

CARTAS AL EDITOR

El Currículum Europeo de Medicina de Urgencias y Emergencias Geriátrica, un paso más hacia la geriatización del servicio de urgencias

European curriculum for emergency medicine and geriatric emergencies: another step forward for emergency department geriatric care

Sr. Editor:

Como comentan Bellou *et al.*, el progresivo envejecimiento de la población es un fenómeno global^{1,2}. La edad a menudo comporta cronicidad, y puede asociarse a multimorbilidad y discapacidad. Ambas se relacionan con un incremento de la frecuentación en los servicios de urgencias (SU) y de los ingresos hospitalarios. Cuando la población geriátrica ingresa en el hospital, tiene unas estancias un 20% más prolongadas que el resto de la población y utiliza el 50% más de recursos asistenciales². Además, los pacientes geriátricos tienen también unos requerimientos especiales en el ámbito de la atención urgente, con mayor riesgo de sufrir una agudización secundaria a la multimorbilidad, que esta tenga un nivel de urgencia más alto, que sea más grave, que el pronóstico sea peor y que a menudo la enfermedad ocasione dependencia, transitoria o no^{2,3}.

Por todos estos motivos, las sociedades científicas recomiendan la adaptación de los SU, que necesitan transformarse para atender adecuadamente a la población geriátrica. Una reordenación del SU dirigida a ofrecer una atención geriátrica integral tiene ventajas para la salud de los pacientes, para el hospital y para el propio sistema de salud^{2,4}. Así, el SU necesita proveerse de herramientas estandarizadas que permitan una detección precoz de las necesidades clínicas, funcionales y sociales de los enfermos en un abordaje multidisciplinar. Precisa de la existencia de circuitos ambulatorios previamente organizados que permitan, tras la evaluación clínica experta, ofrecer entornos asistenciales distintos al hospitalario (circuitos de alta rápida, derivaciones a centros sociosanitarios de subagudos u hospital de día, hospitalización a domicilio). Conseguir estancias lo más cortas posibles en el SU, así como disponer de zonas asistenciales adaptadas a la senilidad son ele-

mentos importantes para la prevención de los riesgos inherentes a la estancia hospitalaria^{3,6}.

Pero el punto clave para realizar una atención geriátrica integral en el SU es conseguir una evaluación clínica y una toma de decisiones adaptada a la cronicidad, que permita determinar la mejor trayectoria para cada paciente, en función de su situación. El currículum europeo de la Medicina de Urgencias y Emergencias Geriátrica (MUEG) facilitará la capacitación de los profesionales de urgencias en este ámbito. Permitirá mejorar su formación en las diferencias clínicas en los ancianos, en el manejo de síndromes geriátricos (como el delirium o las caídas), en los riesgos asociados a medicamentos y a la polifarmacia y los beneficios de la conciliación de medicación, e incluso en aspectos éticos (revisión de voluntades anticipadas, autonomía del paciente y decisiones subrogadas). Incluir en las competencias de los *urgenciólogos* todos estos aspectos es imprescindible para elaborar un plan terapéutico centrado en el paciente, que adecúe la intensidad diagnóstica y terapéutica a las necesidades clínicas, sociales y funcionales y asegure la continuidad en los cuidados tras la estancia en el SU. Sin duda, el currículum europeo de la MUEG supone un paso adelante en la dirección correcta.

Mireia Puig Campmany,
Josep Ris Romeu,
J. Leopoldo Higa Sansone,
Sergio Herrera Mateo,
Héctor Hernández Ontiveros,
Salvador Benito Vales

Servicio de Urgencias y Coordinación de Trasplante, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

mpuigc@santpau.cat

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable

Oscar Miró, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Bellou A, Nickel C, Martín Sánchez FJ, Gansansia O, Banerjee J, Jónsdóttir AB, et al. Creación del Currículum Europeo de Medicina de Urgencias y Emergencias Geriátrica: una colaboración entre la European Society for Emergency Medicine (EuSEM) y la European Union of Geriatric Medicine Society (EUGMS). *Emergencias*. 2016;28:295-7.
- Rosenberg MS, Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson L, et al. Geriatric Emergency Department Guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014;63:e7-e25.
- Bo M, Bonetto M, Bottignole G, Porrino P, Coppo E, Tibaldi M. Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. 2016. *Am Geriatr Soc*. 2016;64:1114-9.
- Conroy S, Nickel CH, Jónsdóttir AB, Fernandez M, Banerjee J, Mooijart S, et al. The development of a European curriculum in Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med*. 2016;7:315-21.
- Rodríguez-Adrada E, Perdignes J, Bustamante Mandrión J, Fernández Alonso C. La valoración multidimensional es una herramienta necesaria en la atención de los ancianos con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*. 2015;27:422-6.
- Keyes DC, Singal B, Kropf CW, Fisk A. Impact of a new senior emergency department on emergency department recidivism, rate of hospital admission, and hospital length of stay. *Ann Emerg Med*. 2014;63:517-24.

Primer caso documentado de infección autóctona por virus Zika en España. Transmisión por vía sexual

Zika virus infection acquired through sexual contact: first documented case of local transmission in Spain

Sr. Editor:

El virus Zika (ZIKV) es un flavivirus que causa un cuadro pseudogripal, similar al dengue y a otras enfermedades virales (fiebre, mialgias, artralgias, rash cutáneo)¹, cuyas principales complicaciones son trastornos neurológicos (síndrome de Guillen-Barré)² y defectos fetales graves³ (microcefalia, calcificaciones cerebrales). Se trata de una enfermedad emergente que se está extendiendo por todo el mundo⁴. Se transmite principalmente a través de mosquitos, las especies *Aedes aegypti* y *A. albopictus*, pero también se ha observado trans-

misión persona a persona mediante contacto sexual^{5,6}.

