

ORIGINAL

Causes of hospital admission and mortality in HIV/AIDS patients in the infectious disease department of the Regional Hospital of Bata, Equatorial Guinea

Causas de ingreso y mortalidad hospitalaria en pacientes VIH/SIDA en el servicio de infeccioso del Hospital Regional de Bata, Guinea Ecuatorial

Dianelys de la Caridad Gutiérrez Castañeda¹  , Verónica Bendo Monsuy Obono²  

¹Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Departamento de Enfermedades Transmisibles. Pinar del Río, Cuba.

²Hospital Regional de Bata. Bata, Guinea Ecuatorial.

Citar como: Gutiérrez Castañeda D de la C, Monsuy Obono VB. Causes of hospital admission and mortality in HIV/AIDS patients in the infectious disease department of the Regional Hospital of Bata, Equatorial Guinea. AG Salud. 2023;1:23. <https://doi.org/10.62486/agsalud202323>

Recibido: 11-05-2023

Revisado: 26-08-2023

Aceptado: 18-10-2023

Publicado: 19-10-2023

Editor: Prof. Dr. Javier González Argote 

ABSTRACT

Introduction: despite the introduction of highly active antiretroviral treatment (ART), a large number of patients continue to enter the advanced stage of HIV/AIDS infection.

Methods: to characterize the causes of admission and death of HIV/AIDS patients in the infectious service of the Bata Regional Hospital, a retrospective descriptive study was carried out. The universe consisted of 196 HIV positive patients over 16 years of age hospitalized in the unit. of infectious in the first half of 2020. The source of information was medical records. Data were collected on sex, age, presumptive TB symptom, main diagnosis at admission, CD4 value, patients with or without ART, Hemoglobin value, main and secondary diagnoses at discharge or death, and clinical stages according to WHO.

Results: of 196 patients admitted, 31,7 % were men, 88 % were under Antiretroviral Treatment with a median of 635 (IQR 97.5-1927), the median CD4 count was 105 cells/ml (IQR 45-296), the predominant diagnosis upon admission was pneumonia. Tuberculosis was diagnosed in 6 % and cryptococcosis in only 0,5 %. Only 152 of the 494 diagnoses were etiological (31 %). Mortality was 10,2 % with 20 patients dying, the main cause being pneumonia, without being able to define etiology due to lack of diagnostic means.

Conclusion: the majority of hospitalized patients were women and pneumonia was the main diagnosis of hospitalization and mortality.

Keywords: HIV; AIDS; Hospitalization; Mortality.

RESUMEN

Introducción: a pesar de la introducción de tratamiento antirretroviral (TAR) de gran actividad, un gran número de pacientes siguen ingresando en estadio avanzado de la infección por VIH/SIDA.

Metodos: para caracterizar las causas de ingreso y muerte de los pacientes VIH/SIDA en el servicio de infeccioso del Hospital Regional de Bata se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, el universo estuvo constituido por 196 pacientes VIH positivos mayores de 16 años hospitalizados en la unidad de infeccioso en el primer semestre del año 2020. La fuente de información fueron las historias clínicas. Se recogieron datos de sexo, edad, síntoma presuntivo de TB, diagnóstico principal al ingreso, valor de CD4, pacientes con TAR o sin TAR, valor de la Hemoglobina, diagnóstico principal y secundarios al alta o muerte y estadios clínicos según OMS.

Resultados: de 196 pacientes ingresados el 31,7 % fueron hombres, 88 % estaban bajo Tratamiento Antirretroviral con una mediana de 635 (IQR 97,5-1927), la mediana de CD4 fue de 105 cels/ml (IQR 45-296), el diagnóstico que predominó al ingreso fue la neumonía. La tuberculosis se diagnosticó en un 6 % y la criptococosis solo un caso 0,5 %. Tan solo 152 de los 494 diagnósticos fueron etiológicos (31 %). La mortalidad fue de un 10,2 % con 20 pacientes fallecidos, siendo la principal causa la neumonía, sin poder definir etiología por falta de medios diagnósticos.

Conclusión: la mayoría de los pacientes hospitalizados fueron mujeres y las neumonías constituyeron el principal diagnóstico de hospitalización y de mortalidad.

Palabras clave: VIH; SIDA; Hospitalización; Mortalidad.

