

ASISTENCIA URGENTE A PACIENTES CON INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: UN PROBLEMA QUE CRECE

E. Pedrol Clotet, J. Fernández-Solá, F. Masanés Torán, J. Camp Herrero

Servicio de Medicina Interna General. Unidad de Urgencias. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

56

La asistencia médica a pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es habitualmente compleja debido a las características peculiares de esta enfermedad y al gran número de complicaciones infecciosas, metabólicas, neurológicas y en general, de todo tipo que presentan¹⁻³. Estos factores y la potencial gravedad que pueden representar, hace que con frecuencia estos pacientes soliciten asistencia médica en régimen urgente. La atención urgente a este colectivo de pacientes está poco organizada a nivel sanitario en nuestro país, ya que no se ha creado un dispositivo de asistencia sanitaria específica y la atención ambulatoria que reciben es claramente insuficiente. En este sentido, la creación en algunas zonas de Hospitales de Día o dispensarios específicos se ha mostrado útil⁴, pero habitualmente no soluciona las urgencias médicas que estos presentan. Por ello, cuando un paciente con infección por VIH presenta una urgencia médica consulta casi siempre a una unidad de urgencias, que suele ser la del Hospital de referencia de la zona donde vive⁴⁻⁶. Como es conocido, estas unidades de urgencias hospitalarias se encuentran en una situación de mantenida sobresaturación^{7, 8}. En los últimos años, ha existido un incremento exponencial de demanda de atención urgente a nivel hospitalario en pacientes con infección por VIH e incluso un progresivo aumento del número de ingresos hospitalarios

que motivan⁹⁻¹³. Ello es debido a varios factores entre los que están el creciente número global de pacientes con infección por el VIH, el aumento de su supervivencia y la necesidad de realizar exploraciones complementarias complejas que difícilmente se pueden realizar en el nivel primario o incluso secundario de la atención médica^{3,4,9,13-16}. Parece evidente que esta situación es difícilmente sostenible y que deben plantearse posibles alternativas asistenciales bajo el riesgo de colapsar progresivamente la atención médica a este nivel. Y todo ello, sin entrar en consideración respecto al impacto económico que representa esta atención sobre el servicio sanitario global^{12, 17, 18}.

Además de estas consideraciones respecto al impacto cuantitativo de las consultas urgentes, existen otros problemas adicionales derivados de las características peculiares de estos pacientes y que complican aún más su asistencia. Así, es frecuente que exista un desconocimiento por parte del personal sanitario en el área de Urgencias de la condición de paciente portador de la infección con el consiguiente aumento del riesgo de exposición laboral^{13, 19, 20-22}. Se ha constatado que hasta un 10 % del total de pacientes con infección por VIH que consultan a urgencias no manifiestan o desconocen su condición de portador de esta enfermedad¹³. No es raro que estos pacientes acudan a urgencias sin ningún tipo de informe médico que aclare su situación previa a pesar de que puedan incluso haberse realizado múltiples consultas, exploraciones o ingresos previos. Asimismo, no debe olvidarse la potencial conflictividad en su asistencia derivada del consumo de drogas de abuso, ya que los toxicómanos son

Correspondencia: Dr. Enric Pedrol Clotet, Servicio de Medicina Interna General, Hospital Clínic i Provincial, Villarroel 170. 08036 Barcelona.

el grupo de riesgo para VIH más frecuente en nuestro país^{1, 3, 4}. Con frecuencia, se trata de pacientes con graves problemas sociales previos o motivados por la situación de su enfermedad^{4, 23} y muchos de ellos sometidos a régimen de confinamiento^{24, 25}. Por ello, es frecuente que estos pacientes acudan a urgencias sin un motivo o síntoma orgánico concreto, sino que consultan sólo por la problemática social referida, que es difícilmente solucionable desde urgencias.

El número de pacientes con infección por el VIH no deja de crecer, tanto por el aumento cuantitativo global de su incidencia como por la mayor supervivencia de los pacientes ya infectados (aumento de prevalencia)^{9, 15}. Esto condiciona que los pacientes presenten estadios más avanzados de su enfermedad y, por ello, un deterioro inmunológico mayor, lo que origina enfermedad más graves o adición de nuevas enfermedades a las previamente existentes^{9, 13, 26, 27}. Este aumento de incidencia y prevalencia es evidente también a nivel de la asistencia urgente. Así, en un estudio previo realizado en un hospital de tercer nivel de un área urbana de Barcelona¹³, se ha objetivado que hasta un 10 % de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias son portadores de la infección por VIH, la mayoría de ellos en estadio IV C₁, lo que da una cierta medida de la magnitud del problema.

