

Incidencia del debut clínico de VIH/sida en Matanzas. 1996-2008

Incidence of the HIV/AIDS clinical debut in Matanzas. 1996-2008

AUTORES

Dr. Ihosvany Ruiz Hernández (1)

Dr. Yosvany Jiménez Ventosa (2)

1) Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente José R. López Tabrane. Matanzas.

2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente José R. López Tabrane. Matanzas.

RESUMEN

Se estudiaron 58 pacientes por medio de variables sociodemográficas y clínico-inmunológicas, para estimar la magnitud del debut clínico de VIH/sida en Matanzas, y caracterizar a estos pacientes en cuanto a factores asociados de manera potencial. Se evidenció una tendencia ascendente en la incidencia del debut clínico, representando un incremento de 12,2 % comparando los años extremos del estudio. El sexo masculino representó el 86,2 %. El deterioro inmunológico manifiesto por niveles de linfocitos T CD4+ inferiores a 200 células por mm³ y la enorme viremia encontrada marcaron el panorama mayoritario en los pacientes. Se evidenció la necesidad de insistir en la prevención y promoción en grupos vulnerables, y el pesquisaje activo en el área de salud.

Palabras clave: VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades transmisibles, prevalencia, tasa de mortalidad, epidemiología, prevención y control, Matanzas.

SUMMARY

We studied 58 patients using socio-demographic and clinical immunologic variables, to assess the magnitude of the HIV/AIDS clinical debut in Matanzas, and to characterize these patients according to the factors associated in a potential way. An upward trend was evidenced in the incidence of the clinical debut, representing an increment of 12,2 % comparing the extreme years of the study. The male genre represented 86,2 %. The immunologic decline, showed by T CD4+ cells less than 200 cells per mm³ and the enormous viremia we found, marked the major panorama in patients. The necessity was evidenced of insisting in the prevention and promotion in vulnerable groups, and the active screening in the health area.

Key words: HIV, acquired immunodeficiency syndrome, communicable diseases, prevalence, mortality rate, epidemiology, prevention & control, Matanzas.

INTRODUCCIÓN

Tras el diagnóstico del primer caso de VIH en el país en 1985, y de otros en 1986, el gobierno cubano puso en práctica un programa nacional de monitoreo y manejo de la epidemia. Su base inicial fueron las estrategias de control y contención de enfermedades infecciosas que posteriormente se ampliaron para incluir labores intersectoriales de educación, prevención y tratamiento. Ese enfoque ha hecho que se

registre una tasa de prevalencia del 0,1 %, la más baja de las Américas (1). La tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas con el SIDA, que es de 1,0 por cada 100 000 habitantes (2), es igualmente baja. La transmisión de madre a hijo y la infección a través de la sangre y los hemoderivados son también extraordinariamente reducidas, donde la principal vía de transmisión son las relaciones sexuales (99 %) (3). A pesar de esos logros, el número de nuevos casos de infección ha aumentado de forma sostenida a partir de 1996, sobre todo entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH); en la actualidad, el 84 % de los hombres diagnosticados como seropositivos son HSH (4).

Desde el inicio de la epidemia se han diagnosticado 321 casos en Matanzas, de los cuales 61 han fallecido. En este momento existen 110 pacientes que han desarrollado SIDA y 150 pacientes VIH, conviviendo en la comunidad bajo el sistema de atención ambulatorio (S.A.A), lo que denota la importancia del seguimiento de los mismos por parte de los diferentes sectores y organizaciones, con el objetivo de lograr su inserción social y evitar la propagación de la epidemia.

El presente trabajo tiene como objetivo estimar la magnitud del problema y caracterizar a estos pacientes en cuanto a factores potencialmente asociados al debut clínico de SIDA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal con carácter retrospectivo, en 58 pacientes VIH diagnosticados y clasificados como debut clínico/SIDA, en la provincia de Matanzas, en el período comprendido desde el 1 de enero de 1996 hasta el 31 de diciembre de 2008.

Universo y muestra

El universo quedó constituido por 290 pacientes, que se diagnosticaron como infectados por el virus de inmunodeficiencia humana en la provincia de Matanzas, en el período comprendido desde el 1 de enero de 1996 hasta el 31 de diciembre de 2008.

