

Sin entrar en estudios estadísticos más concienzudos, se podría adelantar que el cupo asistencial no parecer ser una variable muy influyente en la tasa de consumo. Se podría hablar de la gran variabilidad interindividual práctica de la actividad asistencial de los profesionales del centro, y podría ser una línea de investigación a tener en cuenta en mi centro y área sanitaria. Podrían ser variables a tener en cuenta la edad del profesional, la formación, la presión asistencial, la tasa frecuentación de su cupo asistencial, el perfil general de su paciente y la carga de enfermedad y dependencia de su cupo.

Bibliografía

1. Llor C. Can the use of antibiotics be improved in outpatients in Spain? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:409-11 [Article in Spanish].
2. Sánchez León Á. Los MIR dejan sin cubrir 267 plazas de Medicina de Familia. *DiarioMedico.com D Med* [Internet]. 2011 [consultado 14 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2011/04/20/area-profesional/profesion/mir-dejan-sin-cubrir-267-plazas-medicina-familia>
3. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2004;33:496-502.

4. Menchén del Cerro E. Demora cero en Atención Primaria. Ediciones El País [Internet]. Ediciones El País, 2003 [consultado 14 Sep 2014]. Disponible en: <http://elpais.com/diario/2003/04/10/andalucia/1049926928.850215.html>
5. Ibañez LG. Uno de cada tres médicos de Familia supera las 1.500 TIS, *DiarioMedico.com D Med* [Internet]. 2014 [consultado 14 Sep 2014]; Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2014/09/01/area-profesional/sanidad/uno-cada-tres-medicos-familia-supera-1500-tis>
6. Álvarez Montero S, López Rodríguez I, Gutiérrez Sordo P, Luaces Gayán A, Fernández Peña MA, de Prada Rodríguez MA. Bioethics of time management, does it make sense to do this in the clinic? *Aten Primaria* [Internet]. 2009;41:524-5 [Article in Spanish].

Manuel-Maria Ortega-Marlasca^{a,b}

^a Centro de Salud San Telmo, Servicio Andaluz de Salud, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^b Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

Correo electrónico: marlasca@makyyo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.006>

Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria: aceptación por pacientes y médicos

Human immunodeficiency virus screening in primary care: Acceptance by physicians and patients

En España, la mitad de los pacientes infectados por el VIH son diagnosticados en fases avanzadas^{1,2}. Esto se denomina diagnóstico tardío (DT) ($CD4 < 350$ cél./mm³), e implica graves consecuencias para los enfermos y para la sociedad²⁻⁴. Durante años la infección por el VIH puede ser asintomática, y la realización del test es el único camino para un diagnóstico precoz (DP)⁵. Por todo ello se ha propugnado la normalización y el acercamiento del test a toda la población, especialmente a los segmentos más vulnerables⁵⁻⁹.

En 2010 nos propusimos evaluar una estrategia de promoción rutinaria del test por el VIH. Se diseñó un estudio de intervención comunitaria para conocer la aceptación del cribado por pacientes y facultativos (MAP) en Atención Primaria (AP), estimar su coste, describir las características epidemiológicas de los sujetos cribados, y compararlos con la población general (PG) y con la de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH de CyL de 2009 a 2012 (nVIH)¹⁰. La intervención consistió en un seminario sobre el DT en los 4 centros de salud (CS) de la ciudad, y a continuación se invitó a los MAP a completar el proyecto. Para ello, en su consulta seleccionarían a los pacientes de 18 a 75 años de edad a quienes fueran a solicitar analítica por cualquier otro motivo. Después les realizarían una encuesta (variables recogidas en la [tabla 1](#)) y les ofrecerían el test para el VIH si cumplen alguna de estas condiciones: serología por el VIH previa desconocida, serología negativa pero con factores de riesgo (FR) en los últimos 12 meses ([fig. 1](#)) y/o indicación clínica para petición del test por el VIH (situaciones de práctica clínica habitual en las que en ausencia de un programa de cribado su MAP solicitaría el test por el VIH, tales como embarazo, sospecha de primoinfección, enfermedades indicadoras de sida o de infección por el VIH, práctica de riesgo o petición del paciente). Se estimó un tamaño muestral de 1.600 pacientes (400 por el CS y 50 por cada MAP), lo que permitió estimar porcentajes del 50% (los más desfavorables) con una precisión del $\pm 3,5\%$, confianza del 95% y estimaciones de prevalencia teórica del 1,25% (intervalo de confianza [IC]: 0,15-4,51%). El análisis estadístico se realizó con SPSS® v.11.5.1 y Epidat® v.3.1. La serología por el VIH se determinó por el

método ECLIA (detección de antígeno y anticuerpos; precio mínimo 3,2 €). El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital y por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área.

