

**XXVI Curso de Avances en Antibioterapia
Hospital Universitario de la Princesa
Servicio de Microbiología**

**Situación actual de la Infección por VIH
Beneficios del Diagnóstico Precoz**

Dr Jesús Sanz

**Servicio de Medicina Interna-Infeciosas
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid**

Madrid, 26 de abril de 2013

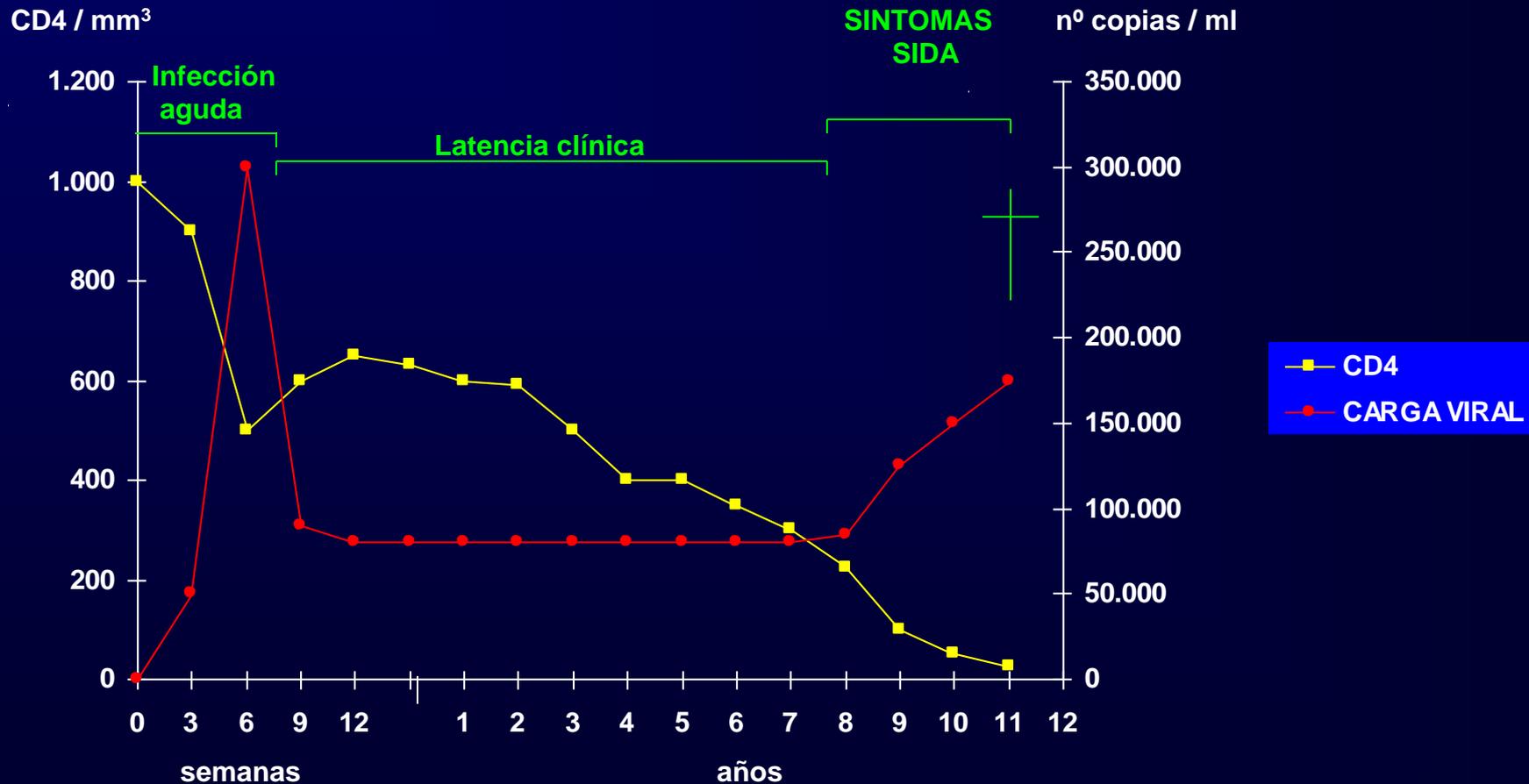
Situación mundial de la epidemia en la actualidad

- Personas vivas actualmente con infección por el VIH : 33,4 millones
- Personas fallecidas anualmente por VIH : 2 millones
- La vía de transmisión más frecuente es la sexual



- España: 120.000-150.000 personas con VIH (Prevalencia 0,25-0,32%)

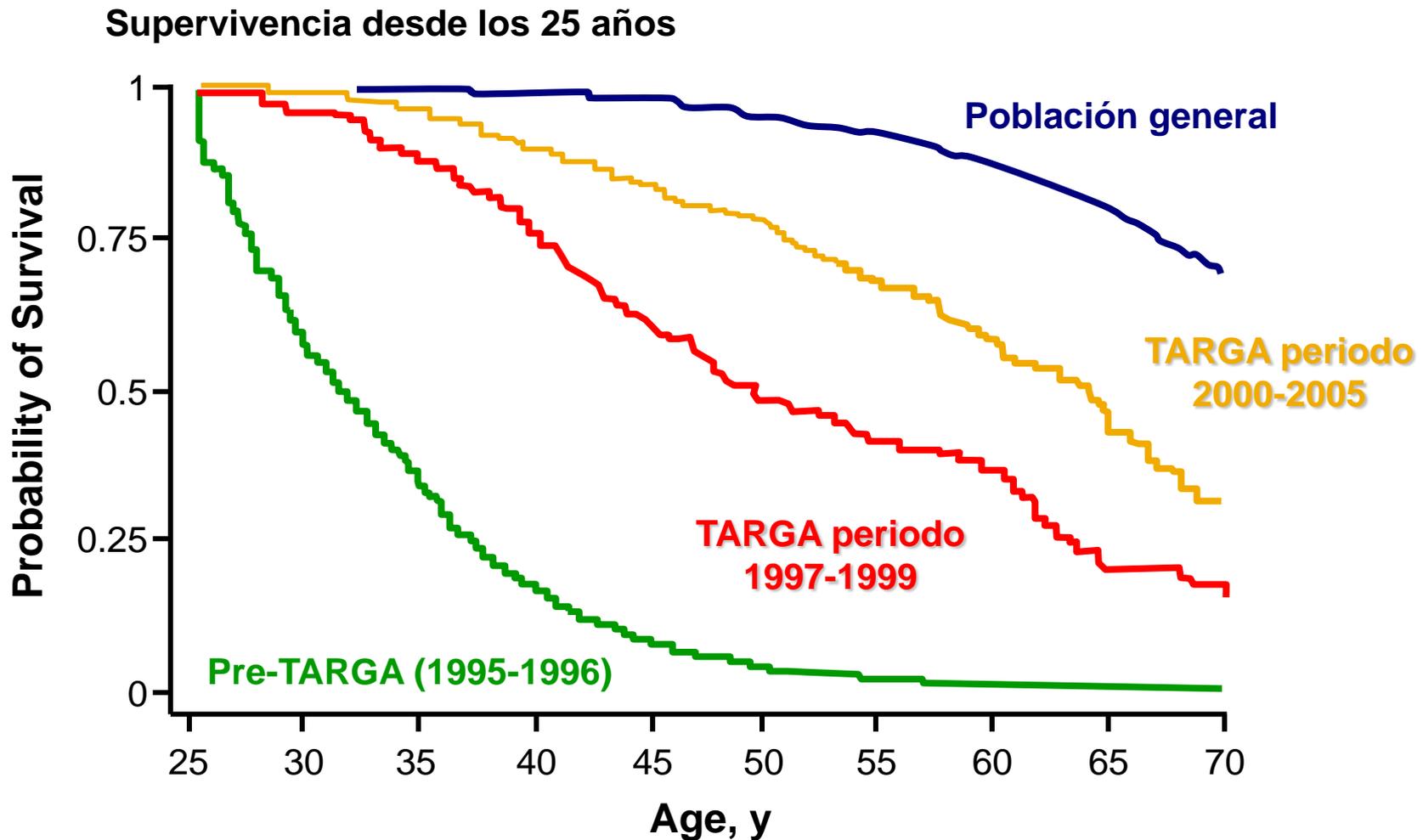
HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH



Beneficios del Tratamiento antirretroviral (TAR)

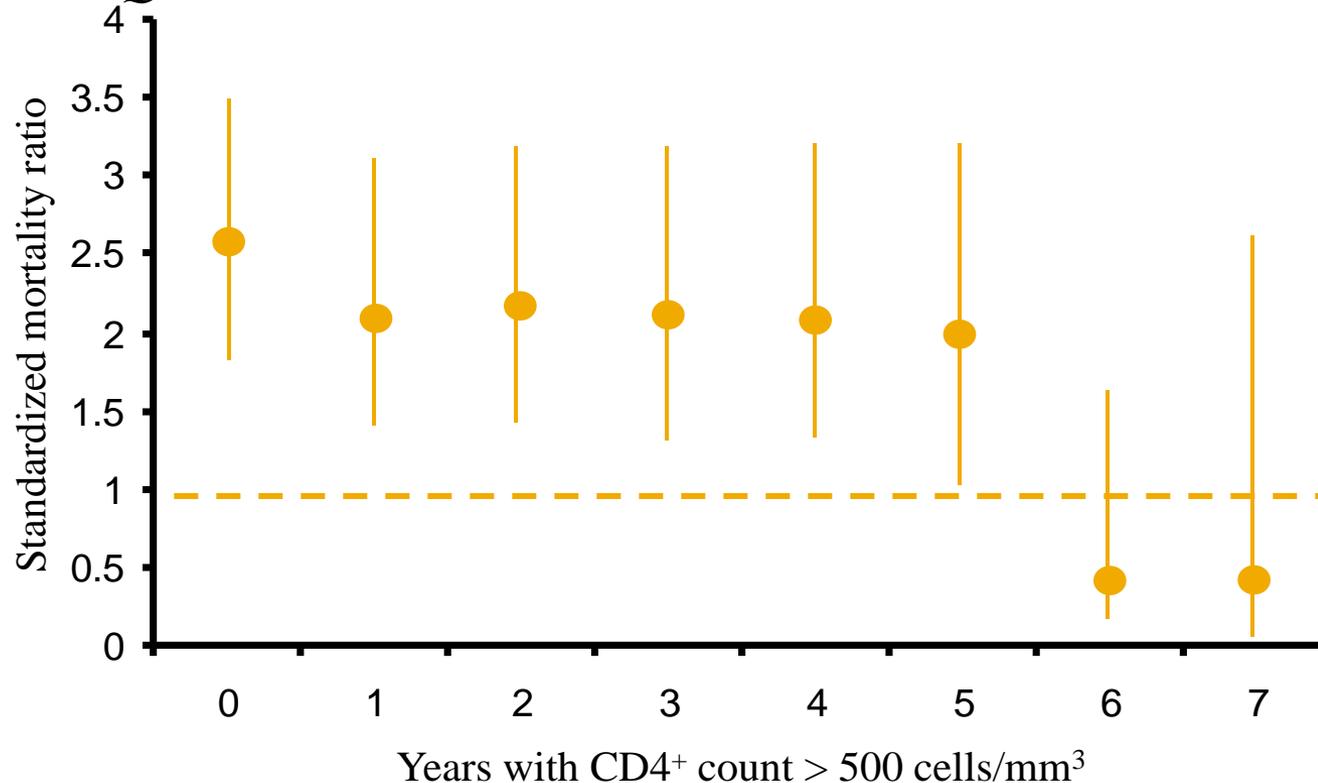
- Disminución de la morbilidad y mejoría de la calidad de vida: Disminución de las enfermedades asociadas al VIH
- Disminución de la mortalidad
- **Infección crónica controlable a largo plazo**