INTRODUCCIÓN

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 40 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable. A finales de 2022 había aproximadamente 39 millones de personas con el VIH, dos tercios de ella en la región de África. Como resultado de los esfuerzos internacionales concertados para responder al VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente.⁽¹⁾

Además, dadas sus circunstancias de vida, otros grupos poblacionales pueden ser particularmente vulnerables y correr un mayor riesgo de infección por el VIH, como las adolescentes y las mujeres jóvenes de África meridional y oriental y los pueblos indígenas de algunas comunidades. El aumento de la vulnerabilidad al VIH suele estar asociado a factores legales y sociales, lo que aumenta la exposición a situaciones de riesgo y crea obstáculos para acceder a servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH eficaces, de calidad y asequibles.⁽¹⁾

Desde que se dispone de FAR (fármacos antirretrovirales) con los que formar combinaciones potentes, el TAR ha logrado beneficios enormes en reducción de la morbilidad y de la transmisión de la infección por el VIH-1. Paralelamente, el uso de los FAR ha adquirido gran complejidad por la aparición de distintas familias y fármacos, así como sus múltiples facetas en cuanto a eficacia, toxicidad, resistencias, tropismo, interacciones, etc., y su uso en situaciones clínicas especiales, como la prevención de la transmisión.⁽²⁾

A partir de 1996 hemos asistido a un aumento espectacular de la supervivencia de los pacientes con sida, junto con una dramática reducción de las infecciones oportunistas y neoplasias asociada al sida, debido fundamentalmente a la aplicación de tratamientos antirretrovirales muy potentes en los pacientes en estadios avanzados (linfocitos CD4+ <350-200 células/ml).⁽³⁾

Más de dos tercios de todas las personas con el VIH viven en la Región de África de la OMS (25,7 millones). África occidental y central, hogar de 5 millones de personas que viven con el VIH, no está en el buen camino para poner fin al sida en 2030. Cada día más de 760 personas se infectan por el VIH en la región y solo 2,6 millones de personas que viven con el VIH de los 5 millones que hay están en tratamiento. Guinea Ecuatorial, con una prevalencia del VIH estimada en un 7,2 % en 2019, ha tomado medidas para incrementar su respuesta al sida.⁽⁴⁾

Hay datos muy limitados de causas de ingreso y mortalidad de las personas que viven con VIH/sida en los hospitales. Por lo que el objetivo del estudio es identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA en el Hospital Regional de Bata de Guinea Ecuatorial. Esto ayudaría a mejorar el seguimiento y diagnóstico precoz de algunas infecciones oportunistas, así como actuar sobre los factores asociados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en historiales de ingreso de todos los pacientes admitidos en el servicio de infeccioso del Hospital Regional de Bata en el primer semestre de 2020.

El universo fueron los pacientes que ingresaron en el servicio de infeccioso, todos mayores de 16 años, seleccionados por medio de una revisión de todas las historias clínicas de los pacientes que se hospitalizaron en el periodo estudiado, quedando una muestra fue de 196 pacientes que cumplían con los siguientes criterios:

Criterio de inclusión

Todos los pacientes admitidos en el servicio con diagnóstico de infección por VIH que fueron hospitalizados independientemente del motivo de hospitalización. Se les realizó el seguimiento hasta su egreso.

Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas, historias rotas e ilegibles.

Variables analizadas

Se recogieron datos de sexo, edad, diagnóstico principal al ingreso síntoma presuntivo de TB, los inicios de tratamiento de TB, valor de CD4, pacientes con TAR o sin TAR, valor de la Hemoglobina, diagnóstico principal y secundarios al alta o muerte, estadios clínicos según OMS.

Se consideraron diagnóstico tanto los casos confirmados como los presuntivos, excepto en el diagnóstico de tuberculosis y paludismo donde se consideraron solo los casos confirmados.

Análisis estadístico

Para resumir las variables cualitativas, se utilizaron números absolutos y %, para las variables cuantitativas se utilizó la mediana como medida de tendencia central y el rango intercuartílico 25-75 como medida de dispersión.

La información se presentó en forma de tablas y gráficos para una mejor comprensión y análisis de los resultados.

El informe final se redactó utilizando el procesador de texto Word 2016.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 196 pacientes todos con el diagnóstico de VIH/sida al ingreso en el período analizado (Tabla 1). De los cuales 32 % (62) pacientes eran de sexo masculino, con una mediana de edad de 38 años, dentro de los síntomas al ingreso se dio énfasis en los síntomas presuntivos de tuberculosis pulmonar y se encontró de entre todos los pacientes un 66 % (129) tenían un síntoma presuntivo de tuberculosis pulmonar, presentaban tos 31 % (60), mientras un 54 % (106) presentaba fiebre, la pérdida de peso se evidenció en 2 % (3), sudoración nocturna en 1 % (2) y pérdida de apetito en 6 % (11), un total de 40 % (78) pacientes presentaban solo un síntoma, 26 % (50) presentaban dos síntomas y más de tres síntomas solo 0,5 % (1).