Por otro lado, la atención de estos pacientes precisa habitualmente un gran número de exploraciones complementarias con requerimientos tecnológicos o de infraestructura complejos (tomografías axiales computarizadas, resonancia magnética) o especiales (prueba del látex para el criptococo, determinación de adenosindesaminasa), que no están al alcance de todos los servicios de urgencias. Además, es en este mismo grupo de pacientes donde se realizan un mayor número de pruebas complementarias rutinarias como gasometrías, exploraciones radiológicas, hemogramas o punciones lumbares^{3, 4, 9, 12}. La realización de estas exploraciones ocasiona por su número o complejidad la prolongación del tiempo de atención médica de los pacientes en urgencias.

La especial dinámica de actuación inmediata en la atención urgente, condicionada por la gravedad de los pacientes atendidos y la presión ambiental, hace que con frecuencia se sacrifiquen las más elementales medidas de protección en aras de una mayor rapidez de actuación^{5, 12, 22}. En el caso de la atención a pacientes con infección por VIH, este factor hace que pueda aumentar de forma considerable el riesgo de que se produzca una exposición laboral accidental. De hecho el mayor número de accidentes producidos entre perso-

nal sanitario se produce en el área de reanimación de los servicios de urgencia^{11, 12, 22, 29}.

Llegados a este punto, nos planteamos cuál debe ser la dinámica ideal para optimizar o mejorar la atención urgente a estos pacientes. Entendemos que las soluciones a los problemas planteados no son fáciles debido a la cantidad de factores implicados y a su difícil puesta en práctica. Sin embargo, la magnitud del problema y la previsión posiblemente cierta de que nos hallamos sólo ante la punta del iceberg¹⁵ del mismo hace que deban intentar aplicarse soluciones de la forma, y valga la redundancia, más urgente posible. Creemos que la solución ideal sería la puesta en práctica efectiva y real de un programa que englobara a todos los niveles de asistencia sanitaria, desde la asistencia primaria hasta la hospitalaria incluyendo la coordinación interna de sus diferentes áreas de asistencia^{4, 9, 31-34}. La situación real de la asistencia a pacientes con infección por VIH en nuestro medio puede abstraerse de un estudio comparativo de la atención urgente de los pacientes con infección por VIH realizado en los diferentes niveles de asistencia de una misma área médica urbana de Barcelona⁹. En este estudio se ha podido constatar que a nivel primario, es poco frecuente la consulta de este colectivo de pacientes y que, cuando la realizan, no es por un verdadero motivo médico sino para la gestión u obtención de fármacos o por trámites administrativos. Por ello el grado de adecuación de estas consultas se valoró como muy bajo (20 %) a este nivel. Contrariamente, en el servicio de urgencias del hospital terciario de referencia, el número de consultas urgentes de estos pacientes era muy alto (10 % del total de consultas) y claramente en aumento exponencial en los últimos años. El grado de adecuación de las consultas a este nivel era del 62 %. En este mismo estudio, se valoraba la utilidad de un dispensario de urgencias extrahospitalarias generales en la atención de estos pacientes y se concluyó que esta unidad podía atender de forma efectiva la mayoría de las demandas urgentes de atención de este colectivo, con un grado de adecuación de las consultas del 56 %. En caso de requerir un ingreso hospitalario, se contactaba directamente con la unidad de hospitalización sin tener que derivar al paciente a la unidad de urgencias, evitando de esta manera sobrecargas innecesarias. Igual conexión debería existir entre estos centros y los niveles de atención primaria donde deberían controlarse habitualmente estos pacientes en las fases estables de su enfermedad, tanto iniciales como finales. Sin embargo, esta conexión no se evidenció en la práctica.

