

Proyecto dejatuhuela 2.0

Nonurgent HIV serology in the emergency department: the dejatuhuela 2.0 project

Juan González del Castillo¹, Manuel Vázquez Lima²

La infección por el VIH es una pandemia que cumple ya 40 años entre nosotros. Desde el comienzo de la epidemia más de 70 millones de personas han contraído la infección y alrededor de 35 millones han muerto¹. Cada año, casi un millón de personas fallecen por esta causa¹.

Hace dos años comenzamos en la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) el proyecto *dejatuhuela*, en el que se establecieron unas recomendaciones para la solicitud de una serología no urgente a pacientes que consultaban en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) por patologías con una prevalencia de infección por el VIH y que son frecuentemente atendidas en estos servicios: infecciones de transmisión sexual (ITS), profilaxis post exposición para el VIH, herpes zoster, práctica del *chemsex*, neumonía adquirida en la comunidad y síndrome mononucleósico².

Varios motivos nos llevaron a tomar esta decisión. En primer lugar, se estima que existe un 13% de infección oculta en nuestro país³, contribuyendo a la trasmisión continua de la infección. El R_0 (número promedio de personas contagiadas de una enfermedad por un mismo individuo infectado) del VIH esta entre 2 y 4⁴. En segundo lugar, casi el 50% de los pacientes se diagnostica tardíamente, cuando presentan menos de 350 linfocitos CD4/ μ L, lo que provoca un peor pronóstico, pérdida de calidad de vida y un mayor consumo de recursos. En tercer lugar, estudios previos muestran la eficiencia de realizar cribados en los SUH, siendo la prevalencia de infección por VIH no diagnosticada del 0,6%⁵. Trabajos desarrollados previamente indican que la realización de la prueba del VIH es rentable desde el punto de vista económico cuando la prevalencia de VIH no diagnosticado es superior al 0,1%^{6,7}. En cuarto lugar, se ha observado que, de media, los nuevos diagnósticos de VIH tienen 2 visitas en urgencias durante los 3 años previos al diagnóstico⁸, lo que se traduce en oportunidades perdidas para el diagnóstico de VIH. Por último, el cribado en urgencias abre la

puerta al diagnóstico de una serie de perfiles de pacientes que no acuden a otros niveles asistenciales por ser jóvenes y sin comorbilidad.

Durante este tiempo, SEMES ha puesto en marcha distintas estrategias para la implementación de estas recomendaciones, incluyendo estudios de investigación⁹⁻¹¹, diversas actividades formativas, entre ellas un curso de formación continuada, y la creación de una web específica creada *ad hoc* en la que se recoge toda la información de investigación y formación que se ha ido generando (<https://dejatuhuela.semes.org>).

Sin embargo, los SUH son áreas asistenciales de alta demanda donde es compleja la instauración de nuevas guías o protocolos con un nivel de adherencia elevado, más aun cuando lo que se hace es solicitar una prueba cuyo resultado no va a condicionar la toma de decisiones respecto al alta o el ingreso del paciente ni a modificar el tratamiento a instaurar. En general, y en cualquier nivel asistencial, el grado de adherencia a las guías clínicas en la práctica real es baja¹². Existen múltiples barreras que dificultan su implementación y su mantenimiento a lo largo del tiempo¹³. Una revisión sistemática de la literatura¹⁴ mostró que las estrategias eficaces a menudo tienen múltiples componentes y que el uso de una estrategia única, como es la intervención educativa, es menos eficaz.

Por este motivo, se ha decidido dar un paso más desde la SEMES. La nueva estrategia *dejatuhuela 2.0* está inmersa en un plan estratégico de la Sociedad que tiene 4 componentes básicos: formación, investigación, comunicación y gestión. El compromiso de la Sociedad con el programa se escenificó en Madrid el pasado día 31 de marzo de 2022, cuando los presidentes de las diferentes agrupaciones de las CCAA, o sus representantes, firmaron su adhesión al plan estratégico. Quizá lo más interesante y novedoso de este sean las estrategias en gestión que se recogen, y que incluyen 4 puntos básicos. En primer lugar, la creación de una red de hospitales VIH, adheridos a las recomendaciones

Filiación de los autores:

¹Coordinador del Grupo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

²Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

E-mail:

jgonzalezcast@gmail.com

Editor responsable:

Guillermo Burillo Putze.

de cribado. En cada CCAA hay un médico de urgencias liderando el proyecto con el objetivo de aunar la mayor parte de hospitales de su entorno en ello. En segundo lugar, determinar indicadores de seguimiento que puedan hacer medible los resultados del proceso casi en tiempo real. En tercer lugar, establecer unos criterios de calidad que permitan incorporarlos como condicionantes al aval que emite SEMES a los SUH. En cuarto lugar, la automatización, probablemente el punto más importante de la nueva estrategia.

Una vez establecida la necesidad de luchar contra el diagnóstico oculto y tardío, y la oportunidad de realizarlo en urgencias, hay que considerar cómo solventar las barreras para mantener el programa activo en un entorno complejo como son los SUH. En primer lugar, la automatización del proceso permitiría mejorar la adherencia a las recomendaciones, especialmente con el paso del tiempo. En segundo lugar, porque podría incluirse en el cribado a todas las enfermedades relacionadas con un incremento del riesgo de padecer VIH y no solo a las seleccionadas en las recomendaciones iniciales de la SEMES. No debemos olvidar que la "Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario", del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, promueve la realización de una serología bajo determinadas circunstancias que incluyen hasta 30 enfermedades¹⁵.

