

## CARTAS CIENTÍFICAS

### Experiencia de cribado de infección oculta del virus de la inmunodeficiencia humana en un servicio de urgencias

#### *Screening for hidden human immunodeficiency virus infection in the emergency department: one hospital's experience*

Marta del Palacio-Tamarit<sup>1</sup>, Rodrigo Sanz-Lorente<sup>1</sup>, Beatriz Álvarez-Álvarez<sup>2</sup>, Alfonso Cabello-Úbeda<sup>2</sup>, Joaquín García-Cañete<sup>1</sup>, Antonio Blanco-García<sup>1</sup>

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un grave problema de salud mundial. En 2018, 37,9 millones de personas vivían con el VIH y 1,7 millones de casos fueron diagnosticados, estimándose que el 21% de estos desconocía previamente su estado serológico<sup>1</sup>. Por ello, la Organización Mundial de la Salud planteó que, para el año 2020, el 90% de las infecciones debería estar diagnosticada, de las cuales el 90% tendría que estar tratado, y alcanzar la supresión viral en el 90% (objetivo 90-90-90)<sup>2</sup>.

En 2016, se estimaba que 146.450 personas vivían con VIH en España y 20.222 desconocían su estado serológico (tasa de diagnóstico del 86%). El 93% de las personas diagnosticadas estaba tratado ( $n = 126.268$ ) y, de estos, el 90% había alcanzado la supresión viral ( $n = 117.944$ )<sup>3</sup>. En 2018, se estimó que el 47,6% de los diagnósticos eran tardíos<sup>4</sup> (linfocitos CD4 < 350 células/ $\mu$ L). En España, los principales problemas son la infección oculta y la inmunodeficiencia avanzada por el retraso diagnóstico. Ambos generan consecuencias negativas al permitir la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones asociadas. A nivel de Salud Pública, mantiene la transmisión comunitaria, lo que impide el control de la enfermedad. Finalmente, estos pacientes que inician su tratamiento de forma tardía asocian costes directos e indirectos mayores<sup>5</sup>.

Disminuir las oportunidades de diagnóstico perdidas se convierte en un punto clave para alcanzar un control adecuado de la epidemia de VIH en España. De hecho, se estima que 1 de cada 3 oportunidades perdidas se produce en los servicios de urgencias (SU)<sup>6</sup>. Por ello, en 2019, 82 SU de toda España se implicaron en la detección precoz del VIH a través de la iniciativa "Deja tu Huella" de SEMES (<https://dejatuHuella.semes.org/>). En este trabajo, presentamos

los primeros resultados del estudio realizado en el SU del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz para la detección precoz del VIH en pacientes con patología asociada a infección oculta por VIH.

A los pacientes que acudieron al SU durante el periodo del estudio (del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021) y que cumplieron con los criterios del programa "Deja tu huella", promovido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)<sup>7</sup>, se les ofreció una serología de VIH no urgente (ELISA). Dichos criterios incluían: diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (ETS), profilaxis postexposición, *chemsex*, síndrome mononucleósido y, en pacientes entre 18 y 65 años, neumonía y herpes zóster. La serología era solicitada desde urgencias y los casos positivos se confirmaban mediante *Western-Blot*. Los pacientes detectados eran posteriormente valorados en consultas de enfermedades infecciosas.

En el periodo de estudio se solicitaron 3.061 serologías de VIH desde urgencias. En los pacientes que cumplían con los criterios de selección se detectaron 9 casos positivos (8 varones y 1 mujer), con una prevalencia de diagnóstico de VIH de 0,3%. Las características de los pacientes se recogen en la Tabla 1. La edad mediana al diagnóstico fue de 31 años (rango intercuartil = 10). La mayoría eran extranjeros ( $n = 7$ ). La prueba de VIH estaba indicada en 5 pacientes por consultar por ETS, 2 por neumonía (una tuberculosa y otra bacteriana comunitaria), uno por síndrome mononucleósido y uno por herpes zóster. Respecto a antecedentes de riesgo, 4 pacientes tenían historia previa de otras ETS: proctitis y uretritis, y 4 habían acudido a urgencias previamente por motivos similares. Todos los hombres practicaban sexo con hombres (HSH) y la mujer ejercía como trabajadora sexual. Dos de los pacientes declararon practicar *chemsex*. Ninguno de los pacientes tenía pareja estable. Todas las infecciones se produjeron por vía sexual.

