

## Respondiendo el cómo, cuándo y a quién. Cribado selectivo del VIH en los servicios de urgencias



### *How, when and whom, selective screening of HIV at the emergency department*

Sr. Editor:

En relación a la carta dirigida al editor por Argelich Ibáñez y Juan-Serra<sup>1</sup>, que hace referencia a un estudio realizado por nuestro grupo de investigación<sup>2</sup> sobre el cribado del VIH en un servicio de urgencias (SU), coincidimos con los autores en que es necesario definir de una manera más apropiada el cómo, el cuándo y a quién se le realiza el cribado del VIH en este servicio.

En este respecto, hay diferentes planteamientos, por un lado están los que proponen realizar el cribado del VIH universal<sup>3</sup>, lo que requiere realizar muchas pruebas y tener en consideración la factibilidad y la efectividad de esta estrategia<sup>4,5</sup>, particularmente cuando la prevalencia es baja o se presume baja. En nuestro contexto, según nuestros resultados y teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, consideramos que el cribado universal en el SU cae en el límite inferior de coste-efectividad (0,1%), primero por la ausencia de una epidemia oculta en la población de bajo riesgo y segundo por la baja eficiencia del cribado universal en este servicio<sup>6</sup>.

Por otro lado, está la propuesta del cribado selectivo a la población con factores de riesgo, estrategia que incrementa la probabilidad de identificar infección no diagnosticada, requiriendo menos pruebas, mejorando la rentabilidad de la prueba y aumentando el coste-beneficio del programa de cribado<sup>7,8</sup>. De hecho, a partir de los resultados descritos en nuestro estudio, esta estrategia sería la más apropiada para implementar en nuestro contexto, dadas las características de la epidemia local. Sin embargo, hay que tener en cuenta que por ser una estrategia dirigida a población específica, existe la posibilidad que no se diagnostique a toda la población infectada por no cumplir con los criterios de selección<sup>6</sup>. Por tanto, es indispensable seleccionar estos criterios más allá de los criterios de riesgo convencionales para aumentar la sensibilidad del programa, incluso se ha descrito usar escalas que midan el riesgo de infección por el VIH en los usuarios de los SU para mejorar la sensibilidad de los mismos<sup>9</sup>.

Con respecto a la factibilidad de los programas de cribado en los SU, lo que se ha descrito como más coste-efectivo, es crear un programa de cribado en el servicio de urgencias con personal nuevo, especialmente de enfermería, que no sature al personal existente en los SU, que ya estos tienen una carga asistencial bastante elevada, lo que les impediría dar continuidad a un programa de estas características. Además, por un lado tener personal solo encargado del programa de cribado en el SU da la oportunidad de una transición guiada relativamente inmediata del paciente con diagnóstico positivo a los servicios especialistas<sup>10</sup>, y por otro puede ayudar a ganar la confianza de los pacientes en el proveedor y en el sistema de atención de salud al proporcionar apoyo e introducción directa a la atención integral del VIH<sup>10</sup>. A pesar de estas bondades, una de las principales limitaciones de la implementación de un programa de estas características, es que requiere la colaboración multidisciplinaria (personal del SU, unidades de VIH y profesionales de la salud pública), lo que implica recursos e inversión en infraestructura.

Por tanto, el cribado del VIH en los SU y respondiendo a las preguntas planteadas por Argelich Ibáñez y Juan-Serra<sup>1</sup>, en nuestro

contexto deberían dirigirse a la población con factores de riesgo —condiciones indicadoras y conductas de mayor riesgo—, usando criterios adecuados que aumenten la sensibilidad del programa, por medio de un programa anidado en los SU con personal de enfermería que garantice: la selección de individuos; la realización adecuada de la prueba; y el vínculo de la atención especializada a los pacientes con nuevo diagnóstico de VIH. Dada la limitación de recursos en nuestro contexto, crear un programa de estas características es bastante complicado. Por tanto en el contexto actual, sin implementar un programa de cribado, creemos que la prueba del VIH —mediante técnicas de diagnóstico rápido—, debe estar disponible en los SU, donde se debe descartar la infección por el VIH con base a las condiciones indicadoras y las conductas de riesgo.

### Bibliografía

1. Argelich Ibáñez R, Juan-Serra N. Cribado del virus inmunodeficiencia humana: ¿es apropiado en los servicios de urgencias hospitalarios? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;**36**:204.
2. Reyes-Urueña J, Fernández-López L, Force L, Daza M, Agustí C, Casabona J. Estudio del impacto a nivel de salud pública del cribado universal del virus del la inmunodeficiencia humana en un servicio de Urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2017;**35**:434–7.
3. Lyons MS, Lindsell CJ, Ruffner AH, Wayne B, Hart KW, Sperling M, et al. Randomized comparison of universal and targeted HIV screening in the emergency department. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;**64**:315–23.
4. Irvin CB, Fligel BT, Fox JM. The Emergency Department is Not the Ideal Place for Routine HIV Testing. *Ann Emerg Med.* 2007;**49**:722.
5. Kelen GD. Public health initiatives in the emergency department: not so good for the public health? *Acad Emerg Med.* 2008;**15**:194–7.
6. D'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med.* 2012;**172**:12–20.
7. Kennedy LA, Gordin FM, Kan VL. Assessing targeted screening and low rates of HIV testing. *Am J Public Health.* 2010;**100**:1765–8.
8. Jenkins TC, Gardner EM, Thrun MW, Cohn DL, Burman WJ. Risk-Based Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Fails to Detect the Majority of HIV-Infected Persons in Medical Care Settings. *Sex Transm Dis.* 2006;**33**:329–33.
9. Haukoos JS, Hopkins E, Bender B, Sasson C, Al-Tayyib AA, Thrun MW. Comparison of Enhanced Targeted Rapid HIV Screening Using the Denver HIV Risk Score to Nontargeted Rapid HIV Screening in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2013;**61**:353–61.
10. Hempling M, Zielicka-Hardy A, Ellis J, Majewska W, Fida G. Routine HIV testing in the Emergency Department: feasible and acceptable? *Int J STD AIDS.* 2016;**27**:1267–74.

Juliana Reyes-Urueña<sup>a,b,c,\*</sup>, Laura Fernández-López<sup>a,b,c</sup>  
y Jordi Casabona<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup> Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC), Generalitat de Catalunya, Badalona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

<sup>c</sup> Fundació Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona, Barcelona, España

<sup>d</sup> Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva i de Salut Pública, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmreyes@iconcologia.net](mailto:jmreyes@iconcologia.net) (J. Reyes-Urueña).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.11.001>  
0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.