Colaboraron 31 de los 37 MAP (83%; IC95%: 70,5-97%), cumplimentando 1.186 encuestas, válidas 1.083 (65,63% de las 1.650 solicitadas; 90 rechazadas por cribado injustificado y 13 por falta de datos) ([tabla 1](#)). El cribado previo al estudio había sido más común en jóvenes (media: 41,26 años, desviación estándar [DE]: 11,2, frente a 48,29 [DE: 16,60]; $p=0,002$) y en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), y menor entre aquellos con FR sexuales (80% en UDVP frente a 25,9%; $p=0,001$). Si nos detenemos en los FR, se observó que los sexuales predominaban en varones ([tabla 1](#)) y en jóvenes (41,28 años [DE: 14,58] frente a 48,76 [DE: 15,49]; $p<0,001$). El 98% de los enfermos aceptó el cribado, siendo en todos el resultado negativo (IC95%: 0,000-0,340%; coste mínimo aproximado por cada paciente diagnosticado 941 €) ([tabla 1](#)). La distribución por edad y sexo de la PC fue similar a la de la PG, pero muy diferente de los nVIH (estos últimos más jóvenes y de predominio masculino) ([fig. 1](#)).

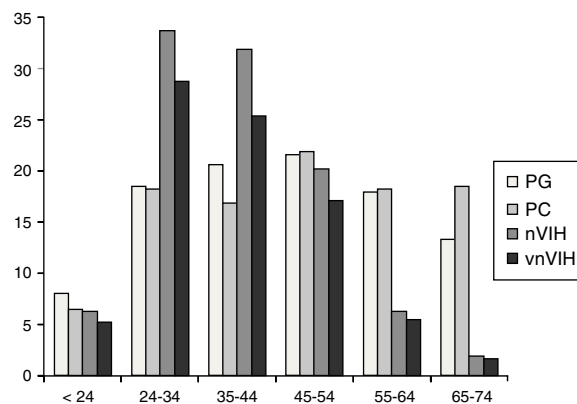


Figura 1. Distribución porcentual según estratos de edad (años) de la población general (PG) (padrón municipal; 48.399 personas), población cribada en el presente estudio (PC), nuevos diagnósticos de VIH en Castilla y León (CyL) (nVIH) (2009-2012) (560 pacientes) y varones con nuevo diagnóstico de VIH en CyL (vnVIH) (464 pacientes; 82,9% de los nVIH). En cuanto a edad y sexo se aprecia una distribución similar de la PG y PC, pero muy diferente de la de los nVIH (más jóvenes y de predominio masculino).

Tabla 1

Variables sociodemográficas, cribado previo, factores de riesgo e indicación actual para realizar el test del VIH

Variable	N.º (%)			Valor de p
	Mujeres 643 (59,4)	Varones 440 (40,6)	Total 1.083 (100)	
Edad (años), media [DE] ^a	47,37 [15,41]	48,88 [15,61]	47,99 [15,50]	0,116
Grupos de edad (años)				0,420
18–23	46 (7,2%)	24 (5,5%)	70 (6,5%)	
24–34	125 (19,4%)	72 (16,4%)	197 (18,2%)	
35–44	108 (16,8%)	73 (16,6%)	181 (16,7%)	
45–54	142 (22,1%)	95 (21,6%)	237 (21,9%)	
55–64	113 (17,6%)	85 (19,3%)	198 (18,3%)	
65–74	109 (17%)	91 (20,7%)	200 (18,5%)	
Test VIH previo				0,136
Negativo	23 (3,6%)	24 (5,5%)	47 (4,3%)	
Desconocido	620 (96,4%)	416 (94,5%)	1036 (95,7%)	
FR ^a sexual	47 (7,5%)	69 (16,0%)	116 (11,0%)	<0,001
UDVP	3 (0,5%)	7 (1,6%)	10 (0,9%)	0,058
Transfusiones	25 (3,9%)	15 (3,4%)	40 (3,7%)	0,672
Indicación ^b				<0,001
Desconocida	558 (84,3%)	355 (80,7%)	913 (84,3%)	
FR	71 (11,0%)	84 (19,1%)	155 (14,3%)	
Clínica	14 (2,2%)	1 (0,2%)	15 (1,4%)	
No análisis ^c	15 (2,3%)	7 (1,6%)	22 (2,0%)	0,395

DE: desviación estándar; FR: factores de riesgo; UDVP: usuarios de drogas por vía parenteral.

