



MINISTERIO DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PÚBLICA Y SANIDAD EXTERIOR

SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL
SOBRE EL SIDA

DOCUMENTO DE CONCLUSIONES

III Reunión Nacional sobre prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



Madrid, 2 y 3 de noviembre de 2009



INTRODUCCIÓN

Durante los días 2 y 3 de noviembre de 2009, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida celebró en Madrid su tercera Reunión Nacional sobre prevención de VIH en hombres que tienen sexo con hombres. El presente documento recoge la información básica sobre el contenido de este encuentro y sus conclusiones.

El evento tuvo lugar en el Ministerio de Sanidad y Política Social, y asistieron al mismo 90 participantes procedentes de catorce Comunidades Autónomas. La mayor parte de los asistentes procedían de entidades LGTB u organizaciones no gubernamentales que realizan programas de prevención de VIH dirigidos a HSH. Además, participaron 20 profesionales procedentes de planes autonómicos y de programas y dispositivos públicos de Madrid, Canarias, Cataluña, Galicia, Aragón, Comunidad Valenciana y País Vasco.

OBJETIVOS

Tanto la definición del perfil de los participantes, como el diseño de los contenidos temáticos del programa de la Reunión, trataban de responder a varios de los objetivos del Plan Multisectorial 2008-2012:

- “Fomentar la participación del colectivo HSH en las acciones de prevención del VIH/ITS”.
- “Difundir e intercambiar entre administraciones y ONG experiencias y metodologías de intervención dirigidas a la prevención del VIH con atención especial a otras ITS en un contexto de salud sexual”.
- “Incrementar la utilización de Internet y otras tecnologías de la información para la difusión de información sobre VIH/ITS y su prevención, especialmente en los espacios dedicados a encuentros sexuales”.

ESTRUCTURA

La reunión se estructuró en torno a dos mesas redondas, una sesión de grupos de debate y cuatro talleres prácticos. Los ponentes que colaboraron en las mesas y conduciendo las sesiones grupales eran en su mayor parte



profesionales de reconocida experiencia procedentes del ámbito asociativo implicado en la prevención del VIH en HSH, así como personal de la SPNS.

La primera mesa tenía como cometido enmarcar la III Reunión, ofreciendo información actualizada sobre la situación epidemiológica de los HSH en España. Aportaba además referencias sobre el VPH, presentaba el trabajo puesto en marcha para el seguimiento de una cohorte de HSH durante tres años, así como un análisis sobre estudios cualitativos relativos a conductas sexuales en HSH.

Por su parte, e incidiendo directamente en el objetivo de “Incrementar la utilización de Internet y otras tecnologías de la información para la difusión de información sobre VIH/ITS y su prevención” la segunda mesa redonda presentaba diferentes experiencias de intervenciones preventivas dirigidas a HSH a través de Internet, así como la política de prevención de una página web de contactos.

Con el bloque de sesiones simultáneas de debate, se buscaba promover el intercambio de opiniones sobre diversos aspectos, siendo la consigna la de avanzar en el consenso metodológico. Los temas abordados eran: el serosorting, las actuaciones en primoinfección, la prevención positiva y los marcos de colaboración con el empresariado LGTB.

Finalmente, durante la segunda tarde se celebraron cuatro talleres dirigidos a profundizar en la prevención con colectivos especialmente vulnerables, como los HSH latinoamericanos y los HSH jóvenes, así como a abordar los protocolos necesarios para la puesta en marcha de servicios que oferten test rápidos. El taller de PPeNO se dirigía por último a resolver dudas sobre su aplicación, a partir del protocolo elaborado para su manejo desde la SPNS.

EVALUACIÓN

Para evaluar esta III Reunión se distribuyó un cuestionario, que fue cumplimentado por un total de 63 participantes (lo que representa un 70% del total). El cuestionario estaba formado por una serie de preguntas cerradas, sobre las que había que puntuar en una escala del 1 al 5, siendo el 1 la puntuación más baja y el 5 la más alta. En general, la III Reunión recibió calificaciones positivas.

