

Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con co-infección TB/VIH en el Hospital Sanatorio de Luanda

EMILIO ALBA VERDECIA¹, RAQUEL TAMAYO CASTRO².

¹Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Vicedecanato Académico, Güines, Cuba.

²Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, Departamento de Ciencias Morfológicas, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente los casos nuevos de TB pulmonar con VIH positivo en el Hospital Sanatorio de Luanda en los años 2014 y 2015.

Método: se realizó una investigación descriptiva de corte transversal y enfoque cuantitativo con una muestra probabilística de 148 casos del universo de pacientes con diagnóstico de caso nuevo de TB pulmonar y HIV positivo que llevaron tratamiento antibacilar, los datos fueron recogidos de las historias clínicas.

Resultados: la población estudiada presentó una edad media de 36,7 (DE. \pm 8,2) años, predominó el sexo masculino con 51,3% de los casos, el estadio III para el VIH/Sida fue mayoritario, los síntomas más frecuentes fueron la tos, fiebre y pérdida de peso, al diagnóstico de la TB los pacientes presentaron una mediana de 200,0 cel/mm³ de CD4, más del 85% desconocía su estado serológico a VIH y se observó un predominio de baciloscopias negativas con 92 casos; el tratamiento antibacilar fue exitoso en el 66,2% de los casos, un 23,0% de los casos lo abandonaron y en el 66,2% se combinó con antirretrovirales.

Conclusiones: al diagnóstico de la TB la mayoría de los pacientes desconocían su estado serológico y presentaban un estadio avanzado del VIH/Sida con deterioro de sus niveles de CD4, lo que facilitó la presentación clínica de la TB como enfermedad oportunista con predominio de baciloscopias negativas, los pacientes presentaron buena respuesta al tratamiento antibacilar y antirretroviral.

Palabras clave: Tuberculosis; VIH-Sida; co-infección.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) persiste como uno de los mayores problemas de salud pública debido a la morbimortalidad en los individuos adultos. Se considera entre las 10 primeras causas de muerte a nivel global y causó más muertes que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida) en el año 2015 (1).

La tuberculosis es el prototipo de infección que requiere la inmunidad celular para su control y el VIH causa el deterioro funcional progresivo de los linfocitos T CD4 (CD4) tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo, con el consiguiente deterioro del sistema inmune celular, lo que permite el desarrollo de la tuberculosis. Es por esta razón que la infección por VIH condiciona un riesgo de 7 a 10% de desarrollo de la TB por cada año de vida en un paciente con VIH, comparado con el riesgo de 5 a 10% de desarrollo de TB durante toda la vida de una persona sin VIH (2).

En el año 2015 fue estimada una incidencia de 10,4 millones de casos nuevos a nivel mundial, 1.2 millones (11,0%) de ellos VIH positivos, y ocasionó la muerte a 1,4 millones (0,4 millones VIH-positivo) de personas en todo el mundo (1).

La convergencia de la infección por HIV y la TB constituye una amenaza que incrementa la probabilidad de muerte prematura para los habitantes de países en desarrollo.

Es conocido que los infectados por VIH mueren más de TB que de cualquier otra causa y esta situación es más dramática en los países del Tercer Mundo, toda vez que la TB está asociada a condiciones relacionadas con la pobreza, que prevalecen en estas áreas. Es por esto que la co-infección aparece entre los factores que amenazan el control de la TB (3) y, en consecuencia, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(4) están dirigidas a enfrentar las dos infecciones de manera integral y no de forma aislada.

En el año 2015 la región africana tuvo una incidencia promedio de TB estimada en 275 casos por 100 000 habitantes, lo que equivale a más del doble del promedio global de 142, la proporción de casos de TB que viven con VIH es del 31% y excede el 50% en algunas regiones del sudeste continental (1). En África vive el 74% de los pacientes coinfectados con TB/VIH de los 1.2 millones estimados en 2014 (4) y el 75% de las muertes de pacientes coinfectados ocurre también en esta área (1).

Angola situada en esta área geográfica presenta una tasa de incidencia estimada de 370 casos de TB por 100 000 habitantes en el año 2015, y una prevalencia del 30% de VIH en casos nuevos de TB1. En un país donde la confirmación de la TB por cultivo de esputo no se realiza frecuentemente, todavía se conoce muy poco sobre muchos aspectos de la TB (5).

