

Debería pues considerarse la realización de algún consenso entre las sociedades científicas implicadas en ambos sentidos, para mejorar el despistaje y para el diagnóstico rápido inicial^{9,10}.

Bibliografía

- Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias, Emergencias, del Grupo de Estudio de sida de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, Microbiología Clínica. Documento de Consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida/SEMES/GESIDA sobre urgencias y virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:455.e1–16.
- Gatell JM, Zulaica D, del Romero J, Robledo T, Mateos Rodríguez AA. Cómo promover y facilitar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH-1: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias.* 2010;22:230–2.
- Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona I, Barbrà J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:144–51.
- Rothman RE, Hsieh YH, Harvey L, Connell S, Lindsell CJ, Haukoos J, et al. US emergency department HIV testing practices. *Ann Emerg Med.* 2009;58 1 Suppl 1:S3–9, e1.
- Donnell-Fink L, Reichmann WM, Arbelaez C, Case AL, Katz JN, Losina E, et al. Patient satisfaction with rapid HIV testing in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2011;58 1 Suppl 1:S49–52.
- Julián Jiménez A. Biomarcadores de infección en urgencias: ¿cuáles pueden ser útiles? *Emergencias.* 2012;24:343–5.
- Tudela P, Prat C, Lacombe A, María Mòdol J, Domínguez J, Giménez M, et al. Biomarcadores para la predicción en urgencias de infección bacteriana, bacteriemia y gravedad. *Emergencias.* 2012;24:348–56.
- Perelló R, Miró O, Camón S, Sánchez M, Miró JM, Marcos MA, et al. Aproximación al valor pronóstico de diferentes marcadores identificables en urgencias en pacientes VIH con neumonía: valor de la PCR. *Emergencias.* 2013;25:268–72.
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55:1–17.
- Haukoos JS, Hopkins E, Bender B, Sasson C, Al-Tayyib AA, Thrun MW, Denver Emergency Department HIV Testing Research Consortium. Comparison of enhanced targeted rapid HIV screening using the Denver HIV risk score to non-targeted rapid HIV screening in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2013;61:353–61.

Jose Emilio Alonso-Lasheras^{a,*}, Marcos Expósito-Rodríguez^{a,b},
Lissette Travería-Becquer^a y Miguel Benito-Lozano^a

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias,
Santa Cruz de Tenerife, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias,
Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalolas@gobiernodecanarias.org
(J.E. Alonso-Lasheras).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.023>

El diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana en los servicios de urgencias



Human immunodeficiency virus testing in emergency departments

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el consenso publicado recientemente sobre las urgencias y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), donde se exponen una serie de herramientas de gran utilidad para el manejo del paciente con infección por el VIH en los servicios de urgencias (SU)¹.

En la actualidad la infección por el VIH parece haberse convertido en una infección crónica, y de hecho, los pacientes infectados suelen consultar en los SU por motivos no relacionados con el virus². Desde nuestro punto de vista, dado que casi la mitad de los pacientes diagnosticados de infección por primera vez presentaban indicios de diagnóstico tardío con las consecuencias de salud pública y morbilidad para el individuo³, creemos que tendría un gran interés el intentar profundizar en los aspectos relacionados con la atención urgente de los pacientes desconocedores de la infección por el VIH, y sobre el posible rol de los SU a la hora del diagnóstico de la infección.

Dicho documento recoge que el médico de urgencias debería recomendar la realización de una prueba diagnóstica ante la sospecha clínica de infección por el VIH y deja a criterio de la situación de gravedad del cuadro clínico el momento de la misma¹. En este sentido nos gustaría realizar varios comentarios. En primer lugar, destacar la importancia de las estrategias de formación, como el presente consenso, de cara a mejorar los conocimientos en la infección por el VIH del médico de urgencias. Un estudio realizado en