Tabla1. Características de la población al ingreso

Características			Primera sospecha diagnóstica			Grupo sindrómico ⁽²⁾
Pacientes	196		Neumonía	61	(31,1 %)	Respiratorio
			EDA	36	(18,3 %)	Diarreico
Sexo Masculino	62	(32 %)	Paludismo	21	(10,7 %)	Febril
Edad ⁽¹⁾	38	(IQR 31-49)	Anemia severa	18	(9,2 %)	Anemia
Algún síntoma presuntivo TB	129	(66 %)	Fiebre tifoidea ⁽³⁾	14	(7,1 %)	Febril
Qué síntoma			Kaposi	10	(5,1 %)	Kaposi
Tos	60	(31 %)	Diarrea crónica	8	(4,1 %)	Diarreico
Fiebre	106	(54 %)	Toxoplasmosis	4	(2,0 %)	Neurológico
Pérdida de peso	3	(2 %)	HTA	4	(2,0 %)	Endocrino/metabólico
Sudoración nocturna	2	(1 %)	Deshidratación	3	(1,5 %)	Deterioro general
Pérdida de apetito	11	(6 %)	TB pulmonar ⁽⁴⁾	3	(1,5 %)	Respiratorio
Solo un síntoma	78	(40 %)	Anemia ligera	2	(1,0 %)	Anemia
Dos síntomas	50	(26 %)	Ascitis	2	(1,0 %)	Abdominal
≥3 síntomas	1	(0,5 %)	Cándida oral	2	(1,0 %)	Cutáneo-mucoso
TARV al ingreso			Debilidad	1	(0,5 %)	Deterioro general
Sí	172	(88 %)	Dolor mano	1	(0,5 %)	Osteo-articular
Naive	11	(6 %)	Encefalopatía	1	(0,5 %)	Neurológico
Abandono	13	(7 %)	Hipoglucemia	1	(0,5 %)	Endocrino/metabólico
Fecha de inicio TAR (31,16 %) ⁽¹⁾	653	(IQR 97,5-1927)	Insuficiencia cardíaca	1	(0,5 %)	Endocrino/metabólico
CD4 (32,16 %) ¹	105 cels/mm3	(IQR 45-296)	Insuficiencia renal	1	(0,5 %)	Deterioro general
días antes de ingreso (20,10 %)	12	(IQR 5-22)	Síndrome febril	1	(0,5 %)	Febril
Hemoglobina (149,76 %) ⁽¹⁾	8 g/L	(IQR 6-10)	Tumor uterino	1	(0,5 %)	Abdominal
Creatinina (31,16 %) ⁽¹⁾	3 mg/dL	(IQR 1-7)				

Leyenda: 1 Mediana y rango intercuartílico. El grupo sindrómico ha sido asignado a posteriori por el estudio para facilitar el análisis. Los clínicos dan este diagnóstico ante un test serológico (widal) positivo. 4 De los tres casos de tuberculosis, dos estaban ya diagnosticados antes

Al ingreso se constató que los pacientes que venían recibiendo TAR eran mucho más que los recientes con un 88 % (172), los que iniciaron recientemente representaban un 6 % (11) y los que por algún momento decidieron suspender el TAR por su propia cuenta eran de 7 % (13).

Solo se pudo recoger el dato de la fecha del inicio de TAR en 16 % (31) de las historias. Es alarmante la cifra inferior de pacientes que realizaron las pruebas analíticas como los CD4 con un total de 16 % (32) con una mediana de 105 células/mm³, realizaron la creatinina como prueba para evaluar el funcionamiento renal 16 % (31) con una mediana de 3 mg/dl, y la hemoglobina la realizaron 76 % (149) con una mediana de 8 g/l.

En cuanto a las hospitalizaciones se observó que la principal causa de ingreso fueron las infecciones respiratorias (neumonía) representando un 31,1 % (61), seguido de enfermedad diarreica aguda (EDA) 18,3 % (36), paludismo con 10,7 % (21), anemia severa 9,2 % (18), fiebre tifoidea 7,1 % (14), el sarcoma de Kaposi como enfermedad definitoria de Sida fue el sexto diagnóstico de sospecha al ingreso con 5,1 % (10) y la Tuberculosis pulmonar solo se sospechó en 1,5 % (3) al ingreso a pesar del elevado número de neumonías y una mediana de CD4 bajo. El grupo sindrómico ha sido asignado a posteriori por el estudio para facilitar el análisis.