^a FR: sexuales (relaciones sexuales con infectado por el VIH, sexo comercial, relaciones no monógamas y varones que tienen sexo con varones), UDVP y transfusiones de hemoderivados entre 1978 y 1985.

^b Indicación actual para el test del VIH: estado previo desconocido, FR en los últimos 12 meses o razones clínicas para solicitarlo.

^c No análisis: rechaza el test del VIH.

Recientemente se han publicado en España las estrategias para reducir el DT en el entorno sanitario⁹. El presente trabajo explora únicamente la promoción rutinaria y voluntaria del cribado en AP, a pacientes de 18 a 75 años a quienes se fuera a extraer sangre por otros motivos (algunas de estas situaciones se contemplan en dicha guía). Se observa que esta aproximación es bien aceptada por los MAP⁸ y por los pacientes, cribando al 60% de la población diana. No hemos encontrado ninguna infección nueva. Esto puede deberse a un tamaño muestral insuficiente⁶, pero también cabe señalar que la población cribada difiere de aquella donde se diagnostican las nVIH (fig. 1). Con estos datos, al margen de las situaciones de embarazo e internos en instituciones penitenciarias, parece prudente limitar el cribado rutinario a estratos con mayor prevalencia de nVIH⁹.

Financiación

Trabajo financiado con el fondo de ayuda para proyectos de Investigación en Biomedicina, Biotecnología y Ciencias de la Salud a desarrollar en las Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada y Gerencia de Emergencias Sanitarias, año 2010, SACYL.

Agradecimientos

Los siguientes médicos de Atención Primaria han colaborado en la realización del estudio (orden alfabético): María Esther Baillo, Julio Cabo, Emilia Calvo, José Ignacio Carbajo, Olegario Carretero, Carmen Curado, Epifanía Charro, Emiliano Enríquez, Luis Miguel Fernández, María Jesús Fuentes, Manuel Galán, Agustín Hernández, Carmen Hernández, Alberto Jiménez, Lourdes Ledesma, Juliana Martín, María Victoria Martín, Pedro Martín, Belén Mateos, María Jesús Matellán, Manuel Montalvo, María Luisa Montes, José Morales, Julián Moro, Ángela Nistal, Gabriel Pedrero, Miguel Pérez, María

del Carmen Rodríguez, Julia Romero, María Elena Roncero, Fernando Rueda, Elena Sánchez y Antonio Santos.

Bibliografía

- Mounier-Jack S, Nielsen S, Coker RJ. HIV testing strategies across European countries. *HIV Med.* 2008;9 Suppl. 2:S13–9.
- HIV indicator conditions: guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings [consultado 14 Oct 2013]. Disponible en: https://www.escmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/4ESCMID.Library/2Medical.Guidelines/ESCMID.Guidelines/2012_HIV_Indicator.Conditions.–Guidance_for_Implementing_HIV_Testing_in_Adults_in_Health_Care.Settings.FINAL.version_2012-10-26.pdf.
- Sobrinho-Vegas P, García-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miró JM, Viciano P, Tural C, et al. Delayed diagnosis of HIV-infection in a multicenter cohort: Prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res.* 2009;7:224–30.
- BHIVA, BASHH and BIS. UK National Guidelines for HIV Testing 2008 [consultado 14 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Testing/GlinesHIVTest08.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm, ECDC, 2010 [consultado 8 Ago 2014]. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_gui_hiv_testing.pdf
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen R.S., Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR.* 2006;55:1–17.
- Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: Results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study). *PLoS ONE.* 2013; 8:e52845.
- Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit.* 2012;26: 116–22.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en ámbito sanitaria, 2014.[consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH [actualizado 30 Jun 2013; consultado 9 Dic 2013]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida.Junio2013.pdf>