Supervivencia de los pacientes infectados por el VIH que reciben TARGA vs población general



La supervivencia de los pacientes con TARGA y $CD4 \geq 500$ Células/ mm^3 durante > 5 años es similar a la de la Población General

APROCO and AQUITAINE cohorts



Standardized mortality ratio = mortality in HIV-infected patients / mortality in general population

OBJETIVOS DEL TAR

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



SUPRESION MAXIMA Y PROLONGADA DE LA REPLICACIÓN VIRAL (CV<50)

**RECONSTITUCION INMUNE
(INCREMENTO CD4)**

**REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL
VIH**

REDUCIR LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD

- En infección sintomática por VIH (Eventos B o C del CDC) se recomienda iniciar TAR en todos los casos (Nivel de evidencia A-I)

Tabla 3. Indicaciones de TAR en pacientes asintomáticos con infección crónica por VIH†

Linfocitos CD4	Indicación	Nivel evidencia
≤500	Recomendar	A-I/B-I*
>500	Considerar**	B-III

† Se recomendará siempre, independientemente de la cifra de linfocitos CD4⁺, en la mujer embarazada, en caso de parejas serodiscordantes con alto riesgo de transmisión, en la nefropatía por VIH y en la hepatitis B que requiera tratamiento

* A-I: si <350 CD4⁺/μL; B-I: si 350-500 CD4⁺/μL

** Algunos expertos recomiendan iniciar TAR es este estrato de CD4⁺, mientras que otros lo recomendarían solo en determinadas situaciones: cirrosis hepática, hepatitis crónica por VHC, carga viral plasmática >10⁵ copias/mL, proporción de CD4⁺ <14%, edad >55 años, riesgo cardiovascular elevado y trastornos neurocognitivos

TAR inicial

Recomendaciones GESIDA/PNS Enero 2013

Tabla 4. Combinaciones de tratamiento antirretroviral de inicio†

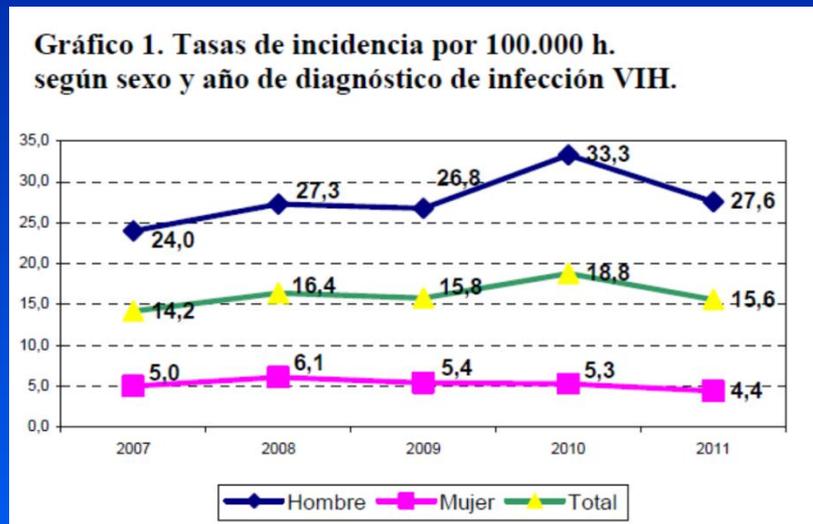
3 ^{er} Fármaco	Pauta [‡]	Ensayos clínicos que la sustentan
ITINN	*TDF/FTC/EFV ^{1,2,3}	STARTMRK, ACTG 5202, GS-US-236-0102, GILEAD 934, SINGLE
	ABC/3TC+EFV ^{1,2,4,5}	ACTG 5202, CNA30024
	TDF/FTC/RPV ^{2,3,5,7}	ECHO, THRIVE, STAR
	TDF/FTC+NVP ^{2,3,6}	ARTEN, VERXVE
IP/r	*TDF/FTC+ATV/r ^{3,7}	CASTLE, ACTG 5202, ARTEN, GS-US-236-0103 GS-US-216-0114
	*TDF/FTC+DRV/r ³	ARTEMIS
	TDF/FTC+LPV/r ^{3,8}	ARTEMIS, ABT-730, CASTLE, GEMINI, HEAT, PROGRESS
	ABC/3TC+ATV/r ^{4,5,7}	ACTG 5202
	ABC/3TC+LPV/r ^{5,8}	KLEAN, HEAT
InInt	*TDF/FTC+RAL ³	STARTMRK, QDMRK, SPRING2
	ABC/3TC+RAL ⁴	SPRING 2

Situación actual de la epidemia por VIH en España

- En España se estima que en la actualidad hay entre 120.000 y 150.000 personas vivas infectadas por el VIH.
Prevalencia 0,25-0,32%
- La vía de transmisión sexual es la más frecuente en la actualidad
- Se calcula que el 30% de estas personas no sabe que está infectada porque no se ha hecho las pruebas (Infección oculta)
El diagnóstico tardío y el retraso diagnóstico son frecuentes
- La incidencia anual de nuevas infecciones no está disminuyendo

Situación actual de la epidemia por VIH en Madrid

- Se estima que el número de personas vivas con infección por VIH estaría entre 22.000 y 29.000 . Prevalencia 0,32-0,44%
- La vía de transmisión sexual es la más frecuente en la actualidad
- Alrededor del 30% no saben que están infectados (Infección oculta)
El diagnóstico tardío y el retraso diagnóstico son frecuentes
- La incidencia anual de nuevas infecciones no disminuye



Infección por el VIH: Situación actual

**“Mayor éxito: el TARGA;
mayor fracaso: la prevención”.**

John G. Barlett. *HIV Management (The New York Course, 2008)*.



**Por cada paciente que inicia TAR
ocurren 3-4 nuevas infecciones.**

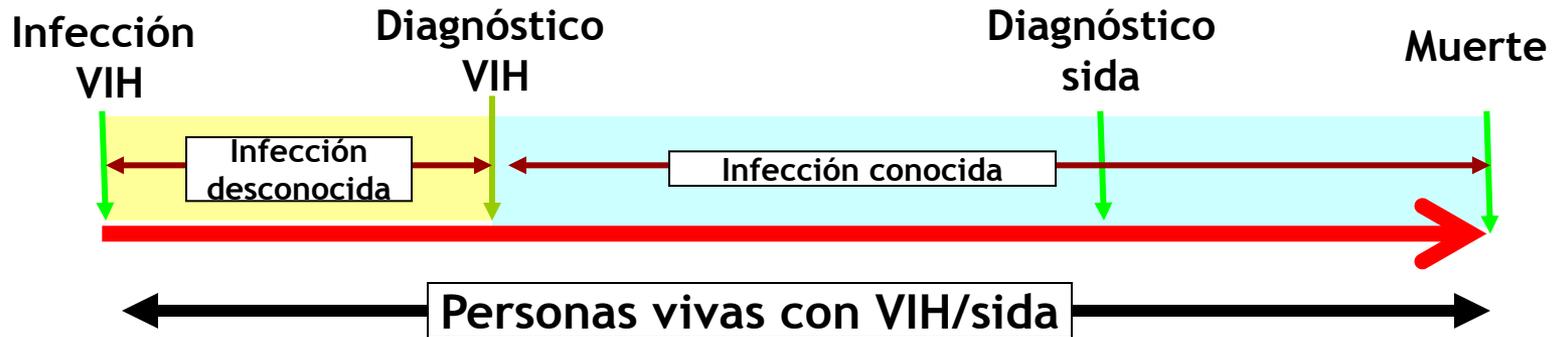
Prevención de la Transmisión del VIH

- Evitar la exposición:
 - Usar preservativo
 - No compartir jeringuillas
- Profilaxis para evitar la transmisión materno-infantil
 - TAR en embarazadas y recién nacido
- Profilaxis pre-exposición
 - Antirretrovirales pre-exposición
 - Microbicidas vaginales
- Profilaxis post-exposición
 - Antirretrovirales post-exposición
- Diagnóstico y tratamiento precoz de las personas infectadas por el VIH

DEFINICIONES

- **Infección por VIH oculta o desconocida:**
Personas infectadas por el VIH sin diagnosticar
- **Diagnóstico tardío o Presentación tardía de la Infección por VIH**
 - Diagnóstico de infección por VIH y SIDA de forma simultánea o próxima (Sida en los 3 o 12 primeros meses tras el diagnóstico de VIH)
 - CD4 < 200/mm³ al diagnóstico de infección VIH
- **Diagnóstico tardío o Presentación con enfermedad avanzada por VIH (PEA)**
CD4 < 200/mm³ al diagnóstico de infección por VIH
- **Retraso diagnóstico de la infección por VIH (RD)**
CD4 < 350/mm³ al diagnóstico de infección VIH

Infección por VIH oculta



➤ Infección oculta o desconocida:

Se estima que en la Unión Europea, en España y en la Comunidad de Madrid alrededor del 30% de las personas infectadas por VIH no lo saben

Frecuencia de Diagnóstico tardío y Retraso diagnóstico en Europa

- En 2010, 25 países europeos informaron del recuento de linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico.
- En el 29,3% de pacientes el recuento fue menor de 200 células/ μ l (PEA)
- En el 49,2% de pacientes el recuento fue menor de 350 células/ μ l (RD)

Datos europeos de PEA y RD correspondientes al año 2010 (Países con una muestra superior a 100)

	PEA	RD
PAÍS	CD4<200/ μ l (%)	CD4<350/ μ l (%)
Tayikistán	-----	57.9
Bélgica	20.3	38.7
Israel	-----	52.6
Holanda	26.7	50.1
ESPAÑA	27.7	45.5
Reino Unido	28.0	49.2
Francia	31.5	51,9
Dinamarca	-----	55.9
Alemania	33.8	53.0
Azerbaijan	-----	59.0
Italia	35.4	53.4

En la tabla se exponen los porcentajes de PEA y RD de los países con una muestra superior a 100 pacientes. Se han excluido los países que han comunicado información sobre el recuento de linfocitos CD4+ en menos de 100 pacientes

<http://www.ecdc.europa.eu>

Nuevos diagnósticos VIH Comunidad de Madrid 1 enero 2007 – 31 marzo 2013*

Retraso en el diagnóstico en la Comunidad de Madrid *Datos no consolidados 2012-2013

Tabla 3. Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico.

