



I/H-15. - VARIACIÓN INMUNOLÓGICA DEL PACIENTE VIH EN RELACIÓN con el DIAGNÓSTICO PRECOZ VS TARDÍO

M. Ríos Prego, A. Fernández González, E. Alves Pereira, A. Velo García, R. Brea Aparicio, R. Rodríguez Real, J. Diz Arén

Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial de Pontevedra. Pontevedra.

Resumen

Objetivos: Caracterizar la situación del paciente con reciente diagnóstico de la infección por VIH, observando si existen diferencias en el estado inmunológico y clínico entre aquellos que solicitan la serología de VIH por iniciativa propia o por su médico de atención primaria (MAP), y los que son diagnosticados en el medio hospitalario de modo accidental y habitualmente con mayor periodo de evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, de 32 pacientes con nuevo diagnóstico de VIH de agosto de 2012 a agosto de 2013, en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, lugar de residencia, petición de solicitud de la serología, clínica, coinfecciones, carga viral, nivel de linfocitos CD4.

Resultados: Muestra de 32 casos, 29 varones y 3 mujeres, con edad media de 37,9 años. La principal vía de contagio, fue la sexual, con 28 casos (14 homosexuales, 13 heterosexuales y 1 bisexual), 3 parenteral (ADVP), 1 persona no aportó la información. De los pacientes remitidos a la consulta de enfermedades infecciosas 12 habían sido enviadas desde el MAP, de ellas, fueron 6 las que solicitaron por iniciativa propia la serología, 5 diagnósticos fueron realizados por el Servicio de M. Interna, 3 por Digestivo y Hematología, 2 por Dermatología, y otros servicio del ámbito hospitalario como Neumología, Nefrología, Neurología, Urgencias y Reumatología diagnosticaron un paciente cada uno. Al diagnóstico 14 personas presentaban más de 500 linfocitos CD4+/mm³, 8 entre 200 y 499 células/mm³, y 10 menos de 199 linfocitos CD4+/mm³. Los pacientes que solicitaron la serología por iniciativa propia (6 personas), 4 presentaban linfocitos CD4+ mayores de 500/mm³ y carga viral menor de 100.000 copias/mL, siendo el estadio al diagnóstico el siguiente, 4 pacientes A1, uno A2 y otro B1. Los otros 6 pacientes, cuya petición fue realizada por el MAP fueron 5 pacientes B1 y 1 paciente B3. De los 32 nuevos diagnósticos, 4 presentaban enfermedad definitiva de SIDA, 2 TBP y, 1 sarcoma de Kaposi, y otro paciente que presentó de modo concomitante una criptococosis y una toxoplasmosis. Todos ellos presentaban menos de 100 linfocitos CD4/mm³ y habían sido diagnosticados en el ámbito hospitalario.

Discusión: Aquellos pacientes en los que se realiza un diagnóstico precoz (ya sea el MAP por clínica sospechosa de primoinfección o por iniciativa del propio paciente) presentan una situación inmunológica mejor que los que son diagnosticados en otro ámbito sanitario. El diagnóstico precoz

de la infección por VIH junto con el inicio del TAR en etapas tempranas de la enfermedad, retrasa la evolución de la infección, favoreciendo mejor reconstitución inmune, mejorando la esperanza y la calidad de vida del paciente, así como se reduce eficazmente el riesgo de contagio y, por tanto, la tasa transmisión. Por tanto es muy importante el plantearse el abordaje al VIH desde un punto de vista multidisciplinar, donde la información social de la infección por VIH y los sanitarios de primaria jueguen un papel fundamental, debido a la atención diaria, continuada y cercana que mantienen con los pacientes.

Conclusiones: La educación sanitaria y el consejo médico, pueden ser útiles para que el diagnóstico de la infección de VIH se realice en estadios precoces de la enfermedad, hecho de gran importancia para evolución clínica del paciente y para minimizar el riesgo de contagio.