

4. Gonzalez J, Rubio T, Nelida C, Jose J, Javier C, Holgado S. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatología clínica*. 2015;11:22–6.
5. Cadenas-Sánchez C, Ruiz-Ruiz J. Effect of a physical activity programme in patients with fibromyalgia: A systematic review [Article in Spanish]. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:548–53.
6. Romero EB, Moya NS, Esteve MV, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. 2002;30:16–21.

Maria Carnicero Iglesias

Centro de Salud de Sárdoma, Vigo, Pontevedra, España
 Correo electrónico: maria.carnicero.iglesias@sergas.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.008>
 0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria



Acceptability of the opportunistic search for human immunodeficiency virus infection in Primary Care

Sr. Editor:

En respuesta a la carta al editor escrita recientemente, con relación al artículo extraído del estudio VIH-AP¹, publicado en esta revista nos gustaría hacer los siguientes apuntes:

Si bien nuestro estudio sigue, en líneas generales, las recomendaciones del Ministerio de Sanidad² para el diagnóstico precoz del VIH, en lo referente a la oferta rutinaria de la prueba, aunque con un rango de edad más amplio y sin la limitación de residir en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos sean superiores al percentil 75 para el rango de edad estudiado, hemos de resaltar también las obsoletas líneas de recomendación que el mismo documento del Ministerio de Sanidad postula para la oferta dirigida de dicha prueba, indicada por ejemplo para parejas heterosexuales con más de una pareja sexual pero, sin embargo, para todos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de la monogamia que pueda tener dicho colectivo. Estas indicaciones parecen cuanto menos discriminatorias y no hacen más que perpetuar el estigma de la infección por el VIH y los anticuados grupos de riesgo, obligando una vez más al paciente a reconocer datos de la esfera privada en lugar de universalizar la prueba y normalizar su uso.

El grado de aceptación entre los médicos de atención primaria y la factibilidad del cribado fue también analizado y estamos actualmente trabajando en un segundo artículo considerando esta cuestión que esperamos pueda ser publicado en breve.

Nos gustaría hacer hincapié en el hecho de que el motivo principal de nuestro estudio fue medir la aceptabilidad de ofertar la prueba de forma oportunista, no diagnosticar casos de VIH *a priori*, ni realizar análisis de coste-efectividad. Por este motivo excluimos del estudio a todos aquellos pacientes cuya determinación de VIH fuese una búsqueda dirigida, esto es, embarazadas, ya que esta

prueba se incluye en el protocolo habitual, y pacientes que acudiesen a consulta con motivo de una exposición de riesgo de contagio. También excluimos a aquellos que tuviesen alguna determinación serológica previa, ya que entendemos que aceptaron la prueba en su momento y podrían sesgar nuestros datos actuales. No nos centramos en analizar los casos diagnosticados a raíz de nuestro estudio porque, en términos de aceptabilidad, no era relevante el resultado de la serología. En resumen, reunimos todas las condiciones para medir puramente la aceptabilidad de la prueba, aunque esto supusiera diagnosticar menos casos de VIH, y aun así encontramos una prevalencia del 0,24%. Asumimos que la prevalencia habría sido aún mayor de haber hecho una búsqueda universal incluyendo a todos los pacientes a los que se les fuese a realizar una analítica sanguínea, por lo que podemos afirmar que el cribado es coste-efectivo en cualquier caso.

Coincidimos en que el bajo coste de la serología del VIH debería ser perfectamente asumible en cualquier analítica, sin restricciones de los organismos superiores, más aún cuando su coste-efectividad viene avalada por numerosos estudios³⁻⁵.

Bibliografía

1. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Primaria*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.005>.
2. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitaria [consultado 7 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIADVIH.pdf>
3. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MP, Martín Gómez C. Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria: aceptación por pacientes y médicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:424–31.
4. Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, Wight D, Hart GJ. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): A pilot study. *Sex Transm Infect*. 2009;85:326.

5. Haukoos JS, Campbell JD, Conroy AA, Hopkins E, Bucossi MM, Sason C, et al., Denver ED HIV Opt-Out Study Group. Programmatic cost evaluation of nontargeted opt-out rapid HIV screening in the emergency department. *PLoS One*. 2013;8:e81565.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.015>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Rafael Carlos Puentes Torres

Centro de Salud Frölunda, Närhälsan, Gotemburgo, Suecia
Correo electrónico: rafapuentes82@gmail.com