los entornos sociales¹³.

Entre los pacientes entrevistados, existía desinformación o un simple desinterés en cambiar de conducta y actitud; esta resulta una razón poderosa, para seguir mejorando la información, y que la gente entienda la problemática del VIH; sensibilizar sobre conductas de riesgo (múltiples parejas sexuales, sexo sin preservativo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas).

Se preguntó a los pacientes, si se hubiesen hecho la prueba hace 2 años, ya hubiese salido positiva, más del 50% de ellos no tienen certeza de cuándo fue la transmisión, además de considerarse con conductas de riesgo hace tiempo; esto es por desinformación en algunos casos y desinterés en otros casos. Al optimizar la información, se puede motivar a la gente a solicitar la prueba rápida para VIH, especialmente por antecedentes epidemiológicos ó conductas de riesgo.

Para prevenir el VIH, se encuentra la fidelidad mutua, pero solo funciona cuando es mutua; en nuestro estudio los pacientes y sobretudo las mujeres consideraban como un factor de protección = el tener una pareja estable, pero el hecho de tener una pareja estable no garantiza el no infectarse con el VIH; por lo tanto aún teniendo una pareja estable se debe recomendar hacerse la prueba periódicamente, además del uso de preservativo.

El uso del preservativo es el indicador más confiable para definir el perfil de percepción del riesgo del VIH en la población sexualmente activa¹⁴.

Estudios prospectivos han mostrado que el uso de condones reduce el riesgo de contagio en 80-90% cuando se usa siempre, en la vida real son usados a menudo incorrecta o inconsistentemente, por ello, su uso no debería ser promovido de manera que lleve a excesos de confianza o a conductas de riesgo¹⁵.

Según estadísticas del Perú, se tiene que el 50% de varones sexualmente activos y el 70 % de mujeres sexualmente activas reportan nunca haber usado un condón¹⁶.

Respecto al uso del condón antes y después del diagnóstico, este estudio muestra que existió un cambio de actitud, entre

los pacientes VIH (+), ya que un 96% lo usaba nunca o solo a veces previo del diagnóstico y solo un 4% lo utilizaba siempre; posterior al diagnóstico el 87% refiere usarlo siempre y un 12% refiere nunca, por que ya no tienen relaciones desde el diagnóstico por lo tanto ya no usan preservativo. Como vemos en la mayoría de las personas no existe la costumbre de utilizar el condón, así como tampoco la conciencia de ponerse en riesgo por sus conductas.

En nuestro estudio, el mayor porcentaje de personas, creen que la enfermedad es solo para grupos de riesgo, está entre las mujeres y los mayores de 44 años. Esta percepción entre los pacientes, de “no estar a riesgo” y “de que no podrían enfermarse”, repercute directamente en un Diagnóstico Tardío de la enfermedad; son factores dependientes de los pacientes, sobre los que se debe trabajar más. Al no ser conscientes del riesgo, los pacientes no buscan ayuda de manera oportuna o precoz, tampoco buscan hacerse una prueba rápida para VIH. Se debe ofertar la prueba a todas las personas sean de riesgo o no, porque el VIH no discrimina.

De acuerdo a un artículo publicado en la Revista Chilena de Infectología, para el diagnóstico oportuno existen elementos facilitadores: factor personal (auto cuidado, apoyo social), factor profesional (confianza, confidencialidad del examen), factor Centro de Salud (ofrecimiento del examen, tratamiento oportuno). Elementos obstaculizadores: factor personal (sin percepción del riesgo, estigma, miedo al resultado), factor profesional (falta de confianza, falta de información acerca del VIH), factor Centro de Salud (falta de consejería, acceso al examen - tiempo de espera)¹⁷. En nuestro estudio se detectaron presentes todos los elementos obstaculizadores, para un diagnóstico oportuno.

Al menos en un país, Argentina, las pruebas anónimas no ligadas han sido reemplazadas en su totalidad por los exámenes de detección del VIH hechos a personas que optan hacérselo después de recibir orientación al respecto. Esto se debe a que, en Argentina, se ha pasado una ley por medio de la cual se da tratamiento antirretroviral gratuito a quien tenga un resultado positivo en el examen de detección. Dado que se dispone ampliamente de orientación de alta calidad, muchos argentinos, incluidas casi todas las mujeres embarazadas, deciden voluntariamente someterse a la prueba¹⁸.

Acerca del Personal Médico:

En la parte de encuestas con el personal de salud, los profesionales formados recientemente, coinciden que el VIH no discrimina y ofertan la prueba a todos sus pacientes.

En un estudio realizado entre docentes de medicina el promedio de conceptos correctos de docentes en torno al VIH es de 61,6%, lo que revela un nivel insuficiente¹⁹.