Vemos pues, que parte de esta problemática viene causada por el tipo y organización de la asistencia médica que reciben los pacientes con infección por VIH. La mayoría de ellos se controlan de forma habitual a nivel de un ambulatorio de enfermedades infecciosas o a nivel de Hospital de Día, donde se les visita regularmente para realizar el control del tratamiento que siguen y la profilaxis de las infecciones oportunistas que presentan. Estas unidades, sin embargo, no asumen actualmente su atención urgente dada su poca dotación de personal y medios técnicos, por lo que no suponen una alternativa válida para descongestionar las urgencias hospitalarias. Tampoco existe habitualmente una buena conexión entre estas unidades y la atención primaria. Así, el paciente con infección por VIH tiende habitualmente a acudir a los grandes hospitales^{4,5}, hecho comprobado también en un estudio reciente en nuestra ciudad⁹. Por ello, la adecuación global de la consulta urgente de estos pacientes es baja. Así, en un estudio realizado en Estados Unidos, era cercana al 25 %¹² y en otros realizados en nuestro medio era del 50 %⁹. Con sólo evitar la llegada de estos porcentajes a los servicios de urgencias, ya se conseguiría un gran alivio para los mismos. Esta falta de adecuación probablemente derive, tal como ha demostrado algún estudio previo³⁵, a la desconfianza que presentan estos pacientes a la hora de acudir a otros centros diferentes de los de alto nivel y de la situación de un escaso control médico a nivel de atención primaria. Por otra parte, un número considerable de pacientes con infección por VIH consultan a urgencias por su situación terminal sin otros problemas adicionales. Este grupo de pacientes creemos que no deberían remitirse a urgencias ya que pueden atenderse de forma extrahospitalaria. Para ello, deberían mejorarse las posibilidades de atención domiciliaria supervisada por el equipo médico de atención primaria. Condición indispensable sería una mejoría de la educación sanitaria del paciente y de su familia ya desde el momento del diagnóstico para que, al llegar a estas fases terminales de la enfermedad, entiendan que el hospital no siempre es la única solución a sus problemas. Una alternativa intermedia es el sistema de hospitalización domiciliaria, poco utilizado en nuestro país y que serviría para la atención de pacientes en fase de cuidados mínimos. Finalmente, otro medio adicional o intermedio para contribuir a mejorar la atención urgente extrahospitalaria de estos pacientes sería la creación de un mayor número de dispensarios de Urgencias extrahospitalarias generales dotados de una pequeña pero básica infraestructura y bien coor-

dinados con el hospital de referencia y con los servicios de atención primaria. Las experiencias piloto en este sentido han mostrado una gran utilidad^{4, 9, 32}.

La solución a esta problemática planteada no parece cercana ni fácil. Sin embargo, como profesionales implicados, creemos que deben abordarse todas las posibles soluciones asequibles, bajo riesgo de un mayor deterioro de la asistencia en urgencias a los pacientes con infección por VIH.

Bibliografía

1. Malloles, J., Latorre, X.; Gatell, J. M. et al. Análisis clínico de los primeros 145 casos consecutivos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med. Clin. (Bar.)* 1988; 91: 721-724.
2. Casabona, J., Salas, T., Segura, A. Evolución de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Cataluña. Análisis descriptivo del registro de casos. *Med. Clin. (Bar.)* 1989; 92: 441-446.
3. Lahoz, C., Valencia, M. E., Mostaza J et al. Problemática del paciente seropositivo frente al virus de la inmunodeficiencia humana en el servicio de urgencias de un hospital (resumen). *Emergencias* 1989; 1: 60.
4. Zulaica D., Agud, J. M., Aguirrebeugoa, K. et al. La organización de la asistencia a los pacientes infectados por el VIH. La experiencia del servicio Vasco de Salud. *Osakidetza* (1987-1990). *Jano* 1991; 40: 849-856.
5. Andrulis, D. P., Weslowski, V. B., Gage, L. S. The 1987 US hospital AIDS survey. *JAMA* 1989; 262: 784-794.
6. Pedrol, E., Masanés, F., Fernández-Solá, J., Pumarola, T., Camp, J., Urbano-Márquez, A. Seroprevalence of human immunodeficiency infection (VIH) in an urban emergency area. Libro de Resúmenes del 11th Congress of the European Association of Internal Medicine. Lisboa (Portugal). Noviembre 1991; pág. 155.
7. Camp, J.: Caos en los servicios de Urgencias. ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables?. *Med. Clin. (Bar.)* 1991; 96: 132-134.
8. Michón, A., Cobo, J., Amé, A., Juárez, S.: Caos en el servicio de urgencias: algunas soluciones. *Med. Clin. (Bar.)* 1991; 97: 796.
9. Pedrol, E., Fernández-Solá, J., Masanés, F. et al. Evolución de las consultas urgentes realizadas por pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana en distintos niveles de la atención médica en un área urbana de Barcelona. *Rev. Clin. Esp.* 1992. En prensa.
10. Louis, M. E., Rauch, K. J., Petersen, L. R. et al. Seroprevalence rates of human immunodeficiency virus infection at sentinel hospitals in the United States. *N. Engl. J. Med.* 1990; 323: 213-218.
11. Kelen, G. D., DiGiovanna, T. A., Junkins, E. Human T-Lymphotropic virus (HTLV-III) infection among patients in an inner-city emergency department. *Ann. Intern. Med.* 1990; 113: 368-372.
12. Kelen, G. D., DiGiovanna, T. A., Bisson, L., Kalainov, D., Sivertson, K. T., Quinn, C. Q. Human immunodeficiency virus infection in emergency department patients. *JAMA* 1989; 262: 516-522.
13. Pedrol, E., Masanés, F., Fernández-Solá, J., Pumarola, T., Camp, J., Urbano-Márquez, A. Seroprevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en un servicio de urgencias de un área urbana. *Med. Clin. (Barcelona)* 1992; 98: 761-763.
14. Harris, J. E. Improved short-term survival of AIDS patients ini-

