



Cribado oportunista de la infección VIH en los Servicios de Urgencia Hospitalarios

Raquel Rodríguez Calveiro

Médico Servicio de Urgencias Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

Coordinadora SEMES GALICIA RED DEJA TU HUELLA



¿Por qué es necesario el protocolo VIH silente?



**EPIDEMIA
VIGENTE**



INFRADIAGNÓSTICO



**DIAGNÓSTICO
TARDÍO**

El infradiagnóstico y el Diagnóstico Tardío del VIH tienen consecuencias:

1 *Peor pronóstico y calidad de vida*



El **diagnóstico tardío multiplica por 5 el riesgo de muerte** con respecto al diagnóstico precoz

2 *Aumento de los costes sanitarios*



La tasa de morbilidad y hospitalizaciones en pacientes con diagnóstico tardío se incrementa significativamente **aumentando el coste del tratamiento**

3 *Mayor propagación de la epidemia*



La tasa de transmisión del VIH es **3,5 veces mayor en las personas que desconocen su infección** en comparación con las ya diagnosticadas.

Hay evidencia de la necesidad y la relevancia de promover los programas de cribado del VIH en los SU* españoles.

1 *Objetivo*

asentar una base razonable desde el punto de vista clínico, organizativo y de eficiencia que fomenten la solicitud de la prueba del VIH en los SU.

2 *Finalidad*

conseguir incrementar el diagnóstico de la infección por VIH en un estadio más temprano de la enfermedad

¿Cuál es la prevalencia del VIH en los SUH*?

0,6-0,9% en Madrid (1,2)

Emergencias 2016;28:313-319

0,6% en los Servicios de Urgencias del Hospital La Princesa

ORIGINAL

Prevalencia y características de los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticados *de novo* en un servicio de urgencias

Alberto Pizarro Portillo¹, Carmen del Arco Galán¹, Ignacio de los Santos Gil¹, Francisco Rodríguez Salvanés³, Mónica Negro Rúa³, Ana del Rey Ubago¹

Conclusión. Hubo una alta prevalencia (0,6%) de infección por VIH no diagnosticada entre los pacientes atendidos en urgencias, los cuales mostraron una alta aceptación para realizar una serología VIH de manera rutinaria y universal. Estos resultados aconsejan mejorar las estrategias de detección de infección oculta por VIH.

(14)

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

Impact of a structured HIV testing program in a hospital emergency department and a primary care center

Cristina Gómez-Ayerbe^{1*}, Javier Martínez-Sanz², Alfonso Muriel³, Pilar Pérez Elías⁴, Ana Moreno⁵, Rafael Barea⁶, Lidia Polo⁶, Agustina Cano⁶, Almudena Uranga⁶, Cristina Santos⁷, José Luis Casado⁸, Carmen Osereda⁸, Game Robledo⁹, Alberto Díaz-Santiago⁹, María Jesús Varela⁹, Fernando Ordoña⁹, Enrique Navas⁹, Santiago Moreno¹⁰, María Jesús Pérez Elías¹⁰

1 Department of Infectious Diseases, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, Spain, **2** Biostatística UNL, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, Spain, **3** CIBERSESP, Departamento de Enfermedades, Universidad de Alcalá, Madrid, Spain, **4** Centro de Salud García Nobleja, Madrid, Spain, **5** Centro de Salud Canal de Panamá, Madrid, Spain, **6** Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

* These authors contributed equally to this work.
* aygomez@salud.madrid.org



OPEN ACCESS

Citation: Gómez-Ayerbe C, Martínez-Sanz J, Muriel A, Pérez Elías P, Moreno A, Barea R, et al. (2019) Impact of a structured HIV testing program in a hospital emergency department and a primary care center. PLoS ONE 14(8): e0220375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220375>

Editor: Kasia Toppy, University of Ghana College of Health Sciences, GHANA

Received: May 16, 2019

Accepted: July 14, 2019

Published: August 1, 2019

Copyright: © 2019 Gómez-Ayerbe et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The data underlying the results presented in the study are available from [PLOS ONE](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220375.g001) (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220375.g001>).

