

EDITORIAL

Papel actual de los servicios de urgencias hospitalarios en la lucha contra la pandemia VIH

Current role of hospital emergency departments in the fight against the human immunodeficiency virus infection pandemic

Juan González del Castillo

En el número actual de la Revista se publica un trabajo sobre factores predictores del tiempo de acceso a la profilaxis postexposición (PPE) frente al VIH¹ realizado en uno de los grandes hospitales de París, Francia, que concluye que el retraso en la consulta es mayor en la exposición sexual. El conocimiento del programa de PPE y su uso previo determinaban un retraso menor. En España, la protocolización de la PPE está muy extendida en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Ofrecer al paciente la medicación mínima necesaria para comenarla y que el paciente sea dado de alta con una cita para la consulta externa de VIH son estrategias muy extendidas. Sin embargo, trabajos previos han puesto de manifiesto una alta tasa de pérdida de seguimiento de los pacientes en ese tránsito entre el SUH y la consulta². Por este motivo, debería solicitarse una serología de VIH en estos pacientes antes de abandonar el SUH.

Desde el comienzo de la pandemia del VIH más de 70 millones de personas han contraído la infección y 35 millones han fallecido, un millón cada año en nuestros días³. Se estima que el 21% de las personas infectadas por el VIH no conocen su estado serológico³. Todas estas cifras representan que la infección por el VIH continúa siendo un problema de salud importante. En España, 146.450 personas viven con VIH y se estima que el 18% desconoce que están infectadas⁴. Tenemos una incidencia superior a la media de la UE (8,65 casos/1.000.000 habitantes) y la vía sexual es el modo de transmisión principal⁴. El alto porcentaje de casos sin diagnosticar está acompañado por otro dato negativo: la mitad de los nuevos diagnósticos se realizan tardíamente, cuando el paciente presenta una cifra de linfocitos CD4 < 350 células/mm³⁵.

A pesar de los esfuerzos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida para conseguir en 2020 su objetivo 90-90-90 (estos tres 90 corresponden a los porcentajes deseables de pacientes diagnosticados, tratados y con infección controlada, respectivamente)⁶, la realidad es que España todavía se encuentra por debajo de ese umbral en cuanto al diagnóstico. Esta fracción no diagnosticada de personas infectadas es, en

gran medida, responsable de la persistencia de la epidemia y representan un importante problema de salud pública. El infradiagnóstico y el diagnóstico tardío del VIH conllevan un peor pronóstico, una pérdida de calidad de vida, un aumento de los costes sanitarios y una mayor propagación de la epidemia. Los pacientes con CD4 inferiores a 200 células/mm³ o que presentan una enfermedad definitoria de sida en el momento del diagnóstico tienen un riesgo de muerte 5,22 veces superior⁷. Las personas que desconocen su estado serológico tienen una tasa de transmisión del VIH 3,5 veces mayor que los ya diagnosticados⁷. El R0 del VIH (número de personas que infecta cada paciente seropositivo) está entre 2 y 4⁸.

Nos encontramos ante un momento crítico de la historia de la epidemia. La pérdida de oportunidades diagnósticas representa el punto clave para cambiar su curso y disminuir su expansión. En todo el mundo se han puesto en marcha medidas que intentan reducir el infradiagnóstico de la infección por VIH. La oferta habitual de la prueba de detección del VIH es una intervención rentable siempre y cuando la prevalencia de infección oculta del VIH sea de, al menos, el 0,1%⁶. La prueba del VIH, al igual que el resto de las pruebas médicas, se basa en los principios de voluntariedad y confidencialidad. En Reino Unido, se recomienda la realización de la prueba del VIH a todas las personas que acudan por primera vez a su centro de atención primaria cuando la prevalencia local del VIH sea superior al 0,2%. En Francia, se realiza el cribado de VIH a la población general entre 15 y 70 años de forma habitual. En Estados Unidos, se recomienda testar a todos los pacientes entre 13 y 64 años que acudan a centros sanitarios, independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia del VIH.

Se calcula que un 28% de las oportunidades diagnósticas perdidas en infección por VIH se da en los SUH. Un reciente estudio⁹ describió 428 nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en Aragón, en el periodo 2011-2015, que generaron un total de 7.475 consultas en los 3 años previos al diagnóstico. El 12,2% de esas consultas se realizaron en un SUH, observándo-

Filiación del autor: Servicio de Urgencias, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Contribución del autor: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Juan González del Castillo. Servicio de Urgencias, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín-Lagos, s/n. 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: jgonzalezcast@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 15-11-2020. Aceptado: 16-11-2020. Online: 24-11-2020.

Editor responsable: Óscar Miró.

se una media 2 visitas por cada paciente durante los 3 años previos al diagnóstico. El 86,2% de estos nuevos diagnósticos tuvieron oportunidades de evitar el diagnóstico tardío en los 3 años previos. La prevalencia de diagnóstico tardío aumentó cuanto mayor fue la frecuentación en el SUH. En urgencias, estudios realizados en Madrid que ofrecieron la realización de una serología para el VIH durante la atención urgente de los pacientes, mostraron prevalencias del diagnóstico de VIH del 0,6%¹⁰ y del 0,9%¹¹, lo que demostraría que la intervención es coste efectiva.