más de 200 médicos que incluía las urgencias halló que solo uno de cada 3 conocía las recomendaciones de los test de VIH⁴. En segundo lugar, la necesidad de generar mecanismos para asegurar el cumplimiento de las guías clínicas, ya que se ha visto que la aplicación de las recomendaciones mejora la identificación de la infección por el VIH no diagnosticada en los pacientes atendidos en los SU⁵. En respuesta a esto, es clave insistir en la generación de herramientas que aseguren la anamnesis dirigida a la identificación de los pacientes de riesgo. En tercer lugar, nos gustaría precisar que pueden existir diversas situaciones clínicas o enfermedades urgentes donde es mandatario pensar en una infección por el VIH, bien porque son síntomas o signos compatibles con la infección aguda o enfermedades oportunistas definitorias de sida, bien porque se asocian, o probablemente se asocian, a una prevalencia de VIH no diagnosticada mayor o igual a 0,1%, y por tanto donde se debe recomendar un test diagnóstico (tabla 1)^{6,7}. En referencia a este punto continúa la controversia sobre si la atención en urgencias es el momento y lugar ideal para la realización de un test diagnóstico de VIH. Según nuestra opinión, y teniendo en cuenta tanto que los SU son para algunos pacientes el único punto de contacto con el sistema sanitario y que estos han demostrado ser un lugar clave en la definición y derivación de los procesos agudos, así como dada la posibilidad de realizar test rápidos de VIH, los SU podrían ser un escenario apropiado para identificar al paciente con infección por VIH, y por tanto que este se pueda beneficiar de una atención especializada, bien durante la hospitalización o tras el alta de urgencias⁸, ya que esto ha demostrado mejorar los resultados⁹. Por otro lado, esta creencia dista considerablemente de la actuación de los SU de algunos estados americanos, como Nueva York, donde se considera un imperativo legal, desde 2010, la realización de un test de despistaje de VIH en todo paciente entre 13 y 64 años que reciba atención sanitaria, incluso urgente¹⁰, lo que resultaría complejo o casi imposible de implementar en cualquier SU en España. Por tanto, creemos que el test diagnóstico de VIH debe estar disponible igual que otras pruebas diagnósticas en los SU para una serie de circunstancias clínicas frecuentemente atendidas en el ámbito de los SU donde debería descartarse la infección, indistintamente de la gravedad del cuadro,

Tabla 1

Circunstancias clínicas frecuentemente atendidas en urgencias asociadas con un riesgo incrementado para infección por VIH

Enfermedades de transmisión sexual
Candidiasis
Infección por herpes zóster
Exantema, dermatitis seborreica o psoriasis grave o atípica
Leucoplasia vellosa oral
Hepatitis aguda
Tuberculosis
Enfermedad neumocócica invasiva
Neumonía adquirida en la comunidad recurrente (2 o más episodios en 12 meses)
Síndrome mononucleósido
Fiebre sin causa aparente
Pérdida de peso injustificada
Linfadenopatía idiopática
Lesión cerebral primaria ocupante de espacio
Meningitis linfocítica
Síndrome de Guillain-Barré, mononeuritis o neuropatía periférica
Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
Retinitis por citomegalovirus
Tratamiento de enfermedad que requiera una terapia inmunosupresora agresiva

Adaptada de las recomendaciones CDC y HIV in Europe.

con el fin de ofrecer un plan específico al paciente, y por tanto el personal y los medios del SU deberían estar preparados para ello.

Bibliografía

1. Consensus Statement of the National AIDS Plan Secretariat, Spanish Society of Emergency Medicine and AIDS Study Group of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology on Emergency and human immunodeficiency virus infection. Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y del Grupo de Estudio de sida de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:455.e1-16.
2. Perelló R, Miró O, Camón S, Sánchez M, Miró JM, Marcos MA, et al. Aproximación al valor pronóstico de diferentes marcadores identificables en urgencias en pacientes VIH con neumonía: valor de la PCR. *Emergencias.* 2013;25:268-72.