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	RD (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2007	718	1	330	32,7	52,9	72,6
2008	889	4	356	29,0	48,7	69,4
2009	897	12	362	29,7	47,9	66,1
2010	1033	6	400	24,5	42,0	61,8
2011	874	12	376	27,8	46,1	64,9
2012-13	529	19	404	27,0	42,0	60,1
07-13	4940	54	370 (RI: 171-580)	28,3	46,7	65,9

Mayor Retraso diagnóstico

- **Inmigrantes**
- **Edad**
- **Sexo femenino**
- **Mecanismo de transmisión**
 - **Heterosexual**
 - **UDI**

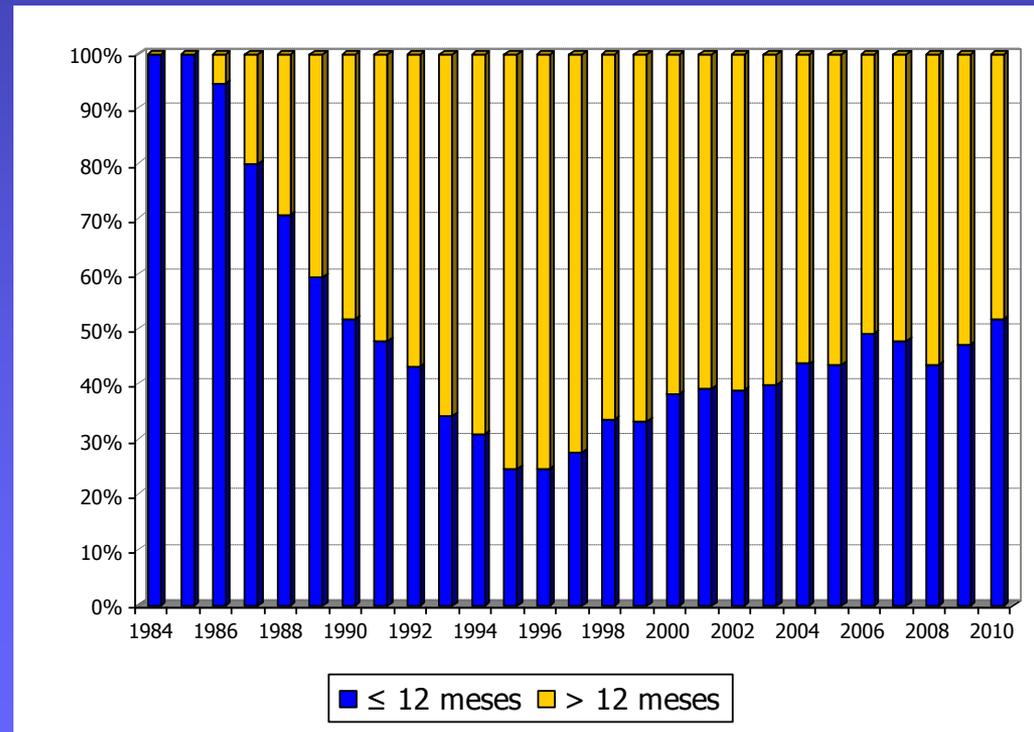
Retraso diagnóstico y enfermedad
Avanzada en la infección por VIH en
la Comunidad de Madrid (2007-2011)
Cevallos C, Verdejo J, Martínez S,
Izarra C
Rev Esp Salud Pública 2012;85:37-47

Casos de sida en la Comunidad de Madrid

Diagnóstico tardío

Diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al diagnóstico de Sida, cuando transcurre menos de 12 meses entre el diagnóstico de la infección y el desarrollo de la enfermedad.

- **Periodo 2005-2010:** En el 47% de los casos se produce un diagnóstico tardío.
 - 2008.....43,6%
 - 2009.....47,5%
 - 201052,0%
- **El retraso según MT:**
 - UDI, 11,9%
 - HTX, 71,1%
 - HSH, 65,4%
- **Espanoles: 34,4%**
- **Foráneos: 71,7%**



Consecuencias de la infección por VIH oculta y del diagnóstico tardío/Retraso diagnóstico

- Paciente: Aumento de la morbilidad y de la mortalidad
- Salud Pública: Aumento del riesgo de transmisión
- Económicas: Mayor gasto sanitario

Infeción oculta y diagnóstico tardío/Retraso diagnóstico:
peor pronóstico, mayor riesgo de transmisión y costes más elevados

Guidance for Implementing HIV testing in Adults. 2012. www.hiveurope.eu/
S. Moreno et al. Antivir Ther 2010;15(1):9-15

Retraso Diagnóstico y Diagnóstico Tardío

Consecuencias para el paciente

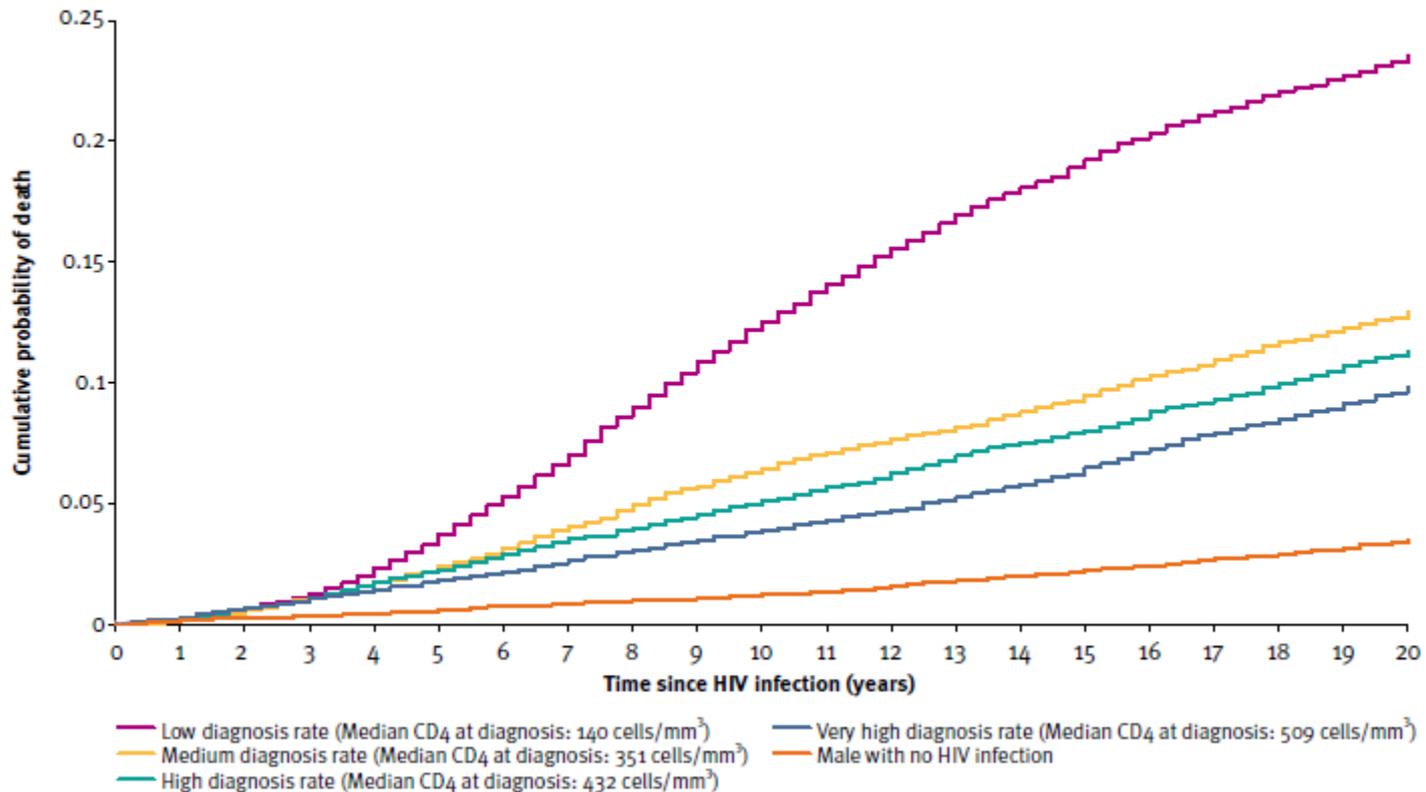
- Mayor mortalidad
- Mayor morbilidad: Mayor riesgo de eventos clínicos definitorios y no definitorios de SIDA. Menor calidad de vida
- Mayor dificultad en el tratamiento

Guidance for Implementing HIV testing in Adults. 2012. www.hiveurope.eu/

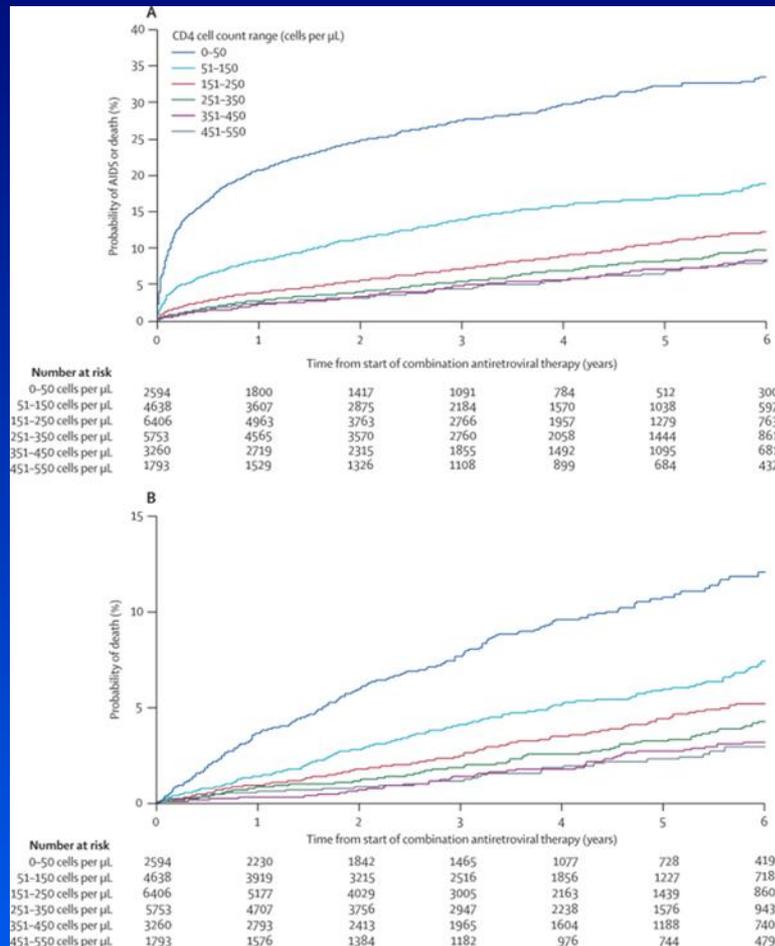
S. Moreno et al. Antivir Ther 2010;15(1):9-15