- tially diagnosed with *Pneumocystis carinii* pneumonia, 1984 through 1987. *JAMA* 1990; 263: 397-401.
15. Gatell, J. M. SIDA: ¿Donde estamos y hacia donde vamos?. *Med. Clin. (Bar.)* 1992; 98: 775-777.
 16. Anónimo. Statistics from the World Health Organization and the Centers for Disease Control. *AIDS* 1991; 5: 1399-1403.
 17. Clark, J., McCullum, D. B. The adequacy of hospital reimbursement for AIDS patients. *AIDS Public Policy J.* Winter 1988; 3: 1-7.
 18. Rabaneque, M. J., Tomás, C., Gómez, L. Ll., Aibar, C., Pérez, J. P. A., Febrel, I. Costes hospitalarios en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin. (Bar.)* 1992; 98: 85-88.
 19. Baker, J. L., Kelen, G. D., Sivertson, K. T., Quinn, T. C. Unsuspected human immunodeficiency virus in critically ill emergency patients. *JAMA* 1987; 257: 2609-2611.
 20. Kelen, G. D., Fritz, S., Qaqish, B et al. Unrecognized human immunodeficiency virus infection in emergency department patients. *N. Engl. J. Med.* 1988; 318: 1645-1650.
 21. Hernández, E., Puyuelo, Z., Gatell, J. M., Barrera, J. M., Pumarola, T y Comité de Seguimiento del SIDA. Riesgo laboral de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin. (Bar.)* 1988; 90: 767-768.
 22. Marcus, R and the CDC cooperative needlestick surveillance group. Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. *N. Engl. J. Med.* 1988; 319: 1118-1123.
 23. Moja, F. Consideraciones sobre los costes sociales causados por el SIDA. *Economía Salud* 1987; 1: 10-11.
 24. Cour, M. I., Martín, M., Fernández M. E. et al. Prevalencia de anticuerpos frente a VIH en drogadictos y reclusos. *Rev. Clin. Esp.* 1989; 184: 329-332.
 25. Fernández, V., Caminos, M. J., Merino C. et al. La problemática de la asistencia de las personas infectadas por el VIH en las prisiones. *Jano* 1991; 40: 879-881.
 26. Spach, D. H., Panther, L. A., Thorning, D. R. et al. Intracerebral bacillary angiomatosis in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Ann. Inter. Med.* 1992; 116: 740-742.
 27. Pedrol, E., González-Clemente, J. M., Gatell, J. M. et al. Central nervous system toxoplasmosis in AIDS patients: efficacy of an intermittent maintenance therapy. *AIDS* 1990; 4: 511-517.
 28. Garcés, J. M., Pi-Suñer, M. T., Prats, F., Rius, T. Accidentes potencialmente contagiantes respecto al virus de la inmunodeficiencia humana en el personal sanitario. *Med. Clin. (Bar.)* 1988; 91: 677-678.
 29. Lewandowski, C., Ognjan, A., Rivers, E., Pohlod, D., Belian, B., Saravolatz, L. D. HIV-1 and HTLV-1 seroprevalence in critically ill resuscitated emergency department patients (Abstract). Abstracts of the Vth International Conference on AIDS. 3 to 9 June 1989. Montreal, Quebec.
 30. Zulaica, D., Ugalde, A., Urbaneja, A., Arrizabalaga, C., Pérez, P., Toña, F. Tabajadores sanitarios e infección por VIH. *Jano* 1991; 60: 873-876.
 31. González, E., Garcia, F. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y atención primaria de salud. *Med. Clin. (Bar.)* 1989; 92: 539-542.
 32. Arrizabalaga, C., Garde, G., Irribarren, J. A., Ugalde, A., Rodríguez, F. Asistencia domiciliaria a los pacientes de SIDA. un reto para la atención primaria. *Jano* 1991; 60: 860-866.
 33. Volderbing, P. A. The clinical spectrum of the acquired immunodeficiency syndrome: Implications for comprehensive patients care. *Ann. Inter. Med.* 1985; 103: 729-733.
 34. Carr, S. E. Non-hospital option for PWA. *AIDS Patient Care* 1990; 4: 3: 2-5.
 35. King, M. B. AIDS and the general practitioner: views of patients with HIV infection and AIDS. *Br. Med. J.* 1988; 297: 182-184.