La muestra, por su parte, quedó constituida por 58 pacientes que se diagnosticaron como debut clínico de SIDA.

Fuentes de información

Para este estudio se elaboró un modelo de recogida de datos que fue validado por un colectivo de expertos (Anexo I), donde se plasmaron las variables en estudio; la misma se confeccionó por los propios autores de la investigación. Para la caracterización se utilizaron variables sociodemográficas como: edad, sexo, color de la piel, forma de pesquisa y clínico-inmunológicas (conteo de linfocitos T CD4+, determinación de carga viral y enfermedades oportunistas padecidas), según el sistema de clasificación para la infección por VIH en adultos y adolescentes, CDC Atlanta 1993. Se utilizaron varias fuentes de información, extraídas del centro de atención integral de Matanzas Dr. Ismael Triana Torres, así como historias clínicas individuales y los datos de los pacientes diagnosticados con VIH/sida en el período de estudio. Del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología (C.P.H.E), se obtuvo la encuesta epidemiológica para casos de debut clínico; y del área de salud, la historia clínica personal y familiar de cada paciente. Los datos se completaron, en algunos casos, mediante la entrevista personal a pacientes, familiares y a sus médicos de familia, así como de la revisión exhaustiva de la base de datos del sistema nacional SIDATRAT.

Procedimiento

La información relativa a los pacientes se obtuvo de la historia clínica, por entrevista con interrogatorio directo, y examen físico, cuando se pudo realizar.

RESULTADOS

Tabla No. 1. Características demográficas de los pacientes con debut clínico VIH/sida. Matanzas. 1996-2008

Variables	Debut Clínico n= 58	
	No.	%
Edad		
10-19	1	1,7
20-29	19	32,8
30-39	17	29,3
40-49	12	20,7
= 50	9	15,5
Sexo		
Masculino	50	86,2
Femenino	8	13,8
Color de la piel		
Blanca	45	77,6
Negra	8	13,8
Mestiza	5	8,6
Fallecidos		
Sí	21	36,2
No	37	63,8

Fuente: Base de datos

Tabla No. 2. Tiempo de supervivencia en pacientes fallecidos con debut clínico VIH/sida. Matanzas. 1996-2008

Tiempo de supervivencia n= 21	No.	%
= 6 meses	13	61,9
> 6 meses - = 12 meses	3	14,3
> 12 meses - = 18 meses	2	9,5
> 18 meses - = 24 meses	0	0
> 24 meses	3	14,3

Fuente: Base de datos

Tabla No. 3. Distribución de los casos según conteo de linfocitos T CD4+ y carga viral en los pacientes con debut clínico VIH/sida. Matanzas. 1996-2008

Variables	No.	%
Linfocitos T CD4+		
< 200	30	51,8
= 200-499	23	39,6
= 500	5	8,6
Total	58	100
Carga viral		
< 55 000	9	15,5
> 55 000	49	84,5
Total	58	100

Fuente: Base de datos.

Tabla No.4. CD4 y carga viral en pacientes con debut clínico. Medidas de tendencia central y dispersión. Matanzas. 1996-2008

Medidas	Variables cuantitativas	
	CD4 absoluto	Carga viral
Media	157.1	64571.5
Mediana	199	83300
Desviación estándar	214.3	800403.7
Moda	40	0
Valor mínimo	16	0
Valor máximo	1029	45000000

Fuente: Base de datos

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los casos de debut clínico no difieren del resto de los pacientes con infección por VIH/sida, no obstante, puede afirmarse que reúnen factores de mal pronóstico para la progresión de la enfermedad, lo que explica la alta letalidad de este grupo.

Que sea un fenómeno observado fundamentalmente en hombres, como se observa en la tabla No. 1, no discrepa con las características de la epidemia en Cuba. Estudios realizados en España, por Castilla (5), y en Hong Kong por Wong (6), coinciden con los resultados de la presente investigación en ese sentido. Este hallazgo pudiera deberse al mejor uso que las mujeres hacen del sistema de salud, aprovechando la existencia de muchos programas dirigidos a ellas, y la pesquisa activa de infección por VIH durante el embarazo. Sin embargo, varios estudios reportan un resurgir de las infecciones entre hombres que tienen sexo con otros hombres (7), en parte debido a la pérdida de la percepción de riesgo entre ellos.