Funding: This study was supported by 3 competitive Grants: Instituto de Salud Carlos III (Plan Estatal de I+D+i 2013-2016) (Gates P12/0009), P18/00051, Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad (Proyecto code FCI1-14), all cofunded by the European Development Regional fund "A way to active Europe" (ERDF)

PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220375> August 1, 2019

1/12

0,9% en los SUH* de los Hospitales Gregorio Marañón y Ramón y Cajal
➤ vs. 0,2% en Atención Primaria (0,3% en población general)

Results (15)

The DRIVE program included 5,329 participants, of which 51.2% reported at least one positive answer in the questionnaire. The estimated HIV testing coverage was significantly higher in the DRIVE program than in the routine clinical practice (7.17% vs. 0.96%, $p < 0.001$), and was better in the primary care center than in the emergency department with the two strategies. Twenty-two HIV-positive people were identified, with a rate of 8.6‰ in the emergency department vs. 2.2‰ in the primary care center ($p = 0.001$). A higher rate of new

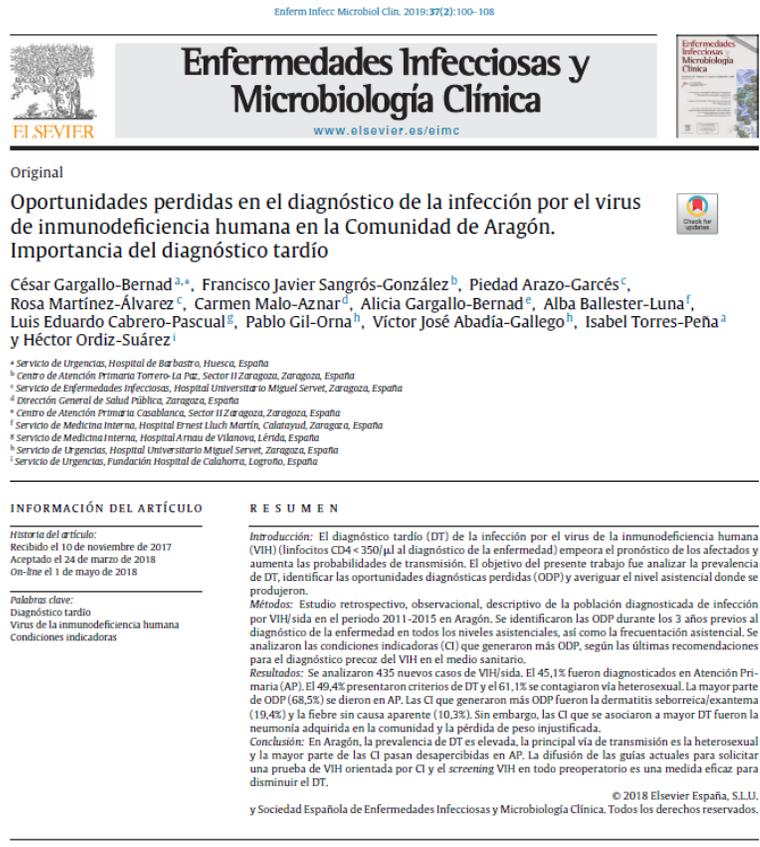
*SUH:Servicios de Urgencia Hospitalaria

(1)Pizarro Portillo A, et al. 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;28:313-319 (2)Gomez-Ayerbe C, Martinez-Sanz J, Muriel A, Perez Elías P, Moreno A, Barea R, et al. (2019) Impact of a structured HIV testing program in a hospital emergency department and a primary care center. PLoS ONE 14(8): e0220375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220375>

Oportunidades diagnósticas perdidas en infección por VIH

28% de las Oportunidades de diag. Perdidas en Urgencias

(1)



- 428 nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en Aragón en el periodo 2011-2015
 - Generaron un total de 7.475 consultas en los 3 años previos al diagnóstico
 - El **12,2%** (911) de esas consultas se realizaron en Urgencias
 - De media, **2 visitas en urgencias por cada paciente durante los 3 años previos al diagnóstico.**
- Factores de riesgo asociados a la presencia de Diagnóstico Tardío en la infección VIH/SIDA:
 - Existe 2 veces más riesgo de comenzar con DT si se realiza alguna visita a urgencias con respecto a no acudir ninguna vez.

