



Diagnóstico rápido de enfermedades de transmisión sexual en Atención Primaria

Santiago Pérez Cachafeiro
Médico de familia. Proyecto CoRIS. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Rosa María Álvarez Gil
MIR de Medicina Preventiva do Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Cad Aten Primaria
Año 2009
Volume 16
Páx. 44-47

Admitido para publicación en marzo de 2009

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un tema poco abordado en la práctica diaria del médico de familia. En parte por la existencia de especialistas, en parte por la falta de interés del propio médico. Esta falta de interés puede ser debida a varios motivos (figura 1), entre los que destacan: (i) la falta de tiempo, (ii) la escasa percepción de la gravedad de algunas de estas patologías debido a su baja prevalencia, y (iii) la falta de medios diagnósticos adecuados (figura 1).



FIGURA 1

Motivos para la no solicitud de la prueba de VIH en distintos niveles sanitarios. Traducción modificada de Burke et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS 2007, 21: 1617-1624

Respecto al primero de esos puntos, en este artículo no podemos hacer nada por cambiar el tiempo de consulta. Sin embargo, sí podemos abordar los otros apartados centrándonos en dos ETS, una pre-

valente como es la Clamidia y otra de gravedad considerable como es el VIH, para las cuales existen actualmente métodos de diagnóstico rápido que se podrían distribuir en las consultas de Atención Primaria. A continuación comentaremos brevemente la epidemiología de ambas enfermedades, los métodos disponibles para su detección en AP y la importancia de dicha detección.

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CLAMIDIA

Se trata de la ETS más extendida en el mundo (figura 2). Al año se producen 5 millones de casos en Europa occidental y su incidencia está en aumento. En España no existen estudios poblacionales de incidencia de Clamidia. Sin embargo, en los 17 países europeos que declaran casos al ECDC se estima una incidencia de 99, 39 casos por cien mil habitantes (www.ecdc.eu), siendo el grupo de mayor riesgo las mujeres entre 15 y 25 años (510,6 por cien mil).

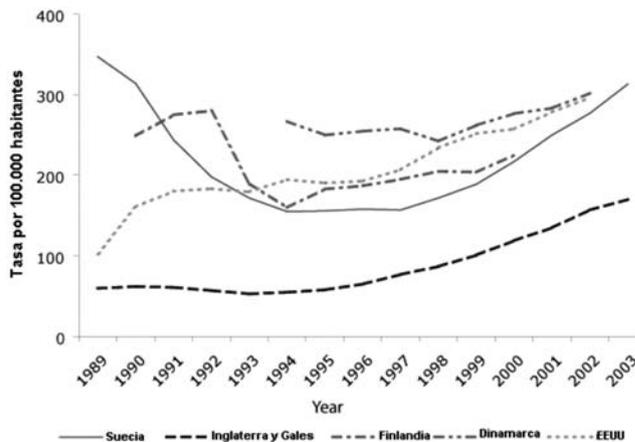


FIGURA 2

Incidencia de clamidia en distintos países. Fuente: ECDC

El 70% infecciones son asintomáticas y el diagnóstico suele ser tardío. Cuando los hay, los síntomas suelen ser anodinos (descarga uretral o vaginal). Si bien la infección por Clamidia suele pasar desapercibida, sus complicaciones (infertilidad, enfermedad inflamatoria pél-

Dirección de contacto:
Santiago Pérez Cachafeiro
Proyecto CoRIS. Pabellón 11. Centro Nacional de Epidemiología
Instituto de Salud Carlos III. C/ Sinesio Delgado, 6 28029 Madrid
Teléfono: +34 616 919 616. E-mail: sperezc@isciii.es

vica, embarazo ectópico) y la posibilidad de un tratamiento eficaz la convierten en una enfermedad ideal para la realización de cribado en mujeres menores de 25 años sexualmente activas. Aunque no existen programas en toda Europa (figura 3), las guías europeas y británicas realizan las siguientes recomendaciones de cribado de Clamidia (tabla 1).

