

## Carta al Director

Fernando Tornero Romero<sup>1,2</sup>  
M<sup>a</sup> Luisa Docavo  
Barrenechea-Moxó<sup>2,3</sup>  
Luis Picazo García<sup>2,4</sup>  
María del Carmen Santos<sup>2,5</sup>  
Juan González del Castillo<sup>2,6</sup>

### Respuesta a "Profilaxis post-exposición frente VIH: visión desde Urgencias"

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>3</sup>Centro de Salud de Valle Inclán, Madrid, España

<sup>4</sup>Centro de Salud de Campamento, Madrid, España

<sup>5</sup>Centro de Salud Las Águilas, Madrid, España

<sup>6</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos, Madrid

#### Article history

Received: 28 July 2017; Accepted: 7 September 2017

Sr. Editor: Hemos leído con interés el estudio realizado por Escudero-Sánchez et al [1] acerca de la utilización de la profilaxis post-exposición (PPE) frente al VIH, en el que se muestra que la elección del tratamiento antirretroviral (TAR) fue adecuada y que el seguimiento de los pacientes sometidos a la profilaxis es un área clara de mejora. Nos gustaría realizar algunos comentarios para ofrecer la visión desde el punto de vista de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), ya que es un tema de consulta prevalente en nuestro ámbito y de una importancia capital a la hora de contener la epidemia del VIH una vez que ha fracasado la prevención primaria [2].

En primer lugar, y respecto a los resultados obtenidos en el trabajo, indicar que no es sorprendente que la elección del TAR sea adecuada, dado que se trata de un aspecto estrictamente protocolizado y de obligado cumplimiento desde hace años en los hospitales, por lo que lo único que debe hacerse es seguir las recomendaciones establecidas para estos casos [3].

En segundo lugar, y desde nuestro punto de vista, es una lástima que el trabajo no aborde si la indicación de la profilaxis fue correcta o no. A pesar de que existen guías que establecen las indicaciones en función del tipo de contacto, las características de la fuente y del paciente, se desconoce si estas se aplican adecuadamente en la práctica clínica habitual, por lo que hubiese sido un dato de enorme interés. La adherencia o no a las guías clínicas es un tema recurrente en la literatura debido a su variabilidad [4].

En tercer lugar, estamos de acuerdo con los autores en que deben establecerse estrategias que eviten la pérdida de seguimiento de estos pacientes en las consultas externas, y en nuestra experiencia podrían obtenerse mejores resultados si se ofrece al paciente la medicación mínima necesaria para

comenzar la PPE, únicamente hasta que puedan acudir al especialista en VIH (24 horas en día laborable) y que el paciente sea dado de alta desde nuestro servicio con una cita para la consulta, donde debería ofrecerse un plan de visitas médicas, información y apoyo psicológico si lo necesitan.

En cuarto lugar, debería al menos plantearse si es preciso realizar un test de VIH urgente a los pacientes candidatos a recibir la PPE considerando la pérdida de seguimiento que muestran estos pacientes y la prevalencia de infección por VIH oculta. Un estudio recientemente publicado [5] mostró que la prevalencia de infección oculta en pacientes que acudían a un SUH era del 0,6%, por encima del 0,1% que marca que el cribado universal es una herramienta coste-efectiva [2]. Los factores independientes asociados a tener infección oculta por VIH fueron ser hombre, presentar signos o síntomas sugerentes de hepatitis y no querer saber el resultado de la serología. Por otra parte, el Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España [6] estimaba que en 2014 había un 20-25% de infectados por VIH que desconocía su estado serológico, lo que suponía una prevalencia de infección por el VIH no diagnosticada del 0,1%.

En este sentido, en España se está trabajando en programas de diagnósticos en Atención Primaria, como el estudio VI-HAP (Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria) [2,7], pero no se ha abordado la utilidad que pueden tener los SUH para mejorar el diagnóstico precoz, considerando además que no implicaría cambios organizativos en nuestro sistema [8] y que las técnicas diagnósticas ya están implantadas en gran parte de nuestros centros [9].

