



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

La necesidad de un consenso para el despistaje y diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana en los servicios de urgencias



The need for a consensus on human immunodeficiency virus screening and diagnosis in emergency departments

Sr. Editor:

Hemos leído con atención la carta de contestación de Polo et al.¹ en relación al diagnóstico de VIH en los servicios de urgencias², donde se matizan, por parte de los expertos, algunos aspectos del consenso recientemente publicado sobre urgencias y virus de la inmunodeficiencia humana³.

En primer lugar, nos gustaría agradecer a los autores el reconocimiento de la necesidad de crear un protocolo de actuación consensuado para el diagnóstico precoz de los pacientes con VIH en los servicios de urgencias hospitalarios españoles. Según nuestro punto de vista, y salvando algunas circunstancias potencialmente mejorables de la atención urgente hospitalaria^{4,5}, parece hoy en día inexcusable la negación de una prueba diagnóstica precoz de VIH, ante una serie de situaciones clínicas o enfermedades urgentes donde es mandatorio pensar en una infección por el VIH, teniendo que demorar dicho hecho procedimiento a una posterior atención especializada^{2,6}.

En segundo lugar, en lo referente a la polémica toma de decisión de cribado universal de la infección por VIH en los servicios de urgencias españoles, coincidimos con los autores en que dicha decisión compete únicamente a las autoridades sanitarias, y que resultaría muy compleja de implementar en la actualidad^{1,2}. Por otro lado, es nuestra obligación profesional realizar recomendaciones concretas sobre su conveniencia en nuestro entorno sanitario en función de los datos disponibles, considerando la prevalencia de la enfermedad, las cifras de diagnóstico tardío y el grado de acceso al tratamiento antirretroviral.

La normativa de algunos estados americanos donde es una obligación legal la realización de un test de despistaje de VIH a todo paciente adulto que reciba atención sanitaria indistintamente si es urgente o no⁷, se basa en estudios que han demostrado que su realización será rentable desde un punto de vista socioeconómico mientras que la prevalencia de VIH no diagnosticado sea superior a un 0,1%⁸. Un estudio europeo ha afirmado también que la práctica rutinaria del test de VIH a la población general es coste-efectiva cuando las tasas de prevalencia de VIH no diagnosticadas son mayores o iguales a un 0,1%, y que además, disminuye el diagnóstico tardío de la infección por el VIH, aumenta el recuento de CD4 al

diagnóstico, mejora la supervivencia del paciente infectado y reduce las infecciones oportunistas a los 10 años⁹.

En España, se ha publicado recientemente un estudio que determinó una prevalencia de VIH de un 1,5% en la población inmigrante asintomática, llegando a un 3,8% en población subsahariana¹⁰. Teniendo en cuenta estos datos y que para algunos pacientes los servicios de urgencias son el único punto de contacto con el sistema sanitario, surge de nuevo la controversia sobre la justificación del cribado de VIH urgente en los colectivos de alto riesgo, como es la población inmigrante, especialmente aquellas procedentes de regiones de alta prevalencia de infección por VIH. Por tanto, dado el incremento progresivo de la población inmigrante y que más de un tercio de los nuevos diagnósticos son en población no española, sería bueno indagar en la adaptación de los programas de prevención a los diferentes entornos del sistema sanitario, y esto incluiría a los servicios de urgencias hospitalarios, con el fin de reducir la proporción de diagnósticos tardíos, lo que impactaría positivamente en la morbilidad relacionada con la infección por VIH, tanto a nivel del individuo como de la sociedad.

En conclusión, a pesar del enorme esfuerzo de los expertos en realizar una serie de recomendaciones sobre las urgencias y virus de la inmunodeficiencia humana³, existen todavía ciertas circunstancias que son necesarias clarificar en los que se refiere a los aspectos del despistaje y diagnóstico de VIH en los servicios de urgencias españoles.

Bibliografía

1. Polo R, Pedrol E, Miró O. Virus de la inmunodeficiencia humana y servicios de urgencias. Réplica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.11.011>
2. Núñez Orantos MJ, Martín-Sánchez FJ. El diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana en los servicios de urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014.
3. 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. 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.
4. Salvador Suárez FJ, Millán Soria J, Téllez Castillo CJ, Pérez García C, Oliver Martínez C. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. *Emergencias*. 2013;25:163–70.
5. Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, Ochoa Alvarado E, Alemany González FX, Romero MA, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias*. 2013;25:171–6.
6. 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.
7. Frequently Asked Questions regarding the HIV Testing Law [internet]. 2012 [consultado 9 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.health.ny.gov/diseases/aids/testing/law/faqs.htm>
8. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage 3rd GR, Losina E, Zhang H, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med*. 2005;352:586–95.
9. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France: Clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2010;5:e13132.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.11.011>

10. Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Norman F, López-Vélez R. Prevalencia de infección por VIH en población inmigrante asintomática. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:712-3.