El diagnóstico se produjo de forma tardía en 4 pacientes (44,4%), con cifras de CD4 *naive* inferiores a 350 células/ $\mu$ L. En total, 5 pacientes tenían una serología negativa para VIH realizada en los 6 meses previos, por lo que se trataban de primoinfecciones. La carga viral era superior a 100.000 copias/mL en 5 pacientes, un solo paciente tenía carga viral indetectable, por lo que era controlador de élite. Tras el diagnóstico, se inició tratamiento en un tiempo mediano de 7 días (rango intercuartil = 6).

Los resultados preliminares del proyecto "Deja tu huella", indican que se deben aprovechar las oportunidades en urgencias para el diagnóstico de VIH. Nuestros datos confirman que la mitad de los pacientes todavía se diagnosticaba de forma tardía, y representan un mayor riesgo de transmisión del virus. Este estudio avala los criterios para solicitar la prueba de VIH en urgencias<sup>7</sup>, ya que permite detectar nuevos casos de VIH de forma precoz en más de la mitad de esta muestra. A pesar de los pocos pacientes identificados, el estudio dibuja un perfil actual de paciente en riesgo de tener infección por VIH definido y acorde con los criterios del programa<sup>7</sup>: HSH, paciente que consulta en urgencias por ETS y presenta antecedentes de ETS y, ocasionalmente, *chemsex*. Finalmente, el diagnóstico en urgencias ha permitido a estos pacientes empezar el tratamiento antirretroviral de forma precoz.

Desde la implementación del programa, las solicitudes de serologías en urgencias han aumentado considerablemente, y se han registrado 3.061 peticiones en 2021 frente a las 2.097 de 2019. Se ha excluido 2020 de la comparación puesto que en nuestro centro se solicitaba una serología de VIH a todo paciente que ingresaba con neumonía por COVID 19. En 2019, se diagnosticaron 4 pacientes, pero solo 2 cumplían los criterios "Deja tu huella"<sup>6</sup>. Los resultados de 2021 sugieren que estos

**Tabla 1.** Características basales de los pacientes a los que se les realizó la prueba de detección del VIH con resultado positivo

N.º	Edad	Sexo	Nacionalidad	Razón de sospecha clínica VIH	ETS previas	Adquisición VIH	Chemsex	Estadio al diagnóstico	CD4 naive	CD4 (%) naive	CV naive
1	39	Hombre	Uruguay	Úlcera genital - sífilis	Sí	MSM	Sí	A1	630	30	0
2	29	Hombre	Venezuela	Proctitis	Sí	MSM	–	A2	475	21	38.700
3	25	Mujer	Nigeria	Tuberculosis diseminada	–	HTX	–	C3	170	17	43.000
4	31	Hombre	Venezuela	Proctitis	Sí	MSM	–	B3	169	13	124.000
5	24	Hombre	España	Proctitis	Sí	MSM	Sí	A1	741	19	149.000
6	37	Hombre	Marruecos	Proctitis	Sí	MSM	–	A1	782	34	205.000
7	27	Hombre	Ecuador	Síndrome mononucleósido (síndrome retroviral agudo)	Sí	MSM	No	A2	260	10	439.000
8	50	Hombre	Uruguay	Herpes zóster	–	MSM	No	C3	70	10	72.100
9	36	Hombre	España	Neumonía neumocócica	Sí	MSM	Sí	A1	600	30	150.000

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; ETS: Enfermedad sexualmente transmisible; MSM: Hombre que tiene sexo con hombres; HTX: heterosexual; CV: Carga viral.

critérios se han incorporado finalmente a la práctica, pues todos los pacientes diagnosticados los cumplían.

