



I/H-25. - ATENCIÓN A PACIENTE CON INFECCIÓN VIH EN UN PAÍS CON BAJOS RECURSOS. APRENDIZAJE PARA UN MÉDICO INTERNISTA

L. García Pereña¹, A. Fuertes Rodríguez², R. Gálvez López², E. Nacarapa², A. Lluna Carrascosa¹, D. Torrús Tendero³, S. Moya Roldán¹, M. Verdú Jordá²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital El Carmelo. Chókwe, Mozambique. ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Resumen

Objetivos: Mozambique es uno de los países con más alta prevalencia de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis en el mundo. El diagnóstico de las complicaciones que desarrollan estos enfermos, en un entorno con pocos medios, puede ser un reto para potenciar la habilidad semiológica de un médico internista, así como conocer otras realidades. El objetivo de este estudio es analizar las características de una cohorte con infección VIH en un hospital de Mozambique.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH en seguimiento a través de las consultas externas del Hospital El Carmelo, en Chókwe-Gaza, centro especializado en VIH-tuberculosis, que atiende a una población de 70.000 habitantes. Se analizaron los datos de actividad comprendidos entre 1 de enero del 2014 y 1 de junio del mismo año, presentando variables epidemiológicas.

Resultados: En el periodo del estudio, en el Hospital El Carmelo se encontraban en seguimiento un total de 8.938 pacientes con infección por VIH, con un predominio de mujeres (5.774, 64,6%). La distribución por edades fue: menores de 5 años, 573 (282 femenino, 291 masculino); entre 5-14 años, 540 (240 femenino, 300 masculino); entre 15-24 años, 463 (348 femenino, 115 masculino); entre 25-49 años, 5.482 (3.812 femenino, 1.670 masculino); > 49 años, 1.880 (1.092 femenino, 788 masculino). El estadio de la OMS al inicio del seguimiento era: 3413 pacientes en estadio I, 2.284 en estadio II, 2.557 en estadio III y 334 en estadio IV. Existían 1.584 pacientes (17,72%) con un recuento de CD4 por debajo de 250 cel/ul. De los pacientes en seguimiento, 7.301 (81,68%) recibían terapia antirretroviral (TARV) (4.744 mujeres y 2.557 hombres), siendo 110 niños menores de 5 años. En cuanto a líneas terapéuticas, 7.072 estaban recibiendo fármacos de primera línea (triple terapia en combinación con tenofovir, lamivudina, efavirenz, zidovudina, estavudina o nevirapina) y 225, tras fracaso inmunoviroológico, recibían fármacos de segunda línea (combinación de 2 análogos de nucleósidos con inhibidor de proteasa potenciado). En el periodo de seguimiento, se captaron 2.107 nuevos pacientes VIH positivos (pacientes con TEST sanguíneo positivo o hijos de madres seropositivas, aguardando resultado molecular). De ellos, 1.471 (67,78%) iniciaron terapia antirretroviral, según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los rastreos realizados en consultas, se diagnosticaron 226 infecciones de transmisión sexual (mediante criterios

clínicos y/o observación microscópica) y 440 casos de enfermedad tuberculosa (criterios clínicos, radiológicos, baciloscopia de esputo positiva o técnica molecular). Del total de pacientes, 2.417 estaban en el programa de integración alimentaria; de ellos, 684 presentaban un IMC < 18,5. Hubo 215 fallecimientos, principalmente ocurridos en la planta de hospitalización, siendo su mayoría hombres (119). Se produjeron 203 nacimientos, con 1 caso de transmisión vertical confirmada (0,49%); el resto de nacidos, presentaban 1º PCR negativa y aguardaban resultado de la segunda muestra pasados 6 meses.

Conclusiones: La infección por VIH y la tuberculosis son problemas endémicos en algunas partes del mundo. A pesar de las limitaciones existentes, zonas con pocos medios pueden realizar un seguimiento adecuado a estos pacientes, proporcionando herramientas necesarias para un buen control inmunoviroológico y disminuir así las complicaciones por infecciones oportunistas, la mortalidad y la tasa de transmisión vertical. El retraso del diagnóstico precoz, así como la prevención primaria, continúan siendo deficientes. El contacto con esta realidad y su manejo cercano, puede ser un complemento a la formación de un médico internista.