

Por eso, porque el Real Decreto-Ley 16/2012 es injusto e ineficiente, le pedimos al Gobierno, desde nuestra condición de médicos que vemos a diario el sufrimiento de las personas que han sido excluidas del acceso a una atención sanitaria digna, que derogue de una vez este Decreto.

Muchos de los que vivimos en España, nacidos aquí o no, se lo agradeceremos.

Financiación

Ninguna.

Autoría

Ambos autores concibieron la idea, realizaron la búsqueda bibliográfica y elaboraron el manuscrito.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Pérez-Molina JA, Pulido F. ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;33:437–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.017>
2. Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F, Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:472–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.004>
3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Actualización 30 de junio de 2014. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro nacional de casos de sida.

Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2014.

4. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* 2006;20:1447–50.
5. Martínez Martínez-Colubi M. Presentadores tardíos de la infección por VIH en España: consecuencias médicas e impacto económico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
6. Alastrué I, Giner M, Navas J. La «desatención» a las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que no tienen «seguro»: injusta e ineficiente. *Gac Sanit.* 2014;28:343–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.006>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública. 2013 [consultado 2 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>
8. Instrucción de la Secretaría Autonómica de Sanidad, por la que se informa de la puesta en marcha del Programa valenciano de protección de la salud. Valencia: Conselleria de Sanidad; 2013.
9. Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana. ODUSALUD. Informe número 11. Septiembre de 2015. [consultado 30 Sep 2015]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B6xOMLiL6YCzUGIKdW1WcTRxQTg/view>
10. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. DOCV núm. 7581, de 29 de julio de 2015.

Ignacio Alastrué-Loscós^{a,*} y Mercedes Giner-Valero^b

^a *Unidad de Prevención del Sida y otras ITS de Valencia, Centro de Salud Pública de Valencia, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia, España*

^b *Centro de Salud de Fuensanta-Barrio de la Luz, Departamento del Hospital General de Valencia, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alastrue_ign@gva.es (I. Alastrué-Loscós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.09.014>

Importancia de la atención estructurada del paciente con infección en los servicios de urgencias



The importance of structured care in the infected patient in Emergency Department

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo de Ferreras et al.¹ sobre la implementación de un sistema de alarmas para la detección precoz de los pacientes con sepsis, que muestra que su utilización conlleva a un mejor cumplimiento de las medidas terapéuticas protocolizadas para estos pacientes, y a una disminución de la estancia y mortalidad hospitalarias. Se conoce desde hace tiempo la importancia que tiene el tratamiento precoz de este perfil de pacientes en términos de supervivencia², pero indudablemente el primer paso para llevarlo a cabo es la identificación adecuada y temprana de los pacientes con sepsis a su llegada a los servicios de urgencias (SU).

Últimamente se ha venido discutiendo en la literatura sobre la idoneidad de los criterios establecidos de sepsis para la adecuada identificación y estratificación de los pacientes infectados que acuden a los SU, especialmente en poblaciones más susceptibles a no presentar una adecuada respuesta inflamatoria a la infección, como son los pacientes de edad avanzada y los inmunodeprimidos. Un trabajo reciente mostró estos problemas de sensibilidad, que se traducían en la ausencia de identificación correcta en un 12% de

los pacientes estudiados³. También se ha publicado que estos criterios no son útiles en población de 75 o más años⁴, hecho cada vez más trascendente ya que la afluencia a los SU de la población de edad avanzada por cuadros infecciosos es cada vez más habitual⁵. Algunos autores incluso han realizado recientemente una propuesta para realizar un triaje específico adaptado al paciente anciano con sospecha de infección^{6,7}.

Considerando los datos anteriormente expuestos, nos ha llamado la atención la elevada sensibilidad (87% [IC 95%: 81,93-91,66%]) y especificidad (94,56% [IC 95%: 93,64-95,32%]) que comunican Ferreras et al. Es probable que estos datos sean consecuencia de haber realizado una muy buena formación del personal de enfermería en la identificación del paciente con infección, y en la adecuada selección de los criterios establecidos para la alarma, que tienen en cuenta no únicamente de los datos de respuesta inflamatoria sistémica, sino también otros como la alteración del nivel de consciencia, la saturación de oxígeno o la hiperglucemia en el paciente no diabético.

