

Características clínico epidemiológicas de las personas con VIH/SIDA en el municipio Arroyo Naranjo. 1988-2008

Clinical epidemiological characteristics of HIV/AIDS people in the Arroyo Naranjo municipality. 1988-2008

Arturo Luis Viñas Martínez I; Dinorah de la Caridad Oliva Venereo II; Lizbet Noda Ortega III; Noriel del Río López IV; Dagmiris Cáceres Rodríguez V; Ana Claribel Herrera Wainshtok VI

^IEspecialista Segundo Grado Medicina Interna. Auxiliar. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López. Ciudad de La Habana. arturo.vinas@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado Medicina Interna. Auxiliar. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera

^{III}Especialista Primer Grado Medicina Interna. Asistente. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López

^{IV} Especialista Primer Grado Medicina Interna. Facultad de Ciencias médicas Julio Trigo López. Hospital General Docente Julio Trigo López

^VAlumna 5º año de Medicina. Alumna ayudante Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

^{VI}Alumna 5º año de Medicina. Alumna ayudante Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

RESUMEN

Introducción: A pesar de los avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia, el SIDA continúa desafiando nuestros esfuerzos. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, de las personas VIH/sida del municipio Arroyo Naranjo, desde el 1ro de enero de 1988 hasta el 31 de diciembre de 2008. **Resultados:** Se evidenció un incremento en las tasas de incidencia de VIH y de caso SIDA por año. El mayor número de casos es del sexo masculino. El grupo de edad más afectado es 25 a 29 años y existe un elevado porcentaje de desocupados. El debut clínico se presentó en grupos etarios mayores con incremento progresivo por quinquenios. El síndrome de desgaste fue la enfermedad marcadora de SIDA más frecuente. La tasa de mortalidad mostró tendencia descendente. **Conclusiones:** La población VIH/sida del municipio Arroyo Naranjo mantiene tasas de incidencia por año ascendentes; predomina en el sexo masculino

y edades jóvenes, siendo el debut tardío más frecuente en edades mayores y el síndrome de desgaste la entidad marcadora de SIDA más frecuente.

Palabras clave: virus de inmunodeficiencia humana, tasas de incidencia por año, síndrome de desgaste.

ABSTRACT

In spite of the advances in the world initiatives to approach the epidemic, the AIDS continues challenging our efforts. **Material and method:** A retrospective and descriptive study on HIV/aids population was carried out in Arroyo Naranjo municipality from 1988 to December 2008. **Results:** Increases in the rates of incidence per year in relation to HIV and aids case were evidenced. The biggest number of cases are men. The most affected age group was from 25 to 29 years and there is a high percent of unoccupied people. The clinical premiere showed up in groups older with progressive increment for five year period. The wasting syndrome was the most frequent indicative illnesses of aids. The rate of mortality showed descending tendency. **Conclusions:** The HIV/aids population of Arroyo Naranjo municipality maintains rates of incidence for year upward; It prevails in the men and in young ages, the premiere later is most frequent in bigger ages and the wasting syndrome is frequent indicative illnesses of AIDS.

Key words: human immunodeficiency virus, rates of incidence per year, wasting syndrome.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se han producido avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia del VIH/sida. Numerosos países ya proporcionan acceso universal al tratamiento antirretrovírico (TARV) y los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).¹ En Cuba, se han reportado 10 655 personas infectadas por el VIH hasta diciembre del 2008.²

