¿Oportunidades perdidas? Conocimientos y actitudes de los médicos y las médicas de familia en la prevención y diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana

Missed opportunities? Knowledge and attitudes of family physicians in the prevention and diagnosis of human immunodeficiency virus

Inmaculada Concepción Barceló Barceló[a], Miguel Castillo Sánchez[b] y Guadalupe Ruiz Merino[c]

[a] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia (España). Grupo de Investigación en Atención Primaria, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB). Grupo de Trabajo VIH-Sida e ITS de la SMUMFYC. ORCID: 0009-0008-9289-4254.

[b] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Centro de Salud Infante. Murcia (España). Grupo de Investigación en Atención Primaria, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB). ORCID: 0000-0002-2473-8160.

[c] Unidad de Apoyo Metodológico. Área de Investigación, Innovación y Desarrollo. Oficina de Proyectos Internacionales Biosanitarios (IBiPO). Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS-IMIB). Murcia (España). ORCID: 0000-0002-5265-1935.

CORREO ELECTRÓNICO:

Inmaculada Concepción Barceló Barceló. barcelobarceloinmaculada@gmail.com

Recibido el 14 de julio de 2025.
Aceptado para su publicación el 24 de marzo de 2026

El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Objetivos: identificar factores asociados a la adhesión de las y los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) a las recomendaciones vigentes en prevención y diagnóstico precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Métodos: estudio observacional descriptivo transversal realizado en tres zonas básicas de salud en Atención Primaria (AP). Participaron 73 especialistas y residentes de MFyC mediante cuestionario autocumplimentado. Se recogieron variables sociodemográficas, actitudes, formación y conocimientos sobre VIH.

Resultados: respondieron el 83,5% de las y los profesionales (n = 61). La edad presentó una mediana de 42 años (rango intercuartílico [RIC]: 28-60), y la experiencia profesional, de 16 años (RIC: 3-33). El 80% solicitó la prueba ante sospecha de infección de transmisión sexual (ITS) o pareja serodiscordante. Más del 60% refirió no solicitarla ante condiciones indicadoras de VIH o a personas procedentes de regiones con mayor prevalencia de VIH como África subsahariana. Solo el 37,7% declaró hacer cribado oportunista habitual en población sexualmente activa. Se observó una correlación negativa entre los años de experiencia profesional y la frecuencia de cribado oportunista. La principal barrera fue la dificultad de las y los pacientes para abordar la salud sexual. Aunque el 78,7% percibió formación no actualizada, el nivel de conocimientos fue cercano al 70%, siendo inferior al 50% en diagnóstico tardío y profilaxis posexposición.

Conclusiones: las oportunidades perdidas en prevención y diagnóstico del VIH parecen asociarse a déficits formativos, baja realización de cribado oportunista y escasa solicitud de la prueba ante condiciones indicadoras de infección por el VIH, observándose además ciertas diferencias según experiencia profesional.

Palabras claves: infecciones por virus de inmunodeficiencia humana; diagnóstico tardío; Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; conocimientos, actitudes y práctica en salud.

ABSTRACT

Aims: *to identify factors associated with adherence of family and community medicine specialists (FCM) to current recommendations for HIV prevention and early diagnosis.*

Methods: *a cross-sectional observational descriptive study was performed in three primary care catchment areas. A total of 73 family and community medicine specialists and residents were invited to take part by means of a self-administered questionnaire. Sociodemographic variables, attitudes, training and knowledge in regard to HIV were collected.*

Results: *a total of 83.5% of professionals responded (n=61). Median age was 42 years (IQR: 28-60) and median professional experience was 16 years (IQR: 3-33). Eighty percent requested the HIV test when there was suspicion of a sexually transmitted infection in patients with a serodiscordant partner. More than 60% reported not requesting the test in the presence of HIV indicator conditions or in individuals from regions with higher HIV prevalence, such as sub-Saharan Africa. Only 37.7% reported routinely performing opportunistic screening in sexually active individuals. A negative correlation was observed between years of professional experience and the frequency of opportunistic screening. The main barrier identified was patients' difficulty discussing sexual health. Although 78.7% perceived their training as outdated, the overall level of knowledge was close to 70%, with values below 50% in aspects related to late diagnosis and post-exposure prophylaxis.*

Conclusions: *missed opportunities in HIV prevention and diagnosis appear to be associated with training gaps, low implementation of opportunistic screening and limited use of HIV testing in the presence of HIV indicator conditions, with further differences observed according to professional experience.*

Keywords: *HIV infections; delayed diagnosis; Family Practice; Primary Health Care; health knowledge, attitudes, practice.*

INTRODUCCIÓN

La estrategia global de ONUSIDA 2021-2026 establece el objetivo 95-95-95-95 para avanzar hacia el control de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), incluyendo diagnóstico precoz, tratamiento efectivo, supresión viral y mejora de la calidad de vida. En paralelo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la necesidad de fortalecer la Atención Primaria (AP) y la integración de los servicios de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)[1].

En España, aunque la incidencia es comparable a la de otros países de Europa occidental, los datos de vigilancia epidemiológica indican que España mantiene tasas de nuevos diagnósticos superiores a la media europea. Los nuevos casos se concentran principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que representan más del 50% de los diagnósticos, y cerca de un tercio de los nuevos diagnósticos corresponden a personas originarias de América Latina[2]. Además, el diagnóstico tardío (DT) continúa siendo un problema relevante, ya que aproximadamente la mitad de los nuevos diagnósticos se llevan a cabo con menos de 350 CD4 células/µl[2-4], lo que se asocia a peor pronóstico individual y mayor riesgo de transmisión comunitaria.

La AP desempeña un papel clave en la detección precoz, dado que en este ámbito se realizan cerca de la mitad de los diagnósticos de infección por VIH[5]. No obstante, persisten oportunidades perdidas, definidas como la no solicitud de la prueba del VIH ante la presencia de condiciones indicadoras (CIVIH), factores conductuales o situaciones de riesgo[3,6]. Las CIVIH incluyen enfermedades definitorias de sida y otras condiciones asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1%, según el estudio HIDES[6]. Factores como la limitación de tiempo, las dificultades para abordar la salud sexual y el déficit formativo pueden contribuir a esta situación. Asimismo, la incorporación de estrategias preventivas como la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis posexposición (PPE) exige una actualización continua de conocimientos y actitudes profesionales[7]. A pesar de las intervenciones preventivas clásicas, como la promoción del preservativo, el consejo sanitario, el diagnóstico y tratamiento precoces o la PPE, el control efectivo de la epidemia sigue siendo un reto[8].

