

Alejandra Romano Cardozo<sup>1</sup>  
Luis Sainz Comas<sup>2</sup>  
Montserrat Seres Roig<sup>3</sup>  
Aitor Alquézar-Arbé<sup>3</sup>

## Impacto de la COVID-19 en el diagnóstico tardío de VIH: a propósito de un caso

<sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>3</sup>Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

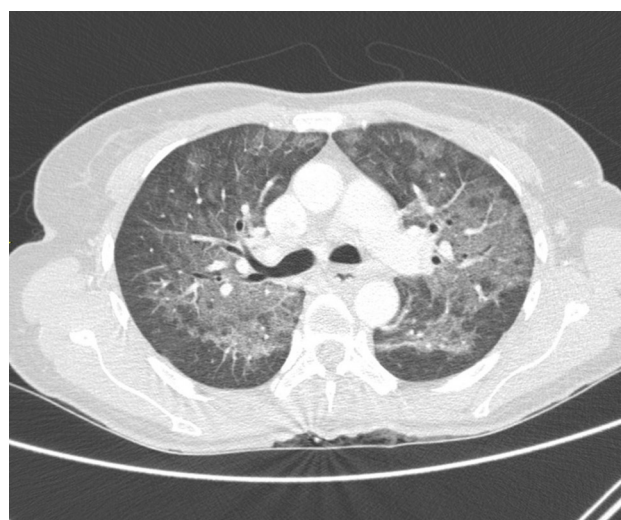
### Article history

Received: 1 October 2021; Revision Requested: 3 November 2021; Revision Received: 7 November 2021; Accepted: 26 November 2021; Published: 15 September 2022

Estimado Editor:

Durante la pandemia por COVID-19, han disminuido las consultas en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) no relacionadas con COVID-19. Este retraso en la búsqueda de atención médica puede conducir a un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Este caso es un ejemplo de "daños colaterales" causados por la pandemia COVID-19.

Se presenta el caso de una mujer de 47 años, de origen latinoamericano y residente en España desde hacía tres meses, sin antecedentes patológicos de interés, y que consultó el 25 de noviembre de 2020 –segunda ola de pandemia COVID 19– en urgencias por un cuadro de un mes de evolución consistente en fiebre, odinofagia y astenia. Había realizado múltiples consultas previas por este mismo cuadro clínico y recibido tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg durante 10 días sin respuesta. En la última semana se añadió epigastralgia intensa que dificultaba la ingesta oral y disnea a moderados esfuerzos. Al examen físico estaba hemodinámicamente estable, eupneica, y se observó la presencia de placas blanquecinas en lengua y paladar compatibles con candidiasis orofaríngea. En analítica tenía unos leucocitos totales de 1740 cel/mm<sup>3</sup> y unos linfocitos totales de 180 cel/mm<sup>3</sup>. En la RX tórax se observaron infiltrados tenues bilaterales. La PCR para SARS-CoV-2 fue negativa. Se ingresó en planta para estudio y tratamiento. La serología para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), fue positiva y los linfocitos CD4 de 24 cel/mm<sup>3</sup>. El TAC torácico fue compatible con neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (Figura 1A), el diagnóstico se confirmó mediante lavado bronco-alveolar, se practicó una fibrogastroscoopia que fue sugestiva de esofagitis por citomegalovirus (Figura 1B), la biopsia confirmó el diagnóstico. Se realizó tratamiento específico de las infec-

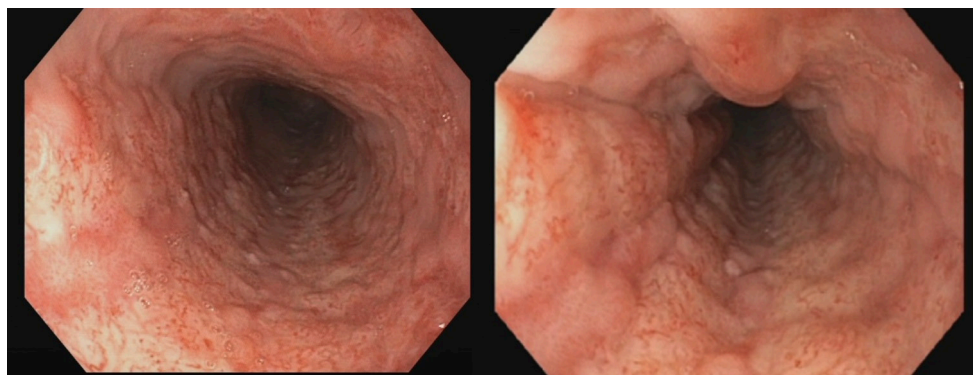


**Figura 1A** TAC Tórax. Imágenes en vidrio deslustrado de predominio central, de distribución bilateral y panlobar.

ciones oportunistas diagnosticadas con buena respuesta y se inició tratamiento antirretroviral bictegravir, emtricitabina, tenofovir, con correcta tolerancia. Actualmente, presenta un recuento de CD4 366 cel/mm<sup>3</sup> con carga viral indetectable, y buena calidad de vida.