Para la atención de estos pacientes, se creó, en 1986, el Programa Cubano para la Prevención y Control del VIH/sida, que garantiza atención integral a portadores y enfermos, incluyendo TARV gratuito.^{3,4} Desde 2006, se instituyó la descentralización de la atención clínica de estos pacientes por municipios, estando incluida en nuestra labor diaria, motivo por el cual decidimos caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico las personas con VIH/sida del municipio Arroyo Naranjo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva de las personas positivas al VIH, residentes en el municipio Arroyo Naranjo, La Habana, desde el 1 de enero de 1988 hasta el 31 de diciembre de 2008. La información se obtuvo del Registro Nacional Informatizado de pacientes VIH/sida del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Se seleccionaron las variables según los objetivos propuestos en la investigación. La información se transcribió a una base de datos en formato *Excel*. Posteriormente, los datos fueron exportados para su análisis al programa estadístico *SPSS* versión 11.5. El análisis estadístico se basó en distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Se calculó la tasa de incidencia acumulada VIH y SIDA por año de diagnóstico según sexo y tasa de mortalidad en relación al número de casos prevalentes al final de cada año.

RESULTADOS

Se estudiaron 424 pacientes, total de casos VIH/sida del municipio Arroyo Naranjo, desde 1988, año en que se diagnostica el primer caso en el municipio, hasta el 31 de diciembre del 2008. El gráfico 1 muestra las tasas de incidencia acumulada de VIH y SIDA en la población estudiada, según años de diagnóstico. Se observa un incremento de la tasa de VIH de 0,5 a 23,3 x 100 mil habitantes en los 20 años estudiados. Se aprecian tasas mayores en el sexo masculino (39,3 x 100 mil). La incidencia de SIDA aumentó a partir de 1998 con un pico máximo en el 2002 de 13,1 por 100 mil habitantes.

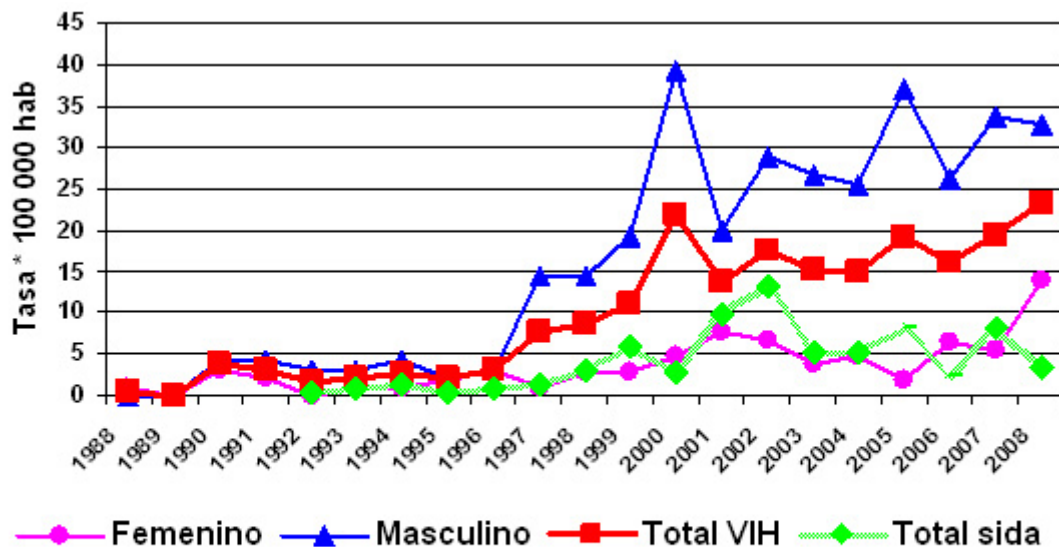


Gráfico 1: Tasas de incidencias de VIH y de caso SIDA, según año de diagnóstico por sexo

Fuente: Registro Nacional Informatizado de pacientes VIH/sida, MINSAP.