El objetivo de este estudio fue evaluar las actitudes, la formación, los conocimientos y las barreras percibidas por el personal de MFyC y los residentes respecto a la prevención de la infección por el VIH, incluyendo la PrEP y la PPE, así como su relación con posibles oportunidades perdidas en el diagnóstico precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el ámbito de AP. La muestra seleccionada de forma intencional fue conformada por las y los 52 MFyC y 21 residentes de MFyC, que se encontraban en activo, de las tres zonas básicas de salud, constituidas por dos centros de salud urbanos docentes y cinco consultorios rurales asociados a dichos centros de salud de un municipio con una población de 78.450 habitantes.

Se elaboró una encuesta (**anexo 1**) a partir de la revisión bibliográfica[5,9-12] y se hizo una validación interna con un pilotaje de la encuesta por 10 tutores MFyC de unos de los centros docentes (diciembre de 2023) que optimizaron algunas preguntas. Las posibles personas participantes fueron contactadas de forma presencial en su lugar de trabajo por el investigador, se les explicaron los objetivos del estudio y fueron invitadas a participar. Todos los y las profesionales participantes firmaron un consentimiento informado. La encuesta fue autocumplimentada, anónima y voluntaria, con un tiempo estimado de realización de 15-20 minutos, se motivó a la colaboración con un compromiso del investigador de presentación de los resultados y formación en las áreas susceptibles de mejora. Las preguntas se organizaron en cuatro bloques: datos sociodemográficos, actitudes, formación y conocimientos.

1. Datos sociodemográficos: edad, sexo, situación profesional y años de profesión.

2. Actitudes: con preguntas y con respuestas, tipo escala de Likert, en relación con la solicitud de la prueba de VIH en ITS, con FRVIH (como adenomegalias, trombo o leucopenia, síndrome mononucleósico/herpes zoster), personas migrantes procedentes de África subsahariana, parejas serodiscordantes, preguntas en relación con el diagnóstico y seguimiento del VIH, así como barreras en el diagnóstico precoz.

3. Formación: con preguntas acerca de la opinión subjetiva en la formación en el VIH, la forma de adquirirla y las áreas de mejora de las cuestiones planteadas.

4. Conocimientos: con preguntas sobre el manejo de la prueba negativa de VIH, síntomas de la primoinfección y frecuencia, fenómeno *chemsex*, indicaciones y uso de la PrEP y PPE, frecuencia de DT de infección por VIH.

5. Los datos fueron analizados con el software estadístico SPSS v.29.0. Las variables cualitativas se describieron mediante fre-

cuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas edad y años de profesión no mostraron distribución normal (p <0,001) evaluadas mediante test de Shapiro-Wilk, por lo que se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) y se utilizaron pruebas no paramétricas cuando fue necesario. Para la comparación de medias entre dos grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba U de Mann-Whitney cuando no se cumplían criterios de normalidad. Las asociaciones entre variables cualitativas se analizaron mediante test ji al cuadrado o test exacto de Fisher cuando fue necesario. Las correlaciones se analizaron con rho de Spearman. Las escalas tipo Likert se analizaron como variables ordinales. Se consideró significación estadística un valor de p <0,05.

RESULTADOS

El período de captación fue del 15 de enero al 15 de marzo de 2024. Se recibieron 61 encuestas de los 73 profesionales contactados, lo que supuso una tasa de respuesta del 83,5%. La edad presentó una mediana de 42 años (RIC: 28-60), con un rango de 25 a 66 años. El 68,8% fueron mujeres, y el 31,1%, hombres. El 72,1% eran especialistas en MFyC, y el 27,8%, residentes. La mediana de años de ejercicio profesional fue de 16 años (RIC: 3-33), con un rango de 1 a 43 años (**tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las y los profesionales (n = 61)

VARIABLE	N	%
Edad (años)		
<30	17	27,9
30-40	12	19,7
41-50	4	6,6
51-60	14	22,9
>60	14	22,9
Sexo		
Hombre	19	31,1
Mujer	42	68,9
Situación profesional		
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	44	72,1
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria	17	27,9
Años de profesión		
<10	22	36,1
10-20	10	16,4
21-30	10	16,4
>30	19	31,1

Actitudes

En cuanto a las actitudes (**figura 1**), casi el 80% de las y los profesionales manifestaron solicitar siempre o casi siempre la prueba de VIH ante una sospecha de ITS. Cuando la pareja es seropositiva, el 86,8% de las personas encuestadas respondieron que la solicitaba siempre o casi siempre. Por el contrario, en relación con las CIVIH o en personas procedentes del África subsahariana, el 61,6 y el 62,8%, respectivamente, refirieron solicitarla nunca o pocas veces. En relación con la repetición de la prueba tras resultado negativo del VIH en el contexto de una ITS, el 52,4% afirmó repetirla a los 3 meses y el 18% no la repitió nunca.

El 72,1% de las y los profesionales había solicitado al menos una prueba de VIH en el último mes (73,8% mujeres versus 68,4% hombres), sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos (p >0,05). El número de pruebas solicitadas en los últimos 3 años presentó una mediana de 20 (RIC: 10-60), con un rango entre 0 y 300, evidenciando una distribución marcadamente asimétrica y una elevada dispersión interprofesional.

El 27,9% de las y los profesionales (n = 17) había realizado al menos un diagnóstico de VIH en los últimos 3 años, mientras que el 72,1% no había hecho ninguno.

Responsabilidad

Más del 70% de las personas encuestadas asumieron «total» o «bastante» responsabilidad en todas las áreas evaluadas, destacando la educación sanitaria en prevención del VIH (85,2%), la solicitud de la prueba (81,9%) y la valoración del riesgo individual (80,3%) (**figura 2**).