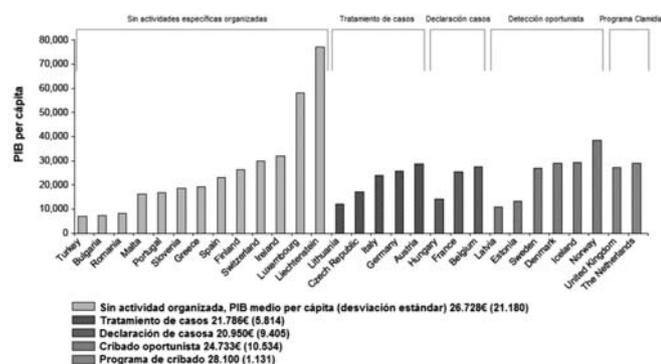


FIGURA 3 Actividades relacionadas con la Clamidia en Europa. Fuente: ECDC

TABLA 1 Recomendaciones de cribado para Clamidia

Población	Recomendación	Periodicidad
No embarazadas	≤24 a	A
	>25 a	C
Embarazadas	≤24 a	B
	>25 a	C
Hombres	I	

Para el diagnóstico de Clamidia, la amplificación de ácidos nucleicos por PCR constituye la prueba de referencia (*gold standard*). Sin embargo, esta prueba requiere el envío de una muestra al centro hospitalario de referencia y conlleva posibles pérdidas de oportunidad. No es fácil plantear a pacientes que acuden al PAC, jóvenes o poco frecuentadores una prueba para ETS. El retraso en el diagnóstico, además, puede dar lugar a problemas de pareja durante la espera de un resultado que puede ser negativo. Es por ello que, en algunos países, no sólo se está planteando la posibilidad de ofrecer los kits de diagnóstico rápido en AP, sino que se llegan a ofrecer paquetes de autodiagnóstico. En una ficha técnica reciente de la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia (avalía-t) se presentan tanto la sensibilidad y especificidad de los distintos métodos de diagnóstico como las necesidades de equipamiento y tiempo en cada uno de ellos (tabla 2).

Asimismo, en dicha ficha técnica se considera que la prueba de diagnóstico rápido es segura y que "resultaría útil para la detección y diagnóstico en entornos donde no se dispone de pruebas de amplificación de ácidos nucleicos o en aquellos casos en los que sea necesario un diagnóstico rápido por la elevada probabilidad de pérdida de

TABLA 2 Características de las pruebas diagnósticas de Clamidia.

Test	Sensibilidad	Especificidad	Personal experto	Equipamiento	Tiempo (h)	Coste
Cultivo	70-85	100	+++	+++	48	++
Técnicas inmunológicas						
ID ¹	60-93	94-99				
EIA ²	45-94	95-100	++	++	4	++
Técnicas moleculares						
NAAT ³	72-95	>98	+++	+++	4	+++
NAAT ⁴	75-97	99-100	++++	++++	4	++++
Técnicas de diagnóstico rápido (EIA)						
Previos a CRT	52-85	97-98	+	No	0,5	
CRT ⁵	76,7-82,7	95,5-98,8	+	No	0,5	+*

IDF: inmunofluorescencia directa. EIA: Ensayos Inmunoenzimáticos. NAAT: Reacciones de hibridación de ácidos nucleicos. NAAT: Reacciones de amplificación de ácidos nucleicos. CRT: Chlamydia Rapid Test. Sensibilidad y especificidad usando una NAAT como referencia. *previsible Fuente: Avalia-t

la paciente o la negativa de ésta a la recogida de muestras para una prueba cuyo resultado no es inmediato y que puede ser molesta. Su inmediatez permite eliminar el periodo de incertidumbre del diagnóstico, que suele conllevar preocupación para la paciente y en caso de las ITS problemas de pareja." La prueba rápida no sólo facilita el diagnóstico, sino el tratamiento inmediato y la búsqueda de contactos de manera más efectiva.