El mayor porcentaje corresponde al sexo masculino (81,4 %). El grupo de edad 25 a 29 años es el más afectado del total y el sexo masculino. 91,7 % de los pacientes tienen menos de 45 años. (tabla 1)

Tabla 1. Incidencia de sospecha y confirmación de coledocolitiasis en pacientes con vesícula *in situ*

Años	Total de colecistectomías laparoscópicas	Total de sospecha de coledocolitiasis	%	Total de coledocolitiasis confirmadas	%
1993-2007	9562	891	9,3	298	3,1
2008-2010	2276	300	13,2	123	5,4
Total	11838	1191	10,1	421	3,6

El debut tardío se presentó en 35 casos, 8,3 % del total. Predominó en el sexo masculino y edades mayores de 30 años. Se observa en el gráfico 2 un incremento progresivo en el porcentaje de diagnósticos tardíos: de 5,3 % en el período de 1988-1993 a 44,8 % en el 2004-2008.

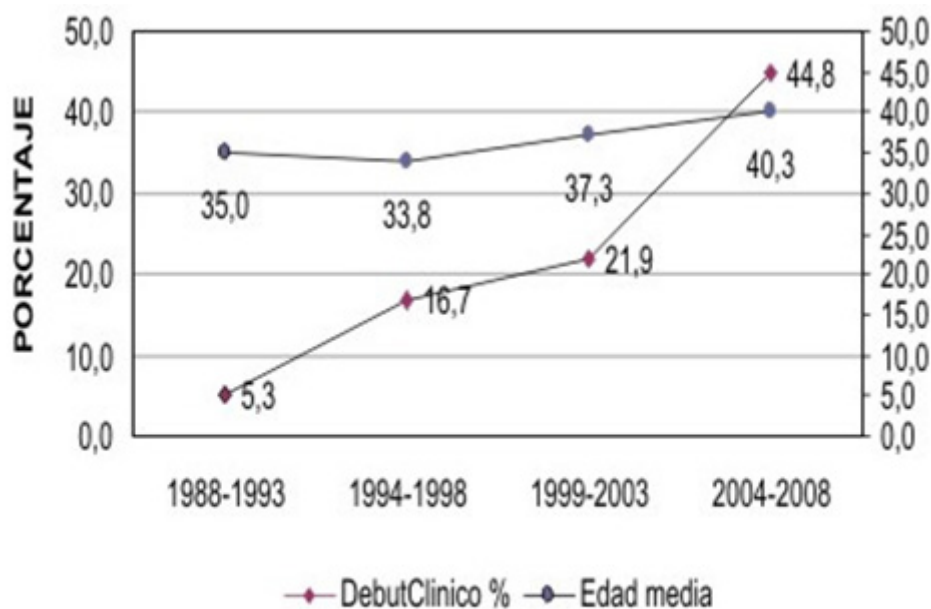


Gráfico 2. Debut clínico de población SIDA por quinquenios y edad media al debut. Arroyo Naranjo. 1988-2008

Fuente: Registro Nacional Informatizado de pacientes VIH/sida, MINSAP.

El síndrome de desgaste se presentó como la enfermedad marcador de SIDA más frecuente (17,9 %) como se muestra en la tabla 2.

Un total de 58 casos (13,7 %) ha fallecido; 15,7 % de los pacientes masculinos y 5,1 % de los femeninos. El primer caso fallecido se produjo en 1994.

La mortalidad por SIDA, según años de estudios, muestra un incremento de las tasas hasta el 2000. Posteriormente, se inicia un descenso hasta valores de 1 por 100 casos prevalentes al cierre del 2008, como se muestra en el gráfico 3.

Tabla 2. Población VIH/sida, Arroyo Naranjo, según categorías marcadoras de SIDA. 1988-2008

Enfermedad marcadora de SIDA	No.	%
Síndrome de desgaste	27	17,9
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	9	6,0
Neurotoxoplasmosis	5	3,3
Cryptosporidiasis	5	3,3
Linfoma No Hodgkin	5	3,3
Tuberculosis	3	2,0
Otras	17	11,2

Fuente: Registro Nacional Informatizado de pacientes VIH/sida, MINSAP. Un total de 58 casos (13,7 %) ha fallecido; 15,7% de los pacientes masculinos y 5,1% de los femeninos. El primer caso fallecido se produjo en 1994.