Angel Chocarro Martínez^{a,*}, Carlos Ochoa Sangrador^b,
María Purificación Brezmes Valdivieso^c y Cristina Martín Gómez^a

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna,
Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

^b Unidad de Investigación, Hospital Virgen de la Concha, Zamora,
España

^c Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Virgen de la Concha, Zamora,
España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: achocarromartinez@gmail.com
(A. Chocarro Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.002>

Piomiositis por *Escherichia coli* en un paciente en tratamiento crónico con glucocorticoides



Pyomiositis caused by *Escherichia coli* in a patient on chronic glucocorticoid treatment

La piomiositis es una infección bacteriana que afecta al músculo estriado, a menudo con formación de abscesos¹. Es más frecuente en regiones de clima tropical, afectando a niños y adultos jóvenes¹. En los últimos años se ha descrito un aumento de su incidencia en países de clima templado, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos²⁻⁴. La bacteria responsable en más del 90% de los casos es *Staphylococcus aureus* y otros microorganismos gram-positivos, aunque de forma esporádica se han descrito casos por bacterias gramnegativas, como *Escherichia coli* (*E. coli*)^{5,6}.

Presentamos el caso de un varón de 82 años, con antecedentes de diabetes mellitus y penfigoide ampolloso, tratado con 25 mg de prednisona diarios desde un año antes, que acudió a urgencias por presentar dolor en la extremidad inferior izquierda. Refería una clínica de 7 días de evolución de dolor, eritema y edema en la cara posterior de la pierna izquierda, sin fiebre ni sensación distérmica en su domicilio. En la exploración física a su llegada al centro hospitalario destacaba la presencia de fiebre (38,4 °C) y de una placa eritematosa, caliente, indurada y dolorosa en la cara posterior de su pierna izquierda, con zonas de crepitación. En la parte anterior se observaba un orificio fistuloso. En la analítica solicitada se objetivó leucocitosis con desviación izquierda (21.190 leucocitos/mcL y 4% de cayados). En la radiografía simple realizada (fig. 1) se observó una cantidad importante de gas que ocupaba toda la región posterior de la pierna izquierda. Se completó estudio con una tomografía axial computarizada (fig. 2), donde se describía una colección con nivel hidroaéreo que abarcaba todo el compartimento posterior, afectando al tejido celular subcutáneo. Ante la sospecha de piomiositis se comenzó tratamiento antibiótico empírico con teicoplanina e imipenem y se realizó un desbridamiento quirúrgico. Los cultivos del material purulento obtenido fueron positivos para *E. coli*, por lo que se modificó la antibioterapia a piperacilina-tazobactam con resolución completa del cuadro.

La piomiositis es una infección bacteriana que afecta a músculo estriado. Fue descrita por Scriba en 1885 como una enfermedad endémica de países tropicales, donde suele estar asociada a infecciones parasitarias y desnutrición, afectando a niños y jóvenes⁷. En climas cálidos la enfermedad afecta sobre todo a adultos inmunodeprimidos (con diabetes mellitus, enfermedades hematológicas, autoinmunes o sida)^{3,5,8,9}. Más del 90% de los casos de debe a *Staphylococcus aureus* u otras bacterias gram-positivas⁷, aunque se han descrito casos secundarios a bacterias gram-negativas, fundamentalmente *E. coli* en pacientes con enfermedades hematológicas⁵. La presencia de gas en las pruebas de imagen podría hacer pensar en la existencia de microorganismos anaerobios como agente etiológico, si bien cabe destacar que en casos debidos a enterobacterias, como el descrito, puede apreciarse también producción de gas en los tejidos afectados. Esto es debido



Figura 1. Radiografía simple de tórax de la extremidad afectada.

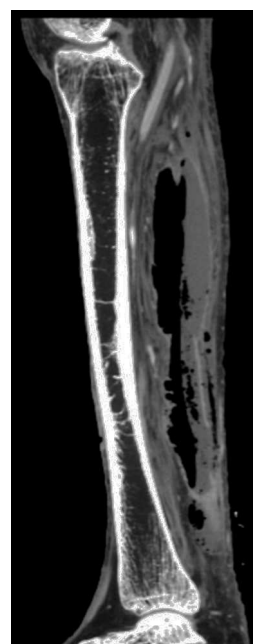


Figura 2. Tomografía computarizada de la extremidad afectada.