

Financiación

Este artículo no requirió financiación de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Díaz A, Ten A, Marcos H, Gutiérrez G, González-García J, Moreno S, et al. Determinantes de la asistencia irregular a consulta médica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana, 2002-2012. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:324-30.
- Hassan A, Mwaringa S, Ndirangu K, Sanders E, Rinke de Wit T, Berkley J. Incidence and predictors of attrition from antiretroviral care among adults in a rural HIV clinic in Coastal Kenya: A retrospective cohort study. *BMC Public Health*. 2015;15:478.
- Denison J, Banda H, Dennis A, Packer C, Nyambe N, Stalter R, et al. The sky is the limit: Adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19358.
- Valenzuela C, Ugarte-Gil C, Paz J, Echevarria J, Gotuzzo E, Vermund S, et al. HIV stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Peru: a case-control study. *AIDS Behav*. 2015;19:235-45.
- Assefa Y, Alebachew A, Lera M, Lynen L, Wouters E, van Damme W. Scaling up antiretroviral treatment and improving patient retention in care: Lessons from Ethiopia, 2005-2013. *Global Health*. 2014;10:43.
- Scott C, Iyer H, McCoy K, Moyo C, Long L, Larson B, et al. Retention in care, resource utilization, and costs for adults receiving antiretroviral therapy in Zambia: A retrospective cohort study. *BMC Public Health*. 2014;14:296.
- Wilkinson L, Skordis-Worrall J, Ajose O, Ford N. Self-transfer and mortality amongst adults lost to follow-up in ART programmes in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2015;20:365-79.
- Bezabhe W, Chalmers L, Bereznicki L, Peterson G, Bimirew M, Kassie D. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV-positive patients: A qualitative study from Ethiopia. *PLoS One*. 2014;9:e97353.
- McMahon J, Moore R, Eu B, Tee B, Chen M, El-Hayek C, et al. Clinic network collaboration and patient tracing to maximize retention in HIV care. *PLoS One*. 2015;10:e0127726.

Dayana Guillermo-Ladera e Iris Ventocilla-Gonzales*

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Chorrillos, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iris.vg.30@gmail.com (I. Ventocilla-Gonzales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.07.002>

La aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 a las personas con VIH. Un ejemplo que evidencia que debe ser derogado por injusto e ineficiente



The applying of a Royal Decree-Law 16/2012 to HIV-infected people. An example showing that it should be repealed as it is unfair and inefficient

Sr. Editor:

Tras la lectura del trabajo «¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España?»¹, recientemente publicado en esa revista, queremos aportar algunas reflexiones al análisis del problema que ha supuesto, y todavía supone, la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 que excluyó a 873.000 personas del que hasta ese momento fue nuestro Sistema Nacional de Salud.

Ya en 2012, el informe de los expertos del Grupo para el Estudio del Sida -GESIDA-² concluía que la aplicación de este Real Decreto-Ley a una población con una enfermedad crónica, transmisible y con evolución habitualmente mortal sin tratamiento supondría un aumento de los gastos sanitarios a medio-largo plazo y que impactaría negativamente en la Salud Pública de nuestro país, incrementando la morbilidad por sida y otras infecciones de transmisión sexual. Este impacto se puede observar en el diagnóstico tardío, uno de los principales problemas de la epidemia de VIH en España³, que sigue manteniéndose muy elevado en los últimos años. Y que es mayor en inmigrantes, entre los que ha alcanzado el 48,4% en el año 2013. Y como es sabido, el tratamiento precoz es fundamental para evitar la transmisión del VIH, por lo que poner trabas a estas personas en el acceso al diagnóstico únicamente puede causar enfermedad y muerte, no solo para ellos, sino también para el resto de las personas que convivimos con ellos. Y como indican los autores del trabajo¹, si no hay un acceso normalizado a la Atención Primaria no hay posibilidad de realizar un diagnóstico precoz. El diagnóstico se hará cuando el paciente enferme de sida, haya podido infectar a muchas más personas que si se hubiera

diagnosticado precozmente⁴ y resulte 4,5 veces más caro tratar su enfermedad⁵. Por eso, dejar de diagnosticar y tratar a personas con VIH que viven entre nosotros es ineficiente y, lo que es mucho peor, inhumano⁶.

Para evitar esta situación de riesgo para la Salud Pública creada por el Gobierno, la mayoría de las comunidades autónomas pusieron en marcha diversos programas paliativos, en consonancia con lo recomendado por el Consejo Interterritorial de Salud⁷. Pero estos han sido muy dispares y con una difusión muy escasa¹.

En la Comunidad Valenciana, de las 78.000 personas que fueron excluidas del derecho a la asistencia sanitaria en el año 2012, solo a unas 5.000 se les había reconocido de nuevo este derecho a principios de 2015 mediante el «Programa Valenciano de Protección de la Salud»⁸. Y lo que es peor, a pesar de que este programa prevé la inclusión de las personas diagnosticadas de enfermedades infecciosas, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana⁹ había registrado cerca de 20 incidencias relacionadas con pacientes con VIH. Y esto ha sido debido, entre otras razones, a la escasa difusión del programa que hasta la fecha había hecho la Consejería de Sanidad tanto entre los posibles beneficiarios como entre los sanitarios.

Afortunadamente, algunos gobiernos autonómicos recientemente renovados han comenzado a revertir esta situación¹⁰, facilitando el acceso al sistema sanitario de parte de la población excluida en el año 2012.