Desde el comienzo de la epidemia en el país, ha existido un claro predominio de la enfermedad en los pacientes con color de la piel blanca. En otras latitudes las diferencias étnicas entre los individuos enfermos son apreciables. En los Estados Unidos, los hombres afroamericanos representan 43 % de los casos de VIH (8-10), pero esta supremacía puede estar relacionada con el desigual acceso a servicios de salud, la pobreza, la drogadicción y las inequidades sociales (9). A pesar de que algunos hablan de una "brecha racial" en la epidemia mundial, otros investigadores han confirmado que no existen diferencias raciales en la predisposición de las personas a la infección por VIH y que las tasas mayoritarias en uno u otro grupo se deben a las diferentes distribuciones de grupos raciales en las sociedades. El color de la piel y el grupo étnico no son, por sí mismos, factores de riesgo para la infección por el VIH (HIV/AIDS Surveillance Report) (11).

La edad de diagnóstico de la infección por VIH está aumentando en Cuba y en el mundo desde hace algunos años. La supervivencia prolongada de los sujetos con la infección y el diagnóstico tardío de

pacientes con enfermedad oculta, han contribuido a un progresivo incremento de su incidencia en pacientes con edades avanzadas (12), a lo que contribuye la poca percepción de riesgo de estas personas. Por otro lado, hay falta de información preventiva y promocional dirigida a estos grupos (9). La edad no constituyó un factor de riesgo para la muerte, sin embargo, se sabe que las edades avanzadas constituyen un signo de mal pronóstico en el SIDA y de progresión tórpida de la enfermedad y que la reconstitución inmunológica es frecuentemente más lenta e ineficaz (13).

La pandemia ha tenido importantes consecuencias en las personas de edad, sin embargo, en ocasiones, las personas mayores han sido ignoradas en los programas educativos, preventivos y de ayuda, y en muchas regiones se supone que estas personas no están interesadas en el sexo, por lo que los profesionales de la salud hacen resistencia a hablar de sexualidad con sus pacientes mayores, la invisibilidad de las personas mayores con VIH es un grave factor de riesgo para su salud y para su vida (14).

En los Estados Unidos, más del 10 % de todos los nuevos casos de SIDA ocurren en personas mayores de 50 años (14-6), y la cuarta parte de estos casos en personas de más de 60 años. Más de la mitad de los infectados mayores de 50 años son afroamericanos o hispanoamericanos, lo que indica que hay más riesgo de infección en los grupos minoritarios (17).

Los casos SIDA en las personas mayores pueden no estar siendo reportados, ya que los síntomas pueden coincidir con otras enfermedades relacionadas con la edad, incluso los primeros síntomas de infección por el VIH como fatiga o pérdida de peso pueden estar siendo interpretados como el proceso natural de envejecimiento (17).

En las mujeres, los cambios normales que aparecen con la edad, como la falta de lubricación vaginal y el desgaste de las paredes vaginales, puede aumentar el riesgo durante las relaciones sexuales (18), aunque hay estudios que plantean que el mayor grupo de casos SIDA en mayores de 50 años ocurre en hombres que tienen sexo con otros hombres (19).

En la literatura revisada se plantea que la enfermedad no tiene "edades", aunque claro está, al ser una enfermedad eminentemente sexualmente transmisible las edades más afectadas son las sexualmente activas (19-29), lo cual coincide con esta investigación. En reportes internacionales se ha encontrado un predominio de las edades comprendidas entre 15 a 49 años (29).

El tiempo de supervivencia al diagnóstico del debut clínico de la infección por VIH (tabla No. 2), fue en la mayoría de los casos inferior a 6 meses, lo que indica el gran deterioro de los pacientes en su debut y su consecuente progresión a la muerte, así como la demora en el diagnóstico precoz de esta enfermedad. Al transcurrir el tiempo aumenta la probabilidad de que el paciente seropositivo pase a ser caso SIDA, lo que justifica estos resultados como se ha planteado por Fauci y Lane (28), Chaisson y Volberding (29) y Maniar y Kamath (30) "a mayor tiempo de evolución de la enfermedad mayor riesgo de progresión a SIDA".