La pérdida de oportunidades diagnósticas representa el punto clave para cambiar el curso de la epidemia y disminuir la expansión de la misma

*ODP: oportunidades de diagnóstico perdidas

Evaluación de las visitas a Urgencias previas a un diagnóstico de VIH: Oportunidades perdidas



Original

Evaluación de las visitas a urgencias previas a un diagnóstico de VIH: oportunidades perdidas

Octavio José Salmerón-Bélliz^{a,*}, Elia Pérez-Fernández^b, Oscar Miró^c, Manuel Salido-Mota^d, Verónica Díez-Díez^e, Manuel Gil-Mosquera^f, Neus Robert-Boyer^g, María Arranz-Betegón^h, Carmen Navarro-Bustosⁱ, José María Guardiola-Tey^j, Juan González-del-Castillo^k y Grupo Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Infurg-SEMES)^l

^a Unidad de Urgencias, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Unidad de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^c Área de Urgencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^d Servicio de Urgencias, Hospital Carlos Heyro, Málaga, España

^e Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Cruz i Sant Pau, Barcelona, España

^f Servicio de Urgencias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^g Servicio de Urgencias, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^h Servicio de Urgencias, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

ⁱ Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla, España

^j Unidad de Urgencias, Hospital de la Santa Cruz i Sant Pau, Barcelona, España

^k Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de julio de 2021

Aceptado el 9 de diciembre de 2021

On-line el xxxx

Palabras clave:

Diagnóstico oculto de VIH

Diagnóstico tardío de VIH

Cribado de VIH

Servicios de urgencia hospitalarios

RESUMEN

Objetivo: Existe una elevada tasa de infección oculta y diagnóstico tardío en el VIH. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son un punto importante de atención sanitaria. El presente trabajo tiene el objetivo conocer el número de oportunidades perdidas para el diagnóstico de VIH que ocurren en los SUH.

Método: Estudio multicéntrico de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de infección por el VIH en el año 2019 en 27 hospitales españoles de 7 comunidades autónomas diferentes. Se revisaron todos los episodios de consulta en los SUH en los 5 años previos al diagnóstico para conocer el motivo de consulta y si este representaba una oportunidad perdida para el diagnóstico de VIH.

Resultado: Se incluyeron 723 pacientes, y 352 de ellos (48,7%; IC95%: 45,1-52,3%) presentaron al menos una visita a un SUH durante los 5 años anteriores al diagnóstico (mediana 2; p25-p75: 1-4). Ciento dieciocho pacientes (16,3%; IC95%: 13,8-19,2%) presentaron oportunidad perdida de diagnóstico. Las principales consultas fueron consumo de drogas (145 [15%]), infecciones de transmisión sexual (91 [9,4%]) y solicitud de profilaxis de VIH postexposición (39 [4%]). Ciento cincuenta y cinco (42,9%) de los 352 tenían menos de 350 CD4/mm³ cuando se estableció el diagnóstico de VIH. En los pacientes con visitas previas a urgencias, el tiempo medio hasta el diagnóstico desde esta visita fue de 580 (DE 647) días.

Conclusiones: El 16% de los pacientes diagnosticados de VIH perdieron la oportunidad de ser diagnosticados en los 5 años previos al diagnóstico, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar medidas de cribado en los SUH diferentes a las actuales para mejorar estos resultados.