Mayor Mortalidad

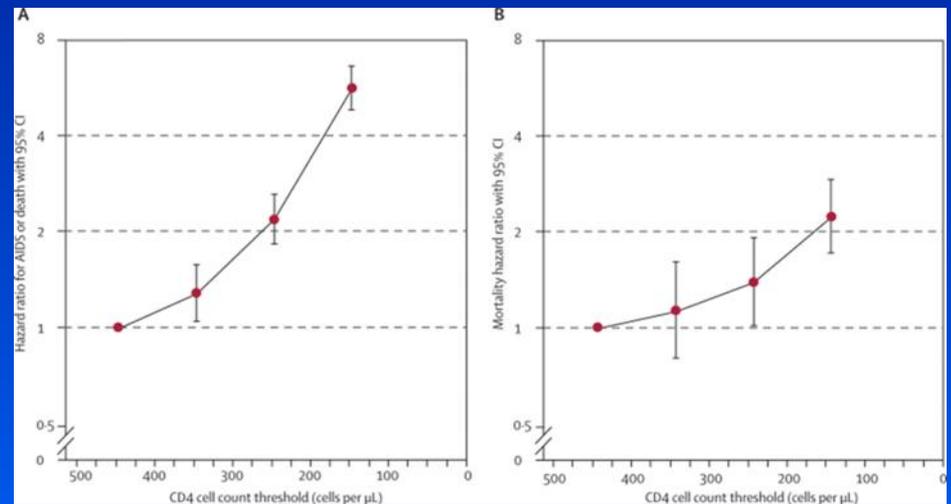
Figure 1: Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis [8]



Mayor mortalidad y mayor riesgo de SIDA o muerte

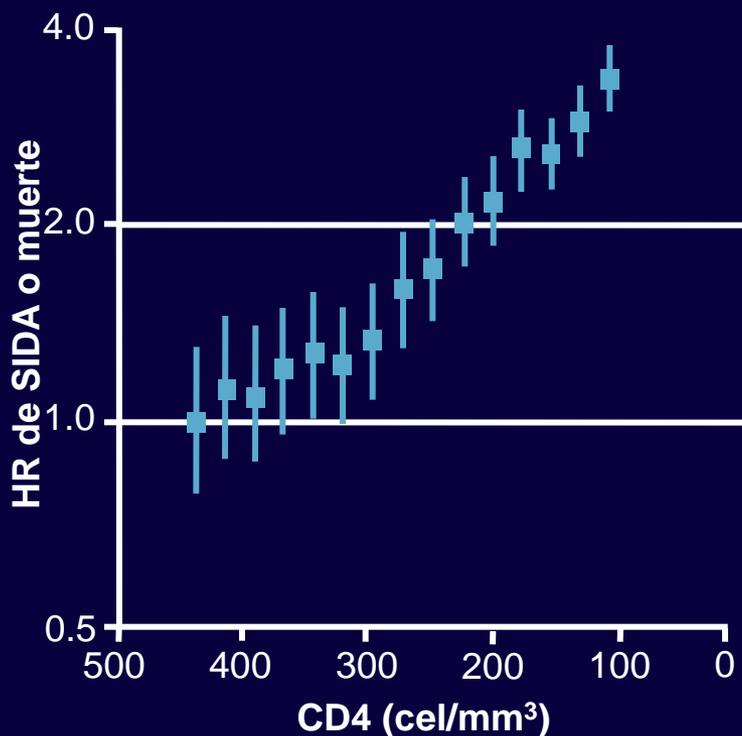


El Retraso diagnóstico, a pesar de iniciar TAR, incrementa significativamente el riesgo de muerte ($\text{CD4} < 250/\text{mm}^3$) y de progresión a SIDA o muerte ($\text{CD4} < 350/\text{mm}^3$)



ART Cohort Collaboration: Iniciar TAR con CD4 < 350/mm³ incrementa el riesgo de SIDA o muerte

- Analisis de 15 cohortes de USA y Europa (ART Cohort Collaboration) N = 24.444 pacientes



Comparación	HR (IC 95%)
1-100 vs 101-200	3.35 (2.99-3.75)
101-200 vs 201-300	2.21 (1.91-2.56)
201-300 vs 301-400	1.34 (1.12-1.61)
251-350 vs 351-450	1.28 (1.04-1.57)
351-450 vs 451-550	0.99 (0.76-1.29)

Iniciar TAR con CD4 351-450/mm³
disminuye el riesgo de SIDA o muerte

Diagnóstico tardío y Mortalidad en una cohorte prospectiva (CoRIS) en España

- Cohorte prospectiva de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en España (CoRIS)
- 19 hospitales españoles
- 2004-2006: 2564 pacientes nuevos con infección por VIH
- Prevalencia de Diagnóstico tardío: 37,3 %
- Riesgo de muerte significativamente mayor los pacientes con diagnóstico tardío: HR ajustado 5,2 (IC 95%: 1,9-14,5)

HPTN 052 Resultados: Eventos clínicos

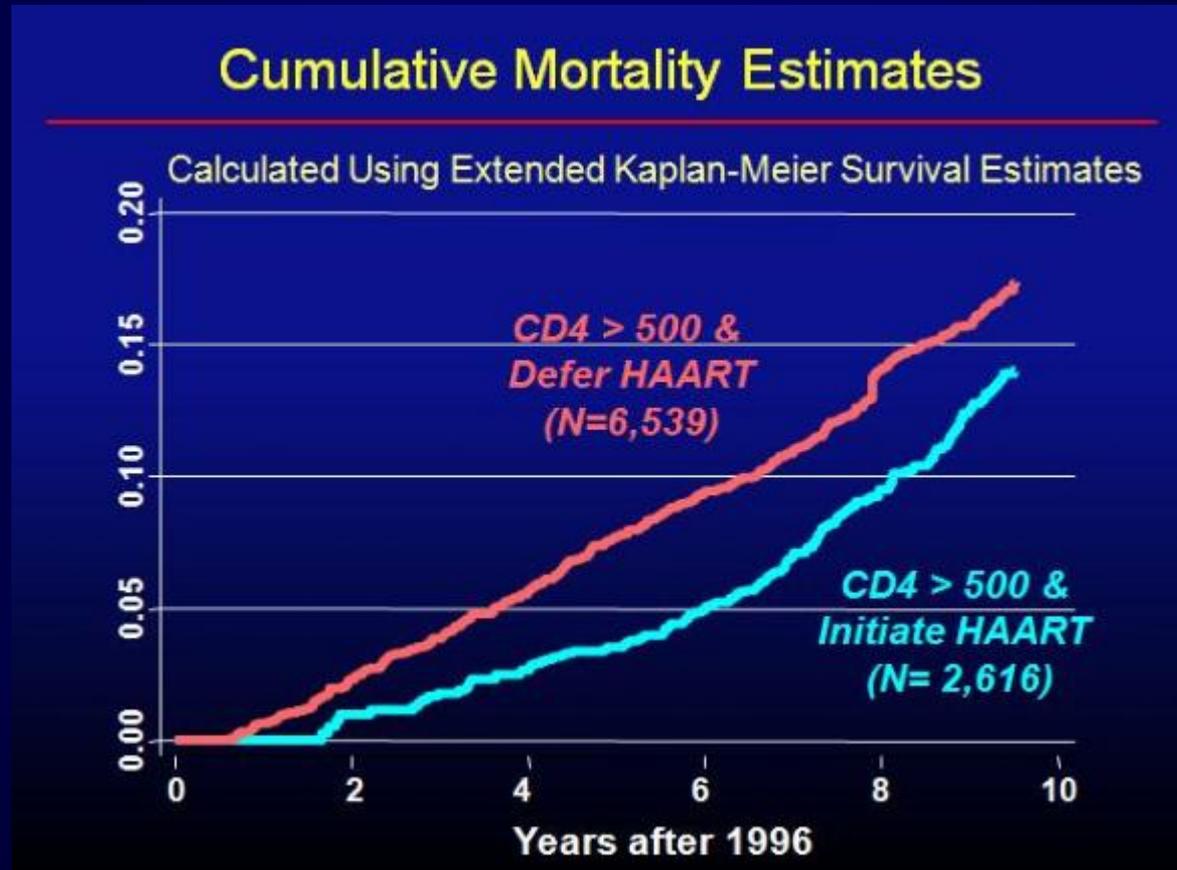
El TAR inmediato (CD4 350-550/mm³) vs TAR diferido (CD4 < 250/mm³) reduce la progresión clínica de la enfermedad

- Evento clínico primario: 105 pacientes:
 - TAR inmediato: 40.
 - TAR diferido: 65.

HR=0,6 (0,4 - 0,9), *P*=0,01
- TB extrapulmonar más frecuente en TAR diferido (*P*<0,002).
- Mayor mortalidad con TAR diferido, pero no significativa HR=0,77, (0,34 - 1,76), *P*>0,5.