Los SUH son para muchos pacientes el único punto de contacto con el sistema sanitario, sobre todo en el caso de pacientes jóvenes y sin patología crónica. En este contexto, la realización de un cribado universal o dirigido, aunque el paciente acuda por sintomatología no relacionada, puede ayudar al evitar diagnósticos tardíos, que se traduce en un aumento

Correspondencia:  
Juan González del Castillo  
Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos.  
Calle Profesor Martín-Lagos s/n, 28040 Madrid.  
Phone Number: (34) 91.330.37.50  
FAX Number: (34) 91.330.35.69  
Email: jgonzalezcast@gmail.com

de los costes sanitarios, una peor respuesta al tratamiento, un incremento en la morbimortalidad y un aumento de las tasas de contagio, en comparación con aquellos diagnósticos precoces. El retraso diagnóstico constituye un problema de Salud Pública de gran magnitud considerando las tasas de incidencia y prevalencia que existen en nuestro país, por lo que no debemos dejar al margen ningún nivel asistencial que pueda ser de utilidad para este propósito.

Por último, no debemos olvidar que pueden existir otros riesgos en nuestro paciente además de la infección por VIH, como son la transmisión de los virus de hepatitis B y C, así como la infección por *Treponema pallidum*, gonococo o *Chlamydia* [10], situaciones que también deben ser adecuadamente valoradas.

## FINANCIACIÓN

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

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Escudero-Sánchez R, Kurt Meier-de-Taboada CJ, Bartolome-García E, Rodríguez-de-Bethencourt-Sanjuan PM, Losa-García JE. Post-exposure prophylaxis against HIV, do we use our resources appropriately?. *Rev Esp Quimioter.* 2017;30:293-296. PMID: 28612589
- Polo R, García-Carrasco E. Detección de la infección por el VIH en los servicios de urgencias españoles: ¿realidad o utopía?. *Emergencias.* 2016;28: 293-4. PMID: 29106097
- Mateos Rodríguez AA. Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH,VHB y VHC en adultos y niños. *Emergencias.* 2009;21:42-52. DOI:10.1016/j.eimc.2015.06.014.
- Del-Moral-Luque JA, Colás-Ruiz E, Gil-Yonte P, Fernández-Cebrián JM, Villar-Del-Campo MC, Delgado-Iribarren A, et al. Assessment of antibiotic prophylaxis adequacy in rectal surgery. *Rev Esp Quimioter.* 2017;30:14-8. PMID: 28010057
- Pizarro Portillo A, Del Arco Galán C, De los Santos Gil I, Rodríguez Salvanés F, Negro Rua 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. PMID:29106101
- Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España. Actualización a 30 de julio de 2015. Publicado en noviembre de 2015. (Consultado 1 Julio 2016). Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLe-siones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH\\_SIDA\\_2015.pdf](http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLe-siones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf)
- Estudio VIHAP. (Consultado 1 Julio 2016). Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Presentacion23NOV2015BRodriguez.pdf>
- Lobón LF, Anderson P. Innovación en Medicina de Urgencias y Emergencias: cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica. *Emergencias.* 2017;29:61-4. PMID: 28825271
- Aguinaga A, Navascués A, Polo I, Ezpeleta C. Comparative study of HIV-1/2 antibody confirmatory assay: Geenius™ versus INNO-LIA™. *Rev Esp Quimioter.* 2017;30:40-44. PMID: 28010056
- Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis.* 2017;17:e235-e279. DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30310-9.

## Respuesta autores - Profilaxis post-exposición frente VIH: visión desde Urgencias

Rosa Escudero-Sánchez<sup>1</sup>, Christian J. Kurt Meier-de-Taboada<sup>2</sup>, Emma Bartolome-García<sup>3</sup>, Patricia M. Rodríguez-de-Bethencourt-Sanjuan<sup>4</sup>, Juan Emilio Losa-García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina del Trabajo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

<sup>3</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

<sup>4</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

Agradecemos el interés mostrado por Tornero-Romero et al. En nuestro trabajo [1] evaluamos la indicación y seguimiento de las profilaxis postexposición (PPE) frente el VIH administradas en un hospital. Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son el lugar donde con más frecuencia se pauta la PPE, y donde más dudas se presentan. La protocolización de la PPE no ocupacional (PPE-NO) es una manera de estandarizar su manejo, con el objetivo de poder ser ofrecida a todos los contactos en riesgo de transmisión del VIH, por médicos menos familiarizados con el manejo clínico de fármacos antirretrovirales (FAR). Es necesario actualizar las recomendaciones con cierta periodicidad y llevar a cabo actividades docentes de divulgación dirigidas a los sanitarios prescriptores.