En España, se ha observado que un tercio de las oportunidades perdidas se dan en urgencias<sup>6</sup>. La prevalencia de VIH en los SU hospitalarios de Madrid se ha estimado entre un 0,6 y 0,9 %<sup>8,9</sup>. Se considera que el testado por VIH de pacientes en urgencias sería coste-efectivo a partir de una prevalencia de > 0,1%. Por tanto, esta práctica, si además va dirigida por criterios de sospecha clínica, será coste-efectiva<sup>10</sup>. Un reciente estudio español ha estimado que protocolizar el cribado de VIH en urgencias en personas con alguna condición indicadora de VIH evitaría más de 13.000 nuevas infecciones en 20 años, con un retorno de 224 euros por euro invertido<sup>11</sup>.

En el momento actual de la epidemia de VIH es crucial aumentar el diagnóstico, así como realizarlo de forma precoz, ya que la infección oculta representa un reservorio viral capaz de mantener la epidemia global. ONUSIDA fijó el objetivo 95-95-95 para 2030<sup>2</sup>. Parece que la detección precoz de la infección por VIH en urgencias según las guías SEMES de 2020<sup>6</sup>, y gracias a la iniciativa “Deja tu huella” de la que nuestro centro forma parte, podrá ayudar a cumplir con este objetivo. Nuestros resultados solo son una muestra ini-

cial de los centros participantes, pero creemos que los resultados globales del estudio reafirmarán esta tendencia.

Los resultados iniciales relativos a nuestro centro resaltan como la iniciativa “Deja tu huella” está impulsando un aumento de las solicitudes en urgencias de pruebas serológicas para aumentar la detección del VIH oculto, lo que permite aumentar el número de diagnósticos y el tratamiento precoz de la infección. Este mensaje necesita ser corroborado con los datos de la muestra del estudio en el ámbito global español.

## Bibliografía

- UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics-2018 fact sheet. Switzerland: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2019. (Consultado 28 Febrero 2022). Disponible en: <http://rsta.unaids.org/publications/global-publications/item/208-unaids-data-2019>
- UNAIDS. Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia de SIDA para 2030: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. ; 2017 (Consultado 28 Febrero 2022). Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/201506\\_JC2743\\_Understanding\\_FastTrack\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf)
- Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Estimación del Continuo de Atención del VIH en España, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida – Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019.
- Unidad de vigilancia del VIH y conductas 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. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2019.
- Arribas MM, Rivero A, Fernández E, Poveda T, Caylá JA. Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. *Enferm Infecc Microbiol Clín.* 2018;36:3-9.
- Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, Martínez-Álvarez R, Malo-Aznar C, Gargallo-Bernad A, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clín.* 2019;37:100-8.
- González del Castillo J, Burillo-Putze G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Malchair P, 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;416-26.
- Portillo AP, del Arco Galán C, Gil IS, Salvanés FR, Rua MN, del Rey Ubago 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-e.
- Technical Expert Panel Review of CDC HIV Counseling TaRG. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral; 1999.
- Moltó JM, del Castillo JG, Bustos CN, Castro A, Presa M, Martín IO. Cribado dirigido del virus de la inmunodeficiencia humana en los servicios de urgencias en España: análisis de las consecuencias epidemiológicas y económicas. *Emergencias.* 2022;34:21-8.

**Filiación de los autores:** <sup>1</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, División de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

**Correo electrónico:** marta.palacio@quironsalud.es

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

**Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas:** Gilead ha colaborado en la financiación de la redacción del artículo mediante una ayuda concedida al Instituto de Investigación Sanitaria de la Fundación Jiménez Díaz. Todos los autores han confirmado su autoría, 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.

**Agradecimientos:** Los autores agradecen a la Dra. Maria Giovanna Ferrario, a la Dra. Blanca Piedrafita y a todo el equipo de Medical Statistics Consulting SL (Valencia) la ayuda prestada en la redacción de este manuscrito.

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

DOI:10.55633/s3me/E104.2023

**Editor responsable:** Óscar Miró.

**Correspondencia:** Marta del Palacio Tamarit. Servicio de Urgencias. Fundación Jiménez Díaz. Av. de los Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid, España.