	Inmediato	Diferido
Total (N=129)	53	76
Tuberculosis	17	33
Infección bacteriana grave	16	11
Muerte	10	13
Herpes simple crónico	3	7
Neumonía bacteriana recurrente	2	2
Candidiasis esofágica	2	2

NA-ACCORD: PROBABILIDAD DE MUERTE TRAS EL INICIO DE TAR



Retrasar el TAR a < 500 CD4 aumenta la mortalidad un 40%. HR 1,4 (1,1-1,7)

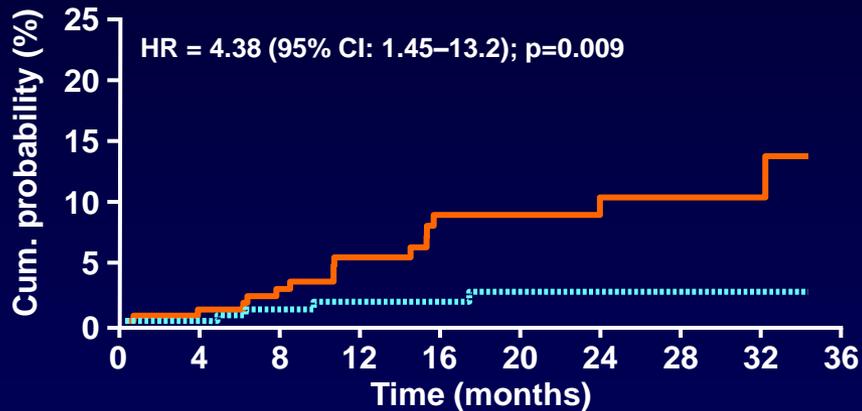
Kitahata M, et al. CROI 2009. Abst 71

Subestudio de naïve del Ensayo SMART

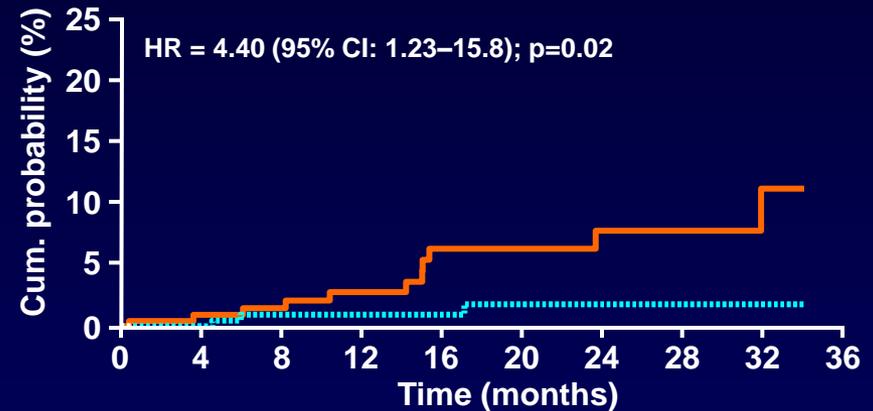
Iniciar TAR con $CD4 < 250/mm^3$ vs $> 350/mm^3$ incrementa el riesgo de eventos SIDA, eventos no SIDA y la mortalidad

— Deferred ART ··· Immediate ART

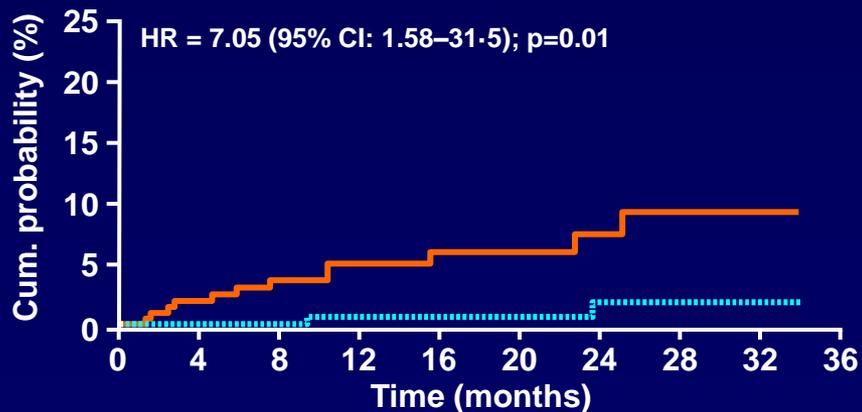
Opportunistic disease and death



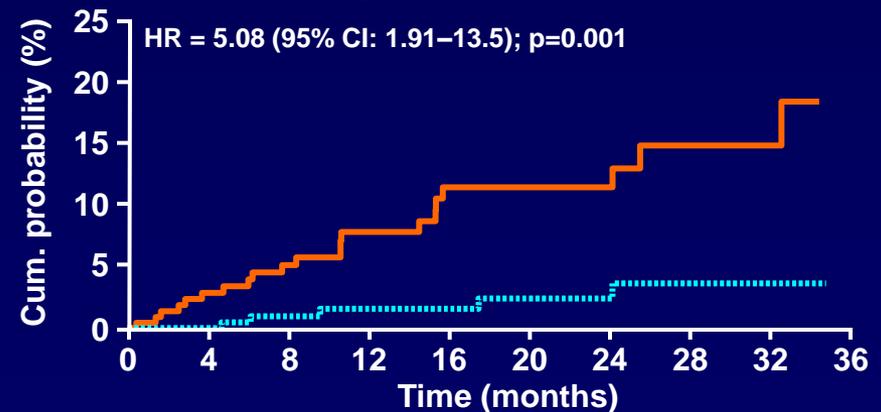
Opportunistic disease (fatal and non-fatal)



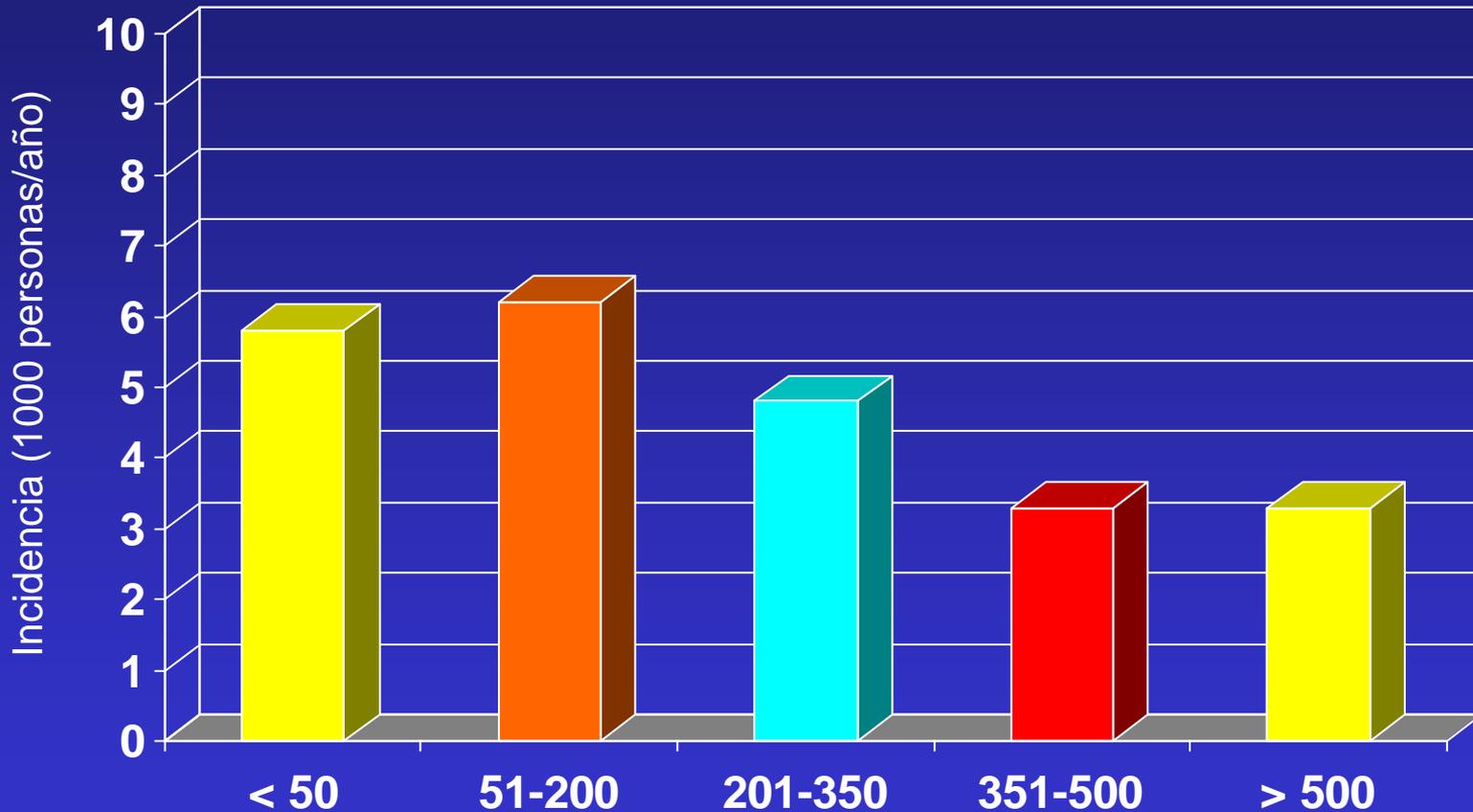
Serious non-AIDS



Composite endpoint



Cohorte EUROSIDA: La incidencia de cánceres no definitorios de SIDA es mayor con $CD4 < 350/mm^3$



Retraso Diagnóstico

Mayor dificultad en el tratamiento

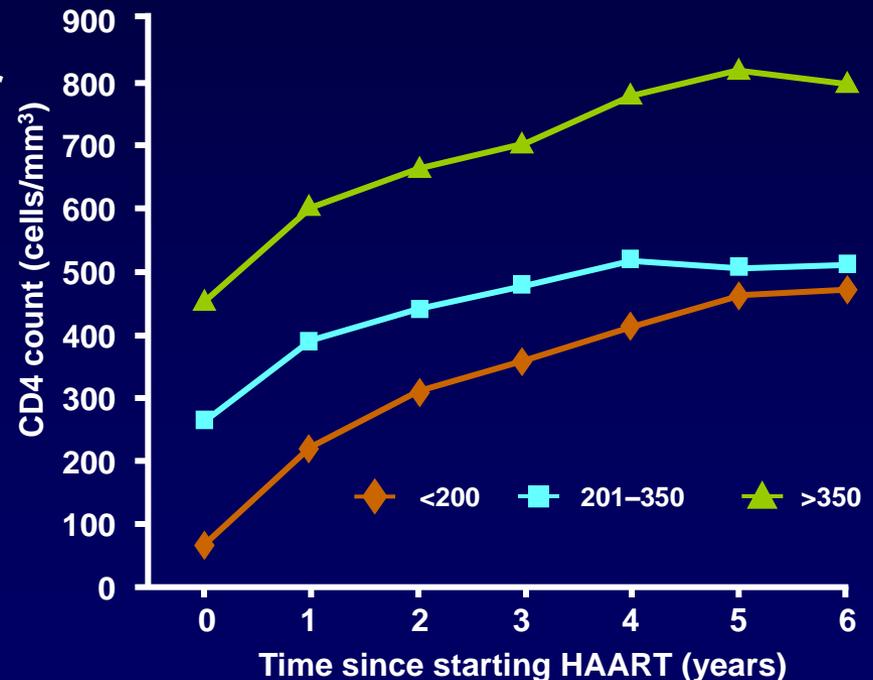
- Mayor riesgo de efectos adversos del TAR:
Anemia, pancreatitis, neuropatía periférica, lipodistrofia, diarrea y síndrome metabólico
- Peor respuesta al tratamiento:
 - Mayor riesgo de fallo terapéutico: Mayor inmunosupresión y mayor carga viral en pacientes con diagnóstico tardío
 - Peor reconstitución inmune