Es importante resaltar que puede haber falsos positivos de manera inversamente proporcional a la prevalencia de clamidia en la población. Y, si bien esta técnica parece de gran utilidad en AP, en caso de test negativo con alta sospecha clínica, se requeriría confirmación por las pruebas de referencia (PCR/cultivo).

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE VIH

En el número de Diciembre de 2008 de Cadernos, Taboada et al remarcan la importancia de la Atención Primaria en el control epidemiológico del VIH desde tres puntos de vista: (i) prevención de nuevos casos mediante la educación sanitaria; (ii) detección de individuos con prácticas de riesgo; y (iii) detección precoz de infectados. Es en este último punto donde entran los test rápidos de VIH, ya que facilitan el diagnóstico en el punto de contacto de la sanidad con el paciente a riesgo, disminuyendo tanto el rechazo a la prueba como el diagnóstico tardío.

Los estudios de prevalencia de VIH indican un aumento del diagnóstico en pacientes heterosexuales, incluyendo mayores de 40 años, y un aumento de prácticas de riesgo en pacientes homo/bisexuales.

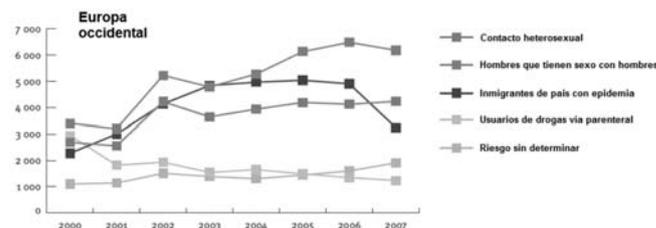


FIGURA 4 Nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental por categoría de transmisión (2007 pendiente de retrasos en la notificación). Fuente: ECDC

Además, se estima que entre un 12% (Dinamarca) y un 50% (Polonia) de los pacientes infectados por el VIH están sin diagnosticar.

En España, la última estimación consistente de prevalencia de VIH no diagnosticado data del año 2000. En cuanto a incidencia de nuevos casos, si bien limitaciones logísticas han impedido el uso público de esos datos en España, la figura 5 muestra la incidencia de nuevos diagnósticos en Europa.



FIGURA 5

Nuevos diagnósticos de VIH por millón de habitantes en 2006. Fuente: EuroHIV

El diagnóstico precoz del VIH ha cobrado importancia a nivel mundial en los últimos años debido a que el tratamiento precoz mejora el pronóstico y a la necesidad de conocer la historia natural de la infección. Por ello, el centro de control de enfermedades de los EEUU recomienda en la actualidad realizar un test de VIH a toda la población entre 13 y 64 años, con objeto tanto de detectar casos no diagnosticados como de poder datar las seroconversiones para entender mejor la evolución de la infección.

Actualmente existen diferentes kits de diagnóstico rápido en el mercado. Las muestras de análisis pueden ser sangre entera, plasma, suero o incluso fluido oral (saliva), lo que facilita el abordaje de barreras en población con reticencias a la extracción de sangre como son los inmigrantes subsaharianos (tabla 3). Si bien recientes estudios indican un exceso de falsos positivos en los test de saliva, es necesario aclarar que tanto las pruebas de saliva como las de sangre no son pruebas definitivas. Esto es, aunque los resultados negativos sean negativos, los resultados positivos requieren pruebas de laboratorio de confirmación.

En un documento preliminar de la Agencia Catalana de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica (AATRM) se discuten las siguientes indicaciones para la prueba de diagnóstico rápido en España:

- Cribado prenatal del VIH en mujeres embarazadas que acuden al parto y desconocen su estado serológico.

- Cribado de VIH en adolescentes y adultos.
- Servicios de urgencias en centros sanitarios.
- Postexposición ocupacional al VIH.
- Postexposición no ocupacional al VIH.
- Programas de acceso directo a poblaciones de alto riesgo de infección por VIH.

TABLA 3

Características de los test rápidos de VIH aprobados por la FDA.