La media de la puntuación del conjunto de aspectos evaluados fue del 3,9 y el grado de cumplimiento de las expectativas de los participantes, recibió una valoración media del 3,6. La logística fue puntuada con un 4, y las cuestiones referidas al diseño recibieron como puntuación un 3,8. Por su parte, la mesa sobre “Vigilancia epidemiológica y conductas sexuales recibió una valoración



de 3,9 y la de “Internet como herramienta para la prevención” un 3,8. Esa misma puntuación, recibieron el conjunto de grupos de debate, mientras que los talleres fueron puntuados con una media de 3,7.

CONCLUSIONES

- En España, la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) es una de las que presenta mayor vulnerabilidad al VIH y otras ITS. Así lo indican la prevalencia de infección de VIH, el aumento de ITS y la frecuencia de prácticas de riesgo observadas en los distintos estudios conocidos. Los datos procedentes de los sistemas de notificación de nuevos diagnósticos en España, señalan un aumento del número y peso porcentual que supone la categoría de transmisión de HSH, que ha pasado del 28,8% en 2004 al 40,8% en el año 2008.
- Los datos epidemiológicos más recientes, muestran que entre los hombres que tienen sexo con hombres, existen subgrupos especialmente vulnerables, como es el caso de los HSH más jóvenes y a los HSH latinoamericanos. Es por ello necesario continuar facilitando información sobre los mecanismos de transmisión de la infección, las prácticas sexuales de riesgo y las medidas preventivas, y prestar una atención especial a estos subcolectivos utilizando sus códigos y recurriendo a canales de difusión de información específicamente dirigidos a ellos.
- Muchas de las prácticas de sexo no protegido entre HSH ocurren en el contexto de “deslices”, es decir, son prácticas no intencionadas. Diversos motivos emocionales y significados psicológicos llevan a que estos episodios tengan lugar. Los programas para la prevención del VIH en HSH deberían incluir en sus enfoques fomentar la exploración personal de estas motivaciones para promover un cambio de conducta y un cuidado de la salud sexual.
- El porcentaje de HSH que se ha realizado la prueba del VIH es elevado, sin embargo es preciso continuar promoviendo el diagnóstico precoz de la infección, a la vez que diversificar la oferta del mismo.
- Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se están expandiendo a gran velocidad en todos los ámbitos socioeconómicos, incluidas las actividades humanas. A ello no son ajenos buena parte de los HSH, que buscan y conocen a sus parejas sexuales a través de un medio como Internet, que reduce o elimina los obstáculos a los



intercambios sexuales. Internet se ha convertido ya en un espacio de intervención preventiva prioritario.

- Los locales donde se practica sexo deben convertirse en espacios dónde la prevención sea posible. Ello pasa por establecer estrategias que favorezcan la cooperación y correponsabilidad del empresariado LGTB en la creación de espacios de sexo más seguro.
- El trabajo conjunto de Administraciones, ONGs, empresarios y otros sectores de la sociedad civil es fundamental en el control del VIH y otras ITS en población HSH. Es necesario seguir impulsando vías de colaboración entre todos ellos.

MESA SOBRE PREVENCIÓN DE VIH/ITS A TRAVÉS DE INTERNET

Las acciones dirigidas a la prevención del VIH y otras ITS a través de Internet en la población de HSH han supuesto una revolución metodológica respecto a los programas de intervención tradicionales.

- Diferentes estudios evidencian su elevada utilización como herramienta y vehículo para la búsqueda de contactos sexuales entre HSH. Los buscadores de las páginas de contactos permiten la búsqueda de perfiles a partir de características personales, o de conductas sexuales diferenciadas.
- La atención on-line a través de Internet es muy bien acogida y valorada, según estudios realizados. Este medio permite emplear metodología de counselling adaptada, realizar intervenciones grupales a través de foros o chat colectivos, y ampliar la difusión de información a un gran número de usuarios simultáneamente.
- Presenta bajos costes, reducidos por la colaboración con webs y portales de contactos.
- La confidencialidad y la atención personalizada genera confianza en los usuarios para hablar sobre sus dudas relativas a la sexualidad y a las prácticas sexuales. Permite llegar a quienes viven en medio rural y a quienes no frecuentan locales de ambiente gay.
- Internet genera usos, pudiéndose utilizar para normalizar la cultura de la salud sexual.