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, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.004>

Empleo inapropiado de cateterismo urinario en pacientes ingresados en servicios médicos: experiencia en un hospital comarcal y estrategias para su reducción



Inappropriate use of urinary catheters in patients admitted to medical wards: Experience in a local hospital and strategies for reducing their use

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Fernández-Ruiz et al.¹ sobre el uso inapropiado de catéteres urinarios (CU), donde encontraban un 26,1% de indicación inapropiada en los pacientes médicos ingresados de este hospital de 3.º nivel madrileño. Por nuestro interés compartido en el tema, quisiéramos aportar las siguientes consideraciones.

Por una parte es sabido que el uso del CU aumenta el riesgo de infecciones nosocomiales, por lo que se debe evitar su uso excesivo; pero no deben olvidarse tampoco las complicaciones no infecciosas del CU, que en un reciente metaanálisis² alcanzan el 3,4% para estenosis uretral en pacientes con CU durante menos de 3 semanas, el 43% de hematuria macroscópica en pacientes portadores de CU durante más de 3 semanas y el 1% de neoplasia vesical en pacientes con lesión medular portadores de CU permanente.

Además querríamos compartir nuestra experiencia en un hospital comarcal de 236 camas, con 5.200 ingresos anuales en el servicio de Medicina Interna, donde en un estudio inicial³ se analizó, en todos los pacientes con CU ingresados en dicho servicio, si la indicación se ajustaba a las recomendaciones recogidas en las guías clínicas de la IDSA⁴, como las utilizadas por Fernández-Ruiz et al. Posteriormente se llevó a cabo una intervención que consistía en difundir las citadas recomendaciones hacia los médicos de urgencias y medicina interna mediante 2 sesiones clínicas, y su distribución mediante correo electrónico y circular interna. Se repitió el análisis de la correcta indicación del CU a la semana y al mes de la intervención, incluyéndose un total de 446 pacientes. Objetivamos un porcentaje de indicaciones no adecuadas del 11,1% del total de pacientes antes de la intervención (50% de los pacientes con CU), que a la semana de la intervención descendía de manera significativa al 4,5% ($p=0,04$), pero que al mes volvía a elevarse al 7,5%, perdiendo este descenso significación estadística respecto al porcentaje inicial pre-intervención. En una segunda fase del estudio⁵ se introdujo en las historias clínicas de los pacientes portadores de

CU un recordatorio de las indicaciones apropiadas. Tras mantener un mes de esta estrategia, los usos inadecuados descendieron de nuevo al 5% de los pacientes ingresados (37% de los pacientes con CU). En una actualización de nuestras cifras realizada con motivo de esta carta, el porcentaje de usos inadecuados 3 años después de la intervención se ha mantenido en el 5% del total de pacientes ingresados.

En comparación con los resultados de Fernández-Ruiz et al.¹, encontramos en nuestro hospital un mayor número de pacientes con uso considerado inadecuado de CU. Una estrategia puntual de formación fue eficaz para reducir el uso excesivo de CU, aunque su efecto fue transitorio. Sin embargo, una estrategia de recordatorio de un mes de duración permitió mantener este nivel estable 3 años después de la intervención.

En resumen, y de acuerdo con Fernández-Ruiz et al.¹, sigue existiendo una utilización excesiva del CU, por lo que probablemente serían necesarios programas continuados de formación para romper la inercia del abuso del CU.

Bibliografía

1. Fernández-Ruiz M, Calvo B, Vara R, Villar RN, Aguado JM. Empleo inapropiado de catéteres urinarios en pacientes ingresados en servicios médicos en un hospital universitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:523-5.
2. Hollingsworth JM, Rogers MAM, Krein SL, Hickner A, Kuhn L, Cheng A, et al. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters. A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013;159:401-10.
3. Tornero C, Bourguet M, Benavides C, Mafe M, Ventura A. Uso inadecuado de la sonda vesical en el paciente médico: impacto de una estrategia de intervención. *Rev Clin Esp.* 2011;5:271-2.
4. Hootn TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, prevention and treatment of catheter associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50, 625-663.
5. Bourguet M, Benavides C, Mafe MC, Ventura A, Tornero C. Estrategias de reducción del uso inadecuado de la sonda vesical y la prevención de la infección nosocomial en el paciente médico. Valencia: VII Congreso de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de la Comunidad Valenciana; 2011. p. 27-9.

M. Bourguet*, C. Benavides, M.C. Mafe y C. Tornero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Francisc de Borja, Gandia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marine.bourguet@hotmail.com (M. Bourguet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.12.013>