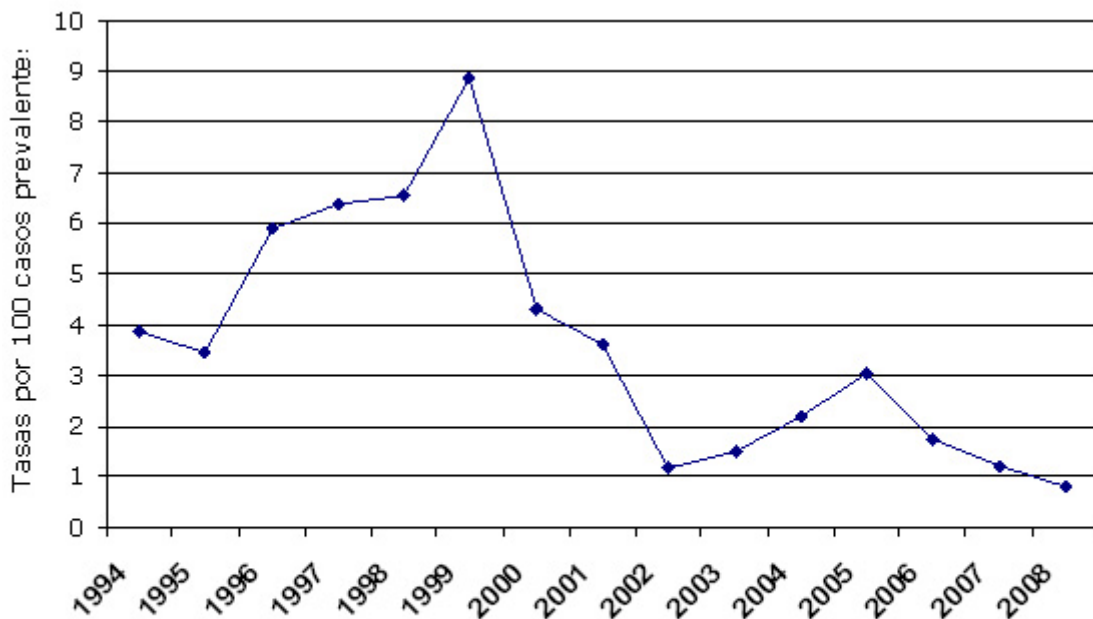


Gráfico 3. Tasa de mortalidad por años en relación al número de casos prevalentes al final de cada año, Arroyo Naranjo, 1994 - 2008
Fuente: Registro Nacional Informatizado de pacientes VIH/sida, MINSAP.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró en 1999, que la extensión de la epidemia del VIH sería una tendencia de salud de los primeros 20 años del siglo XXI.⁵ En Cuba, el progreso de la epidemia de VIH/sida se inició con crecimiento lento, pero, a finales de los 90, se reportó una dinámica más acelerada: de una tasa de incidencia de 2,6 x 1 millón de habitantes en 1990, las cifras ascendieron a 40,7 en el 2008 en el país.⁶ Las tasas de incidencia de VIH de la población del

municipio Arroyo Naranjo muestran un comportamiento similar a la epidemia nacional y mundial. Las tasas de incidencia más altas se presentan en la población masculina cubana: al cierre del 2008, 80,5 % de la población VIH/sida, en Cuba son hombres, cifras similares a nuestro estudio.⁷ La tasa de incidencia de casos SIDA en Cuba mantuvo una tendencia ascendente desde 1998 hasta el 2002, donde se reportó 43.6 por 1 millón de habitantes. A partir de ese año, se comenzó a observar un lento descenso.^{8,9} Este comportamiento está relacionado con el acceso al tratamiento antirretroviral de los pacientes en etapas precoces, lo que ha traído como consecuencia una mayor esperanza y calidad de vida para los enfermos. En la población de Arroyo Naranjo, las tasas de incidencia de SIDA se comportan de manera similar a lo referido.

