



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

Cribado para la detección del VIH y su posible implicación en los pacientes con ictus



HIV screening and its possible involvement in patients with stroke

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el estudio realizado por Monreal et al.¹ que describen un incremento de la prevalencia de infección por VIH en pacientes hospitalizados por ictus, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular clásicos, lo que refuerza el papel de la infección por VIH como factor de riesgo independiente. Consideramos el tema de gran trascendencia, por lo que nos gustaría realizar algunos comentarios.

En primer lugar, sería interesante conocer algunos aspectos más específicos de los pacientes que presentaban ictus, de cara a hacer una valoración de los resultados. En este sentido, la ausencia de una estratificación por edad, el tiempo de evolución de la infección por el VIH, el tratamiento antirretroviral que recibían o el consumo de drogas estimulantes, más frecuente en algunos colectivos^{2,3}, pueden comportarse como factores de confusión a la hora de analizar los resultados. Por otra parte, durante el periodo de estudio se han producido importantes modificaciones en el tratamiento del VIH. Sería de gran interés conocer todos estos aspectos de cara a plantear modificaciones en el manejo de estos pacientes.

Está bien establecido que el VIH penetra en el sistema nervioso central (SNC) en la semana posterior a la infección⁴, lo que

produce la activación de macrófagos y de la microglía, así como una disfunción de los astrocitos por acción directa de proteínas del propio VIH, como gp120 y gp140⁵, que generan una reacción proinflamatoria por liberación de citoquinas. Todo ello da lugar a procesos de activación inmune a nivel local de forma precoz, que producen daño neuronal⁶. Además, la penetración en el SNC de los diferentes fármacos antirretrovirales es diferente, como ya se describió en la clasificación de Letendre et al. de 2008⁷, lo que puede suponer un factor muy importante a tener en cuenta.

En segundo lugar, es importante poner de relieve que según las cifras del Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH se estima que una de cada 5 personas VIH+ no conocen su estado serológico⁸ contribuyendo a la transmisión continua. Además, el 50% de los pacientes se diagnostica tardíamente, con menos de 350 CD4/ μ l linfocitos, lo que provoca peor pronóstico y mayor consumo de recursos.

Para combatir este problema se han planteado diversas estrategias de cribado, no estando claro en España si debe ser universal o enfocada a determinados grupos de riesgo y cuáles son estos en función del nivel asistencial⁹. En la guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus de la Sociedad Española de Neurología¹⁰ se recomienda serología de sífilis en pacientes jóvenes con AIT criptogénico o recurrente y serologías sin especificar cuáles en el diagnóstico etiológico del ictus.

Reducir la tasa de diagnóstico oculto y tardío debe ser un objetivo común. En el año 2019 se diagnosticaron en nuestro centro 61 nuevos casos de infección por el VIH. Hemos evaluado si habían

Tabla 1

Motivos de consulta en pacientes con contacto hospitalario en los 5 años previos al diagnóstico del VIH

Paciente	N.º de visitas	DX 1.º	DX 2.º	DX 3.º	DX 4.º	DX 5.º
1	5	Gastroenteritis	Gastroenteritis	Lesiones plantares	Celulitis	Dolor abdominal
2	3	Uretritis	Uretritis	Uretritis		
3	5	Amigdalitis pultácea	Dolor abdominal	ITU	ITU	ITU
4	4	Parálisis facial	Cefalea	Parálisis facial	Cefalea	
5	1	Accidente de tráfico				
6	2	Infección respiratoria	Neumonía			
7	2	Sección de tendinosa	Neumonía			
8	2	Dolor abdominal inespecífico	Gastroenteritis			
9	1	Luxación glenohumeral derecha				
10	2	Hepatitis aguda	Sífilis			
11	2	Otitis externa	Viriasis			
12	1	Cólico nefrítico				
13	1	Síncope vasovagal				
14	1	Mordedura				
15	3	Absceso odontogénico	Absceso odontogénico	Contusión		
16	1	Tendinitis				

DX: diagnóstico; ITU: infección del tracto urinario; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

acudido al servicio de urgencias o habían estado ingresados en el hospital en los 5 años previos al diagnóstico.

Trece (21,3%) pacientes fueron diagnosticados durante el primer contacto con el hospital, 5 en urgencias, durante un episodio de herpes facial¹, infección respiratoria¹, neumonía¹ e infección de transmisión sexual². El resto fueron diagnosticados durante la hospitalización por los siguientes procesos: lesiones ocupantes de espacio (LOES) cerebrales², neumonía³, insuficiencia renal¹, sepsis urinaria¹ e ictus¹. Otros 16 (26,2%) pacientes fueron diagnosticados de manera ambulatoria, a pesar de haber acudido a urgencias en varias ocasiones. La tabla 1 muestra para cada paciente el número de visitas y el diagnóstico principal del evento. Otros 2 (3,2%) pacientes fueron diagnosticados durante una segunda visita a urgencias por LOES cerebrales y neumonía, habiendo sido valorado cada uno de ellos en una ocasión previamente, por una úlcera y una lumbociatalgia. Como puede observarse, la enfermedad por la que consultan los pacientes es muy variada.

