

los años 2008-2010 (datos no mostrados), aunque el pequeño tamaño muestral de las series en el periodo 2008-2010 no permite establecer comparaciones significativas. Por el contrario, sí que es estadísticamente significativo el incremento de pruebas de PCR solicitadas en el año 2011 en comparación con los años anteriores (a modo de ejemplo, 21 en el año 2010 frente a 280 en el año 2011). Las elevadas sensibilidad y especificidad de esta prueba, junto con un mayor índice de sospecha clínica por parte de los médicos, una mejor vigilancia epidemiológica y un incremento en la declaración de la enfermedad, han influido en el número de casos detectados.

En un contexto en el que se requieren soluciones globales e integradoras, la Comunidad Valenciana ha desarrollado, de manera pionera e innovadora, la RedMIVA, la cual ha sido recientemente consolidada de manera oficial mediante la Orden 3/2013, de 24 de junio, de la Conselleria de Sanitat. La RedMIVA no solo es una fuente de recogida y almacenamiento de datos microbiológicos, sino que cuenta con una comisión de expertos microbiólogos y profesionales de la salud pública cuyo objetivo es, entre otros, normalizar la información y unificar métodos de trabajo entre los laboratorios. Adicionalmente, nos consta la profesionalidad de los Servicios de Microbiología adscritos a dicha Red. Por todo ello seguimos estimando que los datos proporcionados a través de la RedMIVA son de gran utilidad y gozan de la misma calidad que los datos proporcionados en muchos de los estudios multicéntricos.

Existen diversos estudios seroepidemiológicos en España que estiman una seroprevalencia del 70-75% frente a *Bordetella pertussis*^{9,10}. En espera del desarrollo tecnológico de nuevas vacunas que proporcionen una mayor duración de la inmunidad conferida, las actuales estrategias de vacunación frente a la tos ferina se deberían centrar, a largo plazo, en la revacunación de adolescentes y adultos cada 10 años y, a corto plazo, en la vacunación de embarazadas y convivientes con lactantes.

Agradecimientos

A todo el personal de la RedMIVA y a los Servicios de Microbiología adscritos a esta, por la aportación de los datos.

Bibliografía

1. Gil-Tomás JJ, Colomina-Rodríguez J, Martínez-Macías O, Borrás-Mañez M, Guerrero-Espejo A. Situación de la tos ferina en la Comunidad Valenciana:

- ¿asistimos a una reactivación epidémica? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.11.006>
2. Centro Nacional de Epidemiología. Situación epidemiológica de la tos ferina en España. CNE; 2012 [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/99bb4f23-233e-11e2-9c51-f31d4d9afd02/SituacionEpidemiologicaTos.FerinaEspana.pdf>
3. Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico. Informe tos ferina. Vigilancia epidemiológica años 2008, 2009, 2010 y 2011. Dirección General de Salud Pública [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Tosferina.2008.pdf>; <http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Tosferina.2009.pdf>; <http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Tosferina.2010.pdf>; <http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Tosferina.2011.pdf>
4. Torres J, Godoy P, Artigues A, Codina G, Bach P, Modol I, et al. Outbreak of whooping cough with a high attack rate in well-vaccinated children and adolescents. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:564-7.
5. Cengiz AB, Yildirim I, Ceyhan M, Seçmeer G, Gür D, Kara A. Comparison of nasopharyngeal culture, polymerase chain reaction (PCR) and serological test for diagnosis of pertussis. *Turk J Pediatr*. 2009;51:309-16.
6. Zaitsev EM, Krasnoproschina LI, Mazurova IK, Petrova MS, Popova OP, Zakharova NS. Isotypes of anti-pertussis antibodies in pertussis patients at different stages of the disease. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*. 2011;3:53-6.
7. De Melker HE, Versteegh FGA, Conyn van Spaendonck MAE, Elvers LH, Berbers GAM, van der Zee A. Specificity and sensitivity of high levels of immunoglobulin G antibodies against pertussis toxin in a single serum sample for diagnosis of infection with *Bordetella pertussis*. *J Clin Microbiol*. 2000;38:800-6.
8. Hurtado-Mingo A, Mayoral-Cortés JM, Falcón-Neyra D, Merino-Díaz L, Sánchez-Agüera M, Obando I. Características epidemiológicas y clínicas de la tos ferina en los lactantes hospitalizados en Sevilla durante el periodo 2007-2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:437-41.
9. González-Escalada A, García-García L, Viguera-Ester P, Marín-García P, García J, Gil de Miguel A, et al. Seroprevalence of antibodies against measles, rubella, mumps, varicella-zoster, and B. pertussis in young adults of Madrid, Spain. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;21:1918-25.
10. Domínguez A, Vidal J, Plans P, Salleras L. The seroepidemiology of B. pertussis infection in Catalonia, Spain. *Epidemiol Infect*. 2001;126:205-10.

Javier Colomina-Rodríguez*, Jesús J. Gil-Tomás,
María Borrás-Mañez y Antonio Guerrero-Espejo

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira,
Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcolomina@hospital-ribera.com
(J. Colomina-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.12.005>

Diagnóstico precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en urgencias



The early diagnosis of human immunodeficiency virus infection in the emergency department

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el Documento de Consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida/SEMES/GESIDA sobre urgencias y virus de la inmunodeficiencia humana, el cual resulta una herramienta de indudable utilidad clínica para los médicos de urgencias hospitalarias no expertos en la infección por el VIH, tanto por la excelente actualización clínica que aporta como por las recomendaciones eminentemente prácticas que contiene¹.

Dicho esto, echamos de menos alguna recomendación sobre medidas para promover en urgencias acciones de despistaje y diagnóstico precoz de la infección por el VIH en sujetos que habitualmente no utilizan los circuitos de atención primaria, bien por ser jóvenes y sanos, bien por no disponer de cobertura sanitaria^{2,3}. En los primeros el servicio de urgencias suele ser el único contacto con el sistema sanitario, generalmente por accidentes de tráfico, deportivos, contactos sexuales, enfermedad oftálmica u otorrinolaringológica, etc. En los segundos como única forma de conseguir asistencia sanitaria (embarazadas, inmigrantes irregulares, etc.). Esta medida se ha demostrado efectiva, sobre todo en comunidades con prevalencias altas de infección por VIH y/o con bajos porcentajes de diagnóstico⁴, y con buena aceptación por parte de la población⁵.

Por otro lado, en nuestra práctica habitual de la medicina de urgencias, en ocasiones resulta útil para el diagnóstico diferencial y para la terapéutica de determinados cuadros infecciosos⁶ disponer de test rápidos de diagnóstico en urgencias⁷. Pese a ello, es habitual encontrar limitaciones para la realización estos test, aduciendo razones de tipo analítico o económico⁸.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.11.020>

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, Lacom A, Maria 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, Thrune 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,