Por último, queremos resaltar el hecho de que la infección es un proceso dinámico y, por tanto, un paciente puede no presentar un cuadro de sepsis grave a su llegada al SU, pero podría evolucionar a él durante su estancia en el SU. Por este motivo, sería muy importante que el programa informático utilizado en el SU fuera también «dinámico» y pudiera realizar evaluaciones continuas o periódicas de los datos de las constantes del paciente y de determinados parámetros analíticos, con el fin de activar el sistema de alarma en el momento en que el paciente cumpliera los criterios de sepsis grave o *shock séptico*.

Bibliografía

- Ferreras JM, Juez D, Tirado G, Spiroz C, Martínez-Álvarez R, Dorado P, et al. Implementation of an automatic alarms system for early detection of patients with severe sepsis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;**33**:508–15 [Article in Spanish].
- Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med.* 2006;**34**:1589–96.
- Kaukonen KM, Bailey M, Pilcher D, Cooper DJ, Bellomo R. Systemic inflammatory response syndrome criteria in defining severe sepsis. *N Engl J Med.* 2015;**372**:1629–38.
- González del Castillo J, Escobar-Curbelo L, Martínez-Ortiz de Zárate M, Llopis-Roca F, García-Lamberechts J, Moreno-Cuervo Á, et al. Representing the Infectious Disease Group of Spanish Emergency Medicine Society GYM score: 30-day mortality predictive model in elderly patients attended in the emergency department with infection. *Eur J Emerg Med.* 2015 [Epub ahead of print].
- Martínez Ortiz de Zárate M, González del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. Epidemiology of infections treated in hospital emergency departments and changes since 12 years earlier: The INFURG study of the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES). *Emergencias.* 2013;**25**:368–78.
- Almela Quilis A, Millán Soria J, Sorando Serra R, Cano Cano MJ, Llorens Soriano P, Beltrán Sánchez A. Consensus-based recommendations and proposals for improving the management of elderly emergency patients with suspected infection in

the Spanish autonomous community of Valencia: The PIPA project. *Emergencias.* 2015;**27**:87–94.

- Martín-Sánchez FJ, González del Castillo J. Sepsis in the elderly: Are hospital emergency departments prepared? *Emergencias.* 2015;**27**:73–4.

Francisco Javier Martín-Sánchez^{a,b,*},
María José Núñez-Orantos^c, María Cecilia Yañez-Palma^a
y Juan González del Castillo^{a,b}

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

^b Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.10.011>

Utilidad de la procalcitonina en el paciente anciano con sospecha de infección



Usefulness of procalcitonin in the elderly patient with a suspected infection

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo de Gómez-Cerquera et al.¹ sobre la utilidad de la procalcitonina (PCT) en la identificación de la infección bacteriana en el paciente anciano, que concluye que este biomarcador mantiene una buena capacidad diagnóstica en este perfil de pacientes. El artículo nos parece de gran interés dado que se centra en un segmento de la población cada vez más frecuentemente atendida en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)², y que plantea grandes dificultades diagnósticas derivadas de los cambios fisiológicos consecuencia de la edad y del acúmulo de comorbilidades^{3,4}. En este sentido, nos gustaría realizar una serie de comentarios en relación al estudio publicado y aportar datos del registro de pacientes ancianos con infección que posee el grupo de infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (INFURG-SEMES).