En conclusión, debemos evitar las oportunidades perdidas en el contacto con estos pacientes de cara a realizar un diagnóstico precoz del VIH, desarrollando estudios que clarifiquen en qué población debe solicitarse la serología del VIH, de cara a mejorar las tasas de diagnóstico oculto y tardío. Un estudio que analice todos los factores anteriormente comentados en la población VIH afectada por ictus podría llevar a la recomendación o no de realizar su cribado a todos o a un subgrupo de pacientes afectados por esta enfermedad.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Monreal E, Gullón P, Pérez-Torre P, Escobar-Villalba A, Acebron F, Quereda Rodríguez-Navarro C, et al. Increased HIV infection in patients with stroke in Spain. A 16-year population-based study [Article in English, Spanish]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019; <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2019.10.006>.
- Fernández Alonso C, Quintela Jorge Ó, Ayuso Tejedor S, Santiago-Sáez AE, González Armengol JJ. Intoxicación aguda por nuevas drogas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista o mixta y chemsex en pacientes con VIH atendidos en urgencias. *Emergencias*. 2019;31:289–90.

- Perelló R, Aused M, Saubí N, Quirós C, Blanco JL, Martínez-Rebollar M, et al. Intoxicación aguda por drogas de abuso en el paciente VIH: papel del chemsex. *Emergencias*. 2018;30:405–7.
- Valcour V, Chalermchai T, Sailasuta N, Marovich M, Lerdlum S, Suttichom D, et al. RV254/SEARCH 010 Study Group. Central nervous system viral invasion and inflammation during acute HIV infection. *J Infect Dis*. 2012;206:275–82.
- González-Scarano F, Martín-García J. The neuropathogenesis of AIDS. *Nat Rev Immunol*. 2005;5:69–81.
- Spudich S, González-Scarano F. HIV-1 related central nervous system disease: Current issues in pathogenesis, diagnosis and treatment. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2012;2:a007120.
- Letendre S, Marquie-Beck J, Capparelli E, Best B, Clifford D, Collier AC, et al., CHARTER Group. Validation of the CNS Penetration-Effectiveness Rank for quantifying antiretroviral penetration into the central nervous system. *Arch Neurol*. 2008;65:65–70.
- Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2018. Actualización del 30 de junio de 2019. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. [consultado 16 Feb 2020] Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA.2019.21112019.pdf.
- Pizarro Portillo A, del Arco Galán C, de los Santos Gil I, Rodríguez Salvanes F, Negro Rúa M, del Rey Ubano A. Prevalencia y características de los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticados de novo en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2016;28:313–9.
- Diez Tejedor E. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus. [consultado 16 Feb 2020] Disponible en: <https://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/guias/2004/Guia%20SEN%20ictus.pdf>.

Eva Orviz^{a,*}, Miguel Suárez-Robles^a, Pablo Jerez-Fernández^b y María Fernández-Revaldería^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Centro de Salud General Ricardos, Madrid, España

^c Centro de Salud de Eloy Gonzalo, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evaorviz@gmail.com (E. Orviz).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.02.024>

0213-005X/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

En respuesta a «Cribado para la detección de VIH y su posible implicación en los pacientes con ictus»



In reply to «HIV screening and its possible involvement in patients with stroke»

Estimado Editor:

Agradecemos el interés suscitado por nuestro trabajo en la carta al Editor «Cribado para la detección de VIH y su posible implicación en los pacientes con ictus» presentada en dicha revista, sobre la cual nos gustaría responder a algunas de las consideraciones realizadas.

Aceptamos como limitación, como se especificó en el artículo original¹, que el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), fuente de nuestros resultados, no aporta variables relevantes como pudieran ser el tiempo de evolución de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la frecuencia y tipos de tratamiento antirretroviral en cada año y sus modificaciones a lo largo del tiempo del estudio. Se trata de variables imposibles de registrar en informes de alta de hospitalización, que son la base del CMBD, pero, a cambio, este tipo de estudios permite comparaciones no de cohortes sino de la población global.

Por otro lado, las variables de la edad y el consumo de drogas estimulantes sí han sido evaluadas tanto en los análisis univariantes como en el modelo multivariante. El objetivo del trabajo era evaluar la tendencia temporal de la proporción de infección por VIH en ictus a lo largo de 16 años y si el aumento de la misma era independiente de otros factores, algo que se confirmó en los análisis controlando estas y otras variables potencialmente de confusión.

Aumentar el cribado de la infección por VIH es uno de los principales objetivos establecidos por Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para los próximos años², con el propósito de disminuir los altos porcentajes de infección oculta y diagnóstico tardío. Las guías clínicas varían sus recomendaciones desde la oferta universal o rutinaria de la prueba de VIH a personas de 13 a 65 años, salvo que expresamente se nieguen (*opt-out*)³ a una estrategia más específica o dirigida, en la que las personas que acuden al sistema sanitario deben ser cribadas si presentan alguna condición indicadora de infección por VIH^{4,5}. Las guías españolas, además de recoger las indicaciones de cribado rutinario, dirigido y obligatorio, recomiendan el cribado del VIH en personas con condiciones indicadoras de infección por VIH/SIDA⁶. Los Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han desarrollado estrategias de