Dentro de los diagnósticos finales dados por los clínicos, es decir, la sumatoria del diagnóstico principal y los secundarios (Tabla 2) Cabe resaltar que la totalidad de los diagnósticos planteados fueron 463, Se observan cambios interesantes al recoger todos los diagnósticos de cada paciente entre 2 y 3 por paciente, las anemias pasan hacer los problemas más frecuentes 23,5 % (109), seguido por cuadros respiratorios 18,3 % (85) y febriles 14 % (65). solo el 23 % (121) fueron etiológicos, tanto el diagnóstico de fiebre tifoidea como el de toxoplasmosis fueron realizados con pruebas serológicas, que no cuentan con mucha especificidad. Los únicos diagnósticos que fueron confirmados por una técnica específica fueron el paludismo con la gota gruesa y la Tuberculosis pulmonar con la técnica de Ziehl Nelsen. Se evidencia (Figura 1) las enfermedades definitorias de SIDA absolutamente infradiagnosticadas.

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupo sindrómico y diagnósticos finales

Grupo sindrómico	Diagnósticos finales dados por los clínicos	N (%)	N por síndrome (%)	Etiológico (%)	Prueba diagnóstica
Anemia	Anemia severa	62 (13,3)	109 (23,5)	0 (0)	
	Anemia ligera	47 (10,1)			
Febril	Fiebre tifoidea	52 (11,2)	65 (14)	63 (97)	Test widal Gota gruesa
	Paludismo	11 (2,3)			
	Síndrome febril	2 (0,4)			
Neurológico	Toxoplasmosis	6 (1,3)	11 (2,3)	8 (73)	Lfa toxoplasma
	Encefalopatía vih	1 (0,2)			
	Parálisis facial	1 (0,2)			
	Coma hipoglucémico	1 (0,2)			
	Cefalea	1 (0,2)			
	Meningitis criptocócica	1 (0,2)			
Respiratorio	Neumonía	66 (14,2)	85 (18,3)	12 (14)	Ziehl nelsen
	Tuberculosis pulmonar	12 (2,6)			
	Derrame pleural	5 (1,0)			
	Insuficiencia respiratoria	2 (0,4)			
Abdominal	Ascitis	11 (2,3)	23 (4,9)	2 (8,6)	Lfa vhb
	Hepatoesplenomegalia	5 (1,0)			
	Hepatitis b	2 (0,4)			
	Dolor abdominal	1 (0,2)			
	Hepatopatía crónica	1 (0,2)			
	Tumor abdominal	1 (0,2)			
	Disfagia	1 (0,2)			
	Vómitos	1 (0,2)			
Diarréico	Diarrea crónica	11 (2,3)	63 (13,6)	0	
	Diarrea aguda	45 (9,7)			
	Parasitismo intestinal	5 (1,0)			

	Rectorragia	1 (0,2)			
	Disentería bacilar	1 (0,2)			
Deterioro general	Deshidratación	43 (9,2)	55 (11,8)	0	
	Insuficiencia renal	7 (1,5)			
	Caquexia	4 (0,8)			
	Neuropatía periférica	1 (0,2)			
Cutáneo-mucoso	Candidiasis esofágica	10 (2,1)	20 (4,3)	18 (90)	
	Candidiasis oral	8 (1,7)			
	Erupción cutánea	2 (0,4)			
Kaposi	Sarcoma de kaposi	15 (3,2)	15 (3,2)	15 (100)	
Its	Sífilis	1 (0,2)	4 (0,8)	2 (50)	Test vdrl
	Herpes genital	1 (0,2)			
	Infección del tracto urinario	2 (0,2)			
Endocrino/ metabolico	Hta	6 (1,3)	11 (2)	0 (0)	
	Diabetes	4 (0,8)			
	Insuficiencia cardiaca	1 (0,2)			
Osteo-articular	Dolor mano	1 (0,2)	1 (2,3)	0 (0)	
Total			462	121 (26)	

