



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I/H-026 - SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: ANÁLISIS RETROSPECTIVOS DE UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS

P. Mujica Addimandi¹, C. Hinojosa Mena-Bernal², L. Iglesias Gómez¹, M. Martín Asenjo¹, C. Jauset Alcalá¹, H. Silvagni Gutiérrez¹, B. Monteagudo Nogueira²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

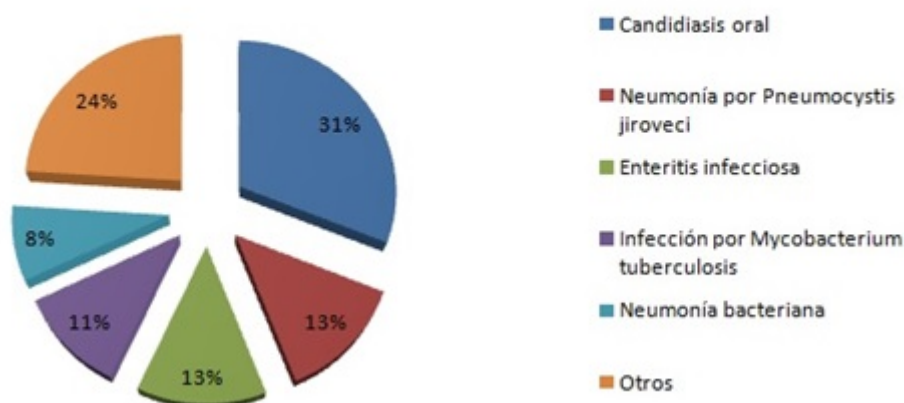
Resumen

Objetivos: La tasa global de infección por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) en España es superior a la media de la Unión Europea. A pesar de la disponibilidad de la prueba del VIH, la tasa actual del diagnóstico tardío (DT) (contaje de CD4+ $350/\text{mm}^3$) es de casi el 50% (46,6%). Se describen las características clínicas de una serie de 68 casos de pacientes con nuevos diagnósticos de VIH.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) (periodo 2010-2015). Se pretende conocer edad, clasificación del CDC, presentación clínica, conteo de CD4+, carga viral, coinfección, infecciones oportunistas (IO), comorbilidad, resistencias, tratamiento antirretroviral de inicio, realización de test VIH previos y mortalidad.

Resultados: En el estudio de 68 pacientes (11 mujeres y 57 hombres), con edad media de 38 ± 10 años, la clasificación CDC más frecuente fue A1 (43%) y A2, A3 y C3 (15% cada uno). Al diagnóstico el 49% fue derivado por positividad en el test del VIH (siendo desde Atención Primaria el 40%), el 13% presentó fiebre como síntoma principal y el 10% diarrea, con evidencia microbiológica de: citomegalovirus, *Cryptosporidium* spp, *Campylobacter jejuni*, *Blastocystis hominis* y *Giardia lamblia*. El conteo de CD4+: $> 500/\text{mm}^3$ fue del 47%, $200/\text{mm}^3$ (32%), entre 200-499/ mm^3 (21%). El 49% presentó carga viral > 100.000 copias/ARN/ml. Se presentaron 15 coinfecciones (sífilis en el 67% y VHC 20%). Las IO se presentaron en el 34% (23 pacientes), con una totalización de 38 IO (fig.). Se documentaron 6 comorbilidades asociadas al VIH, principalmente el linfoma de Burkitt representó el 25% de los casos (2 pacientes), seguido de la púrpura trombocitopenica idiopática, cardiopatía isquémica, trastornos neurocognitivos por leucoencefalopatía multifocal progresiva y síndrome nefrótico. Se detectaron 67 mutaciones asociadas a resistencias en 44 pacientes (65%); entre las resistencias principales se presentan para los ITINN (mutación K103N) en el 12% de los casos. En el grupo de los ITIAN se presentaron las mutaciones: V118I y E44D; y para los IP no se documentaron resistencias primarias. 41 pacientes (60%) precisó tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) al diagnóstico del VIH; en régimen 1 pastilla/día con TDF/FTC/EFV se presenta el 46%, 2 ITIAN+1 IP (25%), 2 ITIAN+1 ITINN (22%) y 2 ITIAN+ 1 InInt (7%). El 74% no se habían realizado test VIH previos. La mortalidad fue del 6% (4 pacientes) en los casos estudiados, siendo predominante la etiología neoplásica (linfoma de Burkitt).

Figura 1. Datos de las diferentes Infecciones Oportunistas y su porcentaje. (Total de IO=38)



Discusión: Seguimos observando que el DT es uno de los principales problemas epidemiológicos. El DT en los nuevos diagnósticos de VIH en la UEI asociado a IO, comorbilidades y coinfecciones, incrementa la morbimortalidad.

Conclusiones: Conociendo las características clínicas de nuestros pacientes podríamos plantear nuevas opciones para la optimización del manejo en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las complicaciones asociadas. El diagnóstico precoz una medida indispensable para la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a la supresión viral de la infección por el VIH.