Efecto de la cifra de CD4 al inicio del TAR sobre la reconstitución inmune

Johns Hopkins HIV clinical cohort

- Análisis de la recuperación de CD4 en pacientes que inician TAR (n=655) con supresión viral sostenida (<400 copias/mL) durante 6 años, estratificados por CD4 basales
- CD4 basales >350/mm³: Incremento significativo de CD4 (p<0.05) y retorno a valores normales
- CD4 basales de 201–350 y <200: Incremento significativo de CD4 (p<0.05) y plató inferior a los niveles normales

Median CD4 counts over 6 years stratified by baseline CD4 count



Retraso Diagnóstico y Diagnóstico tardío

Consecuencias para la Salud Pública

- **La infección por VIH oculta y el Retraso Diagnóstico aumentan el riesgo de transmisión del VIH:**
 - Disminución de las conductas de riesgo en personas con infección VIH conocida vs desconocida-
 - La carga viral elevada (CV) aumenta el riesgo de transmisión. El diagnóstico tardío incrementa el riesgo de CV elevada
 - La tasa de transmisión es tres veces superior en las personas con infección VIH desconocida vs conocida. Se calcula que por cada persona diagnosticada de forma temprana se evita la transmisión a 3 personas
 - La fuente de contagio de más del 50% de las nuevas infecciones por VIH proviene de personas no diagnosticadas de infección por VIH
 - El TAR al disminuir la carga viral disminuye el riesgo de transmisión: Por cada ↓ de 0,3 log de la CV ↓ la transmisión en un 20%, por cada ↓ de 1 log en un 48% y con CV indetectable la transmisión es altísimamente improbable
 - La disminución de la CV comunitaria disminuye el número de nuevos casos de infección por VIH
- **Los nuevos casos de infección por VIH pueden reducirse sustancialmente disminuyendo la infección oculta y el retraso diagnóstico**

S. Moreno et al. Antivir Ther 2010;15(1):9-15

Marks G, et al. AIDS. 2006;20:1447-1450. .

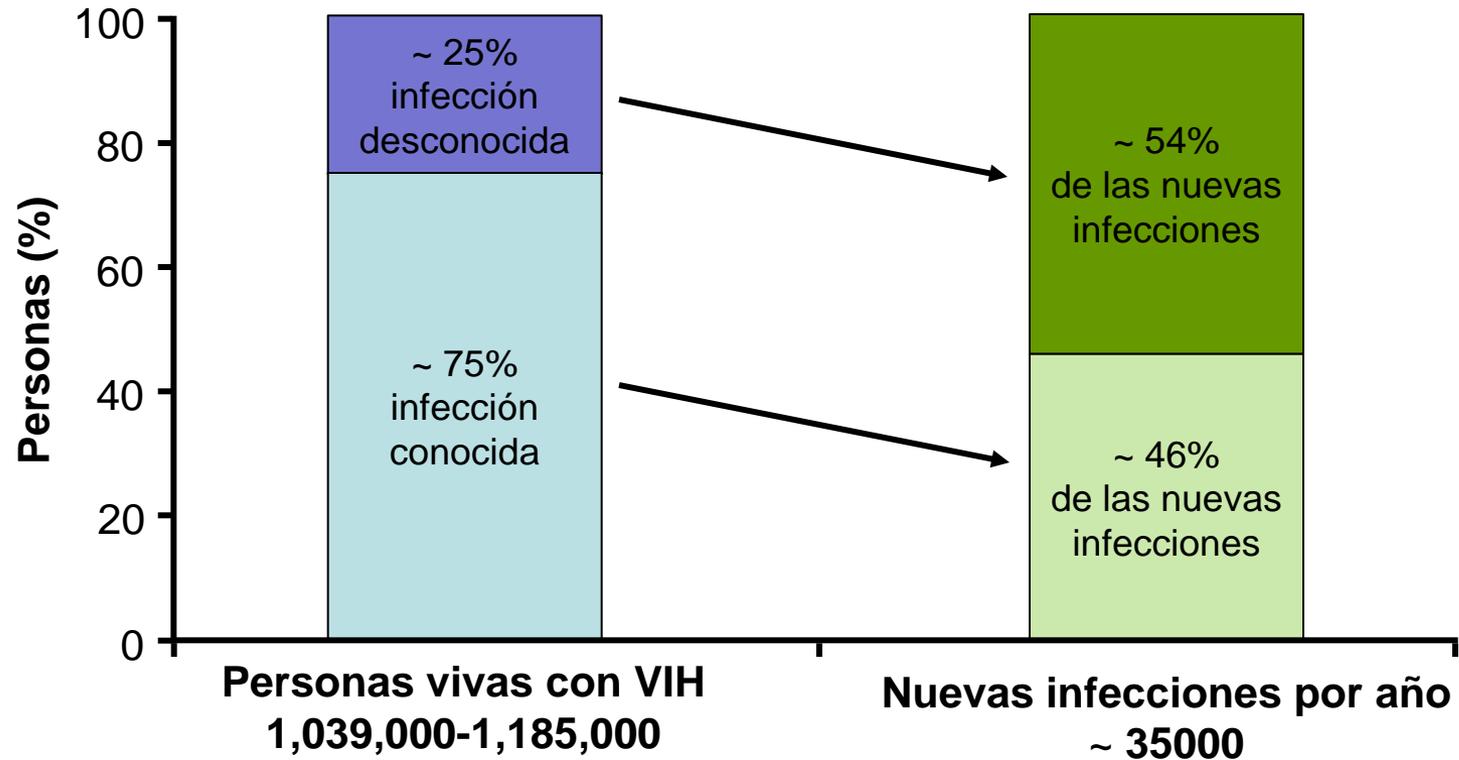
Diagnóstico tardío y carga viral

Patients presenting with a new diagnosis of HIV infection in January-March 2003 in the United Kingdom and Ireland. Values are numbers (percentages*) unless stated otherwise

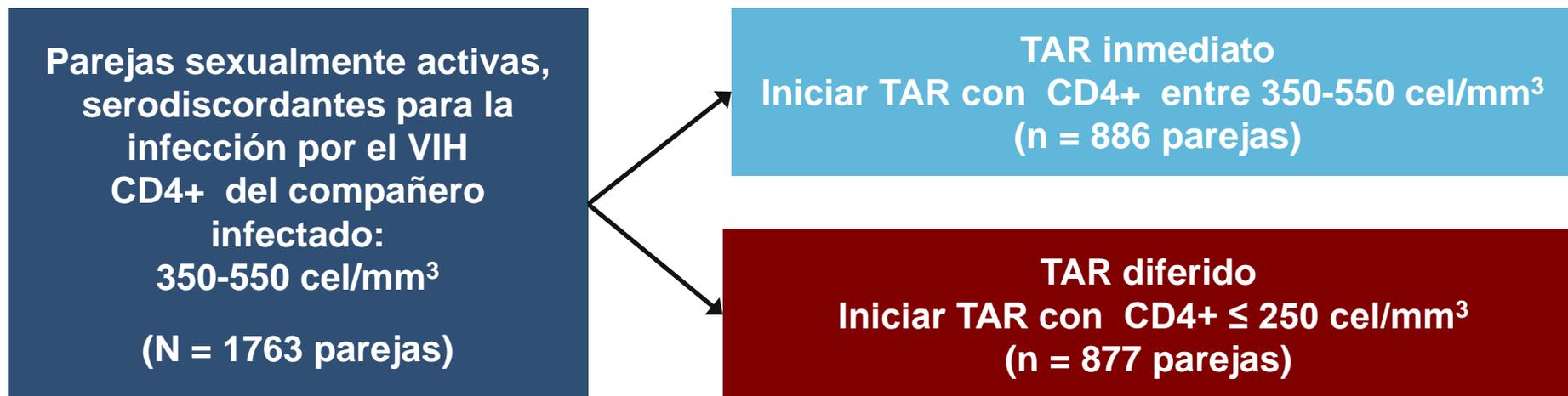
	Total	With CD4 <200 cells/ μ l at presentation	P value†
No of patients	977 (100.0)	301 (33.4)	
Viral load (copies/ml):			
<500	49 (5.7)	10 (21.3)	<0.0001
500-10 000	209 (24.4)	25 (12.1)	
10 000-30 000	144 (16.8)	27 (13.0)	
30 000-100 000	202 (23.6)	77 (38.3)	
\geq 100 000	251 (29.4)	133 (53.8)	

Sullivan A et al. BMJ 2005: 1301-1302

La Infección por VIH oculta causa más del 50% de las nuevas infecciones en Estados Unidos