Aunque en Internet existen infinidad de páginas con información relativa a la infección por VIH, hablar expresamente de intervención a través de Internet requiere además de la presencia de los agentes de salud en los principales espacios de relación y búsqueda de sexo (portales de contactos, chats, messenger, e-mail, redes sociales), y esta intervención mejora su potencial en la medida que consigue ofrecer un servicio personalizado donde abordar



necesidades emocionales y de información, tanto de manera sincrónica como asincrónica. Por otra parte, el alcance y efectividad de las intervenciones en Internet se ve favorecido por el efecto de redes, de forma que cada usuario puede implicar a su entorno relacional en la red.

Para hacer que los portales resulten más atractivos a la población a la que van dirigidos, estos han de adaptar lenguaje y contenidos, de modo que favorezcan no solo la selección de información, sino también la creación de dinámicas de participación e implicación de los usuarios en la actividad preventiva. Internet ofrece además, utilizar múltiples indicadores que permiten conocer el interés de los usuarios, su perfil y el de sus consultas, favoreciendo así la adaptación de las intervenciones a las necesidades de su población diana, y permitiendo una adecuada evaluación de los programas.

Por otra parte, para optimizar las posibilidades que ofrece este medio respecto a la prevención y la promoción de la salud, se requiere profundizar en el conocimiento de las características específicas del espacio virtual (foro, chat, portal de contactos o similar), y a su vez promover acuerdos de colaboración entre las entidades y las empresas que suelen gestionar dichos servicios.

En definitiva, Internet abre nuevas e irrenunciables oportunidades para actualizar las formas y canales de las intervenciones de prevención. Si la población vulnerable a la que se orientan los programas utiliza Internet para informarse, comunicarse, o para buscar parejas sexuales, es necesario apostar por optimizar las posibilidades de intervención que nos brinda este medio y las nuevas modalidades de programas de acercamiento que nos permite desarrollar.

GRUPOS DE DEBATE

Serosorting.

Si bien el origen del serosorting parece iniciarse como estrategia de búsqueda de parejas sexuales entre personas VIH+, ha evolucionado hacia un tipo de estrategia de búsqueda de parejas sexuales a partir del seroestatus revelado. Las implicaciones negativas del serosorting han sido suficientemente descritas para cada uno de los diferentes estatus frente a la infección por VIH.

En España se estima que un tercio de las personas que conviven con la infección, lo desconoce, por lo que la revelación del seroestatus en personas que afirman no presentar la infección, no siempre se corresponde con la realidad. Por su parte, en personas VIH+, las implicaciones de mantener sexo sin protección suponen riesgos derivados de reinfección por otra variedad de



este virus. Además, en todos los casos, puesto que el VIH no es la única infección de transmisión sexual, dejar de protegerse en las prácticas sexuales a partir de la revelación del seroestatus frente al VIH, aumenta los riesgos de contraer otras ITS. Por todo ello, la pregunta sobre la oportunidad de promocionar el serosorting como estrategia, no tiene lugar, pues lo que se debe promover es la responsabilidad personal del autocuidado.

Además, se considera positivo trabajar para poder expresar el propio estado serológico y aumentar su visibilidad. La revelación del seroestatus no tiene las mismas implicaciones en todas las culturas. Al parecer, en España existe un importante miedo al etiquetamiento y al rechazo. Por ello es necesario impulsar intervenciones para reducir el estigma y contribuir a la visibilidad de las personas VIH+, y para ello es necesario intervenir sobre los mitos, las actitudes y la responsabilidad personal.

Primoinfección

En la infección por VIH, la fase denominada primoinfección puede cursar con síntomas inespecíficos, y el cuadro puede variar de una persona a otra. Por otra parte, durante esta fase de la infección el riesgo de transmisión del virus es mayor que en otras. Existen diferentes opiniones respecto a la conveniencia o no de promover mensajes de salud dirigidos a reducir los riesgos sexuales ante la sospecha de una eventual situación de primoinfección.

Dado que la información sobre la primoinfección existe ya en Internet, y que a menudo resulta confusa o inadecuada, se considera necesario que desde las organizaciones LGTB que intervienen en prevención del VIH se traslade una información lo más clara posible sobre la naturaleza de los síntomas, y sobre las implicaciones que comporta esa situación. De ese modo, quienes después de haber mantenido relaciones de riesgo identifiquen en sí mismos dichos síntomas, podrían decidir asumir cautelarmente un comportamiento sexual de máxima protección.