	Muestra	Complejidad	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	Aprobado para detección de VIH2?	Coste
OralQuick ADVANCE Rapid HIV-1/2 Antibody Test	Saliva	Sencillo	99.9% (98.4-99.7)	99.8% (99.6-99.9)	Si	++
	Sangre entera (punción digital)	Sencillo	99.6% (98.5-99.9)	100% (99.7-100)		
	Plasma	Moderada complejidad	99.6% (98.9-99.8)	99.9% (99.6-99.9)		
Uni-Gold Recombigen HIV	Sangre entera (punción digital)	Sencillo	100% (99.5-100)	99.7% (99.0-100)	No	++
	Suero y plasma	Moderada complejidad	99.8% (99.5-100)	99.8% (99.5-100)		
Reveal G-3 Rapid HIV-1 Antibody Test	Suero	Moderada complejidad	99.8% (99.2-100)	99.1% (98.8-99.4)	No	++
	Plasma	Moderada complejidad	99.8% (99.0-100)	98.6% (98.4-98.8)		
Multispot HIV-1/HIV-2 Rapid Test	Suero	Moderada complejidad	100% (99.94-100)	99.93 (99.79-100)	Si, diferencia VIH-1 de VIH-2	++
	Plasma	Moderada complejidad	100% (99.94-100)	99.91 (99.77-100)		
Clearview HIV 1/2 STAT-PAK	Sangre entera (punción digital)	Sencillo	99.7% (98.9-100)	99.9% (99.6-100)	Si	++
	Suero y plasma	No evaluado	99.7% (98.9-100)	99.9% (99.6-100)		
Clearview COMPLETE HIV 1/2	Sangre entera (punción digital)	Sencillo	99.7% (98.9-100)	99.9% (99.6-100)	Si	++

Fuente: CDC

A estas indicaciones cabría añadir la consulta del médico de familia, ya que está demostrado que la prevalencia de VIH en pacientes que lo solicitan voluntariamente es superior al 1% (considerado límite para la eficiencia del test) y que un porcentaje de los que solicitan la prueba no acuden a recoger los resultados. Además, cabe señalar que la recomendación de los CDC de disponer de al menos un test de VIH en toda la población entre 13 y 64 años será más viable si se dispone de un método rápido y generalizable que disminuya la ansiedad y estigmatización debidas a la realización de la prueba.

Por último, es necesario aclarar que las tendencias recientes indican la no necesidad de consentimiento informado escrito (oral sería suficiente) ni del consejo pre-test. Se ha visto que las estrategias de *opt-out* (ofrecer la prueba y que sea el paciente quien la rechaze en caso de rechazo) son más eficaces e igual de aceptables por la población que las de *opt-in* (no ofrecer la prueba si el paciente no lo solicita).

Viabilidad del uso de los test de diagnóstico rápido en AP

La experiencia previa con el Streptotest® y los test de embarazo garantizan la aplicabilidad de los test de diagnóstico rápido en AP. Por tanto, es importante que las autoridades sanitarias pongan a disposición de los profesionales de AP todos los medios diagnósticos, especialmente en enfermedades con graves consecuencias médicas y psicosociales como son las ETS a las que nos referimos en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, Begier EM. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS* 2007; 21: 1617- 1624
2. Chlamydia infection. [Consultado el 28/02/2009, disponible en http://ecdc.europa.eu/en/Health_topics/Chlamydia_infection/]

3. Alvarez Gil R. Test para el diagnóstico rápido de Chlamydia trachomatis: Chlamydia Rapid Test. FT 2008/06 Avalia-t, disponible en http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/FT2008_06_Test%20Clamidia.pdf
4. The HIV in Europe 2007 initiative: Issues, challenges and opportunities for addressing optimal testing and earlier care. Gazzard B, Lundgren J, editors. HIV Medicine. Volume 9, Supplement 2, July 2008.
5. Rapid HIV testing. [Consultado el 28/02/2009, disponible en <http://www.cdc.gov/Hiv/topics/testing/rapid/index.htm#chart>]
6. Detección rápida de la infección por VIH. Informe de la AATRM, [Consultado el 15/05/2008, disponible en <http://aunets.isciii.es/>]