Sería de gran utilidad conocer los datos sobre el ahorro que ha supuesto la exclusión de estas 873.000 personas de un derecho tan básico como el de la asistencia sanitaria. Lamentablemente, los responsables políticos del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales no ofrecen estos datos, bien porque no se han preocupado de obtenerlos, bien porque no les interesa que se conozcan.

Y a aquellas personas insolidarias que piensan que los inmigrantes en situación irregular no deben tener derecho a la asistencia sanitaria simplemente porque no contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario, queremos recordarles que este se financia con los impuestos que pagamos todos. Y los inmigrantes irregulares también pagan impuestos, como el IVA.

Por eso, porque el Real Decreto-Ley 16/2012 es injusto e ineficiente, le pedimos al Gobierno, desde nuestra condición de médicos que vemos a diario el sufrimiento de las personas que han sido excluidas del acceso a una atención sanitaria digna, que derogue de una vez este Decreto.

Muchos de los que vivimos en España, nacidos aquí o no, se lo agradeceremos.

Financiación

Ninguna.

Autoría

Ambos autores concibieron la idea, realizaron la búsqueda bibliográfica y elaboraron el manuscrito.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Pérez-Molina JA, Pulido F. ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:437-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.017>
2. Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F, Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30:472-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.004>
3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Actualización 30 de junio de 2014. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro nacional de casos de sida.

Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2014.

4. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006;20:1447-50.
5. Martínez Martínez-Colubi M. Presentadores tardíos de la infección por VIH en España: consecuencias médicas e impacto económico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
6. Alastrué I, Giner M, Navas J. La «desatención» a las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que no tienen «seguro»: injusta e ineficiente. *Gac Sanit*. 2014;28:343-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.006>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública. 2013 [consultado 2 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>
8. Instrucción de la Secretaría Autonómica de Sanidad, por la que se informa de la puesta en marcha del Programa valenciano de protección de la salud. Valencia: Conselleria de Sanidad; 2013.
9. Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana. ODUSALUD. Informe número 11. Septiembre de 2015. [consultado 30 Sep 2015]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B6xOMLiL6YCzUGIKdW1WcTRxQTg/view>
10. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. DOCV núm. 7581, de 29 de julio de 2015.

Ignacio Alastrué-Loscós^{a,*} y Mercedes Giner-Valero^b

^a Unidad de Prevención del Sida y otras ITS de Valencia, Centro de Salud Pública de Valencia, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia, España

^b Centro de Salud de Fuensanta-Barrio de la Luz, Departamento del Hospital General de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alastrue_ign@gva.es (I. Alastrué-Loscós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.09.014>

Importancia de la atención estructurada del paciente con infección en los servicios de urgencias



The importance of structured care in the infected patient in Emergency Department

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo de Ferreras et al.¹ sobre la implementación de un sistema de alarmas para la detección precoz de los pacientes con sepsis, que muestra que su utilización conlleva a un mejor cumplimiento de las medidas terapéuticas protocolizadas para estos pacientes, y a una disminución de la estancia y mortalidad hospitalarias. Se conoce desde hace tiempo la importancia que tiene el tratamiento precoz de este perfil de pacientes en términos de supervivencia², pero indudablemente el primer paso para llevarlo a cabo es la identificación adecuada y temprana de los pacientes con sepsis a su llegada a los servicios de urgencias (SU).

Últimamente se ha venido discutiendo en la literatura sobre la idoneidad de los criterios establecidos de sepsis para la adecuada identificación y estratificación de los pacientes infectados que acuden a los SU, especialmente en poblaciones más susceptibles a no presentar una adecuada respuesta inflamatoria a la infección, como son los pacientes de edad avanzada y los inmunodeprimidos. Un trabajo reciente mostró estos problemas de sensibilidad, que se traducían en la ausencia de identificación correcta en un 12% de

los pacientes estudiados³. También se ha publicado que estos criterios no son útiles en población de 75 o más años⁴, hecho cada más trascendente ya que la afluencia a los SU de la población de edad avanzada por cuadros infecciosos es cada vez más habitual⁵. Algunos autores incluso han realizado recientemente una propuesta para realizar un triaje específico adaptado al paciente anciano con sospecha de infección^{6,7}.

Considerando los datos anteriormente expuestos, nos ha llamado la atención la elevada sensibilidad (87% [IC 95%: 81,93-91,66%]) y especificidad (94,56% [IC 95%: 93,64-95,32%]) que comunican Ferreras et al. Es probable que estos datos sean consecuencia de haber realizado una muy buena formación del personal de enfermería en la identificación del paciente con infección, y en la adecuada selección de los criterios establecidos para la alarma, que tienen en cuenta no únicamente de los datos de respuesta inflamatoria sistémica, sino también otros como la alteración del nivel de consciencia, la saturación de oxígeno o la hiperglucemia en el paciente no diabético.

Por último, queremos resaltar el hecho de que la infección es un proceso dinámico y, por tanto, un paciente puede no presentar un cuadro de sepsis grave a su llegada al SU, pero podría evolucionar a él durante su estancia en el SU. Por este motivo, sería muy importante que el programa informático utilizado en el SU fuera también «dinámico» y pudiera realizar evaluaciones continuas o periódicas de los datos de las constantes del paciente y de determinados parámetros analíticos, con el fin de activar el sistema de alarma en el momento en que el paciente cumpliera los criterios de sepsis grave o *shock séptico*.