Con base en los conocimientos existentes e investigaciones sobre la co-infección TB-VIH y su relación con determinadas variables, fue identificado como problema científico el hecho que no es totalmente conocido el perfil demográfico, epidemiológico y clínico de los casos que presentan co-infección TB-VIH en el contexto angolano.

Para la realización del estudio se trazó como objetivo caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico de los casos nuevos de TB pulmonar con VIH positivo en el Hospital Sanatorio de Luanda (HSL) en el período de enero de 2014 a diciembre de 2015.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo.

El estudio quedo conformado por el universo de pacientes con el diagnóstico de caso nuevo de TB pulmonar y VIH positivo que siguieron tratamiento antibacilar en el HSL da en un periodo que fue desde enero de 2014 a diciembre de 2015. Se tomó una muestra probabilística por el método aleatorio simple del 40% de los casos de la población blanco.

Fueron incluidos en el estudio todas las historias clínicas de individuos con diagnóstico de caso nuevo de TB pulmonar y VIH positivo, con la baciloscopia positiva o negativa, que llevaron tratamiento antibacilar y seguimiento médico en la consulta externa del HSL, en el período antes señalado.

Fueron excluidos aquellas historias clínicas de pacientes que no presentaran el resultado de la baciloscopia inicial y los casos clasificados primariamente de Tuberculosis extrapulmonar.

Caso de tuberculosis pulmonar:

Se considera todo individuo que tiene diagnóstico de Tuberculosis pulmonar confirmado por baciloscopia, y también aquel en que el médico con base en datos clínico-epidemiológicos, y en los resultados de exámenes complementarios, asigna el diagnóstico de Tuberculosis (6).

Caso nuevo de Tuberculosis:

Es el paciente con TB que nunca hizo quimioterapia antituberculosa, o hizo por un periodo inferior a 30 días, también se consideran aquellos que realizaron tratamiento antibacilar hace más de 5 años (6).

Caso de VIH/Sida:

Es el paciente con prueba confirmatoria para VIH, que se encuentra con o sin tratamiento antirretroviral.

En Angola el algoritmo seriado de diagnóstico preconizado por el Ministerio de Salud Pública utiliza pruebas rápidas para la detección de estos anticuerpos a partir de los 9 meses de edad, para el VIH 1 y el VIH 2. Las pruebas utilizadas para la detección de anticuerpos anti-VIH son clasificados en: (1) Prueba de pesquisa, que presenta como característica alta sensibilidad y (2) Prueba confirmatoria, realizado en individuos que presentaron la prueba de pesquisa positiva, con la finalidad de confirmarlo, y que posee un alto grado de especificidad.

En el primer test de pesquisa se utiliza el kit comercial "Determine®" HIV 1/2- Laboratorio ABBOTT" (Abbott Park, Illinois, USA) con sensibilidad de 97,9-100 % y especificidad de 100%. El segundo test confirmatorio utiliza el kit comercial "Uni-Gold® - Laboratorio Trinity Bloth" con sensibilidad de 99,8% e especificidad de 100%, ambos test utilizan la técnica de inmunocromatografía que puede ser hecha en sangre total, plasma o suero (7).

Caso de co-infección TB/VIH:

Es el paciente con diagnóstico concomitante de TB y VIH que inició tratamiento antituberculoso, independientemente de la fecha de diagnóstico de VIH (6).

Las variables utilizadas en el estudio fueron:

Variables sociodemográficas edad y sexo.

Clasificación de la OMS para VIH/Sida: Evaluación estandarizada por la OMS para el estadiamiento clínico del paciente seropositivo al VIH (7).

Estado serológico a VIH al momento del diagnóstico de TB: Conocimiento por parte del paciente de su estado serológico al VIH por haberse realizado pruebas complementarias que lo confirmaran antes del diagnóstico de TB, y no por las pruebas serológicas a VIH que se hacen a todo paciente después del diagnóstico o por sospecha de TB según establece e PNCTRA (6).

Manifestaciones clínicas: Según principales síntomas y signos relacionados con la Tuberculosis en la literatura revisada (6,14,17).