En España la tasa de personas que desconocen estar infectados por el VIH es del 14% y se estima que en el 47,6% de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados (cifras de linfocitos T CD4 inferiores a 350 células/μl en la analítica inicial) [1]. La mayoría de estos pacientes han tenido contactos previos con el sistema sanitario por lo que existen oportunidades diagnósticas perdidas [2]. Aproximadamente el 50% de los pacientes han tenido alguna visita en un SUH en los 3 años previos al diagnóstico [3]. Desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Correspondencia:  
Aitor Alquézar-Arbé  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. C/Sant Antoni Maria Claret 167. CP 08025. Barcelona España.  
E-mail: aalquezar@santpau.cat.



**Figura 1B** | Gastroscoopia. Afectación mucosa de toda la circunferencia, con presencia de úlceras superficiales, no profundas, de centro pálido, siendo compatibles con esofagitis en tercio medio.

se han propuesto una serie de actuaciones en los SUH con el objetivo de promover el cribado del VIH en las consultas por infecciones de transmisión sexual, profilaxis post exposición, herpes zoster, práctica del chemsex, neumonía adquirida en la comunidad, y síndrome mononucleósico [4]. De forma similar a lo sucedido durante la primera ola pandémica de COVID-19 [5], se han objetivado diferencias en el acceso a los test diagnósticos de VIH en los SUH entre diferentes comunidades autónomas y según el tipo de hospital. Los centros terciarios o de mayor actividad asistencial disponen de circuitos más sólidos que permiten la solicitud y la obtención de resultados de la serología de VIH además proporcionan un seguimiento y tratamiento precoz por parte de los médicos especialistas en VIH [6].

Por otro lado, la pandemia por COVID-19, ha provocado cambios profundos a nivel social y en la organización del sistema sanitario [7]. En el caso de los servicios de urgencias hospitalarios, la asistencia se desdobra en el momento del *triage* en dos circuitos diferenciados en función de si el paciente es sospechoso de tener COVID-19 o no [8,9]. La paciente se valoró inicialmente en el circuito COVID ya que presentaba síntomas compatibles con dicha patología (fiebre, disnea y odinofagia), sin embargo, una vez descartado COVID-19 es necesario seguir el proceso diagnóstico ya que puede presentar otras patologías potencialmente graves.

Finalmente, destacar que el caso presentado, a pesar de llevar poco tiempo en nuestro país, ya había tenido varios contactos con el sistema sanitario, estas oportunidades perdidas condicionan diagnósticos tardíos, posiblemente contagios del virus a otras personas y, con seguridad, incremento de los costos sanitarios. La pandemia por COVID-19 podría favorecer esta situación, debido a los retrasos en la búsqueda de atención médica y a los cambios en la organización del sistema sanitario. En este sentido, queremos enfatizar la importancia de aplicar las recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico de infección por VIH [4].

## FINANCIACIÓN

Los autores no han recibido financiación para la realización de este estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2019. Actualización 30 de Junio de 2020. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de HIV. Registro nacional de casos de Sida. (Consultado 16 Setiembre de 2021). Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_20201130.pdf](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf)
2. Gallego-Márquez N, Iniesta C. Identificando objetivos fast-track: oportunidades perdidas en el diagnóstico de VIH en la Comunidad de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. En prensa. DOI: 10.1016/j.eimc.2021.04.008
3. Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, MartínezÁlvarez R, Malo-Aznar C, Gargallo-Bernad A, et al. Missed opportunities in the diagnosis of human immunodeficiency virus infection in the Region of Aragon. Late diagnosis importance. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37:100-8. DOI: 10.1016/j.eimc.2018.03.007
4. González Del Castillo J, Burillo-Putze G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Marchena MJ, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento. *Emergencias*. 2020;32:416-26. PMID: 33275363
5. Alquézar-Arbé A, Piñera P, Jacob J, Martín A, Jiménez S, Llorens P, et al. Impacto organizativo de la pandemia COVID-19 de 2020 en los servicios de urgencias hospitalarios españoles: resultados del estudio ENCOVUR. *Emergencias*. 2020;32:320-31. PMID: 33006832

6. Miró O, Miró E, García-Lamberechts EJ, Villamor A, González Del Castillo J. Detección de pacientes con infección desconocida por VIH en los servicios de urgencias españoles: actitud actual y predisposición y dificultades percibidas para implementar acciones de mejora. *Emergencias*. 2021;33:254-64. PMID: 34251138
7. Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Consultado 17 Setiembre de 2021). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/06/10/pdfs/BOE-A-2020-5895.pdf>
8. Julián-Jiménez A, García DE, González Del Castillo J, Penna Guimarães H, García-Lamberechts EJ, Menéndez E, et al. Puntos clave sobre la COVID-19 en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para su atención en Latinoamérica. *Emergencias*. 2021;33:42-58. PMID: 33496399
9. Julián-Jiménez A, García DE. Acerca de cómo los servicios de urgencias españoles hicieron frente a la primera oleada de pacientes durante la pandemia COVID-19. *Emergencias*. 2020;32:307-8. PMID: 33006828