© 2022 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

- 723 pacientes diagnosticados VIH en 2019, 27 hospitales
- Episodios de consulta previa en SUH en 5 años previos.
- Motivo de consulta → ODP
- 352 asistencias, 118 ODP
- Tiempo medio desde visita a Diagnóstico, 580 días
- **16% de los pacientes diagnosticados, perdieron la oportunidad diagnóstica en los 5 años previos.**

Oportunidades diagnósticas perdidas en infección por VIH



Oportunidades perdidas de diagnóstico de la infección por el VIH en pacientes con diagnóstico tardío en el entorno hospitalario (2015-2021)

Melisa Hernández-Febles¹, Eduardo Lagarejos¹, Miguel Ángel Cárdenes Santana², Rafael Granados Monzón², José Antonio Pavón³, María José Pena López¹

- De las 358 personas diagnosticadas, 145 (**40,5%**) presentaron DT.
- En 62 (**42,8%**) pacientes con diagnóstico tardío se detectaron 139 oportunidades perdidas de diagnóstico del VIH.
- En 37 (**59,7%**) pacientes se perdió más de una oportunidad.
- El tiempo medio entre la primera oportunidad y el diagnóstico fue de **15,8 meses**.
- En el **51,8%** de las ocasiones las personas presentaban una enfermedad definitiva, indicadora o asociada al VIH.
- El servicio en que más pérdidas se produjeron fue el de **urgencias hospitalario**, con 76 (**54,7%**) oportunidades en 49 (79%) pacientes.

Tabla 4. Motivo de consulta de las 76 ocasiones en que hubo una oportunidad de diagnóstico perdida en el servicio de urgencias hospitalarias

Motivo	76 Oportunidades perdidas n (%)
Enfermedades indicadoras	17 (22,4)
Fiebre sin causa aparente	6 (7,9)
Infección de transmisión sexual	2 (2,6)
Herpes zóster	4 (5,3)
Exantema	3 (3,9)
Pancitopenia idiopática	1 (1,3)
Síndrome mononucleósico	1 (1,3)
Enfermedades posiblemente asociadas	28 (36,8)
Pérdida de peso injustificada	8 (10,5)
Neumonía adquirida en la comunidad	8 (10,5)
Diarrea crónica	5 (6,6)
Linfadenopatía idiopática	3 (3,9)
Neuropatía periférica	2 (2,6)
Meningitis linfocitaria	1 (1,3)
Candidiasis oral	1 (1,3)
Oferta rutinaria	30 (39,5)
Oferta dirigida	1 (1,3)

Los SU* : perfiles que no son atendidos en otros niveles asistenciales



Personas **jóvenes sin enfermedades crónicas, sexualmente activas, inmigrantes o población de edad avanzada** sin sospecha de VIH y que desconocen, no pueden o no desean realizar el cribado en su centro de atención primaria.

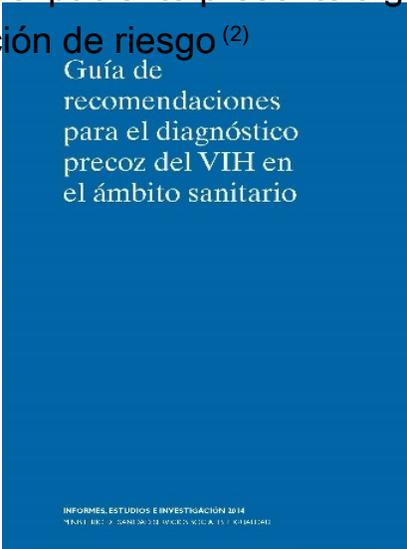
La prueba del VIH se debe basar en los principios de voluntariedad y confidencialidad.

Es urgente desarrollar estrategias que aumenten el número de diagnósticos (1)

Introducción

2014

En los Servicios de Urgencias se realizará la prueba con criterios clínicos compatibles (>50 entidades clínicas) o cuando el paciente presente alguna exposición de riesgo (2)



Recomendaciones para el diagnóstico precoz del Ministerio de Sanidad⁸

2020

Documento Consenso SEMES que recomienda solicitar serología en 6 entidades clínicas de alta prevalencia de VIH y alta frecuentación en urgencias (3)



Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico del VIH⁹

2021

<https://dejatuhuella.semes.org>



>90 hospitales españoles participan del Proyecto DEJATUHUELLA de SEMES (4)

(1) S. Moreno et al. Detección temprana Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018; 36(Supl 1):35-39 DOI: 10.1016/S0213-005X(18)30245-3. (2) Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (3) González del Castillo J, Burillo G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Malchair P, 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 su estudio y seguimiento. Emergencias. 2020;32:416-26. (4) dejatuhuella.semes.org