En nuestro trabajo no evaluamos las pautas no iniciadas de PPE, por dificultades en la identificación de los casos con exposición de riesgo para la identificación de VIH (quizás una manera de recogida sería a partir de la codificación del episodio en los SUH con CIE-10 Z20.6). En relación a ello, en el artículo publicado por Marzel et al [2] se describe un estudio retrospectivo de las PPE-NO pautadas en SUH de Suiza entre 2007-2013; 975 personas consultaron por 1051 exposiciones de riesgo, de las cuales se pautó PPE en 644 (61%), aunque únicamente se consideró que eran de riesgo 586 exposiciones (55,7%). Realizaron una evaluación sobre la indicación de PPE-NO y observaron que 485 estaban bien indicadas y 101 no se habían prescrito a pesar de estar indicadas. El motivo por el que no se pautó PPE fue en el 31% por rechazo de los FAR por

parte del paciente, 9% el médico no siguió las recomendaciones y 60% la evaluación del riesgo de la exposición no ocupacional fue incorrecta. Es por ello, que es necesario implementar los conocimientos sobre la evaluación del riesgo en cada tipo de exposición no ocupacional para mejorar la indicación de pautas de prescripción.

Sobre la incorporación de técnicas de cribado en los SUH se han publicado varios artículos, siendo los resultados heterogéneos. En el estudio realizado por Reyes-Ureña et al [3] sobre la prevalencia de infección oculta de VIH, no demostraron que la realización universal de un test rápido en la Urgencia fuese una medida costo-efectiva debido a la baja tasa de infección oculta, siendo recomendable en aquellas poblaciones de mayor riesgo. En el artículo publicado por Pérez-Elías et al [4] diseñaron un cuestionario de 22 preguntas sobre el riesgo de exposición de VIH, con el que demostraron buenos resultados en la identificación de pacientes de alto riesgo como parte de la estrategia de cribado para realizar el test diagnóstico de VIH. En cambio, en un artículo publicado en una revista americana [5] abogan por un cribado universal basándose en el ahorro de costes de un nuevo caso de VIH, en la adherencia al sistema sanitario que se consigue y en una supresión virológica precoz. Por último, en el artículo publicado por Henríquez-Camacho et al [6], se describe un metaanálisis de 28 artículos en el que se compara, en los SUH, la estrategia de solicitar el consentimiento al paciente para la realización del test diagnóstico de VIH (inclusión voluntaria), frente a la realización del test cribado sin consentimiento (exclusión voluntaria). No encontraron diferencias en el número de nuevos diagnósticos de VIH entre ambas estrategias, aunque sugieren la estrategia de exclusión voluntaria en zonas con prevalencia de infección oculta de VIH  $\geq 0,1\%$ .

En cuanto al cribado en Atención Primaria, los artículos publicados coinciden con la eficacia del cribado dirigido a la población con factores de riesgo para la transmisión de VIH. En el artículo publicado por Martín-Cabo et al [7] se muestran los resultados de un estudio de intervención realizado en un centro de salud, sobre la oferta del test diagnóstico de VIH a pacientes que precisaban una extracción de sangre por otro motivo. El grado de aceptación de la prueba fue bueno, siendo únicamente rechazada por 1,5% de los pacientes; no hubo ningún resultado positivo, aunque el 93% de los pacientes incluidos reconocían haber presentado algún factor de riesgo para la transmisión de VIH. En el estudio publicado por Baggaley et al [8] se muestran los resultados de primer estudio económico derivados del estudio RHIVA2 (ensayo clínico controlado y aleatorizado sobre la evaluación del cribado de VIH en Atención Primaria). Los datos confirman la PPE como una medida costo-efectiva a medio plazo en regiones de alta prevalencia de VIH, basado en el diagnóstico precoz y en la reducción de la transmisibilidad.