A través de la carga viral realizada se obtuvieron valores por encima de 55 000 copias en la mayoría de los pacientes (tabla No. 3). La media para el período estudiado fue de 64571.5 copias/mm³ de sangre (tabla No. 4). En cuanto al conteo de linfocitos T CD4+, 51,8 % tuvo valores por debajo de las 200 células/mm³ de sangre en el momento del diagnóstico (tabla No. 3), lo que representa una inmunodepresión severa. El valor medio del conteo de linfocitos T CD4+ fue de 83 300. (Tabla No. 4)

En ocasiones, al inicio del tratamiento, no existe buena correlación entre la carga viral y el nivel de CD4. La carga viral puede caer dramáticamente con una más lenta elevación del nivel celular de linfocitos T CD4+, fundamentalmente en pacientes con enfermedad muy avanzada donde el sistema inmune está muy deteriorado.

La asociación entre el deterioro inmunológico y la concentración vírica ha sido planteada por otros autores (30). El conteo celular de linfocitos T CD4+ indica la magnitud de la destrucción inmunológica que ha ocurrido en un individuo infectado por el VIH. Se ha señalado que múltiples factores pueden afectar el nivel de linfocitos T4 como el ritmo circadiano, enfermedades infecciosas concomitantes, interacciones medicamentosas, validez de dispersión de la máquina contadora, etc., el monitoreo inmunológico es menos específico que el virológico en materia de fallo terapéutico.

Basado en el importante papel de la respuesta inmunológica, investigadores del Massachusetts General Hospital bajo la dirección del doctor Eric S. Rosenberg han informado sobre el papel primordial que tiene

para el control de la viremia por VIH la presencia de una respuesta inicial vigorosa por parte de linfocitos CD4+, la cual lleva a producción de interferón, quimocinas y linfocitos CD8+ (30).

Los resultados obtenidos recientemente por un grupo de investigadores de la Universidad de Harvard bajo la dirección del doctor Bruce D. Walker, ponen de manifiesto no sólo el papel fundamental que tendrá la modulación de la respuesta del sistema inmune en el tratamiento de la infección, sino la importancia de su detección temprana para ofrecer mejores resultados terapéuticos a largo plazo (30).

Los científicos plantean que la abrupta e intensa estimulación del sistema inmune por parte del VIH, con la consecuente merma de la población de CD4+ específicos, son los factores que impiden al sistema de defensa reaccionar de una manera adecuada. Por tanto, plantean la necesidad de diseñar estrategias que permitan exponer el sistema inmunológico al virus, pero de una manera lenta y progresiva que facilite la generación de una respuesta citotóxica protectora (30).

Se concluye que hubo una tendencia ascendente en la incidencia del debut clínico de VIH/sida en Matanzas, al tiempo que predominaron los pacientes en edades comprendidas entre 20-29 años, masculinos y blancos. Asimismo, se evidenció que el tiempo de supervivencia después del diagnóstico fue inferior a 6 meses en más de la mitad de los casos estudiados, y el deterioro inmunológico, manifiesto por niveles de linfocitos T CD4+ inferiores a 200 células por mm³ y la enorme viremia encontrada, marcaron el panorama mayoritario en los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(5).
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2006. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2007.
3. Ochoa R, Rojo N. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida; 2006. p. 15-24.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional ITS/VIH/sida. La Habana: Ministerio de Salud Pública; Jun 2008.
5. Castilla J, Sobrino P, Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS*. 2002;(16):1945-51.
6. Wong K, Lee S, Hon Kei Low, Wan W. Temporal trend and factors associated with late HIV diagnosis in Hong-Kong, a low HIV prevalence locality. *AIDS Patient Care STDs*. 2003;(17).
7. Wolitski RJ, Valdiserri RO, Denning PH, Levine WC. Are we headed for resurgence in the HIV epidemic among men who have sex with men? *Am J Public Health*. 2001;(91):883-8.
8. Jordan WC, Vaughn AC, Hood RG. African Americans and HIV/AIDS: cultural concerns. *AIDSRead*. 2004;14(10):22-5.
9. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Infection and AIDS in the United States. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
10. Connell P, McKeivitt C, Low N. Investigating ethnic differences in sexual health: focus groups with young people. *Sex Transm Infect*. 2004;80(4):300-5.
11. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Among Racial/Ethnic Minority Men Who Have Sex With Men—United States, 1989-1998. *MMWR*. 2000;(49):4-11.
12. Manfredi R, Calza L. HIV infection and AIDS in advanced age. Epidemiological and clinical issues, therapeutic and management problems. *Infez Med*. 2004;12(3):152-73.
13. Knod LJ, Vanlandingham M. The impact of the AIDS epidemic on older persons. *AIDS*. 2000;(16)(Suppl 4):77-83.