Entidades seleccionadas para el diagnóstico precoz del VIH

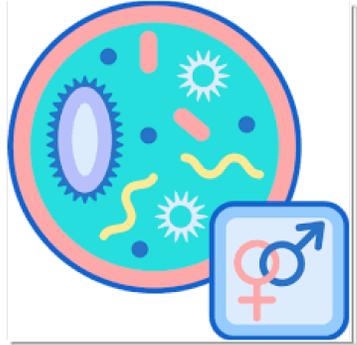


Entidades de alta prevalencia por infección de VIH

Tabla 1. Prevalencia como condición indicadora de infección por el VIH

Patología	Prevalencia de VIH
Neumonía adquirida en la comunidad	4-9%
Herpes zóster	8-10%
Síndrome mononucleósico	4,8%
Infecciones de transmisión sexual	30%*

Entidades de alta prevalencia por infección de VIH no diagnosticada



18 a 65años

~~URGENT~~

De carácter no urgente

- Se recomienda la realización de una **serología para el VIH en personas atendidas en los Servicios de Urgencias**

Migrantes/Viajeros a zonas endémicas

RECOMENDACIONES

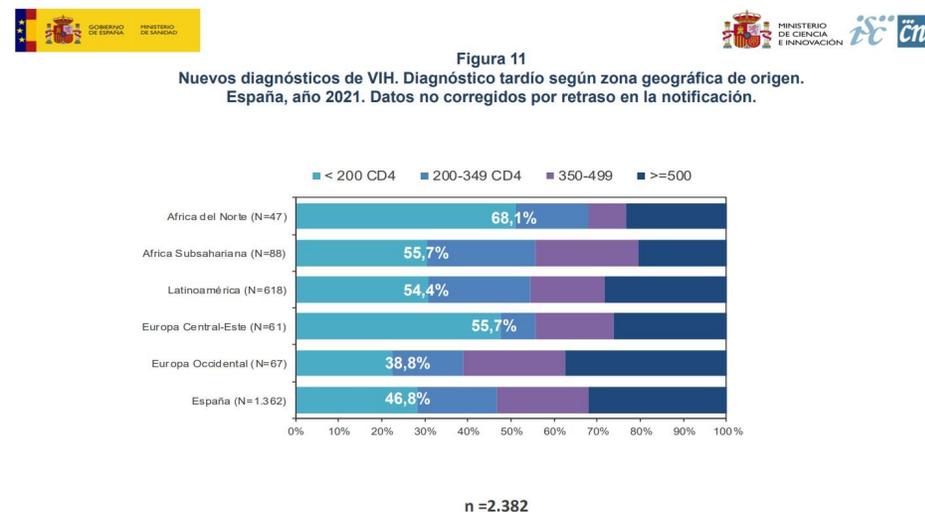


África sub-sahariana	Angola, Benín, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Namibia, Nigeria, República Central Africana, República Unida de Tanzania, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Suazilandia, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue
Europa Central y del Oeste	Estonia
Sur y sudeste asiático	Tailandia
Oriente Medio y Norte de África	Djibuti
Caribe	Bahamas, Haití, Jamaica, Trinidad-Tobago
Latinoamérica	Belice, Guyana