Conteo de células CD4: Método utilizado para evaluar el grado de inmunidad del organismo, mediante un conteo de los linfocitos CD4 por citometría de flujo.

Resultado de baciloscopia: Examen microscópico de extendido de esputo mediante la técnica de la tinción de Ziehl Neelsen, Se considera positiva la baciloscopia con más de 5 bacilos por 100 campos.

Tratamiento antirretroviral (TARV): Terapia multidrogas, con fármacos antirretrovirales estandarizados para el tratamiento del VIH/Sida según criterios establecidos en el Programa Nacional de Lucha Contra el VIH/Sida en Angola (7).

Resultado de tratamiento antibacilar: Resultado de la monitorización encontrado a cada caso de TB pulmonar al momento del cierre de la historia clínica, categorizada en tratamiento completo, fracaso, abandono y fallecidos definidos según establece el PNCTRA (6).

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas por el autor y llevado para una planilla de recogida de datos, creado para el efecto por el autor de la investigación. La información recogida se introdujo en una base de datos en el programa Excel de Microsoft Office, conteniendo todas las variables en estudio y como procesador estadístico, se utilizó el programa EPI-INFO versión 7.

En el análisis estadístico se utilizaron de forma general, medidas descriptivas de frecuencia expresadas en números

absolutos, porcentajes y proporciones para las variables cualitativas; medidas descriptivas de resumen, entre ellas, de tendencia central como la media y la mediana, y de dispersión como la desviación estándar para las variables cuantitativas.

Para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información recogida, cada caso fue identificado por un número desde el 1 hasta el 148. Luego de compilar toda la información en la base de datos, se eliminó toda muestra de identidad personal. Este estudio contó con la autorización de la Dirección del HSL.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se compilaron 2010 casos de pacientes con el diagnóstico de TB pulmonar en el HSL, de ellos, 1782 clasificados como casos nuevos, 356 con VIH positivo lo que constituyó el universo del estudio. Se revisaron 148 historias clínicas de pacientes con coinfección TB pulmonar-VIH/Sida atendidos en las consultas externas del HSL en el período que va desde el 1 de Enero de 2014 hasta el 31 de Diciembre de 2015, lo que constituyó la muestra estudiada, la cual presentó una edad media de 36,7 (DE. \pm 8,2) años y una mediana de 35,0 años, en cuanto al género, el sexo más afectado fue el sexo masculino con una frecuencia de 76 (51,3%) casos, el sexo femenino presentó una frecuencia de 72 (48,7%) casos.

Los resultados respecto a edad y sexo se corresponden con lo publicado por otros autores tanto en el contexto africano (8,9) como en otros continentes (10-12), aunque no existen evidencias que demuestren un predominio de un sexo sobre otro en pacientes coinfectados que viven en la región subsahariana.

De acuerdo con la clasificación de los pacientes según estadios de la OMS para el VIH/Sida se observó un predominio de los colocados en el estadio III con el 79% de los casos, seguido de los colocados en el estadio IV (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos según estadios de la OMS para el VIH/Sida al momento del diagnóstico de TB.

ESTADIOS DE LA OMS	Frecuencia	Porcentaje
I	1	0,7
II	6	4,0
III	117	79,0
IV	24	16,3
TOTAL	148	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Al respecto, dos estudios realizados en África coinciden en ubicar a los pacientes en los estadios más avanzados de la enfermedad al momento del diagnóstico de la TB (8,13). La TB constituye una enfermedad oportunista en el paciente VIH/Sida y su presentación clínica dependerá fundamentalmente del nivel clínico-inmunológico del individuo, la TB pulmonar es más frecuente en los pacientes con estadio III y la tuberculosis extrapulmonar será más frecuente en los pacientes con estadio IV (14).

Tabla 2. Distribución de los casos según manifestaciones clínicas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	Frecuencia (n: 148)	Porcentaje
Fiebre	115	77,7
Tos	145	98,0
Expectoración	117	79,1
Disnea	25	16,9
Dolor Torácico	93	62,8
Hemoptisis	17	11,5
Pérdida de Peso	109	73,6
Sudoración nocturna	75	50,7
Adenomegalia	28	18,9
Otros	89	60,1

Fuente: Historias Clínicas.