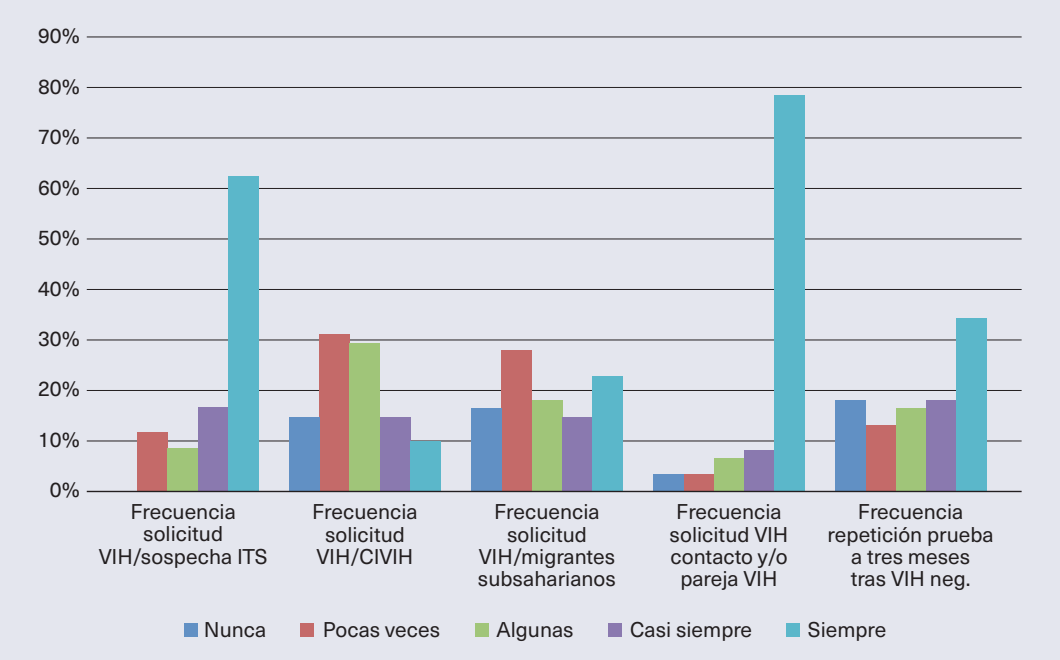
Barreras

La falta de tiempo fue considerada una barrera bastante o muy importante por el 54,1% de las personas encuestadas. El 31,1% percibió que sus pacientes presentaban bastante o mucha dificultad para hablar sobre conductas sexuales. En contraste, menos del 5% de las y los profesionales manifestó gran dificultad personal para abordar esta temática. La falta de formación en criterios conductuales de riesgo fue considerada bastante o muy importante por el 31,1%. En cuanto a la comunicación del diagnóstico, el 40,9% reconoció alguna o mayor dificultad (**figura 3**).

Solicitud oportunista

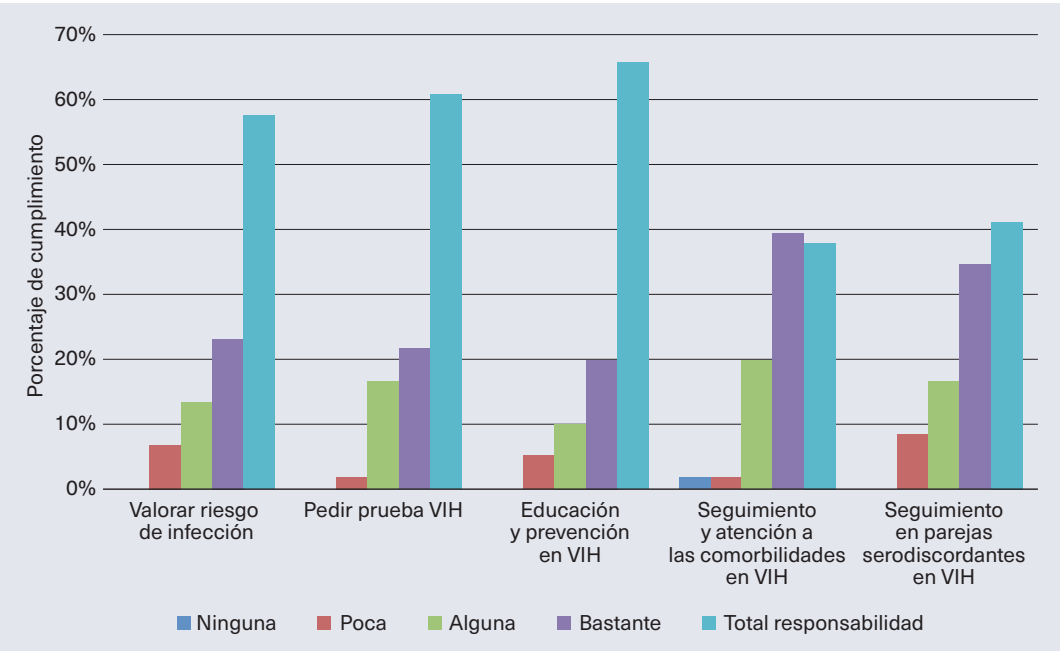
El 37,7% indicó que solicitaba la prueba de forma oportunista siempre o casi siempre en la población sexualmente activa (20-59 años) ante analíticas rutinarias, mientras que el 40,1% afirmó no hacerlo nunca o pocas veces. Se observaron diferencias significativas en la frecuencia de solicitud oportunista de la prueba del VIH entre profesionales mujeres y hombres, siendo mayor entre las mujeres (U de Mann-Whitney; p = 0,04). Además, se observó una correlación negativa significativa entre los años de profesión y la solicitud analítica oportunista en personas sexualmente activas (ρ de Spearman = –0,32; p = 0,01), indicando una menor frecuencia de cribado en profesionales con mayor experiencia. Asimismo, se observó una asociación significativa entre mayor frecuencia de solicitud opor-

Figura 1. Valoración de las actitudes de residentes y personal de Medicina Familiar y Comunitaria ante solicitud de prueba de virus de inmunodeficiencia humana



CIVIH: condiciones indicadoras para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; ITS: infecciones de transmisión sexual; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.
Datos extraídos de: Solomon SD[31] y Pitt B[34].