14. Centers for Disease Control and Prevencion. HIV/AIDS Surveillance. Report. 1997; (8): 15.
15. Feldman MD. Sex, AIDS, and the erderly. Archives Internal Med. 1994; (154): 19-20.
16. Whipple B, Scura KW. The overlooked epidemic: HIV in older Adults. Am J Nursing. 1996; (96): 22-28.
17. Grossman AH. At risk, infected, and invisible: Older gay men and HIV/AIDS. J Association of Nurses in AIDS care. 1995; 6: 13-9.
18. Fundación Mexicana para la Salud. AIDS: the state of the art. A review based on the XI International Conference on AIDS, Vancouver, Canada / SIDA: estado actual del conocimiento. Basado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá. México, DF: Noriega Editores; 2006.
19. Sepúlveda Amor J. SIDA, ciencia y sociedad en México. México, DF: Fondo de Cultura Económica / Secretaría de Salud Instituto Nacional de Salud Pública; 1991.
20. Sepúlveda Amor J. SIDA y Derechos Humanos. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2006.
21. Bartlett JG, Finkbeiner AK. Guía para vivir con VIH y SIDA; desarrollada en la Clínica de SIDA de Johns Hopkins. México: Diana; 2006.
22. Broder S. Texbook of AIDS Medicine. Baltimore, MD: William Wilkins; 2006.
23. Luna G, Nieto L. SIDA, diag nóstico y tratamiento. México: Galo Editores; 2006.
24. Mann J. AIDS in the World; The Global AIDS Policy Coalition. Cambridge: Harvard University Press; 2006.
25. Sande MA, Volberding PA. Manejo médico del SIDA. 2a. ed. México: Interamericana; 2006.
26. Aguilar EM. Guía para enfermeras en la atención del paciente con HIV/SIDA. México: CONASIDA; 2006.
27. Del Río Chiriboga C, Uribe Zúñiga P, Hernández Tepichin G. Guía para la atención domiciliaria. México: CONASIDA; 2006.
28. Fauci AS, Lane HC. Human immunodeficiency virus (HIV) disease. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, editores. Harrison's principles of internal medicine. 15ta ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1852-913.
29. Chaisson RE, Volberding PA. Manifestaciones clínicas de la infección por VIH. En: Mandell GL, Bennet JL, Dolin R, editores. Mandell, Douglas y Bennet Enfermedades infecciosas: Principios y Prácticas. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997. p. 1358-99.
30. Maniar J, Kamath R. HIV and HIV-associated disorders. En: Trying SK, Lupi O, Hengge UR, editores. Tropical Dermatology. Churchill, Livingstone: Elsevier; 2006. p. 93-124.

ANEXO

Encuesta sobre debut clínico de pacientes VIH/sida

Datos de la historia clínica

Caso Índice : _____

Fecha: _____

Edad : _____ años

Sexo : _____ F _____ M

Color de la piel : Blanco___ Negro___ Mestizo___

Tiempo de supervivencia: =6 meses_____ >6 =12 meses_____ >12 =18 meses_____ >18
=24meses_____ >24meses

Datos de la historia clínica y de la base de datos nacional SIDATRAT

CD4: ___ **Carga viral:** ___

Vivo: ___ **Fallecido:** ___

Agradecimientos a: Antonis Cano Soler, estudiante de cuarto año de Medicina. Alumno ayudante de Cirugía.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Hernández I, Jiménez Ventosa Y. Incidencia del debut clínico de VIH/sida en Matanzas. 1996-2008. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2011;33(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema03.htm> [consulta: fecha de acceso]