Respecto a las manifestaciones clínicas los síntomas más frecuentes fueron la tos en el 98% de los casos, seguido de la expectoración, fiebre y pérdida de peso (Tabla 2).

En los pacientes con VIH las manifestaciones clínicas de la TB son dependientes de la cantidad de células CD4 y puede ser más frecuente una TB primaria progresiva, que se comporta como una neumonía, con clínica atípica y manifestaciones generales en pacientes con inmunodeficiencia avanzada (14-17).

Se describe que los pacientes con coinfección TB/VIH experimentan más fiebre y pérdida de peso que los pacientes con TB y HIV negativo, aunque sufren de menos tos y hemoptisis debido a una menor inflamación y formación de cavidades (14). Sin embargo, estudios realizados en África, en estos pacientes, muestran una mayor frecuencia de cavitación pulmonar (17), lo que permite explicar la alta frecuencia de la tos en el estudio aquí realizado, que puede seguir un patrón temporal distinto a la tos de más de dos semanas típica de los pacientes TB VIH negativos.

Los pacientes presentaron un conteo de células CD4 medio de 311 (DE. \pm 182,4) células/mm³ y una mediana de 200,0 células/mm³, este resultado coincide con la mayoría de los estudios realizados en pacientes coinfectados en el contexto africano con niveles similares o inferiores (8,13,18). El conteo de células CD4 prevalece como un excelente indicador de riesgo de un paciente infectado por el VIH en desarrollar una infección oportunista específica, además la TB puede presentarse en cualquier conteo de células CD4, pero su incidencia aumenta conforme el conteo de las células CD4 disminuyen, se ha establecido que la TB también condiciona alteraciones inmunológicas debilitando la respuesta del organismo al VIH, desarrollándose un sinergismo mortal, la TB aumenta la replicación de VIH por un factor de 160, aumenta la carga viral y disminuye el conteo de linfocitos CD4 lo que condiciona un aumento de la velocidad de progresión del Sida (17,19).

De acuerdo a los resultados de la baciloscopia inicial según los niveles de CD4 se observó un predominio de las baciloscopias positivas a los niveles de 200 a 500 células/mm³ con el 41,1% de los casos, y las baciloscopias negativas predominaron a los niveles de < 200 células/mm³.

mm³ con el 60,9% de los casos, resultado que coincide con la bibliografía consultada (10,13,18) (Tabla 3). Solo 19 (12,8%) pacientes conocían su estado serológico al VIH al momento del diagnóstico de TB. Solo 19 (12,8%) pacientes conocían su estado serológico al VIH al momento del diagnóstico de TB.

Tabla 3. Distribución de los resultados de la baciloscopia inicial según los niveles de linfocitos CD4 al diagnóstico de la Tuberculosis.

NIVELES DE CD4 AL DIAGNÓSTICO DE LA TB (en células/mm ³)	BACILOSCOPIA INICIAL			
	POSITIVA		NEGATIVA	
	Nº	%	Nº	%
< 200	17	30,4	56	60,9
200 a 500	23	41,1	28	30,4
> 500	16	28,5	8	8,7
TOTAL	56	100,0	92	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Se ha demostrado que existe una correlación entre la presentación clínica y el rendimiento de la baciloscopia en los individuos con TB, debido a que la probabilidad de encontrar bacilos ácido alcohol resistentes en el extendido de esputo es directamente proporcional a la densidad de bacilos en el esputo recolectado (la positividad es mayor a 5000 a 10 000 organismos/ml de esputo), lo cual se correlaciona directamente con la presencia de cavidades pulmonares (14,17), lesión menos frecuente en pacientes coinfectados en dependencia de niveles de células CD4 como se explicó anteriormente.

En cuanto al resultado de tratamiento antibacilar se observó que predominó los casos con tratamiento completo con el 66,2% de los casos, pero debe destacarse que el 23% de los casos abandonaron el tratamiento antibacilar. Este resultado coincide con la mayoría de los estudios revisados referente al tratamiento completo, en el contexto africano (9,20) (Tabla 4).

Al finalizar el tratamiento antibacilar solo el 66% de los casos recibía TARV, pues según el programa angolano⁷ en el periodo que se desarrolló la investigación, solo se iniciaba TARV cuando el conteo de CD4 era igual o menor de 200 cel/mm³.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según el resultado del tratamiento antibacilar.