Figura 2. Actitudes: responsabilidad de residentes y personal de Medicina Familiar y Comunitaria en prevención y seguimiento del virus de inmunodeficiencia humana



VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

tunista (siempre y casi siempre) y la realización de al menos un diagnóstico de VIH en los últimos 3 años (p <0,05).

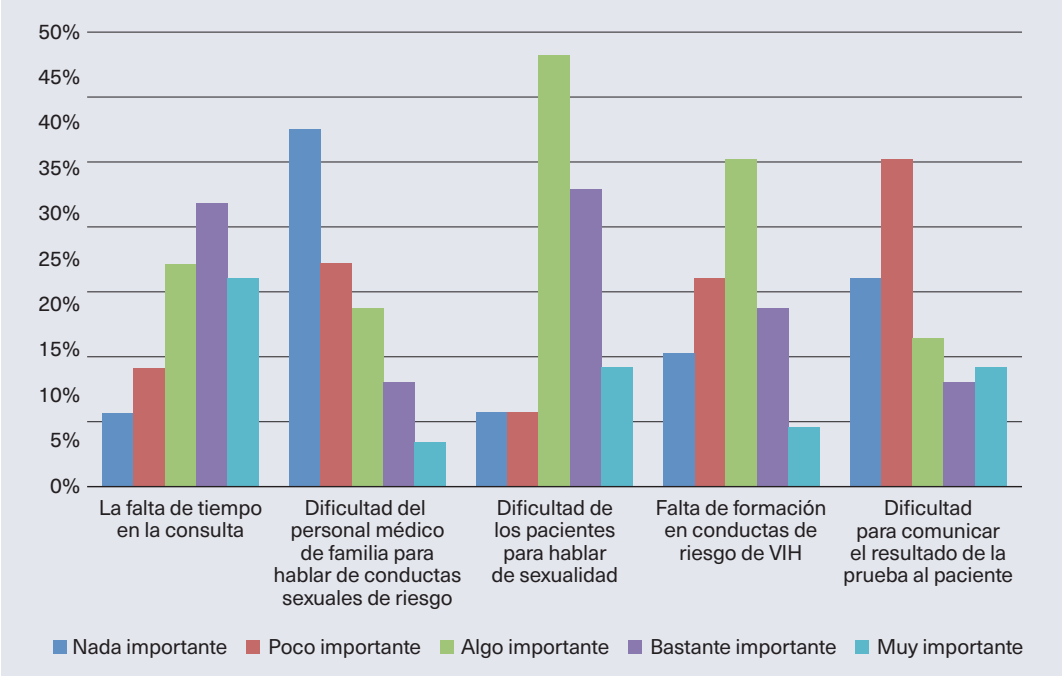
Profilaxis preexposición

El 49,1% manifestó dificultades para recomendar la PrEP. En la **figura 4** se muestran las razones, y puede verse que el desconocimiento es uno de los principales motivos.

Formación

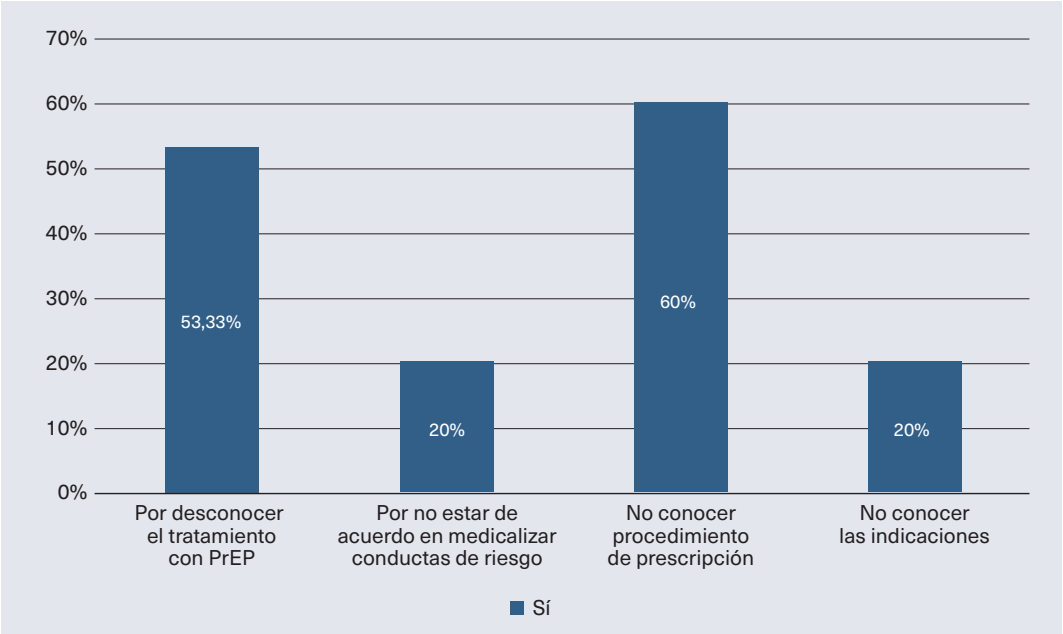
El 78,7% consideró no disponer de formación adecuada y actualizada sobre VIH. La formación en los últimos 5 años se adquirió principalmente mediante sesiones clínicas (40,9%), cursos (22,9%) y congresos (22,9%). Las áreas prioritarias de mejora formativa fueron tratamiento antirretroviral (88,5%), diagnóstico precoz (83,6%) y seguimiento del paciente con VIH (81,9%) (**tabla 2**).

Figura 3. Barreras en diagnóstico precoz del virus de inmunodeficiencia humana



VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Figura 4. Barreras en la indicación de profilaxis preexposición por parte de residentes y personal de Medicina Familiar y Comunitaria



PrEP: profilaxis preexposición.

Conocimientos

Solo el 32,8% respondió correctamente al porcentaje de DT en España. El 68,8% manifestó conocer la PrEP y el 85,2% respondió de forma correcta sobre su definición e indicación. El conocimiento sobre PPE fue menor (47,5%). Las respuestas correctas sobre repetición de prueba cuando salía negativa tras prácticas de riesgo y los síntomas de primoinfección superaron el 70%. El conocimiento sobre *chemsex* fue adecuado en el 65,5% (**tabla 3**).