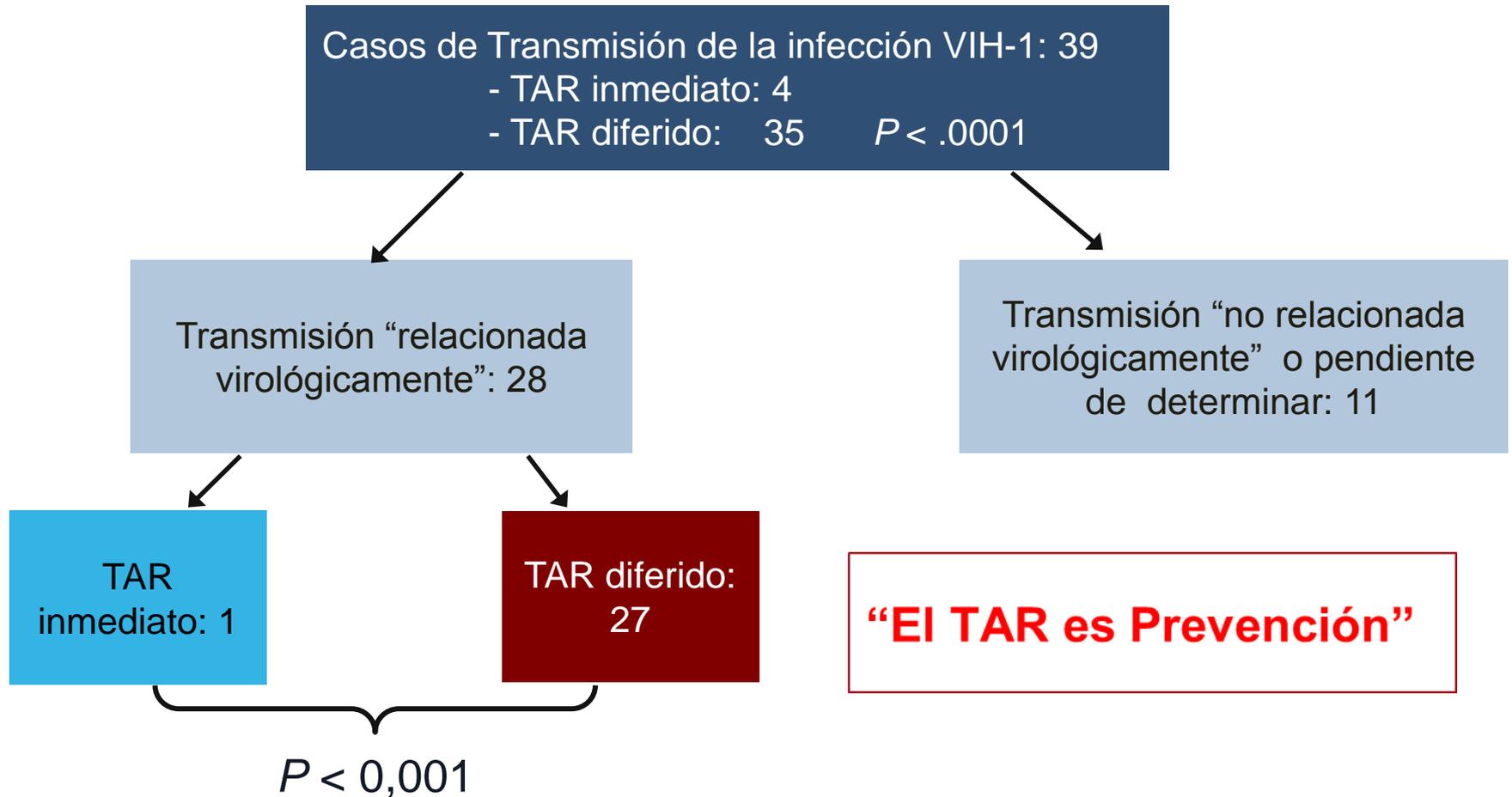
Estudio HPTN 052: TAR inmediato frente a TAR diferido en parejas serodiscordantes



- Criterio principal de eficacia: transmisión de la infección VIH-1 relacionada virológicamente (confirmada por análisis genéticos y comparación estadística de virus de ambos miembros de la pareja).
- Criterio Clínico Primario: Eventos de estadio 4 de la OMS, TB pulmonar, infección bacteriana grave y/o muerte.
- Las parejas recibieron asesoramiento intensivo sobre reducción de riesgos y el uso de preservativos.
- Mediana de seguimiento: 1,7 años.

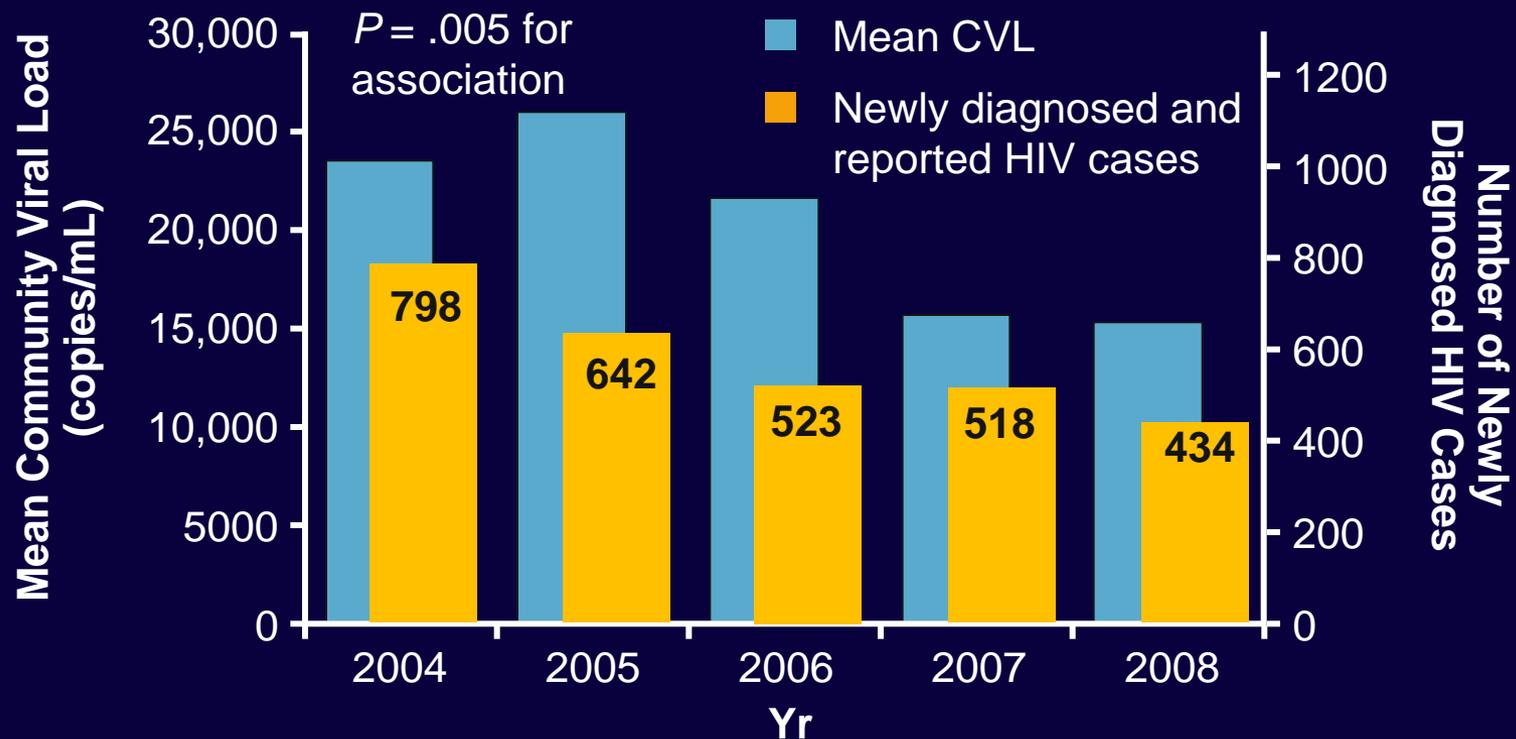
En mayo del 2011 el DSMB del estudio decidió su interrupción.

HPTN 052 Resultados: La transmisión del VIH-1 con TAR inmediato se reduce un 96% en parejas serodiscordantes



La disminución de la CV comunitaria reduce los nuevos casos de VIH en San Francisco

- Análisis retrospectivo de la relación entre carga viral comunitaria (media de la suma de las CV individuales por año) y nuevos diagnósticos de VIH



Retraso Diagnóstico y Diagnóstico Tardío

Impacto económico

El retraso diagnóstico incrementa el gasto sanitario y el diagnóstico precoz es coste-efectivo:

- El retraso diagnóstico aumenta el número de casos nuevos de infección por VIH, incrementando el gasto sanitario
- El coste anual medio de los cuidados sanitarios durante el primer año es más del doble en los pacientes con diagnóstico tardío ($CD4 < 200/mm^3$) comparado con el de los pacientes con diagnóstico precoz ($CD4 > 200/mm^3$)

Krentz HB et al. HIV Med 2004;5:93-98

- El screening rutinario del VIH para incrementar el diagnóstico precoz es coste-efectivo cuando la prevalencia de VIH en la población es $> 0,1\%$ y los beneficios son similares a los de otros programas de screening establecidos