Al ser una enfermedad que se transmite, fundamentalmente, por vía sexual, las edades más afectadas son las de mayor actividad sexual. Los jóvenes entre 15 y 24 años representan 45%, estimado de las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial.¹ Sin embargo, en los últimos 5 años se ha reportado una disminución de la infección en edades más jóvenes.^{1,10} En Cuba, la epidemia está mostrando una tendencia a desplazarse a edades mayores, reportándose en el 2008 que los grupos de edades más afectados fueron de 20 a 29 y 40 a 44 años.^{7,10} En el caso de los hombres, el mayor riesgo está reportado entre los 20 y 34 años, coincidiendo con los resultados encontrados en nuestro trabajo. La introducción de programas de educación sexual desde edades tempranas en las escuelas y la amplia cobertura y fácil acceso al condón, redundan en una conducta sexual de menor riesgo.¹¹

El debut tardío del SIDA o debut clínico se presentó a nivel mundial con porcentajes más o menos estable durante años.¹² Estudios recientes han comunicado un incremento en la proporción de diagnósticos de la infección por el VIH en etapa de SIDA. Un estudio realizado, en España, mostró que del total de pacientes VIH, 18% correspondió a debut tardío.¹² En Cuba, también se reporta un incremento en el diagnóstico tardío de SIDA. Un estudio en el 2003 mostró que el debut clínico representó 4,2 % del total de pacientes VIH/sida en el país, 8,5 % del total de casos diagnosticados en la provincia Ciudad Habana y las edades más frecuentes entre 35 y 44 años.^{13,14} Los pacientes en quienes se diagnostica la enfermedad en etapas tardías evolucionan de forma más desfavorable, ya que la respuesta al tratamiento antirretroviral es menos efectiva, presenta más complicaciones y mueren en mayor proporción.^{13,14}

Las enfermedades oportunistas y otras condiciones relacionadas con el SIDA se presentan en mayor o menor proporción en los pacientes en las etapas avanzadas de la enfermedad por VIH. El síndrome del desgaste por VIH, una condición identificada en poblaciones africanas como «la enfermedad de la delgadez» es uno de los más frecuentes e invalidantes eventos relacionados con el SIDA.^{12,14} En el mundo, se continúa reportando el síndrome de desgaste como la condición definitoria de SIDA más frecuente como primer evento, aspecto que coincide con los hallazgos de este trabajo.¹⁵

El VIH ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos a nivel mundial.¹ Sin embargo, el desarrollo de la terapia para la infección por el VIH es, sin dudas, uno de los sucesos más importantes de la Medicina moderna: existen sólidas evidencias de que la terapia antirretroviral ha revolucionado el horizonte de estos enfermos.¹⁶ En los últimos años, y, a partir del uso de las terapias antirretrovirales múltiples, se ha reducido significativamente la mortalidad en los pacientes con SIDA, fundamentalmente, en los países desarrollados como EE.UU. y Europa.¹ Pero la situación no es igual en los países pobres. Estimados del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida revelan que entre el 2002 y el 2020 ocurrirán alrededor de 68 millones de defunciones en los 45 países más afectados por la epidemia.⁹ En Cuba, se reporta que desde el 2001 y hasta el 2003, 87 % de todas

las personas VIH/sida que han iniciado un esquema de tratamiento antirretroviral se mantienen vivas y se señala un descenso en la tasa de mortalidad por SIDA desde el año 2000, coincidiendo nuestros resultados con lo antes señalado, lo cual planteamos este en relación con el acceso al tratamiento antirretroviral de todos los pacientes cubanos.^{7,17}