URGEN
X

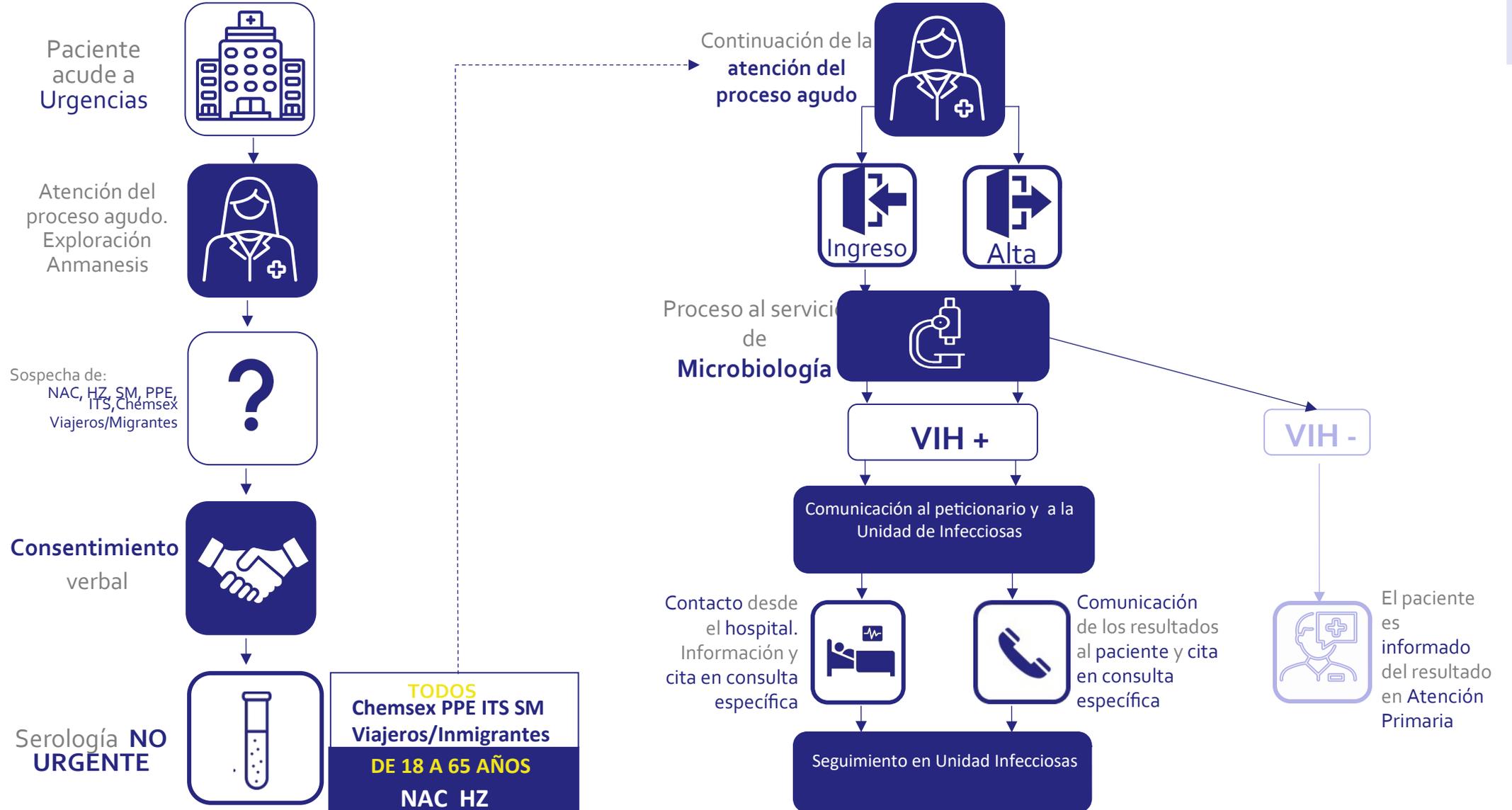
De carácter **no urgente**

Figura 11. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según zona geográfica de origen. España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Se recomienda la realización de una **serología para el VIH en personas atendidas en los Servicios de Urgencias**

Propuesta de circuito de derivación de pacientes



OBJETIVOS ALCANZADOS POR LA RED A NIVEL NACIONAL



Federico García (SEIMC)

María Jesús Pérez Elías (GESIDA)

Santiago Moreno. Asesor dejatuhuella

OBJETIVOS ALCANZADOS POR LA RED A NIVEL NACIONAL

901 •
Diagnósticos VIH



Reto 2023

Queremos alcanzar nuevamente otros **600** diagnósticos de **VIH** desde las urgencias de nuestros hospitales y, con tu ayuda, podremos conseguirlo.

Deja tu huella y, ante síntomas asociados, pide una serología de VIH.