Sin embargo, como primera salida a la situación de haber tenido una práctica sexual de riesgo, se considera más pertinente insistir en la difusión de la profilaxis post exposición no ocupacional, de forma que los HSH que se encuentren en ese supuesto sepan identificar si es necesario acudir a los servicios de urgencia hospitalaria, para solicitar que el personal médico valore la situación y decida si procede indicar este tratamiento.

Los servicios de orientación de las organizaciones LGTB, pueden efectivamente servir de gran apoyo. Sería conveniente disponer de un protocolo conjunto que indique claramente prioridades y mensajes.



Aplicación de marcos comunes de colaboración con el empresariado LGTB

En el marco de la Unión Europea se están desarrollando estrategias conjuntas para orientar la colaboración entre el tejido asociativo LGTB y el empresariado del sector. El proyecto Everywhere www.everywhereproject.eu pretende desarrollar y validar un modelo innovador y culturalmente adaptado de buenas prácticas en Prevención de VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) para usar en Europa y en particular en “destinos turísticos gays”. El proyecto pretende unir esfuerzos con empresas para facilitar espacios favorables a la prevención y organizar una red de mediadores sociales para conseguir el compromiso del sector empresarial en la prevención del VIH; protocolizando dicho compromiso y certificando a través de un sello de calidad.

Como muestra este proyecto, es posible la elaboración de marcos comunes y estandarizados de colaboración con el empresariado LGTB cuando éste participa en el desarrollo de dichos marcos, junto a otros actores como las Administraciones, las ONGs y los propios HSH, cuando se delimitan los compromisos de cada uno y cuando se contrastan y verifican las distintas necesidades puestas en juego. Para la implementación de los mismos es necesario además pensar en su sostenibilidad, y en crear de forma clara un valor añadido, que al mismo tiempo que sella el compromiso de la empresa sea objetivamente beneficioso para la misma.

Prevención Positiva

Como prevención positiva, se conoce a las políticas, proyectos, intervenciones, y campañas dirigidas a la prevención del VIH que incorporan la óptica, sensibilidad y vivencias de las personas VIH+. Esta participación incluye su incorporación en el diagnóstico, la definición, elaboración, seguimiento y evaluación de los proyectos e iniciativas de prevención.

La prevención positiva aporta como valor añadido que este subcolectivo forma parte de la población diana de estas intervenciones, y está en condiciones de ser parte activa en la solución a la expansión de la infección. Su colaboración aporta a los proyectos conocimientos y cercanía a la realidad de la comunidad, y les permite empalzar con facilidad.

Esta incorporación comporta beneficios individuales y colectivos, pues todos los miembros de la comunidad están concernidos, lo que permite trabajar tanto



la prevención como la solidaridad, pues al mismo tiempo contribuye a la visibilidad de las personas VIH+, y a evitar su estigma y discriminación. Se facilita así una política inclusiva con mensajes para todos los HSH, sea cual sea su estado serológico frente a la infección por VIH.

Una de las razones para apostar por la prevención positiva, es el hecho de que recibir un diagnóstico de VIH+ no se traduce necesariamente en que la persona asuma comportamientos para evitar la transmisión. Las personas en esta situación pueden requerir mensajes específicos y directos, con los que se sientan identificados, pues muchos afectados no se sienten concernidos con las campañas de prevención.

Por otra parte, entre las dificultades para implementar esta línea de trabajo, se encuentra la falta de visibilidad de las personas VIH+, el temor al estigma o discriminación, la falta de activismo o experiencia asociativa, el ser una masa crítica insuficiente en pequeñas y medianas ciudades y en ocasiones la falta de cercanía o sensibilidad por parte de algunas organizaciones que trabajan en prevención.

Por todo ello, se considera que deben promoverse políticas activas que contribuyan a la visibilidad e inclusión de las personas VIH+, y que trabajen para eliminar la discriminación y la estigmatización. También políticas que promuevan el trabajo en red y el activismo de las personas VIH+ en las entidades que trabajan en el campo de la prevención de la infección, que contribuyan a su cualificación, y que optimicen su potencial para participar de manera efectiva en los diferentes niveles de intervención dentro de la prevención del VIH como agentes fundamentales.

