Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):559

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I/H-033 - MORTALIDAD EN PACIENTES VIH EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

C. Machado P., M. Garcinuño, C. Grande, C. Rodríguez, M. Tolmos E., M. Otero, S. Pérez, M. Escamilla

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Resumen

Objetivos: Describir y analizar las características clínico epidemiológicas y las causas de muerte de los pacientes con infección VIH fallecidos en nuestro complejo asistencial, en los últimos 6 años.

Métodos: Estudio descriptivo, donde se analizaron los datos de las historias clínicas de los pacientes con infección VIH fallecidos en nuestro complejo, durante los últimos 6 años, desde enero del 2009 hasta mayo de 2015. Se recogieron datos sociodemográficos, prácticas de riesgo, categoría inmunológica y carga viral, coinfección por el virus de hepatitis B (VHB) y C (VHC), número de pacientes que recibían tratamiento antiretroviral (TAR), grado de cumplimiento terapéutico y causa de mortalidad.

Resultados: Un total de 29 pacientes con infección VIH han fallecido desde enero de 2009 hasta mayo de 2015. 24 eran varones (82,76%) y 5 mujeres (17,24%), con una edad media de 49 años, rango (29-70 años). 18 pacientes (62,07%) habían sido usuarios de drogas intravenosas. Coinfectados por el VHC eran 15 pacientes y por VHB 2 pacientes. 10 presentaban cirrosis hepática. El 62% de los pacientes tenían una categoría inmunológica avanzada estadio C3. En cuanto a la situación virológica en el momento del fallecimiento, 23 pacientes (79,31%) tenían adecuado control virológico. 3 casos presentaban carga viral elevada por diagnostico reciente y estaban recibiendo TAR. Otros 3 pacientes no seguían control en consulta y no recibían TAR. La primera causa de muerte en nuestra serie, fueron las neoplasias: 13 (44,83%) pacientes presentaron neoplasias no definitorias de sida: 4 presentaban hepatocarcinoma (3 con hepatitis crónica por VHC y 1 por VHB), 2 cáncer de pulmón y 2 neoplasias de origen cutáneo (melanoma y carcinoma epidermoide). Otros tumores fueron: un caso de carcinoma epidermoide supraglótico, un adenocarcinoma de recto, un carcinoma epidermoide anal, un tumor óseo a nivel de mandíbula y un linfoma de Hodgkin clásico. La segunda causa fueron las infecciones en 12 pacientes (41,38%). En 8 casos el foco fue respiratorio (2 por enfermedad neumocócica invasiva, 1 neumonía por Enterobacter cloacae multiresistente, 1 neumonía por P. jirovecii, un caso de neumonía sin aislamiento microbiológico, un EPOC grave agudizado por E. coli multiresistente y 2 por aspiración bronquial en pacientes con demencia avanzada). El resto de las infecciones fueron: un caso de toxoplasmosis cerebral, un shock séptico de origen abdominal tras herniorafia inguinal, una sepsis por infección precoz de prótesis de rodilla por SAMS y un cuadro de diarrea crónica con síndrome de malabsorción por Isospora belli. Otras causas de muerte fueron: un caso de insuficiencia hepática fulminante por virus delta en paciente con VHB tratado y un caso de mediastinitis química por cuerpo extraño. Otros 2 casos

ocurrieron en el ámbito extrahospitalario, sin poder precisar la causa de muerte.

Discusión: El TAR ha conseguido reducir la mortalidad y ha mejorado la calidad de vida del paciente VIH. No obstante, la mortalidad actual de estos pacientes es superior a la de la población general de la misma edad y sexo. Coincidiendo con el resto de las series, las principales causas de mortalidad son las infecciones y las neoplasias no definitorias de SIDA. Es de destacar que más de la mitad de los fallecidos presentaban coinfección por VHC. Hemos observado que un porcentaje importante de los pacientes estaban recibiendo TAR con buena adherencia y con adecuado control virológico. En nuestra serie 3 pacientes presentaban retraso diagnóstico con enfermedad avanzada (CD4 < 200 en el momento del diagnóstico). No se observó mortalidad por causa cardiovascular.

Conclusiones: Se hace necesario insistir en actividades dirigidas al diagnóstico precoz de la infección y medidas de prevención (vacunación) en todos los ámbitos asistenciales, favorecer la adecuada cumplimentación y adherencia al TAR, plantear siempre, tratamiento para la infección por VHC/VHB y realizar un despistaje sistemático de neoplasias.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.