Es difícil durante el trabajo asistencial del médico de urgencias tener en consideración todas ellas, sobre todo las que atendemos de manera más esporádica. Sin embargo, la creación de algoritmos automatizados incorporados a nuestros sistemas de información pueden ser útiles para que ningún paciente pase desapercibido y para incluir todos aquellos supuestos relacionados con este incremento del riesgo de padecer VIH. Por otro lado, aunque no se dispone de grandes estudios epidemiológicos que permitan precisar la prevalencia de VIH en población inmigrante, un estudio español determinó una incidencia del 1,7% en población inmigrante asintomática, llegando al 3,8% en población subsahariana⁷. La información disponible apunta a que una estrategia de cribado universal podría estar justificada en esta población, especialmente en personas pro-

cedentes de regiones de alto riesgo. La organización asistencial en España impide una estrategia de automatización común, pero el liderazgo compartido de la Red de Hospitales VIH puede facilitar este objetivo.

Así, mediante la automatización, el sistema de información de urgencias con el que trabajamos a diario podría aconsejarnos la solicitud de una serología no urgente ante determinados supuestos. En primer lugar, si entre los antecedentes del paciente consta cualquiera de las 30 entidades relacionadas con el VIH, cuando no se haya realizado previamente una determinación serológica de VIH. En segundo lugar, a partir de los datos demográficos del paciente, recogidos durante su filiación, se pueden detectar pacientes procedentes de países con alta prevalencia de VIH, donde se establecería un cribado universal. En tercer lugar, atendiendo a los motivos de consulta en el triaje, que pueden hacer sospechar una determinada condición del paciente, como una infección de transmisión sexual (ITS). En cuarto lugar, a partir de la solicitud por parte del facultativo de determinados análisis de laboratorio, como un exudado uretral, vaginal o anal, una serología, una antigenuria en orina, la determinación de tóxicos o un test de Paul-Bunnell. En quinto lugar, cuando el médico prescriba determinados tratamientos como una ceftriaxona intramuscular, lo que habitualmente ocurre tras un diagnóstico de ITS. Por último, ante el diagnóstico establecido en urgencias, considerando las 30 entidades descritas en el documento del Ministerio¹⁵. Otra estrategia, que puede ser complementaria, consiste en la creación de determinados perfiles analíticos, que incluyan la serología para el VIH, ante determinados procesos atendidos en un SUH.

En conclusión, debemos evitar las oportunidades perdidas de diagnóstico, resultando evidente tanto la necesidad como la relevancia de promover los programas de cribado del VIH. Los SUH podrían jugar un rol importante en la mejora de las cifras actuales de infección oculta y diagnóstico tardío. Nos parece que, además de insistir en aspectos educacionales y de investigación, la estrategia de automatización del proceso, además de facilitar el trabajo del médico de urgencias, es clave para obtener los mejores resultados y mantenerlos en el tiempo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y acuerdo de publicación y cesión de derechos a REUE.

Artículo no encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año. (Consultado 10 Mayo 2020). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>
2. González Del Castillo J, Burillo-Putze G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Marchena MJ, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento. *Emergencias*. 2020;32:416-26.
3. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2020. Actualización del 30 de Junio de 2021. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (Consultado 30 Abril 2022). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_WEB.pdf
4. Chen J. Pathogenicity and transmissibility of 2019-nCoVdA quick overview and comparison with other emerging viruses. *Microbes and Infection*. 2020;22:69-71.
5. Pizarro Portillo A, Del Arco Galán C, De los Santos Gil I, Rodríguez Salvanés 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.
6. Prabhu VS, Farnham PG, Hutchinson AB, Soorapanth S, Heffelfinger JD, Golden MR, et al. Cost-effectiveness of HIV screening in STD clinics, emergency departments, and inpatient units: a model-based analysis. *PLoS One*. 2011;6:E19936.
7. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med*. 2005;352:586-95.
8. Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, Martínez-Álvarez R, Malo-Aznar C, Gargallo-Bernad A, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infec-

- ción por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:100-8.
9. González Del Castillo J, Fuentes Ferrer ME, Fernández Pérez C, Molina Romera G, Núñez Orantos MJ, Estrada Pérez V. Eficiencia del cribado de VIH en urgencias: revisión sistemática y metanálisis. *Emergencias.* 2022;34:204-12.
 10. Miró O, Miró E, García-Lamberechts EJ, Villamor A, González Del Castillo J. Detección de pacientes con infección desconocida por VIH en los servicios de urgencias españoles: actitud actual y predisposición y dificultades percibidas para implementar acciones de mejora. *Emergencias.* 2021;33:254-64.
 11. González Del Castillo J. Papel actual de los servicios de urgencias hospitalarios en la lucha contra la pandemia VIH. *Emergencias.* 2021;33:7-8.
 12. Carrillo Rivas M, García-Castrillo Riesgo L, Agüero Balbín R, Arnaiz García AM, Saro Gutiérrez G, Andrés Gómez M. Valoración del seguimiento de las guías clínicas en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el servicio de urgencias. *Emergencias.* 2011;24:296-9.
 13. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999;282:1458-65.
 14. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-view. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2008;8:38.
 15. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Ssanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado 30 Abril 2022). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>