"Desde el inicio del programa dejatu huella hemos diagnosticado a 757 personas con VIH y realizado más de 100.000 serologías. Se han evitado hasta 3.000 nuevas infecciones, el reto del 2022, con los datos disponibles de septiembre, estaba superado ¿nos ayudas a alcanzar el reto de este año?"

Servicios de Urgencias de Hospitales Españoles que participan en este proyecto





Original

Òscar Miró^{1,2,4*}
Emília Miró^{2,3,4*}
Míriam Carbó¹
Mireia Saura⁵
Alexis Rebollo⁶
Rocío de Paz⁷
Josep Maria Guardiola⁸
Alejandro Smithson⁹
Daniel Iturriza¹⁰
Cristina Ramió Lluch¹¹
Connie Leey¹²
José Ignacio Ferro¹³
Alberto Villamor^{2,4,14}
Emili Gené^{4,13}
en representación del grupo de
trabajo "Urgències VIHgila"

Detección en urgencias de infección por VIH en pacientes que consultan por condiciones potencialmente relacionadas con infección oculta: Resultados iniciales del programa "Urgències VIHgila"

¹Área de Urgencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, España
²Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona, España
³Enfermería, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España
⁴Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE), Barcelona, España
⁵Servicio de Urgencias, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, España
⁶Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España
⁷Servicio de Urgencias, Hospital del Mar, Barcelona, España
⁸Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
⁹Servicio de Urgencias, Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

Según circunstancia de la solicitud		
Incluida en el Documento de Consenso	2.841	32 (1,13)
Solicitud de profilaxis post-exposición	1.183	5 (0,42)
Sospecha de infección de transmisión sexual	660	6 (0,91)
Neumonía comunitaria (18-65 años)	610	13 (2,13)
Síndrome monocleósico	230	5 (2,17)
Herpes zóster (18-65 años)	131	1 (0,76)
Práctica de chemsex	27	2 (7,41)
No incluida en el Documento de Consenso	2.266	16 (0,71)
Total	5.107	48 (0,94)

Tabla 3 Motivos de solicitud en los 48 casos diagnosticados de VIH en urgencias		
Motivo de solicitud de serología VIH en urgencias	Diagnósticos realizados N	Seroprevalencia %
Neumonía comunitaria (18-65 años)	13	2,13
Sospecha de infección de transmisión sexual	6	0,91
Solicitud de profilaxis post-exposición	5	0,42
Síndrome monocleósico	5	2,17
Fiebre de origen desconocido	5	2,50
Práctica de chemsex	2	7,41
Fiebre y poliartalgias o poliartritis	2	7,41
Alteración conductual/confusión/encefalopatía	2	3,45
Herpes zóster (18-65 años)	1	0,76
Estudio post-exposición laboral	1	0,38
Hepatitis aguda	1	0,72
Agresión sexual	1	1,45
Adenopatía	1	2,00
Consumo - Intoxicación por drogas de abuso	1	2,04
Plaquetopenia	1	2,13
Disfagia - Amigdalitis - Lesiones cavidad oral	1	2,94
Relaciones sexuales de riesgo (no incluye chemsex ni PPE)	1	3,57
Linfopenia	1	10,00
Total	48	0,94

PLAN ESTRATÉGICO

FORMACIÓN

Congreso SEMES
Congresos autonómicos
Jornada de infecciones
Curso online
Casos clínicos de éxito
Campaña Dejatuhuella