En el análisis bivariado mediante prueba de ji al cuadrado se observó una asociación estadísticamente significativa entre la variable «solicitud de prueba de VIH ante CIVIH (actitud)» y la variable de conocimiento: conoce «el porcentaje de DT», con un valor de $\chi^2 = 9{,}81$ (gl = 4; p = 0,044). No se observaron asociaciones estadísticas significativas en el resto de cruces de variables de actitud-conocimientos, de formación-conocimientos analizados.

Tabla 2. Resultados en formación de virus de inmunodeficiencia humana

RESULTADOS DE FORMACIÓN EN VIH	SÍ N (%)	NO N (%)
¿Consideras que tienes una formación adecuada y actualizada sobre la infección por VIH?	13 (21,3%)	48 (78,6%)
Formación sobre la infección VIH/sida en los últimos 5 años por:		
Sesiones clínicas en el centro de salud	25 (40,9%)	36 (59,0%)
Talleres	8 (13,1%)	53 (86,8%)
Jornadas	9 (14,7%)	51 (83,6%)
Cursos	14 (22,9%)	47 (77,0%)
Congresos	14 (22,9%)	47 (77,0%)
Otros	18 (29,5%)	43 (70,4%)
Consideras que deberías mejorar tu formación en:		
Prevención de la infección del VIH	39 (63,9%)	22 (36,1%)
Diagnóstico precoz de la infección del VIH	51 (83,6%)	10 (16,6%)
Entrevista clínica	35 (57,3%)	26 (42,6%)
Seguimiento de pacientes con infección VIH	50 (81,9%)	11 (18,0%)
Tratamiento antirretroviral	54 (88,5%)	7 (11,4%)
Otros (vacunas...)	25 (40,9%)	36 (59,0%)

N: número; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Tabla 3. Resultados en conocimientos sobre el virus de inmunodeficiencia humana

RESULTADOS EN CONOCIMIENTOS	CORRECTO	INCORRECTO	NS/NC
Respuesta correcta	N (%)	N (%)	N (%)
1. Cuando ante una práctica de riesgo para la adquisición del VIH realizamos test de cribado y el resultado es negativo, deberíamos ...	45 (73,7%)	12 (19,6%)	4 (6,5%)
2. ¿Conoces los síntomas más frecuentes de la primoinfección por el VIH?	43 (70,4%)	16 (26,2%)	2 (3,2%)
3. ¿Conoces el fenómeno *chemsex*?	40 (65,5%)	21 (34,4%)	0
4. ¿Consideras el *chemsex* una conducta de riesgo para la adquisición del VIH?	40 (65,5%)	9 (14,7%)	12 (19,6%)
5. ¿Conoces la PrEP?	42 (68,8%)	17 (27,8%)	2 (3,2%)
6. Si conoces la PrEP, valora la respuesta que consideres correcta	52 (85,2%)	4 (6,5%)	5 (8,19%)
7. Sería indicación de la PrEP: señala la respuesta que consideres correcta	48 (78,6%)	9 (14,7%)	4 (6,5%)
8. ¿Conoces en qué consiste la PPE? Señala la respuesta que consideres correcta	29 (47,5%)	9 (14,5%)	23 (37,7%)
9. ¿Conoces qué porcentaje de pacientes con la infección por VIH se diagnostican de forma tardía en España?	20 (32,7%)	15 (24,5%)	26 (42,6%)

NS/NC: no sabe/no contesta; PrEP: profilaxis preexposición; PPE: profilaxis posexposición; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.
NOTA: Se puede consultar la encuesta completa en el anexo 1.

DISCUSIÓN

Aunque se han documentado diversos artículos sobre el diagnóstico de VIH en el ámbito de la AP[3,4,9-12], este trabajo se centra en la evaluación de las actitudes, formación y conocimiento del personal médico en el primer nivel asistencial. La originalidad del estudio radica en el análisis conjunto de las actitudes de las y los profesionales en relación con la solicitud de la prueba del VIH, las barreras identificadas por el personal de MFyC y residentes en relación con el diagnóstico, aspectos clave en prevención como la PrEP y la PPE, así como el conocimiento sobre nuevos patrones relacionados con la transmisibilidad del VIH, como el fenómeno *chemsex*. De este modo, genera información realista sobre debilidades y fortalezas para planificar e implementar intervenciones dirigidas a mejorar la prevención, el diagnóstico precoz y la atención a las personas en riesgo o con diagnóstico de VIH en nuestro entorno.

El conjunto de residentes y personal de MFyC mostró, de forma global, un elevado sentido de responsabilidad hacia el abordaje del VIH. Las barreras más relevantes fueron la falta de tiempo asistencial y la dificultad percibida del paciente (más que del profesional) para hablar sobre sexualidad. El bajo número de diagnósticos declarados por las y los profesionales podría estar relacionado con la limitada incidencia detectada en el ámbito estudiado. Se percibió un déficit formativo general, más destacable en relación con la PrEP, aunque este no siempre se correspondió con una merma objetiva en los conocimientos evaluados.

La AP representa la puerta de entrada habitual al sistema sanitario y desempeña un papel clave en el diagnóstico precoz del VIH. En nuestro medio, los diagnósticos realizados en AP representan un papel relevante del total[5]. El estudio se desarrolló en un municipio con elevada proporción de población joven y un 10% de población migrante, características similares a las de la comunidad autónoma. Esta presenta una incidencia superior a la media nacional (74,3 frente a 62,3 casos por millón de habitantes en el período 2009-2022)[2,14], lo que refuerza la importancia del papel del personal de MFyC en la reducción del DT y en el avance hacia los objetivos internacionales de control de la infección.

En cuanto a la práctica clínica, la solicitud de la prueba ante sospecha de ITS o en el contexto de pareja serodiscordante mostró

porcentajes elevados, en línea o incluso superiores a los descritos en otros estudios[15]. Esta conducta basada en la sospecha clínica directa parece estar integrada de forma homogénea en la práctica habitual. Sin embargo, el cribado oportunista mostró una marcada variabilidad. Esta dispersión sugiere que la práctica no está completamente sistematizada y podría depender en parte de factores individuales o contextuales.