RESULTADO DE TRATAMIENTO ANTIBACILAR	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento Completo	98	66,2
Fracaso	4	2,7
Abandono	34	23,0
Fallecidos	12	8,1
TOTAL	148	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

El porcentaje de casos de abandono, aquí obtenida, fue muy elevada, incumpliendo con creces uno de los objetivos específicos del Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (6) que es la de reducir la tasa de abandono a menos del 5% de los casos tratados. También se obtuvo una baja mortalidad si se compara con otros estudios, lo que puede estar relacionado con el alto porcentaje de abandono y ser realmente un sesgo en el seguimiento de los pacientes y del reporte estadístico de los fallecidos al área de consultas externas del HSL, hecho que puede tener como consecuencia que muchos de los casos de abandono sean por mortalidad no reportada o conocida, si se tiene en cuenta que la mortalidad reportada en pacientes coinfectados puede ser de 2 a 4 veces mayor (8,17) que en los pacientes TB VIH negativos.

CONCLUSIONES

Esto permite concluir que la mayoría de los pacientes coinfectados por TB/VIH en el HSL conocieron su estado serológico al VIH en el momento del diagnóstico de la TB pulmonar, que ya presentaban un estadio avanzado del VIH/Sida y deterioro de sus niveles de CD4, lo que facilitó la presentación clínica de la TB como enfermedad oportunista dependiente del compromiso inmunológico, que respondieron mayoritariamente al tratamiento antibacilar y antirretroviral, aunque con un alto porcentaje de abandono de tratamiento, lo que hace reflexionar en la necesidad de optimizar el servicio de tratamiento supervisado en la atención primaria de salud, que comienza a desarrollarse en ese país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- World Health Organization (WHO) Global Tuberculosis Report 2016. WHO/HTM/TB/2016.13. Geneva: Switzerland: WHO; 2016.
- 2.- World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes: 3rd ed. Geneva: Switzerland: WHO; 2003.
- 3.- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Response Progress Reporting 2015. UNAIDS/JC2702E. Geneva: Switzerland: UNAIDS; 2015
- 4.- World Health Organization (WHO) Global Tuberculosis Report 2015. WHO/HTM/TB/2015.22. Geneva: Switzerland: WHO; 2015
- 5.- Valadas E, Gomes A, Sutra A, Brilha S, Wete A, Hänscheid T, et al. Tuberculosis with malaria or HIV co-infection in a large hospital in Luanda, Angola, J Infect Dev Ctries 2013, 7(3):269-272.
- 6.- Programa Nacional de Controlo da Tuberculose e Lepra. Angola (PNCTRA). Guia para o tratamento da Tuberculose, 3ra ed. Luanda: Ministério da Saúde; 2013.
- 7.- Instituto Nacional de Luta Contra a Sida (INLS), Ministério da Saúde Angola. Normas sobre Tratamento Anti-Retroviral em adultos e adolescentes, 3 ed., Luanda:Ministerio da Saúde, 2011
- 8.- Chu R., Mills EJ., Beyene J., Pullenayegum E., Bakanda C., Nachega JB., et al. Impact of tuberculosis on mortality among HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in Uganda: a prospective cohort analysis, AIDS Res Ther. [Internet]. 2013 [citado 22 Oct 2015], 10:19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3716897/pdf/1742-6405-10-19.pdf>
- 9.- Chukwunweolu D., Nakalema S., Alobu I., Ukwaja K. Profile, Outcomes, and Determinants of Unsuccessful Tuberculosis Treatment Outcomes among HIV-Infected Tuberculosis Patients in a Nigerian State, Tuberc Res Treat. [Internet]. 2014 [citado 22 Oct 2015], 2014:202983. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248359/>