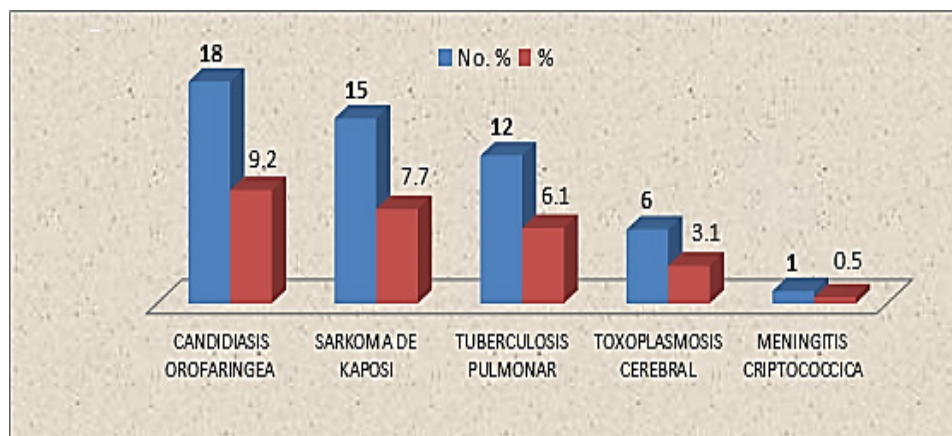


Figura 1. Enfermedades definitorias de SIDA en pacientes hospitalizados

Tabla 3. Resultado evolutivo al finalizar el ingreso				
Síndrome al que pertenece el diagnóstico principal al finalizar el ingreso	N (%)	Resultado favorable	Resultado no favorable	Muertes registradas
Anemia	4 (2)	3 (75)	1 (25)	1 (25)
Febril	43 (22)	32 (74)	11 (26)	0 (0)
Neurológico	9 (5)	1 (11)	8 (89)	1 (11)
Respiratorio	59 (30)	43 (73)	16 (27)	10 (17)
Abdominal	4 (2)	2 (50)	2 (50)	1 (25)
Diarréico	38 (19)	28 (74)	10 (26)	4 (11)
Deterioro general	8 (4)	5 (63)	3 (38)	0 (0)
Cutáneo-mucoso	7 (4)	3 (43)	4 (57)	1 (14)
Its	1 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Kaposi	15 (8)	9 (60)	6 (40)	2 (13)
Ecv/metabólico	4 (2)	2 (0)	2 (0)	0 (0)
Osteoarticular	1 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Ninguno	3 (2)	0 (0)	3 (100)	0 (0)
Total	196	130 (66)	63 (32)	20 (10)

Contando los grupos sindrómicos al finalizar el ingreso (Tabla 3), los problemas respiratorios se observan en 30 % (59) y los febriles en 22 % (43) suponen juntos la mitad de los diagnósticos. Solo un 66 % tuvo resultado favorable, siendo destacable las altas tasas de alta voluntaria, fugas o traslado. Es de notar el altísimo resultado desfavorable en los problemas neurológicos 80 % (8).

De los fallecidos (Tabla 4) se observa un menor número de sexo masculino 26 % (5) con una mediana de edad de 39 años, claramente los CD4 parecen más bajos (63) igual que la Hemoglobina (7,35). Muy interesante observar los diagnósticos que aparecen en mucha mayor proporción entre los muertos que en la población general como la neumonía (37 vs 23 como diagnóstico principal), diarrea o deshidratación (26 vs 17 como diagnóstico general), candidiasis esofágica, insuficiencia respiratoria, anemia severa; Lo contrario ocurre con la fiebre tifoidea que se presenta en mucho menor proporción entre los fallecidos que entre la población general (4 vs 15 población general). Entre los fallecidos se constata menor número de muertes por enfermedades definitorias de SIDA (Figura 2).

Tabla 4. Mortalidad comparada con la población de estudio				
Características	Fallecidos N (%)		Población estudio N (%)	
N	20		196	
Sexo masculino	5 (26)		62 (32)	
Edad	39	(IQR 32,5-43)	38	(IQR 31-49)
Algún síntoma presuntivo de TB	13 (68)		129 (66)	
En TAR al ingreso	14 (74)		172 (88)	
CD4 (3,16 %)	63	(IQR 54-224)	105	(IQR 45-296)
Hb (12,63 %)	7,35	(IQR 5-8,4)	8	(IQR 6-10)
Diagnóstico de TB	3 (15)		12 (6)	
Diagnóstico principal				
Neumonía	6 (30)		46 (23)	
Enfermedad diarreica	4 (20)		33 (17)	
Tuberculosis pulmonar	3 (15)		12 (6)	
Kaposi	2 (10)		15 (8)	
Cándida esofágica	1 (5)		2 (1)	
Toxoplasmosis	1 (5)		6 (3)	
Hepatopatía crónica	1 (5)		1 (1)	
Insuficiencia respiratoria	1 (5)		1 (1)	
Anemia severa	1 (5)		3 (2)	