La diferencia observada entre sexos en la frecuencia de solicitud oportunista de la prueba del VIH debe interpretarse con cautela, ya que variables como los años de experiencia profesional podrían influir en esta asociación. En este sentido, también se observó una relación inversa entre los años de experiencia y la frecuencia de solicitud de cribado oportunista. Este hallazgo podría explicarse porque las y los profesionales con mayor trayectoria estén más orientados al cribado basado en sospecha clínica, mientras que los más jóvenes podrían haber incorporado con mayor facilidad las recomendaciones recientes de diagnóstico precoz. No obstante, esta asociación requiere confirmación en estudios con mayor tamaño muestral y con diseños analíticos que permitan evaluar adecuadamente posibles factores de confusión.

De especial relevancia es la asociación observada entre una mayor frecuencia de solicitud oportunista y la realización de al menos un diagnóstico de VIH en los últimos 3 años. Este hallazgo refuerza el valor del cribado estructurado en AP, al evidenciar que una práctica más sistemática se asocia con mayor capacidad de detección. Ello sugiere que el impacto en el diagnóstico precoz no depende de forma exclusiva de la sospecha clínica, sino también de la integración organizada de estrategias de detección.

Se identificaron áreas de mejora especialmente en la solicitud de la prueba en personas con factores de riesgo conductuales, en personas procedentes de países con alta prevalencia de infección por el VIH como el África subsahariana y en el cribado oportunista en población sexualmente activa. La evidencia demuestra que hacer la prueba en condiciones asociadas a una prevalencia superior al 0,1% es coste-efectiva y bien aceptada[6,12].

La falta de formación en las CIVIH y la baja realización de pruebas oportunistas en un porcentaje significativo de profesionales representan otra debilidad ya descrita en la literatura[3,5,15]. Estas carencias pueden contribuir a mantener cifras elevadas de DT, que en nuestra comunidad autónoma superan la media nacional[14]. El conocimiento insuficiente sobre la magnitud del DT detectado en el estudio podría influir en una menor percepción de la necesidad de aplicar de forma sistemática las recomendaciones vigentes. La elevada magnitud del DT en España, descrita en las guías nacionales, refuerza la necesidad de aplicar de forma sistemática las recomendaciones vigentes[16]. En este sentido, la asociación observada entre el conocimiento del porcentaje de DT y la solicitud de la prueba ante CIVIH sugiere que una mayor conciencia epidemiológica puede favorecer una actitud más proactiva.

La falta de tiempo emergió como la principal barrera, en consonancia con la elevada presión asistencial que experimenta la AP[17,18]. Esta limitación condiciona la exploración adecuada de la esfera sexual y la implementación de actividades preventivas sistemáticas. Aunque las y los profesionales no refirieron dificultades personales significativas para abordar la sexualidad, a diferencia de lo descrito por Rizza et al.[19], sí percibieron reticencias en las y los pacientes, aunque en menor medida que en otros estudios[11], lo que podría estar relacionado con factores culturales o con necesidades formativas en habilidades de entrevista clínica.

En relación con la prevención, la mayoría de las personas encuestadas reconoció carencias en la recomendación de la PrEP, percepción descrita también en el ámbito internacional[20,21]. Sin embargo, esta inseguridad no siempre se correspondió con un bajo nivel de conocimientos evaluados, incluidas nuevas conductas como el *chemsex*, lo que sugiere más bien una falta de familiaridad clínica en un contexto donde la dispensación de antirretrovirales continúa siendo hospitalaria[8]. El menor conocimiento sobre la PPE podría explicarse por su indicación mayoritaria en servicios de urgencias, ámbito no incluido en los centros participantes.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio, destacan el uso de un cuestionario *ad hoc*, pilotado en un 16,6% de las y los profesionales tutores de la muestra, con un marco teórico poco sólido, sin recurrir a cuestionarios validados para explorar conocimientos, actitudes de las y los profesionales de la MFyC en relación con el VIH, el tamaño muestral reducido y el carácter predominantemente descriptivo del análisis, lo que limita la identificación de factores independientes asociados. Asimismo, no puede descartarse un sesgo de deseabilidad social, si bien se intentó minimizarlo mediante la autoadministración anónima.

En conjunto, los resultados sugieren que, más que una falta de actitud favorable, los principales factores que condicionan la adherencia a las recomendaciones vigentes parecen estar relacionados con la falta de sistematización del cribado, con déficits formativos, limitaciones estructurales del sistema y con ciertas diferencias según la experiencia profesional. Es prioritario reforzar la formación continuada, mejorar la difusión de las guías actualizadas y explorar estrategias organizativas, incluyendo herramientas informáticas de apoyo a la decisión clínica, que faciliten la oferta sistemática y dirigida de la prueba del VIH en AP que podría contribuir a reducir el DT y a optimizar el abordaje integral del VIH en el primer nivel asistencial.

FINANCIACIÓN

Los autores y las autoras declaran no haber recibido financiación de ningún tipo.