El diagnóstico precoz requiere enfoques innovadores. Los SUH son uno de los pilares clave para la lucha contra las pandemias^{12,13}. La edad media del diagnóstico de VIH es de 36 años y a esas edades es menos frecuente visitar el centro de salud¹⁴. Por tanto, urgencias puede ser el único punto de contacto de estos pacientes con el sistema sanitario. Muchos de estos tienen enfermedades relacionadas con el VIH y consultan por ellas con frecuencia en los SUH.

En España, se recomienda la realización de una serología para el VIH a todas las personas que presenten una de las 30 enfermedades asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1% o que presenten una exposición de riesgo⁷. El diagnóstico de la infección por VIH en personas con esta sintomatología clínica se enmarcaría dentro de la buena praxis médica, en un número importante de situaciones clínicas y en un amplio rango de especialidades. Muchas de estas enfermedades constituyen motivos de consulta habituales en los SUH. Sin embargo, el gran número de enfermedades y el hecho de que la solicitud de una serología no modifica la toma de decisiones en urgencias constituyen probablemente barreras a su implementación en la práctica clínica. Recientemente, se han publicado unas recomendaciones, avaladas por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA), para fomentar la realización en urgencias de una serología en 6 entidades¹⁵: la neumonía, el síndrome mononucleósido, el herpes zoster, la práctica de *chemsex*, la PPE y las infecciones de transmisión sexual. Cada una de estas entidades tiene una prevalencia como condición indicadora de infección por el VIH mayor del 5% y son frecuentemente atendidas en los SUH^{15,16}. No se trata de olvidarnos del resto de situaciones, pero sí de dar un paso cualitativo en esas que con mayor frecuencia atendemos y fomentar un cambio cultural en el médico de urgencias que le conciencie sobre el impacto de este tipo de diagnósticos, tanto sobre el paciente como sobre la salud pública en general, al disminuir el número contagios secundarios.

En conclusión, los SUH son para muchos pacientes el único punto de contacto con el sistema sanitario, sobre todo en el caso de jóvenes y personas sin enfermedades crónicas. Por este motivo, debemos implicarnos en programas de cribado que redundarán en una mejora de las cifras de infección oculta y pueden limitar la continua expansión de esta epidemia, así como el diagnóstico tardío y sus consecuencias.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado 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.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Casalino E, Bouzid D, Antoniol S, Pinto A, Choquet C, Pereira L, et al. Características de la exposición al VIH y factores predictores del tiempo de acceso a la profilaxis posexposición: estudio observacional prospectivo. *Emergencias*. 2021;33:35-41.
- Rivas-Clemente FPJ, Pérez-Baena S, Ochoa-Vilor S, Hurtado-Gallar J. Atenciones en urgencias a demanda del paciente sin seguimiento posterior en atención primaria: frecuencia y características. *Emergencias*. 2019;31:234-8.
- Global information and education on HIV and AIDS. (Consultado 14 Noviembre 2020). Disponible en: <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>.
- Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Actualización 30 de Junio 2019. (Consultado 14 Noviembre 2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA_2019_21112019.pdf
- Moreno S, Berenguer J, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, García Ontiveros M. Detección temprana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36:S35-9.
- UNAIDS, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. 2017. (Consultado 14 Noviembre 2020). Disponible en: www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90
- Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado 14 Noviembre 2020). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
- Chen J. Pathogenicity and transmissibility of 2019-nCoV-A quick overview and comparison with other emerging viruses. *Microbes Infect*. 2020;22:69-71.
- Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, Martínez-Álvarez R, Malo-Aznar C, Gargallo-Bernad A, et al. Oportunidades perdidas de la diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37:100-108.
- Pizarro Portillo A, Del Arco Galán C, De los Santos Gil I, Rodríguez Salvanés F, Negro Rúa M, Del Rey Ubano A. Prevalencia y características de los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticados de novo en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2016;28:313-9.
- Gómez-Ayerbe C, Martínez-Sanz J, Muriel A, Pérez Elías P, Moreno A, Barea R, et al. Impact of a structured HIV testing program in a hospital emergency department and a primary care center. *PLoS ONE*. 2019;14:e0220375.
- González Armengol J, Vázquez-Lima MJ. Los Servicios de Urgencias y Emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2. *Emergencias*. 2020;32:155-6.
- Juan Pastor A. Un sistema sanitario contra un virus. *Emergencias*. 2020;32:152-4.
- Jiménez Moreno FX. ¿Estamos utilizando nuestros servicios de urgencias como si fueran Google?. *Emergencias*. 2019;31:225-6.
- González Del Castillo J, Burillo-Putze G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Marchena MJ, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento. *Emergencias*. 2020;32:416-26.
- Fernández Alonso C, Quintela Jorge Ó, Ayuso Tejedor S, Santiago-Sáez AE, González Armengol JJ. Intoxicación aguda por nuevas drogas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista o mixta y *chemsex* en pacientes con VIH atendidos en urgencias. *Emergencias*. 2019;31:289-90.