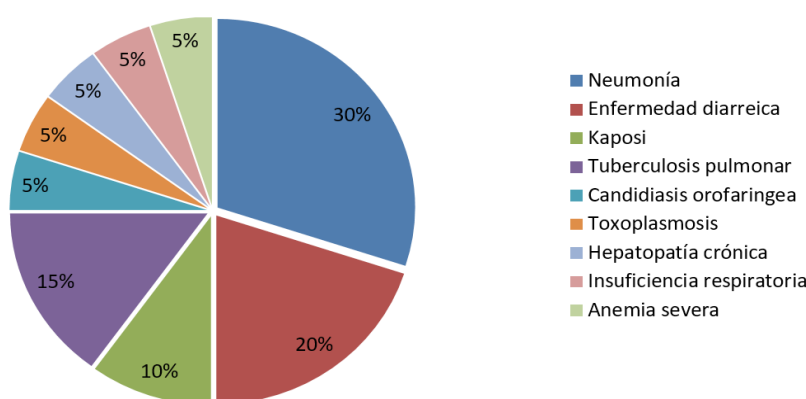


Figura 2. Mortalidad por causa en pacientes hospitalizados con VIH

DISCUSIÓN

La alta tasa de ingresos de pacientes en TAR en nuestro servicio y la falta de estudios precedentes en el mismo contexto, ha propiciado el interés de estudiar las distintas causas que lo conllevan así como la mortalidad en este grupo de pacientes.

De los 196 pacientes ingresados en el servicio en el periodo estudiado, la población que ingresa es mayoritariamente femenina, con una mediana de edad de 38 años cifra que coincide con otros estudios realizados en países africanos donde se ingresan más mujeres,^(5,6) encontrando diferencias en otros estudios

realizados en Europa y América Latina.^(7,8,9) El diagnóstico principal al ingreso fue la neumonía seguida de diarrea, la segunda causa de ingreso coincide en lo encontrado en un estudio en La India.⁽¹⁰⁾ Se percata que un 85 % presentaban síntomas presuntivos de una Tuberculosis tales como la tos y la fiebre, muy pocos datos recogidos en cuanto la sudoración nocturna y la pérdida de peso por no realizar el screening de los síntomas de Tuberculosis recomendado.

A pesar de que la mayoría de los pacientes llevaban TAR al ingreso y con un promedio de 2 años, pero ingresaban en un mal estado general y un deterioro inmunológico importante con una mediana de CD4 de 105 células/mm³ (IQR 45-296), mediana de Hemoglobina 8 gr/dl (76 %) y la mediana de creatinina 3 mg/dl (16 %) siendo analíticas absolutamente esenciales en el seguimiento de un paciente VIH ingresado. No se pudo realizar las pruebas a todos los pacientes por deficiencia económica y falta de apoyo familiar teniendo en cuenta que en nuestro contexto todas las pruebas solicitadas son gestionadas por los familiares ya sea en el transporte y la recepción. En estudio realizado en África Subsahariana sobre fallos del sistema sanitario que pueden causar mortalidad hospitalaria prevenibles se mencionan cinco aspectos de entre ellos la presentación tardía de casos de VIH, diagnóstico de infecciones oportunistas y retraso de inicio de TAR,⁽¹¹⁾ aspectos que se ponen de manifiesto en el estudio. Coinciden los resultados de una investigación realizada en Israel, donde relaciona los ingresos especialmente por enfermedades definitorias de SIDA y la mortalidad con recuentos más bajos de células CD4.⁽¹²⁾