CONFLICTO DE INTERESES

Las personas autoras de este artículo declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
2. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y Hepatitis. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
3. Agustí C, Martín-Rabadán M, Zarco J, Aguado C, Carrillo R, Codinachs R, et al. Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba piloto de cribado dirigido basado en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen. Aten Primaria. 2018;50(3):159-65. DOI:10.1016/j.aprim.2017.02.008.
4. Levy I, Maor Y, Mahroum N, Olmer L, Wieder A, Litchevski V, et al. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in patients who presented with advanced HIV disease: a retrospective cohort study. BMJ Open. 2016;6(11):e012721. DOI:10.1136/bmjopen-2016-012721.
5. Fernández de Velasco Pérez D, Mendoza-Lizardo S, Fabero-Jiménez A, Losa-García JE. Conocimiento en Atención Primaria de las recomendaciones de diagnóstico del VIH y actitud hacia su cribado. Rev Clin Med Fam. 2020;13(3):241-3.
6. Raben D, Mocroft A, Rayment M, Mitsura VM, Hadziosmanovic V, Sthoeger ZM, et al.; HIDES Audit Study Group. Auditing HIV testing rates across Europe: results from the HIDES 2 Study. PLoS One. 2015;10(11):e0140845. DOI:10.1371/journal.pone.0140845.
7. Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad. Manual de implementación de un programa de profilaxis preexposición al VIH en España. Actualización: diciembre 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
8. Ayerdi Aguirrebengoa O, Coll Verd P. Recomendaciones sobre la profilaxis preexposición para la prevención de la infección por VIH en España. Actualización 2023. Madrid: GeSIDA; 2023.
9. Uribe AF, Orcasita L. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. Av Enferm. 2011;29(2):271-84.
10. Montes Luna M, Beso M, Orozco Mossi N, Alastrue Loscos JI, Torres Tronchoni I. Análisis de las actitudes, formación y conocimientos de los médicos de familia frente al VIH. Rev Multidiscip Sida. 2018;6(15).
11. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(7):490-6. DOI:10.1016/j.eimc.2011.02.014.
12. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LÁ, Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunista de VIH en los centros de salud de España. Aten Primaria. 2017;49(10):593-602. DOI:10.1016/j.aprim.2017.02.003.
13. Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, Martínez-Álvarez R, Malo-Aznar C, Gargallo-Bernad A, et al. Missed opportunities in the diagnosis of human immunodeficiency virus infection in the Region of Aragon: late diagnosis importance. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2019;37(2):100-8. DOI:10.1016/j.eimc.2018.03.007.
14. Barranco-Boada MI, Vicente-Martínez E, Sánchez-Migallón-Naranjo A, Chirlaque-López MD. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en la Región de Murcia. Actualización a 30 de junio de 2023. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2023.
15. García de Lomas-Guerrero JMA, Jiménez-García N, Fernández-Sánchez F, Del Arco-Jiménez A, Prada-Pardal JL, De la Torre Lima J. Missed opportunities in the early detection of HIV infection in patients with sexually transmitted infections: a real-life study. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2024;42(3):146-8. DOI:10.1016/j.eimce.2024.01.004.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre el Sida. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
17. Casado Buendía S, Núñez Lozano I. La crisis actual ¿es irreversible? Aten Primaria Pract. 2022;4(Suppl 1):100156. DOI:10.1016/j.appr.2022.100156.
18. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al. Spain: health system review. Health Syst Transit. 2018;20(2):1-179.
19. Rizza SA, MacGowan RJ, Purcell DW, Branson BM, Temesgen Z. HIV screening in the health care setting: status, barriers, and potential solutions. Mayo Clin Proc. 2012;87(9):915-24. DOI:10.1016/j.mayocp.2012.06.021.
20. Storholm ED, Ober AJ, Mizel ML, Matthews L, Sargent M, Todd I, et al. Primary care providers' knowledge, attitudes, and beliefs about HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): informing network-based interventions. AIDS Educ Prev. 2021;33(4):325-44. DOI:10.1521/aeap.2021.33.4.325.
21. Silapaswan A, Krakower D, Mayer KH. Pre-exposure prophylaxis: a narrative review of provider behavior and interventions to increase PrEP implementation in primary care. J Gen Intern Med. 2017;32(2):192-8. DOI:10.1007/s11606-016-3899-4.
22. Smith AKJ, Holt M, Hughes SD, Truong HM, Newman CE. Troubling the non-specialist prescription of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): the views of Australian HIV experts. Health Sociol Rev. 2020;29(1):62-75. DOI:10.1080/14461242.2019.1703781.

Anexo 1. Encuesta

A. Datos sociodemográficos

1. Edad:
2. Sexo. Marca tu respuesta con una X.
   a. Mujer
   b. Hombre
3. Marca con una X tu situación profesional:
   a. Residente
   b. Médica/médico de familia
4. Años de profesión:

B. Actitudes

Valora del 1 al 5 siendo: 5: siempre; 4: casi siempre; 3: algunas veces; 2: pocas veces; 1: nunca.

1. ¿Con qué frecuencia solicitas una prueba de VIH ante la sospecha de una infección de trasmisión sexual?

1 2 3 4 5

2. ¿Con qué frecuencia solicitas una prueba de VIH tras el diagnóstico de herpes zoster / síndrome mononucleósido / trombopenia o leucopenia/adenomegalias?

1 2 3 4 5

3. ¿Con qué frecuencia solicitas una prueba de VIH a personas que son migrantes de la zona subsahariana?

1 2 3 4 5

4. ¿Con qué frecuencia solicitas una prueba de VIH a un contacto/pareja de paciente diagnosticado de VIH?

1 2 3 4 5

5. En una infección de transmisión sexual diagnosticada y tratada con VIH inicial negativo, ¿repites la prueba de VIH a los 3 meses?

1 2 3 4 5

6. Indica en qué medida valoras que es responsabilidad del personal médico de familia cada una de estas actividades:

Valora del 1 al 5, siendo: 5: toda la responsabilidad; 4: bastante responsabilidad; 3: alguna responsabilidad; 2: poca responsabilidad; 1: ninguna responsabilidad.

a. Valorar el riesgo de infección por VIH en cada paciente

1 2 3 4 5

b. Pedir la prueba del VIH

1 2 3 4 5

c. Educación sanitaria en prevención de la infección por VIH

1 2 3 4 5

d. Realizar seguimiento y atender las comorbilidades de las y los pacientes ya diagnosticados de la infección por VIH

1 2 3 4 5

e. Realizar seguimiento de la(s) pareja(s) serodiscordantes de las y los pacientes

1 2 3 4 5

7. ¿En qué medida consideras que tienes una barrera para el diagnóstico precoz de la infección por VIH?

De los siguientes enunciados, valora del 1 al 5 siendo: 5: muy importante; 4: bastante importante; 3: algo importante; 2: poco importante; 1: nada importante.

a. La falta de tiempo en la consulta

1 2 3 4 5

b. Mi dificultad para hablar de conductas sexuales de riesgo con mis pacientes

1 2 3 4 5

c. La dificultad de mis pacientes para hablar de sexualidad y conductas sexuales

1 2 3 4 5

d. Mi falta de formación en personas expuestas a mayor riesgo a la infección por VIH

1 2 3 4 5

e. Mi falta de formación en prácticas de riesgo (criterios conductuales de infección por el VIH)

1 2 3 4 5

f. Cómo comunicar al paciente el diagnóstico de infección por VIH

1 2 3 4 5

8. **Si una persona de 20-59 años sexualmente activa, que nunca se ha hecho la prueba del VIH, acude a tu consulta para solicitar una analítica, ¿pedirías una prueba oportunista de VIH?** Marca del 1 al 5, siendo: 5: siempre; 4: casi siempre; 3: algunas veces; 2: pocas veces; 1: nunca.