En este estudio entre los médicos, el conocimiento sobre VIH/SIDA y la Ley 3729/D.S 0451, no son los óptimos, un 39% califico como conocimiento insuficiente; por eso se sugiere que las capacitaciones podrían ser frecuentes y adecuadas. El primer contacto del paciente, no siempre es con un centro especializado en la temática, por lo tanto la búsqueda de casos y manejo inicial (diagnostico, consejería, información al paciente), debe hacerlo cualquier miembro del personal médico de la mejor forma posible, se espera que en todo nivel de atención en salud, pero sobre todo en los primeros niveles.

En un estudio realizado en España, sobre actitudes y prácticas de los médicos de Atención Primaria de Salud (APS) ante el diagnóstico de la infección por VIH, muestra que la mayoría de ellos ya están informados sobre los nuevos protocolos de diagnóstico y tienen una auto percepción de ser agentes esenciales en el diagnóstico de la infección²⁰.

En nuestro medio falta compromiso del personal médico con la prevención del VIH. Se podría implementar en los antecedentes epidemiológicos de la historia clínica el N° de parejas sexuales y el uso del preservativo, como indicativo para solicitar la prueba rápida.

En base a la evidencia y datos obtenidos con este estudio, afirmamos que es importante y urgente trabajar en la mejora de la información sobre el VIH/SIDA, las estrategias de enseñanza, particularizar las metodologías, de acuerdo a los grupos poblacionales buscando impacto y cambio de actitud.

Conflictos de interés: los autores declaramos que no existe conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Serra Valdes MA, Oliva Venereo DdIC. Debut clínico del SIDA y su diagnóstico tardío. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013;29(3):314-24
2. Andres CV. La adherencia al tratamiento con medicamentos antirretrovirales de los pacientes VIH/SIDA adultos que se atienden en los servicios de salud de Cochabamba. Universidad mayor de San Simón, Facultad de Medicina, Escuela de Graduados y Educación Continua, Instituto de Medicina Tropical 2014; p. 7.
3. Rico B. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina: una agenda de investigación-acción: Instituto Nacional de Salud Pública; México 1997.
4. Sedes Cochabamba, Programa ITS, VIH/SIDA, Situación Epidemiológica Programa ITS, VIH/SIDA, Cochabamba, febrero 2015
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Adolescents Fact Sheet*, 2006. Washington: UNFPA; 2006.
6. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Programa Nacional ITS, VIH/SIDA, Informe Nacional de Progresos en la respuesta al VIH/SIDA., Marzo 2014
7. Organización de las Naciones Unidas, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2003. Ginebra Suiza : ONUSIDA; 2003.
8. United Nations Programme on HIV/AIDS. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Geneva: WHO;2006.
9. The United Nations Children's Fund or UNICEF, UNAIDS W, UNICEF. *Young people and HIV/AIDS—opportunity in crisis*. New York, UNICEF; 2002.
10. Moya C. La Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes de América Latina y el Caribe. Washington: Advocates for Youth; 2002.
11. Estrada JH. Modelos de Prevención en la Lucha contra el VIH/SIDA. *Acta bioetica*. 2006;12(1):91- 100.
12. Macchi M, Benítez Leite S, Nuñez C, Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista chilena de pediatría*. 2008; 79(2):206-17.
13. UNICEF. HIV/AIDS. JUNPo, Organization WH. *Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis: The Stationery Office*; 2002.
14. Guchin Mieres M, Meré Rouco JJ. Jóvenes, sexualidad y VIH/SIDA en Uruguay Conocer para Prevenir Montevideo: UNESCO; 2004.
15. Shelton J, Halperin D, Nantulya V, Potts M, Gayle H, Holmes K. Partner reductions is crucial for balanced “ABC” approach to HIV prevention. *BMJ*. 2004;328:891-93
16. Mora-Salazar OE, Palomino-Vargas JD, Velásquez-Ruiz CM, Gómez-Pomar EM, Castillo-Schilder RM, Soto-Arquiñigo L, et al. Evaluación de la Consejería Pretest para el VIH en un Hospital Nacional en Lima-Perú. *Revista de Salud Pública*. 2009; 11(4):559-67
17. Araya AX, Bravo P, Carrasco P, Urrutia MT, Vega P, Rubio M, et al. Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. 2013;30(6):638–43.
18. Organización Panamericana de la Salud, VIH/SIDA en las Americas una epidemia multifacetica OPS/ONUSIDA 2001
19. Valdez E, Avilés J, Saudan A. Conocimientos, actitudes y práctica sobre el VIH/sida en docentes de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. *Gaceta Médica Boliviana*. 2012; 35(1):22-6.
20. Busto M, Garcia SML, Castelao M, Bermudez E. [Primary care doctor's attitudes and practices in the diagnosis of HIV infection]. *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica*. 2010; 29(7):490-6.