En primer lugar, queríamos llamar la atención sobre los criterios de inclusión establecidos en el presente estudio, en el que se seleccionaron pacientes con sospecha de infección bacteriana, foco evidente, y que cumplían al menos 2 criterios de respuesta inflamatoria sistémica, es decir, que presentaban criterios de sepsis. La fisiopatología de la sepsis es compleja, y deriva de factores dependientes tanto del huésped como del microorganismo causal. En el paciente más anciano, la respuesta inflamatoria puede estar modificada por la edad, las comorbilidades asociadas y el tratamiento habitual, por lo que la presencia de criterios de sepsis pueden no ser de ayuda en la identificación de la infección. De hecho, su presencia se asocia a una mayor gravedad del proceso^{5,6}, que podría justificar las cifras más elevadas de PCT encontradas por los autores. Un estudio reciente de nuestro grupo ha mostrado como los criterios de sepsis no son útiles para estratificar el riesgo de mortalidad a los 30 días de los pacientes mayores de 75 años atendidos por infección en los SUH⁷. No obstante, es cierto que se han publicado otros estudios que muestran la validez de la PCT en este perfil de pacientes, incluido un metaanálisis⁸ que concluye que la capacidad predictiva de la PCT no es inferior en el anciano respecto al paciente adulto.

En segundo lugar, y dado que los autores reflexionan sobre la utilidad de la PCT en los SUH, queríamos hacer referencia a su rendimiento en la estratificación pronóstica de este perfil de pacientes, lo que nos podría ayudar en la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y de decisión de ingreso. En este sentido, y con el fin de aportar una visión desde los SUH, hemos realizado un sub-análisis de los pacientes en los que teníamos datos de PCT de un registro de INFURG-SEMES recientemente publicado⁷. Se incluyeron en el análisis 65 pacientes, de los cuales 35 (53,8%) fueron varones, con edad media de 84 años (DE 5,6) y 7 (11,9%) fallecieron a los 30 días. Los pacientes que presentaron a su llegada a urgencias un valor de PCT > 0,5 ng/ml tuvieron una mortalidad a 30 días del 19,3% (IC 95%: 9,2-36,3) frente al 3,6% (IC 95%: 0,6-1,8) en aquellos pacientes con PCT ≤ 0,5 ng/ml, con una diferencia del riesgo absoluto de un 15,8% (IC95% de -32,3% a -1,2%). Por tanto, podemos concluir que en los pacientes de 75 años o más atendidos en los SUH por una infección aguda, un valor de PCT > 0,5 ng/ml podría ser de utilidad para estratificar su riesgo a corto plazo, lo que aunaría mayor evidencia a favor de la utilidad de la PCT a la hora de identificar al paciente anciano de alto riesgo con infección aguda.

Bibliografía

- Gómez-Cerquera JM, Daroca-Pérez R, Baeza-Trinidad R, Casañas-Martínez M, Mosquera-Lozano JD, Ramalle-Gómara E. Validity of procalcitonin for the diagnosis of bacterial infection in elderly patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;**33**:521–4.
- Martínez Ortiz de Zárate M, González del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. Epidemiology of infections treated in hospital emergency departments and changes since 12 years earlier: The INFURG study of the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES). *Emergencias.* 2013;**25**:368–78.
- Almela Quilis A, Millán Soria J, Sorando Serra R, Cano Cano MJ, Llorens Soriano P, Beltrán Sánchez A. Consensus-based recommendations and proposals for improving the management of elderly emergency patients with suspected infection in the Spanish autonomous community of Valencia: The PIPA project. *Emergencias.* 2015;**27**:87–94.
- Martín-Sánchez FJ, González del Castillo J. Sepsis in the elderly: Are hospital emergency departments prepared? *Emergencias.* 2015;**27**:73–4.
- Carbajal-Guerrero J, Cayuela-Domínguez A, Fernández-García E, Aldabó-Pallás JA, Ortíz-Leyba C, Garnacho-Montero J. Epidemiología y pronóstico tardío de la sepsis en ancianos. *Med Intensiva.* 2014;**38**:21–32.
- Estella A, Recuerda M, Moreno E, Pérez Fontañá L. Patients with sepsis admitted to the intensive care unit from different hospital departments: Influence on prognosis. *Emergencias.* 2014;**26**:296–9.