

Cuidados Intensivos en pacientes con infección por el VIH durante la era de la terapia HAART

Sr. Director:

La idoneidad del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un hecho controvertido y discutido, hasta el momento se trataba de pacientes que generaban altos costos con pobres resultados en cuanto a su supervivencia. Existen estudios acerca de su admisión y motivo de ingreso en la UCI¹, un gran número hace referencia al pronóstico intraUCI^{2,4}, siendo menos estudiada la supervivencia a largo plazo³ e infrecuente su análisis tras la incorporación de la terapia antirretroviral de gran eficacia (TARGA)⁵. Por este motivo realizamos un análisis epidemiológico de los pacientes con infección por el VIH ingresados en la UCI y su supervivencia al año tras la instauración de la TARGA. Realizamos un análisis descriptivo de todos los pacientes infectados por el virus VIH que ingresaron en nuestra UCI durante 5 años (1999-2004). Durante los 5 años estudiados ingresaron en UCI 25 pacientes con infección por el VIH, el 20% fueron mujeres, la edad media fue de 37 años, su estancia media en UCI fue de 6,5 días con una estancia hospitalaria media de 32,6 días. Las localizaciones más frecuentes de los pacientes en el momento de su ingreso en UCI fueron desde Urgencias el 29%, desde el Servicio de Infecciosas el 24%, desde otros hospitales el 24% y desde el Servicio de Cirugía el 12%. Los pacientes dados de alta desde la UCI en un 40% de los casos fueron dirigidos al Servicio de Infecciosas y un 12% fueron dados de alta al Servicio de Cirugía. En el momento de su ingreso un 68% habían sido diagnosticados de infección por el VIH, un 44% eran portadores de virus de hepatitis B o C, un 44% habían tenido contacto con drogas por vía parenteral (ADVP) y un 12% tenían antecedentes de tuberculosis. Un 16% de los pacientes fueron diagnosticados de la infección por el VIH durante su ingreso en UCI. El mecanismo de transmisión del VIH era la ADVP en el 76% de los casos y por contacto sexual en el 24%.

El motivo más frecuentes de ingreso en UCI fue la insuficiencia respiratoria (32%), siendo el diagnóstico más frecuente al alta la neumonía (40%). El 60% de los pacientes precisaron ventilación mecánica con un tiempo medio de ventilación de 7,46 días. Durante la evolución un 32% presentó shock séptico, el 44% fallo de algún órgano y un 16% síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Un 64% de los pacientes habían recibido TARGA previa.

El 32% de los pacientes ingresados en la UCI fallecen durante su estancia en este servicio; los pa-

cientes fallecidos tuvieron una significativa mayor estancia media en la UCI (10,6 frente a 4,6); con mayor frecuencia estaban coinfectados por virus hepatotropos (62,5% frente a 47%); una mayor incidencia de diagnóstico de bronconeumonía (62,5% frente a 17,6%), shock séptico (75% frente a 11,76%) y SDRA (25% frente a 11,86%). También fue superior el porcentaje de pacientes en estadio avanzado de infección por el VIH (C 3) en el grupo de pacientes fallecidos (75% frente a 47%). La supervivencia global al año fue del 56%.

Los pacientes infectados por el VIH representan un mínimo porcentaje sobre el total de los ingresos de la UCI. Se trata de una población similar a la descrita en otros estudios^{1,3}, que genera breves estancias en UCI, no así en el hospital, adquiriendo la infección por el uso de drogas por vía parenteral. Hasta en un 16% de los casos la sospecha y posterior diagnóstico de infección por el VIH se realizó intraUCI. La insuficiencia respiratoria es el motivo más frecuente de ingreso, aunque también existen ingresos derivados del propio tratamiento. La mortalidad intraUCI se cifra en el 32% que, aunque elevada, concuerda con la de otros estudios realizados³. Más de la mitad de los pacientes sobreviven tras el año de su ingreso, cifras más elevadas que otros estudios anteriores a las nuevas terapias antirretrovíricas^{1,3}, siendo estos resultados derivados de la utilización de las mismas (64% de los pacientes bajo dicho tratamiento)⁵. En nuestra experiencia, el ingreso de los pacientes con infección por el VIH en la UCI y la utilización de tratamiento intensivo se encuentran justificados debido al incremento de la supervivencia a largo plazo.

B. OBÓN AZUARA^a, I. GUTIÉRREZ CÍA^a, B. VILLANUEVA ANADÓN^b, E. CIVEIRA MURILLO^b Y C. SÁNCHEZ POLO^b
^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel. España. ^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choperena G, Arcega I, Marco P, Mintegi I, Reviejo K, Murgialdai A, et al. Pronóstico de los pacientes VIH positivos ingresados en UCI. *Med Intensiva*. 2000;24:392-7.
2. Bonarek M, Morlat P, Chene G, Rapin D, Hilbert G, Pillet O, et al. Prognostic score of short-term survival in HIV-infected patients admitted to medical intensive care units. *Int J STD AIDS*. 2001;12:239-44.
3. Choperena G, Arcega I, Marco P, Alberdi F, Azaldegui F, Alberola I, et al. Supervivencia al año de los pacientes VIH posi-

tivos ingresados en UCI en el período previo a la terapia antirretroviral combinada. *Med Intensiva*. 2001;25:263-9.

4. Bonastre J, Cebrian J, Gudin J, y grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la SEMIUC. Características clínicas y supervivencia de los pacientes VIH positivos ingresados en UCI. *Med Intensiva*. 1996;20:185-191.

5. Morris A, Creasman J, Turner J, Luce JM, Wachter RM, Huang L. Intensive care of human immunodeficiency virus-infected patients during the era of highly active antiretroviral therapy. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166:262-7.