INVESTIGACIÓN

Antes-después
Comparación de
estrategias

GESTIÓN

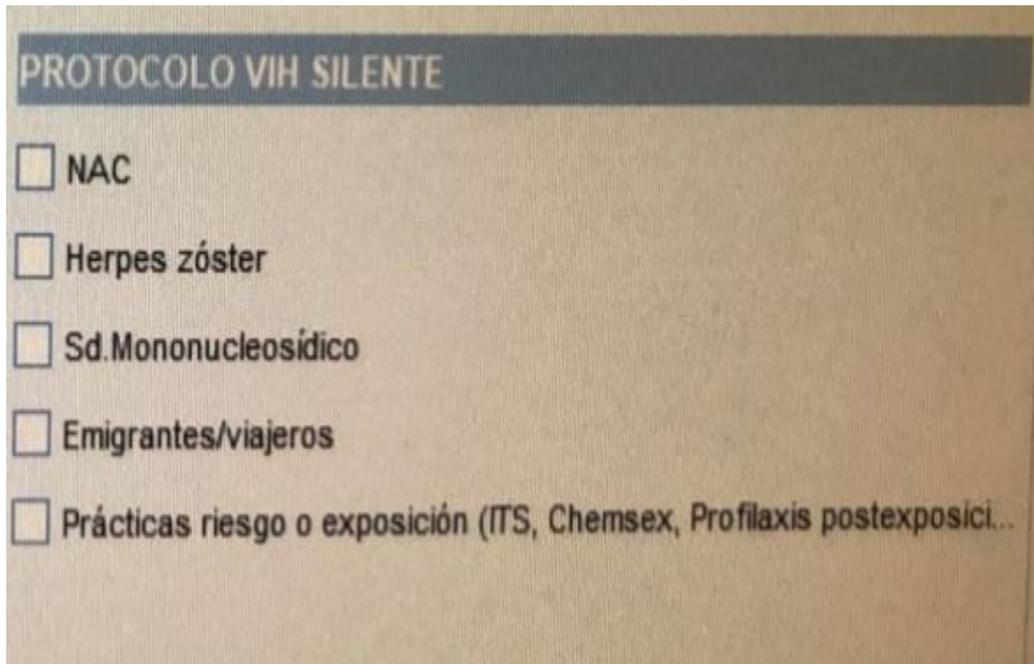
Automatización
Indicadores de calidad
Decálogo
Red de hospitales VIH
Aval de calidad SEMES

COMUNICACIÓN

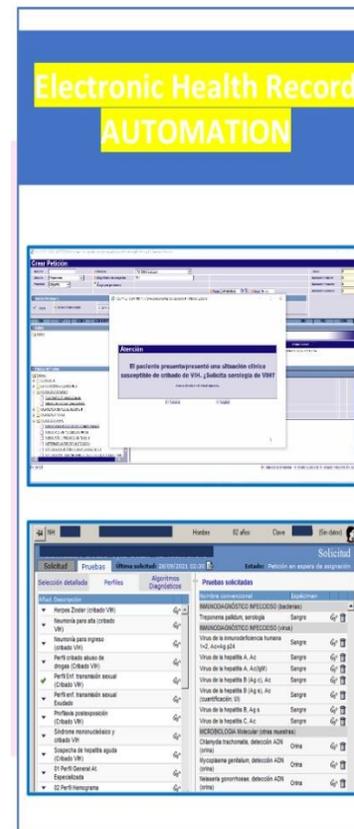
1 DICIEMBRE: DIA DE
LA SEROLOGÍA EN
URGENCIAS

PLAN ESTRATÉGICO PRECONFIGURADOS Y AUTOMATIZACIÓN

PERFILES/PRECONFIGURADOS.



AUTOMATIZACIÓN



Patient History

- ✓ If the patient has had a disease related to HIV in the last two years and has not been HIVE tested

Demographics

- ✓ If the patient has been born in a country with a prevalence > 0.1%

Manchester Terriage: sexually transmitted infection

- ✓ Pain in scrotum / testes
- ✓ Abnormal swelling groin area
- ✓ Pain in genital area
- ✓ Problem related to penis
- ✓ Pain on passing urine

Requested tests

- ✓ Urethral, vaginal or anal exudate
- ✓ All serologies (except SARS)
- ✓ Urine antigen (in patients between 18–65 years)
- ✓ Test urine or blood drugs
- ✓ Pau Bunnell Test

Treatment

- ✓ Post-exposure prophylaxis prescription
- ✓ Ceftriaxone IM
- ✓ Acyclovir IV

ER diagnosis if it is a HIVE related illness

- ✓ HIV lost to follow up
- ✓ No treatment
- ✓ No out-patient appointment

Results measurements in real-time