Estudio realizado en 2015 sobre las causas de ingreso hospitalario entre las personas que viven con el VIH en todo el mundo revela que las principales causas de ingreso fueron las enfermedades relacionadas con SIDA (46 %) y las infecciones bacterianas (31 %).⁽¹³⁾ La información recogida en esta investigación pudiera coincidir con estos datos por el estado avanzado de los pacientes pero por las deficiencia en el trabajo de los facultativos la gran mayoría de los diagnósticos traducen problemas clínicos que encajan bien en las clasificaciones sindrómicas habituales en VIH. En este contexto, la disponibilidad de unos pocos test diagnósticos profundamente inespecíficos, parece confundir en vez de ayudar, como se puede ver en la tabla 1 donde solo 12 % se sospechan oportunistas, a pesar de las condiciones de SIDA avanzado en los pacientes aumenta a 26,6 % en los diagnósticos finales dados por los clínicos al alta. Solo en un caso se sospecha Tuberculosis a pasar de 61 casos de sospecha de neumonía, ningún caso de sospecha de pneumocystis jirovecii, ninguna sospecha de cryptococosis, la sospecha de toxoplasmosis cerebral se basa en un test serológico. La asombrosa prevalencia de la sospecha de fiebre tifoidea es debida al uso masivo (casi universal) del test de Widal, un test serológico inespecífico. Y la gran prevalencia de paludismo podría incluir una proporción muy significativa de casos en que este diagnóstico es casual, no justificando el cuadro clínico del paciente. Es importante señalar que los medios diagnósticos son muy deficientes para realizar el diagnóstico de las infecciones oportunistas algo que repercute de forma negativa en el manejo de los pacientes.

Teniendo en cuenta que en muchos estudios realizados la Tuberculosis pulmonar es la infección oportunista más frecuente en pacientes VIH ingresados y constituye una de las primeras causas de muerte^(5,8,14,15) en la población estudiada se diagnosticó la Tuberculosis en solo 5,1 %, esto sugiere una vez más el bajísimo índice de sospecha de Tuberculosis.

Llama la atención la demora en el diagnóstico de Tuberculosis en la sala, con una mediana de 6 días (IQR 4,5-7), esto puede deberse a varios motivos desde la baja sospecha, dificultad para obtener la muestra de los pacientes y dificultades o retrasos administrativos para obtener resultados (transporte, recepción y análisis).

La tasa de mortalidad de la población en estudio ha sido de 10,2 %, cifra menor cuando se compara con otros estudios realizados en África como Nigeria con una tasa de mortalidad de 34,8 % Gana 55 %.^(5,15) Y más cerca de la tasa de mortalidad en países desarrollados,⁽⁹⁾ teniendo en cuenta el aumento de resultados desfavorables (fugados, traslado y alta voluntaria) suelen relacionarse con pacientes en estadio terminal de la infección, donde la desesperación ocasiona la toma de decisiones muchas veces por parte de la familia, acudiendo en las curanderías donde terminan falleciendo. Por lo que, la tasa de mortalidad puede no coincidir con la tasa real.

La anemia se asociaba a casi todos los casos fallecidos, una anemia sin definir la causa, que podría corresponder a un estadio 3 de la OMS, una sepsis bacteriana o una Tuberculosis no diagnosticada, estos hallazgos concuerdan con los encontrados en un estudio hematológico de Uganda en 2018 donde el riesgo de hospitalización y muerte fue elevado para los pacientes VIH con anemia y predijo déficit de la calidad de vida,⁽¹⁶⁾ y en algunos estudios la anemia constituye la segunda causa de muerte en pacientes ingresados.⁽¹⁴⁾ La cifra de los pacientes con síndrome neurológico casi todos con resultado desfavorable (8/10) que podría explicarse de nuevo por muy baja sospecha de enfermedad criptocócica. Así como el deterioro general un grupo amplio que incluye caquexia, deshidratación y debilidad, etc, en este caso la etiología subyacente diagnosticada puede ser la tuberculosis y el fracaso renal no reconocido.

Es importante señalar que, de 65 % de las infecciones consideradas como no definitorias de SIDA, pudieran haber sido por las mismas deficiencias antes mencionadas, por lo que es posible que la proporción de muertes por eventos definitorios de sida de este grupo de pacientes esté subestimada.

Es visible el enorme número de pacientes que podrían estar en fracaso terapéutico, pero por no disponer

de la carga viral a nivel nacional, esto dificulta una adecuada monitorización de la respuesta al TAR, por lo que se monitoriza el TAR solo con el conteo de las células CD4 y la valoración clínica, no cumpliendo así con lo recomendado en la guía nacional del uso de antirretrovirales para la prevención y el tratamiento de infección.⁽¹⁷⁾

Al ser un estudio retrospectivo no ha estado al margen de limitaciones sobre todo en la recogida de información en las historias clínicas encontrándose con muy pocos datos registrados, letras no legibles que fue un criterio de exclusión disminuyendo así la muestra en estudio; Además de encontrarse con muchos diagnósticos sindrómicos sin definir muy bien el diagnóstico etiológico.