Dado que es en Atención Primaria donde con más frecuencia ocurre el primer contacto con el sistema sanitario, podría ser el lugar idóneo para la realización de test diagnósticos dirigidos a la población en riesgo de VIH. Además de ello, desde Atención Primaria se debería continuar con la implementación

de campañas dirigidas a la población sobre la prevención de la transmisión de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). También sería interesante el realizar estudios sobre la percepción del riesgo de la transmisión del VIH en el paciente expuesto. Una correcta anamnesis sobre los hábitos sexuales permite identificar a los pacientes con factores de riesgo para presentar una infección oculta por VIH. Por último, en los pacientes que hayan presentado una exposición no ocupacional y estemos valorando iniciar la PPE, sería necesario plantear si es subsidiario de profilaxis preexposición, como una de las medidas de prevención primaria para evitar la infección por VIH [9].

El cribado, sobretodo en Atención Primaria, dirigido a la población con factores de riesgo para VIH y la PPE se han demostrado como medida costo-efectiva. Para obtener un máximo beneficio de la estrategia es necesario implementar programas de formación dirigidos a los sanitarios menos familiarizados con la infección por VIH.

## FINANCIACIÓN

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

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Escudero R, Meier CJK, Bartolome E, Rodriguez PM, Losa JE. Profilaxis post-exposición frente VIH, ¿utilizamos adecuadamente nuestros recursos? *Rev Esp Quimioter*. 2017; 30(4):293-296. PMID: 28612589
2. Marzel A, Heinrich H, Schilliger L, Fehr JS, Günthard HF, Kouyos R, Rampini SK. Prescription of Post-Exposure Prophylaxis for HIV-1 in the emergency room: Correct transmission risk assessment remains challenging *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(4):359-366. DOI: 10.1097/QAI.0000000000001265
3. Reyes J, Fernández L, Force L, Daza M, Agustí C, Casabona J. Estudio del impacto a nivel de salud pública del cribado universal del virus de la inmunodeficiencia humana en un servicio de Urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(7):434-437. DOI: 10.1016/j.eimc.2015.06.014.
4. Pérez Elías MJ, Gómez C, Pérez P, Muriel A, Díaz A, Marínez M, et al. Development and Validation of an HIV Risk Exposure and Indicator Conditions Questionnaire to Support Targeted HIV Screening. *Medicine*. 2016;95(5): e2612. DOI: 10.1097/MD.0000000000002612.
5. Menchine M, Zhou M, Lotfipour S, Chakravarthy Moving beyond screening: how emergency departments can help extinguish the HIV/AIDS epidemic. *West J Emerg Med*. 2016;17(2):135-8. DOI: 10.5811/westjem.2016.1.29100.
6. Henríquez, Villafuerte P, Perez JA, Losa JE, Gotuzzo E, Cheyne N Opt-out screening strategy for HIV infection among patients at

- tending emergency departments: systematic review and meta-analysis. *HIV Med.* 2017;18(6):419-429. DOI: 10.1111/hiv.12474
7. Martín R, Losa JE, Iglesias H, Iglesias R, Fajardo A, Jiménez A Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac. Sanit.* 2012;26(2):116-122. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.07.020
  8. Baggaley RF, Irvine MA, Leber W, Cambiano V, Figueroa J, McMullen H, et al Cost-effectiveness of screening for HIV in primary care: a health economics modelling analysis. *Lancet HIV.* 2017;3018(17):30123-6. DOI: 10.1016/S2352-3018(17)30123-6
  9. Moreno S, Antela A, García F, del Amo J, Boix V, Coll P, et al Executive summary: Pre-exposure prophylaxis for prevention of HIV infection in adults in Spain: July 2016 *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 2017;35(6):377-383. DOI: 10.1016/j.eimc.2016.11.016