Mujer de 17 años, de nacionalidad española, que acudió al Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), por presentar fiebre de hasta 38°C, y rash cutáneo pruriginoso, de 48 h de evolución. En la anamnesis dirigida, la paciente negaba alergias alimentarias, consumo de fármacos o de sustancias tóxicas. No tenía animales en casa. No había viajado fuera de la CAM en el último mes. Sin embargo, reconocía haber mantenido relaciones sexuales sin protección con su pareja, diagnosticado 2 semanas antes de infección por ZIKV, el cual había adquirido en un viaje a Brasil. En la exploración física de la paciente destacaba un exantema máculo-papular en tronco y miembros superiores e inferiores, que incluía palmas y plantas, y que blanqueaba a la digito-presión. También presentaba hiperemia faríngea, así como edema y eritema de los dedos de la mano derecha, con leve dolor a la palpación, sin datos de artritis en ninguna articulación. No se objetivó hiperemia conjuntival. En la analítica realizada destacaban una leve leucopenia (4.290 leucocitos/mL), con fórmula normal, y una discreta elevación de la proteína C reactiva (16 mg/L). El resto de parámetros analíticos fueron normales. Se solicitó serología y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en suero y orina para ZIKV, las cuales se enviaron al Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda. La serología y la PCR fueron negativas en suero; en cambio, la PCR de ZIKV en orina fue positiva. Dos semanas después se repitieron las pruebas: la PCR en suero seguía siendo negativa, y en la orina se mantenía positiva. En suero se detectaron IgM e IgG positivas frente a ZIKV, objetivándose, por tanto, una seroconversión, lo cual confirmó el diagnóstico de infección por ZIKV. A su pareja se le realizó una PCR de ZIKV en semen, que fue positiva, demostrándose así que la fuente de contagio de la paciente fue su compañero sexual.

Hasta el momento, en España, todos los casos de ZIKV diagnosticados habían sido importados, siendo este el primer caso autóctono documentado de infección por ZIKV en

España. En la CAM, donde reside la paciente, no se ha detectado la presencia de mosquitos del género *Aedes*⁷. El hecho de que la paciente durante el último mes no hubiera viajado fuera de la CAM descarta que haya adquirido la infección a través del vector. En cambio, mantuvo relaciones sexuales sin protección con una pareja diagnosticada de infección por ZIKV, en cuyo semen se demostró la presencia del virus, lo cual confirma que la transmisión sexual fue el mecanismo de contagio. Nos gustaría destacar la importancia de realizar determinación de PCR de ZIKV en orina⁸, ya que en el caso presentado fue la positividad de esta la que inicialmente estableció el diagnóstico, puesto que en suero fueron negativas tanto la PCR como la serología, en la determinación analítica inicial. Además es importante señalar que debemos aconsejar a nuestros pacientes, según recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹, el uso de medidas de protección (preservativos), o abstinencia sexual, durante al menos 6 meses tras el diagnóstico de infección por virus Zika.

Beatriz Valle Borrego,
Kristina Kosanic,
Fernando de Ory,
Francisco J. Merino Fernández,
Blanca Gómez Rodríguez

Hospital Severo Ochoa, Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid, España.
beatrizvb2011@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mante-

nimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable

Manuel Vázquez Lima, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Cardoso CW, Paploski IA, Kikuti M, Rodrigues MS, Silva MM, Campos GS, et al. Outbreak of Exanthematous Illness Associated with Zika, Chikungunya, and Dengue Viruses, Salvador, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015;21:2274-6.
- Cao-Lormeau VM, Blake A, Mons S, Lastere S, Roche C, Vanhomwegen J, et al. Guillain-Barre Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet*. 2016;387:1531-9.
- Driggers RW, Ho CY, Korhonen EM, Kuivainen S, Jaaskelainen AJ, Smura T, et al. Zika Virus Infection with Prolonged Maternal Viremia and Fetal Brain Abnormalities. *N Engl J Med*. 2016;374:2142-51.
- Wikan N, Smith DR. Zika virus: history of a newly emerging arbovirus. *Lancet*. 2016;16:e119-26.
- Frank C, Cadar D, Schlaphof A, Neddersen N, Gunther S, Schmidt-Chanasit J, et al. Sexual transmission of Zika virus in Germany, April 2016. *Euro surveillance: bulletin European sur les maladies transmissibles. European Communicable Disease Bulletin*. 2016;21.
- Foy BD, Kobylinski KC, Chilson Foy JL, Blitvich BJ, Travassos da Rosa A, Haddock AD, et al. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerg Infect Dis*. 2011;17:880-2.
- http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/Plan_Nac_e nf_vectores_20160720.pdf
- Gourinat AC, O'Connor O, Calvez E, Goarant C, Dupont-Rouzeyrol M. Detection of Zika virus in urine. *Emerg Infect Dis*. 2015;21:84-6.
- Brooks JT, Friedman A, Kachur RE, LaFlam M, Peters PJ, Jamieson DJ. Update: Interim Guidance for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus — United States, July 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:745-7.