TALLERES

Prevención del VIH en HSH latinoamericanos

Existen diversos factores que pueden influir en la salud de los HSH latinoamericanos. Los factores administrativos que dificultan e impiden el acceso al sistema sanitario (empadronamiento, tarjeta sanitaria), situación de irregularidad administrativa. Factores culturales, homofobia, actitudes racistas dentro del contexto del estado español. Factores económicos, la situación de pobreza, hacinamiento en viviendas, precariedad laboral. Las intervenciones en este colectivo tienen un calado social y sanitario, que requieren un abordaje multicultural como respuesta a la riqueza multicultural de los países latinoamericanos.



Estrategias prevención en HSH jóvenes: lecciones aprendidas

Frente a los prejuicios que ofrecen una imagen estereotipada y uniforme de los HSH y, entre ellos, especialmente de los hombres gays y bisexuales, lo cierto es que los HSH no son un grupo social homogéneo, ni mucho menos la población LGTB. Al contrario, su realidad es tan diversa como compleja por lo que se dan singularidades importantes para la intervención que han de ser contempladas, también con los jóvenes.

Los jóvenes HSH comparten de un lado muchas características comunes al resto de su generación y que han de ser tenidas presentes en el trabajo con los mismos. Sin embargo, también es cierto que, pese a ello, la LGTBfobia sigue presente a muchos niveles y en muchos de sus entornos más próximos, la familia, los pares, el sistema educativo, el barrio, etc., que condicionan profundamente su existencia y su relación consigo y con el entorno.

Criterios de trabajo con jóvenes son la flexibilidad y capacidad de adaptación a la cambiante realidad juvenil; trabajo en proximidad con los jóvenes, ya sea de manera colectiva o individual, y acompañamiento es su proceso de hacerse adultos; primar la participación, iniciativa y protagonismo juvenil como metodología de trabajo; trabajo desde la innovación, la creatividad y la búsqueda de alternativas; visibilización de la diversidad juvenil y del potencial positivo de las y los jóvenes; uso de modelos positivos para la juventud; adopción de una óptica juvenil en el trabajo con las y los jóvenes.

Uno de los ingredientes de las intervenciones de prevención más exitosas, es que se encuentren realmente adaptadas y atiendan las diversas necesidades de las personas y poblaciones diana específicas dentro de la comunidad (targeting). De ahí la importancia de reconocer la mayor vulnerabilidad de los jóvenes HSH frente a las ITS, y a partir del diagnóstico de sus necesidades específicas promover acciones especialmente adaptadas y dirigidas a este subcolectivo.

Test rápido

La prueba rápida es una herramienta de gran utilidad para facilitar el diagnóstico del VIH, por lo que debería facilitarse el acceso a las poblaciones especialmente vulnerables, que se encuentran encabezadas por los Hombres que hacen Sexo con Hombres (HSH).

La oferta de la prueba rápida debe ir siempre acompañada de counselling, y se debería desaconsejar su uso sino se garantizan unos mínimos estándares de



calidad: espacios adecuados, intimidad, derivación hospitalaria en caso de un positivo, adecuada formación de los facilitadores...

Es necesario impulsar la creación de nuevos centros de atención de ITS, especialmente en aquellas Comunidades en las que se detectan grandes lagunas en este sentido. La posible desaparición de algunos centros de ITS o la merma en la dotación de sus recursos técnicos y humanos, es un motivo de preocupación. Los dispositivos de enfoque comunitario que ofrecen counselling y acceso a la prueba para colectivos más vulnerables, ofrecen resultados más positivos y tienen una mejor relación coste/eficacia que los orientados al público general.

Profilaxis post exposición

La profilaxis post exposición (PPE) es un tratamiento que puede aplicarse con carácter excepcional a personas VIH negativas tras determinadas situaciones de riesgo, que se valoran en función de protocolos establecidos. Su duración total es de 28 días, y reduce la posibilidad de infección por VIH si se inicia antes de transcurridas 72 horas de la práctica de riesgo, preferentemente debe aplicarse antes de las 6 primeras horas. Será el equipo médico de urgencias hospitalarias quien valore y en su caso indique el tratamiento.

