Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):11

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/353 - La importancia del screening. ¿Debería ir a mi médico de atención primaria para saber si tengo VIH?

M. Uzuriaga Martín[a], M. Pérez Sola[b], B. Martínez Monreal[b] e I. Matos Rojas[c], Ismary

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Madrid. [b]Médico de Familia. Dirección Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. [c]Médico Residente. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años homosexual con antecedentes de asma que acude al centro de salud por disnea y febrícula de 37,3 ºC de 3 días de evolución Se objetivó una saturación de 90%, taquipnea a 30 rpm y una buena auscultación. Ante dicha exploración se decidió pautar bromuro de ipratropio y Ventolin inhalado. La frecuencia respiratoria mejoro levemente a 26 rpm pero tanto la saturación como la exploración clínica permanecían similares. Antes dicha situación se decidió derivar al Servicio de Urgencias. Allí se realizó una Rx de tórax que mostraba un patrón intersticial bilateral y una analítica que reflejaba una alcalosis metabólica justificable por hiperventilación sin otras alteraciones analíticas. Tras un interrogatorio exhaustivo el paciente refería pareja estable desde hacía 5 años y relaciones sexuales con protección. Se decidió realizar un test de VIH el cual fue positivo y se decidió ingreso hospitalario para tratamiento de un *Pneumocystis jiroveci*.

Exploración y pruebas complementarias: Se realizó una exploración física la cual fue normal y como pruebas complementarias una RX de tórax, analítica de sangre y test de VIH.

Juicio clínico: Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en paciente con reciente diagnóstico VIH.

Diagnóstico diferencial: Neumonías adquiridas en comunidad. Síndromes constitucionales. Enfermedades oportunistas por situaciones de inmunodeficiencia. Síndrome de reconstitución autoinmune.

Comentario final: Es necesario un buen seguimiento con el MAP. El paciente previamente a tener la relación estable con su pareja, pese había tenido previamente relaciones sexuales de riesgo. Nunca se había realizado serologías ni había contactado previamente con su MAP. En el caso de haberlo hecho, quizás al relatar las conductas de riesgo, habría recibido educación sanitaria y/o tratamiento profiláctico. Aun así es importante incidir en el paciente que la infección por VIH en nuestra época es una enfermedad crónica que necesita adherencia al tratamiento pero que no tiene el pronóstico fatídico que se tenían en épocas anteriores.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010. ¿
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7 ª ed. Madrid: MSD, 2012.
3. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 16 ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.

Palabras clave: *VIH.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.