CONCLUSIONES

La población VIH/sida de Arroyo Naranjo mostró tasas de incidencia VIH y SIDA ascendentes y la mortalidad tendencia descendente; predomina el sexo masculino y existe un elevado grupo sin vínculo laboral. El debut clínico se presentó en cifras ascendentes por quinquenios y en grupos de edades mayores. El síndrome de desgaste es la entidad marcadora de SIDA más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2008. [acceso 7 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/sorrypagenotfound/index.asp>
2. Red VIH/SIDA y Jóvenes. Alianza caribeña contra el SIDA. [sede web] Washington DC: OPS; 2005. [acceso 18 Sept 2006]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/VIHabril05.pdf>
3. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. La Habana: MINSAP; 201.
4. Rojas F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. 2003; 29(2): 157-69. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu11203.htm
5. Merson MH. The HIV-AIDS Pandemic at 25-The Global Response. The New England Journal of Medicine [en línea] 2006 [Acceso Junio 2007]; 354. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068074>
6. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria. Anuario Estadístico de Salud en Cuba. Cuba: MINSAP; 2008.
7. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/sida. Reporte anual VIH/Sida 2008. La Habana: MINSAP; 2008.
8. Workowski KA, Berman SM. Clinical prevention guidance. Sexually transmitted diseases treatment guidelines., [Sede web] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2006 [Actualizado junio 2008]; 4; 55(RR-11): 2-6. Disponible en: CDC2006 <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/latinos/index.htm>
9. Miranda O, Coutín G, Fariñas AT. Análisis de la serie cronológica y pronósticos de los enfermos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Cuba, 1986 -2005. Reporte Técnico de Vigilancia [Revista en internet] Marzo-Abril 2007 [acceso marzo

2008]; 12(2): Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/mirandartv4.pdf>

10. Casanova C. Situación epidemiológica de la infección por el VIH en el área de salud del policlínico Héroes del Moncada. Rev Cubana Enfermer. [online]. abr.-jun. 2006 [citado 04 Noviembre 2007]; 22 (2): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000200003&lng=es&nrm=iso

11. Gorry C. La estrategia cubana de respuesta al VIH/sida: Un enfoque integral con base en los derechos. La Habana: Oxfam Programa Conjunto Cuba; 2008.

12. Teira Cobo R, Suárez Lozano I, Santamaría Jáuregui JM, Terrón Pernía A, Domingo Pedrol P, González García J, *et al.* Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002). Gac Sanit [Revista en Internet] 2007 [Fecha de acceso Marzo 2008]; (21): 66_69. Disponible en:

http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0108&rev=138&vol=21&num=1&pag=66

13. Oropesa L, Sánchez L, Berdasquera D, Gala Á, Pérez JL, Lantero MI. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop [Revista en Internet] 2007 [Fecha de acceso Marzo 2008]; 59(2): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200009&lng=es&nrm=iso&tling=es

14. Bolaños MR, Rojo N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. Revista Cubana de Medicina General Integral.

[Revista en Internet] 2009 [Fecha de acceso Marzo 2009]; 25(2): Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi03209.htm

15. Beyrer C. HIV Epidemiology Update and Transmission Factors: Risks and Risk Contexts-16th International AIDS Conference Epidemiology Plenary. Clin Infect Dis. 2007; (44):981-987 [acceso: Abril 2009]. Disponible en:

<http://cid.oxfordjournals.org/content/44/7/981.full>

16. Lee L, Karon J, Selik R, Neal J, Fleming P. Survival After AIDS Diagnosis in Adolescents and Adults During the Treatment Era, United States, 1984-1997 JAMA [Revista en internet] 2001 [Fecha de acceso 2009]; 285: 1308-1315.

17. Álvarez NE, Ferray M, González I, Muñoz S. Enfoque Biosicosocial del VIH/sida. Revista de Ciencias Médicas. [Revista en Internet] 2006. [acceso 19 enero 2008];

(2): 12 Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab13206.htm

Recibido: 12 de septiembre de 2011.

Aprobado: 15 de diciembre de 2011.