El asesoramiento sobre la indicación de la PPE no ocupacional, implica la valoración de múltiples factores. Para poder elaborar mensajes de salud sobre la misma, es necesario disponer de espacio suficiente en el soporte a utilizar (folleto, vídeo etc.) pues de lo contrario puede trasladarse una información imprecisa o desajustada. Resulta además imprescindible respetar las recomendaciones del protocolo que describen de manera adecuada cuando está indicada la PPE:

http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf

La Profilaxis Post-Exposición (PPE) puede ser una medida secundaria para prevenir la infección por el VIH cuando la prevención primaria ha fallado. Antes de plantear el TAR profiláctico hay que confirmar que la exposición al VIH sea de carácter excepcional. Es importante considerar de un modo especial la situación que presentan aquellos pacientes que de forma repetitiva acudan al servicio por haber realizado una práctica con riesgo para el VIH. No se recomienda prescribir PPE a estos pacientes ya que el tratamiento no debe considerarse como una forma de prevención. Se informará sobre los riesgos y las medidas de prevención que deben adoptarse para disminuir las posibilidades de transmisión. En el caso de sucesivas rupturas de preservativo, se valorará la posibilidad de trabajar aspectos relativos a la educación sexual.



El riesgo de que una persona se infecte por el VIH, tras una exposición al mismo, va a depender de la probabilidad de que la fuente sea VIH positiva y del tipo de la exposición. Además de las características de la exposición, influirán la infectividad de la fuente y la susceptibilidad individual.

Así, factores como una alta carga viral en la persona fuente, la presencia de una infección de transmisión sexual (ITS) o de una lesión genital, tanto en la persona expuesta como en la fuente, y la existencia de sangrado durante una relación sexual, incrementan el riesgo de transmisión del VIH. El grado de riesgo de transmisión que implican las distintas prácticas sexuales se clasifica en función de que la fuente tenga una infección por el VIH conocida o se ignore su seroestado.

| Evaluación del riesgo de infección por vía sexual en HSH cuando la persona fuente está infectada por el VIH | | |
|--|--|---|
| Riesgo apreciable (0,8- 3%) | Bajo riesgo (0,05 - 0,8%) | Riesgo mínimo (0,01 - 0,05%) |
| - Recepción anal con eyaculación* | - Recepción anal sin eyaculación* - Penetración anal* - Sexo orogenital con eyaculación* | - Sexo oral sin eyaculación* |

* Sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo.

| Evaluación del riesgo de infección por vía sexual en HSH cuando no se conoce si la persona fuente está infectada por el VIH | | |
|--|--|---|
| Bajo riesgo (0,05 - 0,08%) | Riesgo mínimo (0,01 - 0,05%) | Riesgo despreciable o nulo (< 0,01%) |
| - Recepción anal con eyaculación* | - Recepción anal sin eyaculación* - Penetración anal* - Sexo oral con o sin eyaculación* | - Besos - Caricias - Masturbación - Contacto de secreciones con piel íntegra |

* Sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo.

Para poder tomar una decisión adecuada, las consideraciones previas deben ir unidas a las siguientes:

- Si el riesgo de transmisión es bajo o se desconoce si el caso fuente está infectado por el VIH y no es posible efectuarle una prueba serológica rápida para la detección de éste, se considerará la decisión de efectuar PPE de forma consensuada por el médico y la persona expuesta, tras haber



sopesado minuciosamente los potenciales riesgos y beneficios en su caso particular (nivel de evidencia C).

- Si no se conoce el estado VIH del caso fuente pero éste es UDVP o pertenece a una población cuya prevalencia de infección por el VIH es $\geq 10\%$ (como es el caso de los HSH), se actuará igual que si estuviese infectado por el VIH (nivel de evidencia C).

Aunque el protocolo de la PPE no ocupacional debe ser conocido en todos los servicios de urgencia hospitalarios de España, todavía se detectan situaciones en las que esto no ocurre así. Es importante insistir en la necesidad de que, en todos los servicios de urgencias de los diferentes sistemas sanitarios autonómicos, sea conocido y aplicado adecuadamente dicho protocolo.