Con este estudio pionero en Guinea Ecuatorial, se abre un abanico de posibilidades que se tendrá que estudiar en un futuro no lejano para entender adecuadamente los problemas de salud que más afectan a las personas que viven con VIH, factores asociados y la evolución de los mismos durante el tratamiento antirretroviral.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes hospitalizados fueron mujeres y las neumonías constituyeron el principal diagnóstico de hospitalización y de mortalidad. Es urgente prevenir y detectar el fracaso al TAR. Además debe aumentarse el índice de sospecha y la capacidad diagnóstica para disminuir el infradiagnóstico actual de las oportunistas más graves y prevalentes como la Tuberculosis, criptococosis y la neumonía por pneumocystis jirovecii.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. VIH y sida. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. GeSIDA. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización. 2019. Accesible: gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia_Tar_Gesida_Ene_2019.pdf(Consultada 16.08.2020).
3. Gatell Artigas JM, Clotet Sala B, Podzamczak Palter D, et al. Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 9ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
4. ONUSIDA. HIV and AIDS Estimates. 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/equatorialguinea>
5. Agaba PA, Digin E, Makai R, et al. Clinical characteristics and predictors of mortality in hospitalized HIV-infected Nigerians. *J Infect Dev Ctries*. 2011; 5(5):377-382.
6. Adedimeji AA, Hoover DR, Shi Q, Kim HY, et al. Trends in demographic and clinical characteristics and initiation of antiretroviral therapy among adult patients enrolling in HIV care in the Central Africa international epidemiology Database to evaluate AIDS (CA-leDEA) 2004 to 2018. *J Int AIDS Soc*. 2021 Jun;24(6):e25672. doi:10.1002/jia2.25672. PMID:34152663; PMCID:PMC8216847.
7. Martín-Onraet A, Piñeirua-Menéndez A, Perales-Martínez D, et al. In-hospital mortality in HIV-infected patients: 10 years after the implementation of universal access to HAART in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2015;57(2): 163-170
8. Álvarez Barreneche MF, Restrepo Castro CA, Hidrón Botero A, et al. Hospitalization causes and outcomes in HIV patients in the late antiretroviral era in Colombia. *AIDS Res Ther*. 2017;14(1):60
9. Asensi-Diez R, Fernández-Cuerva C, Alcaraz Sánchez J, et al. Diagnóstico al alta y causas de mortalidad de pacientes VIH+ ingresados en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Quimioter*. 2019;32(4): 317-32.
10. Sobhani R, Basavaraj A, Gupta A, et al. Mortality & clinical characteristics of hospitalized adult patients with HIV in Pune, India. *Indian J Med Res*. 2007; 126(2):116-121
11. Mugglin C, Estill J, Wandeler G, et al. Loss to programme between HIV diagnosis and initiation of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2012, 17(12): 1509-1520.
12. Mahlab-Guri K, Asher I, Bezalel-Rosenberg S, Elbirt D, Sthoeger ZM. Hospitalizations of HIV patients in a major Israeli HIV/AIDS center during the years 2000 to 2012. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(18):e6812.

13. Ford N, Shubber Z, Meintjes G, et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2015;2(10):e438-e444
14. Saavedra A, Campinha-Bacote N, Hajjar M, et al. Causes of death and factors associated with early mortality of HIV-infected adults admitted to Korle-Bu Teaching Hospital. *Pan Afr Med J*. 2017; 27:48. Published 2017 May 18.
15. Lartey M, Asante-Quashie a, Essel A, et al. Causes of death in hospitalized HIV patients in the early antiretroviral therapy era. *Ghana Med J*. 2015, 49(1):7-11.
16. Ezeamama AE, Guwatudde D, Sikorskii A, et al. Impaired Hematologic Status in Relation to Clinical Outcomes among HIV-Infected Adults from Uganda: A Prospective Cohort Study. *Nutrients*. 2018;10(4):475.
17. MINISTERIO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE GUINEA ECUATORIAL. Actualización del protocolo de tratamiento 2018 de la Guía integrada del uso de antirretrovirales para la prevención y el tratamiento de la infección VIH 1ª Ed. Malabo: MINSABS 2018.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Curación de datos: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Análisis formal: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Investigación: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Metodología: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Administración del proyecto: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Redacción - borrador original: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.

Redacción - revisión y edición: Dianelys de la C. Gutiérrez Castañeda, Verónica Bendoño Monsuy.