1 2 3 4 5

9. **¿Cuántas pruebas de VIH has solicitado aproximadamente?**

a. En el último mes:
b. En el último año:
c. En los últimos 3 años:

10. **¿Cuántos diagnósticos de infección por el VIH has hecho en los últimos 3 años?**

11. **¿Tendrías dificultades para indicar tratamiento preventivo de la infección del VIH (PrEP) en pacientes con conductas reiterativas de riesgo?** Marca tu respuesta con una X.

a. Sí
b. No

12. **Si tu respuesta ha sido positiva, ¿cómo definirías el tipo de dificultades que tendrías?** Marca tu respuesta con una X.

a. Desconocer este tratamiento preventivo (PrEP).
b. No estar de acuerdo en medicalizar conductas de riesgo.
c. No conocer el procedimiento de prescripción de PrEP (administrativamente).
d. No conocer las indicaciones de PrEP.

C. Formación

1. **¿Consideras que tienes una formación adecuada y actualizada sobre la infección por VIH?** Marca tu respuesta con una X.

a. Sí
b. No

1. **Indica qué formación has recibido sobre la infección VIH/sida en los 5 últimos años:**

a. Sesiones clínicas en el centro de salud: Sí / No
b. Talleres: Sí / No
c. Jornadas: Sí / No
d. Cursos: Sí / No
e. Congresos: Sí / No
f. Otros: Sí / No

2. **Indica en cuáles de los siguientes aspectos consideras que deberías mejorar tu formación**:

a. Prevención de la infección del VIH: Sí / No
b. Diagnóstico precoz de la infección del VIH: Sí / No
c. Entrevista clínica: Sí / No
d. Seguimiento de pacientes con infección del VIH: Sí / No
e. Tratamiento antirretroviral (TAR): Sí / No
f. Otros (vacunas...): Sí / No

D. Conocimientos

Señala la respuesta que consideres correcta.

1. **Cuando ante una conducta de riesgo para la adquisición del VIH realizamos test de cribado y el resultado es negativo, deberíamos**:

a. Informar de que el test es negativo, que no ha adquirido la infección y no precisa más controles.
b. Informar de que el test es negativo en ese momento, pero que debiéramos repetir la prueba en 3-6 meses para confirmar el resultado negativo, máxime si continúa manteniendo conductas de riesgo.
c. Informar de que el test es negativo en ese momento, pero que tenemos que confirmarlo con una repetición de la prueba dentro de 2 semanas.
d. Informar de que el test es negativo en ese momento, pero que debemos confirmar este resultado haciendo otra prueba dentro de 45 días.
e. No sé/no contesto.

2. **¿Conoces los síntomas más frecuentes de la primoinfección por el VIH?**

a. El VIH no da síntomas hasta que no transcurren varios años desde la infección.
b. La aparición de sintomatología a las pocas semanas de la infección es posible, pero excepcional.
c. En más del 50% de los pacientes aparecen síntomas que en muchos casos son similares a la mononucleosis.
d. Siempre aparecen síntomas, que generalmente incluyen un exantema característico.
e. No sé/no contesto.

3. **¿Conoces el fenómeno *chemsex*?**

a. Sí
b. No

4. **¿Consideras el *chemsex* una conducta de riesgo para la adquisición del VIH?**

a. Sí
b. No

5. ¿Conoces la PrEP?

a. Sí
b. No

6. Valora la respuesta que consideres correcta en relación con la PrEP:

a. Es un tratamiento preventivo incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde noviembre de 2019, con la combinación de FTC (200 mg) y TDF (300 mg) en un único comprimido administrado de forma diaria.
b. Es un tratamiento de dispensación hospitalaria y, por tanto, el personal médico de AP no tenemos responsabilidad en el mismo.
c. Es un tratamiento recomendado a personas vulnerables de adquirir la infección del VIH, por lo que el personal médico de familia tenemos una responsabilidad en la selección de la población beneficiaria y en su seguimiento.
d. Los pacientes pueden solicitar la prescripción de la PrEP.
e. Las respuestas 1 y 3 son correctas.

7. ¿En qué casos estaría indicada la PrEP? Señala la respuesta que consideras correcta:

a. Al menos una infección de trasmisión sexual bacteriana en el último año en HSH.
b. Solicitud por parte del paciente.
c. HSH y personas transexuales que tiene más de 10 parejas diferentes al año y/o que han practicado sexo anal sin preservativo en el último año y/o han consumido drogas para practicar sexo sin uso de preservativo en el último año.
d. Usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras.
e. Todas las respuestas son correctas, excepto la 2.

8. ¿Sabes en qué consiste la PPE? Señala la respuesta que consideres correcta:

a. Consiste en administrar TAR durante 4 semanas a un paciente que ha tenido un riesgo muy alto de infección por el VIH.
b. Consiste en administrar un TAR durante 1 semana a un paciente que ha tenido un riesgo muy elevado de infección por el VIH.
c. Consiste en administrar un TAR diario mientras se mantienen conductas de riesgo elevado.
d. Es un tratamiento en fase experimental que no está financiado por el Sistema Nacional de Salud.
e. No lo sé.

9. ¿Conoces qué porcentaje de pacientes con la infección por VIH se diagnostican de forma tardía en España? Señala la respuesta correcta.

a. Menos de 10%.
b. Entre 10-20%.
c. Casi el 50%.
d. Más del 75%.
e. 5. No lo sé.

redalyc
UAEMEX

Disponible en:
https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169685784003

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Inmaculada Concepción Barceló Barceló,
Miguel Castillo Sánchez, Guadalupe Ruiz Merino

¿Oportunidades perdidas? Conocimientos y actitudes de los médicos y las médicas de familia en la prevención y diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana
Missed opportunities? Knowledge and attitudes of family physicians in the prevention and diagnosis of human immunodeficiency virus

Revista Clínica de Medicina de Familia
vol. 19, núm. 2, p. 172 - 182, 2026
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria,
ISSN: 1699-695X
ISSN-E: 2386-8201

DOI: https://doi.org/10.55783/rcmf.190203