3. Área de Vigilancia de VIH Conductas de Riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España: sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología; 2012.
4. Mohajer MA, Lyons M, King E, Pratt J, Fichtenbaum CJ. Internal medicine and emergency medicine physicians lack accurate knowledge of current CDC HIV testing recommendations and infrequently offer HIV testing. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic).* 2012;11:101-8.
5. Haukoos JS, Hopkins E, Eliopoulos VT, Byyny RL, Laperriere KA, Mendoza MX, et al., Denver Emergency Department Rapid HIV Testing Study Group. Development and implementation of a model to improve identification of patients infected with HIV using diagnostic rapid testing in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007;14:1149-57.
6. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55:1-17.
7. Guidance document: HIV indicator conditions: Guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings. HIV in Europe [citado 10 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.hiveurope.eu/>
8. Fernández Díaz V, Ortigoza Escobar JD, Noguera Julián A, Fortuny Guasch C, Trenchs Sainz de La Maza V, Fernández Santervás Y. Motivos de solicitud de la serología frente al virus de la inmunodeficiencia humana en un servicio de urgencias pediátrico. ¿Cuándo resulta positiva? *Emergencias.* 2013;25:289-91.
9. Lubelchek R, Kroc K, Hota B, Sharief R, Muppudi U, Pulvirenti J, et al. The role of rapid vs conventional human immunodeficiency virus testing for inpatients: Effects on quality of care. *Arch Intern Med.* 2005;165:1956-60.
10. Frequently asked questions regarding the HIV Testing Law. 2012 [citado 9 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.health.ny.gov/diseases/aids/testing/law/faqs.htm>

María José Núñez-Orantos^a y Francisco Javier Martín-Sánchez^{b,c,*}

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.025>

Virus de la inmunodeficiencia humana y servicios de urgencias. Réplica



Human immunodeficiency virus and emergency departments. Reply

Sr. Editor:

Hemos leído con atención los comentarios de Núñez-Orantos et al.¹ y Alonso-Lasheras et al.² referentes al documento de consenso³. De hecho, ambas cartas giran en torno a en qué situaciones los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) debieran solicitar una serología VIH con carácter urgente. Esta posibilidad es lógica y puede resultar incluso eficiente si se tiene en cuenta el lugar central que ocupan los SUH en el sistema público de salud, tanto en lo que se refiere a la atención urgente a los pacientes las 24 h al día y los 365 días del año, como en lo que ello comporta como salvaguarda de posibles deficiencias o errores que el sistema pueda tener en otros niveles asistenciales. Además, los SUH se encuentran en un estado *quasi* permanente de redefinición de sus procesos y protocolos asistenciales, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención que dispensan⁴.

Con esta definición en mente creemos que no debiera haber problemas para consensuar una estrategia de determinación que permitiese aumentar la detección de pacientes infectados por el VIH y, por ende, disminuir la fracción no diagnosticada. Por una parte, compartimos que existen muchas razones individuales y de salud pública para promover y facilitar un diagnóstico precoz de la infección por el VIH-1, y ello es una responsabilidad de todo el personal sanitario, independientemente de su especialidad. Por otro lado, los SUH ya solicitan esta serología en determinadas circunstancias, de la misma manera que se realiza en otras unidades de hospitalización (como por ejemplo en los casos de trasplante), lo que pone de manifiesto que esta posibilidad está al alcance técnico y organizativo de los servicios hospitalarios^{5,6}.

Faltaría, pues, poner de acuerdo a todos los actores implicados (*urgenciólogos, infectólogos, microbiólogos, analistas y gestores*) para que esta posibilidad, que actualmente puede tener cierto factor de discrecionalidad, pudiera ser una realidad en función de un protocolo de actuación consensuado. La tabla que aportan Núñez-Orantos et al.¹ en su carta al editor es un buen punto de partida, y de hecho, un documento en este sentido ha sido publicado hace poco que posiblemente se adapta a las necesidades reales de realización⁷. La simulación de estos escenarios y los cálculos de costes podrían ayudar a decidir acerca de la adecuación de la instauración de esta posibilidad de una forma generalizada en los SUH españoles⁸. No creemos, por otra parte, que en nuestro entorno esté justificada la determinación con carácter generalizado que se ha puesto

Véase contenido relacionado en DOIs:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.025>,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.023>