Sanders GD et al. N Engl J Med 2005;352:570-585

El diagnóstico tardío duplica el gasto sanitario durante el primer año

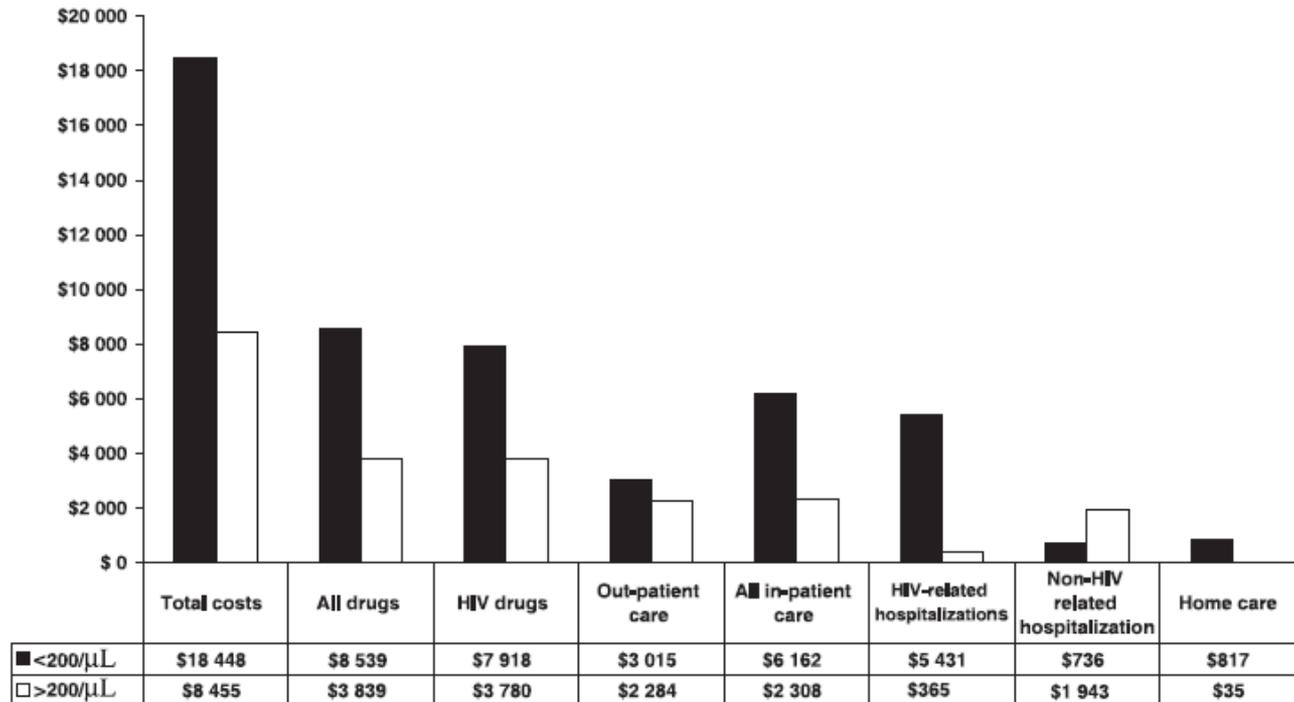
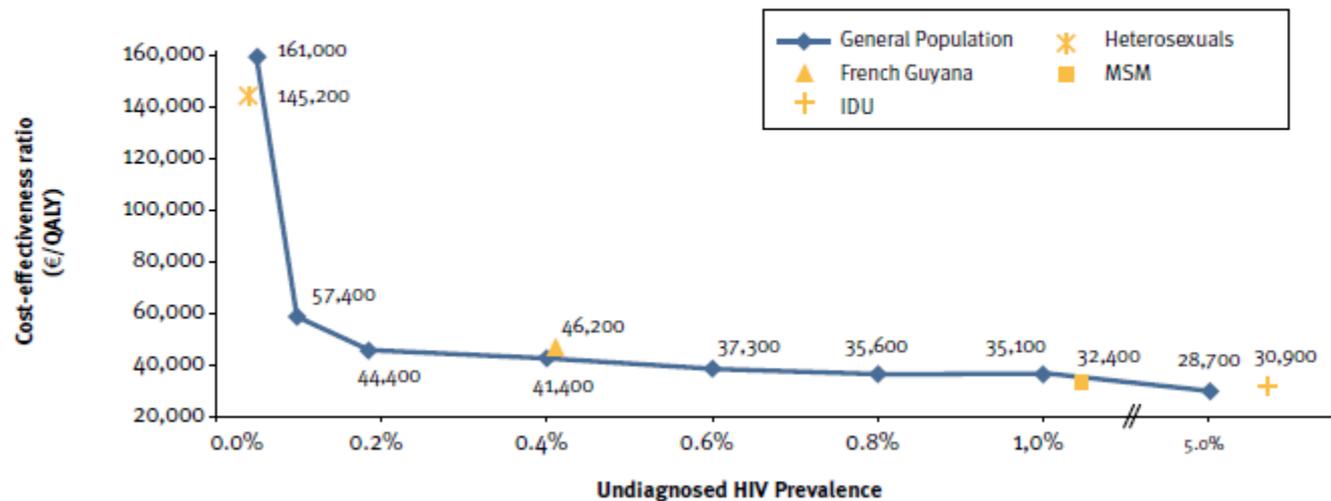


Fig. 2 Mean cost per patient per month by category for the 12 months following HIV diagnosis (in Canadian dollars).

Coste-efectividad de los Test VIH

Cost-effectiveness of HIV testing in France according to undiagnosed HIV prevalence [45]



Yazdanpanah Y et al.
PLoS One 2010; 5: e13132.

Alta prevalencia de infección por VIH oculta en población general de Madrid

Serología VIH en 3695 pacientes entre 16- 80 años (50% Mujeres) atendidos en Atención Primaria

	Prevalencia	IC 95%
Global	0,35	0,13-0,57
Varones	0,51	0,12-0,89
Mujeres	0,2	0,0-0,44
Españoles	0,3	0,06-0,53
Extranjeros	0,61	0,03-1,18
21-30 años	0,65	0,01-1.29
31-40 años	0,71	0,02-1,41

Dada la elevada prevalencia de Infección por VIH no diagnosticada en población general hay que poner en marcha estrategias para el diagnóstico de Infección por VIH oculta

Ventana Oportunidad para el Diagnóstico Precoz

En un estudio sobre el retraso diagnóstico en la Infección por VIH, se objetivó que el 83,7% de los pacientes diagnosticados de infección por VIH entre el 2005 y el 2010 habían tenido contacto en los 5 años previos con el sistema sanitario y no se les había ofertado realizarse la prueba del VIH

Barris et al. Retraso Diagnóstico en la Infección por VIH

Beneficios del Diagnóstico Precoz

- Paciente: Disminución de la morbilidad y de la mortalidad, con aumento de la calidad de vida y de la supervivencia
- Salud pública: Disminución de la transmisión y de las nuevas infecciones.
- Económicos: Disminución del gasto sanitario

Diagnóstico precoz: mejor pronóstico, menor riesgo de transmisión y costes menores

Guidance for Implementing HIV testing in Adults. 2012. www.hiveurope.eu/

S. Moreno et al. Antivir Ther 2010;15(1):9-15

Promover el Diagnóstico Precoz

Políticas de cribado del VIH

- **Test del VIH dirigidos:**

Ofertar la prueba del VIH a todas las personas que tienen mayores probabilidades de estar infectados por el VIH

Los test son coste-efectivos cuando la prevalencia es $> 0,1\%$

- **Test del VIH universales:**

Realizar pruebas de cribado del VIH a toda las personas que acuden al sistema sanitario

Recomendado por la OMS cuando la prevalencia de infección por VIH en la población es $> 1\%$

Los CDC recomiendan el cribado rutinario, a toda persona entre 15-70 años que acuda al sistema sanitario sino se opone explícitamente

¿A quién debemos recomendar que se realice la prueba del VIH?



- Personas que han tenido relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) con una mujer o un hombre con infección por VIH.
- Personas que han tenido relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) sin preservativo con una o diversas parejas de las que desconoce su estado serológico.
- Personas que ejercen la prostitución y usuarios

¿A quién debemos recomendar que se realice la prueba del VIH?

- **Personas con una pareja estable y quieren dejar de usar el preservativo en sus relaciones sexuales.**
- **Personas que han tenido relaciones sexuales sin protección en países de alta prevalencia de infección por VIH**
- **Personas que han padecido alguna infección de transmisión sexual, hepatitis o tuberculosis**
- **Personas que han compartido el material para inyectarse drogas (jeringuillas, agujas, cucharas, filtros...)**
- **Mujeres embarazadas o que piensan tener hijos**
- **Hijos de mujeres seropositivas**

¿A quién debemos recomendar que se realice la prueba del VIH?

- **Personas con síntomas o signos sugestivos de infección por VIH o enfermedades características de SIDA**
 - Sospecha de primoinfección por VIH (S. mononucleósico, meningitis aséptica)
 - Fiebre persistente $>38^{\circ}$ C, pérdida de peso $>10\%$ o diarrea crónica >1 mes sin otras causas que lo expliquen
 - Linfadenopatias de causa no explicada
 - Trombocitopenia y otras alteraciones hematológicas, como anemia, leucopenia, bicitopenia o pancitopenia, de causa no explicada
 - Cualquiera de las enfermedades incluidas en las categorías B o C del CDC
- Donantes de sangre y hemoderivados, órganos, tejidos o semen
- Exposición accidental al VIH
- Petición del paciente

Table 1: Definitions of indicator conditions and recommendations for HIV testing

1. Conditions which are AIDS defining among PLHIV*

Strongly recommend testing:

Neoplasms:

- Cervical cancer
- Non-Hodgkin lymphoma
- Kaposi's sarcoma

Bacterial infections

- Mycobacterium Tuberculosis, pulmonary or extrapulmonary
- Mycobacterium avium complex (MAC) or Mycobacterium kansasii, disseminated or extrapulmonary
- Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
- Pneumonia, recurrent (2 or more episodes in 12 months)
- Salmonella septicaemia, recurrent

Viral infections

- Cytomegalovirus retinitis
- Cytomegalovirus, other (except liver, spleen, glands)
- Herpes simplex, ulcer(s) >1 month/bronchitis/pneumonitis
- Progressive multifocal leucoencephalopathy

Parasitic infections

- Cerebral toxoplasmosis
- Cryptosporidiosis diarrhoea, >1 month
- Isosporiasis, >1 month
- Atypical disseminated leishmaniasis
- Reactivation of American trypanosomiasis (meningoencephalitis or myocarditis)

Fungal infections

- Pneumocystis carinii pneumonia
- Candidiasis, oesophageal
- Candidiasis, bronchial/ tracheal/ lungs
- Cryptococcosis, extra-pulmonary
- Histoplasmosis, disseminated/ extra pulmonary
- Coccidioidomycosis, disseminated/ extra pulmonary
- Penicilliosis, disseminated

3. Conditions where not identifying the presence of HIV infection may have significant adverse implications for the individual's clinical management despite that the estimated prevalence of HIV is most likely lower than 0.1%

Offer testing:

- Conditions requiring aggressive immuno-suppressive therapy:
 - Cancer
 - Transplantation
 - Auto-immune disease treated with immunosuppressive therapy
- Primary space occupying lesion of the brain.
- Idiopathic/Thrombotic thrombocytopenic purpura

2a. Conditions associated with an undiagnosed HIV prevalence of >0.1%**

Strongly recommend testing:

- Sexually transmitted infections
- Malignant lymphoma
- Anal cancer/dysplasia
- Cervical dysplasia
- Herpes zoster
- Hepatitis B or C (acute or chronic)
- Mononucleosis-like illness
- Unexplained leukocytopenia/ thrombocytopenia lasting >4 weeks
- Seborrheic dermatitis/exanthema
- Invasive pneumococcal disease
- Unexplained fever
- Candidaemia
- Visceral leishmaniasis
- Pregnancy (implications for the unborn child)

2b. Other conditions considered likely to have an undiagnosed HIV prevalence of >0.1%

Offer testing:

- Primary lung cancer
- Lymphocytic meningitis
- Oral hairy leukoplakia
- Severe or atypical psoriasis
- Guillain-Barré syndrome
- Mononeuritis
- Subcortical dementia
- Multiplesclerosis-like disease
- Peripheral neuropathy
- Unexplained weightloss
- Unexplained lymphadenopathy
- Unexplained oral candidiasis
- Unexplained chronic diarrhoea
- Unexplained chronic renal impairment
- Hepatitis A
- Community-acquired pneumonia
- Candidiasis

* Based on CDC and WHO classification system [46]

** References in appendix 2

Updates to the table based on future evidence of HIV prevalence in indicator conditions under 2b can be found at www.hiveurope.eu

Conclusiones

- El Diagnóstico precoz disminuye la morbimortalidad y mejora la calidad de vida de las personas con infección por VIH, disminuye el riesgo de transmisión y es coste-efectivo
- Los profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias y las ONGs deben apostar decididamente para implantar programas de Diagnóstico precoz