- 10.-Sharma SK., Soneja M., Prasad KT., Ranjan S. *Clinical profile & predictors of poor outcome of adult HIV-tuberculosis patients in a tertiary care centre in north India*, *Indian J Med Res.* 2014, 139(1):154–160.
- 11.- Kamath K, Sharma V, Pattanshetty S, Hegde MB, Chandrasekaran V. *HIV-TB coinfection: Clinico-epidemiological determinants at an antiretroviral therapy center in Southern India*. *Lung India.* 2013 Oct-Dec; 30(4): 302–306.
- 12.- Mor Z, Lidji M, Chemtob D, Cedar N, Grotto I. *HIV prevalence in the Israeli tuberculosis cohort, 1999–2011*, *BMC Public Health*. [Internet]. 2014 [citado 22 Oct 2015], 14(1): 1090. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221682/>
- 13.- Iliyasu Z., Babashani M. *Prevalence and Predictors of Tuberculosis Coinfection among HIV-Seropositive Patients Attending the Aminu Kaño Teaching Hospital, Northern Nigeria*, *J Epidemiol* 2009;19(2):81-87 doi:10.2188/jea.JE20080026
- 14.- Médecins Sans Frontières and Partners In Health. *Tuberculosis: Practical guide for clinicians, nurses, laboratory technicians and medical auxiliaries*. [Internet]. Saint Denis. France: Médecins Sans Frontières; 2014. [citado 24 Jun 2017]. Disponible en: http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/tuberculosis/tuberculosis_en.pdf
- 15.- Thuy TT, Shah NS, Anh MH, Nghia DT, Thom D, et al. (2007) *HIV-associated TB in An Giang Province, Vietnam, 2001–2004: epidemiology and TB treatment outcomes*. *PLoS ONE* [Internet]. 2007 [citado 24 Jun 2017];2(6, article e507) Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0000507>
- 16.- Kouassi B, N'Gom A, Horo K, Godé C, Ahui B, et al. *Corrélations des manifestations de la tuberculose pulmonaire avec le degré d'immunodépression au VIH*. *Revue des Maladies Respiratoires* 2016;30(7):549-554
- 17.- Azis L, Jones-López EC, Ellner JJ. *HIV-associated tuberculosis* En: Volberding P, Greene W, Lange JMA, Gallant JE, Sewankambo N. *Sande's HIV/AIDS Medicine: Medical Management of AIDS 2013: 2nd Ed.* Elsevier Inc., 2012. p. 225-247
- 18.- Stockdale AJ., Nkuranga J., Török ME., Faragher B., Laloo DG. *Initiation of Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Tuberculosis Patients in Rural Kenya: An Observational Study*, *Trop Med Int Health.* Jul 2013; 18(7): 907–914.
- 19.- Mendoza A., Iglesias D. *Tuberculosis en pacientes con VIH/Sida*. *Acta Med Per* 2008, 25(4):247-254.
- 20.- Yokoa JLM, Tumboa JM, Millsa AB, Kabongoa CD. *Characteristics of pulmonary tuberculosis patients in Moses Kotane region North West Province, South Africa*. *South African Family Practice* 2017; 59(2):78–81

Clinical epidemiological characterization of patients with TB / HIV co-infection in the Sanatorium Hospital of Luanda

ABSTRACT

Objective: Clinically and epidemiologically characterize the new cases of pulmonary TB with HIV positive in the Hospital Sanatorium of Luanda in the years 2014 and 2015.

Method: A descriptive cross-sectional investigation and a quantitative approach with a probabilistic sample of 148 cases from the universe of patients diagnosed with a new case of pulmonary TB and HIV positive who took antibacillary treatment, the data were collected from the medical records.

Results: The population studied had a mean age of 36.7 (SD. \pm 8.2) years, the male sex predominated with 51.3% of the cases, stage III for HIV / AIDS was the majority, the most cough, fever and weight loss were frequent, at the diagnosis of TB the patients had a median of 200.0 cells / mm³ of CD4, more than 85% were unaware of their HIV status and a predominance of negative smear microscopy was observed. 92 cases; the antibacillary treatment was successful in 66.2% of the cases, 23.0% of the cases abandoned it and in 66.2% it was combined with antiretrovirals.

Conclusions: In the diagnosis of TB, most of the patients were unaware of their serological status and had an advanced stage of HIV / AIDS with deterioration of their CD4 levels, which facilitated the clinical presentation of TB as an opportunistic disease with a predominance of negative sputum smear microscopy, patients presented good response to antibacillary and antiretroviral treatment.

Keywords: Tuberculosis; HIV AIDS; co-infection